ORIGINAL ARTICLE

Relationship between Childbearing Motivations and Women Reproductive Empowerment: A Correlational Study

Arezo Alishah[1],
Jila Ganji[2],
Rezaali Mohammadpour[3],
Zahra Kiani[4],
Zohreh Shahhosseini[5]

[1] MS Student in Consultation in Midwifery, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3]Associate Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] PhD Student in Reproductive Health, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5] Associate Professor, Department of Reproductive Health and Midwifery, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari , Iran

(Received October 2, 2018 ; Accepted December 10, 2018)

Abstract

Background and purpose: Female reproductive empowerment refers to the ability and rights to make free decisions in reproductive activities such as number of children and birth intervals. This study was designed to investigate the relationship between childbearing motivations and women reproductive empowerment.

Materials and methods: In this descriptive-correlational study, 810 women living in both urban (n=500) and rural (n= 310) areas participated. They were selected via two stage cluster sampling in Sari healthcare centers, 2017. Data were collected using a demographic-reproductive characteristics checklist, the Childbearing Questionnaire (CBQ), and Women's Empowerment Questionnaire. Data analysis was done applying independent t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficient, and linear regression.

Results: There was no significant association in the mean score for women reproductive empowerment in urban and rural areas (91.65± 12.86, 91.46±13.14, respectively, P= 0.593). The present study showed that women reproductive empowerment was directly associated with positive dimension of childbearing motivations (β=0.13, P <0.001) while it was inversely associated with negative dimension of childbearing motivations (β= -0.30, P <0.001). Also, women employment status (β=0.11, P= 0.003), husband's educational background (β=0.13, P= 0.029), and age of the last child (β= -0.07, P= 0.021) were amongst the factors affecting women reproductive empowerment.

Conclusion: Women reproductive empowerment is associated with diferent socio-economic factors among which husbands' educational level is believed to be highly effective. Therefore, appropriate planning on this issue is of great benefit in improving women reproductive empowerment.

Keywords: childbearing motivations, women empowerment, reproductive, reproductive-aged women

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 28 (168): 96-107 (Persian).

* **Corresponding Author: Zohreh Shahhosseini -** Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari , Iran (E-mail: zshahhosseini@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۸ دی سال ۱۳۹۷ (۱۰۷-۹۶)

بررسی ارتباط بین انگیزه های فرزندآوری و توانمندی باروری زنان: یک مطالعه همبستگی

آرزو عالیشاه[۱]
ژیلا گنجی[۲]
رضاعلی محمدپور[۳]
زهرا کیانی[۴]
زهره شاه حسینی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: توانمندی باروری زنان به مفهوم توانایی و حق تصمیم‌گیری آزادانه در فعالیت‌های باروری مانند تعداد فرزند و فاصله بین فرزندان می باشد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین انگیزه‌های فرزندآوری و توانمندی باروری زنان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- همبستگی، تعداد ۸۱۰ زن(۵۰۰ زن شهری و ۳۱۰ زن روستایی) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان ساری، به روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای در سال ۱۳۹۶ وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها، چک لیست ویژگی های جمعیتی- باروری، پرسشنامه انگیزه های فرزندآوری میلر و پرسشنامه توانمندی زنان در باروری بود. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی انجام شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره توانمندی باروری زنان در جمعیت شهری و روستایی به ترتیب ۱۲/۸۶±۹۱/۶۵ و ۱۳/۱۴±۹۱/۴۶ بوده که از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشته است (p=۰/۵۹۳). آزمون رگرسیون خطی نشان داد که توانمندی باروری زنان با بعد مثبت انگیزه های فرزندآوری به طور مستقیم (p <۰/۰۰۱، β =۰/۱۳) و با بعد منفی انگیزه‌های فرزندآوری به‌طور معکوس (p <۰/۰۰۱، β = -۰/۳۰) ارتباط دارد. هم‌چنین عواملی مانند وضعیت اشتغال زنان (p <۰/۰۰۳، β =۰/۱۱)، تحصیلات همسر (p <۰/۰۲۹، β =۰/۱۳) و سن آخرین فرزند (p <۰/۰۲۱، β =-۰/۰۷) از سایر عوامل موثر بر توانمندی باروری زنان می‌باشد.

استنتاج: توانمندی باروری زنان از عوامل مختلف اجتماعی-اقتصادی متاثر می باشد که به نظر می رسد یکی از عوامل مهم آن سطح تحصیلات مردان است. لذا برنامه ریزی های مناسب در این خصوص نتایج سودمندی را در ارتقاء توانمندی باروری زنان به همراه خواهد داشت.

واژه های کلیدی: انگیزه های فرزندآوری، توانمندی زنان، باروری، زنان سنین باروری

مقدمه

تمایل و اشتیاق عمومی افراد بشر به داشتن فرزند، یکی از مهم‌ترین مولفه‌های توسعه در جوامع می‌باشد و محور توسعه پایدار برای کشورهایی که سطح جانشینی پایین دارند، محسوب می‌شود(۳-۱)، به نحوی که از

مولف مسئول: زهره شاه حسینی- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری E-mail: zshahhosseini@yahoo.com
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه امار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. دانشیار، گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۷/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۷/۱۶ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۹/۱۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

انگیزه‌های فرزندآوری به عنوان محرک اولیه رفتار باروری و جزء مهم تصمیم‌گیری باروری در انسان‌ها یاد می‌شود(۴، ۵). انگیزه فرزندآوری نقطه شروع و مقدم بر خواسته‌ها، تعداد دلخواه فرزند و زمان فرزندآوری می‌باشد. بنابراین با تغییر در انگیزه، تغییراتی در خواسته‌ها و رفتار فرد بروز می‌کند(۶). یکی از مولفه‌هایی که تحت تاثیر انگیزه‌های فرزندآوری در هر جامعه می‌باشد، توانمندی زنان دربارووری است(۹-۷)، گرچه بررسی متون موجود نشان‌دهنده تفاوت‌هایی در این زمینه براساس عوامل جمعیتی- اجتماعی و فرهنگی جوامع مورد مطالعه می‌باشد(۱۰). چنانچه در برخی از مطالعات به رابطه مستقیم(۱۴-۱۱) بین فرزندآوری و توانمندی زنان و در دسته‌ای از مطالعات نیز به رابطه معکوس بین متغیرهای یادشده اشاره شده است(۱۶،۱۵). بنا به تعریف، توانمندی زنان به معنی قدرت‌بخشی به زنان برای تصمیم‌گیری مستقل درباره موضوعات اساسی زندگی مانند انتخاب مراقبت‌های بهداشتی شخصی، کنترل بر ازدواج، برنامه‌ریزی برای بارداری، مذاکره در فعالیت جنسی، فاصله‌گذاری مناسب بین فرزندان، آزادی برای بازدید از خانواده و دوستان و توانایی خرید برای خانواده می‌باشد(۲۰-۱۷). افزایش توانمندی زنان موجب افزایش سلامت، درک درست آنان از حقوق اجتماعی خود، بهبود توانایی زنان و مهارت در پرورش کودکان می‌شود، به طوری که امروزه زنان نقش عمده‌ای در تصمیمات باروری خود مانند تعداد فرزند و زمان فرزندآوری دارند(۵،۴). در این میان، توانمندی زنان در باروری به مفهوم توانایی و حق تصمیم‌گیری آزادانه در فعالیت‌های باروری مانند تعداد فرزند، زمان فرزندآوری و فاصله بین فرزندان می‌باشد(۲۱)، در حالی که برخی شواهد نشان می‌دهد که زنان ممکن است تحت تاثیر عوامل دیگری مانند فشار اطرافیان، هنجارهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی تصمیم به فرزندآوری نمایند(۲۲). توانمندی زنان در باروری سبب افزایش اعتماد به نفس آنان جهت شروع فرزندآوری و یا افزایش تعداد فرزند در آینده می‌شود.

