

شناخت رابطه بین کیفیت زندگی و منزلت اقتصادی اجتماعی با نگرش به فرزندآوری: مورد مطالعه زنان شهرستان سرپل ذهاب

علی مرادی^{۱*}، نسرين عظیمی^۲، لیلی بهارانگیز^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۱۳ صص: ۲۳۶-۲۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۲۴

چکیده

تمایل به فرزندآوری تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد که این مطالعه بر روی کیفیت زندگی و منزلت اقتصادی اجتماعی زنان است. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و منزلت اقتصادی اجتماعی زنان با نگرش آن‌ها به فرزندآوری در شهرستان سرپل ذهاب می‌باشد. روش مطالعه از لحاظ رویکردی؛ کمی و از نظر راهبردی و گردآوری داده‌ها، همبستگی و توصیف از نوع پیمایشی است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته، جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله شهرستان سرپل ذهاب است که تعداد ۳۸۴ نفر از آنان به عنوان حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. برای پردازش داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. متغیرهای مستقل کیفیت زندگی با ابعاد سلامت اجتماعی، سلامت جسمانی، سلامت روحی روانی و سلامت محیطی و منزلت اقتصادی - اجتماعی و متغیر وابسته نگرش به فرزندآوری می‌باشد. نتایج همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و نگرش به فرزندآوری ($r = 0/281$) رابطه معناداری وجود دارد. این معناداری برای ابعاد سلامت روحی روانی ($r = 0/294$) و سلامت جسمانی ($r = 0/251$) معنادار اما برای سلامت محیطی ($r = 0/095$) و اجتماعی ($r = 0/090$) معنادار نیست. نتایج حاصل از رگرسیون نشان می‌دهد که کیفیت زندگی با ($B = 0/284$) و منزلت اقتصادی اجتماعی با ($B = 0/186$) توانستند ۲۷ درصد از تغییرات متغیر فرزندآوری را تبیین نمایند.

واژه‌های کلیدی: نگرش به فرزندآوری، کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی، سلامت محیطی، زنان.

^۱ دانشیار گروه جامعه شناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد، ایران

^۲ کارمند گروه روانشناسی عمومی واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران.

^۳ دانش آموخته کارشناسی ارشد جامعه شناسی

* نویسنده مسؤل مقاله: moradi.pop@gmail.com

مقدمه

باروری به منزله مهم‌ترین عامل تغییر در ساخت جمعیت موجب شده مطالعات مربوط به باروری و عوامل تأثیرگذارنده بر آن جایگاه ویژه‌ای را در مطالعات جمعیت‌شناختی به خود اختصاص دهد. کاهش نرخ فرزندآوری و افزایش طول عمر، باعث کاهش سهم کودکان و افزایش سهم بزرگسالان در جمعیت جهان شده است (Omidvar and et al. 2015: P5). نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد امروزه تحولات باروری و تغییر در نگرش نسبت به فرزندآوری، برخلاف آنچه در گذشته تصور می‌شد، فقط ناشی از مسائل اقتصادی و هزینه‌های فرزندآوری نیست و در کنار این عامل، عوامل فرهنگی اجتماعی نیز دخالت دارند. فرزندآوری پدیده مهمی در حرکات جمعیتی و محور توسعه پایدار برای کشورهایایی که سطح جانشینی پایینی دارند محسوب می‌شود. هر چند فرزندآوری و تولد ظاهراً امر ساده‌ای به نظر می‌رسد اما مسأله پیچیده‌ای است که عوامل کمی و کیفی متعددی بر آن مترتب است. آگاهی از تمایل به فرزندآوری بین زنان و مردان متأهل و عوامل مؤثر بر این پدیده، شناخت قابل توجهی در جریان تحولات جمعیتی به وجود خواهد آورد (Barbian, 2001: P10). در طول چند دهه گذشته، شیوع بی‌فرزندگی (نسبت زنان بین ۴۵ تا ۴۹ سال که هیچ‌گاه صاحب فرزند نشده‌اند) به طور کلی در جهان رو به افزایش بوده است (Omidvar and et al. 2015: P32). دغدغه اساسی که در دوره دوم گذار جمعیتی به جای افزایش جمعیت اهمیت مضاعف یافته ترکیبی سنی است و پیامدهای آن برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قابل ملاحظه می‌باشد (Saraei, 2009: P118). کاهش میزان باروری کل مدرک مستندی دال بر تغییر نگرش و رفتار باروری در جامعه ی امروزی ما است (Faraji and et al. 2018: PP289-316). تغییر در بینش‌ها و گرایش‌هایی هم چون ارزش‌ها و باورها از یک سو و تغییر در رفتارها نظیر تغییر در نحوه ی مصرف، پوشش، خوراک از سوی دیگر است که می‌تواند در این عرصه تأثیرگذار باشد. البته باید به خاطر داشت که تغییر در سبک زندگی، بسیار کند و بلندمدت است (Parvinian and et al. 2018: PP39-72).

بررسی باروری عمومی در ایران در سال ۱۳۸۵ به پایین‌ترین مقدار خود یعنی ۱۷ در هزار و در سال ۱۳۹۶ نزدیک به ۱۹ در هزار رسیده است (Abbasi and et al. 2018: P79). این رقم برای استان کرمانشاه در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷ به ۱۵۲۹۶ می‌رسد که در رتبه ۲۱ در کشور قرار دارد و می‌تواند نشان دهنده باروری پایین در این استان قلمداد گردد (Abbasi and et al. 2018: P40). در طول دهه ۱۹۹۰ فهم ما از مفهوم و مقیاس کیفیت زندگی نسبت به دهه ۱۹۸۰ بهبود یافت و ابعاد آن را می‌توان به صورت سلسله مراتبی از پایین به بالا به صورت زیر بیان کرد. ۱- بهزیستی فیزیکی، ۲- بهزیستی مادی، ۳- حقوق، ۴- ادخال اجتماعی، ۵- روابط بین فردی، ۶- خودتعیینی، ۷- رشد فردی، ۸- بهزیستی عاطفی (Schalock, 2004: P121). می‌توان استنباط کرد که تغییر

سبک‌های زندگی و کیفیت زندگی می‌تواند ارتباط مستقیمی با تمایل خانواده‌ها به فرزندآوری باشد. بر اثر تغییرات در الگوهای باروری و سبک زندگی متنوع، امروزه خانواده‌ها متنوع‌تر شده‌اند، خانوارهای تک نفره و خانوارهای تک والد به عنوان الگوهای ازدواج، زندگی اشتراکی (پیوندها) و طلاق رواج بیشتری پیدا کرده است (Omidvar and et al. 2015: P5). در سال‌های اخیر به دلیل تغییر ناگهانی روند و الگوهای باروری از سطوح بسیار بالا به سطوحی پایین و حتی پایین‌تر از میزان جانشینی، نگرانی ناشی از آن گریبان کشورهای در حال توسعه‌ای مانند ایران را گرفته است (Aliie, 2015: P107). از طرفی در سالیان اخیر جامعه ایران تحولات اقتصادی و اجتماعی چشمگیری را تجربه کرده است. در بستر این تحولات اقتصادی و اجتماعی، رفتارها و نگرش‌های باروری و همچنین برخی از الگوهای تاریخی حاکم بر خانواده نیز تغییر یافته است (Kazemipour, 2010: P21). بنابراین تغییر در ایستارهای مربوط به زندگی خانوادگی، نقشی تعیین‌کننده در روندهای جمعیت‌شناختی داشته است (Hosseini ana Begi, 2012: P127)، موجب دغدغه‌هایی در مورد باروری و تولیدمثل شده است و مسئولان مربوطه را در قبال آینده جمعیتی ایران و آسیب‌های جدی ناشی از پیری جمعیت بسیار نگران کرده است (Moradi and Safarian, 2018: P60).

