

سرمایه اجتماعی و تک‌فرزندی در زنان شاغل

مژگان فیروزبخت^۱، آرام تیرگر*^۳، کریم اله حاجیان تیلکی^۴، فاطمه باکویی^۵، مریم نیکپور^۶

۱- دکتری پژوهشی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ۲- گروه پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل، بابل، ایران. ۳- استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ۴- استاد آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ۵- استادیار بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ۶- دکتری پژوهشی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

*نویسنده مسئول: آرام تیرگر، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل؛ تلفن: ۰۹۱۱۳۱۳۳۷۸۱؛ پست الکترونیک: a.tirgar@mubabol.ac.ir

دریافت: ۹۸/۲/۳۱ پذیرش: ۹۸/۷/۱۰

چکیده

مقدمه: روند سریع کاهش باروری، ایران را در زمره کشورهای «با باروری زیر سطح جایگزینی» قرار داده است. باروری زیر سطح جایگزین، نمود رفتار تک‌فرزندی است. در سال‌های اخیر، برای بهبود درک رفتارهای باروری و تغییرات سطوح باروری، شبکه‌های اجتماعی (به‌عنوان یکی از مولفه‌های سرمایه اجتماعی) بیش از هر زمان در کانون توجه قرار گرفته‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و رفتار تک‌فرزندی در زنان شاغل ایرانی انجام شد.

روش کار: مطالعه مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۷ روی ۶۰۰ زن شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بابل، در شمال ایران، انجام پذیرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، رفتار باروری و سرمایه اجتماعی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-21 با استفاده از آنالیز رگرسیون پواسون و لجستیک در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر، ۴۵ درصد زنان صاحب تک‌فرزند بودند و ۵۴/۵ درصد قصد بارداری مجدد نداشتند. بر اساس یافته‌ها، ارتباط معنی‌داری میان تعداد بارداری و سرمایه اجتماعی مشاهده شد ($P=0/039$). هم‌چنین در زنان با سرمایه اجتماعی پایین، شانس تک‌فرزندی افزایش یافته بود؛ هرچند این افزایش معنی‌دار نبود ($OR=1/41$, $CI:0/899-2/220$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر بیان‌گر آن بود که افزایش سرمایه اجتماعی با افزایش تعداد بارداری در ارتباط است. از این رو، در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های افزایش جمعیت، نقش سرمایه اجتماعی باید بیش‌تر مورد توجه قرار گیرد.

کل واژگان: فرزندآوری، سرمایه اجتماعی، تک‌فرزندی، زنان شاغل، ایران

مقدمه

می‌شود، کاهش باروری می‌تواند ناشی از تک‌فرزندی باشد [۷]؛ لذا می‌توان چنین فرض نمود که باروری زیر سطح جایگزین، نتیجه‌ی افزایش قصد تک‌فرزندی و تأخیر در آوردن فرزند دوم و از دست دادن فرصت جبران است؛ چنانچه به موازات روند کاهش نرخ باروری، شاهد افزایش خانواده‌های تک‌فرزند از ۱۳/۸ درصد در سال ۱۳۶۸ به ۲۸/۵ درصد در سال ۱۳۹۰ بودیم [۸].

باروری تنها دارای جنبه‌ی زیست‌پزشکی نیست؛ بلکه پدیده‌ای اجتماعی است که با دگرگونی‌های اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی تغییر می‌کند [۹]. طی دو دهه‌ی اخیر، تعاملات اجتماعی موجود در شبکه‌های اجتماعی به‌عنوان یکی از مولفه‌های سرمایه اجتماعی برای درک رفتارهای باروری و تغییرات سطوح باروری مورد توجه قرار گرفته‌اند [۱۰]. گسترش و نفوذ هنجارها و ارزش‌های جدید، در کنار توسعه‌ی روش‌های پیشگیری از بارداری، مهم‌ترین عوامل

فرایند جهانی‌شدن و حرکت به سوی مدرنیته، کارکردهای خانواده‌ی سنتی را دگرگون کرد؛ این دگرگونی‌ها منجر به تغییر سبک زندگی مردم و ابعاد مختلف آن، از جمله کاهش سطح زاد و ولد شد [۱]. روند سریع کاهش باروری در ایران، یکی از موارد استثنایی در جهان طی دهه‌های گذشته است [۲]. کاهش ۷۰ درصدی نرخ باروری در سه دهه‌ی اخیر [۳]، از ۷ فرزند برای هر زن در اوایل دهه‌ی ۱۳۶۰ به حدود ۱/۶ فرزند تا سال ۱۳۹۰ [۴] و ۱/۵ فرزند تا سال ۱۳۹۴، ایران را در زمره کشورهای «با سطح باروری پایین‌تر از سطح جایگزینی» (باروری کل زیر ۲/۱ فرزند) قرار داده است. ادامه روند کاهش بارداری در دو دهه‌ی آینده، نرخ باروری را به سمت پایین سوق می‌دهد [۵].

