Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

The Relationship between Maternal Self-Efficacy and Attitudes towards Childbearing Incentives and Associated Factors

H. Adib-Rad (PhD)[1], T. Khadivzadeh (PhD)[2], F. Hasanzadeh-Shahabi (BSc)[*3], H. Pasha (PhD)[1], R. Purbaghery (BSc)[4], R. MashaghiTabari [5]

1.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
2.Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran.
3.Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran.
4.Rouhani Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
5.Faculty of Medicine, Belgrade University, Belgrade, Serbia.

Article Type
Research Paper

Received:
Apr 1st 2023
Revised:
May 3rd 2023
Accepted:
May 31st 2023

ABSTRACT

Background and Objective: Women's self-efficacy makes them feel better about motherhood and improve general health. Incentives for having children are one of the basic solutions for correcting population decline. This study was conducted with the aim of investigating the relationship between maternal self-efficacy and attitude towards childbearing incentives and associated factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 384 women between the ages of 18 and 40 who referred to health and treatment centers of Babol University of Medical Sciences from 2020 to 2022. Data were collected using questionnaires of socio-demographic and fertility characteristics, attitudes towards childbearing incentives and maternal self-efficacy. Childbearing incentives questionnaire included 15 items with a range of scores from 15 to 75 and maternal self-efficacy questionnaire included 9 items with a range of scores from 9 to 45.

Findings: The mean age of women was 30.99±5.42 years. The mean number of desired children was 2.20±1.02 and the mean time of the first desired child after marriage was 2.96±1.89 months. The mean score of childbearing incentives was 50.45±15.36 and the mean score of maternal self-efficacy was 31.47±5.72. The results of the multiple linear regression test, after adjusting other variables, indicate the presence of a significant positive association between the attitude towards childbearing incentives and the age of marriage (β=0.177, p=0.001), the desired number of children (β=0.179, p=0.001), and the time of the first desired child after marriage (β=0.116, p=0.029) and there was a significant negative association with the duration of marriage (β=-0.329, p=0.023).

Conclusion: The result of the study showed that childbearing incentives have a positive role on mothers' attitudes toward childbearing. It is suggested that these incentives be considered in the design of programs to increase childbearing.

Keywords: *Childbearing, Fertility Behavior, Maternal Self-Efficacy, Childbearing Incentive.*

Cite this article: Adib-Rad H, Khadivzadeh T, Hasanzadeh-Shahabi F, Pasha H, Purbaghery R, MashaghiTabari R. The Relationship between Maternal Self-Efficacy and Attitudes towards Childbearing Incentives and Associated Factors. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2023; 25(1): 534-43.

© The Author(S).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

***Corresponding Author: F. Hasanzadeh-Shahabi (BSc)**
Address: Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran.
Tel: +98 (11) 33044000. **E-mail:** Hasanzadehshahabi@gmail.com

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]

Journal of
Babol University of Medical Sciences
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
e-ISSN: 2251-7170 p-ISSN: 1561-4107

ارتباط خودکارآمدی مادرانه با نگرش به مشوق‌های فرزندآوری و عوامل مرتبط

هاجر ادیب راد (PhD)[۱]، طلعت خدیوزاده (PhD)[۲]، فاطمه حسن زاده شهابی (BSc)[۳*]،
هاجر پاشا (PhD)[۱]، ریحانه پورباقری (BSc)[۴]، رضا مشاقی طبری [۵]

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. بیمارستان آیت اله روحانی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۵. دانشکده پزشکی، دانشگاه بلگراد، بلگراد، صربستان

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۲/۱/۱۲
اصلاح:
۱۴۰۲/۲/۱۳
پذیرش:
۱۴۰۲/۳/۱۰

چکیده

سابقه و هدف: خودکارآمدی زنان موجب احساس بهتری نسبت به مادر بودن و بهبود سلامت عمومی می‌شود. مشوق‌های فرزندآوری یکی از راهکارهای اساسی اصلاح کاهش جمعیت است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط خودکارآمدی مادرانه با نگرش به مشوق‌های فرزندآوری و عوامل مرتبط انجام شده‌است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۸۴ زن سنین ۱۸ تا ۴۰ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۱۴۰۱-۱۳۹۹ انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ویژگی‌های دموگرافیک- باروری، نگرش به مشوق‌های فرزندآوری و خودکارآمدی مادرانه جمع آوری شد. پرسشنامه مشوق‌های فرزندآوری شامل ۱۵ گویه با دامنه نمرات از ۱۵ تا ۷۵ و پرسشنامه خودکارآمدی مادرانه شامل ۹ گویه با دامنه نمرات از ۹ تا ۴۵ بود.

یافته‌ها: میانگین سن زنان ۵/۴۲±۳۰/۹۹ سال بود. میانگین تعداد فرزند دلخواه ۱/۰۲±۲/۲۰ و میانگین زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج ۱/۸۹±۲/۹۶ ماه بود. میانگین نمره کل نگرش مشوق فرزندآوری ۱۵/۳۶±۵۰/۴۵ و میانگین نمره کل خودکارآمدی مادرانه ۵/۷۲±۳۱/۴۷ بود. نتایج تست رگرسیون خطی چندگانه، پس از تعدیل سایر متغیرها بیانگر وجود همراهی مثبت معنی‌دار بین نگرش به مشوق‌های فرزندآوری با سن ازدواج (β=۰/۱۷۷، p=۰/۰۰۱)، تعداد فرزند دلخواه (β=۰/۱۷۹، p=۰/۰۰۱)، و زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج (β=۰/۱۱۶، p=۰/۰۲۹) و همراهی منفی معنی‌دار با مدت زمان ازدواج بود (β=-۰/۳۲۹، p=۰/۰۲۳).