نکته قابل توجه در این مطالعه تغییرات ایجاد شده در کیفیت زندگی زنان شهر سرپل‌ذهاب است که تحت تأثیر شرایط سخت زندگی ناشی از زلزله و همچنین قرار گرفتن در نزدیک به مرز، همچنین پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد با توجه به تغییرات ایجاد شده حاصل از نوگرایی، فردگرایی و عقلانیت صوری در نگرش طبقات مختلف با منزلت‌های اجتماعی اقتصادی متفاوت است که نگرش اقشار و گروه‌های مختلف اجتماعی را نسبت به باروری تحت تأثیر قرار داده است. سؤال اصلی پژوهش این است که چه رابطه‌ای بین کیفیت زندگی و منزلت اقتصادی-اجتماعی با نگرش به فرزندآوری وجود دارد؟ هدف اصلی این مطالعه تعیین رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و منزلت اقتصادی-اجتماعی با نگرش به فرزندآوری در بین زنان ۱۵-۴۹ ساله شهرستان سرپل‌ذهاب می‌باشد. اهداف فرعی عبارت‌اند از:

- تعیین رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و نگرش به فرزندآوری
- تعیین رابطه‌ی بین سلامت محیطی و نگرش به فرزندآوری
- تعیین رابطه‌ی بین سلامت جسمانی و نگرش به فرزندآوری
- تعیین رابطه‌ی بین سلامت روحی روانی و نگرش به فرزندآوری
- تعیین تأثیر منزلت اقتصادی-اجتماعی بر نگرش به فرزندآوری

مروری بر ادبیات مفهومی پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی است و در عین حال از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری مستقل آن در تحقیقات

مختلف سلامتی به عنوان یکی از پیامدهای مهم لازم و ضروری است (Abdollah pour, 2011: P41). فینویک، ناگلیر و برون^۱ (۱۹۹۶) کیفیت زندگی را مفهومی اجتماعی دانسته که افراد به آن معنا می‌بخشند (Pourtaheri and et al. 2011: P65). کامپ^۲ و دیگران، کیفیت زندگی را تفکری مرتبط با سلامت (Kamp and et al. 2003: P9). پال^۳، کیفیت زندگی به عنوان معیاری برای سنجش میزان برآورده شدن نیازهای روحی روانی و مادی می‌داند (Pal and Kumar, 2005: P18). آبرامز^۴ (۱۹۷۳) کیفیت زندگی را درجه‌ای از رضایت یا نارضایتی ای (Bond and Corner, 2010: P14)، کاتر^۵ (۱۹۸۵) آن را به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌کند که نیازها، خواست‌ها، ترجیحات سبک زندگی^۶ و سایر عوامل ملموس و غیر ملموس را که بر بهزیستی همه جانبه فرد تأثیر دارند، در بر می‌گیرد (Ghafari and Omid, 2009: P5). برخی آن را طرز تلقی، ارزش، ثروت و موقعیت اجتماعی (Khajeh Nouri and Mosavat, 2019: P284)، برخی درک افراد از موقعیت خود در زندگی (Baghban and et al, 2020: P44)، عده ای آن را در شرایط بهتر زندگی (Yousefi, 2002: P1) با مشخصه چندبعدی بودن می‌داند (Kordzanganeh, 2006: P3). کیفیت زندگی در بعد فیزیکی، پرسش‌های مربوط به ابعاد جسمانی انسان، در بعد اجتماعی، احساس بهتر بودن و کیفیت ارتباطات افراد با خانواده، دوستان، در بعد روان‌شناختی بیشتر نشانه‌های روانی، در بعد محیطی، کیفیت محیط پیرامون زندگی بشر برای زیست و در بعد اقتصادی مؤلفه‌هایی چون میزان رضایت از درآمد، نوع شغل و یا رضایت شغلی ارزیابی می‌شوند (Dehdari, 2002: P40). به عقیده‌ی ناگلیر^۷ (۱۹۹۶) معتقد است کیفیت زندگی: ۱. مفهومی چندبعدی؛ ۲. در تعامل مستمر با محیط؛ ۳. برخاسته از کنش متقابل شخص با محیط؛ ۴. برای همه یکسان و ۵. با درجات مختلف در افراد است (Mahdavi, 2016: P32).

مروری بر پژوهش‌های تجربی انجام‌شده در مورد باروری و کیفیت زندگی تفاوت‌های نسبتاً چشمگیری بین پژوهشگران وجود دارد در این راستا مرادی و صفاریان (۱۳۹۷) در مطالعه جامعه‌شناختی نگرش مردم به فرزندآوری با تأکید بر استان همدان نشان دادند که نگرش به فرزندآوری تحت تأثیر پایگاه اقتصادی اجتماعی پاسخگویان، تعداد فرزند دختر، تمایل به پدر یا مادر شدن، فاصله سنی همسران و سن مناسب ازدواج قرار دارد (Moradi and Safarian, 2018: PP59-).

¹ Finike, Nagelir and Bruno

² Kamp

³ Pal

⁴ Abrams

⁵ Cutter

⁶ Life and Style

⁷ Naglier

92). فرجی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر تمایل به باروری در بین زنان ۱۸ تا ۴۰ ساله شهر ایلام بر نقش منفی ماهواره و تلویزیون بر داشتن تعداد فرزندان زیاد، نقش مثبت تلویزیون بر داشتن تعداد فرزندان زیاد تأکید دارند (Faraji and et al. 2018: PP289-316). پروینیان و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه تأثیر سبک زندگی امروزی زنان بر میزان فرزندآوری؛ شهر قزوین نشان می دهند با بهره مند شدن از روش های تغییر بینش، گرایش و رفتار و تلاش در جهت استحکام وضعیت حقوقی و اجتماعی زنان، آنان را با سیاست های جدید جمعیتی کشور همراه ساخت (Parvinian and et al. 2018: PP39-72).

اسحاقی و دیگران (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان چالش های فرزندآوری زنان شاغل نشان می دهند زنان شاغل با چالش های برون شغلی و درون شغلی در زمینه فرزندآوری مواجه اند که کنش های آنها را به سمت کم فرزندى سوق می دهد (Ishaqi and et al., 2014: PP111-134). موسوی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان بررسی جایگاه و نگرش به فرزندآوری در خانواده های جوان ایرانی نشان داد که عوامل اقتصادی بیش از سایر عوامل چون اعتقادی، فرهنگی و هویت شناختی - جسمانی بر نگرش منفی خانواده های جوان به فرزندآوری تأثیرگذار بوده است (Mosavi, 2013: PP111-134). کلانتری و دیگران (۱۳۸۹) در مطالعه بررسی جامعه شناختی گرایش به فرزندآوری و برخی عوامل مرتبط با آن شهر تبریز، نشان داد که مشارکت اجتماعی تأثیر کاهنده، ولی متغیر گرایش مذهبی تأثیر فزاینده ای بر میزان گرایش جوانان به فرزندآوری داشته است (Kalantari and et al., 2010: PP104-127). حریری و همکاران (۱۳۸۸) تحقیقی در مورد کیفیت زندگی در شهر جدید پردیس ارائه دادند. در این تحقیق مشخص گردید سابقه ی زندگی مشترک و تعداد فرزندان در ارتباط معکوس و وضعیت اشتغال، تحصیلات همسر، رضایت از خدمات شهری و محل سکونت در ارتباط مثبت با کیفیت زندگی قرار داشتند (Hariri and et al., 2009: PP89-110). محمودیان و همکاران (۱۳۸۸) مطالعه ای با هدف بررسی زنان و کنش فرزندآوری زنان کرد انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که خودحمایتی زنان مهم ترین مقوله در استدلال برای کم فرزند آوری شان است (Mahmoudian and et al., 2009: PP222-285). بحری و همکاران (۱۳۸۵) پس از بررسی تحلیلی در میان ۳۵۰ نفر از زنان دریافتند که بین نگرش زنان نسبت به لذت بخش بودن تعدد فرزند، شخصی بودن تعدد فرزندان و نقش حمایتی فرزندان زیاد در پیری والدین اختلاف آماری معناداری وجود دارد (Bahri and et al., 2006: PP110-132).

