

به نام خدا

مشاوره پیش از ازدواج؛ واقعیت درمانی و الگوی فرزندآوری

مولفان :

الهه صادقی صاحب زاد

سمیه رئیسی گوجانی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۵)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

Chaponashr.ir



chaponashr.ir



iran-journals.com



سرشناسه : صادقی صاحب زاد ، الهه ، ۱۳۶۷
عنوان و نام پدیدآور : مشاوره پیش از ازدواج؛ واقعیت‌درمانی و الگوی فرزندآوری / مولفان: الهه
صادقی صاحب زاد ، سمیه رئیسی گوجانی
مشخصات نشر : انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری : ۱۰۰ ص.
شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۱۲۹-۳۳۹-۱
شناسه افزوده : رئیسی گوجانی ، سمیه ، ۱۳۶۲
وضعیت فهرست نویسی : فیبا
یادداشت : کتابنامه.
موضوع : مشاوره پیش از ازدواج؛ واقعیت‌درمانی و الگوی فرزندآوری
رده بندی کنگره : TP ۹۸۳
رده بندی دیویی : ۶۶۸/۵۵
شماره کتابشناسی ملی : ۹۶۵۲۵۱۴۵
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیبا

نام کتاب : مشاوره پیش از ازدواج؛ واقعیت‌درمانی و الگوی فرزندآوری
مولفان : الهه صادقی صاحب زاد - سمیه رئیسی گوجانی
ناشر : انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: الهام غفاری
تیراژ : ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۵
چاپ : زبرجد
قیمت : ۱۷۰۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان :
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۱۲۹-۳۳۹-۱
تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



فهرست

۱۱	قصد باروری
۱۲	فرزند آوری
۱۲	باروری
۱۳	عوامل مؤثر بر قصد و رفتار باروری
۱۴	فرزندآوری از نظر میلر
۱۵	نگرش‌ها
۱۵	هنجارهای ذهنی (Subjective Norms)
۱۶	کنترل رفتاری درک شده
۱۶	قصد باروری
۱۷	نظریه‌های فرزندآوری
۱۷	نظریه اقتصادی باروری
۱۷	نظریه هنجارهای اجتماعی
۱۸	نظریه روانشناختی باروری
۱۹	نظریه زیست‌شناسی و تکاملی باروری
۲۰	نظریه‌های نهادی باروری
۲۰	واقعیت درمانی
۲۳	تکنیک‌های واقعیت درمانی
۲۴	سؤالات باز
۲۴	تعهد به تغییر
۲۴	بررسی روابط
۲۵	شناسایی انتخاب‌های ناسالم
۲۵	برنامه‌ریزی برای تغییر
۲۵	استفاده از واقعیت‌ها
۲۶	پذیرش مسئولیت
۲۶	تغییر الگوهای فکری
۲۶	واقعیت درمانی و تأثیر آن بر قصد فرزندآوری
۲۶	تأثیر واقعیت درمانی بر شکل‌گیری قصد
۲۷	کاربرد واقعیت درمانی در قصد فرزندآوری
۲۸	روش گردآوری اطلاعات

۲۹	مداخله و روش انجام کار.....
۵۲	ابزار گردآوری اطلاعات.....
۵۳	کتاب واقعیت درمانی توسط دکتر علی صاحبی.....
۵۸	اهداف پژوهش.....
۷۴	نتیجه‌گیری.....
۸۸	نتیجه‌گیری نهایی.....
۸۹	پیشنهادهای برای پژوهش‌های آینده.....
۹۱	منابع.....

در سال‌های اخیر تحولات جمعیت‌شناختی به طور چشم‌گیری در دنیا رخ داده که یکی از مهم‌ترین این تغییرات کاهش بی‌سابقه باروری در اکثر مناطق دنیا بوده است. طی دو دهه گذشته میزان باروری در ایران، زیر سطح جایگزینی (کمتر از دو فرزند به ازای هر زن) بوده است. یکی از عواملی که می‌تواند روند رشد جمعیتی و میزان باروری سال‌های بعد را تحت تأثیر قرار دهد ترجیحات و نگرش افراد سنین باروری به فرزندآوری است. ماماها برای مشاوره و کمک به بهبود سلامت باروری زنان نیاز به درک نگرش زنان به باروری دارند. هدف اصلی مشاوره کمک به مراجعان در خودشناسی، درک موانع رشد و بالندگی، درک عمیق خویشتن، برنامه‌ریزی، مسئولیت‌پذیری و در نهایت تصمیم‌گیری درست برای باروری و فرزندآوری می‌باشد. به نظر می‌رسد یکی از روش‌های نوین مشاوره که در مراجعان می‌تواند به بهبود سازگاری زوجین کمک کند، واقعیت‌درمانی^۱ است. هدف اصلی رویکرد واقعیت‌درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب است. گلاسر واقعیت‌درمانی را تحت عنوان چرخه مشاوره مطرح می‌کند که از محیط مشاوره و روش‌های اختصاصی تشکیل می‌شود، روشی که منتهی به بهبود نگرش و قصد رفتار می‌شود. با توجه به کاهش باروری و ضرورت اتخاذ سیاستی مناسب در زمینه باروری و رشد جمعیت، آگاهی از ایده آل‌ها و نگرش افراد در زمینه فرزندآوری و به منظور تعیین سیاست‌گذاری‌های جمعیتی متناسب با بسترهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه ایران اهمیت خواهد داشت. علاوه بر این ماماها برای مشاوره و کمک به بهبود سلامت باروری زنان نیاز به درک نگرش زنان به باروری دارند. لذا ارائه مشاوره در زمینه باروری و فرزندآوری توسط ماماها در افزایش آگاهی

