

ارتباط خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با قصد فرزند آوری در زنان متأهل شهر البرز در سال ۱۴۰۲

مهناز جوادی^۱، مهناز اکبری کامرانی^۲، کوروش کبیر^۳، منصوره یزدخواستی^{۴*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۱۱/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۱۲/۱۶

چکیده

پیش زمینه و هدف: کاهش نرخ باروری کل به زیر سطح جایگزین جمعیت و کاهش سالانه جمعیت یکی از مسائل امروز جامعه ایران است. مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر قصد فرزند آوری در زنان متأهل انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی است که از تیر ۱۴۰۱ تا مهر ۱۴۰۲ بر روی ۳۴۵ زن واجد شرایط در ۸ پایگاه منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام شده است. نمونه‌گیری به صورت دومرحله‌ای انجام شد. ابتدا نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای جهت انتخاب پایگاه‌ها انجام شد. سپس مشارکت‌کنندگان به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامه شامل پرسشنامه دموگرافیک، گرایش به باروری، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد. از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. از آزمون‌های ANOVA تست تعقیبی توکی، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید.

یافته‌ها: متغیر خودکارآمدی با قصد فرزند آوری همبستگی معکوس و معناداری داشت ($r = -0/199, P < 0/001$). متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده با قصد فرزند آوری همبستگی مستقیم و معناداری داشت ($r = 0/112, P < 0/005$). خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیر معناداری بر قصد فرزند آوری نداشتند. از بین متغیرهای دموگرافیک، متغیر کارمند بودن ($\beta = -0/219, P < 0/005$) پیشگوی کننده منفی قصد فرزند آوری بود.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس مطالعه حاضر، ویژگی‌های جمعیت شناختی بر قصد فرزند آوری تأثیر داشتند. به طوری که کارمند بودن عامل تهدیدکننده‌ای برای قصد فرزند آوری در زنان محسوب می‌گردد. لذا، حمایت‌های دولتی مانند دورکاری زنان شاغل، تعداد روزهای مرخصی بیشتر یا مرخصی ساعتی (جهت شیردهی یا سرکشی به فرزند)، ساخت مهدکودک‌های سازمانی کم‌هزینه و باکیفیت و همکاری بیشتر با زنان شاغل می‌تواند کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، فرزند آوری، باروری

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۷۲، بهمن ۱۴۰۲، ص ۹۱۷-۹۰۶

آدرس مکاتبه: گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران، تلفن: ۲۶۳۴۲۸۷۴۸۳

Email: Mansoyazd@yahoo.com

مقدمه

این‌رو تغییر در میزان باروری یک جامعه از اهمیت فراوانی برخوردار است. این موضوع در کوتاه‌مدت و یا بلندمدت در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سیاسی تأثیرگذار بوده و تبعات فراوانی به دنبال دارد. در ایران در دهه‌های اخیر افت شدید در میزان باروری تجربه شده است (۳). کاهش سریع باروری کل، منجر به تغییرات بنیادی در ساختار سنی می‌شود و جوامع را با چالش‌هایی چون باروری زیر سطح جایگزین و کاهش جمعیت در سن کار،

باروری پدیده‌ای جهانی است. در سال‌های اخیر کاهش باروری در تمام دنیا به‌جز مناطق خاصی گزارش شده است، ابتدا در کشورهای پیشرفته و سپس در کشورهای در حال پیشرفت کاهش باروری دیده شده است (۱). فرزند آوری و جمعیت کشورها از موضوعاتی هستند که در ایران و جهان دستخوش تحولات گسترده شده‌اند (۲). همه‌چیز درباره یک جمعیت از باروری آغاز می‌شود. از

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

^۲ دانشیار بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

^۳ دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، کرج، ایران

^۴ استادیار بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

به‌طوری که، زنان با حمایت بیشتر همسر، تمایل بیشتری به فرزند آوری نشان می‌دهند (۱۷).

با توجه به اهمیت فرزند آوری در ایران و روند نزولی نمودار نرخ باروری کلی (از ۶/۳ به ۱/۲۹) و نیز احراز رتبه اول کاهش نرخ باروری در بین کشورهای آسیایی، تعیین و ارتباط مؤلفه‌های مؤثر بر قصد فرزند آوری مانند: خودکارآمدی و حمایت اجتماعی از اولویت بالایی در این زمینه بر خوردار است. بنابراین مطالعه حاضر باهدف ارتباط خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر قصد فرزند آوری در زنان متأهل انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی از تیر ۱۴۰۱ تا مهر ۱۴۰۲ بر روی ۳۴۵ زن واجد شرایط در ۸ پایگاه منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام شده است. پس از انجام هماهنگی‌های لازم و کسب کد اخلاق به شماره: IR. ABZUMS.REC. 1401.303، از دانشگاه علوم پزشکی البرز و مسئولین مراکز و پایگاههای جامع سلامت، پژوهشگر پژوهش را آغاز نمود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان متأهل در سن باروری ۲۰-۴۹ سال، حداکثر دارای دو فرزند، دارای ملیت ایرانی عدم نا باروری اولیه، سقط مکرر یا نازایی ثانویه، نداشتن فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور یا ناهنجاریهای مادر زادی، عدم وجود مشکلات روحی و روانی برحسب سامانه سیب و عدم اعتیاد به مواد مخدربودند. معیار خروج از مطالعه شامل: طلاق در طول مطالعه بود. نمونه‌گیری به‌صورت دومرحله‌ای انجام شد. ابتدا نمونه‌گیری به‌صورت طبقه‌ای جهت انتخاب پایگاه‌ها انجام شد. به این صورت که پایگاههای سلامت شهر کرج به چهار بخش: شمال، جنوب، شرق و غرب، تقسیم گردید. ۸ پایگاه سلامت طبقات را تشکیل دادند. سپس در هر طبقه، لیست افراد واجد شرایط ورود به مطالعه اخذ شد. با توجه به حجم نمونه (۳۴۵ نفر)، از هر طبقه ۳۲ تا ۴۰ نفر به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند.