نتیجه‌گیری: نتیجه مطالعه نشان داد که مشوق‌های فرزندآوری نقش مثبتی بر نگرش مادران به فرزندآوری دارد. پیشنهاد می‌شود که این مشوق‌ها در طراحی برنامه‌های افزایش فرزندآوری در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: فرزندآوری، رفتار باروری، خودکارآمدی مادرانه، مشوق فرزندآوری.

استناد: هاجر ادیب راد، طلعت خدیوزاده، فاطمه حسن زاده شهابی، هاجر پاشا، ریحانه پورباقری، رضا مشاقی طبری. ارتباط خودکارآمدی مادرانه با نگرش به مشوق‌های فرزندآوری و عوامل مرتبط. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۴۰۲؛ ۲۵(۱): ۴۳-۵۳۴.

© The Author(S).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

▣ این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی به شماره ۹۸۰۹۳۳۲ دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد.

* مسئول مقاله: فاطمه حسن زاده شهابی
آدرس: ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران. تلفن: ۰۱۱-۳۳۰۴۴۰۰۰ رایانامه: Hasanzadehshahabi@gmail.com

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]

مقدمه

کاهش باروری در جهان به یک روند اجتناب ناپذیر تبدیل شده است و بسیاری از کشورها در حال اتخاذ سیاست‌هایی برای افزایش باروری هستند. قصد باروری نقش مهمی در پیش بینی رفتار باروری دارد (۱). فرزندآوری یک رویداد مهم زیستی و اجتماعی در زندگی اکثر زنان و یک رفتار ارادی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیادی قرار گیرد (۲). محرک اولیه رفتار باروری، انگیزه‌های فرزندآوری است که به عنوان یک عامل مهم در تصمیم گیری باروری می‌باشد (۳). طی سال‌های اخیر در سراسر جهان، تغییرات گسترده اجتماعی و فناورانه در خانواده‌ها ایجاد شده و فرزندآوری بیش از ارزش‌های دیگر خانواده با دگرگونی مواجه شده است (۴). روند کاهش جمعیت در ایران نگران کننده است و در سال‌های اخیر نرخ باروری کاهش قابل توجهی داشته است (۵). نرخ کل باروری در ایران به سطح جایگزینی (به ۱/۷ در سال ۲۰۱۹) رسیده است و نرخ زاد و ولد برای چهارمین سال متوالی از سال ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۰ رشد منفی داشته است (۶).

با توجه به نرخ پایین باروری کشور سازمان ملل، سه پیامد را برای آینده باروری ایران پیش بینی کرده است که بر اساس آن ایران در سال ۱۴۳۰ به ترتیب یکی از سه الگوی رشد جمعیتی منفی (۰/۲۳-٪)، رشد جمعیتی متوسط رو به پایین (۰/۳۵٪) یا رشد جمعیتی مثبت (نزدیک به ۰/۸۹٪) را تجربه خواهد کرد (۷). پیش بینی می‌شود با تداوم روند کاهش باروری در حد زیر سطح جایگزینی (۲/۱ فرزند برای هر زن)، در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۱۰ رشد سالانه جمعیت ایران به ۱٪ برسد. مطابق سناریوی رشد پایین جمعیتی که سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۰ منتشر کرده است، اگر ایران به همین صورت به ادامه جایگزینی جمعیتی بپردازد و برنامه‌ای برای تعادل آن نداشته باشد، در ۸۰ سال آینده جمعیت ۳۱ میلیونی را تجربه خواهد کرد که ۴۷٪ آن را سالمندان بالای ۶۰ سال در بر می‌گیرند (۸). کاهش بیش از حد نرخ باروری در کشور، منجر به تغییر سیاست‌های جمعیتی سیاست گذاران و تشویق زوج‌ها به فرزندآوری در سال‌های اخیر شده است (۹). در حال حاضر مشوق‌های فرزندآوری در کشور شامل مکلف کردن وزارت راه و شهرسازی جهت تامین مسکن خانوار پس از تولد فرزند سوم و بیشتر، احداث خوابگاه‌های دانشجویی متاهل، پرداخت ودیعه مسکن به دانشجویان و طلاب فاقد مسکن، اعطای تسهیلات قرض الحسنه تولد فرزند، افزایش جذب و استخدام نیروی جدید به ازای تاهل و داشتن فرزند، مجاز نبودن دستگاه‌ها به عدم نیاز به مستخدمین دارای حداقل سه فرزند، مادران باردار و دارای فرزند شیرخوار، افزایش کمک هزینه اولاد و حق عائله‌مندی کارکنان، افزایش مرخصی زایمان به مدت نه ماه (۱۲ ماه برای تولد دوقلو و بیشتر) با پرداخت تمام حقوق و فوق العاده‌های مرتبط، اختیاری بودن نوبت کاری شب برای مادران شاغل باردار و نیز مادران دارای فرزند شیرخوار تا دو سال و پدران تا یک ماهگی نوزاد، اعطای دورکاری به درخواست مادران باردار حداقل به مدت چهار ماه در دوران بارداری، همچنین مادران شاغلی که بعد از لازم الاجراء شدن این قانون فرزندانی به‌دنیا می‌آورند، به ازای هر فرزند می‌توانند از یک سال کاهش در سن بازنشستگی برخوردار شوند (۱۰).

