

دراسة العلاقة بين المواقف الدينية والسلوك الإنجابي لدى النساء المراجعات للمراكز الصحية تحت رعاية جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران

فهيمة حاجي زاده^١، كيتي ازكلي^٢، مرضيه ساعي قره ناز^٣، زهره شيخان^٤، مليحه نصيري^٥، شراره جان نثاري^٦

١- قسم القبالة وسلامة الانجاب، كلية التمريض والقبالة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، ايران.

٢- قسم القبالة وسلامة الانجاب، كلية التمريض والقبالة، مركز دراسات الدين والسلامة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، ايران.

٣- قسم القبالة وسلامة الانجاب، مركز الدراسات والتقنية الجامعية، كلية التمريض والقبالة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، ايران.

٤- قسم الاحصاء، كلية العلوم الطبية المساعدة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، ايران.

* المراسلات موجهة إلى السيدة كيتي ازكلي؛ البريد الإلكتروني: gozoli@sbmu.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: Feb ٧، ٢٠١٦

وصول النص النهائي: Apr ١١، ٢٠١٧

القبول: May ١، ٢٠١٧

النشر الإلكتروني: May ١٣، ٢٠١٧

الألفاظ الرئيسية:

السلوك الإنجابي

النساء

الموقف الديني

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: يعتبر السلوك الإنجابي من المحددات الهامة للديناميات السكانية. فإخفاض معدل الخصوبة وشيخوخة السكان وتقلص القوى العاملة من التحديات الكبرى التي ستواجه المجتمع الإيراني في المستقبل. ونظراً للأهمية البالغة للموضوع، جرت هذه الدراسة لغرض تحديد حالة الموقف الديني والسلوك الإنجابي لدى النساء المراجعات للمراكز الصحية تحت رعاية جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية في طهران.

منهجية البحث: اشتمل المجتمع الاحصائي لهذه الدراسة المستعرضة، جميع النساء المراجعات الى المراكز الصحية المرتبطة بجامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية والتي اختيرت ٢٠٠ امرأة ذات معايير الإدراج عن طريق اخذ العينيات المتاحة. وقد احتوت اداة جمع المعطيات، الاستبيانات ذات ثلاثة اقسام وهي تشمل المعلومات الديموغرافية والأسئلة التي تحدد السلوك الإنجابي والموقف الديني. وقد استخدمت الاحصاءات الوصفية وتحليل التباين لتجزئة المعطيات وتحليلها. كما قد اتخذت مستوى الدلالة ٠/٥. بعين الاعتبار. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازضافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى تضارب المصالح.

المكشوفات: في هذه الدراسة كان متوسط الإنحراف المعياري من العمر في الوحدات البحثية ١/٦ ± ٢٩/٢٤.

وكذلك كان متوسط ± الانحراف المعياري لعدد اعضاء الاسرة، عدد الاولاد، عمر الزواج، مدة الزواج والفترة الزمنية بين الزواج والحمل الاول على التوالي: ٠/٧٩ ± ٣/١٦ نفر، ٠/٧٨ ± ١/٨ نفر، ٥/ ± ٨/٥ سنة، ٢٤/٣٩ ± ٢٤/٧٤ شهراً و ٤/٤٧ ± ٢١/٠٢ سنة. وبالإضافة إلى ذلك، تم تقييم مستوى الموقف الديني لأكثر الوحدات البحثية (٦٧/٥ بالمائة) بأنها جيدة.

وأظهرت نتائج اختبار تحليل التباين، وجود علاقة كبيرة بين المستويات المختلفة للموقف الديني وبين السلوك الإنجابي.

النتيجة: تؤكد هذه الدراسة على أهمية خاصة للمعتقدات الدينية في السلوك الإنجابي. فمن المستحسن في البرامج التعليمية والإرشادية التي يقام بها من اجل تحسين السلوك الإنجابي، ان يتم ايلاء الاهتمام الخاص للإيمان وللمعتقدات الدينية للأفراد لكي يرتفع مستوى كل من الامرين المهمين.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Hajizadeh F, Ozgoli G, Saei Gharenaz M, Sheikhan Z, Nasiri M, Jannesari Sh. Examining Religious Attitudes and Reproductive Behavior among Women Visiting Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. J Res Relig Health. 2017; 3(3): 68- 79.

بررسی وضعیت نگرش دینی و رفتار باروری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

فهیمة حاجی‌زاده^۱، گیتی ازگلی^{۲*}، مرضیه ساعی قره‌ناز^۳، زهره شیخان^۱، ملیحه نصیری^۴، شراره جان‌نثاری^۱

- ۱- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۲- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۳- گروه مامایی و بهداشت باروری، دفتر تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۴- گروه آمار، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 مکاتبات خطاب به خانم گیتی ازگلی؛ پست الکترونیک: gozgolli@sbmu.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: رفتار باروری از جمله تعیین‌کننده‌های مهم نوسانات جمعیتی است. کاهش نرخ باروری همراه با سالمندی جمعیت؛ و نیز کاهش نیروی کار جوان، از معضله‌های مهمی است که جامعه‌ی ایران در آینده با آن روبه‌رو خواهد شد. با توجه به اهمیت فراوان موضوع، این پژوهش با هدف تعیین وضعیت نگرش دینی و رفتار باروری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران صورت گرفته است.

