

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران

علی پزهان* ، پروانه افشاری**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۴/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف «بررسی نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران» با روش توصیفی و پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان معلول همسر دار (۱۵-۴۹) در شهر تهران (۱۵۰۰ نفر) بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ است. روش نمونه‌گیری به صورت سیستماتیک بوده و حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۰۰ نفر انتخاب گردید. ابزار سنجش، پرسشنامه محقق ساخته که با ۲۲ سؤال بوده است. نتایج تحلیل عاملی نشان داده است که بین گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر، هیچگونه همبستگی مشاهده نشد و هر عامل به طور مستقل بر نگرش زنان به فرزندآوری تأثیر دارد. نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با توجه به سن ازدواج، نوع شغل، منزلت و موقعیت اجتماعی زنان متفاوت است. بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری

* استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی (نویسنده مسئول).

pezghan_ali@yahoo.com

** دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی. afsharip1@gmail.com

با درآمد، ثروت خانواده و مشاغل مختلف رابطه وجود ندارد. همچنین بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با رفاه اجتماعی، عدالت محیطی و برخورداری از تأمین اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج رگرسیون نشان داده است، عوامل جمعیتی با بیش از ۵۷٪، عوامل اجتماعی با بیش از ۶۹٪، عوامل اقتصادی با بیش از ۵۸٪ و عوامل فرهنگی با بیش از ۶۳٪ در نگرش زنان معلول به فرزندآوری مؤثر می‌باشند. بنابراین آنچه بیش از هر مسئله‌ایی در تغییر نگرش زنان معلول به باروری قابل تعمق است برخورداری از رفاه اجتماعی است.

واژه‌های کلیدی: نگرش، معلولیت، زنان معلول، فرزندآوری

طرح مساله

رفتارهای باروری در دو سطح قابل‌بررسی هستند؛ در سطح کلان یا عوامل زمینه‌ای، به شناخت تأثیر عوامل محیطی، اجتماعی، اقتصادی در رفتار باروری پرداخته می‌شود، درحالی‌که در سطح خرد، تأثیر عوامل ذهنی- روانی نظیر انگیزه‌ها، آرزوها و گرایش‌های فردی در رفتار باروری بررسی می‌شود. عوامل ذهنی و روانی تحت تأثیر جامعه‌پذیری و فرهنگ‌پذیری است که خود منبعث از ساختارهای فرهنگی- اجتماعی هر جامعه است، زیرا یکی از وجوه اساسی فرهنگ، نظام ارزش‌هایی است که رفتارها و هنجارهای افراد از جمله رفتارهای خانوادگی را جهت می‌دهد (مشفق، غریب عشقی، ۱۳۹۲). یکی از رفتارها و نگرش‌های مربوط به فرزندآوری، داشتن بیماری یا معلولیت در زنان است. معلولیت به ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از فعالیت‌های عادی زندگی فردی یا اجتماعی به علت وجود نقصی مادرزادی یا اکتسابی، در قوای جسمانی یا روانی اطلاق می‌شود. معلولیت عواقب فردی هرگونه اختلال و ناتوانی می‌باشد که باعث محدودیت و پیشگیری از انجام کارهای روزانه و طبیعی می‌شود (سازمان

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۱۸۷

بهداشت جهانی^۱، ۱۹۸۷). معلولان بخش انکارناپذیری از جامعه محسوب می‌شوند که نباید هیچ‌گونه تبعیض و استثنایی در این میان وجود داشته باشد. برای زندگی همچون سایر افراد جامعه داری حقوقی مشابه هستند، مانند: دسترسی به خدمات بهداشت و فرصت‌های آموزشی و شغلی، مسکن، حمل‌ونقل، دسترسی به اطلاعات و برخورداری از زندگی اجتماعی و فرهنگی مانند: تسهیلات ورزشی تفریحی، حضور در جامعه و مداخله کامل در امور سیاسی و تمام موضوعات مربوط به آن (pezghan, ۲۰۱۲).

رشد جمعیت در هر کشوری با زاد و ولد تغییر پیدا می‌کند و در هر کشوری، تمام اقشار جامعه برای بقای نسل خود نیازمند باروری و فرزندآوری هستند. شهر تهران با جمعیتی (۸۴۲۳۷۸۱) انبوه مواجه است و از این جمعیت، بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت قابل‌توجهی از زنان معلول (۸۴۸۱) در شهر تهران زندگی می‌کنند. ویژگی‌های جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی بر نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری نیز تأثیرگذار است و مضاعف بر آن، داشتن معلولیت نیز این نگرش را تحت‌الشعاع قرار داده است. با توجه به کاهش جمعیت جوان در کشور، نیاز است تا همه اقشار نسبت به داشتن فرزند اقدام کنند. با توجه به رشد جمعیت جوان در هرم سنی ایران هر ساله به جمعیت معلولان ایران اضافه می‌گردد. اگرچه سازمان‌های بین‌المللی به شعار تساوی و برابری فرصت‌ها برای معلولان تأکید داشته و از دولت‌ها می‌خواهند این شعار را در برنامه‌ریزی‌های خود سرلوحه کار قرار دهند، اما عملاً مشاهده می‌شود که آنان به‌عنوان شهروند درجه ۲ قرار گرفته و قادر به رقابت و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی همانند افراد سالم نمی‌باشند. پس نگرش زنان معلول نسبت به تشکیل خانواده و داشتن فرزند به‌شدت تحت تأثیر این عوامل قرار می‌گیرد.

معلولان نیز همانند تمام اقشار و شهروندان جامعه حق برخورداری از داشتن فرزند و خانواده را دارند. زنان معلول به‌واسطه داشتن نقصی در بدن خود و ترس از داشتن

فرزندى معلول، تمایل کمتری به فرزندآوری دارند و یا قادر به نگهداری از فرزند نبوده و در نتیجه نمی‌توانند دارای فرزند یا فرزندانى باشند. در برخى شرایط ارتباط برقرار کردن مادر با فرزند نیز مشکل‌ساز بوده و از نظر روانی بر نگرش زنان معلول نسبت به داشتن فرزند تأثیرگذار است. آمارها نشان می‌دهد که از هر ۱۰ کودکی که در جهان متولد می‌شوند یکی معلول به دنیا می‌آید و این معلولیت بیش از آنکه جنبه پزشکی داشته باشد پدیده‌ای است که جنبه اجتماعی دارد.

پرتوی و رضایی (۱۳۹۱) در تحقیقات خود بیان کردند که شیوع معلولیت بر حسب جنس، سن، محل سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت فعالیت، وضعیت زناشویی و جنسیت سرپرست خانوار متفاوت است. به‌گونه‌ای که الگوی سنی وقوع معلولیت غیرخطی است، مردان بیشتر از زنان، افراد در مناطق روستایی بیشتر از هم‌تایان خود در مناطق شهری، بیسوادان بیشتر از باسوادان، افراد بیکار بیشتر از افراد شاغل، افراد هرگز ازدواج‌نکرده بیشتر از افراد ازدواج‌کرده و خانوارهای دارای سرپرست زن بیشتر از خانوارهای با سرپرست مرد با معلولیت مواجه بوده‌اند. چنین تفاوت‌هایی بیانگر این موضوع است که مسئله نابرابری در وقوع معلولیت صرفاً تابع الگوی فیزیولوژیک نیست بلکه، ماتریسی از تعیین‌کننده‌های اقتصادی، اجتماعی جمعیتی و فرهنگی نیز آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

نژاد شبستری (۱۳۸۴) در نتایج تحقیق خود درباره معلولیت فرزندان زنان معلول بیان کرده است: بین معلولیت و سن مادر، تعداد فرزندان (تعداد باروری) نسبت خویشاوندی، تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی، حوادث برون‌زادی و درون‌زادی رابطه وجود دارد. به عبارتی با افزایش سن مادر و تعداد حاملگی‌های وی خطر معلولیت در فرزندان بیشتر می‌شود. با توجه به مشکلات موجود برای آنان، کمبود مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، عدم برخورداری از رفاه کامل، نگرش زنان معلول نسبت به داشتن فرزند با ترسی آمیخته به نگرانی از داشتن فرزند معلول توأم است.