«باروری به زیر سطح جایگزین» تحت تأثیر قصد و تأخیر در بارداری و از دست دادن فرصت جبران است [۶]. از آن‌جا که بی‌فرزندی ارادی در ایران به ندرت مشاهده

زنان شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بابل، در شمال ایران صورت پذیرفت. حجم نمونه در این مطالعه، بر اساس سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، اندازه اثر ۰/۱۸ و افت ۲۰ درصد، ۶۰۰ نفر محاسبه گردید. روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای انجام پذیرفت. بدین منظور، ابتدا بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی به دو طبقه تقسیم شدند. سپس در هر طبقه، نمونه‌گیری به صورت تصادفی و بر اساس حجم تخصیص یافته و معیارهای ورود صورت پذیرفت. معیارهای ورود شامل زنان با حداقل یک سال سابقه اشتغال در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و دست‌کم یک بار ازدواج، بدون سابقه‌ی نازایی (اولیه و یا ثانویه) و بیماری سیستمیک موثر بر باروری (مثل بیماری قلبی پیشرفته یا بیماری بدخیم و شیمی‌درمانی) بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل پاسخ‌دهی ناقص و انصراف از شرکت در مطالعه بود.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده پرسش‌نامه‌ی مشتمل بر دو بخش صورت پذیرفت. بخش اول پرسش‌نامه، در بر گیرنده‌ی مشخصات دموگرافیک و باروری افراد شامل سن، سن ازدواج، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، شغل همسر، رضایت از وضعیت اقتصادی، سابقه‌ی کار و نوبت کاری و همچنین تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد بارداری ایده‌آل و تمایل به بارداری مجدد در قالب پاسخ بله-خیر بود. در بخش دوم نیز جهت بررسی سرمایه اجتماعی از پرسش‌نامه بولن و انیکس^۴ استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۳۶ پرسش چهارگزینه‌ای پیرامون حیطه‌های مختلف از قبیل میزان مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، میزان ارتباط با دوستان و میزان ارتباط با خانواده می‌باشد. نمره هر پرسش از ۱ تا ۴ متغیر است. در مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمره سرمایه اجتماعی به‌عنوان نقطه برش در نظر گرفته شد [۲۵، ۲۶]. نمره بالاتر از نقطه برش، نشانه سرمایه اجتماعی بالا و نمره پایین‌تر از نقطه برش، به معنی سرمایه اجتماعی پایین بود. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران تایید شده است [۲۷].

تعداد ۶۰۰ پرسش‌نامه میان مشارکت‌کنندگان توزیع گردید و از این میان ۵۳۶ پرسش‌نامه جهت ورود به مطالعه مناسب تشخیص داده شده، برای تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت (نرخ مشارکت ۸۹٪).

پس از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 انجام شد. به‌منظور تعیین عوامل مرتبط با "تعداد بارداری" و با توجه به ماهیت شمارشی و گسسته‌بودن این متغیر، از رگرسیون پواسون استفاده شد. همچنین، از رگرسیون لجستیک جهت بررسی متغیرهای تاثیرگذار بر تک‌فرزندی استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ درصد در نظر گرفته شد.

در بروز گذار اول جمعیتی در اروپا و سپس کشورهای در حال توسعه است [۱۱]. به اعتقاد بونگارت^۱، ارزش‌ها و نگرش‌های سنتی رایج در نسل‌های پیشین، چندان از سوی نسل جوان دنبال نمی‌شود؛ درواقع، نسل جدید ارزش‌های خود را جایگزین ارزش‌های قدیم و جهان‌بینی خود را جایگزین جهان‌بینی متداول در جوامع می‌کند [۱، ۱۲]. در دهه‌های اخیر، این تغییر نگرش میان زنان و دختران بیش‌تر بوده است [۹]. ارزش‌های جدید از طریق تعاملات اجتماعی گسترش یافته و افراد با دیدگاه‌های جدید مرتبط با باروری آشنا می‌شوند؛ این دیدگاه‌های جدید بر رفتارهای فرزندآوری آنان تاثیر می‌گذارد [۱۳]. مشارکت اجتماعی زنان و افزایش تعاملات اجتماعی، با بهره‌مندی از فرصت‌های شغلی و تحصیلی، یکی از عوامل مهم در کاهش فرزندآوری به‌شمار می‌رود [۱۴، ۱۵]. تعاملات اجتماعی در شبکه‌های اجتماعی، سرمایه اجتماعی را می‌سازند [۱۶].