برناردی و کلنر (۲۰۱۴) در مطالعه ای تحت عنوان شبکه های اجتماعی و باروری نشان دادند که عواملی مانند حمایت اجتماعی، یادگیری اجتماعی و فشار اجتماعی بر باورها و هنجارهای افراد در مورد بچه دار شدن، بر نگرش آنها درباره داشتن فرزند تأثیر می گذارد (Bernardi and Klarner, 2014).

باروری، عواملی که باعث به تعویق افتادن فرزندآوری و کاهش تعداد فرزندان می‌شود، به بررسی عوامل مؤثر بر نرخ فرزندآوری در اروپا می‌پردازند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که از بعد اقتصادی، فاصله میان درآمد واقعی و درآمد مورد انتظار زوج‌های جوان بر روند کاهش نرخ باروری مؤثر بوده است (Lutz and et al., 2007: PP479-496).

کیم و کاواچی (۲۰۰۷) در تحقیقی با عنوان سرمایه‌ی اجتماعی ایالتی و کیفیت زندگی در بعد سلامت در آمریکا دریافته‌اند که در ایالت‌هایی که سطح سرمایه‌ی اجتماعی بالا یا متوسط بود، سطوح بالاتری از سلامت جسمانی و روانی شهروندان که از شاخص‌های کیفیت زندگی است مشاهده شده است (Kim and Kawachi, 2007: PP258-269). دیزارت و دیلر (۲۰۰۰) در مطالعه‌ی خود با عنوان باروری، آموزش و توسعه، دریافته‌اند آموزش زنان مهم‌ترین عاملی است که تفاوت‌های باروری را در سراسر کشور هند تبیین می‌کند (Dissart and Diller, 2000: PP135-161).

رویکردها و نظریات مختلفی پیرامون علل باروری و زمینه‌های تغییر باروری در میان زنان مطرح شده است. گری بکر^۱ از طریق تحلیل نقش مشارکت نیروی کار زنان به بسط یک مدل نظری برای درک رابطه‌ی باروری و اقتصاد پرداخت. این رویکرد بر هزینه‌ی فرصت زمان مادران تأکید می‌کند و پیش‌بینی می‌کند که افزایش دستمزدهای زنان می‌تواند تأثیر منفی بر تقاضا برای کودکان داشته باشد (Hosseini, 2013: P124). به دنبال تبیین باروری در جوامع سنتی جریان ثروت نسلی نیز با ارائه‌ی نظریه و مدرن بوده است. به باور کالدول^۲، یک ارتباط مستقیم بین ساختار خانواده و باروری وجود دارد. بر اساس این نظریه، در همه‌ی جوامع تصمیم‌های باروری پاسخ‌های عقلانی اقتصادی به جریان‌های ثروت خانوادگی است.

کلند و ویلسون^۳ با استناد به ارتباط ضعیف بین ساختار اقتصادی و باروری در سطح خرد یا کلان و ارتباط قوی تر باروری با فرهنگ و تحصیلات به این باور رسیدند که رویکرد اشاعه در مقایسه با تبیین‌های مبتنی بر انتخاب عقلانی تبیین کاملی از گذار باروری به دست می‌دهد. در این رویکرد، استدلال می‌شود که عوامل فرهنگی و نه ساختاری نحوه‌ی نگرش افراد را به فرزندان و فرزندآوری تغییر می‌دهد (Abbasi Shavazi and Hoseini, 2011: P135). با توجه به اینکه در جامعه‌ی ایران تحولات عمیق فرهنگی و نیز تحولات شگرفی در نهاد خانواده و در نتیجه کارکردهای آن رخ داده و به نوعی

¹ Gree becher

² Caldwell

³ Cleland & Wilson

سبک زندگی افراد نیز تحت تأثیر این تحولات قرار گرفته است، می‌توان گفت یکی از ابعاد مهمی که در معرض این تحولات قرار گرفته، نگرش و رفتار باروری افراد است.

نظریه اقتصاد باروری استدلال می‌کند که باروری زمانی کاهش می‌یابد که هزینه‌های یک کودک بیش از منافع داشتن آن فرزند باشد. در شرایط جدید، والدین مجبور می‌شوند روی هر فرزند، برای اینکه آن کودک قادر باشد در بازار کار جدید رقابت کند، بیشتر سرمایه‌گذاری کنند (Abbasi-Shavazi and et al., 2009: PP6-7). لیبنشتاین^۱ در نظریه اقتصاد باروری استدلال می‌کند که منفعت و هزینه فرزندان عواملی هستند که بر تصمیم‌گیری والدین در مورد شمار فرزندان تأثیر می‌گذارند (Hosseini, 2002: P296). اما برخلاف نظریه‌های اقتصادی بر منافع سنتی که بر هزینه‌های فرزندان تأکید دارند، تأکید نظریه ارزش فرزندان (VOC)^۲، بر هویت اجتماعی و موقعیت بزرگسالان، بسط و توسعه خود، علاقه به رابطه با نهاد بزرگ‌تر، ابدیت، اخلاق، مذهب، نوع‌دوستی، رفتارهای پسندیده عمومیت یافته، هنجارهای مربوط به جنسیت، انگیزه بخشی، تقوا، علایق و روابط گروهی اولیه، محبت، انگیزش، نوظهوری و تازگی، خوشی و سرگرمی، موفقیت و دستیابی، صلاحیت، خلاقیت، قدرت، نفوذ، توانایی تأثیر بر امور، مقایسه اجتماعی، رقابت، بهره اقتصادی است (Abbasi-Shavazi and et al., 2009: P8).

مک دونالد^۳ استدلال می‌کند باروری بدون تغییر جایگاه زن در خانواده کاهش نمی‌یابد و هر کاهشی در باروری با تغییری در طبیعت رابطه زن و شوهر در خانه مرتبط است؛ تغییری که جایگاه بالاتری نسبت به جایگاه زن در جوامع سنتی و وابسته به پدرسالاری به وی می‌بخشد. در نهایت، شهرنشینی و اغلب پیامدهای آن، هسته‌ای شدن خانواده، استقلال زوج‌های جوان، همگی درجه بالاتری از تساوی حقوقی را در این روابط تقویت می‌کند (Abbasi-Shavazi and et al., 2009: P9). بر اساس این نظریه باروری پایین کشورهای پیشرفته صنعتی ناشی از ناهماهنگی بین سطوح بالای برابری جنسیتی در درون نهادهای اجتماعی فرد محور و تداوم نابرابری جنسیتی در درون نهادهای اجتماعی خانواده محور است. عدم هماهنگی و ناسازگاری بین سطح بالای برابری جنسیتی در نهادهای اجتماعی فرد محور و تداوم نابرابری جنسیتی در درون نهادهای اجتماعی خانواده محور موجب شده است تا زنان نتوانند ترکیبی از کار و بچه را وارد زندگی‌شان کنند. از این رو زنان ناگزیرند زادوولد خود را کنترل کنند و این موجب شده است تا باروری در کشورهای توسعه‌یافته‌ی صنعتی به زیر سطح جایگزینی کاهش یابد (Ghodrati and Yarahmadi, 2011: P81).

¹ Liebenstein

² The Value of Children

³ Mc Donald

نظریه اشاعه به تبیین چگونگی گسترش مفهوم کنترل مولید در جهان می‌پردازد. بر پایه‌ی این تئوری، در کشورهایی که باروری کاهش یافته است، ایستارها و اعمالی که به محدودیت باروری منجر می‌شود، ابتدا توسط گروه‌هایی از جمعیت شهری که موفق تر، ثروتمندتر و تحصیل کرده تر اقتباس می‌شود و در طول زمان به گروه‌های میانی با منزلت پایین تر و مناطق روستایی گسترش می‌یابد. این نظریه بر نقش رهبران فکری شبکه‌های اجتماعی و ارتباطات بین همسران در اشاعه‌ی ایده‌ای جدید تاکید می‌کند (Weeks, 2006: P230).