زوج‌ها به باروری و فرزندآوری، رشد مثبت جمعیت و تضمین نسل آینده تأثیر بسزایی می‌تواند داشته باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره بر اساس واقعیت‌درمانی بر نگرش و قصد فرزندآوری زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره پیش از ازدواج انجام گرفت.

در سال‌های اخیر تحولات جمعیت‌شناختی به طور چشم‌گیری در دنیا رخ داده که یکی از مهم‌ترین این تغییرات کاهش بی‌سابقه باروری در اکثر مناطق دنیا بوده است. باروری از مهم‌ترین مؤلفه‌های جمعیتی است و نقش عمده‌ای در دگرگونی کمی و کیفی جمعیت هر کشور ایفا می‌کند (Kaboudi, Karim et al. ۲۰۱۵). باروری، به منزله کنشی اجتماعی، در محیط و بستر اجتماعی_فرهنگی رخ می‌دهد. به عبارتی فرهنگ و ارزش‌ها، هنجارهای مرتبط با باروری

^۱ Reality Therapy

را شکل می‌دهند (Adhami and Kazemipour ۲۰۲۱). کاهش مستمر زاد و ولد و انتقال از باروری طبیعی به باروری کنترل شده، به تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوانی خارج نموده و آن را به سوی سالخوردگی سوق می‌دهد (Niazi A, Moradi M et al. ۲۰۲۳). جامعه ایران تحول‌های بسیاری را در ابعاد اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و جمعیت شناختی پشت سر گذاشته است. یکی از این تحول‌ها، کاهش سریع باروری و فراگیری این کاهش در تمام استان‌ها و مناطق شهری و روستایی است (Adhami and Kazemipour ۲۰۲۱).

پیش بینی شده بود که رشد جمعیت جهان طی سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۴ به ۱/۱۳ درصد کاهش یابد. رشد جمعیت در ایران طی دهه‌های گوناگون تغییراتی داشته است؛ بالاترین درصد رشد جمعیت طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ رخ داد که سالانه برابر با ۳/۹۱ درصد بود. پس از آن دهه، رشد جمعیت رو به کاهش گذاشته و طی سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ به ۲/۴۶ درصد رسید. در سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵، متوسط رشد سالانه جمعیت معادل ۱/۴۷ درصد، در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ برابر با ۱/۶۲ درصد، در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ معادل ۱/۲۹ درصد بوده و در سرشماری اخیر (سال ۱۳۹۵) با ۵ درصد کاهش به ۱/۲۴ رسیده است. این نرخ مشابه میانگین جهانی است اما در مقایسه با دهه‌های قبل در ایران، کاهش چشمگیری یافته است (research ۲۰۱۹).^۱ با توجه به نرخ پایین باروری، از سوی سازمان ملل سه سناریو (حد پایین، حد متوسط ، حد بالا) برای آینده باروری ایران پیش بینی شده است که طبق آن، ایران در سال ۱۴۳۰ با پیروی یکی از سه الگوی رشد جمعیتی، جمعیت به ترتیب ۸۵، ۱۰۵، ۱۲۸ میلیونی را شاهد خواهد بود (Hosseini ۲۰۱۲).