مطالعات محدودی پیرامون سرمایه اجتماعی و فرزندآوری صورت گرفته و غالب آن‌ها معطوف به بحران جمعیتی کشورهای اروپای شرقی در اوایل قرن بیستم است [۱۰، ۱۷-۲۰]. مطالعه بوهلر و فرتزاک^۲ (۲۰۰۱) نشان داد که وجود تعاملات حمایتی با تمایل به داشتن فرزند دوم در ارتباط است. وجود محیط حمایتی، نوعی سرمایه اجتماعی در رابطه با باروری ایجاد می‌کند. در مطالعه‌ی حاضر، میزان دسترسی به منابع حمایتی در سطح فردی بر تمایلات باروری افراد تاثیرگذار بود [۱۰]. بالبو و میلر^۳ در مطالعه خود بیان نمودند که ارتباط غیرخطی (U شکل) میان دریافت حمایت و تمایل به داشتن فرزند در مردان آلمانی وجود دارد. همچنین، عدم دسترسی به حمایت و حمایت بیش از حد اطرافیان (به‌دلیل مشکلات موجود در هماهنگی) عامل کاهش تمایل به داشتن فرزند دوم در مردان آلمانی است [۲۱].

روند کاهش جمعیت در ایران در سال‌های اخیر بسیار نگران‌کننده بوده است. هرچند مطالعات مختلفی در این زمینه صورت گرفته، اما غالب مطالعات انجام‌شده بر بررسی عوامل ساختاری مانند تحصیلات و اشتغال متمرکز بوده است [۲۲]. این در حالی است که میان زنان نوعی تغییر نگرش نسبت به نقش مادری و همسری رخ داده است [۲۳]. از آن‌جا که هم‌چنان در خانواده‌های ایرانی، دو فرزند ایده‌آل محسوب می‌شود [۲۴]، علل گرایش خانواده‌ها به تک‌فرزندی نیازمند مطالعه است. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و رفتار فرزندآوری با تاکید بر تک‌فرزندی در زنان شاغل صورت گرفته است.

روش کار

مطالعه‌ی مقطعی حاضر در سال ۲۰۱۷ روی گروهی از

¹ Bongart

² Buhler & Fertczak

³ Balbo & Miler

⁴ Bullen & Onyex

یافته‌ها

بود؛ با این حال، ۴۵ درصد از ایشان تنها صاحب یک فرزند بودند؛ ۱۴/۴ درصد زنان قصد بارداری مجدد داشتند و حدود ۵۹ درصد حتی در صورت حمایت دولت قصد بارداری نداشتند. خصوصیات فردی و باروری افراد تحت مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

متوسط سن و سابقه‌ی کار مشارکت‌کنندگان در پژوهش به ترتیب $7/78 \pm 36/49$ و $11/24 \pm 7/31$ سال بود. همچنین، ۸۳ درصد دارای تحصیلات لیسانس و ۷۱/۶ درصد پرستار یا ماما بودند. از نظر ۶۲/۳ درصد از مشارکت‌کنندگان، تعداد ایده‌آل در زمان ازدواج و در زمان مطالعه ۲ فرزند

جدول ۱: خصوصیات فردی و باروری زنان متاهل شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بابل

میانگین \pm انحراف معیار	خصوصیات فردی	
$7/78 \pm 36/49$	سن (سال)	
$7/3 \pm 11/24$	سابقه کار (سال)	
$3/70.1 \pm 23/78$	سن ازدواج (سال)	
تعداد (درصد)		
$30/2$ ۱۶۲	خیر	شيفت‌کاري
$69/2$ ۳۷۱	بله	
$4/7$ ۳۰	ديپلم و فوق‌ديپلم	تحصيلات
83 ۴۴۵	ليسانس	
$11/4$ ۶۱	فوق‌ليسانس و بالاتر	
$95/1$ ۵۱۰	متاهل	وضعيت تاهل
$2/8$ ۱۵۸	مطلقه	
$2/1$ ۱۱	بيوه	
$7/5$ ۴۰	روستا	محل سکونت
$9/16$ ۴۹۱	شهر	
$2/8$ ۱۵	خیلی کم	رضایت از وضعیت اقتصادی
$8/5$ ۴۵	کم	
$75/9$ ۴۰۰	متوسط	
$11/8$ ۶۲	زیاد	
$0/9$ ۵	خیلی زیاد	
$71/5$ ۳۸۱	ماما/پرستار	شغل
$23/8$ ۱۲۷	کارشناس بهداشت-درمان	
$4/5$ ۲۴	پزشک و متخصص	
$11/2$ ۵۶	-	تعداد بارداری
$39/4$ ۱۹۷	۱	
$33/4$ ۱۶۷	۲	
$11/2$ ۵۶	≥ 3	
$11/1$ ۴۷	۰	تعداد فرزند
45 ۱۹۱	۱	
$33/4$ ۱۶۷	۲	
16 ۸۰	≥ 3	
$21/5$ ۱۲	۰	تعداد فرزند ایده‌آل در زمان ازدواج
$22/7$ ۶۱	۱	
$57/1$ ۳۷۴	۲	
$27/7$ ۱۳۳	≥ 3	
-	۰	تعداد فرزند ایده‌آل در زمان مطالعه
$18/9$ ۹۲	۱	
$62/3$ ۳۰۴	۲	
$29/5$ ۹۲	≥ 3	
$14/4$ ۶۶	خیر	قصد بارداری طی ۲ سال آینده
$54/5$ ۲۹۲	بله	
$18/5$ ۹۹	نمی‌دانم	
$31/5$ ۱۰۵	خیر	بارداری در صورت حمایت دولت
$59/2$ ۳۸۹	بله	
$19/3$ ۹۴	نمی‌دانم	