عباسی و همکاران (۱۳۹۴) معتقدند زوج‌های دارای معلولیت ژنتیکی حق مسلم دارند تا بچه‌دار شوند و در این راستا با استناد به قانون‌های حمایت از معلولان در ایران (اصل ۴۰ قانون اساسی) و جهان (ماده ۲۹ اعلامیه حقوق بشر) باید شرایط پزشکی برای آنان مهیا شود و رفاه اجتماعی یکسان برای آنان در نظر گرفته شود و فقط در مواقع اضطرار مجبور به سقط جنین باشند. زنان معلول نسبت به آینده فرزند خود، نگرانی بیشتری نسبت به مادران سالم دارند. آنان از اینکه فرزندان آنها در آینده دچار سرخوردگی از داشتن مادر معلول باشند، خیلی بیشتر از داشتن کار و موقعیت اجتماعی آنها در جامعه رنج می‌برند. کودک به‌طور طبیعی متوجه شرایط مادر می‌شود و در مراحل رشد خود را با شرایط مادر وفق می‌دهد. مادران معلول نیاز به توجه ویژه دارند، زیرا مشکلات زنان معلول بیشتر است. از این‌رو لازم است آموزش‌هایی برای زنان معلول در نظر گرفته شود که به وسیله آن خودباوری و اعتماد به نفس آنان بیشتر شود (شمس، ۱۳۸۸).

معصومی (۱۳۹۲) در تحقیقی به بررسی "علل گرایش به تک‌فرزندی بین زوجین تازه ازدواج کرده در شهر شیراز" پرداخته است. نتایج نشان داده است که عوامل اقتصادی، تبدیل شدن زندگی سستی به مدرنیته، مشارکت بیشتر زنان در جامعه و ناسازگاری عاطفی بین زوجین، از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر گرایش به تک‌فرزندی است. پژوهان، و عرب (۱۳۹۵) کتابی با عنوان "معلولان ایرانی و چالش‌های آنها" منتشر کرده‌اند که نتایج آن حاکی از آن است که زنانی که معلول هستند کمتر تمایل به فرزندآوری دارند. آنها معتقدند که نابرابری اجتماعی و اقتصادی که بین معلولان و غیر معلولان وجود دارد نگرش به فرزندآوری را تغییر می‌دهد. با این وجود باید بدین اندیشه باشیم، که می‌توانیم یک عضو معیوب را توسط اعضای دیگر بپوشانیم. اگر بتوانیم پای آسیب‌دیده را ترمیم کنیم که نقص کمتری داشته باشد قطعاً می‌توانیم فرزندان بیشتری داشته باشیم.

ویلیامسون (۲۰۰۹) در تحقیقی به "بررسی علل کاهش انگیزه‌های باروری در میان زنان و مردان معلول" در نمونه آماری ۲۰۰ نفر (۱۰۰ مرد و ۱۰۰ زن) پرداخته است. نتایج حاکی از آن بود که مشکلات اقتصادی، مدرن شدن زندگی‌ها و ازدیاد خواسته‌های زوجین و سهولت طلاق از عوامل تأثیرگذار بر کاهش باروری و بچه‌دار شدن است (پژهان و عرب، ۱۳۹۵).

بهات (۲۰۰۹) در تحقیقی به بررسی علل کاهش باروری زنان معلول در کشور هند پرداخته است. نتایج نشان داده است که برنامه تنظیم خانواده و تشویق به سقط‌جنین از عوامل مؤثر بر کاهش باروری بوده است.

نوشالی (۲۰۰۵) درباره عرصه‌های خصوصی و خانوادگی ابراز می‌دارد: احتمال زندگی زنان ناتوان به‌تنهایی و یا در کنار والدین خود بیشتر است: در زنان ناتوان نسبت به مردان ناتوان، احتمال طلاق بیشتر و احتمال ازدواج کمتر است. زنان به دلیل کنترل باروری آن‌ها بیشتر با احتمال مداخلات پزشکی مواجه هستند (میری، ۱۳۹۳).

کرزر و وایت^۱ (۲۰۰۸)، در پژوهشی با عنوان «مسیر ایتالیا به‌سوی باروری خیلی پایین: تناسب اقتصادی و تئوری‌های دومین تحول جمعیتی» با روش تحلیل طولی، عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را که باعث افت شدید باروری در این کشور بوده مورد بررسی قرار داده است. وی دلایل کاهش باروری در این کشور را روی آوردن به شیوه‌های زندگی مدرن دنیوی می‌داند.

آن برینگتون^۲ (۲۰۰۸) تمایلات باروری و پیامدهای آن را در بین زنان و مردان در لندن بررسی نموده است. در این تحقیق تأکید روی زن‌هایی بوده که یا بچه نداشتند و یا اینکه قصد داشتند بچه‌آوری و تشکیل خانواده را دیرتر شروع کنند و همچنین اهمیت داشتن یک شریک و تمایلات باروری آن شریک در پیش‌بینی این‌که آیا تولد رخ خواهد داد مورد آزمایش قرار گرفت. نتیجه تحقیق به این صورت است که شواهدی مبنی بر

1. Kerzer & White
۲. Ann Berrington

این که مردان در بریتانیا تمایل به داشتن خانواده‌های کوچک‌تر دارند یافت نشد، زنان تمایل دارند باروری آینده‌شان را بیش از واقعیت عنوان کنند و این خصوصاً در مورد زنانی که بچه ندارند صادق است و داشتن یک شریک با تمایلات باروری متضاد و مخالف احتمالاً روی توکدهای آینده اثر می‌گذارد و اگر زوجین تمایل دارند که بچه بیشتری داشته باشند زمانی است که هر دو موافق هستند و پاسخ‌های متضاد زمانی بیش‌تر بوده است که زن، دو یا بیش از دو فرزند داشته و تمایل دارد که در آینده بچه‌های بیش‌تری هم داشته باشد، در چنین مواردی تقریباً نیمی از مردان مطمئن بودند و یا تمایل به داشتن بچه بیشتری نداشتند. آنچه که واضح است، این است که در پیش‌بینی آینده باروری، تمایلات زنان بدون بچه مهم‌تر از تمایلات همسرانشان است.

آلیشا^۱ (۲۰۰۶) در پژوهشی با عنوان "مذهب و تغییرات در هنجارهای بعد خانواده در کشورهای توسعه‌یافته"، با حجم نمونه ۱۶۰۰۰ بزرگسال در ۱۳ کشور توسعه‌یافته، نشان داد که تعلقات مذهبی، بدون در نظر گرفتن گرایش مذهبی در توضیح تفاوت تعداد ایده‌آل کودکان برای افراد مسن‌تر و مردان نسبت به زنان بیش‌تر معنی‌دار شده است. اعضای کلیسا، مستقل از مذهب، در جوامع کثرت‌گرا نسبت به جوامعی که تعلقات مذهبی منحصر به فردی دارند در ترجیحات جمعیتی نفوذ بیش‌تری دارند.