روش کار: در این پژوهش مقطعی، جامعه‌ی آماری شامل همه‌ی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است، که ۲۰۰ نفر از زنان دارای معیارهای ورود، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی سه قسمتی، حاوی اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌های تعیین‌کننده‌ی رفتار باروری و نگرش دینی است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی و تحلیل واریانس استفاده شد و سطح معنی‌داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین \pm انحراف‌معیار سن واحدهای پژوهش $1/6 \pm 29/24$ سال است. همچنین میانگین \pm انحراف‌معیار تعداد افراد خانوار، تعداد فرزندان، سن ازدواج، مدت زمان ازدواج و فاصله‌ی بین ازدواج و اولین بارداری به ترتیب $0/79 \pm 3/16$ نفر، $0/78 \pm 1/8$ نفر، $5/9 \pm 8/5$ سال، $24/39 \pm 24/74$ ماه و $4/47 \pm 21/02$ سال است. علاوه‌براین، سطح نگرش دینی بیشتر واحدهای پژوهش (۶۷/۵ درصد) در حد خوب ارزیابی شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز نشان‌دهنده‌ی ارتباط معنادار سطوح مختلف نگرش دینی با رفتار باروری است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر بر اهمیت بیشتر اعتقادات دینی در رفتار باروری افراد تأکید می‌کند. توصیه می‌شود در اجرای برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌یی که برای

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۹ بهمن ۹۵
 دریافت متن نهایی: ۲۳ فروردین ۹۶
 پذیرش: ۱۱ اردیبهشت ۹۶
 نشر الکترونیکی: ۲۳ اردیبهشت ۹۶

واژگان کلیدی:

رفتار باروری
 زنان
 نگرش دینی

ارتقای رفتار باروری صورت می‌گیرد، به باورها و اعتقادات

دینی افراد توجه ویژه‌ی شود تا هر دو مقوله‌ی مهم ارتقا یابند.

استناد مقاله به این صورت است:

Hajizadeh F, Ozgoli G, Saei Gharenaz M, Sheikhan Z, Nasiri M, Jannesari Sh. Examining Religious Attitudes and Reproductive Behavior among Women Visiting Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. J Res Relig Health. 2017; 3(3): 68- 79.

مقدمه

رفتار باروری فقط به دنیا آوردن فرزند نیست و بدان محدود نمی‌شود، بلکه جنبه‌های دیگر مانند علاقه به داشتن فرزند و نگرش به محرک‌ها برای تنظیم باروری را نیز شامل می‌شود. رفتار باروری می‌تواند بر اساس محرک‌ها، فرایند تصمیم‌گیری و نگرش‌های مرتبط؛ رفتاری اجتماعی در نظر گرفته شود. روابط اجتماعی بین اعضای یک جامعه نیز، در ارزش‌ها و هنجارهای مرتبط با رفتار باروری نقش مهمی دارد (۱). همان‌طور که می‌دانیم کشور ما در دهه‌های اخیر، دچار تحولات اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی بسیاری شده است. همزمان با این تغییر و تحولات، رفتار باروری نیز تغییر یافته است. اگر نگاهی به وضعیت باروری کل کشور در سه دهه‌ی گذشته بیندازیم، مشاهده می‌کنیم که میزان باروری کل از ۷ تولد برای هر زن در سال ۱۳۵۸، به ۲/۱ تولد در سال ۱۳۷۹ رسیده است (۲)؛ علاوه‌براین، بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن مرکز آمار ایران، باروری در کل کشور در سال ۱۳۹۰، به ۱/۸ رسیده (۳)؛ که نشان‌دهنده‌ی کاهش شدید باروری طی سه دهه‌ی گذشته است، به‌طوری که بر اساس نتایج سرشماری سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰؛ باروری در کشور به زیر سطح جایگزینی رسیده است. اگر وضعیت به همین صورت ادامه یابد، از نظر جمعیتی با بحرانی اساسی مانند بار سالمندی جمعیت و کاهش نیروی کار جوان روبه‌رو خواهیم شد (۴). در کشورهای مختلف دلایل متعددی برای به‌تعویق انداختن باروری زنان عنوان شده است؛ که از جمله‌ی آنها می‌توان به ادامه‌ی تحصیل و افزایش سطح تحصیلات زنان، ارتقای وضعیت اقتصادی و جایگاه اجتماعی، کسب فرصت‌های شغلی و عوامل اقتصادی اشاره کرد (۵). گرایش دینی یکی از عوامل فرهنگی مؤثر در گرایش به فرزندآوری محسوب می‌شود (۶). دین حقیقتی است که حضور بسیاری در ابعاد گوناگون زندگی انسان دارد؛ افزایش تحقیقات مربوط به دین‌داری، خود نشان‌دهنده‌ی مهم بودن این مقوله در زندگی انسان‌ها است (۷). نیاز به دین از اصلی‌ترین نیازهای انسانی است و تاروپود زندگی آدمی با آن تنیده شده است؛ به‌طوری که دین دارای اثرهای بسیاری در