ارتباط مثبت و معنی‌دار میان تعداد بارداری و سن ($P < 0/001$)، سن ازدواج ($P < 0/002$) و سرمایه اجتماعی ($P < 0/039$) بود.

متغیرهای تاثیرگذار بر تعداد بارداری، با استفاده از رگرسیون پواسون بررسی شد. نتایج حاصل از رگرسیون پواسون بیان‌گر

جدول ۲: ضرایب آنالیز رگرسیون پواسون متغیرهای تاثیرگذار بر تعداد فرزند در مشارکت‌کنندگان در پژوهش

for RR %95 CI		RR	P value	
UL	LL			
۱/۰۴۸	۱/۰۳۲	۱/۰۴۲	<۰/۰۰۱	سن (سال)
۱/۰۰۸	۰/۹۹۷	۱/۰۰۲	۰/۰۳۹	سرمایه اجتماعی
۱/۰۲۶	۰/۹۹۶	۱/۰۱۱	۰/۱۶۵	سابقه کار (سال)
۱/۰۸۶	۰/۷۹۴	۰/۹۲۹	۰/۳۵۵	نوبت کار (خبر/بله)
۱/۶۹۷	۰/۸۱۲	۱/۱۸۲	۰/۱۸۷	کمتر از لیسانس
۱/۸۲۸	۰/۹۶۸	۱/۳۳۰	۰/۰۵۸	لیسانس
		۱		فوق لیسانس و بیش‌تر
۳/۱۴۱	۱/۴۸۵	۲/۱۶۰	<۰/۰۰۱	۲۰ و کمتر
۲/۴۰۳	۱/۱۸۷	۱/۶۸۹	۰/۰۰۲	۳۰-۲۰
		۱		۳۰ و بیش‌تر
۱/۱۴۳	۰/۸۰۹	۰/۹۶۲	۰/۶۵۹	کمتر از ۵
۱/۱۷۱	۰/۸۵۱	۰/۹۹۸	۰/۹۸۰	۱۰-۵
		۱		بیش‌تر از ۱۰
۱/۰۰۱	۰/۶۰۷	۰/۸۱۹	۰/۰۵۱	محل سکونت (روستا/شهر)

نسبت به زنان با تحصیلات بالاتر داشتند ($CI: 0/315-1/587$)، در زنان با سطح بالای رضایت از وضعیت اقتصادی، ۵۰ درصد شانس تک‌فرزندی افزایش یافته بود ($OR=1/50$ ، $CI: 0/819-2/765$)، در مطالعه‌ی حاضر، در زنان با سن زمان ازدواج کمتر از ۳۰ سال، شانس تک‌فرزندی حدود ۸۰ درصد کاهش یافته بود ($OR=0/218$ ، $CI: 0/062-0/765$)،

جهت بررسی متغیرهای تاثیرگذار بر تک‌فرزندی، از رگرسیون لجستیک استفاده شد. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک بیان‌گر آن بود که زنان با سرمایه اجتماعی پایین، ۴۰ درصد شانس بیش‌تری برای تک‌فرزندی داشتند ($OR=1/41$ ، $CI: 0/899-2/220$)، همچنین زنان با سطح تحصیلات کمتر، ۳۰ درصد شانس تک‌فرزندی کمتری

جدول ۳: ضرایب تصحیح شده رگرسیون لجستیک، متغیرهای موثر بر تک‌فرزندی

for OR %95 CI		OR	P value	
UL	LL			
۰/۷۶۵	۰/۰۶۲	۰/۲۱۸	۰/۰۱۷	سن ازدواج (کمتر از ۳۰ سال / بیش‌تر از ۳۰ سال)
۲/۷۶۵	۰/۸۱۹	۱/۵۰۵	۰/۱۸۸	رضایت از وضعیت اقتصادی (کم / زیاد)
۱/۵۸۷	۰/۳۱۵	۰/۷۰۷	۰/۴۰۷	تحصیلات (لیسانس / بالاتر)
۲/۲۲۰	۰/۸۹۹	۱/۴۱۳	۰/۱۳۴	سرمایه اجتماعی (کم / زیاد)