بر اساس نظریه Bandura، یکی از عوامل فردی مرتبط با فرزندآوری خودکارآمدی است. احساس خودکارآمدی افراد را قادر می‌سازد تا با تکیه بر توانایی و مهارت خود بر مشکلات غلبه نموده و موانع موجود برای انجام یک فعالیت مهم از جمله فرزندآوری را برطرف نمایند (۱۱). خودکارآمدی مادر، قضاوت و احساس وی از توانایی خویش برای انجام وظایف مادری است که علاوه بر تاثیری که بر نحوه تعامل مادر و کودک دارد، شیوه انضباطی مادر را در مورد روش‌های والدگری و حتی حساسیت و پاسخگویی او را نیز پیش بینی می‌کند (۱۲). خودکارآمدی نقش بسیار مهمی در فرزندآوری ایفا می‌کند (۱۳). نتایج یک مطالعه نشان داد که خودکارآمدی درک شده مادران در فرزندآوری آنان به صورت مثبت و مستقیم مؤثر است و مادرانی که خودکارآمدی بالایی داشتند، اظهار تمایل بیشتر به داشتن فرزند نشان دادند (۱۴). خودکارآمدی می‌تواند عملکرد فرد را بهبود بخشد. نظریه خودکارآمدی به طور گسترده‌ای برای تسهیل رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرد و مداخله مناسب سبب افزایش خودکارآمدی می‌گردد (۱۵). خودکارآمدی زنان موجب احساس بهتری نسبت به مادر بودن، بهبود سلامت عمومی، کاهش مداخلات غیر ضروری در زایمان و بهبود سلامت روانی پس از زایمان می‌شود. مادرانی که دارای خودکارآمدی پایین می‌باشند، تغییرات دوران بارداری و شکایت‌های شایع را بیشتر احساس می‌کنند (۱۶). بین خودکارآمدی با تمایل به فرزندآوری رابطه معنی‌داری وجود دارد (۵)، همچنین کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی با تمایل به فرزندآوری در زنان مرتبط هستند. عدم بلوغ عاطفی یکی از دلایل تأخیر زنان در فرزندآوری عنوان می‌باشد (۱۷).

تولید مثل، بارداری، شیردهی و مراقبت از کودک نیاز به پرداخت هزینه‌های مستقیم و انرژی دارد (۱۸)، لذا برخورداری از مشوق‌های فرزندآوری می‌تواند نقش موثری در نگرش به فرزندآوری داشته باشد. پرداخت حقوق ماهیانه، اعطای مرخصی بعد از زایمان و اختصاص سبد کالای حمایتی از جمله سیاست‌های تشویقی جهت بالا بردن تعداد موالید و در نتیجه افزایش طبیعی جمعیت است (۱۹). عواملی مانند سطح تحصیلات، درجه شغلی، محل سکونت، وضعیت اجتماعی یا اقتصادی، دینداری و خانواده‌گرایی، تعلقات قومی، تصمیمات شخصی، سن ازدواج، بیکاری و تصمیمات دولت مبنی بر کنترل جمعیت از عوامل مهم و مؤثر بر فرزندآوری می‌باشند (۲۰). مطالعات انجام شده در آلمان و استرالیا نشان می‌دهد با ارائه مشوق‌ها، فرزندآوری زوجین افزایش یافته است (۲۲و۲۱). از عوامل مهمی که منجر به تصمیم کاهش فرزندآوری می‌شود، دغدغه‌های اقتصادی نگهداری از فرزند است. ارائه مشوق‌های فرزندآوری یکی از راهکارهای

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]

اساسی این چالش می‌باشد. مطالعات قبلی بیانگر تاثیر خودکارآمدی مادر و مشوق‌های فرزندآوری بر افزایش فرزندآوری می‌باشد (۱۴و۹). با توجه به کاهش میزان باروری در کشور و سیاست افزایش فرزندآوری، هدف از این مطالعه بررسی ارتباط خودکارآمدی مادرانه با نگرش به مشوق‌های فرزندآوری و عوامل مرتبط در مراکز جامع خدمات سلامت شهر بابل می‌باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد اخلاق IR.MUBABOL.REC.1399.052، بر روی ۳۸۴ نفر از زنان سنین ۱۸ تا ۴۰ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۱۴۰۱-۱۳۹۹ که دارای حداقل یک فرزند بودند، انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n=\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^{2} pq}{d^2}$ با سطح اطمینان ۹۵٪، فرض p=q=۰/۵ و دقت d=۰/۰۵ تعداد ۳۸۴ نمونه برآورد شد. نمونه گیری به روش احتمالی، خوشه‌ای و چند مرحله‌ای انجام شد. بدین ترتیب که از مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل ۵ مرکز فعال در چهار منطقه جغرافیایی به طور تصادفی انتخاب شدند و از هر مرکز منتخب به صورت متناسب با حجم جمعیت آن مرکز، نمونه‌های در دسترس انتخاب گردید. جهت انجام مطالعه، از تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید و پس از بیان اهداف طرح توضیحاتی در خصوص نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد. در شروع مطالعه علاوه بر دستورالعمل پاسخ دهی، مشارکت داوطلبانه، تضمین محرمانه ماندن اطلاعات، مختار بودن جهت خروج از مطالعه و شرکت نکردن در آن توضیحاتی داده شد. معیارهای ورود در مطالعه شامل نژاد ایرانی و ساکن شهر بابل، متاهل بودن بودن، نداشتن سابقه هیسترکتومی، توبکتومی و یا وازکتومی در همسر، داشتن حداقل یک فرزند و عدم بارداری در زمان مطالعه و معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، مهاجرت و مرگ بود.

ابزار نمونه‌گیری در این مطالعه شامل پرسشنامه‌های دموگرافیک- باروری، نگرش به مشوق‌های فرزندآوری و خودکارآمدی مادرانه بود (۲۳و۱۴). پرسشنامه دموگرافیک- باروری شامل متغیرهای سن، سن همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، سن ازدواج، مدت ازدواج، سن اولین فرزند، تعداد فرزند دلخواه، زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج و رضایت از کفایت درآمد بود. پرسشنامه مشوق‌های فرزندآوری توسط Khadivzadeh و همکاران طراحی شد که شامل ۱۵ گویه بود. جهت نمره دهی از مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت به صورت اصلاً (۱) تا خیلی زیاد (۵) استفاده گردید. این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ تایید شده است. دامنه نمره کل ۷۵-۱۵ می‌باشد (۲۳). پرسشنامه خودکارآمدی مادرانه شامل ۹ گویه می‌باشد که توسط Khadivzadeh و همکاران طراحی شده است. پاسخ بر روی طیف لیکرت پنج قسمتی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف علامت گذاری شد. نمره دهی پنج تا از گویه‌ها معکوس است (گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰ و ۱۱). دامنه نمره کل ۴۵-۹ می‌باشد. همسانی درونی آن ۰/۸۱ می‌باشد (۱۴).