زندگی فردی و اجتماعی است (۸). در پژوهش جمعیت و توسعه در ۲۸ کشور، که با هدف تعیین اثر مذهب در رفتار باروری صورت گرفته، مشخص شده که در مسلمانان میزان باروری بیشتر، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری کمتر و سن ازدواج پایین‌تر است (۹). به نقل از کلانتری؛ بر اساس نظریه‌های دورکیم^۱، وبر^۲، توماس و هنری^۳؛ در خانواده‌های گسترده، مذهب موجب وفاداری زوجین به یکدیگر است؛ ولی در حال حاضر، با خودمختاری‌های شخصی، به‌خصوص با روی آوردن به روابط شخصی به‌جای وفاداری به خانواده‌های گسترده و گروه‌های مذهبی، مذهب تا حدی از زندگی مردم کنار رفته است، در نتیجه ایمان و اعتقادات عمیقی که بتواند واجد خصوصیت دینی نسبتاً جمعی و قوی باشد، کم‌رنگ‌تر شده و تأکیدهای مذهبی کمتر سرلوحه‌ی زندگی قرار گرفته است (۱۰). در طول چند دهه‌ی گذشته، تصمیم‌های باروری خانواده‌های ایرانی تحت تأثیر تغییرات ارزشی و نگرشی به‌وجودآمده در جامعه‌ی ایران، قرارگرفته است (۱۱). نتایج پژوهش‌های براناس‌گارزا و نیومن^۴ در ایتالیا و اسپانیا نشان داده که تمایل زنان به فرزندآوری تحت تأثیر عمیق وضعیت دین‌داری افراد در دوران کودکی است (۱۲).

در پژوهش‌های جمعیتی، باروری جایگاه ویژه‌ی دارد. باروری، که مهم‌ترین پدیده‌ی تعیین‌کننده‌ی نوسانات جمعیت شناخته می‌شود، سبب شده پژوهش‌های مربوط به آن نسبت به پدیده‌های جمعیتی دیگر، دارای اهمیت فراوانی باشد (۱۳). در ایران، بیشتر تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی باروری، رفتارهای مرتبط با آن و پیامدهای این نوع رفتارها؛ بر عوامل ساختاری و جمعیت‌شناختی تأکید کرده است (۴، ۱۰ و ۱۴ - ۱۷). از این‌رو، با توجه به اهمیت فراوان تغییر و تحولات باروری در ایران و تأثیرهای شگرف آن در آینده‌ی اجتماعی و اقتصادی ایران، این پژوهش با هدف تعیین وضعیت نگرش دینی و رفتار باروری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۵ صورت گرفته است.

روش کار

¹ Durkheim² Weber³ Thomas Henry⁴ Branas-Garza & Neuman

پرسش‌نامه‌ی سنجش رفتار باروری و تعیین سؤال‌های مربوط به رفتار باروری زوجین، یک مطالعه‌ی کیفی در استان یزد درباره‌ی فرهنگ باروری در آبان ماه سال ۱۳۸۰ انجام شد، سپس بر مبنای نتایج اولیه‌ی مطالعه، پرسش‌نامه طراحی شد و در مرحله‌ی بعد پرسش‌نامه‌ی تحقیق بر اساس نظرها و پیشنهادهای استادان جامعه‌شناسی و جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران و دیگر صاحب‌نظران اصلاح شد؛ پس از آن با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پرسش‌نامه‌ی تحقیق در شهر تهران و در روستاهای مجاور استان تهران، برای تعداد نمونه‌ی ۳۰ زن واجد شرایط تست شد و با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پرسش‌نامه‌ی نهایی تحقیق تدوین شد (۱۸). دسته‌بندی نمره‌ها در پرسش‌نامه‌ی نگرش‌سنج مذهب (گلریز و براهنی) که دارای ۲۵ سؤال است، از ۰ - ۱۰۰ و بر اساس چهار مقیاس عالی، خوب، متوسط و ضعیف صورت می‌گیرد (نمره‌ی ۷۶ - ۱۰۰، نگرش دینی عالی؛ ۵۱ تا ۷۵، خوب؛ ۲۶ تا ۵۰ متوسط و ۲۵ به پایین، نگرش دینی ضعیف). نمره‌گذاری آن نیز بر مبنای لیکرت است که دامنه‌ی آن از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. علاوه‌براین، اعتبار این پرسش‌نامه از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت، ورنون و لیندزی^۱، ۰/۸ به‌دست آمده است (۱۹). برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش پایایی بازآزمون استفاده شده که ضریب همبستگی بین نمره‌های ضریب پایایی آزمون، بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، بالای ۰/۷ به‌دست آمده است. برای آمار توصیفی از جداول فراوانی توافقی و نمودارها؛ و برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنوا^۲ استفاده شده است. پس از دریافت کد اخلاق و معرفی‌نامه‌ی پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و گرفتن اجازه از مراکز بهداشتی و درمانی مربوط، از افراد دارای معیارهای ورود در محیط‌های پژوهش، برای شرکت در پژوهش دعوت شد. بدین منظور یکی از پژوهشگران پس از دادن توضیح‌های کافی در مورد اهداف پژوهش و نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها و دریافت رضایت‌نامه‌ی آگاهانه از افراد، پرسش‌نامه‌ها را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داد. علاوه‌براین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه خواهند ماند.