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط میان سرمایه اجتماعی و تک‌فرزندی در زنان شاغل انجام شد. در این مطالعه، رابطه‌ی میان سرمایه اجتماعی و تعداد بارداری معنی‌دار بود؛ همچنین، شانس تک‌فرزندی در زنان با سرمایه اجتماعی بالا کاهش یافته بود. فرزندآوری با هزینه‌های مالی مستقیم و غیرمستقیم (مثل خستگی جسمی، کار اضافی منزل، تغییر ارتباط میان والدین) همراه است و می‌تواند در تصمیم‌گیری‌های والدین برای فرزندآوری تاثیرگذار باشد. منابع موجود در شبکه‌ها می‌تواند این هزینه‌ها را کاهش دهد. مشارکت غیرمستقیم افراد در شبکه‌ها، امکان دسترسی به منابع موجود در شبکه را برای آنان فراهم می‌کند، بدون آن که آن‌ها را مجبور به بازپرداخت کند. ارتباط میان اعضای

یک خانواده از نوع مشارکت غیرمستقیم است. افراد خانواده منابع عظیمی از حمایت هستند [۱۸]. خانواده از چندین راه (مانند اطمینان از این که دیگر اعضای خانواده از فرزندان وی مراقبت می‌کنند، در نبود وی به کارهای منزل رسیدگی می‌کنند، آسایش و رفاه و امنیت را برای او فراهم می‌کنند و تفریحات خود را با اوقات فراغت وی هماهنگ می‌کنند) فرد را حمایت می‌کند. بر اساس نظریه حمایت اجتماعی، اگر فردی حمایتی را دریافت کند، حتی اگر آن حمایت دایمی نباشد، فواید آن همچنان برای فرد باقی می‌ماند. بر همین اساس، اگر زنی پس از زایمان از حمایت‌های خویشاوندان در نگهداری از فرزند خود برخوردار شود و همچنین دوستان و نزدیکانش او را به داشتن فرزند دیگری تشویق کنند، گرایش او به

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

همچنین در مطالعه‌ی حاضر، شانس تک‌فرزندی در افراد با رضایت بیش‌تر از وضعیت اقتصادی ۱/۵ برابر بیش‌تر بود. مطالعات مختلفی به بررسی ارتباط میان تعداد فرزند و وضعیت اقتصادی پرداخته‌اند [۳۶، ۳۷]؛ هرچند در برخی از آن‌ها چنین ارتباطی مشاهده نشده است [۳۸]. از نظر بکر، تمایل به فرزندآوری در والدین تحصیل‌کرده با رتبه‌ی شغلی بالا و هزینه فرصت‌های زیاد و نیز والدینی که به دلیل برخورداری از درآمد بیش‌تر، دسترسی آسان‌تری به وسایل کنترل بارداری دارند، کمتر بوده و متقابلاً والدین کم‌درآمد با مشاغل پایین و فقدان دسترسی به روش‌های کنترل بارداری، فرزندان بیش‌تری دارند [۳۹]. بر اساس تئوری عرضه و تقاضا و هزینه-فرصت، رفتار باروری افراد متأثر از رفتار اقتصادی آنان است. در این تئوری، فرزندان مشابه کالاهای مصرفی هستند که داشتن آن‌ها مستلزم پول و زمان است. تعداد فرزندان بر اساس رسیدن به تعادل عقلایی میان داشتن فرزند و سایر ترجیحات والدین تعیین می‌شود. با افزایش درآمد تا حدی باروری افزایش می‌یابد و پس از آن، با افزایش بیش‌تر درآمد، میزان باروری کاهش می‌یابد. لذا، رابطه‌ی میان درآمد و میزان باروری به صورت یک منحنی U-شکل نمایش داده می‌شود [۲۲].

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که در این مطالعه، نقش مردان در رفتارهای فرزندآوری مورد بررسی قرار نگرفته است. از آن‌جا که فرزندآوری رفتاری متأثر از زوجین است، لازم است دیدگاه‌های مردان نیز به‌طور هم‌زمان مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، استفاده از پرسش‌نامه با محدودیت‌هایی مواجه است؛ به همین جهت توصیه می‌شود مطالعات کیفی در این زمینه انجام گیرد. از طرفی، مطالعه‌ی مقطعی حاضر، روابط علیتی میان متغیرها را نشان نمی‌دهد. از نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که این نخستین پژوهش پیرامون بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و رفتارهای باروری در زنان شاغل است.

نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر، سرمایه اجتماعی بر تعداد بارداری تأثیرگذار بود و تک‌فرزندی در زنان با سرمایه اجتماعی بالا کمتر مشاهده شد. ارتقای سرمایه اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یکی از راه‌کارهای مقابله با روند کاهش رشد جمعیت مورد توجه برنامه‌ریزان جمعیتی قرار گیرد.