سوابق پژوهشی مقاله حاضر نشان از اهمیت و غنی بودن موضوع دارد، اما با وجود سوابق علمی و پژوهشی موضوع حاضر در تحقیقات خارجی، در ارتباط با این موضوع در ایران کار علمی و تحقیقاتی انجام نشده و این مقاله به منظور جبران یک خلأ تحقیقاتی انجام شده است. بی‌شک می‌توان اذعان داشت در تحقیقات جمعیت‌شناسی و جامعه‌شناسی تاکنون توجه چندانی به نگرش معلولان نسبت به فرزندآوری نشده به طوری که می‌توان امروزه تأثیر باروری زنان معلول را در باروری کل مورد مذاقه قرار داد. در تحقیقات پیشین چارچوب نظری منسجمی جهت پشتیبانی فرضیات پژوهش

۱. Alicia

ملاحظه نگردید. به طوری که در اغلب این تحقیقات نظریه‌های حوزه روانشناسی و مددکاری سنگینی می‌کند. در پژوهش‌های انجام گرفته بین چارچوب نظری پژوهش و فرضیات استخراج شده تناسبی وجود ندارد و این مسئله سنجش و عملیاتی کردن متغیرهای تحقیق بخصوص متغیر نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری را با مشکل مواجه می‌کند و نتایج تحقیق دچار تورش^۱ می‌شد.

بر این اساس، «بررسی نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران» در دستور کار بررسی حاضر قرار گرفت. با توجه به آنچه که گفته شد، مقاله حاضر در صدد است تا به پرسش‌های زیر پاسخ دهد:

- نقش مشخصه‌های اقتصادی بر فرزندآوری زنان معلول چگونه است؟
- نقش مشخصه‌های فرهنگی - جمعیتی بر فرزندآوری زنان معلول چگونه است؟

ملاحظات نظری و تجربی

پژوهشگران علوم ارتباطی عقیده دارند که نگرش‌ها را می‌توان گونه‌ای از نظام‌های پیچیده و منظم عقیدتی دانست که انسان‌ها را آماده بروز واکنش‌های رفتاری خاص می‌کنند، روان‌شناسان اجتماعی معمولاً نگرش را در ارتباط با سه عنصر متشکله آن به شرح زیر بررسی می‌کنند: ۱- عنصر عاطفی یا احساسات و عواطف درباره شخص، اندیشه، واقعه یا شیء، ۲- عنصر شناختی یا عقاید، اعتقادات، آگاهی‌ها یا اطلاعاتی که از سوی فرد کسب می‌شود (اعتقاد به خوبی یا بدی چیزی) و ۳- عنصر رفتاری یا قصد و آمادگی برای اقدام. بدیهی است که این عناصر به گونه‌ای منفرد وجود ندارند و همیشه مستقل عمل نمی‌کنند. نگرش نقش درهم آمیخته از احساسات، ادراکات و تمایلات رفتاری یک واقعه، یک اندیشه، یا واقعیات و امور مشابه دیگر است.

۱. Bias

آنچه به سنجش نگرش‌ها در علم جامعه‌شناختی، اهمیتی راهبردی و بنیادین می‌دهد، عنصر سوم نگرش، یعنی عنصر رفتاری است، زیرا عنصر رفتاری مستقیماً وارد کنش اجتماعی می‌شود و تأثیرات مستقیم و مهمی در حیات اجتماعی جوامع مختلف برجای می‌گذارد (افشاری، ۱۳۹۵). باروری موضوعی است که از دیرباز مورد توجه اندیشمندان حوزه‌های گوناگون علوم انسانی و تجربی قرار گرفته است. محققان علوم اقتصادی، جامعه‌شناسی، جمعیت‌شناسی، علوم سیاسی، علوم مذهبی، مدیریت و حوزه بهداشت و پزشکی هرکدام با رویکردها و اهداف متفاوت به بررسی این موضوع پرداختند. در ایران نیز بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده توسط جمعیت‌شناسان و در حوزه مسائل جمعیتی صورت گرفته است. تبیین رفتارهای باروری زنان را می‌توان در قالب دو دسته از نظریه‌ها ارائه نمود: نظریه‌های انتخاب عقلانی^۱ و تبیین ساختاری و نظریه‌های مرتبط با تبیین‌های هنجاری فرهنگی. از میان نظریه‌های انتخاب عقلانی و تبیین ساختاری، برای تبیین باروری زنان معلول به نظریه‌های برابری جنسیتی، اقتصاد جدید خانوار و هزینه‌ها و منافع استناد می‌شود.

پایه و اساس نظریه برابری جنسیتی مک‌دونالد^۲، کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره در سال ۱۹۹۴ است که بر مسئله جنسیت به‌عنوان محور بحث جمعیت و توسعه تأکید کرد. نتیجه این کنفرانس این بود که سطوح بالاتر برابری جنسیتی، برای دستیابی کشورهای کمتر توسعه‌یافته به باروری پایین‌تر ضروری است. مک‌دونالد در مخالفت با این بیانیه اظهار داشت که باروری خیلی پایین کشورهای پیشرفته صنعتی ناشی از ناهماهنگی بین سطوح بالای برابری جنسیتی در درون نهادهای اجتماعی فردمحور و تداوم نابرابری جنسیتی در درون نهادهای اجتماعی خانواده محور است. بر همین اساس استدلال می‌کند که برای اجتناب از باروری خیلی پایین سطوح بالاتر برابری جنسیتی در درون نهادهای اجتماعی خانواده محور ضروری است (حسینی،

۱. Rational Choice Theories

۲. Mcdonald

۱۳۸۶: ۱۰۴). Cramer در سال ۱۹۸۰ به این نتیجه رسیده‌اند که برخلاف نظریه‌های سنتی رابطه اشتغال زنان و رفتار باروری به‌ویژه در بسترهای باروری پایین منفی نیست و در بسیاری از کشورهای اروپایی همبستگی منفی بین میزان باروری و میزان مشارکت زنان در بازار کار قبل از دهه ۱۹۸۰ به یک همبستگی مثبت در بعد از آن تغییر کرده است.

نظریهٔ تعارض نقشی نیز به‌وضوح تبیین می‌کند که حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی نظیر کار و خانواده چگونه تقاضاهای نقشی متعددی از هر فرد را مطرح می‌کنند و این جریان نهایتاً می‌تواند به ایجاد تعارض در زندگی انسان منجر شود (Michel, etc, ۲۰۰۹). از این رو، هرگاه فرد موقعیتی را اشغال کند نه با یک انتظار واحد، بلکه هم‌زمان با انتظارات متعدد روبه‌روست و غالباً برای افراد دشوار است که بتوانند به‌طور هم‌زمان، جوابگوی الزامات متعدد باشند (روش و اسنپله، ۱۳۷۲: ۳۳۸).

پلک^۱ در نظریهٔ تأثیرپذیری نامتقارن نقش‌های کاری و خانوادگی مطرح می‌کند که محدوده‌های کار و خانواده به‌صورت نامتقارنی تأثیرپذیر هستند و محیط‌های کاری، بیش‌تر بر محیط‌های خانوادگی تأثیر می‌گذارند و در نتیجه خواسته‌ها و مسئولیت‌های مربوط به کار در مقایسه با خواسته‌ها و مسئولیت‌های مربوط به خانواده به‌صورت نابرابری بر هم اثر می‌گذارند (رستگار خالد، ۱۳۸۳).

بر اساس نظریه هزینه‌ها و منافع، لیبنشتاین^۲ استدلال می‌کند که منفعت و هزینه فرزندان عواملی هستند که بر تصمیم‌گیری والدین در مورد تعداد باروری‌شان و در نهایت شمار فرزندان تأثیر می‌گذارند.

یافته‌های لاک لند سام، پلتزر و مایر^۱ (۲۰۰۵) برای زنان آفریقای جنوبی در تأیید این نظریه می‌باشد. بنابراین، لیبنشتاین بر فرایند تصمیم‌گیری عقلایی زوجین در مورد داشتن فرزند با توجه به منافع و هزینه‌های فرزندان تأکید می‌کند.