یافته‌ها

این پژوهش از نوع مقطعی است که در آن به تعیین ارتباط وضعیت نگرش دینی و رفتار باروری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۵ پرداخته شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل همه‌ی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. بدین صورت که ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۹۰ درصد و $\alpha=0/25$ انتخاب شدند. نمونه‌گیری پژوهش که از نوع چندمرحله‌ی تصادفی است، بر اساس پژوهش سروش و همکاران انجام شده است (۲۱). بدین‌صورت که ابتدا مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به دو طبقه‌ی شمال و شرق تقسیم شد. سپس از هر طبقه تعدادی مرکز بهداشتی - درمانی (خوشه) به‌صورت تصادفی انتخاب شد و در هر مرکز نمونه‌گیری به‌روش در دسترس صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان ایرانی، ساکن تهران، قرار داشتن در سنین باروری و داشتن پرونده‌ی فعال در مراکز بهداشتی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود و معیار خروج نیز رضایت نداشتن زنان در تکمیل پرسش‌نامه در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسش‌نامه‌ی سه بخشی است که بخش اول اطلاعات فردی، بخش دوم رفتار باروری و بخش سوم نگرش دینی افراد را می‌سنجد. پرسش‌نامه‌ی رفتار باروری دارای ۸ سؤال است (نمره‌بندی آن بر این اساس است: تمایل به فرزندآوری در آینده «نمره: ۱»؛ تمایل نداشتن به فرزندآوری در آینده «نمره: ۲»؛ سن اولین ازدواج: ۱۵ - ۳۵ سال «نمره: ۱» و بالاتر از ۳۵ سال «نمره: ۲»؛ تعداد فرزند: ۲ فرزند و بیشتر «نمره: ۱» و بی‌فرزندی و تک‌فرزندی «نمره: ۲»؛ روش جلوگیری از بارداری: استفاده نکردن از روش پیشگیری از بارداری «نمره: ۱» و استفاده از روش پیشگیری از بارداری «نمره: ۲»؛ فاصله‌ی مناسب فرزندان: کمتر از ۳ سال «نمره: ۱» و بیشتر از ۳ سال «نمره: ۲»؛ ترجیح جنسی: پسر «نمره: ۱» دختر و فرقی ندارد «نمره: ۲»؛ تعداد فرزند ایده‌آل در زمان ازدواج: ۲ فرزند و بیشتر «نمره: ۱» و بی‌فرزندی و تک‌فرزندی «نمره: ۲»؛ تعداد فرزند ایده‌آل در زمان مطالعه: ۲ فرزند و بیشتر «نمره: ۱» و بی‌فرزندی و تک‌فرزندی «نمره: ۲». برای دستیابی به

¹ Allport, Vernon and Lindsey

² ANOVA

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار
سن	-	۲۹/۲۴ \pm ۱/۶ سال
مدت ازدواج	-	۸/۵ \pm ۵/۹ سال
تعداد افراد خانوار	-	۳/۱۶ \pm ۰/۷۹
تعداد فرزندان	-	۱/۸ \pm ۰/۷۸
ابتدایی	۱۶ (۸)	-
راهنمایی	۳۱ (۱۵/۵)	-
دبیرستان	۱۰۰ (۵۰)	-
دانشگاهی	۵۳ (۲۶/۵)	-

جدول ۲. توزیع واحدهای پژوهش برحسب نگرش دینی

متغیر	تعداد (درصد)
عالی	۶۱ (۳۰/۵)
خوب	۱۳۵ (۶۷/۵)
متوسط	۴ (۲)
ضعیف	۰

در این پژوهش میانگین \pm انحراف معیار سن واحدهای پژوهش ۲۹/۲۴ \pm ۱/۶ سال است. همچنین میانگین \pm انحراف معیار تعداد افراد خانوار، تعداد فرزندان، سن ازدواج، مدت زمان ازدواج و فاصله‌ی بین ازدواج و اولین بارداری به ترتیب ۰/۷۹ \pm ۳/۱۶ نفر، ۰/۷۸ \pm ۱/۸ نفر، ۵/۹ \pm ۸/۵ سال، ۲۴/۳۹ \pm ۲۴/۷۴ ماه و ۴/۴۷ \pm ۲۱/۰۲ سال به دست آمده است. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی (۵۰ درصد زنان) مربوط به تحصیلات دبیرستانی است (جدول شماره ۱). یافته‌ها نشان می‌دهد که نگرش دینی بیشتر واحدهای پژوهش (۶۷/۵ درصد)، در سطح خوب قرار دارد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳، بیانگر توزیع فراوانی اجزای رفتار باروری واحدهای پژوهش است. میانگین \pm انحراف معیار نمره‌ی نگرش مذهبی (۹/۳۵ \pm ۷۱/۱۷) در محدوده‌ی بین ۴۱ - ۹۸ قرار دارد. میانگین \pm انحراف معیار نمره‌ی کل رفتار باروری (۱/۱۵ \pm ۱۱/۰۴) نیز در محدوده‌ی بین ۹ - ۱۵ قرار دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز نشان‌دهنده‌ی ارتباط معنادار سطوح مختلف نگرش دینی با رفتار باروری است (جدول شماره ۴).