حجم نمونه حجم نمونه: بر اساس نرم‌افزار G-POWER و مقاله ایوانویچ- پالوس^۱ (۱۸)، بر اساس $ES = 0.2$ (اندازه اثر)، $\alpha = 0.05$ (خطای نوع اول)، $Power(1-\beta) = 0.95$ (توان یا قدرت) و با احتساب ۱۰ درصد ریزش نمونه ۳۴۵ عدد در نظر گرفته شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از بیان اهداف مطالعه از سوی محقق، از مشارکت‌کنندگان، رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند. پرسشنامه دموگرافیک، خودکارآمدی عمومی، حمایت اجتماعی و

سالخوردگی و کاهش رشد جمعیت روبرو می‌کند. در پیش‌بینی سازمان ملل برای ۲۰ سال آینده ایران، نرخ رشد جمعیت به زیر یک درصد می‌رسد (۴).

علل مختلفی برای کاهش فرزند آوری وجود دارد، امروزه دیگر برخلاف گذشته تحولات باروری و تغییر و نگرش نسبت به فرزند آوری فقط ناشی از مسائل اقتصادی و هزینه‌ها نیست. بلکه همراه با این عامل، عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز دخالت دارند (۵). زندگی مدرن امروزی، استقلال زنان، نوع فعالیت، سطح تحصیلات، کاهش درآمد، تغییر نگرش در قصد فرزند آوری تأثیرگذار هستند (۶). رفتار باروری تحت تأثیر نگرش به فرزند آوری است. نگرش مثبت به فرزند آوری پیش‌شرط قصد فرزند آوری است (۷). تغییر نگرش به فرزند آوری یکی از علل کلیدی، کاهش باروری در دهه‌های اخیر گزارش شده است (۸).

بر اساس تعریف خودکارآمدی که به شکل درک فرد از توانایی‌های خود برای رسیدن به موفقیت است (۹). هرچه قدر باورهای خودکارآمدی قوی‌تر باشد، اهداف او بالاتر خواهد بود و در مواجهه با چالش‌ها از قوه پشتکار و شانس بیشتری برخوردار است (۱۰). نگرش زنان به پدیده باروری نه‌تنها به توانمندی و خودکارآمدی آنان منوط می‌شود، بلکه عوامل دیگری مانند: شریک جنسی، هنجارهای اجتماعی، بافت فرهنگی، تحصیلات و ساختار خانواده نیز در آن تأثیرگذار است (۱۱). کاهش باروری در ایران، ناشی از اشاعه ایده‌های جدید و آگاهی از تنظیمات باروری، از جمله عوامل مهم وضعیت اقتصادی و فردگرایی زنان امروز است. به‌طوری‌که شاخص فردگرایی یا استقلال فردی زنان در جامعه کنونی ایران بالاتر از حد متوسط گزارش شده است (۱۲). تأثیر رکود اقتصادی بر کاهش باروری زنان و به تعویق انداختن بارداری نیز از موارد دیگر مطرح می‌باشد (۱۳).

از مؤلفه‌های مهم دیگر برای قصد فرزند آوری، حمایت اجتماعی ادراک شده است که به‌عنوان ادراک فرد از وجود محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران تعریف می‌شود (۱۴). تأثیر حمایت اجتماعی در کشورهای مختلف برحسب فرهنگ و بستر اجتماعی متفاوت است. بعضی کشورها مانند انگلستان و مجارستان فرزند آوری را تشویق و در برخی کشورها چون فرانسه تأثیر انگیزشی بر تشویق فرزند آوری را در بر نداشته است (۱۵). طبق تحقیقی در کشور، برخی از زنان، فرزند آوری را به‌عنوان مانعی برای خود حفاظتی روانی عاطفی و افزایش توانمندی محسوب نمودند (۱۸). حمایت همسر یا شریک عاطفی در دوران بارداری و پس از زایمان نیز در قصد فرزند آوری مؤثر است.

¹ Iwanowicz-Palus

گرایش به فرزند آوری ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش را تشکیل دادند.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل: سن، شاخص توده بدنی، مدت ازدواج، تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، تعداد سقط، تعداد مرده زایی، تعداد بارداری، فواصل بین زایمان، نوع زایمان، خوشایند بودن زایمان و بیماری‌های زمینه‌ای می‌باشد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: توسط لوزینسکا^۱ و همکاران ساخته شده است (۱۹). پرسشنامه خودکارآمدی بعد از چند بار اصلاح دارای ۱۷ سؤال خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد. اگر نمره بدست آمده بین ۱۷ تا ۳۴ باشد (خودکارآمدی ضعیف)، ۳۴ تا ۵۱ بدست آید (خودکارآمدی متوسط)، و اگر بالای ۵۱ باشد، خودکارآمدی بالا است.

ضریب پایایی از طریق روش الفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱، برای هر یک بدست آمده است. مقیاس بر اساس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم: ۱، کاملاً موافقم: ۵) سنجیده می‌شود (۲۰).

پرسشنامه حمایت اجتماعی: توسط واکس^۲ و همکاران ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۳ گویه است که به صورت بلی یا خیر بانمرات ۱ و صفر نمره گذاری می‌شود. تحلیل بر اساس میزان نمره بدست آمده از هر گویه است که جمع بسته می‌شود. نمره بین ۰ تا ۷ میزان حمایت اجتماعی ادراک شده را در حد پایین نشان می‌دهد. نمره بین ۷ تا ۱۴ میزان حمایت اجتماعی ادراک شده را در حد متوسط نشان می‌دهد. نمره بالاتر از ۱۴ میزان حمایت اجتماعی ادراک شده را در حد بالایی نشان می‌دهد.

پایایی پرسشنامه از روش الفای کرونباخ بالای ۰/۷ بدست آمده است (۲۱).