داده‌ها پس از جمع آوری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) و شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، جدول توزیع فراوانی و فراوانی نسبی)، رگرسیون خطی و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل گردید و p<۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

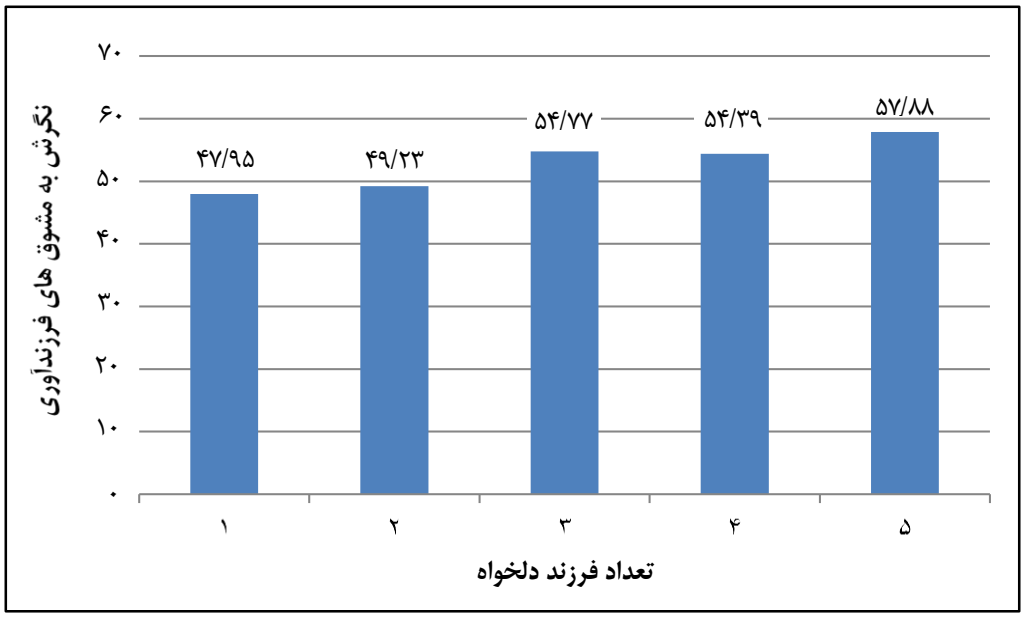
میانگین سن زنان مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان بابل ۵/۴۲±۳۰/۹۹ سال و میانگین سن همسران آنها ۵/۹۹±۳۵/۴۵ سال بود. میزان تحصیلات اکثر زنان و همسران آنها، دانشگاهی بود (به ترتیب ۴۴٪ و ۴۶/۶٪). میانگین سن ازدواج و مدت زمان ازدواج به ترتیب ۳/۸۸±۲۰/۸۹ و ۵/۵۰±۱۰/۰۳ سال بود. میانگین تعداد فرزند دلخواه زنان ۱/۰۲±۲/۲۰ و میانگین زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج ۱/۸۹±۲/۹۶ ماه بود (جدول ۱). میزان رضایت از کفایت درآمد تنها در یک سوم موارد به صورت راضی بوده است (۳۳/۶٪). بیشترین نمره کل نگرش به مشوق‌های فرزندآوری در زوجینی بود که پنج فرزند را ترجیح می‌دادند (p=۰/۰۱۹) (نمودار ۱). همچنین بیشترین نمره کل نگرش به مشوق‌های فرزندآوری در زوجینی بود که بهترین زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج را در ۱۵ ماه بعد از ازدواج می‌دانستند (p=۰/۷۵۶) (نمودار ۲).

میانگین نمره کل خودکارآمدی مادرانه ۵/۷۲±۳۱/۴۷ و نگرش مشوق‌های فرزندآوری ۱۵/۳۶±۵۰/۴۵ بود. بیشترین عوامل تشویق کننده فرزندآوری در خصوص طرح کاهش ساعات کار موظف و طرح نیمه حضوری در محل کار برای مادران باردار (۵۹/۹٪)، پوشش بیمه برای درمان ناباروری (۵۴/۴٪)، و سپس معاینات رایگان ماهانه مادران باردار (۵۴/۲٪) بوده است. بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، خودکارآمدی مادرانه با سن مادر (p=۰/۰۳۱، R=۰/۱۱۰) و تعداد فرزند دلخواه (p=۰/۰۰۴، R=۰/۱۴۵) همراهی مثبت معنی‌دار، اما با زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج همراهی منفی معنی‌داری داشت (p=۰/۰۰۲، R=-۰/۱۶۱). یعنی هرچه سن مادر و تعداد فرزند دلخواه بالاتر بود، خودکارآمدی مادرانه نیز بیشتر بود، در حالی که هر چه زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج بیشتر می‌شد، نمره خودکارآمدی مادرانه کمتر بود (جدول ۲).