کاربرد در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

کاهش چشم‌گیر رشد جمعیت در ایران در سال‌های اخیر بسیار نگران‌کننده بوده و مطالعات مختلفی در این زمینه صورت گرفته است. این مطالعات نقش سرمایه اجتماعی

داشتن فرزند بعدی بیش‌تر از زنی است که از این حمایت‌ها محروم است [۲۸]. سرمایه اجتماعی از طریق برقراری دسترسی به منابع مادی و غیرمادی بر باروری به‌واسطه‌ی تثبیت وضعیت اقتصادی و موقعیت اجتماعی تأثیرگذار است [۲۹].

اگرچه به باور اکثر زنان تحت مطالعه، حالت ایده‌آل، داشتن ۲ فرزند بود، اما ۴۵ درصد آنان صاحب تنها یک فرزند بودند. نتایج مطالعه‌ی رازقی نصرآباد و باقری هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر پیرامون موضوع تک‌فرزندی است [۷، ۳۰]. آنچه میان نگرش و رفتار فرد وجود دارد، قصد به انجام آن عمل است؛ یعنی اگر فردی قصد به انجام کاری داشته باشد، در رفتار خود آن را نشان می‌دهد. بر اساس تئوری «عمل بخردانه»، انسان به‌عنوان موجودی منطقی، به‌طور منسجم و عقلانی عمل می‌کند [۳۱]. هنجارها و ارزش‌های غالب در جامعه، بر قصد افراد در ارتباط با باروری تأثیرگذار است. نیت به داشتن فرزند اول در خانواده بیش‌تر متأثر از تمایل به والدشدن و تحت تأثیر فشارهای اجتماعی است؛ در حالی که تمایل به داشتن فرزند دوم، تحت تأثیر منابع اقتصادی و حمایتی در دسترس و مورد نیاز برای فرزندآوری است [۳۲]. کاهش تعداد فرزند نسبت به تعداد ایده‌آل آن ممکن است ناشی از برخی پدیده‌ها از قبیل افزایش هزینه زندگی، افزایش هزینه تربیت فرزندان و تغییرات نگرشی نسبت به فرزندآوری در سطح جامعه و در راستای عمل بخردانه باشد. نتایج مطالعه‌ی حاضر در راستای نظریه بونگارت است که بالابودن بعد ایده‌آل نسبت به تعداد واقعی فرزندان را پدیده‌ی ناشی از انتقال باروری می‌داند [۱۲]. به نظر می‌رسد کاهش تعداد فرزند در زنان شاغل تحت مطالعه نسبت به تعداد ایده‌آل آن‌ها، نشانه‌ی از انتقال باروری به پایین‌تر از سطح جایگزینی باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، شانس تک‌فرزندی در زنان با تحصیلات پایین‌تر، ۳۰ درصد کاهش یافته بود. مطالعات متعددی بر نقش تحصیلات در رفتارهای فرزندآوری تأکید کرده‌اند [۲، ۴، ۳۱]. افزایش سطح تحصیلات در زنان منجر به افزایش هزینه فرصت فرزندآوری می‌گردد [۳۳]. با کاهش افتراق عمل‌کردی میان زنان و مردان، ترجیح جنسیتی کاهش می‌یابد. به‌طبع آن، یک زوج تصور می‌کنند که با داشتن تنها یک فرزند، جانشینی برای خود می‌آورند [۳۴]. نگرشی که منجر به «باروری زیر سطح جانشینی» می‌گردد. این دیدگاه می‌تواند در قالب یک هنجار در جوامع فوق‌باقی بماند [۳۵]. براساس نظریه گذار دوم جمعیتی، تغییر ارزش‌ها و ایدئولوژی توسعه فردی و خودتحقق‌بخشی و اهمیت آزادی اجتماعی و فردی از دلایل تغییر باروری به زیر سطح جایگزینی است. در واقع، زنان زمانی تصمیم به بارداری می‌گیرند که فرزندآوری منجر به غنا و توسعه‌ی زندگی آن‌ها شود [۶].

پزشکی بابل با کد MUBABOL, HRI.REC.1395.25 به تصویب رسید. پیش از شروع نمونه‌گیری، ابتدا از همه‌ی شرکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و به آن‌ها پیرامون محرمانه‌بودن اطلاعات و امکان خروج از مطالعه در هر مرحله اطمینان داده شد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل، جهت حمایت مالی این طرح تحقیقاتی قدردانی می‌شود. همچنین، نویسندگان از کلیه افراد شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل که در این مطالعه شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