۱. pelk

۲. Leibenstein

نظریه‌های انتخاب عقلانی بر اهمیت نسبی عوامل مختلفی چون توسعه اقتصادی - اجتماعی، درآمد، سواد و تحصیلات، موقعیت اجتماعی و به‌طورکلی مشخصه‌های اقتصادی و اجتماعی در تأثیرگذاری بر چنین تصمیم‌گیری‌های فردی تأکید می‌کنند. باین‌حال، شواهد تجربی گویای آن است (Cleland, and C.Wilson, ۱۹۸۷). که نمی‌توان رفتار باروری را با استفاده از رویکردهای مبتنی بر مدل‌های انتخاب عقلانی و تبیین ساختاری تبیین کرد. در نتیجه، جست‌وجو برای تبیین‌های جایگزین آغاز شد و برای پُر کردن این خلأ تبیین‌های هنجاری فرهنگی باروری ارائه شد.

بر اساس مدل رویکرد اجتماعی، زنان معلول به‌واسطه داشتن نقصی در بدن خود و ترس از داشتن فرزند معلول، تمایل کمتری به فرزندآوری دارند و یا قادر به نگهداری از فرزند نبوده و لذا نمی‌توانند دارای فرزند یا فرزندان باشند. در برخی شرایط ارتباط برقرار کردن مادر با فرزند نیز مشکل‌ساز بوده و از نظر روانی بر نگرش زنان معلول نسبت به داشتن فرزند تأثیرگذار است. آمارها نشان می‌دهد که از هر ۱۰ کودکی که در جهان متولد می‌شود یکی معلول به دنیا می‌آید و این معلولیت بیش از آنکه جنبه پزشکی داشته باشد پدیده‌ای است که جنبه اجتماعی دارد. زولا معتقد است از آنجایی که هزینه اقتصادی بالا مانند هزینه حمل‌ونقل عمومی و مراقبت طولانی‌مدت در میان است، این احتمال می‌رود که برای نیازهای افراد دارای معلولیت به‌طور نامساعدی تصمیم‌گیری شده باشد تا به‌عنوان خاص و دارای محدودیت دیده شوند و نه عمومی. بنابراین رفتار باروری آنها تحت تأثیر هزینه‌های اقتصادی آنها است.

سی رایت میلز (۱۹۷۰). معتقد است که جامعه‌شناسی باید دو مفهوم کلیدی را بررسی کند؛ مشکلات شخصی افراد که در روابط با دیگران پیش می‌آید و دیگری مسائل عمومی مثل سازمان‌ها و نهادها. جامعه‌شناسان برای پرداختن به مشکلات خصوصی سؤالات عمده‌ای در ارتباط با تاریخچه و چرا نابرابری در میان افراد معلول و

غیر معلول وجود دارد می‌پرسند. نحوه پاسخگویی ما به این سؤالات به دیدگاه‌های جامعه‌شناختی که برمی‌گزینیم ارتباط دارد. دیدگاه کارکردگرا، اختلال را مترادف معلولیت می‌داند. دیدگاه تفسیرگرا در جستجوی معنای معلولیت و اختلال است؛ در صورتی که این مفاهیم حاصل تفسیر افراد و عملکرد خود آنهاست. از نظر او مانیس (انسان‌گرایی) افراطی، معلولیت و اختلال، نشانگرهای فرهنگی هستند که در فرهنگ و ایدئولوژی ساخته می‌شوند. از دیدگاه ساختارگرایی افراطی، معلولیت، به محرومیت اجتماعی سیاسی، اقتصادی و ساختاری افراد دارای اختلال اشاره دارد (پژهان و عرب، ۱۳۹۵).

رفتار باروری زنان معلول را می‌توان در مدل‌های ناتوانی بیشتر توجیه کرد. در گذشته نگاه به معلولیت بیشتر بر اساس مدل اخلاقی بوده که در آن معلولیت مترادف با گناه و شرم بوده و بتدریج به مدل صدقه‌ای که افراد معلول به علت ناتوان بودن نیاز به کمک دارند تبدیل شد.

مدل پزشکی: این مدل از مرحله مدل صدقه‌ای بیرون آمده و معلولیت را یک مشکل فردی می‌بیند و به معلولین نگاه پزشکی دارد.

مدل توانبخشی: این الگو بعد از جنگ جهانی دوم مطرح شد و شباهت زیادی به مدل پزشکی دارد که در آن تمرکز بر درمان، مشاوره و تمرین‌های ورزشی توسط متخصص توانبخشی است (پژهان و یوسفی، ۱۳۹۰).

مدل حقوقی: این مدل بر حقوق شهروندی تأکید دارد و معتقد است که همه افراد (معلول و غیر معلول) باید بدون هیچ‌گونه تبعیضی دسترسی به امکانات (آموزش، شغل و...) داشته باشند. این مدل با مدل صدقه‌ای و پزشکی فرق دارد. افراد معلول صرفاً نیاز به همدردی نداشته و جامعه مسئول پاسخگویی به این افراد است (پارسون، ۱۹۹۴).

مدل مبتنی بر حقوق فردی: در این روش بیشترین تلاش برای از بین بردن تبعیض‌های اجتماعی می‌شود. در این مدل سعی می‌شود بر روی مسائل اجتماعی و

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۱۹۷

نحوه مشارکت افراد معلول با سایر اقشار جامعه تمرکز شود. از اهداف اصلی این مدل آموزش کامل حقوق شهروندی معلولان می‌باشد.

مدل اقتصادی: این مدل بر توانایی و پتانسیل‌های افراد ناتوان تأکید دارد و معتقدند که افراد معلول به دلیل شرایط فیزیکی که دارند نباید کنار گذاشته شوند. معلولین نقش مهمی در توسعه دارند. از این‌رو تلاش می‌شود از استان‌های مرکزی کشور تا شهرهای دورافتاده و توسعه‌نیافته سعی در برطرف نمودن مشکلات اقتصادی جامعه معلولان شود.

مدل اجتماعی: این مدل اولین بار در سال ۱۹۷۰ در انگلیس برای افراد معلول دیده شده است. رویکرد این مدل بر این است که افراد معلول هیچ گناهی نسبت به معلولیت خودشان ندارند و معلولیت یک مسئله پزشکی نبوده، بلکه یک مسئله اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و محیطی است. در واقع این الگو می‌گوید افراد جامعه و سازمان‌های موجود، مسئول عدم حضور فرد دارای معلولیت در اجتماع می‌باشند و باید شرایط لازم برای دسترسی، مشارکت و همراه سازی این افراد در اجتماع فراهم شود.

مدل پزشکی اجتماعی: همان‌طور که از نام این الگو مشخص است، این مدل ترکیبی از دو مدل اجتماعی و پزشکی است که در آن به بعد فیزیکی فرد توجه نمی‌شود، بلکه بر عملکرد و توانایی وی در حل مشکلات و نحوه رویارویی با شرایط دشوار استوار است (pezghan, ۲۰۱۲).

هریسون (۲۰۰۲) معتقد است که محل سکونت و ناتوانی نمی‌تواند به‌طور مستقیم بر میزان باروری تأثیرگذار باشد اما می‌تواند به‌طور غیرمستقیم از طریق متغیرهای بینابینی در این امر مؤثر باشد. لن بیان کرده است، که تحقیقات در مورد معلولیت به‌طور تاریخی تحت تسلط دیدگاه پزشکی بوده‌اند، اگرچه رشد پیشینه نیز بر اساس تجربیات با افراد معلول از دیدگاه اجتماعی نیز وجود داشت (لن^۱، ۲۰۰۵؛ یه و مور^۲، ۲۰۰۳).