جدول ۳. توزیع فراوانی اجزای رفتار باروری واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
سن ازدواج	۱۵ - ۳۵ سال (۹۹/۵٪) ۱۹۹
	۳۵ سال به بالا (۰/۵٪) ۱
تعداد فرزند	۲ تا و بیشتر (۳۱٪) ۶۲
	تک فرزندی و بی‌فرزندی (۶۹٪) ۱۳۸
تعداد ایده‌آل فرزند هنگام ازدواج	۲ تا و بیشتر (۸۶/۵٪) ۱۷۳
	تک‌فرزندی و بی‌فرزندی (۱۳/۵٪) ۲۷
تعداد ایده‌آل فرزند در زمان مطالعه	۲ تا و بیشتر (۷۸٪) ۱۵۶
	تک‌فرزندی و بی‌فرزندی (۲۲٪) ۴۴
فاصله‌ی بین فرزندان	۳ سال و کمتر (۴۶٪) ۹۲
	بیش از ۳ سال (۵۴٪) ۱۰۸
ترجیح جنسیتی	دختر و فرقی ندارد (۸۱٪) ۱۶۲
	پسر (۱۹٪) ۳۸
استفاده از روش پیشگیری از بارداری	بله (۶۱/۵٪) ۱۲۳
	خیر (۳۸/۵٪) ۷۷
تمایل به فرزندآوری	بله (۳۷/۵٪) ۷۵
	خیر (۶۲/۵٪) ۱۲۵

جدول ۴. میانگین، انحراف معیار نمره‌ی کل رفتار باروری در سطوح مختلف نگرش دینی

متغیر	نمره‌ی رفتار باروری میانگین \pm انحراف معیار	مقدار احتمال آزمون تحلیل واریانس
نگرش دینی عالی	۱۰/۵۹ \pm ۰/۹	۰/۰۰۱
نگرش دینی خوب	۱۱/۲۳ \pm ۱/۴	
نگرش دینی متوسط	۱۰ \pm ۰/۸۱	

بحث

همچنین بیان شده که زندگی با فرزند کم، آسیب‌هایی نظیر کاهش روزی و برکت و سخت‌تر شدن تربیت دیگر فرزندان دارد (۲۵).

در این پژوهش میانگین‌های تعداد خانوار و تعداد فرزندان به ترتیب ۳/۱۶ و ۱/۸ نفر و میانگین سن ازدواج ۲۱/۰۲ سال است. این در حالی است که در پژوهش کازرونی و همکاران در شیراز، میانگین تعداد فرزندان ۴/۵۶ نفر و میانگین سن ازدواج ۱۷/۱۰ سال به دست آمده است (۲۶). در پژوهش مروری هادی و هاجری میانگین سن ازدواج در سال ۲۰۰۷ به ۲۳/۳ سال رسیده است (۲۷). در بررسی سرشماری سال ۱۳۹۰، میانگین کشوری سن ازدواج زنان ایرانی ۲۳/۴ سال بود (۲۸). در پژوهش کشاورز و همکاران که با هدف تعیین عوامل مؤثر در فاصله‌ی بین ازدواج و فرزندآوری انجام شده، نشان داده شده که بین سن زن هنگام ازدواج و تأخیر در فرزندآوری، رابطه‌ی معکوسی وجود دارد و گرایش‌های مذهبی زنان، ارتباط معناداری با فرزندآوری ندارد (۲۹). در پژوهش طاووسی و همکاران درباره‌ی بررسی عوامل مؤثر در فرزندآوری مردم تهران، تمایل نداشتن به فرزندآوری، با افزایش تعداد سال‌های ازدواج و داشتن تعداد فرزند بیشتر، ارتباط معناداری وجود دارد (۳۰). افزایش سن مادر نقش عمده‌ی در کاهش باروری دارد و با افزایش سن، احتمال نازایی در آنان افزایش می‌یابد (۳۱). در این پژوهش تعداد ایده‌آل فرزند هنگام ازدواج در ۸۶/۵ درصد واحدهای پژوهش، ۲ تا و بیشتر است؛ علاوه بر این، تعداد ایده‌آل فرزند هنگام مطالعه در ۷۸ درصد موارد نیز ۲ تا و بیشتر است. ۳۷/۵ درصد موارد نیز تمایل به فرزندآوری داشتند. در پژوهش اسلاملو و همکاران میانگین تعداد فرزند ایده‌آل از نظر زنان ۱/۱۸ فرزند بود (۳۲). در پژوهش نیازی و همکاران تضعیف باورهای دینی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی نگرش منفی جوانان به ازدواج بود (۳۳). با توجه به اثرهای باورهای دینی بر ازدواج، در جامعه‌ی ایرانی، تقویت نگرش دینی افراد ممکن است موجب تقویت نگرش مطلوب جوانان به ازدواج شود.