هم‌چنین در این راستا مطالعات نشان می‌دهند که شاخص‌های سلامت باروری نیز ارتباط معنی‌داری با توانمندی زنان دارند، به طوری که کاهش تعداد بارداری‌های ناخواسته، فاصله گذاری مناسب بین موالید، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، بقای نوزاد و کودک و استفاده از خدمات سرویس‌های بهداشتی جهت جلوگیری از مرگ و میر مادران با توانمندی زنان در باروری ارتباط دارند(۲۴،۲۳،۱۰). در سال‌های اخیر، تحولات چشم‌گیری درموضوع جمعیت در دنیا رخ داده است، به نحوی که یکی از مهم‌ترین تغییرات در این زمینه، کاهش نرخ باروری در تمام دنیا بود و به موازات این تحولات، طی سه دهه گذشته میزان باروری در ایران به طرز قابل توجهی کاهش یافته است(۲۵، ۲۶). میزان باروری کل کشور حدود ۱/۹ در سال ۱۳۹۵ گزارش شده است و ایران هم جزء کشورهای دارای باروری در سطح یا زیر سطح جایگزینی می‌باشد(۲۶). با توجه به مطالب پیش گفت، به نظر می‌رسد که توجه به ارتباطات موجود در مولفه‌های مهم موثر بر رفتار باروری و عوامل مرتبط با آن در هر جامعه، امری ضروری می‌باشد، لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین انگیزه‌های فرزندآوری با توانمندی باروری زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۸۱۰ نفر از زنان متاهل ۳۹-۱۸ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان ساری انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، دارای سواد خواندن و نوشتن، زندگی با همسر در حال حاضر، ازدواج اول آنان و همسرانشان، دارا بودن حداقل یک فرزند، عدم بارداری، عدم وجود سابقه نازایی ثانویه و درمان آن و رضایت شرکت در مطالعه بوده است. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پرسشنامه‌هایی بود که بیش‌تر از ده درصد کل سوالات، پاسخ داده نشدند. حجم نمونه با استناد به مقاله خدیوزاده و همکاران (۱۳۹۲) و جهت دستیابی به اهداف مطالعه، ۸۱۰ زن متاهل در نظر گرفته شد(۳).

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه انگیزه‌های فرزندآوری میلر، پرسشنامه توانمندی زنان در باروری و چک لیست ویژگی‌های جمعیتی- باروری بوده است. پرسشنامه انگیزه‌های فرزندآوری میلر در سال ۱۹۹۵ توسط وارن میلر طراحی شدکه دارای دو بعد مثبت و منفی می‌باشد. نسخه اصلی این ابزار دارای ۲۸ گویه برای بعد مثبت و ۲۱ گویه برای بعد منفی می‌باشد(۲۷). ابزار فوق در جمعیت‌های مختلف مورد روانسنجی و استفاده قرار گرفته است(۲۸،۳). در ویرایش فارسی این پرسشنامه، تغییراتی صورت گرفته تا جهت استفاده در جامعه ایرانی متناسب شود، به نحوی‌که ۷ گویه به انگیزه‌های مثبت پرسشنامه میلر اضافه شده است و ۲ گویه از ابعاد مثبت نیز در هم ادغام گردید. هم‌چنین در ابعاد منفی ابزار، ۲ گویه از نسخه اصلی کم شده است. همسانی درونی پرسشنامه انگیزه‌های فرزندآوری با ضریب آلفای ۰/۹۱ برای بعد مثبت انگیزه فرزندآوری و ضریب آلفای ۰/۹۴برای بعد منفی انگیزه فرزندآوری تایید شد. جهت نمره‌دهی پرسشنامه انگیزه‌های فرزندآوری از مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۴) استفاده شد و میزان نمره بالاتر در ابعاد مثبت حیطه‌های مرتبط با آن نشان دهنده وضعیت مناسب‌تری از انگیزه‌های فرزندآوری می‌باشد(۳). پرسشنامه فعلی‌که مورد استفاده این پژوهش می‌باشد، دارای۳۴ سوال در ابعاد مثبت انگیزه‌های فرزندآوری شامل حیطه‌های: لذت بارداری، تولد و کودکی (۶ سوال)، دیدگاه سنتی (۶ سوال)، رضایت از فرزندپروری (۶ سوال)، احساس نیاز و بقاء (۵ سوال) و ارزش‌های سودمند از فرزند (۱۱ سوال) می‌باشد. هم‌چنین تعداد سوالات بعد منفی انگیزه‌های فرزندآوری شامل ۱۹ سوال در حیطه‌های: ترس از والد شدن (۷ سوال)، چالش‌های مراقبتی فرزند (۸ سوال) و استرس‌های والدین (۴ سوال) می‌باشد. نمرات پرسشنامه دربعد مثبت انگیزه‌های فرزندآوری بین۱۳۶-۳۴ و در بعد منفی این ابزار از ۱۹ تا ۷۶ در تغییر می‌باشد(۳).