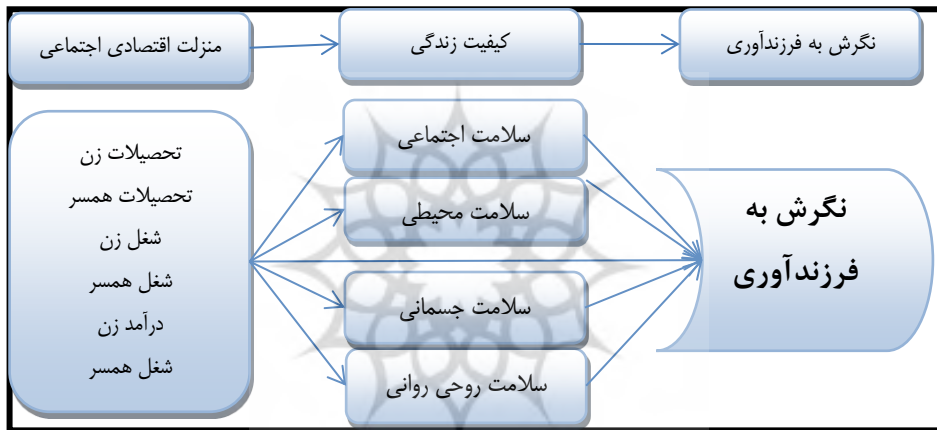
بوند و کورنر برخلاف نظریه‌پردازان پیشین به جای پرداختن به ابعاد مختلف کیفیت زندگی به بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی پرداختند. بوند و کورنر مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی را در رضایت فردی، عوامل محیط فیزیکی، حمایت اجتماعی، عوامل اقتصادی اجتماعی، عوامل فرهنگی، وضعیت سلامتی، عوامل شخصیتی و استقلال فردی برشمرد: به نظر بوند و کورنر اگر یک حوزه را به عنوان مهم‌ترین حوزه کیفیت زندگی در نظر بگیریم، آن حوزه رضایت عمومی فرد از زندگی است. همچنین استاندارد محیط فیزیکی یکی از عوامل مهم در تحقیقات کیفیت زندگی است. کیفیت محل زندگی به وسیله مساحت مسکن، وجود یا عدم وجود امکانات اولیه، مناظر طبیعی اطراف، وضعیت کشاورزی و..... ارزیابی می‌شوند (Bond and Corner, 2010: P16). به عقیده‌ی آنان زمانی که مفهوم کیفیت زندگی بررسی می‌شود این عوامل (سن، جنس، مذهب و ...) اغلب به صورتی مشابه و یکنواخت به نظر می‌رسند، اما در واقع این عوامل کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

چارچوب نظری

جامعه‌شناسان در دو سطح خرد و کلان به بررسی پدیده باروری پرداخته‌اند. در دیدگاه کلان عوامل فرهنگی، محیطی - اجتماعی، سیاسی، مذهبی و اقتصادی را بر باروری مؤثر می‌دانند. در سطح خرد نیز به انگیزه‌های شخصی، سلیقه‌ها، نگرش‌های افراد و طرز تلقی افراد اهمیت می‌دهند. جامعه‌شناسان بر این باورند که هر اندازه کشورها در مسیر توسعه اقتصادی و اجتماعی بیشتر حرکت کنند و گام به پیش نهند بیشتر انگیزه‌ها و سلیقه‌های فردی است که رفتارهای باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر عکس در جوامع توسعه‌نیافته و عقب‌افتاده بیشتر سیستم کلی حاکم بر جامعه نهادها و مقررات است که به باروری جهت می‌دهد. بحث در مورد عوامل انگیزشی محور اصلی اکثر دیدگاه‌هایی است که از طریق مدل‌های جامعه‌شناختی سعی در تبیین پدیده باروری دارند. زیرا باروری صرفاً یک پدیده فیزیکی نیست و ذهنیات و تفکرات فردی در آن نقش مهمی ایفا می‌کنند (Hosseini, 2002: P52).

چارچوب نظری این پژوهش "نظریه بهبود وضعیت" است. این نظریه تأکید دارد که تغییر موقعیت زنان می‌تواند تأثیر چشمگیری بر ساختار سنی و جنسی جمعیت داشته باشد. به عبارت دیگر، افزایش طول عمر زنان باعث می‌شود آن‌ها پس از دوره فرزندآوری سال‌های بیشتری شانس زندگی داشته باشند. همچنین، شانس دستیابی به کار، موقعیت اجتماعی و نظایر این‌ها را نیز برایشان به همراه می‌آورد که در نهایت به تغییر موقعیت آن‌ها منجر می‌شود. افزایش طول عمر زنان باعث می‌شود فشار کمتری جهت باروری بالا بر آن‌ها تحمیل شود و این خود کاهش باروری را به دنبال دارد (Sheikhi, 2001: 92-93).

مدل شماره ۱ معرفی مدل پژوهش و رابطه بین متغیرها



مهم‌ترین فرضیه‌های استخراج شده براساس مبانی نظری و مدل تحلیلی پژوهش به شرح زیر هستند:

۱. بین سلامت اجتماعی و نگرش به فرزندآوری رابطه معنی‌دار وجود دارد.
۲. بین سلامت محیطی و نگرش به فرزندآوری رابطه معنی‌دار وجود دارد.
۳. بین سلامت جسمانی و نگرش به فرزندآوری رابطه معنی‌دار وجود دارد.
۴. بین سلامت روحی روانی و نگرش به فرزندآوری رابطه معنی‌دار وجود دارد.
۵. بین منزلت اقتصادی - اجتماعی و نگرش به فرزندآوری رابطه وجود دارد.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

روش مطالعه از لحاظ رویکردی؛ کمی و از نظر راهبردی و گردآوری داده‌ها، همبستگی و توصیف از نوع پیمایشی است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته است. جامعه آماری این تحقیق

کلیه زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله شهرستان سرپل ذهاب در سال ۱۳۹۸ می باشد که تعداد کل آنها ۱۲۷۴۹ نفر می باشند. با توجه به افزایش جامعه آماری و عدم امکان جمع آوری داده ها از کلیه افراد، حجم نمونه آماری به روش نمونه گیری تصادفی ساده و با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شدند. در این پژوهش با استفاده از فرمول کوکران به استخراج حجم نمونه پرداخته که نمونه ۳۸۴ نفر می باشد.

$$n = \frac{57500 \cdot (1.96)^2 \cdot (.5) \cdot (.5)}{(.5)^2 (57500 - 1) + (1.96)^2 \cdot (.5) \cdot (.5)} = \frac{57500 \cdot 3/8416.0/25}{0/25.57499 + 3/8416.0/25} = 384$$

روش نمونه گیری در پژوهش حاضر تصادفی ساده می باشد. بدین صورت که با قرعه کشی از بین جامعه آماری تعداد ۳۸۴ نفر انتخاب شدند. واحد تحلیل در این پژوهش نیز زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله شهرستان سرپل ذهاب هستند و همچنین واحد مشاهده نیز در تحقیق حاضر فرد است، زیرا پرسشنامه ها توسط افراد تکمیل گردیده است. متغیرهای این پژوهش به شرح زیر تعریف شده اند:

کیفیت زندگی: وضعیتی است که یک فرد از امکانات مهم موجود در زندگی اش برخوردار شده است و لذت می برد (Ghafari and Omid, 2009: P127). در این پژوهش کیفیت زندگی نمره ای است که آزمودنی از پرسشنامه ۴۶ گویه ای کیفیت زندگی به دست خواهد آورد. کیفیت زندگی چهار بعد سلامت محیطی، سلامت روحی و روانی، سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی را مورد سنجش قرار می دهد. برای هر کدام از گویه ها جهت سنجش ابعاد کیفیت زندگی امتیاز ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است.

