

تبیین تجارب والدین شهر دلیجان در زمینه تک فرزندی: یک مطالعه کیفی

سمیه ابراهیمی^۱، طاهره دهداری^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد در رشته آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۲- دکترای تخصصی در رشته آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: تهران، بزرگراه شهید همت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، تلفن: ۰۲۱۸۶۷۰۴۷۵۶، دورنگار: ۰۲۱۸۸۶۲۲۷۰۷، پست الکترونیک: dehdari.t@iums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۰۶

چکیده

مقدمه: در ایران، گرایش به داشتن تک‌فرزند افزایش یافته است. هدف مطالعه حاضر، تبیین تجارب والدین شهر دلیجان در زمینه تک‌فرزندی بود.

روش کار: تحقیق کیفی حاضر در سال ۱۳۹۹ انجام شد. نقطه شروع نمونه‌گیری از بین پرونده‌های موجود در مراکز جامع خدمات سلامت شهر دلیجان بود که تک‌فرزندی ارادی داشتند و سن مادر خانواده بالای ۳۵ سال بود. برای کسب حداکثر تنوع در داده‌ها و به دست آوردن بینش عمیق از تجارب افراد، سعی شد با والدین با گروه‌های سنی، جنسی، تحصیلی و شغلی مختلف مصاحبه شود. ۳۰ مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته انجام شد. از شرکت‌کنندگان (۱۸ زن و ۱۲ مرد) درخصوص تجارب آنها در زمینه تک‌فرزندی سوال شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از هر مصاحبه شروع و تا اشباع اطلاعاتی ادامه می‌یافت. داده‌ها با روش تجزیه و تحلیل محتوایی (از نوع Conventional) تحلیل شدند. برای افزایش روایی و پایایی یافته‌ها، از روش‌های پیشنهادی لینکن و کوبا (شامل درگیری دائمی و مستمر با مخاطبان، بازنگری اعضا، بازنگری ناظران و رسیدن به اشباع داده‌ها) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت‌کنندگان ۴۱/۷ سال با انحراف معیار ۵/۵ بود. عوامل زمینه‌ساز تک‌فرزندی با ۵ زیرطبقه شامل علل خانوادگی، علل جسمانی، تجارب قبلی منفی، علل روانشناختی، علل اجتماعی-اقتصادی و موازنه تصمیم‌گیری با ۲ زیر طبقه شامل مزیت‌های درک شده و معایب درک شده تک‌فرزندی، به عنوان تجارب افراد ظهور یافتند.

نتیجه‌گیری: مشخص شدن تجارب والدین تک‌فرزند می‌تواند نوعی نیازسنجی در راستای طراحی مداخلات برای افزایش گرایش زوجین به فرزندآوری باشد.

واژگان کلیدی: مطالعه کیفی، تجارب، تک‌فرزندی

مقدمه

مثبت است، اما با توجه به کاهش تدریجی میزان باروری کل در ایران و تقلیل این سطح به زیر سطح جانشینی و کاهش مداوم جمعیت در آینده، این نگرانی وجود دارد که در صورت استمرار این سطح از باروری، ایران طی سال‌های نه‌چندان دور و در آینده نزدیک (بین سال‌های ۱۴۲۰-۱۴۲۵) دچار رشد منفی جمعیتی شود. نتیجه این رشد منفی، سالمندی جمعیت است [۱].

در بسیاری از کشورها، از جمله ایران، کاهش چشمگیر سطح باروری یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های جمعیتی محسوب می‌شود. اولین زنگ خطرها برای ایران پس از سرشماری سال ۱۳۸۵ به صدا درآمد و پس از سرشماری سال ۱۳۹۰ کاهش میزان باروری کل تایید شد. اگر چه به واسطه ساختار سنی جمعیت ایران، رشد سالانه جمعیت همچنان

فرزندآوری، افزایش احساس امنیت اجتماعی - اقتصادی خانوارها و تحکیم روابط در خانواده‌ها می‌تواند اثرات مفیدی بر افزایش تمایل زوجین به داشتن تعداد فرزندان بیشتر داشته باشد [۷].