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]

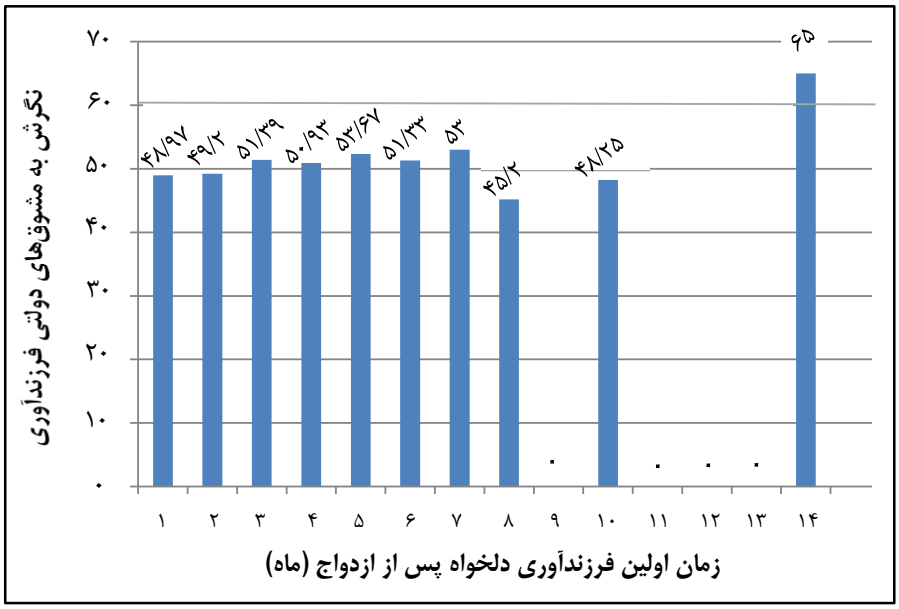
جدول ۱. مشخصات دموگرافیک- باروری زنان مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهر بابل

متغیر	تعداد(درصد) یا Mean±SD
میزان تحصیلات	
زیر دیپلم	۷۳(۱۹/۰)
دیپلم	۱۳۲(۳۴/۴)
دانشگاهی	۱۷۹(۴۶/۶)
میزان تحصیلات همسر	
زیر دیپلم	۶۷(۱۷/۴)
دیپلم	۱۴۸(۳۸/۵)
دانشگاهی	۱۶۹(۴۴/۰)
رضایت از کفایت درآمد	
راضی	۱۲۹(۳۳/۶)
نسبتاً راضی	۱۹۰(۴۹/۵)
ناراضی	۶۵(۱۶/۹)
سن (سال)	۳۰/۹۹±۵/۴۲
سن همسر (سال)	۳۵/۴۵±۵/۹۹
سن ازدواج (سال)	۲۰/۸۹±۳/۸۸
مدت ازدواج (سال)	۱۰/۰۳±۵/۵۰
تعداد فرزند دلخواه	۲/۲۰±۱/۰۲
زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج (ماه)	۲/۹۶±۱/۸۹
سن اولین فرزند (سال)	۶/۹۵±۵/۳۷



نمودار ۱. ارتباط بین نمره مشوق‌های فرزندآوری با تعداد فرزند دلخواه

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]



نمودار ۲. ارتباط بین میانگین نمره مشوق‌های فرزندآوری با زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون جهت ارتباط بین عوامل دموگرافیک- باروری با خودکارآمدی مادرانه

متغیر	خودکارآمدی مادرانه	سن	سن همسر	سن ازدواج	مدت ازدواج	تعداد فرزند دلخواه	زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج
خودکارآمدی مادرانه							
سن	R=۰/۱۱۰ p=۰/۰۳۱						
سن همسر	R=۰/۰۹۷ p=۰/۰۵۷	R=۰/۸۵۴ p=۰/۳۸۴					
سن ازدواج	R=۰/۰۵۴ p=۰/۲۹۰	R=۰/۳۳۱ p=۰/۳۸۳	R=۰/۱۶۱ p=۰/۳۸۳				
مدت ازدواج	R=۰/۰۷۶ p=۰/۱۴۰	R=۰/۷۴۶ p=۰/۳۸۱	R=۰/۷۲۵ p=۰/۳۸۱	R=-۰/۳۷۹ p=۰/۳۸۰			
تعداد فرزند دلخواه	R=۰/۱۴۵ p=۰/۰۰۴	R=۰/۱۷۴ p=۰/۳۸۴	R=۰/۲۳۸ p=۰/۳۸۴	R=۰/۰۰۰ p=۰/۳۸۳	R=۰/۱۶۹ P=۰/۳۸۱		
زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج	R=-۰/۱۶۱ p=۰/۰۰۲	R=۰/۰۱۹ p=۰/۳۸۴	R=-۰/۰۱۴ p=۰/۳۸۴	R=-۰/۰۴۲ p=۰/۳۸۳	R=۰/۰۵۳ p=۰/۳۸۱	R=-۰/۰۴۳ p=۰/۳۸۴	

بر اساس نتایج تست رگرسیون خطی چندگانه پس از تعدیل سایر متغیرها، خودکارآمدی مادرانه با مشوق‌های فرزندآوری ارتباط معنی‌داری نداشت، اما همراهی مثبت معنی‌دار بین نگرش به مشوق‌های فرزندآوری با سن ازدواج (β=۰/۱۷۷، p=۰/۰۰۱)، تعداد فرزند دلخواه (β=۰/۱۷۹، p=۰/۰۰۱)، و زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج (β=۰/۱۱۶، p=۰/۰۲۹) و همراهی منفی معنی‌دار با مدت زمان ازدواج وجود داشت (β=-۰/۳۲۹، p=۰/۰۲۳) (جدول ۳). بین مشوق‌های فرزندآوری با سن ازدواج پس از تعدیل سایر متغیرها، همراهی آماری مثبت معنی‌داری وجود داشت، یعنی هر چه سن زمان ازدواج بالاتر بود نگرش به مشوق‌های فرزندآوری هم بیشتر بوده است. بین نگرش به مشوق‌های فرزندآوری با مدت زمان ازدواج، پس از تعدیل سایر متغیرها، ارتباط آماری معکوس معنی‌داری وجود داشت، یعنی هر چه مدت زمان ازدواج کوتاه‌تر بود، نگرش به مشوق‌های فرزندآوری هم بیشتر بوده است (جدول ۳).