سلامت جسمانی^۱: به دریافت فرد از توانایی هایش در انجام فعالیت های روزانه که نیاز به مصرف انرژی دارد اشاره می کند که می تواند در بر گیرنده مقیاس هایی مانند تحرک، توان، انرژی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت توان کار باشد که با ۷ گویه سنجیده شده است. سلامت محیطی: شامل موارد بسیاری از مسئولیت های فردی و اجتماعی همچون آگاهی از منابع طبیعی زمین و میزان در دسترس بودن آنها، آشنایی با خطرات محیطی، حداقل سازی تأثیر منفی فعالیت های انسانی روی محیط زیست، حداکثر سازی نظم طبیعت می شود. این بعد از کیفیت زندگی با ۲۰ گویه مورد سنجش قرار گرفته است.

سلامت روحی و روانی^۲: جنبه های روحی و احساسی سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می گیرد. بعضی از زیر رده های این بعد عبارتند از: تصویر از خود،

¹ Physical

² Psychological

احساس مثبت و منفی، اعتقادات مذهبی، فکر کردن و یادگیری، حافظه و تمرکز حواس که با ۱۰ گویه سنجیده شده است.

سلامت اجتماعی^۱: به توانایی فرد در برقرار کردن ارتباط با اعضا خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی، وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی کلی مربوط می‌شود. این بعد از کیفیت زندگی با ۹ گویه سنجیده شده است.

منزلت اقتصادی - اجتماعی: منزلت دربردارنده برداشت‌ها و قضاوت‌های مردم (Lipset and et al., 2002: P44) بوده و موقعیتی است که فرد در سلسله مراتب اجتماعی در ارتباط با اهمیت ارزشی که نقش اجتماعی وی در جامعه دارد، به دست می‌آورد (Babaeifard and Sarbandi, 2019: P102). در این پژوهش، برای تعیین پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد از شاخص‌های تحصیلات، وضع فعالیت، وضع شغلی (در صورت شاغل بودن)، مساحت منزل مسکونی، درآمد خود و درآمد همسر استفاده شده است. رتبه‌بندی شغلی براساس رتبه‌بندی مدیران عالی‌رتبه، حرفه‌ای‌ها، تکنیسین‌ها، کارمندان اداری و دفتری، کارکنان بخش تولید، فروشندگان و کارکنان بخش خدمات، کارکنان کشاورزی، کارگران ساده شهری انجام گرفت (Ghaemizadeh, 2007: P88). در پژوهش حاضر برای مطالعه و سنجش منزلت اقتصادی اجتماعی، از متوسط درآمد زن و شوهر، تحصیلات زن و شوهر، وضعیت شغلی زن و شوهر و محل سکونت استفاده گردید. جهت تعیین طبقه فرد ابتدا وضعیت تحصیلی، شغلی و موقعیت محله مسکونی و همچنین درآمد آن‌ها را مشخص می‌کنیم و سپس از تلفیق آن‌ها مرتبه پایگاه اجتماعی اقتصادی هر فرد را تعیین کردیم.

نگرش به فرزندآوری: در تعریف فرزندآوری، جمعیت‌شناسان توانایی زنان برای آبستنی را قابلیت باروری یا امکان بالقوه فرزندآوری می‌گویند و نگرش نیز به آمادگی فکری روانی افراد گفته می‌شود که براساس تجربه‌ای سازمان‌یافته شکل می‌گیرد و پاسخ فرد را به موقعیت‌های مختلف شکل می‌دهد و رفتار او را هدایت می‌کند. شناخت، احساس و آمادگی برای انجام دادن عمل سه جزئی هستند که نگرش را تشکیل می‌دهند؛ بدین معنا که افراد با دسته‌بندی اشیاء به شناخت دست می‌یابند و این جزء شناختی می‌تواند به شخص احساس خوشایند یا ناخوشایندی بدهد و در نهایت این دو جزء و احساس باهم می‌توانند فرد را به انجام دادن عمل خاصی سوق دهند یا از آن بازدارند. در این پژوهش، نگرش به فرزندآوری نمره‌ای است که آزمودنی از پرسشنامه ۱۶ گویه‌ای نگرش به فرزندآوری به دست خواهد آورد.

¹ Social

در این مطالعه برای روایی ابزار پژوهش از روایی صوری با در اختیار صاحب نظران گذاشتن گویه ها و موافقت آن ها و اجماع بر سر روا بودن آن ها و برای برآورد پایایی از آلفای کرونباخ استفاده به عمل آمد. ضریب پایایی کیفیت زندگی ۰/۷۹ و پایایی نگرش به فرزندآوری ۰/۷۳ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

پس از پایان یافتن گردآوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها استخراج و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS که برای علوم اجتماعی استفاده می‌شود به کامپیوتر انتقال یافتند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های حاصله نشان می‌دهد که بیش‌ترین تعداد پاسخگویان دارای مدرک لیسانس می‌باشند که ۴۱/۷ درصد آن‌ها را تشکیل می‌دهد. بیش‌ترین تعداد پاسخگویان خانه‌دار می‌باشند که ۴۹/۷ درصد آن‌ها را تشکیل می‌دهد. یافته‌های حاصله نشان می‌دهد که بیش‌ترین تعداد پاسخگویان شاغل، کارمند بخش عمومی می‌باشند که ۱۹/۵ درصد آن‌ها را تشکیل می‌دهد. یافته‌های حاصله نشان می‌دهد که بیش‌ترین تعداد پاسخگویان حاضر نیستند برای جنسیت مورد نظرشان مجدداً بچه‌دار شوند که ۶۴/۶ درصد آن‌ها را تشکیل می‌دهد. یافته‌های حاصله نشان می‌دهد که بیش‌ترین تعداد پاسخگویان به میزان خیلی زیادی علاقه‌مند به مادر شدن می‌باشند که ۵۰/۸ درصد آن‌ها را تشکیل می‌دهد. یافته‌های حاصله نشان می‌دهد که بیش‌ترین تعداد پاسخگویان درآمد شخصی ندارند که ۵۹/۶ درصد آن‌ها را تشکیل می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که ۷۶ درصد دارای خودروی شخصی، ۲۹/۴ درصد دارای رایانه، ۲۸/۹ درصد دارای تب لت و ۱۱/۵ درصد دارای نوت بوک می‌باشند و همچنین ۱۵/۱ درصد از همسران پاسخگویان هیچ‌کدام از موارد مورد سؤال را ندارند. با توجه به اینکه متغیر منزلت اقتصادی - اجتماعی یکی از فرضیه‌های این پژوهش است و این متغیر با ۷ متغیر (سطح تحصیلات زن و شوهر، میزان درآمد شوهر و زن، وضع شغل زن و شوهر و محل زندگی افراد) سنجیده شده است، تلاش شد که هر کدام از این متغیرها در سه دسته‌بندی Recode شوند تا از متغیر ترتیبی - اسمی به متغیر ترتیبی تبدیل شوند و در فرآیند این دسته‌بندی تمام زیرمجموعه‌های منزلت اقتصادی - اجتماعی باهم برابر شدند و بنابراین، این اجازه وجود دارد که آن‌ها را باهم جمع زده و در نهایت متغیری به نام منزلت اقتصادی - اجتماعی به دست بیاوریم. متغیر به دست آمده با آزمون اسپیرمن مورد بررسی قرار گرفت.