میزان باروری کل ۱ برابر است با تعداد فرزندان که انتظار می‌رود هر زن در طول دوران باروری خود به دنیا آورد (Kaboudi, Karim et al. ۲۰۱۵). از دیدگاه جمعیت‌شناسی، باروری مهم‌ترین پدیده تعیین‌کننده نوسانات جمعیت (ساخت جنسی و سنی جمعیت) شناخته شده و مطالعات مربوط به آن نسبت به سایر پدیده‌های جمعیتی (مرگ و مهاجرت) از اهمیت بیشتری برخوردار است. از این رو سیاست‌های جمعیتی در اغلب کشورها به طور عمده حول محور کاهش یا افزایش باروری اعمال می‌شود (Farrokh-Eslamlou H R, Vahabzadeh Z et al. ۲۰۱۴). طی دو دهه گذشته میزان باروری در ایران، زیر سطح جایگزینی (کمتر از دو فرزند به ازای هر زن) بوده است (Adhami and Kazemipour ۲۰۲۱). تداوم روند کاهش باروری

^۱ Total Fertility Rate

در کشور باعث شده تا توجه بسیاری از پژوهشگران و سیاست‌گذاران بیش از پیش به مسئله باروری جلب شود. زیرا میزان باروری با تأثیر بلامنازع خود بر رشد جمعیت، می‌تواند اثرات قابل توجهی بر توسعه اقتصادی-اجتماعی، منابع طبیعی، رفاه خانوار و حتی اوضاع سیاسی کشور داشته باشد. در نتیجه توجه به این پدیده و پایش و تبیین آن بیش از پیش، از اهمیت قابل توجهی برخوردار است (Kaboudi, Karim et al. ۲۰۱۵). عوامل متعددی از جمله افزایش سطح تحصیلات و درآمد، ارزش‌های فردگرایانه، مانند اولویت علایق و نیازهای فردی بر فرزندآوری، تحرک اجتماعی، نقش عوامل ارزشی و فرهنگی، پیش‌فرض تأثیرگذاری متغیرهای اقتصادی-اجتماعی، سن ازدواج و شهرگرایی از دلایل اساسی باروری پایین است (Adhami ۲۰۲۱ and Kazemipour). یکی از عواملی که می‌تواند روند رشد جمعیتی و میزان باروری سال‌های بعد را تحت تأثیر قرار دهد ترجیحات و نگرش افراد سنین باروری به فرزندآوری است (Motlagh, Taheri et al. ۲۰۱۶).

نگرش، هنجارها و رفتارهای باروری جدید سبب شده آینده باروری متأثر از این نگرش و رفتارهای باروری شود. نگرش غلط به باروری و فرزندآوری از عوامل تأثیرگذار بر باروری و فرزندآوری است و نگرش مثبت به باروری علاوه بر باروری و فرزندآوری بیشتر باعث فرزندآوری زود هنگام هم می‌شود. نگرش مثبت به فرزندآوری پیش شرط داشتن قصد مثبت برای فرزندآوری است (Niazi A, Moradi M et al. ۲۰۲۳). نگرش فرد عموماً نتیجه ارزیابی او از هزینه‌های عاطفی و مالی داشتن فرزند در قبال منافع مختلفی است که با داشتن فرزند به دست خواهد آورد. همچنین فاصله ازدواج تا تولد اولین فرزند یکی از سبب‌های مؤثر بر فرزندآوری است که افزایش یا کاهش آن تعداد فرزندان کمتر یا بیشتر را به دنبال دارد. چنانچه فاصله سنی بین فرزندان افزایش پیدا کند میزان نگرش به فرزندآوری کاهش پیدا می‌کند (Adhami and Kazemipour ۲۰۲۱). فیشبین و آیزن در کتاب خود آورده‌اند، با توجه به اینکه فاصله زمانی طولانی مدت بین قصد انجام یک کار و رفتار مرتبط با آن ممکن است تحت تأثیر عوامل مداخله‌گر قرار گرفته و شخص را از انجام آن رفتار منصرف کند و یا تصمیم شخص را تغییر دهد. بنابراین به نظر می‌رسد افرادی که قصد دارند، در فاصله زمانی کوتاهی اقدام به فرزندآوری کنند، بیشتر احتمال دارد که بتوانند فرزند بیآورند (Dommermuth, Klobas et al. ۲۰۱۴). نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که امروزه تحولات باروری، تغییر نگرش باروری و فرزندآوری فقط ناشی از مسائل اقتصادی و هزینه‌های فرزندآوری نیست، بلکه در کنار این عامل، عوامل فردی،

خانوادگی، فرهنگی - اجتماعی نیز دخالت دارد (Khodakarami B, naseritazehgheshlag, ۲۰۲۰). (M et al. ۲۰۲۰).