پرسشنامه گرایش به فرزند آوری: توسط راد^۳ و همکاران ساخته شده است. دارای ۱۶ سؤال است و به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم: ۱، کاملاً موافقم: ۵) سنجیده می‌شود. برای بدست آوردن امتیاز کل، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سؤالات باهم محاسبه می‌شوند. این امتیازات دامنه‌ای از ۱۶ تا ۸۰ دارند. امتیاز کمتر از ۲۰: گرایش به باروری بسیار کم یا عدم وجود گرایش به باروری، امتیاز بین ۲۱-۴۰: گرایش به باروری کم، امتیاز بین ۴۱-۶۰: گرایش به باروری متوسط، و امتیاز بالاتر از ۶۱: گرایش به باروری زیاد، تفسیر می‌گردد. روایی پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه تأیید شده و پایایی با استفاده از روش الفای کرونباخ، ۰/۷۱ گزارش شده است (۲۲).

تکمیل پرسشنامه‌ها از طریق خودگزارش‌دهی مشارکت‌کنندگان واجد شرایط در فضای مناسب با در اختیار قرار دادن کافی انجام شد. در صورتی که مشارکت‌کنندگان سؤالی در مورد پرسشنامه‌ها داشتند، توسط پژوهشگر پاسخ داده می‌شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. به منظور ارزیابی توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. برحسب این آزمون، متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده، قصد فرزند آوری و وضعیت اقتصادی اجتماعی از توزیع نرمال برخوردار بودند ($P > 0.05$). جهت توصیف آزمودنی‌ها از فراوانی (درصد)، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. از آمار استنباطی جهت بررسی اهداف و فرضیات شامل: آزمون‌های ANOVA، تست تعقیبی توکی، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۴۵ نفر از زنان سن باروری وارد تحلیل شدند. ویژگی‌های جمعیت شناختی آن‌ها در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان سن باروری تحت مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سن	۳۳/۷	۶/۲	۲۰	۴۸
شاخص توده بدنی	۲۶/۶	۳/۸	۱۸	۳۹/۱
	تعداد			درصد
		زیر یک سال	۹	۲/۶
		۱ تا ۵ سال	۵۰	۱۴/۵
		۶ تا ۱۰ سال	۱۱۳	۳۲/۸
		۱۱ تا ۱۵ سال	۷۹	۲۲/۹

³ Rad

¹ Luszczyńska
² Vaux

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
		۱۶ تا ۲۰ سال	۶۵	۱۸/۸
		۲۱ تا ۲۵ سال	۲۹	۸/۴
تحصیلات		دیپلم و زیردیپلم	۱۸۶	۵۳/۹
		فوق دیپلم	۳۹	۱۱/۳
		لیسانس	۸۹	۲۵/۸
		فوق لیسانس و بالاتر	۳۱	۹
شغل		کارمند	۶۶	۱۹/۱
		معلم	۹	۲/۶
		آزاد	۳۳	۹/۶
		دانشجو	۲	۰/۶
		سایر موارد	۲۳۵	۶۸/۱
تعداد فرزند		ندارد	۵۵	۱۵/۹
		۱	۱۳۷	۳۹/۷
		۲	۱۵۳	۴۴/۳
تعداد سقط		صفر	۲۸۳	۸۲
		۱	۶۰	۱۷/۴
		۲ و بیشتر	۲	۰/۶
تعداد مرده زایی		صفر	۳۳۴	۹۶/۸
		۱	۹	۲/۶
		۲ و بیشتر	۲	۰/۶
تعداد بارداری		صفر	۵۱	۱۴/۸
		۱ تا ۲	۲۶۰	۷۵/۴
		۳ و بیشتر	۳۴	۹/۹

جدول (۲): ادامه ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان سن باروری تحت مطالعه

فواصل بین بارداری		بارداری نداشته	۱۷۳	۵۰/۱
		کمتر از یک سال	۸	۲/۳
		۱ تا ۲ سال	۵۳	۱۵/۴
		۳ تا ۵ سال	۵۸	۱۶/۸
		بیشتر از ۵ سال	۵۳	۱۵/۴
نوع زایمان		نداشته	۵۶	۱۶/۲
		طبیعی	۱۰۲	۳۵/۳
		سزارین	۱۷۷	۶۱/۲
		طبیعی-سزارین	۱۰	۳/۵
خوشایند بودن زایمان		کم	۵۵	۱۹/۰
		متوسط	۱۸۷	۶۴/۷
		زیاد	۴۷	۱۶/۳

۸۸/۱	۳۰۴	ندارد	بیماری‌های زمینه‌ای
۰/۹	۳	کلیوی و کبدی	
۰/۶	۲	قلبی	
۱/۲	۴	دیابت	
۹/۳	۳۲	سایر	

نتایج آزمون ANOVA میانگین نمره قصد فرزند آوری با متغیرهای شغل ($P < 0/012$)، تعداد فرزند ($P < 0/013$) و تعداد بارداری ($P = 0/021$) رابطه معنی‌داری داشت (جدول ۳).