- 1- Chamani s, Moshfeq M, Shekarbeigi A. The Study of Challenges pertaining to the Child Bearing in Tehran City with the Emphasis on the Mixed Method. *Gender and Family Studies*. 2015;3(1):9-38. (in persian).
- 2- Khalaj abadi Farahani, Saraei H. Examining the context of single-child intent and behavior in Tehran. *Women's Strategic Studies*. 2016;18(71):29-58. (in persian).
- 3- 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. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;24(120):1-13. (in persian).
- 4- Abbasi-Shavazi MJ, McDonald P, Hosseini-Chavoshi M. The fertility transition in Iran. *Revolution and Reproduction*. 1st edition. Berlin, Germany:Springer;2009: 10.
- 5- Aghayari hir T, Farokhi nekarestan m, Latifi mojreh ss. Child-bearing as Risk: (Qualitative Study of Milieu for Bearing Few Children in Tabriz City). *Women's Strategic Studies*. 2016;19(7):7-33. (in persian).
- 6- Van de Kaa DJ. Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to new behavior. *Population and Development Review*. 2001;27:290-331.
- 7- Razeghi Nasrabad H, Mirzaei M. The gap between actual and ideal fertility in Iran. *Journal of Population Association of Iran*. 2012;12:149-76. (in persian).
- 8- Shojaei J YB. One-child living experience: A study of girls over 18 years. *Women in Development & Politics*. 2018;15(4):447-76. (in persian).
- 9- Behjati-Ardakani Z, Akhondi MM, Mahmoodzadeh H, Hosseini SH. An evaluation of the historical importance of fertility and its reflection in ancient mythology. *Journal of reproduction & infertility*. 2016;17(1):2.
- 10- Bühler C, Fratzak E. Learning from others and receiving support: The impact of personal networks on fertility intentions in Poland. *European Societies*. 2007;9(3):359-82.
- 11- Bongaarts J, Watkins SC. Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and development review*. 1996:639-82.

در فرزندآوری را کمتر مورد توجه قرار داده‌اند. در مطالعه‌ی حاضر، ارتباط معنی‌داری میان تعداد فرزند و سرمایه اجتماعی مشاهده شد.

بر اساس یافته‌های این تحقیق، افزایش شبکه‌های حمایتی ویژه‌ی زنان شاغل که آنان را در نگهداری از فرزند یاری نماید، از جمله راه‌کارهایی است که در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با جمعیت، کمتر جنبه اجرایی پیدا کرده است. لذا، به نظر می‌رسد ارتقای سرمایه اجتماعی مرتبط با باروری، باید در سیاست‌گذاری‌های جمعیتی مد نظر قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پروتکل این مطالعه در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم

- 12- Bongaarts J. Fertility and reproductive preferences in post-transitional societies. *Population and development review*. 2001;27:260-81.
- 13- Kohler H-P, Behrman JR, Watkins SC. The structure of social networks and fertility decisions: evidence from S. Nyanza District, Kenya. *Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany*, 2001: 1-31.
- 14- Hajizadeh F, Ozgoli G, Gharenaz MS, Sheikhan Z, Nasiri M, Jannesari S. Examining Religious Attitudes and Reproductive Behavior among Women Visiting Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Research on Religion & Health*. 2017;3(3): 68-79. (in persian).
- 15- Virtala A, Vilksa S, Huttunen T, Kunttu K. Childbearing, the desire to have children, and awareness about the impact of age on female fertility among Finnish university students. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2011;16(2):108-15.
- 16- Flap H, Völker B. *Creation and returns of social capital*. London:Routledge; 2004:20-35.
- 17- Bühler C, Kohler H-P. Der Einfluss starker Beziehungen auf die Nutzung moderner Kontrazeptiva in Kenia/The Influence of Strong Ties on the Use of Modern Contraceptives in Kenya. *Zeitschrift für Soziologie*. 2004;33(1):5-25.
- 18- Bühler C, Philipov D. Social capital related to fertility: Theoretical foundations and empirical evidence from Bulgaria. *Vienna yearbook of population research*. 2005;1:53-81.
- 19- Calwell JC, Caldwell P, McDonald P. Policy responses to low fertility and its consequences: a global survey. *Journal of population research*. 2002;19(1):1-24.
- 20- Philipov D, Spéder Z, Billari FC. Soon, later, or ever? The impact of anomie and social capital on fertility intentions in Bulgaria (2002) and Hungary (2001). *Population studies*. 2006;60(3):289-308.
- 21- Balbo N, Billari FC, Mills M. Fertility in advanced societies: A review of research. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*. 2013;29(1):1-38.
- 22- shojaei j, yazdkhasti b. A systematic review of studies of fertility decline in the last two decades. *Women's Strategic Studies*. 2017;19:137-59. (in persian).