مطالعات گسترده‌ای به بررسی علل کاهش باروری در کشورهای در حال توسعه در نیم قرن گذشته پرداخته‌اند و بیان نمودند که توسعه یک محرک کلیدی برای تغییرات در رفتار باروری است. توانمندسازی زنان ممکن است نقش و توانایی آنان را برای دستیابی به تعداد فرزندان ایده آل خود افزایش دهد (Atake and Gnakou Ali ۲۰۱۹). ارائه مشاوره در زمینه باروری و فرزندآوری توسط ماماها در افزایش آگاهی زنان به باروری و فرزندآوری، رشد مثبت جمعیت و تضمین سلامت نسل آینده تأثیر بسزایی می‌تواند داشته باشد ماماها در مشاوره و کمک به بهبود سلامت باروری زنان و درک نگرش زنان به باروری نقش اساسی دارند. هدف اصلی مشاوره در جهت باروری و فرزندآوری کمک به مراجعان در خودشناسی، درک موانع رشد و بالندگی، درک عمیق خویشتن، برنامه‌ریزی، مسئولیت‌پذیری و درنهایت تصمیم‌گیری درست برای باروری و فرزندآوری است (Dekker, King et al. ۲۰۱۶). مشاوره یک جریان فعال و پویا بین مراجعه کننده و مشاور است که از طریق آن مراجعه کننده شیوه‌های معقول برای رفع نیازهایش را یاد می‌گیرد. احساسات ناشناخته‌اش را می‌شناسد، اطلاعات وسیع و عمیقی درباره خویش به دست می‌آورد. مشاوره در موضوعات مختلف و برای اهداف مختلف انجام می‌شود (Warrell, ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد یکی از روش‌های نوین مشاوره که در مراجعان می‌تواند به بهبود سازگاری زوجین کمک کند، واقعیت درمانی است. هدف اصلی رویکرد واقعیت درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب است (Meyerbröcker and Morina ۲۰۲۱).

واقعیت درمانی گلاسز بر اساس توانایی‌های شرکت‌کنندگان در تمرکز بر نیازهایشان از طریق فرایندهای عقلانی و منطقی تأکید دارد. در این دیدگاه گلاسز این نیاز اساسی را مطرح می‌کند و آن‌ها را به عنوان عوامل تأثیرگذار بر سازگاری افراد بازنشاسی می‌کند. از دیدگاه گلاسز، افراد جهت ارضای این نیازهای ذاتی خود در ذهنشان تصوراتی خلق می‌کنند (Lee, Jobe et al. ۲۰۲۰). اصطلاح گلاسز برای این تصویرها آلبوم عکس شخصی^۱ نام دارد. آلبوم تصویرهای شخصی دنیایی است که ما در آن زندگی می‌کنیم و آرزوهایمان را در آن برآورده می‌سازیم. علاوه بر این گلاسز معتقد است که رفتار شامل چهار عنصر فعالیت، فکر، فیزیولوژی و احساسات می‌باشد.

^۱ Personal photo album

واقعیت درمانی کمک می‌کند تا پیاموزیم که چرا دیگران دوستان داشته باشند و یا نداشته باشند؛ برای اینکه احساس ارزشمندی کنیم؛ باید رفتاری مثبت، خوشایند و مطابق با معیارهای پذیرفته شده از خود نشان دهیم. برای احساس ارزشمندی باید یاد بگیریم هنگامی که رفتارمان نادرست است؛ خود را ارزیابی کنیم و هنگامی که رفتارهایمان درست است؛ به خود افتخار کنیم (Makbari M, Haji Alizadeh K et al. ۲۰۲۳).

اکبریان مقدم و همکاران (۲۰۲۱) مطالعه‌ای با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد فرزندآوری در زنان تک‌فرزند» انجام دادند. نتایج نشان داد که آموزش در ۳ جلسه ۱۱۰ دقیقه‌ای، قصد فرزندآوری را در ۷۲ زن تک‌فرزند در مشهد افزایش داد ($p < ۰,۰۵$). همچنین رحمتی و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای با عنوان «ارتقای نگرش و عملکرد مشاوره باروری کارکنان بهداشتی از طریق آموزش حضوری و مجازی» انجام دادند. نتایج نشان داد که آموزش ۶ ساعته، نگرش و عملکرد ۱۰۸ ماما و بهورز در مشهد را بهبود بخشید. خداکرمی و همکاران (۱۳۹۸) نیز مطالعه‌ای با عنوان «تأثیر مشاوره گروهی بر نگرش به فرزند به عنوان رکن زندگی» انجام دادند. نتایج نشان داد که ۴ جلسه مشاوره مامایی، نگرش ۱۱۶ زن در همدان را بهبود داد. هیونگ و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه‌ای با عنوان «تأثیر آموزش گروهی بهداشت بر دانش، نگرش و رفتار فرزندآوری زنان مهاجر» انجام دادند. نتایج نشان داد که ۳ جلسه آموزش ۳ ساعته، دانش، نگرش و رفتار ۹۹ زن مهاجر در تایوان را ارتقا داد؛ اما مطالعات در زمینه مداخله واقعیت درمانی بر فرزندآوری محدود است. تنها مطالعه مرتبط، پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۲) با عنوان «بررسی اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر پذیرش مثبت بی‌قید و شرط خود بر نگرش به فرزندآوری مادران دارای فرزند اوتیسمی» است که نشان داد ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، نگرش به فرزندآوری را در ۳۰ مادر در ساری بهبود داد. مطالعه ابراهیمی بیان نمود که آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر پذیرش مثبت بی‌قید و شرط خود با بهره‌گیری از آموزش روش‌های مناسب برای پذیرش واقعیت و انتخاب‌های اخلاقی و مسئولانه، زندگی خود را به سوی شادکامی و سعادت هدایت می‌کند و ممکن است بتواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود نگرش به باروری و فرزندآوری مورد استفاده قرار گیرد (Ebrahimi, Taher et al. ۲۰۲۳). نتایج مطالعه‌ی ابراهیمی نشان داد واقعیت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان نگرش به باروری و فرزندآوری مادران فرزند با اختلالات اوتیسم تأثیر معنی داری دارد، لذا آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر پذیرش مثبت بی‌قید و شرط خود با بهره‌گیری از آموزش روش‌های مناسب برای