در ایران، برخی مطالعات کمی در زمینه تک‌فرزندی انجام شده است و به مواردی چون روند الگوی تک‌فرزندی [۴]، تاثیرات روان‌شناختی تک‌فرزندی [۸]، شرایط زمینه‌ساز قصد تک‌فرزندی [۷] و عوارض و پیامدهای تک‌فرزندی [۳] پرداخته شده است. در یک مطالعه کیفی نیز به تبیین تجارب زیسته کودکان تک‌فرزند پرداخته شده است [۹]. لازم است در مطالعاتی، ماهیت و تجارب تک‌فرزندی از دیدگاه خانواده‌های تک‌فرزند شناسایی شود [۹]. باتوجه به گرایش کم زوجین ایرانی و همچنین خانواده‌های شهر دلیجان برای فرزندآوری و تمایل برای تک‌فرزندی و از سوی دیگر پیامدهایی که تک‌فرزندی ارادی با خود به دنبال دارد و با توجه به قابلیت تحقیق کیفی در شناخت عمیق پدیده‌ها و تبیین تجارب واقعی افراد، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب والدین تک‌فرزند شهر دلیجان در زمینه تک‌فرزندی در شهر دلیجان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. قابل ذکر است که بر اساس نتایج سرشماری کشوری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، جمعیت شهرستان دلیجان برابر با ۵۱۶۲۱ نفر بوده که از این میان، ۲۶۳۷۲ نفر مرد و ۲۵۲۴۹ نفر زن بوده‌اند. ۴۳۴۹۴ نفر از جمعیت شهرستان دلیجان در شهر و بقیه ساکن روستا بوده‌اند. در کل، ۱۶۴۵۳ خانوار در این شهرستان زندگی می‌کنند. تعداد خانوارهای دو نفره در این شهرستان ۵۶۱۸ مورد، تعداد خانوارهای ۳ نفره ۱۳۲۸۴ مورد، تعداد خانوارهای ۴ نفره ۱۴۹۸۰ مورد و بقیه موارد شامل خانوارهای با جمعیت ۵ نفر و بالاتر بوده است [۱۰].

روش کار

این مطالعه با رویکرد کیفی از دی ماه ۱۳۹۹ تا خرداد ماه سال ۱۴۰۰ انجام شد. در این مطالعه، افراد شرکت‌کننده شامل ۳۰ نفر از والدین ساکن شهر دلیجان بودند که در زمینه تک‌فرزندی تجربه داشتند. معیارهای ورود به مطالعه حاضر عبارت بودند از: (۱) داشتن تک‌فرزندی ارادی (۲) سن بالای ۳۵ سال مادر خانواده (۳) تک والد نبودن خانواده (به دلایلی مانند فوت، طلاق و مهاجرت) (۴) نداشتن سابقه مرگ فرزندان دیگر

تغییر نزولی نرخ باروری در کشور، از تحول در زمینه فرزندآوری خانواده‌های ایرانی و تمایل آنها به تک‌فرزندی حکایت دارد [۲]. نسبت تک‌فرزندی در خانوارهای ایرانی به حدود یک سوم از کل خانوارها رسیده است. تغییرات گسترده نرخ باروری که در سطح کشور از توازن نسبی نیز برخوردار است، توجه سیاست‌گذاران کلان کشور و صاحب نظران اقتصادی و اجتماعی را به خود معطوف کرده تا ضمن بررسی زمینه‌ها و عوامل مؤثر در این پدیده، برای کنترل روند نزولی و تخفیف آثار سوء مترتب بر این جریان نوپدید در حوزه اجتماع و خانواده، به ارائه راهکارهای مناسب بپردازند [۳]. طی چند سال اخیر، گسترش خانواده‌های تک‌فرزند و پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی آن برای والدین، فرزند، خانواده و جامعه در سطح رسانه‌ها و برخی مجامع علمی مورد بحث و گفتگو قرار گرفته است [۴]. بنابراین یکی از مسائلی که باید در راس برنامه‌ها قرار گیرد، مسئله فرزندآوری است. آگاهی از تمایلات فرزندآوری افراد که نقش کلیدی در پیش‌بینی رفتارهای آینده میزان باروری دارد، از مهم‌ترین موضوعات در جوامع با باروری پایین است [۵]. طیف دلایل انتخاب تک‌فرزندی^۱ در خانواده‌ها متفاوت است. از مسائل و مشکلات اقتصادی گرفته تا نگرانی درمورد آینده فرزندان [۶]. برخلاف تصور همگانی، پرورش تک‌فرزند، مشقت و پیچیدگی‌های خاص خود را دارد. اضطراب والدین، کاهش انسجام خانواده، فرزندسالاری، کم شدن روابط اجتماعی و تضعیف شبکه ارتباط خویشاوندی از جمله معایب تک‌فرزندی شناخته شده است [۳].