- 23- Hosseini H, Bagi B. Socioeconomic, cultural and demographic determinants of childbearing desires among married women attending health centers in Hamedan (2012). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2014;18(1):35-43. (in persian).
- 24- Khalaj abadi Farahani F, Saraei H. Intention for single child among new cohort of marriage in Tehran, Levels and Determinants. *Women strategi study*. 2105;18(71):29-60. (in persian).
- 25- Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey. *Social science & medicine*. 2009;68(11):1993-2001.
- 26- Oksanen T, Kouvonen A, Kivimäki M, Pentti J, Virtanen M, Linna A, et al. Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland. *Social science & medicine*. 2008;66(3):637-49.
- 27- Yari A, Nadrian H, Rashidian H, Nedjat S, Esmailnasab N, Doroudi R, et al. Psychometric properties of the Persian version of Social Capital Questionnaire in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2014;28:17.
- 28- Sadeghi H, H S. Effective Factors on Mothers' Inclination to Have Children in Tehran. *Social Development & Welfare Planing*. 2016;7(27):1-32. (in persian).
- 29- Balbo N, Mills M. The effects of social capital and social pressure on the intention to have a second or third child in France, Germany, and Bulgaria, 2004-05. *Population Studies*. 2011;65(3):335-51.
- 30- Bagheri A, Razeghi Nasrabad H, Saadati M. Identification of Fertility Preference Determinants Using Poisson Regression. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;13(2):153-61. (in persian).
- 31- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991;50(2):179-211.
- 32- Safiri KH, Kamali A, E F. Sociological study of positive attitude toward the child (Case study of women of Ilam city). *Womens Strategic Studies*. 2107;85:75-109. (in persian).
- 33- Billari FC, Philipov D, Testa MR. Attitudes, norms and perceived behavioural control: Explaining fertility intentions in Bulgaria. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*. 2009;25(4):439.
- 34- Bulatao RA, Casterline JB. *Global fertility transition*. New York : Population Council, 2001:27.
- 35- Caldwell JC, Schindlmayr T. Explanations of the fertility crisis in modern societies: A search for commonalities. *Population studies*. 2003;57(3):241-63.
- 36- Abbasishavazi m, khani s. Economic Insecurity and Fertility: Case Study of Married Women in Sanandaj District. *Journal of Population Association of Iran*. 2014;9(17):37-76. (in persian).
- 37- Asadi-Aliabadi M, Fakori M, Siamian H, Dehghani L, Rostami maskopaii F. Socio-Cultural and Economic Factors Influencing Fertility Behavior in Staffs Working in Health Centers in Juybar, Iran: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal Of Health Sciences*. 2017;5(4):62-8. (in persian).
- 38- Nobakht. R, Ghasemiardhehali. A, Bromandzae. M. Study and correlated with socioeconomic and demographic situation of immigrant women's reproductive behavior: A Case Study of Afghan women immigrants living in the Parsian and Lamerd. *Scientific Journal Management System*. 2015;9(29):209-32. (in persian).
- 39- Mansourian S. Explening fertility transition. *Jornal of social aciences and hmanities of Shiraz university*. 2001;16(2):25-48. (in persian).

Social Capital and Single Child in Employed Women

Mojgan Firouzbakht^{1,2}, Aram Tirgar^{3*}, Karimolah Hajian-Tilaki⁴, Fatemeh Bakouei⁵, Maryam Nikpour⁶

¹PhD by research of Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

²Department of Nursing- Midwifery, Islamic Azad University, Babol Branch, Babol, Iran.

³Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences.

⁴Professor of Biostatistics, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences.

⁵Assistant Professor of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Infertility and Reproductive Health Research Center, Babol University of Medical Sciences

⁶PhD by research of Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Abstract

Introduction: The rapid decline in the fertility rate has placed Iran among the countries with “below replacement fertility”, which represents a single-child behavior. Social networks (as one of the components of social capital) have been considered in recent years to understand fertility behaviors and changes in the levels of fertility. This study was conducted to investigate the relationship between social capital and single-child behavior in Iranian women workers.

Methods: In a cross-sectional study, 600 female workers were recruited by stratified sampling in health care settings in Babol, a city in northern Iran, in 2018. Data collection tools consisted of a questionnaire for demographic characteristics, fertility behavior, and social capital. Data analysis was performed by SPSS-21 software using Poisson regression and logistic regression at a significance level of 0.05.

Results: In this study, 45% of women were single-child and 54.5% did not intend to be pregnant again. There was a significant relationship between the number of pregnancies and social capital ($P = 0.039$). Similarly, in women with low social capital, the odds of single-child behavior increased although it was not significant (95% CI: 0.899 - 2.220, OR = 1.41).

Conclusion: The results of this study showed that increased social capital was associated with an increase in the number of pregnancies. Attention to social capital should be taken into account in population planning and policy-making.

Keywords: Fertility; Social Capital; Single Child; Female Workers; Iran

Please cite this article as follows:

Firouzbakht M, Tirgar A, Hajian- Tilaki K, Riahi M E, Bakouei F, Nikpour M. Social capital and single child in employed women. *Hakim Health Sys Res.* 2019; 22(3): 241-248.

*Corresponding Author: Department of Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. Tel: +98-9113133781, Email: a.tirgar@mubabol.ac.ir