پرسشنامه توانمندی زنان در باروری توسط کهن و همکاران در سال ۱۳۹۰ طراحی شد. این ابزار حاوی ۳۸ سوال در ۴ بعد: ۱- فرهنگی (۱۱ سوال) شامل سوالاتی در زمینه نگرش مثبت به فرزندآوری، باور به مسئول بودن زن در امر باروری، ارزش‌گذاری به فرزند پسر، ۲- بعد فردی و خانوادگی (۱۰ سوال) شامل سوالاتی در زمینه مشکلات اقتصادی و برنامه‌ی باروری اجباری، تسلط مردان در تصمیم‌گیری در زمینه‌ی باروری، ۳- بعد اجتماعی (۹ سوال) شامل سوالاتی در زمینه تاثیر رسانه بر جایگاه تصمیم‌گیری زنان در باروری، نقش مدارس در ساخت پایه‌های توانمندی و ۴- بعد تنظیم خانواده (۸ سوال) شامل سوالاتی در زمینه غفلت از مشارکت مردان، مخاطب نشدن مردان و فقدان خدمات سلامت جنسی است(۲۴). پایایی ابزار فوق با استفاده از آلفای کرونباخ در بعد فرهنگی ۰/۷۶، بعد اجتماعی ۰/۷۱، بعد فردی- خانوادگی ۰/۷۳ و در بعد تنظیم خانواده ۰/۶۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ به‌دست آمد. نمره‌دهی ابزار فوق براساس طیف لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً موافقم امتیاز ۴، موافقم امتیاز ۳، نظری ندارم امتیاز ۲، مخالفم امتیاز ۱، کاملاً مخالفم امتیاز ۰) می‌باشد. حداقل نمره پرسشنامه صفر و حداکثر نمره پرسشنامه۱۵۲ می‌باشد ونمره بالاتر نشان‌دهنده توانمندی بیش‌تر زنان در باروری می‌باشد. هم‌چنین برخی گویه‌ها دارای مفهوم منفی می‌باشندکه این‌گویه‌ها در حین ورود و تحلیل داده‌ها به وضعیت معکوس تبدیل شد(۲۹،۱۴).

چک لیست ویژگی‌های جمعیتی و باروری با تعداد ۲۵ سوال، شامل سوالاتی مانند سن، طول مدت ازدواج، محل سکونت، تحصیلات، وضعیت اشتغال، شغل همسر، تحصیلات همسر و تعداد بارداری می‌باشد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای انجام شد. ابتدا از میان مناطق ۴۸ گانه مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان ساری، تعداد ۱۳ مرکز بهداشتی-درمانی شهری و ۱۱ مرکز

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

بهداشتی- درمانی روستایی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به عنوان خوشه‌های اصلی انتخاب شدند. سپس حجم نمونه هر مرکز با درنظرگرفتن جمعیت کل زنان ۳۹-۱۸ سال شهرستان ساری و زنان همین گروه سنی در مرکز مورد نظر به صورت سهمیه‌بندی شده مشخص گردید. در این راستا حجم نمونه زنان شهری ۵۰۰ نفر و زنان روستایی ۳۱۰ نفر برآورد شد. در ادامه، نمونه مورد نیاز در هر مرکز، به صورت متوالی از بین زنان واجد شرایط که برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی به مراکز مراجعه می‌نمودند، جمع‌آوری گردید. در این راستا پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم، به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان ساری مراجعه کرد و پس از بیان اهداف مطالعه برای زنان واجد شرایط و ضمن رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان از نظر محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار داد تا آن را به صورت خودایفایی تکمیل کنند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) انجام شد. جهت توصیف ویژگی‌های فردی و باروری مشارکت‌کنندگان از میانگین، انحراف معیار، جدول توزیع فراوانی و فراوانی نسبی و جهت تعیین همبستگی میان متغیرهای کمی (انگیزه‌های فرزندآوری با عوامل کمی مانند سن) و یا نمرات توانمندی زنان در باروری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. هم‌چنین از آزمون t مستقل برای بررسی توزیع نمرات انگیزه‌های فرزندآوری و توانمندی باروری زنان در متغیرهای دو حالته مانند محل سکونت و از آنالیز واریانس در متغیرهای چند حالته مانند سطح تحصیلات و اشتغال استفاده شد. به منظور کنترل اثر متغیرهای مخدوش‌کننده و جهت بررسی ارتباط نمره انگیزه‌های فرزندآوری و نمره توانمندی باروری زنان از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته ها

براساس جدول شماره ۱، میانگین سن زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی ۴/۳۸±۳۱/۵۶ سال بود. اکثریت آنان (۸۰/۹۰ درصد) خانه دار بودند. تحصیلات اکثریت زنان (۴۶/۲۰ درصد) و نیز همسرانشان (۴۱/۲۰ درصد) دیپلم بوده است.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیتی- باروری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی

متغیر	شهری (۵۰۰=تعداد) تعداد (درصد)	روستایی (۳۱۰=تعداد) تعداد (درصد)	کل (۸۱۰=تعداد) تعداد (درصد)
محل سکونت	۵۰۰ (۶۱/۷۳)	۳۱۰ (۳۸/۲۷)	۸۱۰ (۱۰۰)
سن (سال) (انحراف معیار±میانگین)	۴/۳۰ ± ۳۱/۹۰	۴/۴۵ ± ۳۱/۰۱	۴/۳۸ ± ۳۱/۵۶
طول مدت ازدواج(سال) (انحراف معیار±میانگین)	۴/۷۸ ± ۹/۷۷	۴/۸۳ ± ۱۰/۴۲	۴/۸۱ ± ۱۰/۰۲
وضعیت اشتغال			
خانه دار	۳۸۲ (۷۶/۴۰)	۲۷۳ (۸۸/۱۰)	۶۵۵ (۸۰/۹۰)
شاغل	۱۱۸ (۲۳/۶۰)	۳۷ (۱۱/۹۰)	۱۵۵ (۱۹/۱۰)
تحصیلات			
زیردیپلم	۶۴ (۱۲/۸۰)	۷۵ (۲۴/۲۰)	۱۳۹ (۱۷/۲۰)
دیپلم	۱۹۷ (۳۹/۴۰)	۱۷۷ (۵۷/۱۰)	۳۷۴ (۴۶/۲۰)
فوق دیپلم و بالاتر	۲۳۹ (۴۷/۸۰)	۵۸ (۱۸/۷۰)	۲۹۷ (۳۶/۶۰)
تحصیلات همسر			
زیردیپلم	۸۴(۱۶/۸۰)	۱۰۹(۳۵/۲۰)	۱۹۳(۲۳/۸۰)
دیپلم	۱۸۳(۳۶/۶۰)	۱۵۱(۴۸/۷۰)	۳۳۴(۴۱/۲۰)
فوق دیپلم و بالاتر	۲۳۳(۴۶/۶۰)	۵۰(۱۶/۱۰)	۲۸۳(۳۵/۰۰)
شغل همسر			
کارگر-کشاورز	۷۹(۱۵/۸۰)	۱۲۱(۳۹/۰۰)	۲۰۰(۲۴/۷۰)
کارمند	۱۶۱(۳۲/۲۰)	۴۵(۱۴/۵۰)	۲۰۶(۲۵/۴۰)
آزاد	۲۶۰(۵۲/۰۰)	۱۴۴(۴۵/۵۰)	۴۰۴(۴۹/۹۰)
تعداد فرزندان			
یک فرزند	۲۷۴ (۵۴/۸۰)	۱۳۹ (۴۴/۸۰)	۴۱۳ (۵۱/۰۰)
دو فرزند	۲۱۰ (۴۲/۰۰)	۱۴۷ (۴۷/۴۰)	۳۵۷ (۴۴/۱۰)
سه فرزند	۱۶ (۳/۲۰)	۲۴ (۷/۸۰)	۴۰ (۴/۹۰)
تعداد فرزند دلخواه (انحراف معیار±میانگین)	۰/۷۸ ± ۲/۲۴	۰/۷۱ ± ۲/۲۵	۰/۷۵ ± ۲/۲۴
زمان دلخواه فرزندآوری پس از ازدواج (سال)	۱/۵۶ ± ۱/۶۴	۱/۳۳ ± ۱/۳۷	۱/۴۵ ± ۱/۵۴
سن آخرین فرزند			
کم تر از یکسال	۸۹ (۱۷/۸۰)	۴۳ (۱۳/۹۰)	۱۳۲ (۱۶/۳۰)
بیش تر از یکسال	۴۱۱ (۸۲/۲۰)	۲۶۷ (۸۶/۱۰)	۶۷۸ (۸۳/۷۰)
علت تاخیر در فرزندآوری			
عوامل فرهنگی	۲۳۳ (۴۶/۶۰)	۱۳۴ (۴۳/۲۰)	۳۶۷ (۴۵/۳۰)
عوامل اقتصادی	۱۴۴ (۲۸/۸۰)	۱۰۴ (۳۳/۵۰)	۲۴۸ (۳۰/۶۰)
عوامل فردی	۳۸ (۷/۶۰)	۷ (۲/۳۰)	۴۵ (۵/۶۰)
فاصله ای نداشتند	۸۵ (۱۷/۰۰)	۶۵ (۲۱/۰۰)	۱۵۰ (۱۸/۵۰)
نمره بعد مثبت انگیزه‌های فرزندآوری (انحراف معیار±میانگین)	۱۱/۳۱ ± ۱۱۳	۱۱/۷۴ ± ۱۱۶/۱۰	۱۱/۵۲ ± ۱۱۴/۷۷
نمره بعد منفی انگیزه‌های فرزندآوری (انحراف معیار±میانگین)	۸/۸۵ ± ۴۶/۱۳	۸/۶۵ ± ۴۶/۳۲	۸/۷۷ ± ۴۶/۲۰