۱. Len

۲. Yeho & Mor

نظریه‌های مربوط به نگرش زنان معلول به باروری در این تحقیق، تلفیقی از چند نظریه است که هریک به بخشی از موضوع باروری اشاره می‌کنند. اما از میان نظریات متفاوت و متعددی که مورد استفاده قرار گرفت تعدادی از نظریات با عنوان چارچوب نظری و به‌عنوان مبنای فرضیه‌ها مورد استفاده واقع شده‌اند، که به آن‌ها در بالا اشاره شد. در تأیید فرضیات تحقیق، عوامل اجتماعی- فرهنگی و اقتصادی تعیین‌کننده رفتار باروری زنان معلول در ایران می‌باشند.

روش‌شناسی تحقیق و داده‌ها

روش تحقیق پیمایشی و از نوع اسنادی می‌باشد. در بخش اسنادی سعی بر آن است با استفاده از منابع مختلف مبنای نظری تحقیق، شکل گیرد. جامعه آماری شامل کلیه زنان معلول همسر دار در شهر تهران (۸۴۸۱ نفر) بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ است. روش نمونه‌گیری به‌صورت سیستماتیک بوده و نمونه‌های تحقیق به‌صورت در دسترس انتخاب می‌شوند. ابتدا از طریق مرکز آمار ایران، تعداد زنان معلول همسر دار تعیین شده است و سپس از بین این زنان، نمونه‌ها به‌صورت در دسترس گزینش شده‌اند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۶۶ نفر بدست آمده است. ابزار اصلی گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای است که شامل ۴۲ سؤال می‌باشد. از طریق ضریب آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمده است. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از آمار توصیفی جهت تعیین نمودارها، جداول فراوانی و درصد فراوانی و جهت آمار استنباطی از تحلیل عاملی، ضرایب همبستگی، تحلیل واریانس و رگرسیون استفاده شده است و داده‌ها توسط نرم‌افزار Spss پردازش شدند.

متغیرهای تحقیق

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۱۹۹

در این تحقیق پرسشنامه تحقیق شامل سه بخش بود؛ بخش اول، دربرگیرنده مشخصات پاسخگویان بود، بخش دوم، نگرش باروری زنان معلول را می‌سنجید و در نهایت، بخش سوم پرسشنامه نگرش زنان معلول نسبت به عوامل فرهنگی، عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی را می‌سنجید. متغیرهای تحقیق شامل دودسته متغیرهای مستقل و وابسته است. متغیر وابسته نگرش زنان معلول است که در سطح سنجش فاصله‌ای و از طریق پرسش درباره این‌که «به نظر شما در شرایط کنونی برای هر خانواده داشتن چه تعداد فرزند مناسب است؟» اندازه‌گیری شده است. متغیرهای مستقل نیز به دودسته مشخصه‌های اقتصادی-اجتماعی و مشخصه‌های فرهنگی و جمعیتی تقسیم شدند. پایایی شاخص‌هایی از قبیل مشخصه‌های فرهنگی-اجتماعی و اقتصادی در رفتار باروری و نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری، از طریق آزمون آلفای کرونباخ موردسنجش قرار گرفته که نتیجه آن ۰/۸۱ بود؛ بنابراین در تحقیق حاضر نیز نتایج مشابهی از نظر پایایی شاخص‌ها به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱- دستاوردهای ناشی از روش‌های نیکویی برازش مدل نظری - آزمون تحلیل گویه‌ها و آزمون تحلیل عاملی

Sig	df	BTS	KMO	آلفا کرونباخ	متغیرهای اصلی
۰,۰۰۰	۱۵۳	۱,۲۰۱	۰,۹۳۴	۰,۹۸۵	نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری
۰,۰۰۰	۱۵	۲,۸۲۷	۰,۸۲۹	۰,۹۴۶	عامل اقتصادی
۰,۰۰۰	۱۰	۲,۱۹۵	۰,۹۰۱	۰,۹۷۲	عامل اجتماعی
۰,۰۰۰	۱۵	۲,۶۲۳	۰,۸۹۹	۰,۹۶۲	عامل فرهنگی

با توجه به جدول ۱ می‌توانیم بگوئیم براساس نتیجه آزمون KMO که مقادیر آن به ترتیب ۰,۹۳۴، ۰,۸۲۹، ۰,۹۰۱ و ۰,۸۹۹ می‌باشد، داده‌های مورد مطالعه قابل تقلیل به تعدادی عامل‌های زیربنایی و بنیادی می‌باشد. همچنین با توجه به نتیجه آزمون بارتلت که مقادیر آن به ترتیب ۱/۲۰۱، ۲/۸۲۷، ۲/۱۹۵ و ۲/۶۲۳ که در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ ($P < 0/01$) می‌باشد می‌توانیم بگوئیم معنی داراست، نشانگر آن است که ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همسانی و واحد نبوده و از یک طرف بین گویه‌های داخل هر عامل همبستگی بالایی وجود دارد و از طرف دیگر بین گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر، هیچگونه همبستگی مشاهده نمی‌شود. می‌توان بیان کرد که هر عامل به طور مستقل بر نگرش زنان به فرزندآوری تأثیر دارد.

تحلیل فرضیه اصلی: بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با عوامل جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی رابطه وجود دارد.

جدول ۲- بررسی رابطه بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی

متغیر	کی دو (χ^2)	درجه آزادی (df)	ضریب توافقی کرامر	ضریب اسپیرمن Rs	سطح معناداری (sig)
عامل اقتصادی	۷,۶۲۹	۱۲	۰,۹۲۱	۰,۹۴۰	۰,۰۰۰
عامل اجتماعی	۶,۵۳۸	۱۲	۰,۸۵۲	۰,۹۱۸	۰,۰۰۰
عامل فرهنگی	۷,۹۶۳	۱۲	۰,۹۴۱	۰,۹۴۸	۰,۰۰۰

با توجه به محاسبه آزمون کای اسکویور ۷/۶۲۹ و $P < 0/01$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با عوامل اقتصادی رابطه معنی‌داری وجود دارد. با توجه به محاسبه آزمون کای اسکویور ۶/۵۳۸ و $P < 0/01$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۲۰۱

عوامل اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. با توجه به آزمون کای اسکویر $7/963$ و $P < 0/01$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با عوامل فرهنگی رابطه معنی‌داری وجود دارد

تحلیل فرضیه اول: بین ویژگی‌های جمعیتی عوامل جمعیتی (سن، سن ازدواج، تعداد خواهر و برادر، بعد خانوار) با نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری رابطه وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون F مستقل در ارتباط با مقایسه نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری بر حسب سن

متغیر	سن	تعداد	میانگین	انحراف معیار	منبع	SS	df	MS	F	Sig
نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری	۱۵-۱۹	۱	۱,۰۰۰۰	۰	بین گروهی	۱۳۷,۸۱۰	۴	۳۴,۴۷۰	۳۶,۰۲۵	۰,۰۰۰
	۲۰-۲۵	۳	۱,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	۲۶-۳۰	۷۰	۲,۳۰۰۰	۰,۶۲۰۶						
	۳۱-۳۵	۱۰۳	۳,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	۳۶-۴۰	۱۲۳	۳,۸۱۶۲	۰,۳۱۸۸۹						
جمع	۳۰۰	۳,۱۷۳۳	۰,۷۶۹۳۷	درون گروهی	۳۹,۱۰۷	۲۹۵	۰,۱۳۳			

با توجه به F محاسبه شده برابر با 36.025 با درجه آزادی ۴ و ۲۹۵ در سطح ۹۹ درصد بین سن و نگرش زنان معلول به باروری رابطه معنی‌داری وجود دارد، یعنی نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با توجه به سنین مختلف یکسان نمی‌باشد ($P < 0/01$)