تصمیم به داشتن تک‌فرزند، در واقع یک نوع راهکار یا راهبرد برای ایجاد نوعی تعادل بین شرایط فردی، زناشویی، خانوادگی و محیطی است. این تصمیم حاصل تعامل بین برآیند نگرش‌ها، احساسات و مهارت‌های فردی به نفع تک‌فرزندی، فضای غیرحمایتی تعاملی زناشویی برای فرزندآوری، فضای غیرحمایتی خانواده گسترده برای فرزندآوری و فضای غیرحمایتی جامعه برای فرزندآوری است. بنابراین، در راستای تشویق باروری، در نظر گرفتن پیچیدگی ابعاد این تصمیم ضرورت دارد. مداخلاتی از قبیل ارتقای امنیت شغلی زنان، ارتقای کیفیت مراکز نگهداری کودکان، فرهنگ‌سازی هنجار

1. Only child

فضای امن، آرام و خصوصی برای انجام مصاحبه‌ها انتخاب شود تا مصاحبه‌گر و شرکت‌کننده بتوانند بدون حضور فرد دیگری، مصاحبه را انجام دهند. مصاحبه‌ها حدود ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به طول می‌انجامد. هدف مطالعه حاضر برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد و از آنها برای شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه گرفته می‌شد. به آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و بی‌نام بودن مصاحبه‌ها اطمینان داده می‌شد. ۳ مورد از مصاحبه‌ها به دلیل لزوم ارائه توضیحات بیشتر توسط شرکت‌کنندگان، تکرار شد. پس از پایان هر مصاحبه، فرد مصاحبه‌کننده، مهم‌ترین نکات استخراج شده از بیانات شرکت‌کننده را به او بازگو می‌کرد و نظرات پیشنهادی و اصلاحی او را جویا می‌شد.

در مطالعه حاضر، داده‌ها با روش تجزیه و تحلیل محتوایی (از نوع عرفی) تحلیل شدند. در این فرآیند، تحلیل با استفاده از رویکرد استقرایی انجام می‌شود. کدگذاری باز و ایجاد دسته‌بندی انجام می‌شود. برای این منظور مصاحبه‌ها باید ابتدا ضبط و سپس به صورت کلمه به کلمه رونویسی شوند. سپس چندین بار نوشته‌های پیاده شده با دقت مطالعه و کدها، دسته‌ها و زیرمجموعه‌های اولیه شناسایی شوند. در نهایت، یک توصیف کلی از موضوع تحقیق از طریق ایجاد دسته‌بندی انجام می‌شود [۱۱]. بر این اساس، در این مطالعه، توسط دو نویسنده مقاله حاضر، مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور، به کوچک‌ترین واحدهای تشکیل‌دهنده و معنادار خود (کد شکسته و پس از بازخوانی، بر اساس تشابه معنی طبقه‌بندی شدند. در هر بار مرور، کدهای طبقه‌های فرعی و داده‌های بدون ارتباط یا کم ارتباط کنار گذاشته شدند و پس از نام‌گذاری با نام‌هایی که گویای آنها باشد، دوباره بر اساس تشابه معانی در زیرطبقه‌هایی فراگیرتر قرار گرفتند. نام و محتوای طبقات اصلی و فرعی چندین بار بازخوانی شدند و هر بار تغییراتی در تعداد، محتوا و نام طبقات که باید گویای محتوای هر طبقه باشد، داده شد، تا اینکه در نهایت پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان توانستند آنچه را در قالب طبقه‌ها، محتوا و نام آنها نمود یافته است، تایید کنند. در این مطالعه، برای افزایش روایی و پایایی یافته‌ها، از روش‌های پیشنهادی لینکن و کوبا استفاده شد. برای تامین اعتبار و مقبولیت داده‌ها، از روش درگیری دائمی و مستمر استفاده شد.