میانگین و انحراف معیار توانمندی باروری زنان در زنان شهری ۱۲/۸۶±۹۱/۵۶ و در زنان روستایی ۱۳/۶۰±۹۱/۱۴ بود که از این نظر تفاوت قابل ملاحظه آماری بین زنان شهری و روستایی وجود نداشت (p=۰/۵۹۳). طبق جدول شماره ۲، در میان حیطه‌های توانمندی باروری زنان، بیش‌ترین نمره توانمندی زنان شهری و روستایی در بعد فرهنگی (به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

ترتیب ۵/۷۵±۲۸/۶۴ و ۵/۸۱±۶۱/۴۲، p=۰/۲۹) و کم‌ترین نمره توانمندی باروری زنان مربوط به بعد تنظیم خانواده (به ترتیب ۴/۲۲±۱۸/۳۲ و ۴/۲۰±۱۷/۰۸، p<۰/۰۰۱) بوده است. هم‌چنین میانگین و انحراف معیار بعد اجتماعی و تنظیم خانواده در زنان روستایی بیش‌تر از زنان شهری بود، اما میانگین و انحراف معیار بعد فرهنگی و فردی و خانوادگی زنان شهری از زنان روستایی بیش‌تر بود.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره توانمندی باروری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی – درمانی

حیطه های توانمندی باروری زنان	شهری (تعداد=۵۰۰) (انحراف معیار±میانگین)	روستایی (تعداد=۳۱۰) (انحراف معیار±میانگین)	کل (تعداد=۸۱۰) (انحراف معیار±میانگین)	آزمون آماری
فرهنگی	۵/۸۱ ± ۲۹/۴۲	۵/۷۵ ± ۲۸/۶۴	۵/۸۰ ± ۲۹/۱۲	۰/۰۶۱
اجتماعی	۴/۰۸ ± ۱۸/۷۸	۴/۴۶ ± ۱۹/۳۲	۴/۲۴ ± ۱۸/۹۹	۰/۰۷۸
فردی و خانوادگی	۵/۸۰ ± ۲۶/۳۶	۵/۸۸ ± ۲۴/۸۴	۵/۸۷ ± ۲۵/۷۸	<۰/۰۰۱
تنظیم خانواده	۴/۲۰ ± ۱۷/۰۸	۴/۲۲ ± ۱۸/۳۲	۴/۲۵ ± ۱۷/۵۵	<۰/۰۰۱
نمره کل	۱۲/۸۶ ± ۹۱/۶۵	۱۳/۶۰ ± ۹۱/۱۴	۱۳/۱۴ ± ۹۱/۴۶	۰/۵۹۳

براساس جدول شماره ۳ و آزمون همبستگی پیرسون، توانمندی باروری زنان با زمان تولد فرزند اول پس از ازدواج (p=۰/۰۰۹) ارتباط مستقیم و با طول مدت ازدواج (p=۰/۰۳۵) و بعد منفی انگیزه‌های فرزندآوری (p<۰/۰۰۱) ارتباط معکوس داشت. گرچه رابطه‌ای بین بعد مثبت انگیزه‌های فرزندآوری و توانمندی باروری زنان به تایید نرسید (p=۰/۱۱۲). هم‌چنین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، توانمندی باروری زنان با تحصیلات همسر(p<۰/۰۰۱)، سن‌آخرین فرزند(p=۰/۰۱۲) و وضعیت اشتغال زن ارتباط مستقیم داشتند (p<۰/۰۰۱).