در پژوهش مباحثی و همکاران در کرمانشاه، بین نمره‌ی نگرش به فرزندآوری افراد با سن، سن ازدواج، مدت زمان زندگی

این پژوهش با هدف تعیین وضعیت نگرش دینی و رفتار باروری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شده است. همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، نگرش دینی بیشتر واحدهای پژوهش، در سطح خوب قرار دارد. همچنین بین نگرش دینی و رفتار باروری ارتباط آماری معناداری وجود دارد. همسو با این پژوهش، در پژوهش کلانتری و همکاران نیز بین گرایش به فرزندآوری و دین‌داری همبستگی معنادار و مثبتی وجود دارد (۱۰). نتایج پژوهش پیلتن و رحمانیان نیز که با هدف تعیین عوامل جامعه‌شناختی مؤثر در تمایل به فرزندآوری زنان و مردان متأهل صورت گرفته، نشان داده است که بین دین‌داری و تمایل به فرزندآوری، ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۲۰)؛ اما نتایج پژوهش سروش و همکاران نشان می‌دهد که، دین‌داری سهم ناچیزی در تعیین تعداد فرزند دارد و فقط ۴۰ - ۱/۳۳۰ درصد واریانس را تعیین می‌کند (۲۱). نگرش دینی موجب می‌شود که نگرش فرد به کل هستی هدف‌دار و معنی‌دار باشد (۲۲). با توجه به اهمیت فراوان معنویت و دین‌داری، سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی و معنوی اشاره می‌کند و بُعد چهارم یعنی بُعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (۲۳). نتایج پژوهش پناهی نشان داده که در آموزه‌های دینی، نگرشی مثبت به فرزندآوری وجود دارد؛ و در نگاه دینی، فرزندآوری جایگاه بالایی دارد و یکی از اهداف اساسی تشکیل خانواده محسوب می‌شود. همچنین فرزندآوری در استحکام خانواده، رضایتمندی از زندگی، تأمین بهداشت روان، توسعه‌ی رزق، رشد اجتماعی، افزایش مهارت و شکوفایی استعدادها نقش مهمی دارد (۲۴). به نظر می‌رسد آموزه‌های دینی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم دارای نقش تعیین‌کننده‌ی در رفتار باروری مردم است.

در معارف اسلامی نسبت به تشکیل خانواده و داشتن فرزند توجه فراوانی وجود دارد. بررسی آیات و روایات نشان می‌دهد که نظر دین مبین اسلام نسبت به فرزندآوری مثبت است.

تعداد پسران و تعداد دختران؛ رابطه‌ی معکوس و متغیر سن ازدواج، با رفتار باروری رابطه‌ی مستقیم دارد. همچنین متغیرهای رضایت از ترکیب جنسی فرزندان و تمایل به کنترل رفتار باروری در آینده، با متغیر گرایش به رفتار باروری، رابطه‌ی معکوس دارد (۱۶).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش بر اهمیت بیشتر اعتقادات دینی در رفتار باروری افراد تأکید می‌کند. توصیه می‌شود در اجرای برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌یی که در جهت ارتقای رفتار باروری صورت می‌گیرد، به باورها و اعتقادات دینی افراد توجه ویژه‌یی صورت گیرد تا هر دو مقوله‌ی مهم ارتقا یابند.

محدودیت‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش به‌علت محدود بودن به شهر تهران، مستلزم رعایت احتیاط در تبیین یافته‌ها و تعمیم نتایج است.

قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مرکز مطالعات دین و سلامت، با کد اخلاق ۸۱۱۶، مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تاریخ ۱۳۹۵/۴/۲۹ است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که در تأمین هزینه‌های این طرح ما را یاری کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

1. Mahmudian H. The theoretical fields and experimental results of migration and fertility. Soc Sci Lett. 2000;15:147-64.(Full Text in Persian)
2. Shovazi A, Jalal M, Mandegan A. The effect of different dimensions of women's autonomy over their reproductive behavior in Iran. Women in Development & Politics. 2011;8(1):31-51.
3. Mahmodiangilani S. Women's Ideal Fertility and Its Determinants(A Case Study of Women in

مشترک و تحصیلات؛ رابطه‌ی معنی‌دار مستقیم وجود دارد. سه عامل افزایش هزینه‌ها و فشار اقتصادی، نبود حمایت‌ها و تسهیلات رفاهی دولت برای فرزندآوری و نگرش غلطی که «داشتن فرزند بیشتر نشانه‌ی فرهنگ اجتماعی ضعیف‌تر است»، از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در باروری است (۳۴). در یک پژوهش کیفی، مهم‌ترین مقوله‌های مربوط به کنش کم‌فرزندآوری از دیدگاه زنان، مدیریت بدن در جهت تناسب اندام و سلامت جسمانی، خودحفاظتی روانی و عاطفی و توانمندی اجتماعی عنوان شده است (۳۵). به‌طورکلی تصمیم به فرزندآوری، برای برطرف‌کردن یا کاهش مجموعه‌یی از نیازهای درک‌شده است (۳۶).