جدول شماره ۱: نمره پاسخگویان بر حسب متغیر منزلت اقتصادی - اجتماعی

نام متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سطح تحصیلات زن	۳۸۴	۱	۳	۲/۱۴	۰/۶۹
سطح تحصیلات شوهر	۳۸۴	۱	۳	۲/۱۶	۰/۶۷
رتبه شغلی زن	۳۸۴	۱	۳	۲/۱۴	۰/۷۲
رتبه شغلی شوهر	۳۸۴	۱	۳	۱/۷۶	۰/۷۲
محل زندگی	۳۸۰	۱	۳	۱/۹۵	۰/۷۰
متوسط درآمد ماهیانه زن	۳۷۵	۱	۳	۲/۰۲	۰/۸۲
متوسط درآمد ماهیانه شوهر	۳۷۸	۱	۳	۱/۷۴	۰/۸۵

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی متغیر رتبه‌ای منزلت اقتصادی اجتماعی را نشان می‌دهد. نتایج حاصل نشان می‌دهد که از کل جمعیت مورد مطالعه ۱۰۴ نفر (۲۸/۲ درصد) دارای منزلت اقتصادی اجتماعی پایین، ۲۱۵ نفر (۵۸/۳ درصد) دارای منزلت اقتصادی اجتماعی متوسط و ۵۰ نفر (۱۳/۶ درصد) دارای منزلت اقتصادی اجتماعی بالا بودند. جهت محاسبه فاصله اطمینان طبقات از تکنیک بوت استرپ سازی (خودگردان سازی) استفاده شد. نتایج حاصل نشان می‌دهد که با سطح اطمینان ۹۵ درصد می‌توانیم بگوییم در جامعه آماری از حداقل ۱۰/۰ درصد تا حداکثر ۱۷/۱ درصد از افراد منزلت اقتصادی اجتماعی بالا داشتند.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی متغیر رتبه‌ای منزلت اقتصادی اجتماعی

نام متغیرها	نام مؤلفه‌ها	تعداد	درصد	فاصله اطمینان ۰/۹۵ بر مبنای برآوردهای خودگردان
پایگاه	بالا	۵۰	۱۳/۶	کران بالا
اقتصادی	میانی	۲۱۵	۵۸/۳	کران پایین
اجتماعی	پایین	۱۰۴	۲۸/۲	۲۳/۳

جدول شماره ۳ توزیع پاسخگویان بر حسب متغیرهای تمایل به فرزندآوری و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. نتایج حاصله نشان می‌دهد که میانگین نمره فرزندآوری برابر ۴۶/۳ است که از میانگین مورد انتظار کمتر است. برای متغیر کیفیت زندگی، نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره کیفیت زندگی برابر ۱۴۷/۸ بوده که بالاتر از میانگین مورد انتظار می‌باشد.

جدول شماره ۳: توزیع پاسخگویان بر حسب متغیرهای تمایل به فرزندآوری و کیفیت زندگی

انحراف معیار	میانگین		حداکثر	حداقل	تعداد	فراوانی	نام متغیر
	نظری	واقعی	نمره	نمره	گویه		
۵/۲	۴۸	۴۶/۳	۷۳	۳۲	۱۶	۳۰۴	تمایل به فرزندآوری
۲۰/۷	۱۳۸	۱۴۷/۸	۲۲۱	۹۸	۴۶	۲۶۵	کیفیت زندگی
۶/۵	۳۰	۳۶/۵	۵۰	۱۷	۱۰	۳۴۵	سلامت روحی روانی
۴/۲	۲۱	۲۵/۴	۳۵	۱۲	۷	۳۶۲	سلامت جسمانی
۵/۱	۲۷	۲۷/۴	۴۵	۱۴	۹	۳۲۶	سلامت اجتماعی
۹/۹	۶۰	۵۷/۷	۹۶	۳۴	۲۰	۳۲۴	سلامت محیطی

فرضیه اصلی: بین کیفیت زندگی و نگرش به فرزندآوری رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۴ ضریب همبستگی پیرسون برای کیفیت زندگی و ابعاد آن با نگرش به فرزندآوری را نشان می‌دهد. نتایج حاصله نشان می‌دهد که مقدار پیرسون برای کل متغیر کیفیت زندگی برابر ۰/۲۸۱ می‌باشد. این مقدار در سطح معناداری حداقل ۰/۹۵ معنادار است. لذا همبستگی مثبت، با شدت متوسط و با جهت مستقیم بین دو متغیر کیفیت زندگی و نگرش به فرزندآوری وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه کیفیت زندگی بیشتر باشد، میزان نگرش به فرزندآوری مثبت تر می‌گردد. بنابراین فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

نتایج نشان می‌دهد مقدار ضریب همبستگی برای بعد سلامت اجتماعی و نگرش به فرزندآوری برابر ۰/۰۹۰ می‌باشد. این مقدار در سطح معناداری حداقل ۰/۹۵ معنادار نبوده لذا همبستگی مستقیم بین دو متغیر سلامت اجتماعی و نگرش به فرزندآوری وجود ندارد؛ همبستگی برای بعد سلامت محیطی و نگرش به فرزندآوری برابر ۰/۰۹۵ معنادار نبوده؛ برای بعد سلامت جسمانی و نگرش به فرزندآوری مقدار پیرسون برابر ۰/۲۵۱ معنادار است. برای بعد سلامت روحی روانی و نگرش به فرزندآوری مقدار پیرسون برابر ۰/۲۹۴ می‌باشد. بدین صورت که هرچه سلامت روحی روانی بیشتر باشد میزان نگرش به فرزندآوری مثبت تر می‌گردد. بنابراین فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

جدول شماره ۴: ضریب همبستگی پیرسون برای کیفیت زندگی و نگرش به فرزندآوری

متغیرهای مستقل	متغیر وابسته	شدت رابطه	سطح معناداری	نتیجه آزمون	نوع رابطه
کیفیت زندگی	نگرش به فرزندآوری	۰/۲۸۱	۰/۰۰۰	تأیید فرضیه	مستقیم
سلامت محیطی	نگرش به فرزندآوری	۰/۰۹۵	۰/۱۳۱	رد فرضیه	مستقیم
سلامت اجتماعی	نگرش به فرزندآوری	۰/۰۹۰	۰/۱۲۷	رد فرضیه	مستقیم
سلامت روحی روانی	نگرش به فرزندآوری	۰/۲۹۴	۰/۰۰۰	تأیید فرضیه	مستقیم
سلامت جسمی	نگرش به فرزندآوری	۰/۲۵۱	۰/۰۰۰	تأیید فرضیه	مستقیم

فرضیه ۲: بین منزلت اقتصادی - اجتماعی و نگرش به فرزندآوری رابطه وجود دارد. جدول شماره ۵ ضریب همبستگی اسپیرمن برای منزلت اقتصادی - اجتماعی و نگرش به فرزندآوری را نشان می دهد. نتایج حاصله نشان می دهد که مقدار ضریب رتبه‌ای اسپیرمن برابر ۰/۱۰۵ می باشد. این مقدار در سطح معناداری حداقل ۰/۹۵ معنادار بوده؛ لذا همبستگی مستقیم بین دو متغیر منزلت اقتصادی - اجتماعی و نگرش به فرزندآوری وجود دارد.

جدول شماره ۵: ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن برای منزلت اقتصادی - اجتماعی و نگرش به فرزندآوری

متغیرهای مستقل	متغیر وابسته	شدت رابطه	سطح معناداری	نتیجه آزمون	نوع رابطه
منزلت اقتصادی اجتماعی	نگرش به فرزندآوری	۰/۱۰۵	۰/۰۴۵	تأیید فرضیه	مستقیم

آزمون رگرسیون چندگانه

در پژوهش حاضر از آماره رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شده است. قبل از استفاده از رگرسیون، باید مفروضات اساسی تحلیل رگرسیونی در نظر داشته باشیم: پیش فرض اول، مستقل بودن خطاها یا باقی مانده‌ها از همدیگر است. برای تعیین وجود خود همبستگی از آزمون دوربین- واتسون^۱ استفاده گردید که نتیجه دارای نوعی خود همبستگی مثبت ولی ضعیف (۱/۸۲۳) = Durbin-Watson) هستند. هم چنین مقدار تولرانس برابر ۰/۹۷۱ و مقدار شاخص تحمل واریانس با مقدار ۱/۰۳۰ وضعیت مطلوبی را نشان می دهند. کوچک تر بودن تولرانس به سمت یک نشان از همبستگی بسیار پایین بین متغیر منزلت اقتصادی اجتماعی و کیفیت زندگی است.