محقق انجام‌دهنده مصاحبه‌ها به سبب اشتغال در

خانواده (۵) نداشتن سابقه ازدواج قبلی هر کدام از زوجین و (۶) علاقه‌مند بودن به مشارکت در پژوهش حاضر و ارائه تجارب خود. از آنجا که هدف ما به دست آوردن حداکثر تنوع در داده‌ها و کسب بینش عمیق از تجارب افراد در زمینه تک‌فرزندی بود، در این تحقیق سعی کردیم از والدین با گروه‌های سنی، جنسی، تحصیلی و شغلی مختلف مصاحبه کنیم. قابل ذکر است که در مطالعه حاضر، نقطه شروع نمونه‌گیری از بین پرونده‌های موجود در مراکز جامع خدمات سلامت شهر دلیجان بود که دارای شرایط ورود به مطالعه حاضر بودند. در این مطالعه، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. جمع‌آوری داده‌های این مطالعه از طرق مصاحبه عمیق انفرادی و بدون ساختار صورت گرفت. مدت هر مصاحبه ثابت نبود و بسته به موقعیت و روند آن تعیین می‌شد. معیار توقف نمونه‌گیری، اشباع اطلاعاتی و ظاهر نشدن کدهای جدید بود. راهنمای مصاحبه‌ها شامل سوالات کلی از این قبیل بود که شما چه تجاربی از داشتن تک‌فرزند دارید؟ داشتن تک‌فرزند شما را با چه چالش‌هایی روبه‌رو کرده است؟ مزایای داشتن تک‌فرزند در زندگی شما کدام بوده است؟ آیا نکته دیگری در خصوص تجارب خود یا دیگران در مورد تک‌فرزندی دارید؟ بر اساس پاسخ‌های آنها به هر سوال، سوالات بعدی مصاحبه تنظیم می‌شد. در انتهای جلسات مصاحبه نیز پرسش‌هایی درباره ویژگی‌های دموگرافیک افراد شرکت‌کننده (مانند سن و سطح تحصیلات و غیره) مطرح می‌شد. در هر مرحله از مصاحبه، از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد در مورد اشارات خود، توضیحات بیشتر و دقیق‌تری ارائه دهند. قابل ذکر است که سوالات مصاحبه با یک متخصص در زمینه تحقیق کیفی مطرح و مورد تایید ایشان قرار گرفت. با وجود همه‌گیری کووید-۱۹، با حفظ فاصله اجتماعی و رعایت پروتکل‌های بهداشتی، مصاحبه‌ها توسط محقق (نویسنده اول مقاله) به صورت حضوری انجام شد. به‌وسیله تماس تلفنی، زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با توافق شرکت‌کنندگان مشخص می‌شد. در روند تماس با شرکت‌کنندگان دارای شرایط ورود به مطالعه، ۵ نفر علاقه‌مند به شرکت در مطالعه و ارائه تجارب خود نبودند، به همین دلیل مصاحبه‌ای با آنان انجام نشد. با توافق انجام شده با هر شرکت‌کننده، مصاحبه‌ها در مراکز جامع خدمات سلامت و یا منازل آنان انجام می‌شد. در این مکان‌ها، سعی می‌شد

قبلی والدین از داشتن پدر و مادر مسن در کودکی، تجربه قبلی والدین از زندگی در خانواده شلوغ، تجربه بیماری و جدول ۱- اطلاعات دموگرافی افراد مشارکت کننده در مطالعه (N=۳۰)