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]

بین نگرش به مشوق‌های فرزندآوری و پس از تعدیل سایر متغیرها با تعداد فرزند دلخواه، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت، یعنی هر چه نگرش به مشوق‌های فرزندآوری بیشتر بود، تعداد فرزند دلخواه هم بالاتر می‌رفت. همچنین بین نگرش به مشوق‌های فرزندآوری با زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج و پس از تعدیل سایر متغیرها، ارتباط آماری مثبت معنی‌داری وجود داشت، یعنی هر چه نگرش به مشوق‌های فرزندآوری بیشتر بود، زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج هم بالاتر می‌رفت (جدول ۳). متغیرهای فوق توانست به میزان ۱۰/۳٪ نگرش به مشوق‌های فرزندآوری را در زنان تبیین نماید.

جدول ۳. رگرسیون خطی چندگانه بین نگرش به مشوق‌های فرزندآوری با خودکارآمدی مادرانه و عوامل مرتبط

متغیر	بتا استاندارد شده	حدود اطمینان ۹۵٪	p-value*
مقدار ثابت		۲۱/۵۳-۴۸/۱۱	<۰/۰۰۱
سن ازدواج	۰/۱۷۷	۰/۲۷-۱/۱۱	۰/۰۰۱
مدت زمان ازدواج	-۰/۳۲۹	-۱/۷۰- -۰/۱۲	۰/۰۲۳
تعداد فرزند دلخواه	۰/۱۷۹	۱/۳۷-۴/۹۲	۰/۰۰۱
زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج	۰/۱۱۶	۰/۱۰-۱/۸۲	۰/۰۲۹
سن اولین فرزند	۰/۲۳۷	-۰/۰۱-۰/۱۲	۰/۰۹۴
خودکارامدی مادرانه	-۰/۰۵۲	-۰/۴۰-۰/۱۲	۰/۳۰۸

*آنالیز رگرسیون خطی چندگانه

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه میانگین نمره کل خودکارآمدی مادرانه و میانگین نمره کل نگرش به مشوق‌های فرزندآوری از میزان بالایی برخوردار نبودند. اصولاً فرزندآوری در فرهنگ ایران اسلامی یک ارزش محسوب می‌شود، به دنبال اجرای بی‌رویه برنامه جامع کنترل جمعیت در دهه‌های ۹۰-۶۰ نرخ جمعیت سیر نزولی یافت (۲۰). در راستای مطالعه ما، نتایج یک مطالعه نشان داد که میزان خودکارآمدی زنان نخست‌زا به عنوان یک گروه آسیب پذیر در پس از زایمان، در سطح پایینی بود. محققین پیشنهاد کردند که این زنان باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند و متخصصان سلامت این نیاز فوری را با مداخلات بیشتری مد نظر قرار دهند. همچنین بیان کردند که دسترسی زنان به آموزش فرزندپروری تقویت شود (۲۴). در حالیکه نتایج مطالعه Khadivzadeh و همکاران نشان داد که خودکارآمدی درک شده مادری بر شروع باروری تاثیر دارد (۱۴). همچنین در مطالعه‌ای دیگر، محققین گزارش کردند که نمره کل نگرش به تأثیر مشوق‌های فرزندآوری خوب بود (۲۳). بالا نبودن سطوح خودکارآمدی مادرانه و همچنین نگرش به مشوق‌های فرزندآوری در مطالعه حاضر با توجه به روند رو به پایین رشد جمعیت در کشور، ضرورت بکارگیری هر چه سریع‌تر استراتژهای تقویت خودکارآمدی مادرانه و مشوق‌هایی در جهت ارتقا فرزندآوری را از جانب سیاستگزاران جمعیتی مسجل می‌نماید.

در این مطالعه بیش از نیمی از مادران موافق با طرح کاهش ساعات کار موظف و طرح نیمه حضوری در محل کار برای مادران باردار، پوشش بیمه برای درمان ناباروری، و معاینات رایگان ماهانه مادران باردار بودند. در مطالعه Zare و همکاران، معاینات رایگان ماهانه و بن غذای رایگان مادر باردار، بیشترین مشوق برای زنان در مورد فرزندآوری بود (۹). همچنین در مطالعه‌ای دیگر، معاینات رایگان ماهانه مادران باردار و بن مواد غذایی رایگان مربوط به دوران بارداری، پوشش بیمه برای درمان ناباروری و پوشش بیمه رایگان مادر و کودک تا دو سال بیشترین نگرش زنان در مورد مشوق‌های فرزندآوری بود (۲۳). علت همخوانی نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر را می‌توان وجود شباهت‌های احتمالی فرهنگی، اجتماعی و مسائل اقتصادی با جامعه حاضر برشمرد. البته باید اذعان نمود که در نگاهی به روند تحولات جهان در سه دهه اخیر، موضوع باروری زنان تغییر چشمگیری نشان داده است. در میان تغییراتی که این روزها در جریان است، اهمیت هیچکدام به اندازه اتفاقی نیست که در زندگی شخصی افراد شامل روابط جنسی، حیات عاطفی، ازدواج و خانواده در حال وقوع است (۲۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که خودکارآمدی مادرانه با سن مادر و تعداد فرزند دلخواه همراهی مثبت معنی‌دار، اما با زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج همراهی منفی معنی‌داری داشت. در راستای مطالعه ما، نتایج یک مطالعه نشان داد که فاصله واقعی بین ازدواج تا تولد نخستین فرزند با خودکارآمدی مادر همبستگی منفی داشت (۱۴). بنابراین جهت افزایش خودکارآمدی مادر بهتر است زمان اولین فرزندآوری پس از ازدواج، کوتاه‌تر گردد.