یکی از متغیرهایی که وارد معادله شده است، کیفیت زندگی است. نتایج نشان می دهند که مقدار t برای این متغیر برابر (t = ۴/۱۱۷) و ضریب معنی داری (sig = ۰/۰۰۰) می باشد. همچنین مقدار B برابر با (B = ۰/۲۸۴) می باشد. یعنی اینکه به ازای یک واحد (امتیاز) افزایش در کیفیت زندگی افراد مقدار فرزندآوری به اندازه B یعنی ۰/۲۸۴ تغییر می کند. در گام دوم متغیر منزلت اقتصادی اجتماعی افراد وارد معادله رگرسیونی شده است. مقدار B برابر با (B = ۰/۱۸۶) می باشد. یعنی اینکه به ازای یک واحد (امتیاز) افزایش در کیفیت زندگی افراد مقدار فرزندآوری به اندازه B یعنی ۰/۱۸۶ تغییر می کند.

¹ Durbin-Watson

جدول شماره ۶: تحلیل متغیرهای مستقل جهت پیش‌بینی متغیر نگرش به فرزندآوری

وابسته	متغیر پیش بین	ضریب معیار نشده		ضریب معیار شده بنا	آزمون تی	معناداری
		B	خطای معیار			
نگرش به فرزندآوری	میزان کیفیت زندگی	۰/۲۸۴	۰/۰۶۹	۰/۲۰۶	۴/۱۱۷	۰/۰۰۰
	منزلت اقتصادی اجتماعی	۰/۱۸۶	۰/۰۶۰	۰/۱۵۴	۳/۰۸	۰/۰۰۲
مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی و برازش رگرسیون چندگانه						
نام شاخص	مقدار	نام شاخص	مقدار			
تحلیل واریانس	۱۵/۸۴۸	روش محاسبه	گام به گام			
معناداری واریانس	۰/۰۰۰	ضریب تعیین	۰/۰۷۷			
مقدار ثابت	۱۲/۲۱۵	ضریب تعیین تعدیلی	۰/۰۷۲			
دوربین واتسون	۱/۸۲۳	خطای استاندارد شده	۲/۲۴۹			
شاخص عامل تورم واریانس	۱/۰۳۰	شاخص تحمل	۰/۹۷۱			

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش در راستای هدف اصلی تحقیق یعنی: «شناخت رابطه بین کیفیت زندگی و منزلت اقتصادی اجتماعی با نگرش به فرزندآوری زنان شهرستان سرپل ذهاب» انجام شد. در جهت دستیابی به هدف اصلی پژوهش تعداد ۳۸۴ نفر از زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله شهرستان سرپل ذهاب به عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط بین کیفیت زندگی و منزلت اقتصادی اجتماعی با نگرش به فرزندآوری با نظریه بهبود وضعیت مبنی بر ارتباط بین وضعیت و موقعیت زنان و نگرش آنان به فرزندآوری ارتباط وجود دارد.

نتیجه فرضیه اول

کیفیت زندگی با میزان تمایل به فرزندآوری دارای رابطه معنادار است. با افزایش کیفیت زندگی زنان در ابعاد مختلف آن، میزان تمایل به باروری را برای آن‌ها بیشتر می‌کند. البته باید تأکید کرد که این معناداری بیشتر برای ابعاد سلامت روانی و سلامت جسمانی معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت این دو مؤلفه کیفیت زندگی در افزایش تمایل زنان به فرزندآوری نقش مهم تری را بازی می‌کنند. می‌توان گفت این نتیجه در راستای نظریه هنجاری فرهنگی کلند و ویلسون قرار دارد. با توجه به اینکه در جامعه ایران تحولات عمیق فرهنگی و نیز تحولات شگرفی در نهاد خانواده و در نتیجه کارکردهای آن رخ داده و به نوعی سبک زندگی افراد نیز تحت تأثیر این تحولات قرار گرفته است، می‌توان گفت یکی از ابعاد مهمی که در معرض این تحولات قرار گرفته، نگرش و رفتار

باروری افراد است. نتیجه به دست آمده با مطالعه کلانتری و دیگران (۱۳۸۹) و محمودیان و همکاران (۱۳۸۸) ناهمسو است. نتیجه این مطالعه با مطالعه حریری و همکاران (۱۳۸۸)؛ بحری و همکاران (۱۳۸۵)؛ رسولی (۱۳۸۲)، برناردی و کلنر (۲۰۱۴) و همسو می باشد. براساس نظریه بهبود وضعیت می توان استدلال کرد که افزایش طول عمر زنان باعث می شود فشار کمتری جهت باروری بالا بر آن ها تحمیل شود و این خود کاهش باروری را به دنبال دارد

نتیجه فرضیه دوم

منزلت اقتصادی اجتماعی پاسخگویان بر نگرش به فرزندآوری تأثیر معناداری دارد. در مورد این فرضیه چالش ها و اختلاف نظرهایی وجود دارد. نتیجه این فرضیه با برخی مطالعات تجربی پیشین همسو نمی باشد مانند مطالعه لوتز و همکاران (۲۰۰۷)، دیزارت و دیلر (۲۰۰۰)، اسحاقی و دیگران (۱۳۹۳)، محمودیان و همکاران (۱۳۸۸)؛ اما این نتیجه با مطالعات مرادی و صفاریان (۱۳۹۷)، حریری و همکاران (۱۳۸۸)، بحری و همکاران (۱۳۸۵) همسو می باشد. این نتیجه در تقابل با دیدگاه گری بکر قرار می گیرد که پیش بینی می کند که افزایش دستمزدهای زنان می تواند تأثیر منفی بر تقاضا برای کودکان داشته باشد. براساس نظریه انتخاب عقلانی تصمیم های باروری پاسخ های عقلانی اقتصادی به جریان های ثروت خانوادگی است. همچنین براساس نظریه هنجاری کلند و ویلسون در کشورهایی که باروری کاهش یافته است، ایستارها و اعمالی که به محدودیت باروری منجر می شود، ابتدا از سوی گروه هایی از جمعیت شهری که موافق تر، ثروتمندتر و تحصیل کرده ترند، اقتباس می شود و در طول زمان به گروه های میانی با منزلت پایین تر و مناطق روستایی گسترش می یابد.

براساس نتایج به دست آمده می توان موارد زیر را مورد تبیین و تدقیق بهتر و بیشتر قرار داد: با توجه به ارتباط مثبت بین کیفیت زندگی و نگرش به فرزندآوری پیشنهاد می گردد زمینه های سلامت جسمانی زنان در ابعاد مختلف فراهم گردد. در این راستا باید ورزش زنان و توجه به فعالیت های جسمانی زنان فرهنگ سازی شود. علاوه بر این اختصاص بیمه های درمانی مخصوص زنان و به ویژه زنان فاقد اشتغال لازم است مورد توجه قرار گیرد. همچنین برگزاری کلاس های مشاوره تغذیه و سلامت مخصوص زنان نیز پیشنهاد می گردد.

پیشنهاد می گردد با اختصاص مراکز مشاوره مخصوص زنان و تمرین شیوه های افزایش اعتماد به نفس، مقابله با اضطراب، بالا بردن عزت نفس و همچنین تأمین امنیت زنان در سطح جامعه و برجسته نمودن جنبه های مثبت زندگی زنان توسط رسانه ها سلامت روانی آنان را تأمین نمود.

همچنین ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقاء سلامت همه جانبه خانواده‌ها به ویژه سلامت باروری و افزایش فرزندآوری در جهت برخورداری از جامعه جوان، سالم، پویا و بالنده لازم به نظر می‌رسد. از دیگر فعالیت‌های لازم می‌توان به اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران به ویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی‌ربط اشاره کرد.

در نهایت در راستای تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزند پروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی. ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری، تأکید و پیشنهاد می‌گردد.