جدول شماره ۳: ضریب همبستگی پیرسون بین نمره توانمندی باروری زنان با متغیرهای جمعیتی- باروری زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی

متغیر وابسته / متغیرهای جمعیتی-اجتماعی	توانمندی زنان در باروری Pvalue(r) شهری	روستایی	کل
سن	۰/۲۹۱(-۰/۰۴)	۰/۱۵۵(-۰/۰۸)	۰/۰۹۱(-۰/۰۵)
طول مدت ازدواج	۰/۳۶۶(-۰/۰۴)	۰/۰۳۱(-۰/۱۲)	۰/۰۳۵(-۰/۰۷)
تعداد فرزند	۰/۲۳۰(-۰/۰۵)	۰/۴۱۶(-۰/۰۴)	۰/۱۴۰(-۰/۰۵)
زمان تولد فرزند اول پس از ازدواج	۰/۰۰۲(۰/۱۲)	۰/۵۷۹(۰/۰۲)	۰/۰۰۹(۰/۰۹)
تعداد فرزند دلخواه	۰/۷۰۹(-۰/۰۱)	۰/۱۲۷(-۰/۰۸)	۰/۵۲۴(-۰/۰۴)
زمان دلخواه فرزندآوری پس از ازدواج	۰/۴۱۴(۰/۰۳)	۰/۹۴۴(۰/۰۰۳)	۰/۴۴۷(۰/۰۲)
بعد مثبت انگیزه های فرزندآوری	۰/۴۹۴(-۰/۰۳)	۰/۰۰۱(۰/۱۸)	۰/۱۱۲(۰/۰۵)
بعد منفی انگیزه های فرزندآوری	<۰/۰۰۱(-۰/۰۳)	<۰/۰۰۱(-۰/۲۹)	<۰/۰۰۱(-۰/۰۳)

در این مطالعه به منظور تفسیر مناسب تر از یافته‌های پژوهش و به منظور کنترل اثرات همپوشانی متغیرهای مورد بررسی، تمامی متغیرهایی که در آزمون تک متغیره با نمرات توانمندی باروری زنان، رابطه معنادار در سطح مقادیر p کم‌تر از ۰/۲ داشتند، وارد مدل رگرسیون خطی شدند. براساس جدول شماره۴، درآزمون رگرسیون خطی بین نمره توانمندی باروری زنان و بعد مثبت انگیزه‌های فرزندآوری ارتباط مستقیم (p<۰/۰۰۱، β=۰/۱۳) و بعد منفی انگیزه‌های فرزندآوری ارتباط معکوس (p<۰/۰۰۱، β=-۰/۳۰) داشت. هم چنین توانمندی زنان در باروری با وضعیت اشتغال آنان (p<۰/۰۰۳، β=۰/۱۱)، تحصیلات همسر (p<۰/۰۲۹، β=۰/۱۳) و سن آخرین فرزند (p<۰/۰۲۱، β=-۰/۰۷) ارتباط مستقیم وجود داشت، به نحوی که به ازای هر سال افزایش سن آخرین فرزند، ۰/۰۷ نمره توانمندی زنان در باروری کاهش می‌یافت. هم‌چنین میانگین نمره توانمندی زنان در باروری در زنان شاغل نسبت به سایر زنان ۰/۱۱ بیش‌تر بوده است و میانگین نمره توانمندی زنانی که همسران شان تحصیلات عالی (فوق دیپلم و بالاتر) داشته اند به سایر زنان ۰/۱۳ بیش‌تر بوده است. در این مطالعه به ازای یک نمره افزایش در نمره بعد مثبت انگیزه‌های فرزندآوری، ۰/۱۳ نمره توانمندی زنان در باروری افزایش می‌یافت در حالی که به ازای یک نمره افزایش در نمره بعد منفی انگیزه‌های فرزندآوری، ۰/۳۰ نمره توانمندی زنان در باروری کاهش می‌یافت.

بحث

باروری عامل اصلی تاثیرگذار بر رشد جمعیت است که تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله انگیزه‌های فرزندآوری می‌باشد. با توجه به این که زنان عامل اصلی زاد و ولد به شمار می‌روند، توانمندی آنان در باروری از اهمیت خاصی برخوردار است(۳،۳۰).

نتایج حاصل از این مطالعه براساس آزمون رگرسیون خطی نشان داد که زنان با انگیزه‌های مثبت فرزندآوری،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

توانمندی بیش‌تری در باروری دارند و در نقطه مقابل، توانمندی زنان در باروری با بعد منفی انگیزه‌های فرزندآوری ارتباط معکوس دارد. در راستای نتایج مطالعه حاضر، نشان داده شده است که تقویت بعد مثبت انگیزه‌های فرزندآوری مانند پذیرش و لذت از بارداری، آماده شدن جهت نقش ومسئولیت مادری سبب افزایش توانمندی زنان در باروری خواهد شد و زمانی که زنان بتوانند ترس‌ها و نگرانی‌های خود را در مورد فرزندآوری تخفیف دهند، می‌توانند توانمندی‌های خود را در باروری و تصمیم گیری برای فرزندآوری بهبود بخشند(۴،۳۱،۳۲). از دلایل مهم این مسئله می‌توان به این موضوع اشاره نمود که انگیزه از علل مهم بروز رفتار در افراد محسوب می‌شود و عامل نیرو دهنده، هدایت کننده و نگه دارنده رفتار می‌باشد(۳۳). لذا به‌نظر می‌رسد این عامل در نهایت می‌تواند به توانمندی زنان در باروری یعنی افزایش ظرفیت آنان جهت انتخاب‌ها و تبدیل این انتخاب به اقدامات دلخواه کمک نماید(۳۴). یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه توانمندی زنان در باروری نشان داد که نمره توانمندی زنان در باروری در زنان شهری و روستایی تفاوت قابل ملاحظه آماری با یکدیگر ندارند (p=۰/۵۹).

در حالی که در مطالعه Chaudhry و Nosheen در کشور پاکستان، زنان ۴۱ درصد از کل نمره توانمندی در باروری را کسب نموده بودند(۳۶). تفاوت در نتایج گزارش شده می‌تواند به سبب بافت فرهنگی و اجتماعی متفاوت جوامع مورد مطالعه باشد(۱۰،۱۱،۳۶). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بالاترین نمره در میان حیطه‌های توانمندی زنان در باروری مربوط به بعد فرهنگی در دو گروه زنان شهری و روستایی می‌باشد که با مطالعه کیانی همسو بود. به نظر می‌رسد فرزندآوری و داشتن فرزند سبب توانمندی زنان در باروری از طریق افزایش ارزش در خانواده و جامعه می‌شود(۳۷). از سایر یافته‌های این مطالعه، ارتباط مستقیم بین توانمندی زنان در باروری و وضعیت اشتغال آنان می‌باشد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که زنان شاغل احساس توانمندی بیش‌تری در اجتماع دارند و از نظر شاخص‌های سلامت نسبت به زنان خانه دار وضعیت بهتری دارند(۱۸،۲۹،۳۸). به نظر در این مطالعه نمره توانمندی زنان در باروری در دو گروه از زنان شهری و روستایی تقریباً ۷۰ درصد از نمره کل را شامل می شد (نمره ۹۱ از ۱۳۱) که نشان دهنده وضعیت تقریباً مطلوب می‌باشد. نتایج مطالعه کیانی و همکاران و فروزانفر و همکاران، توانمندی زنان در باروری را در سطح متوسط بیان کردند(۲۹،۳۵).