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]

نتایج این مطالعه بیانگر آن بود که بین مشوق‌های فرزندآوری با سن ازدواج، تعداد فرزند دلخواه و زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج، پس از تعدیل سایر متغیرها ارتباط آماری مثبت معنی‌داری وجود داشت، در حالیکه با مدت زمان ازدواج ارتباط آماری معکوس معنی‌داری داشت، یعنی هر چه مدت زمان ازدواج کوتاه‌تر بود نگرش به مشوق‌های فرزندآوری هم بیشتر بوده است. نتایج مطالعه مشابه نشان داد که نگرش به مشوق‌های فرزندآوری با میل به فرزندآوری و تعداد دلخواه فرزند رابطه معکوس و با فاصله دلخواه ازدواج تا تولد فرزند اول رابطه مثبت و معنی‌داری داشت. زوجینی که به هر دلیل میل کمتری به فرزندآوری داشتند و تعداد فرزند کمتری را ترجیح می‌دادند، تأثیر مشوق‌های فرزندآوری را در افزایش تعداد فرزندان خود در آینده بیشتر می‌دانستند (۲۳). بر این اساس به نظر می‌رسد، با دریافت مشوق‌های فرزندآوری دغدغه‌های زوجینی که در بدو ازدواج تعداد کمتر فرزند را ترجیح می‌دهند، کاهش خواهد یافت و با ارائه مشوق‌های فرزندآوری می‌توان به فرزندآوری زوجین در آینده کمک کرد. برنامه های افزایش جمعیت بایستی با در نظرداشتن میزان تاثیرگذاری عوامل تشویقی بر رفتارهای باروری زوجین تدوین شوند تا ضمن تحقق باروری ایده آل، دستیابی به اهداف سیاست‌های جمعیتی را تسهیل نمایند (۲۶).

بر اساس نتایج این مطالعه، خودکارآمدی مادرانه با مشوق‌های فرزندآوری ارتباط معنی‌داری نداشت. نتایج یک مطالعه نشان داده که ۸۹٪ از شرکت‌کنندگان از سیاست‌های تشویقی در خصوص فرزندآوری استقبال نکردند، محققین نتیجه گرفتند که تمایلات فرزندآوری و رفتار باروری بیش از آنکه تحت تأثیر سیاست گذاری‌های جمعیتی باشد، از زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جمعیتی جامعه تأثیر می‌پذیرد (۲۷). مطالعه Karimian و همکاران نشان داد که بین خودکارآمدی با تمایل به فرزندآوری رابطه معنی‌دار وجود دارد. بررسی نقش میانجی خودکارآمدی نیز نشان داد که این متغیر در رابطه بین کیفیت زندگی با تمایل به فرزندآوری و نیز رابطه بین بلوغ عاطفی با تمایل به فرزندآوری نقش میانجی را ایفا می‌نماید، به طوری که خودکارآمدی می‌تواند رابطه بین کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی با تمایل به فرزندآوری را به طور مثبت و مستقیم افزایش دهد (۵).

البته به نظر می‌رسد که علل عدم ارتباط بین مشوق‌های فرزندآوری با خودکارآمدی مادر، شاید به این علت باشد که در جامعه ما هنوز مشوق‌های فرزندآوری به‌خوبی اعمال نمی‌شود و هنوز به باور اصلی نرسیده که بخواهد اثرگذاری خود را داشته باشد، همچنین باید از اجرای مشوق‌های فرزندآوری مدت زمانی بگذرد تا بتواند بر خودکارآمدی مادر اثربخش باشد، یا از آن تاثیر بپذیرد. از سوی دیگر، قبل از آنکه مشوق‌های فرزندآوری بابت افزایش جمعیت تحت تأثیر خودکارآمدی مادرانه باشد، می‌تواند ناشی از سایر علل مخصوصاً مسائل اقتصادی جامعه باشد. اگر چه ذکر این نکته ضروری است که مادران مورد مطالعه هم از خودکارآمدی بالایی برخوردار نبودند. برنامه‌های مشاوره بر تغییر نگرش زنان به فرزندآوری موثر است (۲۸).

از محدویت‌های مطالعه حاضر، انجام تحقیق فقط روی زنان و عدم شرکت همسران آنها در این پژوهش بود. نتایج مطالعه ما بیانگر آن بود که بین مشوق‌های فرزندآوری با سن ازدواج، تعداد فرزند دلخواه و زمان اولین فرزندآوری دلخواه پس از ازدواج، پس از تعدیل سایر متغیرها ارتباط آماری مثبت معنی‌داری وجود داشت، در حالیکه با مدت زمان ازدواج ارتباط آماری معکوس معنی‌داری داشت، یعنی هر چه مدت زمان ازدواج کوتاه‌تر بود نگرش به مشوق‌های فرزندآوری هم بیشتر بوده است. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای جهت بررسی خودکارآمدی مادر و مشوق‌های فرزندآوری در هر دو زوج صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه مسئولین دانشگاه علوم پزشکی بابل و نیز تمام زنان شرکت کننده در مطالعه قدردانی می‌گردد.

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]

References

1.Yan Z, Hui L, Wenbin J, Liuxue L, Yuemei L, Bohan L, et al. Third birth intention of the childbearing-gage population in mainland China and sociodemographic differences: a crosssectional survey. BMC Public Health. 2021;21:2280.

2.Kariman N, Hashemi SSB, Ghanbari S, Pourhoseingholi MA, Alimoradi Z, Fakari FR. The effect of an educational intervention based on the theory of planned behavior on childbearing intentions in women: A quasi-experimental study. J Educ Health Promot. 2020;9:96.