References

- Abbasi Shavazi, M. J.; Hosseini, H. (2011). Ethnic Differences in Fertility in Iran, Trends and Factors Affecting it, Iranian Journal of Sociology, 2(65) 126-141. (in Persian)
- Abbasi, M. B.; Alizadeh, M.; Moomen, T.; Masoumeh; T. F., Masoumeh; S., Alireza; Amir Khosravi, M.; Khatibi, A.; (2018). Yearbook of Population Statistics, Tehran, Iran Census Bureau. (in Persian)
- Abbasi-Shavazi M.J. McDonald, P., Hosseini-Chavoshi, M. (2009). The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction, Springer Science, Business Media B.V.
- Abdollah Pour, A. (2011). Quality of Life and its Affecting Factors in the Staffs of Government Offices in Bukan County, 2009. Urmia Medical Journal, 1(4), 40-47. (in Persian)
- Aliie, M. W. (2015), The Role of Population and Population Policies in Strengthening the Internal Strength of the Islamic Republic of Iran System, Afaq Security Journal, 8(28), 107-133. (in Persian)
- Babaeifard, A. and Sarbandi, A. (2019). Investigating the effective factors on women's social status in Kashan, Journal of Women and Society, 10(40): 89-126. (Persian).
- Baghban, M.; Mirzamani, S.; Afshani, S.; Falah, M. (2020). Qualitative research in identifying marital well-being challenges (from life skills gap and quality of life gap to marital well-being challenges), Journal of Women and Society, 11(2): 39-64. (Persian).
- Bahri, N.; Arab, B.; Lotfi, H. (2006). A Comparative Study of Women's Attitude and Practice on Family Planning in Planned and Unwanted Pregnancy, Journal of Yazd School of Public Health, 5(1), 110-132. (in Persian)
- Barbian, A. (2001). Population and Family Planning, Tehran: Nourbakhsh Publications. (in Persian)
- Bernardi, L. & Klarner, A. (2014). Social networks and fertility, Journal of Population Sciences, 30(22), 641-670.

- Bond, J.; Corner, L. (2010). Quality of life and the elderly. Translation: Hossein Mohaghegh Kamal. Tehran: Dangier Publishing. (in Persian)
- Dehdari, T. (2002). The effect of education on quality of life of patients with open heart surgery. M.Sc., Tehran: Tarbiat Modarres University. (in Persian)
- Dissart, J. Deller, S. (2000). Quality of Life in the Planning Literature. Journal of Planning Literature, 15(1), 135-161.
- Faraji, E., Safiry, Kh. And Kamali, A. (2018). Study of social factors affecting the desire for fertility among women aged 18 to 40 in Ilam, Journal of Women and Society, 9(3): 289-316. (Persian).
- Ghaemizadeh, M. S. (2007). Sociology of Stratification and Social Mobility, Hamedan, Bu Ali Sina University Press. (in Persian)
- Ghafari, Gh., Omid, R. (2009). Quality of life is an indicator of social development, a modern concept of society. (in Persian)
- Ghodrati, H.; Yarahmadi, A. (2011). Analysis of Social Capital and Fertility of Women in Urban Areas of Sabzevar, Geographical Studies of Arid Regions, 1(4), 79-94. (in Persian)
- Hariri, A. M.; Mirzaei, Kh.; Jahromi Makani, A. (2009). How the Quality of Life in Citizens of New Pardis City, Social Research, 2(4), 89-110. (in Persian)
- Hosseini, H. (2002). An Introduction to Economic and Social Demography and Family Planning, Hamadan: Bu Ali Sina University Press. (in Persian)
- Hosseini, H. (2013). Comparison of Determinants of Reproductive Behavior among Kurdish Women Residing in Rural Area, Kermanshah University of Medical Sciences, 17(5), 316-324. (in Persian)
- Hosseini, H. and Begi, B. (2012). Culture and Childbearing: A Study of the Reproductive Attitudes of Kurdish Women in Mahabad City, Strategic Studies of Women, 15(58), 121-161. (in Persian)
- Ishaqi, M.M., Seyedeh F.P., Shahrbanu-Jahandar, Z. (2014). The Challenges of Childbearing for Women in a Qualitative Study, Women in Development and Policy (Women's Research), 12(1), 111-134. (in Persian)
- Kalantari, S.; F. A. Mozaffari; N. R. Bonab and M. Abbaszadeh (2010). A Sociological Study of Childhood Tendency and Some Related Factors (Married Youth of Tabriz), Applied Sociology, 21(37), 104-127. (in Persian)
- Kamp I. V., Leidemeijer K., Marsman G, and Hollander A. D., (2003), Urban Environmental Quality and Human Well-being towards a Conceptual Framework and Demarcation of Concepts, a Literature Stud. Landscape and Urban Planning, 65(1), 5-18.
- Kazemipour, S. (2010), Fertility and Family Planning and Future Developments in Iran, National Conference on Future Studies of Family Issues in Iran. (in Persian)
- Khajeh Nouri, B. and Mosavat, E. (2019). Case Study: Relationship between Lifestyle and Consumer Behavior (Case Study: Married Women in Shiraz), Journal of Women and Society, 10(2): 283-302. (Persian).
- Kim D., Kawachi, I. (2007). US.State-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. Ann Epidemiol, 17(4), 258-269.

- Kordzanganeh, J. (2006). The Study of Quality of Life Related to Elderly Health and its Affecting Factors (Case Study of Ramhormoz City). M.Sc., Tehran: Faculty of Social Sciences, University of Tehran. (in Persian)
- Lipset, S. M.; Hodge, R. W. Siegel, P. M. Sinchcomb, Arthur. El and Hayman R. (2002). Sociology of Social Cases and Inequalities, translated by Javad Afshar Kohan, Mashhad, Nika Publishing. (in Persian)
- Lutz .W ,Goldstein, J, and Testa, M. R. (2007). The Emergence of Subreplacement Family Size Ideals in Europe, Population Research and Policy Review, 22(3), 479-496.
- Mahdavi, M. S. (2016). Factors Affecting Couple Satisfaction. Tehran: Innovative Publishing. (in Persian)
- Mahmoudian, H.; Mohammadpour, A.; Rezaei, Me. (2009). Lowland Areas in Kurdistan Province (Case Study of Saqez City), Demographic Society Letter, 4(8), 222-285. (in Persian)
- Moradi, A. and Saffarian, M. (2018). A Sociological Study of People's Attitude to Childbearing in Hamadan Province, Population Quarterly, 25(103-104), 59-92. (in Persian)
- Mousavi, F. (2013). Surveying the Position and Attitude to Childbearing in Young Families in Qazvin. Women and Family Studies. 1(2). 111-134. (in Persian)
- Omidvar, S.; Amir Khosravi, M.:(2015). Women of the World in 2015, Tehran, Bureau of Population and Migration Statistics and Census Bureau. (in Persian)
- Pal, A. K., Kumar, U. C. (2005). Quality of Life Concept for the Evaluation of Societal Development of Rural Community in West Bangal. India, Rural Development, 15(2), 83-98.
- Parvinian, F., Rostamalizadeh, V., and Habibi, R. (2018). The effect of women's current lifestyle on childbearing rate; Case study of Qazvin city, Journal of Women and Society, 9(4): 39-72. (Persian).
- Pourtahari, M.; Rokneddin E., Abdolreza F., Ahadollah (2011). Quality of Life Assessment in Rural Areas (Case Study: North Khawa Village, Lorestan Province). Journal of Human Geography Research, 76(2), 13-33. (in Persian)
- Saraei, H. (2009). Iranian Population Valve, Journal of Welfare Planning and Social Development, 1(1), 33-45. (in Persian)
- Schalock, R.L (1999), Three decades of quality of life, Focus on Autism and other development disabilities, 15(2), 116-127.
- Sheikhi, M. T. (2001). Sociology of Women and Family. Tehran: Publication Joint Stock Company. (in Persian)
- Weeks, J. (2006). Population, Introduction to Concepts and Topics, Translated by Elahe Mirzaei, Tehran: Higher Education and Research Institute of Management and Planning. (in Persian)
- Yousefi, A. (2002). Quality of Life and Reforms and Strategies. Rural Journal, 28(1), 17-1. (in Persian)