جدول (۳): تعیین وضعیت نمره قصد فرزند آوری با ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	(انحراف معیار) میانگین	df	F	P
مدت ازدواج	زیر یک سال ۴۰/۹ (۵/۹)	۵	۱/۴۰۴	۰/۲۲۲
	۱ تا ۵ سال ۴۴/۱ (۸/۲)			
	۶ تا ۱۰ سال ۴۵/۷ (۵/۸)			
	۱۱ تا ۱۵ سال ۴۵/۷ (۵/۷)			
	۱۶ تا ۲۰ سال ۴۵/۷ (۶/۳)			
۲۱ تا ۲۵ سال ۴۵/۸ (۷/۹)				
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم ۴۵/۸ (۶/۸)	۳	۱/۶۵۲	۰/۱۷۷
	فوق دیپلم ۴۶/۴ (۵/۷)			
	لیسانس ۴۴/۷ (۶/۳)			
فوق لیسانس و بالاتر ۴۳/۶ (۵/۲)				
شغل	کارمند ۴۳/۲ (۶/۶)	۴	۳/۲۵۰	۰/۰۱۲
	معلم ۴۵/۹ (۴/۶)			
	آزاد ۴۴/۹ (۵/۵)			
	دانشجو ۵۳/۵ (۷/۸)			
سایر موارد ۴۶/۰ (۶/۵)				
تعداد فرزند	ندارد ۴۴/۴ (۶/۰)	۲	۴/۴۲۷	۰/۰۱۳
	۱ ۴۴/۶ (۶/۳)			
۲ ۴۶/۵ (۶/۰)				
تعداد سقط	صفر ۴۵/۳ (۵/۹)	۲	۰/۶۶۰	۰/۵۱۸
	۱ ۴۶/۲ (۷/۶)			
۲ و بیشتر ۴۶/۵ (۲/۱)				
تعداد مرده زایی	صفر ۴۵/۴ (۶/۱)	۲	۰/۸۴۸	۰/۴۲۹
	۱ ۴۵/۹ (۷/۶)			
۲ و بیشتر ۵۱/۰ (۱/۴)				
تعداد بارداری	صفر ۴۳/۷ (۵/۰)	۲	۳/۹۱۷	۰/۰۲۱
	۱ تا ۲ ۴۵/۵ (۶/۲)			

متغیر	(انحراف معیار) میانگین	df	F	P
فواصل بین بارداری‌ها	۳ و بیشتر	۴۷/۴ (۶/۸)	۳/۲۶۴	۰/۱۲۰
	نداشته	۴۴/۳ (۵/۷)		
	کمتر از یک سال	۴۴/۱ (۶/۴)		
	۱ تا ۲ سال	۴۶/۷ (۷/۱)		
	۳ تا ۵ سال	۴۶/۸ (۶/۱)		
نوع زایمان	طبیعی	۴۵/۹ (۶/۰)	۰/۲۷۷	۰/۷۵۹
	سزارین	۴۵/۳ (۶/۸)		
	طبیعی-سزارین	۴۶/۱ (۷/۷)		
خوشایند بودن زایمان	کم	۴۶/۸ (۶/۴)	۱/۳۲۹	۰/۲۶۶
	متوسط	۴۵/۴ (۵/۷)		
	زیاد	۴۴/۸ (۹/۳)		
بیماری‌های زمینه‌ای	ندارد	۴۵/۱ (۶/۴)	۰/۸۱۲	۰/۵۱۸
	کلیوی و کبدی	۴۸/۳ (۹/۱)		
	قلبی	۴۷ (۰/۰۱)		
	دیابت	۴۷/۳ (۵/۹)		
	سایر	۴۶/۹ (۷/۵)		

بارداری نسبت به ۳ بارداری و بیشتر ($P=0/016$) به‌طور معنی‌داری کمتر ولی در افراد دارای ۲ فرزند نسبت به یک فرزند ($P=0/021$) به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (جدول ۴).

نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که میانگین نمره قصد فرزند آوری در افراد کارمند نسبت به سایر موارد ($P=0/018$) و بدون

جدول (۴): آزمون تعقیبی توکی نمره قصد فرزند آوری برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی در زنان سن باروری

متغیر	اختلاف میانگین	P
شغل	معلم	-۲/۶۹۲
	کارمند	-۱/۷۴۲
	آزاد	-۱/۳۰۳
	دانشجو	x-۲/۷۵۶
تعداد فرزند	ندارد	۲/۰۸۷
	۱	x۱/۹۲۴
تعداد بارداری	۱ تا ۲	-۱/۸۸
	۳ و بیشتر	x-۳/۷۵۵

متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده با قصد فرزند آوری همبستگی مستقیم و معناداری داشت ($r=0/112$, $P<0/05$) (جدول ۵).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد: متغیر خودکارآمدی با قصد فرزند آوری همبستگی معکوس و معنی‌داری داشت ($r=-0/199$).

جدول (۵): همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	خودکارآمدی	قصد فرزند آوری	حمایت اجتماعی ادراک شده
خودکارآمدی	۱		
قصد فرزند آوری	-۰/۱۹۹	۱	
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۰۷۴	۰/۱۱۲	۱

به‌منظور مشخص کردن ارتباط قصد فرزند آوری با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده برحسب ویژگی‌های فردی اجتماعی در زنان سن باروری مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت از روش رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. نتایج جدول شماره ۶ نشان داد: متغیر کارمند بودن (-۰/۲۱۹) پیشگوی کننده‌های منفی قصد فرزند آوری بودند. خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معناداری با قصد فرزند آوری نداشتند.

جدول (۶): ارتباط خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده با قصد فرزند آوری برحسب ویژگی‌های فردی اجتماعی در زنان سن باروری