در این پژوهش ۱۹ درصد زنان، ترجیح جنسیتی فرزند پسر داشتند. شهبازین و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که تعداد فرزندان پسر تبیین‌کننده‌ی اصلی میزان باروری بالای زنان است (۱۷). پژوهش‌های متعدد نشان داده است که میزان تحصیلات، با ترجیح جنسیتی رابطه‌ی عکس دارند (۳۷ و ۳۸).

در پژوهش حاضر، در ۴۶ درصد موارد، فاصله‌ی بین فرزندان ۳ سال و کمتر بود و ۶۱/۵ درصد، از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. در پژوهش چرم‌زاده و همکاران، از جمله متغیرهای تأثیرگذار در فاصله‌گذاری بین فرزندان؛ تحصیلات مادر، قومیت پدر، نوع منزل مسکونی، استفاده از وسایل پیشگیری و سن مادر هنگام ازدواج بود (۳۱). یافته‌های پژوهش ایدر و همکاران نشان داده که متغیرهایی مانند تحصیلات، درآمد، سن ازدواج والدین، علاقه به فرزند پسر و میزان استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری، با میزان باروری رابطه‌ی معنی‌دار و معکوسی دارد (۳۹). در پژوهش کشاورز و همکاران بین میزان باروری با متغیرهای وضع تحصیلات، محل سکونت، طول مدت ازدواج، سن اولین ازدواج و ترجیح جنسی رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت (۴۰). یافته‌های پژوهش شیرینی و همکاران نشان می‌دهد که تحصیلات، تعداد فرزندان، سن همسر و سن اولین بارداری، بر باروری تأثیر دارد و سن، درآمد، میزان آشنایی با وسایل جلوگیری از بارداری، تنظیم فواصل بین باروری و هزینه‌ی اوقات فراغت فرزندان تأثیر چندانی در باروری ندارند (۴۱). در پژوهش منصوریان و همکاران از میان متغیرهای فردی، متغیرهای سن زن، سن همسر و سال‌های سکونت در تهران؛ رابطه‌ی مستقیم با گرایش به باروری دارند. از مجموع متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز متغیرهای تعداد فرزندان،

- Kermanshah). Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2014;22(7):24-31.(Full Text in Persian)
4. Hosseini G, Hosseini H. Comparing determinants of fertility behaviour among Kurdish women living in rural areas of Ravansar and Gilangharb cities. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci). 2013;17(5):316-24.(Full Text in Persian)
 5. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, Te Velde E. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. Human reproduction update. 2011;17(6):848-60.
 6. Skaggs S. Religion and Russian Marriages: Exploring the Relationship and Family in Moscow, Russia: University of Cincinnati; 2006.
 7. Parpoochi B, Ahmadi M, Sohrabi F. The Relationship of Religiousness and Social Support with Life Satisfaction among University Students. JSR. 2014;14(53):60-8.(Full Text in Persian)
 8. Khodayarifard M, Shouhikis M, Ghobarib B. Preparing a scale to measure religious attitudes of college students. 2000;15:269-85.(Full Text in Persian)
 9. Westoff CF, Bietsch K, Lopez L, Bernholz A, Hubacher D, Stuart G, et al. Religion and reproductive behavior in sub-Saharan Africa. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;6(2):CD003036.
 10. kalantari S, Abaszadeh M, Aminmozaffari F, Rakei bonab N. Sociological Study tendency to childbearing and some related factors. journal of applicable Sociology. 2011;21(37):83-104.(Full Text in Persian)
 11. Hosseini H, begi B. Determinant of economic, social, cultural and demographic trends childbearing women Married referred to health centers in Hamadan (1391). Monthly Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2015;18(1):35-43.(Full Text in Persian)
 12. Branas-Garza P, Neuman S. Parental religiosity and daughters' fertility: the case of Catholics in southern Europe. Review of Economics of the Household. 2007;5(3):305-27.
 13. Agha H. Study of fertility in Iran and its relation with socio-economic indicators based on the Iran Fertility Survey. Population Studies Center, University of Shiraz, Shiraz;1985.
 14. Godrati h, yarahmadi A, Mokhtari M, Afrasyabi H. Analysis of social capital and fertility of women in Sabzevar. Jurnal of Geographical Studies of Arid Zones. 2012;1(4):79-94.(Full Text in Persian)
 15. Hezarjoreibi J, Abaspour A. The Effect of Social – Economic Factors on Women's Fertility. Quarterly social research. 2011;3(6):139-53.(Full Text in Persian)
 16. Mansurian M, Khoshnevis A. Sexual preferences and attitudes of married women of reproductive behavior :Case Study in Tehran. Journal of Social Sciences and Humanities Shiraz University. 2007;24(2):129-46.(Full Text in Persian)
 17. Shahbazin S, Gholami A, Shahbazin S, The Role of Gender Preference in Reproductive Behavior of Women in the City of Kangavar, Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences,2013;22(6):133-42.
 18. Abassi-shovazi M, Mcdonald P, Hosseini-chavoshi M, Kaveh-firuz Z. The point of view of women in the reproductive behavior in Yazd province by using qualitative methods. Jurnal of social science leeter. 2004;20:169-203.
 19. Golriz G. Study of relationship between religious attitude with other feed back and job characterizations: Tehran University; 1974.
 20. Pilten F, Rahmanian M. Sociological Study of Factors Affecting Willingness to childbearing women and married men. Journal of Iranian Social Development Studies. 2015;7(2):122-34.(Full Text in Persian)
 21. Soroush M, Bohrani S. The relationship between religiosity, attitudes to gender roles and attitudes to children, with the actual and ideal number of children. Journal of Women in Development & Politics. 2014;11(2):189-208. (Full Text in Persian)
 22. Rafiei M, Tavan B, Jahani F. The relation between family functioning and religious attitude among line and staff personnel of Arak University of Medical Sciences in 2011. Medicine and cultivation. 2011;20(3-4):33-44.(Full Text in Persian)
 23. Maddahi M, Samadzadeh M, Keikhayfarzaneh M. The Relationship between Religious Orientation and Psychological Well-Being among University Students Quarterly Journal of Educational Psychology Islamic Azad University Tonekabon Branch 2011;2(1):53-63.(Full Text in Persian)
 24. Panahi A. Take a look at the fundamentals of theoretical and moral-psychological approach having children in religious teachings. Akhlagh. 2016;2(21):33-63.(Full Text in Persian)
 25. Kazemi A, Sahahmoradi S, Mahdavi S. Childbearing works with the emphasis verses and traditions in Islamic lifestyle. Religious Lifestyle Journal. 2014;1(1):71-94.(Full Text in Persian)
 26. Kazerooni T. Reproductive behaviour in women in Shiraz, Islamic Republic of Iran. 2000;6(2):517-21. (Full Text in Persian)
 27. Hadi N, Hajjari Z. Women's health in Iran; A review. Shiraz E-Medical Journal. 2013;14(3):172-90.(Full Text in Persian)
 28. Fathi Z. Examine the relationship between marriage and childbearing pattern in Iran based on the 1390 population and housing census. Publication of Statistics Iran. 2015;13:8-12.(Full Text in Persian)