پذیرش واقعیت و انتخاب‌های اخلاقی و مسئولانه می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود نگرش به باروری و فرزندآوری مورد استفاده قرار گیرد. از سوی دیگر هدف اصلی مشاوره باروری و فرزندآوری، کمک به مراجعان در خودشناسی، درک موانع رشد و بالندگی، درک عمیق خویشتن، برنامه‌ریزی، مسئولیت‌پذیری و درنهایت تصمیم‌گیری درست برای باروری و فرزندآوری است (۲۰۲۰، Khodakarami, Naseritazehgeshlag et al.). با توجه به کاهش باروری و ضرورت اتخاذ سیاستی مناسب در زمینه باروری و رشد جمعیت، آگاهی از ایده آل‌ها و نگرش افراد در زمینه تعداد فرزندان و تعیین‌کننده‌های آن به منظور سیاست گذاری‌های جمعیتی متناسب با بسترها اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه ایران اهمیت خواهد داشت. علاوه بر این ماماها برای مشاوره و کمک به بهبود سلامت باروری زنان نیاز به درک نگرش زنان به باروری دارند. نگرش، از مهم‌ترین عوامل نقش‌آفرین در موضوع فرزندآوری و مکانیسم والد شدن را در بسیاری از نظریه‌های مرتبط با فرزندآوری تحت شعاع قرار می‌دهد هر چه نگرش نیرومندتر باشد اثر آن بر رفتار بیشتر است نگرش در واقع آمادگی برای پاسخ به یک حالت است و این حالت برای قصد و عمل مهم است نگرش مثبت باعث فرزندآوری زود هنگام می‌شود در حالی که نگرش منفی در این رابطه از جمله عوامل کاهش اقدام به باروری است در ضمن اولین عامل مهم در شکل‌گیری قصد و تصمیم فرد جهت باروری نگرش اوست و نگرش مثبت پیش شرط قصد مثبت جهت فرزندآوری زود هنگام می‌باشد (۲۰۱۹، Ansari Majd).

لذا ارائه مشاوره در زمینه باروری و فرزندآوری توسط ماماها در افزایش آگاهی زوجها به باروری و فرزندآوری، رشد مثبت جمعیت و تضمین سلامت نسل آینده تأثیر بسزایی می‌تواند داشته باشد با توجه به محدودیت مطالعات طراحی شده در زمینه مشاوره مبتنی بر واقعیت درمانی، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره مبتنی بر واقعیت درمانی بر نگرش و قصد فرزندآوری زنان در شرف ازدواج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره پیش از ازدواج انجام گرفت.

نگرش باروری و فرزندآوری. Attitudes toward fertility and childbearing scale. (AFCS)

الف-تعریف نظری: از مهم‌ترین عوامل نقش‌آفرین در موضوع فرزندآوریست مکانیسمی است که زمان والد شدن را در بسیاری از نظریه‌های مرتبط با فرزندآوری تحت تأثیر قرار می‌دهد. هر چه نگرش نیرومندتر باشد، اثر آن بر رفتار بیش‌تر است. نگرش، در واقعاً آمادگی برای پاسخ به یک

حالت است و این مسئله برای قصد و عمل مهم است. نگرش مثبت نسبت به فرزندآوری باعث فرزندآوری زودهنگام و به تعداد بیشتر می‌شود، در حالی که نگرش منفی در این رابطه ازجمله عوامل کاهش اقدام به باروری است. در ضمن اولین عامل مهم در شکل‌گیری قصد و تصمیم فرد جهت باروری، نگرش اوست و نگرش مثبت پیش شرط قصد مثبت جهت فرزندآوری می‌باشد (Soederberg, Christensson et al. ۲۰۱۵).