متغیر	B	S.E.	Beta	t- Value	P-Value	
سن	۰/۱۰۵	۰/۰۷۹	۰/۱۰۲	۱/۳۲۴	۰/۱۸۷	
شاخص توده بدن	۰/۲۳۳	۰/۱۰۸	۰/۱۴۲	۲/۱۵۶	۰/۰۵۲	
مدت ازدواج	۱ تا ۵ سال	۰/۹۷۲	-۰/۰۴۵	-۰/۶۶۹	۰/۵۰۴	
	۱۱ تا ۱۵ سال	-۰/۶۹۸	۱/۰۵۷	-۰/۶۶۰	۰/۵۱۰	
	۱۶ تا ۲۰ سال	-۱/۴۷۹	۱/۲۱۴	-۰/۱۰۰	۰/۲۲۴	
	۲۱ تا ۲۵ سال	-۲/۷۰۱	۱/۶۸۷	-۰/۱۲۹	-۱/۶۰۲	۰/۱۱۰
تحصیلات	فوق دیپلم	۰/۶۷۷	۱/۱۹۶	۰/۵۶۶	۰/۵۷۲	
	لیسانس	۱/۱۷۸	۱/۱۷۵	۰/۰۷۹	۱/۰۰۳	۰/۳۱۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۰/۱۲۴	۱/۹۴۷	۰/۰۰۴	۰/۰۶۴	۰/۹۴۹
شغل	کارمند	-۳/۹۶۵	۱/۳۸۶	-۰/۲۱۹	-۲/۱۸۶	۰/۰۰۵
	معلم	-۰/۹۶۳	۲/۹۶۴	-۰/۰۲۰	-۰/۳۲۵	۰/۷۴۵
	آزاد	-۱/۳۹۸	۱/۴۸۲	-۰/۰۵۹	-۰/۹۴۴	۰/۳۴۶
	دانشجو	۸/۶۸۵	۴/۵۳۱	۰/۱۱۶	۱/۹۱۷	۰/۰۵۶
تعداد فرزند	۲	۱/۶۸۲	-۰/۰۱۸	-۰/۱۳۴	۰/۸۹۴	
تعداد سقط	۱	۱/۶۳۴	-۰/۰۱۴	-۰/۱۳۱	۰/۸۹۶	
	۲ و بیشتر	-۰/۶۸۰	۴/۷۷۲	-۰/۰۰۹	-۰/۱۴۳	۰/۸۸۷
تعداد مرده زایی	۱	-۳/۲۴۳	۲/۴۰۱	-۰/۰۸۶	-۱/۳۵۰	۰/۱۷۸
	۲ و بیشتر	۳/۹۴۲	۵/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۷۸۷	۰/۴۳۲
تعداد بارداری	صفر	-۴/۲۴۹	۶/۳۳۴	-۰/۰۴۰	-۰/۶۷۱	۰/۵۰۳
	۳ و بیشتر	۰/۷۸۱	۱/۸۷۹	۰/۰۴۰	۰/۴۱۶	۰/۶۷۸
	کمتر از یک سال	-۰/۱۰۰	۲/۶۹۱	-۰/۰۰۳	-۰/۰۳۷	۰/۹۷۰
فواصل بین بارداری‌ها	۱ تا ۲ سال	-۱/۷۲۴	۱/۸۱۶	۰/۱۰۷	۰/۹۵۰	۰/۳۴۳
	۳ تا ۵ سال	۲/۶۶۱	۱/۹۳۲	۰/۱۷۲	۱/۳۷۸	۰/۱۷۰
	بیشتر از ۵ سال	۱/۹۳۵	۱/۹۶۱	۰/۱۲۱	۰/۹۸۶	۰/۳۲۵
نوع زایمان	-۰/۰۰۴	۰/۸۵۱	-۰/۰۲۱	-۰/۰۰۵	۰/۹۹۶	

متغیر	B	S.E.	Beta	t- Value	P-Value
سن	۰/۱۰۵	۰/۰۷۹	۰/۱۰۲	۱/۳۲۴	۰/۱۸۷
طبیعی-سزارین	-۲/۳۵۱	۲/۲۲۵	-۰/۰۶۹	-۱/۰۵۷	۰/۲۹۲
کم	۱/۲۸۱	۰/۹۹۱	۰/۰۸۱	۱/۲۹۳	۰/۱۹۷
زیاد	۰/۰۶۸	۱/۰۵۰	۰/۰۰۴	۰/۰۶۵	۰/۹۴۹
کلیوی و کبدی	۳/۹۷۳	۳/۶۸۹	۰/۰۶۵	۱/۰۷۷	۰/۲۸۲
دیابت	۰/۹۰۸	۳/۱۷۶	۰/۰۱۷	-۰/۲۸۶	۰/۷۷۵
سایر	۱/۸۸۰	۱/۲۸۱	۰/۰۸۸	۱/۴۶۷	۰/۱۴۳
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۲۸۳	۰/۱۵۶	۰/۱۱۲	۱/۸۱۶	۰/۰۷۱
خودکارآمدی	-۰/۰۷۵	۰/۰۴۳	-۰/۱۱۴	-۱/۷۵۹	۰/۰۸

خلاصه مدل رگرسیون خطی چندگانه برای پیش‌بینی قصد فرزند آوری با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی در زنان سن باروری پیش‌بینی نشان داد: متغیرهای پیش بین ۱۵/۶ درصد از رفتار متغیر ملاک (قصد فرزند آوری) را تعیین می‌کنند (جدول ۷).

متغیرهای مدت‌زمان ازدواج ۵ تا ۱۰ سال، تحصیلات زیردیپلم و دیپلم و شغل سایر موارد، تعداد فرزند یک، نداشتن سقط و مرده زایی، تعداد بارداری یک تا دو بار، زایمان سزارین، خوشایند بودن زایمان متوسط و نداشتن بیماری زمینه‌ای از معادله رگرسیون حذف شدند.

جدول (۷): پیش‌بینی قصد فرزند آوری با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی در زنان سن باروری

مدل	R	R ²	Adj R ²	S.E
۱	۰/۳۹۵	۰/۱۵۶	۰/۰۴۷	۶/۰۵۳

بحث و نتیجه‌گیری

از طرفی افراد بدون بارداری قصد کمتری برای فرزند آوری داشتند و از سوی دیگر افراد دارای یک بارداری نسبت به دو بارداری قصد بیشتر برای فرزند آوری داشتند. در مطالعات مشابه نیز نتایج متناقضی به دست آمده است. به‌طور مثال، در مطالعه‌ای در زمینه رابطه بین تعداد فرزندان با قصد فرزند آوری، گزارش گردید که تعداد فرزندان بیشتر قصد فرزند آوری را بیشتر می‌کند (۲۳). این در حالی است که در مطالعه دیگری، داشتن تعداد مورد نظر فرزندان، به‌عنوان مهمترین دلایل عدم قصد فرزند آوری عنوان شده است (۲۴). در مطالعه‌ای نیز، از نظر تعداد فرزندان، میانگین تعداد فرزندان در گروه دارای قصد فرزند آوری کمتر از گروهی بود که قصد فرزند آوری نداشتند. به‌عبارت‌دیگر افرادی که فرزند کمتری داشتند، قصد فرزند آوری آن‌ها بیشتر بود (۲۵). در این دو مطالعه نیز فرزند کمتر قصد فرزند آوری را بیشتر می‌نمود (۲۶، ۲۷). در حالی که نتایج متناقضی در مطالعه دیگری به دست آمد. به‌طوری‌که هرچند قصد فرزند آوری در زنان دارای یک فرزند بیشتر از زنان بدون فرزند بود، اما در زنان دارای دو فرزند و بیشتر با افزایش تعداد فرزندان این قصد کاهش

مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با قصد فرزند آوری در زنان متأهل انجام شد. یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد، میانگین نمره قصد فرزند آوری با متغیرهای شغل، تعداد فرزند و تعداد بارداری رابطه معنی‌داری داشت. خودکارآمدی با قصد فرزند آوری رابطه معکوس داشت. بدین معنا که با افزایش خودکارآمدی قصد فرزند آوری کاهش می‌یابد. از طرفی، حمایت اجتماعی ادراک شده با قصد فرزند آوری رابطه مستقیم داشت. بدین معنا که با افزایش حمایت اجتماعی قصد فرزند آوری افزایش می‌یابد. از بین متغیرهای دموگرافیک، متغیر کارمند بودن پیشگویی‌کننده منفی قصد فرزند آوری بود. بدین معنا که کارمند بودن زنان قصد فرزند آوری را درآنان کاهش می‌دهد. خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معناداری با قصد فرزند آوری نداشتند.

در مطالعه حاضر در زمینه رابطه قصد فرزند آوری با تعداد فرزندان و تعداد بارداری، نتایج ناهمگونی به دست آمد به‌طوری‌که

یافت (۲۸). هرچند فراتحلیل مطالعات در زمینه نگرش‌ها و قصد باروری در بازه زمانی ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۸ در ایران نشان داد، تأثیر متغیرهای تعداد فرزندان موجود بر قصد باروری منفی بوده است (۲۹). داده‌های طرح تحولات باروری در ایران مربوط به زنان ۱۵ تا ۴۰ ساله شهر تهران نیز نشان داد زنان بدون فرزند و تک فرزند و زنانی که تجربه بارداری در دو سال گذشته را نداشتند بیشتر قصد فرزند آوری داشتند (۳۰). در زمینه تأثیر منفی تعداد فرزندان موجود بر قصد باروری می‌توان گفت که در صورت رسیدن زوجین به تعداد دلخواه فرزند، تمایل به باروری نیز بین آن‌ها کاهش می‌یابد. این امر در الگوی انتخاب عقلانی نیز مورد تأکید قرار گرفته است. در واقع رفتارهای باروری زوجین متأثر از شرایط خاص زندگی‌شان است که بر شرایط تصمیم‌گیری، قصد و رفتار باروری آنان تأثیر می‌گذارد (۲۹).

در مطالعه حاضر میانگین نمره قصد فرزند آوری با متغیر شغل رابطه معنی‌داری داشت و کارمند بودن، پیشگویی‌کننده منفی قصد فرزند آوری بود. این یافته با یافته‌های مطالعات مشابهی همسو بود (۲۵ و ۳۱). در مطالعه‌ای که باهدف ارتباط بین اشتغال و تمایل به فرزند آوری انجام شد، نتایج نشان داد بین میانگین تعداد فرزندان برحسب گروه‌های شغلی تفاوت معنادار وجود داشت که هم راستا با نتایج مطالعه حاضر است (۳۲). ولی در مطالعه‌ای دیگر ارتباط معنی‌داری بین گروه‌های شغلی با قصد فرزند آوری نشان داده نشد (۳۳). در مورد دو سویه بودن نتایج مطالعات می‌توان به بستر اجتماعی-اقتصادی و حمایت از شاغلین زن در هر جامعه اشاره نمود. مطالعات نشان داده‌اند در جوامعی که حمایت سازمانی و اجتماعی در زنان شاغل بیشتر است، آن‌ها بیشتر تمایل به فرزند آوری دارند. در کنار این امر، که از آنجایی که شغل کارمندی نیازمند رعایت نظم و انضباط کاری و وقت شناسی بیشتری است، ممکن است قصد فرزند آوری کاهش یابد. به علاوه، حضور بیشتر زنان در محیط کاری و چالش‌های آن نیز احتمالاً به کاهش قصد فرزند آوری دامن می‌زند. مسئله دیگر این است که زنان شاغل با این که استقلال مالی دارند اما ممکن است به دلایل دیگری، تمایلی به داشتن فرزند زیاد نداشته باشند. یکی از این دلایل تعارض کار و خانواده است. زیرا محیط کاری آن‌ها در قبال فرزندان آن‌ها به گونه بی‌تفاوتی رفتار می‌نماید و سازو کار حمایتی در قبال آن‌ها ندارد. در این میان زنان شاغل نیازمند کار مضاعف بیشتری هستند تا بتوانند بین چالش‌های محیط کار و خانواده تعادل برقرار نمایند. بنابراین ساختارهای اجتماعی کمتر حمایتی، باعث شده مادران شاغل علی‌رغم احساس خرسندی از توانمندی و مفید بودن به دلیل انجام نقش‌های چندگانه، کمتر از فواید اشتغال در بیرون از منزل به نفع خود بهره برده و نیز تمایل به فرزند آوری کمتری داشته باشند (۴). بر اساس