29. Keshavarz H, Hagigatian M, Tavasoli K. Factors affecting between marriage and childbearing. *Applied Sociology*. 2013;24(49):111-26.(Full Text in Persian)
30. Tavousi M, Esmail Motlagh M, Eslami M, Haerimehrizi A, hashemi A, Montazeri A. Fertility desire and its correlates: a pilot study among married citizens living in Tehran, Iran. *Payesh*. 2015;5:597-605.(Full Text in Persian)
31. Choromzadeh R, Akhound MR, Rasekh A. Factors Affecting Women's Birth Intervals: The Case of Women Referred to Health Centers in Ahwaz. *Hayat*. 2015;20(4):35-50.(Full Text in Persian)
32. Farrokh-Eslamlou H, Vahabzadeh Z, Moeini R, Moghaddam Tabrizi F. Pre-marriage couples fertility attitude following childbearing persuasive policies on Iran. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2014;11(10):836-46.(Full Text in Persian)
33. Niazi M, shaterian M, shafae moqaddam E. The study of Socio-cultural and Economic Factors in Negative Attitudes to Marriage. *Community cultural studies*. 2015;6(2):27-58.(Full Text in Persian)
34. Mobasheri M, Alidousti M, Heidari Soureshjani S, Khosravi F, Khalafeyan P, Jalilian M. Determination of the Most Important Factors Influencing the Fertility Patterns of Single Child and Without Child Families in Shahr-e-kord City in 2013. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2013;21(6):63-70.
35. Mahmudian H, Rezaee M. women and Low childbearing action: the Case of Kurdish women. *Women Strategic Studies*. 2013;4(55):173-225.(Full Text in Persian)
36. kaboudi M, Ramezankhani A, Manouchehri H, Hajizadeh E, Haghi M. The decision-making process of childbearing: a qualitative study. *Payesh*. 2013;12:505-12.(Full Text in Persian)
37. Chung W, Gupta MD. The decline of son preference in South Korea: The roles of development and public policy. *Population and Development Review*. 2007;33(4):757-83.
38. Leone T, Matthews Z, Zuanna GD. Impact and determinants of sex preference in Nepal. *International family planning perspectives*. 2003:69-75.
39. Idar N, Dorosti A. The effect of population on reproductive behaviors and attitudes of teachers Shushtar city. *Quarterly Journal of Social Sciences, Islamic Azad University Branch*. 2013;6(18):199-226.(Full Text in Persian)
40. KeshavarzMozafari H, Sharifirad G, Tavangarrad M, Mardani Z. An Investigation on Socio-Demographic Factors Influencing on Fertility Rate in Shahreza. *J Health Syst Res*. 2014;10(1):66-76.(Full Text in Persian)
41. Shiri T, Bidarian S. Economic Factors affecting the reproductive population of women 15 -49 years old, working in Education District 22 of Tehran. *Journal of social sciences*, 2009;3(3):94-107.(Full Text in Persian)