ب-تعریف عملی: در این پژوهش منطبق بر تعریف نظری است و آن عددی است که از محاسبه پاسخ‌های واحدهای پژوهش از مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری سودبرگ، لاندگرین، کریستنسون و هیلدنیگسون (۲۰۱۵) به دست آمد. نسخه لاتین این مقیاس شامل سه‌خرده مقیاس (اهمیت‌باروری برای آینده، فرزندآوری به عنوان مانع در زمان حال، هویت اجتماعی) و ۲۷ گویه است که به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم تا کاملاً مخالفم) طبقه‌بندی می‌شود. لازم به ذکر است که سوالات ۹ تا ۲۰ نمره منفی دارند. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشنامه به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ می‌باشد. نمره بالاتر بیانگر نگرش مثبت‌تر به باروری و فرزندآوری است (Soederberg, Christensson et al. ۲۰۱۵).

قصدباروری

تعریف نظری: از دیدگاه میلر، قصد باروری شامل انگیزه‌های مثبت و منفی هستند. انگیزه‌های مثبت باروری در واقع شامل: دلایل شخصی هر فرد برای خواستن فرزند و شامل لذت بارداری، تولد و کودکی، دیدگاه سنتی، رضایت از فرزند پروری، احساس نیاز و بقا و استفاده ابزاری از فرزند می‌باشد. انگیزه منفی باروری شامل: دلایل نخواستن فرزند نظیر ترس از والد شدن، استرس‌های والدین و چالش‌های مراقبتی فرزند می‌باشد (Miller, ۱۹۹۵).

تعریف عملی: در این پژوهش منطبق بر تعریف نظری است و آن عددی است که از محاسبه پاسخ‌های واحدهای پژوهش از پرسشنامه انگیزه و قصد باروری میلر (۱۹۹۵) به دست آمد. این پرسشنامه دارای ۴۹ گویه می‌باشد. با توجه به دو بخشی بودن پرسشنامه و عدم قابلیت جمع‌پذیری دو نمره مذکور هر فرد، دو نمره از زیر مجموعه‌های انگیزه‌های مثبت و منفی کسب می‌کند. انگیزه‌های مثبت فرزندآوری: مشتمل بر ۲۸ سؤال است و دارای ۵ حیطه (لذت بارداری، تولد و کودکی، دیدگاه سنتی، رضایت از فرزندپروری، احساس نیاز و بقا و استفاده ابزاری از فرزند)

می باشد. جهت نمره دهی آن از مقیاس لیکرت به صورت کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره چهار) استفاده شده است. حداقل و حداکثر نمره کسب شده در این بخش به ترتیب ۲۸ و ۱۱۲ می باشد. انگیزه های منفی فرزندآوری دارای چهار حیطه ترس از والد شدن، استرس والدین، چالش های مراقبتی فرزند و ناراحتی از بارداری و تولد و شامل ۲۱ سؤال می باشد. جهت نمره دهی این پرسشنامه از مقیاس چهار نقطه ای لیکرت به صورت کاملاً مخالفم نمره ی یک تا کاملاً موافقم نمره ی چهار استفاده شد. حداقل و حداکثر نمره کسب شده در این بخش به ترتیب ۲۱ و ۸۴ بود (Miller, ۱۹۹۵).

فرزند آوری

فرزندآوری از عوامل مهم در علم جمعیت بوده و از جمله موضوعاتی است که در حوزه ی مسائل اجتماعی و فرهنگی اهمیت بسزایی دارد و محور توسعه پایدار برای کشورهایی که سطح جانشینی پایینی دارند محسوب می شود (Piltan and Eshaghi et al., ۲۰۱۴, Rahmanian, ۲۰۱۵). طی سال های اخیر در سراسر جهان، تغییرهای گسترده ی اجتماعی و فناورانه در خانواده ها ایجاد شده و فرزندآوری بیش از ارزش های دیگر خانواده با دگرگونی مواجه شده است (Ojaglu and Sarace, ۲۰۱۴). امروزه باروری و فرزندآوری در ایران به زیر سطح جانشینی رسیده و تمایل به فرزندآوری و داشتن فرزندان بیشتر نزد خانواده های ایرانی بسیار ضعیف شده است (Erfani, ۲۰۱۲). برخی از کشورها عقیده دارند، هر چه جمعیت بیشتر باشد قدرت کشور بیشتر خواهد بود، لذا به تلاش برای رشد بیشتر جمعیت پرداختند. در جوامعی نیز با اعمال سیاست های کنترل جمعیت، موجب کاهش رشد جمعیت شدند؛ این امر در نهایت سبب شد که از جمعیتی سالمند برخوردار شوند (Kalantari et al., ۲۰۱۰).