جدول ۴- نتایج آزمون F مستقل در ارتباط با مقایسه نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری بر حسب سن ازدواج

متغیر	سن ازدواج	تعداد	میانگین	انحراف معیار	منبع	SS	df	MS	F	Sig
نگرش زنان معلول	۱۵-۱۹	۱۱	۱,۰۹۰۹	۰,۳۰۱۵۱	بین گروهی	۱۳۵,۴۹۱	۴	۳۳,۸۷۳	۲۴۰,۸۰۵	۰,۰۰۰
	۱۸-۲۰	۲۰	۲,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	۲۱-۲۵	۹۹	۲,۸۳۸۴	۰,۳۶۹۹۷						

					۰,۴۹۹۲۹	۳,۴۴۵۵	۱۱۰	۲۶-۳۰	نسبت به فرزندآوری
					۰,۰۰۰۰	۴,۰۰۰۰	۶۰	۳۰-بالای	
		۰,۱۴۱	۲۹۵	۴۱,۴۹۶	درون گروهی	۰,۷۶۹۳۷	۳,۱۷۳۳	۳۰۰	جمع

با توجه به داده‌های جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه در ارتباط با نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با سن ازدواج مختلف، بیانگر آن است که F محاسبه شده برابر با ۲۴۰/۸۰۵ با درجه آزادی ۴ و ۲۹۵ در سطح ۹۹ درصد رابطه معنی داری وجود دارد یعنی نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با توجه به سن ازدواج مختلف، یکسان نمی‌باشد ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۵- رابطه بین متغیرهای بعد خانوار و نگرش زنان به فرزندآوری

متغیر	کی دو (X ²)	درجه آزادی	ضریب توافق کرامر	ضریب پیرسون	سطح معناداری (sig)
تعداد خواهر و برادر	۵,۱۴۸	۹	۰,۸۶۶	۰,۸۸۴	۰,۰۰۰
بعد خانوار	۱,۷۴۴	۶	۰,۶۹۵	۰,۶۹۲	۰,۰۰۰

با توجه به آزمون کای اسکوییر ۵/۱۴۸ و $P < ۰/۰۱$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با تعداد خواهر و برادر، رابطه معنی داری وجود دارد. با توجه به ضریب توافق سامرز ۰/۸۸۶ شدت رابطه بین دو متغیر زیاد است. با توجه به آزمون کای اسکوییر ۱/۷۴۴ و $P < ۰/۰۱$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با بعد خانوار رابطه معنی داری وجود دارد. با توجه به ضریب توافق سامرز ۰/۶۹۵ شدت رابطه بین دو متغیر متوسط است. همچنین با توجه به ضریب همبستگی ۰/۷۴۹ رابطه بین دو متغیر مثبت و مستقیم است. این نتایج با یافته‌های نژاد شبستری، مهرافزا (۱۳۸۴) همخوانی دارد، وی بیان کرده است بین معلولیت و سن مادر، تعداد فرزندان (تعداد باروری)

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۲۰۳

نسبت خویشاوندی، تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی، حوادث برون زادی و درون‌زادی رابطه وجود دارد.

تحلیل فرضیه دوم: بین ویژگی‌های اجتماعی (تحصیلات، شغل همسر، منزلت اجتماعی، موقعیت اجتماعی زنان) با نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری رابطه وجود دارد.

جدول ۶- نتایج آزمون F مستقل در ارتباط با مقایسه نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری بر

حسب تحصیلات

متغیر	تحصیلات	تعداد	میانگین	انحراف معیار	منبع	SS	df	MS	F	Sig
نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری	زیر دیپلم	۵	۱,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰	بین گروهی	۱۴۲,۲۶۲	۵	۲۸,۴۵۲	۲۴۰,۸۹۵	۰,۰۰۰
	دیپلم	۳۷	۱,۸۶۴۹	۰,۳۴۶۵۸						
	فوق دیپلم	۶۹	۲,۹۹۷۵	۰,۲۶۱۱۵						
	لیسانس	۱۱۸	۳,۳۲۲۰	۰,۴۶۹۲۵						
	ارشد	۴۶	۴,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	دکتری	۲۵	۴,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰	درون گروهی	۳۴,۷۲۵	۲۹۴	۰,۱۱۸		
	جمع	۳۰۰	۳,۱۷۳۳	۰,۷۶۹۳۷						

با توجه به F محاسبه شده برابر با ۲۴۰/۸۹۵ با درجه آزادی ۵ و ۲۹۴ در سطح ۹۹ درصد بین تحصیلات و نگرش زنان معلول به باروری رابطه معنی‌داری وجود دارد، یعنی نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با توجه به تحصیلات مختلف یکسان نمی‌باشد ($P < ۰/۰۱$)

جدول ۷- نتایج آزمون F مستقل در ارتباط با مقایسه نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری بر

حسب شغل همسر

متغیر	شغل همسر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	منبع	SS	df	MS	F	Sig
نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری	مدیران و متخصصان	۲۵	۱,۶۰۰	۰,۵۰۰۰	بین گروه‌های	۱۳۸,۰۰۴	۵	۲۷,۶۰۹	۲۰۸,۴۳۷	۰,۰۰۰
	کارمندان	۹۰	۲,۷۵۵	۰,۴۳۲۱						
	فروشنده‌ها	۵۲	۳,۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	کارگران	۷۵	۳,۶۸۰	۰,۴۶۹۶						
	سایر	۵	۴,۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	بیکار	۵۳	۴,۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	جمع	۳۰۰	۳,۱۷۳	۰,۷۶۹۳						
					درون گروه‌های	۳۸,۹۴۲	۲۹	۰,۱۳۲		

با توجه به F محاسبه شده برابر با ۲۰۸/۴۳۷ با درجه آزادی ۵ و ۲۹۴ در سطح ۹۹ درصد بین شغل و نگرش زنان معلول به باروری رابطه معنی‌داری وجود دارد، یعنی نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با توجه به نوع شغل همسرشان یکسان نمی‌باشد ($P < ۰/۰۱$)

جدول ۸- رابطه بین متغیر منزلت و موقعیت اجتماعی زنان و نگرش زنان به فرزندآوری

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۲۰۵

متغیر	کی دو (X2)	درجه آزادی (df)	ضریب توافق کرامر	ضریب اسپیرمن Rs	سطح معناداری (sig)
منزلت و موقعیت اجتماعی زنان	۴,۲۵۱	۱۲	۰,۶۸۷	۰,۸۰۱	۰,۰۰۰

با توجه به آزمون کای اسکوییر $4/251$ و $P < 0/01$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با منزلت و موقعیت اجتماعی زنان در سطح ۹۹٪ اطمینان، رابطه معنی داری وجود دارد. این نتایج با یافته‌های پرتوی و رضایی (۱۳۹۱) همخوانی دارد، وی معتقد است شیوع معلولیت بر حسب جنس، سن، محل سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت فعالیت، وضعیت زناشویی و جنسیت سرپرست خانوار متفاوت است. بگونه ای که الگوی سنی وقوع معلولیت غیرخطی است، مردان بیشتر از زنان، افراد در مناطق روستایی بیشتر از هم‌تایان خود در مناطق شهری، بیسوادان بیشتر از باسوادان، افراد بیکار بیشتر از افراد شاغل، افراد هرگز ازدواج نکرده بیشتر از افراد ازدواج کرده و خانوارهای دارای سرپرست زن، بیشتر از خانوارهای با سرپرست مرد با معلولیت مواجه بوده اند.

تحلیل فرضیه سوم: بین ویژگی‌های اقتصادی (درآمد، ثروت خانواده، شغل زنان) با نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری رابطه وجود دارد.