می‌رسد اشتغال سبب رشد و ارزشمندی زنان می‌شود و ازمسیر افزایش تعاملات اجتماعی باعث تقویت ارتباطات

جدول شماره ۴: آزمون رگرسیون خطی نمره توانمندی باروری زنان و انگیزه های فرزند آوری با در نظر گرفتن متغیرهای جمعیتی-باروری

متغیر	شهری*			روستایی**			کل***		
	ضریب استاندارد B	مقدار t	آزمون آماری	ضریب استاندارد B	مقدار t	آزمون آماری	ضریب استاندارد B	مقدار t	آزمون آماری
سن	-۰/۰۷	-۱/۴۲	۰/۱۵۱	-۰/۰۲	-۰/۳۱	۰/۷۵۷	-۰/۰۶	-۱/۴۳	۰/۱۵۳
سن آخرین فرزند	-۰/۰۵	-۱/۲۰	۰/۲۲۵	-۰/۱۱	-۲/۰۹	۰/۰۳۸	-۰/۰۷	-۲/۲۶	۰/۰۲۱
وضعیت اشتغال	۰/۱۱	۲/۴۸	۰/۰۱۲	۰/۰۹	۱/۵۶	۰/۱۲۲	۰/۱۱	۳/۱۰	۰/۰۰۳
طول مدت ازدواج	۰/۰۶	۱/۱۵	۰/۲۵۳	-۰/۰۵	-۰/۶۹	۰/۴۸۳	۰/۰۲	۰/۵۵	۰/۵۸۲
زمان تولد اولین فرزند پس از ازدواج	۰/۰۸	۱/۸۹	۰/۰۵۵	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۷۸۶	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۰۷۴
تحصیلات									
زیر دیپلم (مرجع)									
دیپلم	-۰/۰۸	-۱/۱۵	۰/۲۴۱	۰/۰۲	۰/۳۸	۰/۷۰۲	-۰/۰۰۳	-۰/۰۵	۰/۹۵۵
فوق دیپلم و بالاتر	-۰/۰۱	-۰/۱۲	۰/۹۰۲	۰/۰۷	۰/۹۸	۰/۳۲۶	۰/۰۵	۰/۹۲	۰/۳۵۶
تحصیلات همسر									
زیر دیپلم (مرجع)									
دیپلم	۰/۱۶	۲/۴۱	۰/۰۱۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۷	۰/۹۹۳	۰/۰۶	۱/۳۷	۰/۱۷۱
فوق دیپلم و بالاتر	۰/۲۶	۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۰۶	۰/۹۵۱	۰/۱۳	۲/۳۲	۰/۰۲۹
شغل همسر									
کارگر-کشاورز (مرجع)									
کارمند	-۰/۰۳	-۰/۵۳	۰/۵۹۷	۰/۰۴	۰/۶۰	۰/۵۴۳	-۰/۰۰۴	-۰/۰۷	۰/۹۳۵
آزاد	-۰/۰۵	-۰/۸۷	۰/۳۸۴	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۸۳۴	-۰/۰۳	-۰/۷۶	۰/۴۴۶
بعد مثبت انگیزه های فرزندآوری	۰/۰۶	۱/۳۸	۰/۱۶۲	۰/۲۵	۴/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۳	۴/۰۶	<۰/۰۰۱
بعد منفی انگیزه های فرزندآوری	-۰/۲۸	-۶/۶۸	<۰/۰۰۱	-۰/۳۴	-۶/۳۵	<۰/۰۰۱	-/۳۰	-۹/۱۵	<۰/۰۰۱

R^{2*}= ۰/۱۶ R^{2**}=۰/۱۸ R^{2***}=۰/۱۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

و توانایی تصمیم‌گیری آنان در موضوعات مرتبط به سلامتی آنان می‌شود(۲۴،۱۸). نتایج مطالعه نشان داد که بین توانمندی زنان در باروری و تحصیلات عالی همسر آنان نیز ارتباط وجود داشت. همسو با مطالعه حاضر، برخی مطالعات نشان می‌دهندکه ارتباط مثبتی بین تحصیلات همسر با توانمندی زنان در خانواده وجود دارد. به طوری که شوهران تحصیل کرده با احتمال بیش‌تری همسرانشان را در تصمیم‌گیری‌های خانواده از جمله موضوعات مرتبط با باروری دخالت می‌دهند(۴۰،۳۹).

مطالعه‌ای در بنگلادش با هدف شناسایی الگوهای توانمندسازی زنان در ارتباط با رفتارهای سلامتی نیز نشان داد که زنان با همسران تحصیل کرده از قدرت و توانایی بیش‌تری در تصمیم‌گیری در رفتارهای مرتبط با سلامت برخوردار می‌باشند(۴۱). به نظر می‌رسد مردان تحصیل کرده دارای اعتماد به نفس و قدرت بیش‌تری نسبت به سایرین می‌باشند که سبب ارزشمندی آن ها نزد خانواده می‌شود و به تبع آن سبب افزایش توانمندی همسرانشان می‌گردد. هم‌چنین از این جهت که مردان تحصیل کرده آگاهی بیش‌تری دارند، ممکن است در رفع نیازهای همسرانشان و نهایتاً توانمندی آنان تلاش بیش‌تری نمایند(۴۲،۴۱).

در مطالعه حاضر بین توانمندی زنان در باروری و تحصیلات زنان ارتباطی وجود نداشت، گرچه در برخی مطالعات نشان داده شد که تحصیلات بالاتر سبب افزایش توانمندی زنان در باروری می‌شود و زمینه مشارکت آنان را در فعالیت‌های اجتماعی فراهم می‌کند و سبب افزایش اعتماد به نفس و آگاهی آنان از حقوق خود و توانمندی بیش‌تر در تصمیم‌گیری‌ها می‌شود(۴۵،۲۴- ۴۳)، اما مطالعه کامیا و همکاران نشان داد که بین توانمندی زنان در باروری و تحصیلات آنان ارتباطی وجود نداشت(۳۹). به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر همانند مطالعه مورد اشاره، اکثریت مشارکت‌کنندگان(۷۰ درصد) ازتحصیلات متوسطه برخوردار بودند، در حالی که در مطالعات غیر موافق با مطالعه حاضر، زنان با تحصیلات ابتدایی و یا بی‌سواد عده قابل ملاحظه ای از مشارکت‌کنندگان (۷۸ درصد) را تشکیل می‌دادند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گرچه نمره کل توانمندی زنان در باروری در دو گروه زنان شهری و روستایی اختلاف معناداری نداشت، اما در ابعاد فردی- خانوادگی و تنظیم خانواده بین دو گروه زنان شهری و روستایی اختلاف معنی‌دار می‌باشد($p<۰/۰۵$). در این راستا نتیجه مطالعه نشان می‌دهد که نمره بعد فردی- خانوادگی توانمندی زنان در باروری در زنان روستایی از زنان شهری کم‌تر می‌باشد. به نظر می‌رسد زنان روستایی در مقایسه با زنان شهری به میزان کم‌تری در تصمیم‌گیری‌های خانواده شرکت می‌کنند و زنان شهری قدرت تصمیم‌گیری بیش‌تر و مطلوب‌تری در بسیاری از مسائل از جمله موضوعات بهداشتی و باروری نسبت به زنان روستایی دارند(۴۵،۱۸). هم‌چنین نمره بعد تنظیم خانواده در زنان روستایی از زنان شهری بیش‌تر می‌باشد. به نظر می‌رسد یکی از زیر ساخت‌های اساسی کنترل بر باروری، داشتن اختیار در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با تنظیم خانواده است که زنان با کمک منابع اطلاعاتی به یک طرح و برنامه‌ریزی برای تنظیم خانواده و باروری می‌رسند. توانایی تصمیم‌گیری می‌تواند تحت تاثیر مهارت فردی باشد که از کودکی توسط والدین و در دوران تحصیل در مدرسه آموخته می‌شود(۲۱). مراجعه بیش‌تر زنان روستایی به خانه‌های بهداشت در توانمندی آنان در برنامه‌های باروری و تنظیم خانواده موثر می‌باشد(۴۶)، چرا که گسترش خدمات رایگان در مراکز بهداشتی، درمان عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری و تنوع روش‌های پیشگیری از بارداری از عوامل موثر در توانمندی زنان در تنظیم خانواده می‌باشد(۲۱).