باروری

باروری به عنوان رفتار تجربی و بالفعل فرزندآوری به صورت تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده یک زن تعریف شده است و به دو صورت طبیعی و کنترل شده می باشد (Mahmoudiani, ۲۰۲۳, Bagi, ۲۰۲۲). باروری طبیعی، وابسته به متغیرهای بیولوژیک و تابع قوانین و مقررات عمدتاً زیستی است و هیچ نوع کنترل ارادی و آگاهانه ای از طرف زوجین در چنین شرایطی، میزان باروری کل، وجود ندارد (Dauletova et al., ۲۰۱۲). معمولاً رقمی بین ۶ تا ۸ فرزند می باشد، اما در باروری کنترل شده، زوجین به طور ارادی و آگاهانه اقدام به کنترل و محدود کردن بعد

خانوار می‌کنند و میزان باروری کل به ۲ تا ۳ و حتی کمتر از ۲ فرزند می‌رسد. امروزه باروری طبیعی جای خود را به باروری کنترل شده داده است (Ciritel et al., ۲۰۱۹). باروری فقط دارای جنبه زیست پزشکی نیست، بلکه دارای وجوه اجتماعی و فرهنگی نیز می‌باشد و در جوامع مختلف بر اساس عوامل گوناگون در معرض تغییر است (Ahmadi et al., ۲۰۱۹). از سوی دیگر، قصد و انگیزه زنان برای فرزندآوری، در میان جمعیت‌ها و زیرگروه‌های جمعیتی و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است. این مسئله سبب می‌شود رفتار باروری و متوسط تعداد کودکان زنان گروه‌های مختلف قومی و فرهنگی یکسان نباشد (Dauletova et al., ۲۰۱۲). رفتار باروری، شامل رفتارهای مربوط به فرزندآوری، تعداد فرزندان، فاصله‌گذاری بین موالید، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، ترجیح جنسی فرزندان و حاملگی ناخواسته است (Hosseini et al., ۲۰۲۱). رفتار باروری انسان‌ها نیز تابع محیط فرهنگی و اجتماعی آن‌ها می‌باشد و تفاوت‌های فردی و فرهنگی موجود بین افراد و جوامع، موجب بروز رفتارهای باروری متفاوت می‌شود (Ciritel et al., ۲۰۱۹, Erfani, ۲۰۱۷).

عوامل مؤثر بر قصد و رفتار باروری

عوامل مؤثر بر قصد و رفتار باروری زنان شامل چهار حوزه اصلی هستند که هرکدام دارای زیرمجموعه‌هایی می‌باشند (Shcherbak, ۲۰۲۴, Bostani Khalesi and Farzi, ۲۰۲۴):

۱. عوامل جسمی

عوامل جسمی به ظرفیت فیزیکی زنان برای باردار شدن و ادامه بارداری اشاره دارد و شامل وضعیت کلی سلامت، آمادگی بدنی و وجود یا عدم وجود بیماری‌های زمینه‌ای می‌شود (Sharma et al., ۲۰۱۳). وجود مشکلاتی مانند بیماری‌های مزمن، نارسایی اندام‌ها یا اختلالات هورمونی ممکن است خطرات بارداری را افزایش داده و در نتیجه بر تمایل یا تصمیم فرد برای فرزندآوری تأثیر منفی بگذارد (Dunlop et al., ۲۰۰۸). همچنین شرایط سنی مناسب برای بارداری در تصمیم‌گیری زنان نقش دارد (Balasch and Gratacós, ۲۰۱۲). از سوی دیگر، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و اثرات منفی آن بر سلامت می‌تواند زنان را به سمت تصمیم‌گیری برای فرزندآوری سوق دهد (Schrager et al., ۲۰۲۰).

۲. عوامل روانی-عاطفی

این دسته به وضعیت روحی و احساسی زنان مرتبط است. توانایی روانی برای بارداری به آمادگی ذهنی زنان برای پذیرش مسئولیت‌های فرزندآوری اشاره دارد (Greil et al., ۲۰۱۱). امید به آینده و شادی ناشی از داشتن فرزند می‌تواند محرکی برای قصد باروری باشد (Gameiro et al., ۲۰۱۴). همچنین، تقویت بنیان خانواده و حمایت روانی-عاطفی از سوی همسر و خانواده در دوران بارداری از دیگر عوامل مهم در این بخش هستند (Langdridge et al., ۲۰۰۵, Nomaguchi and Milkie, ۲۰۰۳).