جدول ۹- رابطه بین متغیر ثروت خانواده زنان و نگرش زنان به فرزندآوری

متغیر	کی دو (X2)	درجه آزادی (df)	ضریب توافق کرامر	ضریب اسپیرمن Rs	سطح معناداری (sig)
ثروت خانواده	۴,۶۷۰	۹	۰,۷۲۰	۰,۸۵۴	۰,۰۰۰

۲۰۶ پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۱، بهار ۱۳۹۶

با توجه به آزمون کسای اسکویر $4/670$ و $P < 0/01$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با ثروت خانواده رابطه معنی‌داری وجود دارد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۲۰۷

جدول ۱۰- نتایج آزمون F مستقل در ارتباط با مقایسه نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری بر حسب درآمد

متغیر	درآمد	تعداد	میانگین	انحراف معیار	منبع	SS	df	MS	F	Sig
نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری	کمتر از ۷۰۰ هزار	۱	۱,۰۰۰۰	۰	بین گروهی	۱۰۲,۵۵۴	۳	۳۴,۱۸۵	۱۳۵,۹۴۵	۰,۰۰۰
	۷۰۱ تا ۱ میلیون	۲۰	۱,۵۵۰۰	۰,۵۱۰۴۲						
	بالای ۱ و ۱/۵ میلیون	۶۰	۲,۵۶۶۷	۰,۴۹۹۷۲						
	بدون درآمد	۲۱۹	۳,۴۹۷۷	۰,۵۰۱۱۴	درون گروهی	۷۴,۴۳۲	۲۹۶	۰,۲۵۱		
	جمع	۳۰۰	۳,۱۷۱۳	۰,۷۶۹۳۷						

با توجه به F محاسبه شده برابر با ۱۳۵/۹۴۵ با درجه آزادی ۳ و ۲۹۶ در سطح ۹۹ درصد بین درآمد و نگرش زنان معلول به باروری رابطه معنی داری وجود دارد، یعنی نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با توجه به درآمد مختلف، یکسان نمی باشد ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۱۱- نتایج آزمون F مستقل در ارتباط با مقایسه نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری بر

حسب شغل زنان

متغیر	شغل زنان	تعداد	میانگین	انحراف معیار	منبع	SS	df	MS	F	Sig
نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری	مدیران و متخصصان	۳	۱,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰	بین گروهی	۱۰۶,۴۹۲	۵	۲۱,۲۹۸	۸۸,۸۲۶	۰,۰۰۰
	کارمندان	۱۱	۱,۳۶۳۶	۰,۵۰۴۵۲						
	امور آموزشی	۵۵	۲,۴۰۰۰	۰,۴۹۴۴۱						
	فروشندهگان	۱	۳,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	سایر	۱۱	۳,۰۰۰۰	۰,۰۰۰۰						
	بیکار	۲۱۹	۳,۴۹۷۷	۰,۵۰۱۱۴	درون گروهی	۷۰,۴۹۴	۲۹۴	۰,۲۴۰		
	جمع	۳۰۰	۳,۱۷۳۳	۰,۷۶۹۳۷						

با توجه به F محاسبه شده برابر با ۸۸/۸۲۶ با درجه آزادی ۵ و ۲۹۴ در سطح ۹۹ درصد بین شغل زنان و نگرش زنان معلول به باروری رابطه معنی داری وجود دارد. یعنی نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با توجه به مشاغل مختلف، یکسان نمی باشد ($P < ۰/۰۱$) این یافته‌ها با نتایج پژوهان و یوسفی (۱۳۹۱) همخوانی دارد، آنان در باره شاغل بودن معلولان بیان کردند که با توجه به شرایط تحصیلی و مهارتی معلولان، درصد ناچیزی از آنان مشاغل سطح بالا را تصدی کرده و درصد زیادی از آنان در بخش کشاورزی و خدمات مشغول کار هستند، بنابراین کمبود موقعیت شغلی می تواند بر نگرش آنان به باروری اثر داشته باشد.

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۲۰۹

تحلیل فرضیه چهارم: بین ویژگی‌های فرهنگی (رفاه اجتماعی، عدالت محیطی، برخورداری از تأمین اجتماعی) با نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری رابطه وجود دارد.

جدول ۱۲- بررسی رابطه بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با رفاه اجتماعی، عدالت محیطی و برخورداری از تأمین اجتماعی

متغیر	کی دو (X ²)	درجه آزادی (df)	ضریب توافق کرامر	ضریب اسپیرمن Rs	سطح معناداری (sig)
رفاه اجتماعی	۷,۲۹۴	۹	۰,۹۰۰	۰,۹۴۹	۰,۰۰۰
عدالت محیطی	۵,۷۷۲	۱۲	۰,۸۰۱	۰,۸۶۷	۰,۰۰۰
برخورداری از تأمین اجتماعی	۴,۵۹۶	۱۲	۰,۷۱۵	۰,۸۷۷	۰,۰۰۰

با توجه به آزمون کای اسکویر $7/294$ و $P < 0/01$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با رفاه اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. با توجه به آزمون کای اسکویر $5/772$ و $P < 0/01$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با عدالت محیطی رابطه معنی داری وجود دارد. با توجه به آزمون کای اسکویر $4/596$ و $P < 0/01$ بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با برخورداری از تأمین اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۱۳- تحلیل رگرسیون چند متغیره با توجه به تفکیک متغیرهای اصلی

ردیف	متغیرها	Beta	T	Sig.	R2
		بتا	آزمون تی	سطح معنی داری	
۱	عوامل جمعیتی	۰,۵۷۱	۳,۴۵۳	۰,۰۰۰	۰,۷۱۷
۲	عوامل اجتماعی	۰,۶۹۳	۴,۲۶۶	۰,۰۰۰	
۳	عوامل اقتصادی	۰,۵۸۷	۳,۸۲۷	۰,۰۰۰	
۴	عوامل فرهنگی	۰,۶۳۷	۴,۵۷۱	۰,۰۰۰	

جدول رگرسیون نشان می‌دهد که هر یک از متغیرهای به آزمون کشیده شده سهمی از تبیین و ضریب پیش‌بینی را دارا هستند که بترتیب عبارتند از: عوامل جمعیتی با بیش از ۵۷٪، عوامل اجتماعی با بیش از ۶۹٪، عوامل اقتصادی با بیش از ۵۸٪ و عوامل فرهنگی با بیش از ۶۳٪ در نگرش زنان معلول به فرزندآوری مؤثر هستند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

در تحقیق حاضر، نگرش زنان معلول به فرزندآوری مورد بررسی قرار گرفت و روابط بین متغیرهایی از قبیل مشخصه‌های فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی بررسی شد. با توجه به کاهش باروری در ایران و این واقعیت که معلولیت محدودیت نیست و بخش انکارناپذیری از جامعه محسوب می‌شوند، انجام بررسی‌های زمینه‌ای در بسترهای گوناگون اجتماعی فرهنگی می‌تواند نتایج ارزشمندی برای سیاست‌گذاری‌های جمعیتی و توانبخشی در مقیاس ملی و منطقه‌ای به دست دهد. رفتارهای باروری زنان معلول بیش از آن‌که تابع سیاست‌گذاری‌ها باشد، از زمینه‌های اقتصادی- اجتماعی، فرهنگی و جمعیتی جامعه تأثیر می‌پذیرد؛ تغییرات باروری در طول سه دهه گذشته در ایران گواه

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۲۱۱

این ادعا است. با توجه به این تغییرات، به نظر می‌رسد تغییر در نگرش باروری زنان باعث کاهش باروری کل شده است. به بیانی دیگر، باروری کل زنان معلول انعکاسی از نگرش باروری آنان می‌باشد. بنابراین، کاهش هر چه بیشتر در نگرش باروری زنان می‌تواند باروری کل را کاهش دهد. نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با توجه به درآمد، ثروت خانواده و مشاغل مختلف، یکسان نمی‌باشد. این یافته با نتایج حاتم حسینی و دیگران (۱۳۹۶) همخوانی دارد آن‌ها بیان کرده‌اند که بین دو متغیر اقتصاد و ایده آل‌های باروری رابطه آماری معناداری وجود دارد.