از محدودیت‌های مطالعه این بود که اطلاعات بر اساس خود گزارش‌دهی زنان‌کننده بود که ممکن است پاسخ به برخی از سوالات تحت تاثیر عوامل و ارزش‌های فرهنگی جامعه قرار گرفته باشد. هم‌چنین طرح مطالعه به صورت مقطعی می‌باشد و این موضوع تفسیر ارتباطات را به صورت رابطه علت و معلولی مشکل می‌سازد و به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

منظور تعیین آن نیاز به انجام مطالعه به صورت طولی می‌باشد. به علاوه این که عوامل اقتصادی، اجتماعی و شخصی دیگری از قبیل وضعیت درآمد، استفاده از وسایل ارتباط جمعی و دسترسی به امکانات برای استفاده از فرصت‌های بهتر در عرصه‌های اجتماعی در توانمندی باروری زنان موثر می‌باشند که به دلیل وسعت مطالعه بررسی نگردید. باتوجه به‌ارتباط بین انگیزه‌های فرزندآوری و توانمندی زنان در باروری، پیشنهاد می گردد که به منظور ارتقاء توانمندی زنان در باروری، انگیزه‌های فرزندآوری آنان و عوامل جمعیتی– اجتماعی مرتبط با آن مورد توجه قرار گیرد. در این راستا مناسب است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان ضمن توجه به متغیرهای یاد شده، اقدامات اصولی و لازم در جهت تقویت آن‌ها را به کار گیرند تا از این مسیر ضمن یاری رساندن به زنان جامعه در نیل به توانمندی در باروری، در جهت افزایش نرخ باروری در کشور تلاش نمایند. در این بین، تاثیر ارتقاء سطح تحصیلات همسر به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر توانمندی باروری زنان مورد تاکید می‌باشد، گرچه به سبب وسعت مطالعه، اطلاعاتی از سطح آگاهی مردان در مورد سلامت باروری همسرانشان و تاثیر آن بر توانمندی باروری زنان در دسترس نمی‌باشد. هم‌چنین علی‌رغم این که زنان شهری و روستایی جامعه مورد پژوهش وضعیت نسبتاً مطلوبی از نظر توانمندی زنان در باروری را داشته اند، لیکن تا رسیدن به شرایط مطلوب‌تر فاصله باقی است. توصیه می‌شود حمایت اجتماعی از زنان در خانواده و جامعه در برنامه‌های دولت قرار گیرد و مراکز بهداشتی- درمانی افراد آموزش دیده جهت ارائه خدمات به افراد را به خدمت بگیرند و مدیریت و برنامه‌ریزی در حوزه بهداشت باروری باید به سوی خدمات جامع بهداشت باروری سوق یابد تا زنان را در رسیدن به خواسته‌های باروری یاری نماید. هم‌چنین با توجه به تاثیر وضعیت اشتغال زنان و تحصیلات همسر بر توانمندی زنان در باروری، در زنان با وضعیت اشتغال متفاوت و سطح تحصیلات متفاوت همسر، مداخلات و برنامه ریزی مناسب و دقیق در نظر گرفته شود که نهایتاً به توانمندی زنان در باروری کمک نماید.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد اخلاق R.MAZUMS.REC.96.3069 می باشد. بدین وسیله مراتب قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی مازندران به واسطه حمایت مالی از این طرح (به شماره طرح ۳۰۶۹) و کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند ابراز می داریم.

References

1. Eslamlou F, Vahabzadeh Z, Moeini S, Tabrizi MF. Pre-Marriage couples` fertility attitude following recent childbearing persuasive policies in Iran. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2014; 11(10): 836-846 (Persian).
2. Piltan F, Rahmanian M. Investigating factors affecting the tendency toward childbearing among married men and women (case of study: men and women aged 25 to 45 years old in Jahrom). JISDS 2015; 7(2): 121-134 (Persian).
3. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between fertility motivations and preferences in couples. IJOGI 2014; 17(114): 8-18 (Persian).
4. Gray E, Evans A, Reimondos A. Childbearing desires of childless men and women: when are goals adjusted? Adv Life Course Res 2013; 18(2): 141-149.
5. Guedes M, Pereira M, Pires R, Carvalho P, Canavarro MC. Childbearing motivations scale: construction of a new measure and its preliminary psychometric properties. J Child

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Fam Stud 2013; 24(1): 180-194.