مطالعه حاضر، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیری بر قصد فرزند آوری نداشتند. اما ویژگی‌های جمعیت شناختی، از عوامل پیشگویی‌کننده قصد فرزند آوری گزارش شدند. در برخی مطالعات نیز این ارتباط یافت نشد (۲۴، ۳۴) و همسو با مطالعه حاضر، عوامل جمعیت شناختی، تعیین کننده اصلی قصد فرزند آوری بودند. در این مطالعات نیز، این عوامل تعیین کننده قوی‌تری نسبت به حمایت اجتماعی و خودکارآمدی برای قصد فرزند آوری بودند. هرچند در برخی از مطالعات، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر قصد فرزند آوری تأثیر داشته است که دلایل آن نیازمند بررسی‌های موشکافانه بیشتری است (۳۳، ۳۵). بر اساس مطالعه حاضر از بین ویژگی‌های فردی و اجتماعی، کارمند بودن زنان قصد فرزند آوری راکاهش داده است. بنابراین کارمند بودن عامل تهدیدکننده‌ای برای قصد فرزند آوری آنان محسوب می‌گردد. در این راستا حمایت‌های دولتی مانند دورکاری زنان شاغل، تعداد روزهای مرخصی بیشتر یا مرخصی ساعتی (جهت شیردهی یا سرکشی به فرزند)، ساخت مهدکودک‌های سازمانی کم‌هزینه و با کیفیت و همکاری بیشتر با زنان شاغل از راهکارهای پیشنهادی به شمار می‌رود.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به حجم نمونه بالای آن اشاره نمود. زیاد بودن تعداد سؤالات می‌تواند به‌عنوان محدودیت مطالعه عنوان گردد که با در اختیار قراردادن وقت کافی به آن‌ها سعی شد این محدودیت مرتفع گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی می‌باشد. نویسندگان مقاله مراتب تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی البرز، مدیریت محترم مراکز جامع سلامت، پرسنل محترم پایگاه‌های بهداشتی و تمامی مشارکت‌کنندگان بزرگواری که بدون مشارکت آن‌ها، انجام این مطالعه میسر نبود، اعلام می‌نمایند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافع در بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی بدون سقف اعتباری / بدون حمایت مالی می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه رعایت شده است. اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی البرز (دارای شناسه کد اخلاق:

شرکت کنندگان از جمله موارد ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه است.

IR. ABZUMS.REC. 1401.303، حضور داوطلبانه در مطالعه، اخذ رضایت‌نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان، محرمانگی مشخصات

References:

1. Seifoori Togholjerdi B, Hassani Darmian G, Majdi A, Kermani M. Analyzing Fertility Indicators: A Meta-Analysis of Existing Literature. *Soc Sci Med* 2020;16(2):145-13.
2. Rafiei Moqaddam F, Fathi Ashtiani A. Discovery of the Factors Inhibiting Couples from Childbearing in the Last Decade (A Systematic Review). *Women Fam Cul Edu* 2021;15(53):155-75. (Persian)
3. Mohammadi M, Rastergarkhaled A. Cultural changes, and reduce fertility in Iran (Based on second analyze of data of Iranianâ s survey values and attitudes). *J Appl Psychol* 2015;26(2):159-80.
4. Torabi F, Sheidani R. A study of effective factors in tendency to fewer childbearing of 15- 49 year old women residents of Tehran. *Women Fam Cul Edu* 2019;7(2):31-67. (Persian)
5. Kavehfirouz Z, Zare B, Shamsedini H. The effect of life style dimension on attitudes towards childbearing among married women in Tehran City. *Women Dev Polit* 2016;14(2):217-34. (Persian)
6. Erfani A, Shojaei J. Reasons for intending to have no children in Tehran, Iran. *Comm Health* 2019;6(2):116-29. (Persian)
7. Aizen I, Klobas J. Fertility intentions: An approach based on the theory of planned. behavior. *Demog Res* 2013;29:203-32. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2013.29.8>
8. Zarei Salehabadi M, Kheirkhah M, Esmacili N, Haghani S. Effects of Empowerment on the. Attitudes toward Fertility and Childbearing in Women with Failed Pregnancies: A Clinical Trial. *J Nurs Res* 2020;33(125):55-69. <https://doi.org/10.29252/ijn.33.125.55>
9. Susanto H, Sawitri DR, Thaufik S. The Effect of Antenatal Class Plus Coping Skill Training on the Level of Stress and Childbirth Self-Efficacy. *Adv Sci Lett* 2017;23(4):3329-33. <https://doi.org/10.1166/asl.2017.9125>
10. Salehi M, Asghari Ebrahim Abad MJ. The Role of Self-efficacy and Emotional Intelligence in Predicting Marital Conflict Resolution among Mashhad University Students. *Res Womens* 2021;4(3):7 (Persian)
11. Shams M. The Effect of Employed Women's Working Hours on Fertility. *J Appl Sociol* 2018;29(3):101-16. (Persian)
12. Mirabi S, Mirzaei H, Hassani Darmian GR. A Phenomenological Study on Married Women Awareness of Childbearing. *J Appl Psychol* 2020;31(3):1-20.
13. Hartnett CS, Gemmill A. Recent trends in US childbearing intentions. *Demography* 2020;57(6):2035-45. <https://doi.org/10.1007/s13524-020-00929-w>
14. Parvandi A, Arefi M. Prediction of Psychological Well-Being based on Hope and Perceived. Social Support among Women-headed Households. *J Woman Fam Stud* 2019;7(2):89-114. (Persian)
15. Afarini FS, Akbari N, Montazeri A. The relationship between social support and the intetion childbearing in women of reproductive age. *Payesh* 2018;17(3):315-28.
16. Golabi F, Aghayari Hir T, Asiabani Barenji M. An intergenerational study of women's 9. childbearing ideals (Study of Married Women in Tabriz). *J Woman Cult Arts* 2020;12(3):489-515.
17. Daniele MAS. Male partner participation in maternity care and social support for childbearing women a discussion paper. *Philos. Trans R Soc B* 2021;376(1827):20200021. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0021>
18. Iwanowicz-Palus G, Zarajczyk M, Bieñ A, Korzyńska-Piętas M, Krysa J, Rahnama-Hezavah M, et al. The Relationship between Social Support, Self-Efficacy and Characteristics of Women with Diabetes during

- Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health* 2021;19(1):304.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19010304>
19. Luszczyńska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *J Psychol* 2005;139(5):439-57.
<https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
 20. Haqaiq, Seyyed Abbas, Ghasemi, Nizamuddin, Neshat Dost, Hamid Taher, Kajbaf, Mohammad Baqir, Khanbani, Mehdi. (2009) {Moeini, 2022 #107
 21. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *Am J Community Psychol* 1986;14(2):195.
<https://doi.org/10.1007/BF00911821>
 22. Rad, Firouz, Thaobabi, Hamideh,, investigation of fertility tendency and social factors related to it (a case study of married women aged 15-50 living in Tabriz city). *Women Fam Stud* 2014(3):127-55. (Persian)
 23. Ebrahimzadeh, Leila. Investigating the demographic, social, economic and cultural factors in the childbearing rate of women working in Malekshahi education and training in 2014. Thesis to receive a master's degree in demography, Faculty of Psychology and Social Sciences, Department of Social Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch., Tehran Iran (2014). (Persian)
 24. Erfani A, Shojaei J. Reasons for intending to have no children in Tehran, Iran. *Salamat Ijtimai.Comm Health* 2019; 6(2):116-29. (Persian)
 25. Afarini FS, Akbari N, Montazeri A. The relationship between social support and the intention of childbearing in women of reproductive age. *Payesh* 2018;17(3):315-28. (Persian)
 26. Abbasi-Shavazi MJ, Khajehslehi Z. An Assessment on the Impact of Women's Autonomy, Education and Social Participation on Childbearing Intention in Sirjan City. *Women Dev Polit* 2013; 1:45-64. (Persian)
 27. Azmoude E, Behnam H, Barati-Far S, Kabirian M. The Relationship of Socio-Demographic Factors, Fertility Behavior and Child's Perceived Value with Fertility. *Int J Comm Based Nurs Midwifery* 2017;2:123-133
 28. Buber-Ennser I, Panova R, Dorbritz J. Fertility Intentions Of University Graduates. *Demográfia* 2013; 5 :5-34.
 29. Abbasi A, Sadeghi R, Maleki A, Balakhani G. A meta-analysis of factors related to fertility attitudes, desires, and childbearing intentions in Iranian studies. *Interdiscip Stud Humanities* 2022;14(4):63-92.. (Persian)
 30. Abbasi Shawazi, Mohammad Jalal, Razaghi Nasrabad, Hajieh Bibi, Hosseini Chavoshi, Maimant. Economic-social security and fertility intention in Tehran. *Demographic Assoc Iran*, 2019;15(29):211-38. (Persian)
 31. Hajizadeh Bandeghara F, Jannesari S, Ozgoli G, Nasiri M. Positive Effect of Women's Empoverment on Childbearing: More Children in Working Women. *The Iran J Obstetr Gynecol Infertil* 2017;37:51-61. (Persian)
 32. Moshfegh M, Moradisani Q, Hoseinkhani S. [An analysis of the relationship between employment and desire to have children among working women who are at the age of marriage in the country. *Population* 2017;23(95):1-24. (Persian)
 33. Sadeghi HS, Saraie H. Effective Factors on Mothers' Inclination to Have Children in Tehran. *Soc DevWelfare Planing* 2016;27:1-32. . (Persian)
 34. Yoon SY. The influence of a supportive environment for families on women's fertility intentions and behavior in South Korea. *Demographic Res* 2017;36:227-45.
<https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.36.7>
 35. Khadivzadeh T, Roudsari RL, Bahrami M, Taghipour A, Shavazi JA. The influence of social network on couples' intention to have the first child. *Iran. J Reprod Med* 2013; 3: 209-218.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-EFFICACY AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT WITH THE INTENTION TO HAVE CHILDREN IN MARRIED WOMEN OF ALBORZ CITY IN 2023

Mahnaz Javadi¹, Mahnaz Akbari Kamrani², Kouros Kabir³, Mansoureh Yazdkhasti^{4*}

Received: 22 January, 2024; Accepted: 06 March, 2024

Abstract

Background & Aim: Reducing the total fertility rate below the replacement level of the population and the annual decrease of the population is one of the problems of Iranian society today. The present study aimed to determine the relationship between self-efficacy and perceived social support on the intention to have children in married women.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional-correlation study was conducted from July 2022 to October 2023 on 345 eligible women in 8 selected sites affiliated with Alborz University of Medical Sciences. Sampling was done in two stages. First, stratified sampling was performed to select the facilities. Then, the participants were selected using a simple random method. Data was collected through demographics, fertility tendency, self-efficacy, and perceived social support questionnaires. SPSS software version 28.0 was used to analyze the data. ANOVA tests, Tukey's post hoc test, Pearson's correlation test, and multiple linear regression were used.

Result: The self-efficacy had an inverse and significant correlation with the intention to have children ($r=0.199$, $P<0.001$). The perceived social support had a direct and significant correlation with the intention to have children ($r=0.112$, $P<0.05$). Self-efficacy and perceived social support did not significantly affect the intention to have children. Among the demographic variables, being an employee ($\beta=-0.219$, $P<0.005$) was a negative predictor of the intention to have children.

Conclusion: According to the present study, demographic characteristics affected the intention to have children. So, being an employee is considered a threatening factor for women's intention to have children. Thus, government support such as remote work options for working women, more vacation days or hourly leave (for breastfeeding or caring for children), low-cost and high-quality institutional kindergartens, and more cooperation with working women can be helpful.

Keywords: Childbearing, Fertility, Self-Efficacy, Social Support

Address: Hasan Abad Blvd, Ooge St, Karaj, Iran

Tel: +982634287483

Email: Mansoyazd@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Msc of Counseling in Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

² Associate Professor of Reproductive Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

³ Associate Professor, social medicine specialist, Iran University of Medical Sciences, Karaj, Iran

⁴ Assistant Professor of Reproductive Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
(Corresponding Author)