همچنین بین نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری با رفاه اجتماعی، عدالت محیطی و برخورداری از تأمین اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج رگرسیون نشان داده است، عوامل جمعیتی با بیش از ۵۷٪، عوامل اجتماعی با بیش از ۶۹٪ و عوامل اقتصادی با بیش از ۵۸٪ و عوامل فرهنگی با بیش از ۶۳٪ در نگرش زنان معلول به فرزندآوری مؤثر می‌باشند. بررسی‌های پیش‌تر (عباسی‌شوازی و همکاران، ۱۳۸۱؛ عباسی‌شوازی، حسینی‌چاووشی و مک‌دونالد، ۱۳۸۳؛ عباسی‌شوازی و حسینی، ۱۳۸۶) نیز نشان می‌دهند که در ایران نوعی همگرایی در رفتار، ایده‌آل‌ها و تمایلات فرزندآوری زنان واقع در سنین باروری در بسترهای مختلف اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی ایجاد شده است. معلولان انسان‌هایی هستند که نمی‌توانند همانند دیگران زندگی راحتی داشته باشند، در صورتی که اگر نگرش مردم جامعه نسبت به معلولان تغییر پیدا کند و با فرهنگی قوی‌تر و بینش آگاهانه‌تر به آنان نگریده شود، زنان معلول نیز می‌توانند با قابلیت‌های بیشتر و نگرش‌های مثبت‌تر به فرزندآوری بیندیشند. ترس از داشتن فرزند معلول ممکن است برای هر انسانی وجود داشته باشد، اما این ترس در وجود معلولان چندین برابر نمایان است، از سویی دیگر ترس از تمسخر دیگران و رنج بردن فرزندان در آینده از داشتن مادر معلول، بر نگرش زنان معلول تأثیر گذاشته و انگیزه آنان را برای داشتن فرزند کاهش داده است.

بنابراین پیشنهاد می‌شود که آنچه بیش از هر مسئله‌ای در تغییر نگرش زنان معلول به باروری قابل تعمق است، برخورداری از رفاه اجتماعی است، برخورداری از امکانات رفاهی، تفریحی، آموزشی، سرویس‌های ایاب و ذهاب برای معلولان شاغل و ایجاد امکانات فرهنگی و رفاهی بیشتر برای فرزندان معلولان، از ویژگی‌هایی است که با کم شدن بار فکری و تنش‌های ایجاد شده از نابرابری محیطی می‌تواند نگرش زنان معلول را نسبت به داشتن فرزند تغییر دهد و برای آنان این فرصت را ایجاد کند که دارای فرزندان بیشتری باشند.

منابع

- آقا، هما. (۱۳۶۰). *بررسی باروری در ایران و رابطه آن با شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی*، مرکز آمار ایران، دانشگاه مراکز جمعیت شناسی، شیراز.
- افشاری، پروانه. (۱۳۹۵). نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- پژمان، علی؛ عرب، مرتضی. (۱۳۹۵). *معلولان ایرانی و چالش‌های آنها*، تهران: زیتون سبز.
- پرتوی، لطیف، رضایی، مهدی. (۱۳۹۱). بررسی ترکیب جمعیتی و اجتماعی معلولیت بر اساس سرشماری‌های سال ۱۳۹۰، *فصلنامه پژوهشی*.
- ترانه، محمد حسین. (۱۳۹۲). بررسی رابطه توسعه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی بر میزان شیوع معلولیت در سطح ملی و استانی. *فصلنامه پژوهشی*.
- حسینی، حاتم. (۱۳۸۶). *درآمدی بر جمعیت‌شناسی اقتصادی اجتماعی و تنظیم خانواده*، همدان: انتشارات دانشگاه بو علی سینا، ویراست اول، چاپ سوم.
- حسینی، حاتم. (۱۳۹۶). بررسی تطبیقی عوامل تعیین‌کننده ایده‌آل‌های باروری زنان کُرد شاغل و غیرشاغل شهر سنندج، *فصلنامه علمی پژوهشی زنان*، شورای انقلاب فرهنگی.
- شمس، مه‌ری. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین توسعه انسانی و میزان شیوع معلولیت در ایران در سال ۱۳۸۵ *پژوهشکده مرکز آمار ایران*.
- روش، بلاو؛ آن ماری، اسپنله. (۱۳۷۲). *مفهوم نقش در روان‌شناسی اجتماعی*، مطالعات تاریخی انتقادی، ترجمه: ابوالحسن سرو قدمقدم، انتشارات آستان قدس رضوی.

نگرش زنان معلول نسبت به فرزندآوری در شهر تهران ۲۱۳

- رستگار خالد، امیر. (۱۳۸۳). «بررسی تعارض نقش‌های شغلی - خانوادگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن»، *دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد*، سال یازدهم، دوره جدید، ش ۴.
- TM عباسی، محمود؛ پور فتح‌الله، علی‌اکبر؛ اصغری، ابوالفضل. (۱۳۹۴). حق فرزندآوری زوج‌های دارای معلولیت ژنتیکی در اسناد بین‌المللی حقوق بشر و نظام حقوقی ایران، *فصلنامه حقوق پزشکی*، سال نهم، شماره ۳۳.
- عباسی شوازی، محمد جلال؛ پیتر مک دونالد، میمنت حسینی چاووشی و زینب کاوه فیروز. (۱۳۸۱). «بررسی دیدگاه زنان در مورد رفتارهای باروری در استان یزد با استفاده از روش‌های کیفی»، *نامه علوم اجتماعی*، ش ۲۰.
- مشفق، محمود؛ غریب عشقی، سارا. (۱۳۹۲). تحلیلی بر رابطه‌ی ارزش فرزندان و باروری بین زنان تهرانی، *مطالعات راهبردی زنان*، شماره ۵۸.
- میری، حسین. (۱۳۹۳). شناسایی ویژگی‌های جمعیتی-اجتماعی افراد معلول در سرشماری سال ۱۳۹۰، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه آزاد واحد رودهن.
- نژاد شبستری، مهرازا. (۱۳۸۴). بررسی عوامل اجتماعی فرهنگی معلولیت جسمی و ذهنی فرزندان در حال تحصیل در منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران.
- یوسفی، نریمان؛ پژهان، علی. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت اشتغال معلولین در ایران، *فصلنامه جمعیت*.
- هریسون، پل. (۲۰۰۲). *درون جهان سوم*، ترجمه: شاداب وجدی، تهران: موسسه انتشارات فاطمی، چاپ اول.

- Pezhhan, Ali. (2012). *A Study on Demographic and Socio-Economic Characteristics of Handicap population in Iran*. Tehran: Zeyton Sabz.
- Cramer, J. (۱۹۸۰). "Fertility and Female Employment: Problems of Causal Direction". *American Sociological Review* ۴۵, ۱۶۷ – ۱۹۰.
- Michel, J. S, J. K. Michelson, L. M, Kotrba, J. M. Lebreton and B. B. Baltes. (۲۰۰۹). "A Comparative Test of Work – Family Conflict Models and Critical Examination of Work
- Cleland, J and C. Wilson. (۱۹۸۷). "Demand Theories of the Fertility Transition, An Iconoclastic View". *Population Studies*. ۴۱: ۵ – ۳۰.