۳. عوامل اجتماعی-اقتصادی

این عوامل شامل حمایت اجتماعی در دوران بارداری از سوی خانواده و جامعه می‌باشد (Dunkel, ۲۰۱۱). امنیت اقتصادی و برخورداری از منابع مالی کافی برای تأمین نیازهای فرزندان، انگیزه زنان را برای فرزندآوری افزایش می‌دهد (Liefbroer, ۲۰۰۵). همچنین تداخل نداشتن فرزندآوری با علایق شخصی، فعالیت‌های شغلی و تحصیلی یکی دیگر از عوامل مؤثر در این بخش است (Mulder and Wagner, ۲۰۱۰).

۴. عوامل فرهنگی

این عوامل شامل هنجارهای فرهنگی جامعه در زمینه فرزندآوری است که می‌تواند نگرش مثبت یا منفی نسبت به داشتن فرزند ایجاد کند (Barber and Axinn, ۲۰۰۵). تمایل یا عدم تمایل همسر به فرزندآوری می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در تصمیم زنان داشته باشد (Testa et al., ۲۰۱۴). علاوه بر این، نگرش منفی اطرافیان و میزان اطلاعات زنان درباره تربیت فرزند از دیگر عوامل فرهنگی مؤثر بر قصد باروری هستند (Morgan and Rackin, ۲۰۱۰, Testa and Basten, ۲۰۱۴).

فرزندآوری از نظر میلر

نظریه میلر درباره فرزندآوری که بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (Theory of Planned Behavior - TPB) بنا شده است، به بررسی عوامل روانشناختی مؤثر بر تصمیم‌گیری‌های باروری می‌پردازد. این نظریه بر نقش نگرش‌ها، هنجارهای ذهنی^۱ و کنترل رفتاری درک‌شده^۲

^۱ Subjective norms

^۲ Perceived behavioral control

تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه این عوامل بر نیت باروری^۱ و در نهایت رفتار باروری^۲ تأثیر می‌گذارند (Ajzen, ۲۰۲۰, Miller and Howell, ۲۰۰۵).

نگرش‌ها

نگرش‌ها به باورها و احساسات فرد درباره فرزندآوری اشاره دارند و می‌توانند مثبت یا منفی باشند (Brase, ۲۰۱۶, Bałanda-Bałydyga et al., ۲۰۲۰). نگرش‌های مثبت ممکن است شامل احساس رضایت، شادی، و معنا بخشیدن به زندگی باشد، در حالی که نگرش‌های منفی ممکن است شامل نگرانی‌ها درباره هزینه‌های مالی، محدودیت‌های زمانی، و تأثیرات منفی بر زندگی شخصی یا شغلی باشد (RODRIGUEZ HERNANDEZ et al., ۲۰۱۶). نگرش‌ها تحت تأثیر عوامل مختلفی شکل می‌گیرند، از جمله تجربیات شخصی، آموزش، و تأثیرات فرهنگی (Albarracin and Shavitt, ۲۰۱۸) به عنوان مثال، فردی که در خانواده‌ای بزرگ شده است که فرزندآوری به عنوان یک ارزش تلقی می‌شود، ممکن است نگرش مثبت‌تری به فرزندآوری داشته باشد. در مقابل، فردی که در محیطی رشد کرده است که بر اهمیت تحصیل و پیشرفت شغلی تأکید می‌شود، ممکن است نگرش منفی‌تری به فرزندآوری داشته باشد (Cetre et al., ۲۰۱۶).

هنجارهای ذهنی (Subjective Norms)

هنجارهای ذهنی به فشارهای اجتماعی درک‌شده توسط فرد اشاره دارند و می‌توانند از سوی خانواده، دوستان، جامعه، یا فرهنگ گسترده‌تر ناشی شوند. این فشارها می‌توانند به صورت مستقیم (مانند نصیحت‌های خانواده) یا غیرمستقیم (مانند تأثیرات رسانه‌ای) باشند (Mackie et al., ۲۰۱۵). به عنوان مثال، در برخی فرهنگ‌ها، داشتن فرزند به عنوان یک وظیفه اجتماعی دیده می‌شود، در حالی که در فرهنگ‌های دیگر، فردگرایی و آزادی شخصی ممکن است برجسته‌تر باشد (Rasoulzadeh Aghdam et al., ۲۰۲۰). هنجارهای مذهبی نیز نقش مهمی در شکل‌دهی به هنجارهای ذهنی ایفا می‌کنند (Pastwa-Wojciechowska et al., ۲۰۲۱). به عنوان مثال، برخی ادیان فرزندآوری را تشویق می‌کنند و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را منع می‌کنند (Pinter B, ۲۰۱۶). تأثیرات رسانه‌ای نیز می‌توانند بر

^۱ Fertility intentions

^۲ Fertility behavior