6. Miller WB, Sable MR, Beckmeyer JJ. Preconception motivation and pregnancy wantedness: pathways to toddler attachment security. J Marriage Fam 2009; 71(5): 1174-1192.
7. Benzies K, Tough S, Tofflemire K, Frick C, Faber A, Newburn Cook C. Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. J of Obstetric Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35(5): 625-633.
8. Söderberg M, Christensson K, Lundgren I. A project for future life-swedish women's thoughts on childbearing lacking experience of giving birth and parenthood. Int J Qual Stud Health Well-being 2012; 7(17318): 1-9.
9. Corroon M, Speizer IS, Fotso J-C, Akiode A, Saad A, Calhoun L, et al. The role of gender empowerment on reproductive health outcomes in urban Nigeria. Matern Child Health J 2013; 18(1): 307-315.
10. Upadhyay UD, Gipson JD, Withers M, Lewis S, Ciaraldi EJ, Fraser A, et al. Women's empowerment and fertility: a review of the literature. Soc Sci Med 2014; 115: 111-120.
11. Pande RP, Falle TY, Rathod S, Edmeades J, Krishnan S. 'If your husband calls, you have to go': understanding sexual agency among young married women in urban South India. Sex Health 2011; 8:102-109.
12. Upadhyay UD, Karasek D. Women's empowerment and ideal family size: an examination of DHS empowerment measures in sub-Saharan Africa. Int. Perspectives Sex. Reproductive Health 2012; 38(2): 78-89.
13. Goni MA, Saito O. Fertility decline and women's status: a micro data analysis of the role of nongovernmental organizations (NGOs) in Bangladesh. Int NGO J 2010; 5: 88-101.
14. Speizer IS, Whittle L, Carter M. Gender relations and reproductive decision making in Honduras. Int Fam Plan Perspect 2005; 31(3): 131-139.
15. Woldemicael G. Women's autonomy and reproductive preferences in Eritrea. J Biosoc Sci 2009; 41(2): 161-181.
16. Kritz, M.; Makinwa-Adebusoye, P.; Gurak, D. The role of gender context in shaping reproductive behaviour in Nigeria. In: Presser H, Sen G, editors. Female Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo. New York, Oxford University Press, 2000. P: 239-260.
17. Malhotra A, Schuler SR. Women's empowerment as a variable in international development. Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives. 2002
18. Pandey S, Singh M. Women empowerment and personal values as predictors of reproductive health. J Indian Academy Appl Psychol 2008; 34(2): 309-316.
19. D'Souza MS, Karkada SN, Somayaji G, Venkatesaperumal R. Women's well-being and reproductive health in Indian mining community: need for empowerment. Reprod Health 2013; 10(1): 2-12.
20. Qureshi N, Shaikh B. Women's empowerment and health: the role of institutions of power in Pakistan. East Mediterr Health J 2007; 13(6): 1459-1465.
21. Kohan S, Simbar M, Taleghani F. Empowerment in family planning as viewed by Iranian women: A qualitative study. J Biosoc Sci 2012; 44(02): 209-219.
22. Khiaban M, Esmaeili M, Salsali M. A review of the high level of education and reduced fertility in Iranian women: Have women been empowered? International Journal of Women's

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Health and Rreproduction Sciences 2018; 6(2): 106-112 (Persian).

23. Macquarrie K. Family Formation and Women's Empowerment over the Life Course in Madhya Pradesh, India: A Structural Equations Model. Paper presented at XXVI IUSSP International Population Conference, Marrakech, Morocco URL: https://iussp2009. princeton.edu/papers/91879; Accesses January 2016.
24. Ahamad T, Sinha A, Shastri RK. Women empowerment through skills development & vocational education. SMS J of Entrepreneurship & Innovation 2016; 2(2): 76-81.
25. Amerian M, Kariman N, Janati P, Salmani F. J The Role of Individual factors in decision making for the first Childbearing. Payesh 2016; 15(2): 143-151 (Persian).
26. Tavousi M, Motlagh ME, 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; 14(5): 597-605 (Persian).
27. Miller WB. Childbearing motivation and its measurement. J Biosoc Sci 1995; 27(04): 473-487.
28. Pezeshki MZ, Zeighami B, Miller WB. Measuring the childbearing motivation of couples referred to the Shiraz health center for premarital examinations. J Biosoc Sci 2005; 37(01): 37-53.
29. Kiani Z, Simbar M, Dolatian M, Zaeri F. Relationship between structural social determinants of health and women's empowerment in reproductive health. SJSPH 2015; 13(2): 1-15 (Persian).
30. Borisenko JV, Belogay KN, Morozova IS, Ott TO. Reproductive motivation in Russian women in the family context. J Reprod Infant Psychol 2016; 34(3): 224-234.
31. Riggs DW, Bartholomaeus C. The desire for a child among a sample of heterosexual Australian couples.J Reprod Infant Psychol 2016; 34(5): 442-450.
32. HajiPour L, Hosseini Tabaghdehi M, TaghiZoghi Z, Behzadi Z .Empowerment of pregnant women. J Holist Nurs Midwifery 2016; 26(3): 16-24 (Persian).
33. Hannula MS. Motivation in mathematics: goals reflected in emotions. Educ Stud Math 2006; 63(2): 165-178.
34. Hameed W, Azmat SK, Ali M, Sheikh MI, Abbas G, Temmerman M, et al. Women's empowerment and contraceptive use: The role of independent versus couples' decision-making, from a lower middle income country perspective. PloS One 2014; 9(8): e104633.
35. Froozanfar S, Majlessi F, Abbas R-F, Pourreza A. Assesment of the relationship between empowerment and reproductive behaviour. Daneshvar Med 2012; 19(99): 39-46 (Persian).
36. Chaudhry IS, Nosheen F. The determinants of women empowerment in Southern Punjab (Pakistan): An empirical analysis. Eur J Soc Sci 2009; 10(2): 216-229.
37. Samari G .First birth and the trajectory of women's empowerment in Egypt. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17(2): 44-55.
38. Shakouri A, Rafat JM, Jafari M. An analysis of factors affecting women's empowerment components. Women in Development and Politics 2007; 5(1): 1-26 (Persian).
39. Kamiya Y. Women's autonomy and reproductive health care utilisation: empirical evidence from Tajikistan. Health Policy 2011; 102(2): 304-313.
40. Islam N, Abedin S, Rahman M. Women's empowerment and reproductive health: Experience from chapai nawabganj district in Bangladesh. Pakistan J Soc Sci 2008; 5(9): 883-888.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

41. Mainuddin A, Begum HA, Rawal LB, Islam A, Islam SS. Women empowerment and its relation with health seeking behavior in Bangladesh. J Family Reprod Health 2015; 9(2): 65-73.
42. Biswas MP, Rao MRM. Gandhian philosophy and women empowerment: An Overview. IJESC 2016; 6(5): 4918-4921. DOI 10.4010/ 2016.1216.
43. Kabir R, Rahman S, Monte-Serrat DM, Arafat SY. Exploring the decision-making power of Bangladeshi women of reproductive age: Results from a national survey. South East Asia J Med Sci 2017; 1(1): 4-8.
44. Badar S, Gull S, Saeed MA, Hussain W. Female educational empowerment and fertility behavior. JRMC 2013; 17(2): 291-293.
45. Acharya DR, Bell JS, Simkhada P, Van Teijlingen ER, Regmi PR. Women's autonomy in household decision-making: a demographic study in Nepal. Reprod Health 2010; 7(1): 2-12.
46. Razavizadeh N, Peikani T. A Review of Social Studies on Family Planning and Decline of Fertility Rate in Iran. Strategy Culture 2015; 8(30): 35-65 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]