3.Niazi A, Moradi M, Nouravaran Feizabadi M, Ghasemi Assal S, Bashiri M, Salehi F. Investigating the motivation of students of Lorestan University of Medical Sciences to have children. Navid No. 2023;25(84):44-56. [In Persian] Available from: https://civilica.com/doc/1686499/

4.Spéder Z, Murinkó L, Oláh LS. Cash support vs. tax incentives: The differential impact of policy interventions on third births in contemporary Hungary. Popul Stud (Camb). 2020;74(1):39-54.

5.Karimian N, Hejazi M. The Mediating Role of Self-efficacy in the Relationship between Quality of Life and Emotional Maturity with a Desire for Childbearing. Iran J Psychiatr Nurs. 2019;7(5):54-61. [In Persian]

6.Rezaee P, Moradi M, Khadivzadeh T, Kimiaei SA, Jamali J. The effect of group counseling based on motivational interview on the motivation of childbearing in the female students of Mashhad University of Medical Sciences. J Midwifery Reprod Health. 2022;10(2):1-12.

7.Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between fertility motivations and preferences in couples. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2014;17(114):8-18. [In Persian]

8.Ghamami SMM, Azizi H. Change Imperatives in Legislative Population Policies of the Islamic Republic of Iran. Women Strateg Stud. 2015;17(66):117-56. [In Persian]

9.Zare Z, Saffari E, Tabar RK. Fertility Motivations and their Relation with Attitude towards Government Incentives for Childbearing in Women of Reproductive Age. J Mazandaran Univ Med Sci. 2018;28(162):104-14. [In Persian]

10.Vice President for drafting, revising and publishing laws and regulations- Presidential Legal Vice President, Islamic Republic of Iran. Family and Youth Protection Law. 2021. [In Persian] Available from: https://qavanin.ir/Law/PrintText/295651

11.Iroegbu MN. Self Efficacy and Work Performance: A Theoretical Framework of Albert Bandura's Model, Review of Findings, Implications and Directions for Future Research. Psychol Behav Sci. 2015;4(4):170-3.

12.Nicolas CC, Jorm AF, Cardamone-Breen MC, Lawrence KA, Yap MBH. Parental Self-Efficacy for Reducing the Risk of Adolescent Depression and Anxiety: Scale Development and Validation. J Res Adolesc. 2020;30(1):249-65.

13.Sadeghi HS, Saraie H. Effective Factors on Mothers' Inclination to Have Children in Tehran. Soc Dev Welf Plann. 2016;7(27):1-32. [In Persian]

14.Khadivzadeh T, Hadizadeh Talasaz Z, Shakeri MT. Predicting factors affecting the delay in first childbearing among young married women using the Bandura's social learning theory. J Hayat. 2017;23(3):226-42. [In Persian]

15.Zamani-Alavijeh F, Araban M, Harandy TF, Bastami F, Almasian M. Sources of Health care providers' Self-efficacy to deliver Health Education: a qualitative study. BMC Med Educ. 2019;19(1):16.

16.Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:29.

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]

17.Söderberg M, Christensson K, Lundgren I, Hildingsson I. Women's attitudes towards fertility and childbearing - A study based on a national sample of Swedish women validating the Attitudes to Fertility and Childbearing Scale (AFCS). Sex Reprod Healthc. 2015;6(2):54-8.
18.Jasienska G. Costs of reproduction, health, and life span in women. In: Jasienska G, Sherry DS, Holmes DJ, editors. The Arc of Life. Springer; 2017. p. 159-76.
19.Ghasemi Ardehaei A, Rad F, Savabi H. Study of Changings of Women's Fertility Based on Couple's Socio-economic Status. Women Strateg Stud. 2014;16(63):125-62. [In Persian]
20.Rahnama A, Roozbeh N, Salimi Asl A, Kazemi Gerashi Z, Abbaszadeh M, Dabiri F. Factors Related to Childbearing in Iran: A Systematic Review. J Prevent Med. 2022;9(1):6-17. [In Persian]
21.Raute A. Can financial incentives reduce the baby gap? Evidence from a reform in maternity leave benefits. J Public Econ. 2019;169:203-22.
22.Bonner S, Sarkar D. Who responds to fertility-boosting incentives? Evidence from pro-natal policies in Australia. Demogr Res. 2020;42:513-48.
23.Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Attitude toward Governmental Incentives on Childbearing and its Relationship with Fertility Preferences in Couples Attending Premarital Counseling Clinic in Health Centers in Mashhad. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015;24(120):1-13. [In Persian]
24.Wang Q, Zhang Y, Li X, Ye Z, Huang L, Zhang Y, et al. Exploring Maternal Self-Efficacy of First-Time Mothers among Rural-to-Urban Floating Women: A Quantitative Longitudinal Study in China. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(6):2793.
25.Mohammadi N, Seifoori B. Sociological study of the factors affecting women's fertility preference. Women Fam Cult Educ J. 2016;11(36):49-70. [In Persian] Available from: https://cwfs.ihu.ac.ir/article_201693.html
26.Abbasi-Shavazi MJ, Esmaeili N. Simulation of Women's Fertility Behavior in Tehran Province Using Agent-Based Modeling Approach. J Popul Assoc Iran. 2022;17(33):77-111. [In Persian]
27.Farrokh-Eslamlou H R, Vahabzadeh Z, Moeini R, Moghaddam Tabrizi F. Pre-marriage couples` fertility attitude following recent childbearing persuasive policies in iran. Nurs Midwifery J. 2014;11(10):836-46. [In Persian]
28.Khodakarami B, Naseritazehgeshlag M, Parsa P, Mohammadi U. Effect of Group Counseling on Attitude About "Child as a Pillar of Life" in Women Referring to Hamadan City Comprehensive Health Centers. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2020;28(1):27-35. [In Persian]

[DOI: 10.22088/jbums.25.1.534]