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | تعداد | درصد |
|------------------------------------|---------|--------------|-------|------|
| سن | ۴۱/۷ | ۵/۵ | - | - |
| ۳۵ - ۴۰ | - | - | ۱۵ | ۵۰/۰ |
| ۴۰ - ۴۵ | - | - | ۷ | ۲۳/۳ |
| ۴۵ - ۵۰ | - | - | ۴ | ۱۳/۳ |
| ۵۰ - ۵۵ | - | - | ۴ | ۱۳/۳ |
| وضعیت اقتصادی گزارش شده توسط افراد | | | | |
| خوب | - | - | ۸ | ۲۶/۷ |
| متوسط | - | - | ۲۲ | ۷۳/۳ |
| ضعیف | - | - | ۰ | ۰ |
| وضعیت مسکن | | | | |
| شخصی | - | - | ۲۲ | ۷۳/۳ |
| استیجاری | - | - | ۸ | ۲۶/۷ |
| جنسیت | | | | |
| زن | - | - | ۱۸ | ۶۰/۰ |
| مرد | - | - | ۱۲ | ۴۰/۰ |
| مقطع تحصیلی | | | | |
| دیپلم | - | - | ۸ | ۲۶/۷ |
| فوق دیپلم | - | - | ۲ | ۶/۷ |
| کارشناس | - | - | ۱۵ | ۵۰/۰ |
| کارشناس ارشد | - | - | ۵ | ۱۶/۶ |
| شغل | | | | |
| کارمند | - | - | ۱۳ | ۴۳/۳ |
| کارگر | - | - | ۳ | ۱۰/۰ |
| آزاد | - | - | ۳ | ۱۰/۰ |
| بازنشسته | - | - | ۲ | ۶/۷ |
| خانه دار | - | - | ۹ | ۳۰/۰ |
| شغل همسر | | | | |
| کارمند | - | - | ۱۲ | ۴۰/۰ |
| کارگر | - | - | ۴ | ۱۳/۳ |
| آزاد | - | - | ۶ | ۲۰/۰ |
| بازنشسته | - | - | ۲ | ۶/۷ |
| خانه دار | - | - | ۶ | ۲۰/۰ |

مراکز جامع خدمات سلامت شهر دلیجان، در حدود ۶ ماه با مشارکت کنندگان در ارتباط بود تا درک بهتری از آنان داشته باشد. از روش بازنگری اعضا نیز برای مقایسه بین آنچه که محقق برداشت کرد، با آنچه که منظور مشارکت کنندگان بود و نیز از نظرهای اصلاحی آنان استفاده شد. این روش از طریق بازگشت محقق به طرف مشارکت کنندگان به عنوان یک مرحله تامین اعتبار صورت گرفت و از آنها سوال شد که یافته‌ها در مقایسه با تجربیات آنان چگونه است؟ یکی از راهبردهای دیگری که برای تامین اعتبار و مقبولیت داده‌ها به کار گرفته شد، این بود که توسط یک نفر متخصص در زمینه تحقیق کیفی و آشنا با روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، صحت فرآیند کدگذاری تایید شد (بازنگری ناظران). اشباع داده‌ها نیز روش دیگری بود که برای بالا بردن اعتبار مطالعه، مورد استفاده قرار گرفت. برای ارزیابی و تامین قابلیت انتقال داده‌ها سعی شد مشارکت کنندگان از هر دو گروه جنسی (مرد و زن) و از رده‌های سنی، شغلی و تحصیلی مختلف انتخاب شوند.

یافته‌ها

در جدول ۱، اطلاعات دموگرافیک والدین مشارکت کننده در مطالعه آورده شده است.

از داده‌های تحقیق، ۱۶۲ کد اولیه غیرتکراری استخراج شد که تحت ۲ مضمون اصلی عوامل زمینه‌ساز تک‌فرزندی و موازنه تصمیم‌گیری طبقه‌بندی شدند. در جدول ۲، درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات به دست آمده از مصاحبه با شرکت کنندگان نشان داده شده است. در ادامه، مضمون‌های اصلی و فرعی همراه با جملاتی از بیانات مشارکت کنندگان توضیح داده شده‌اند.

درون‌مایه اول) عوامل زمینه‌ساز تک‌فرزندی: بر اساس دیدگاه مشارکت کنندگان، این درون‌مایه دارای ۵ زیر طبقه شامل علل خانوادگی، علل جسمانی، تجارب قبلی منفی، علل روان‌شناختی و علل اجتماعی-اقتصادی بود. در ادامه به توضیح این موارد پرداخته می‌شود.

الف) علل خانوادگی: شرکت کنندگان در مطالعه حاضر بیان می‌کردند که شاغل بودن خانم‌ها، موقعیت شغلی والدین، اختلافات زناشویی، مسئولیت‌پذیری کمتر مرد خانواده در نگهداری فرزند، فاصله مکانی زیاد والدین از آنها، تجربه

مشارکت‌کنندگان بیان کرد که «من و همسر برای بزرگ کردن فرزند اول، سختی‌های زیادی کشیدیم و از طرفی هیچ کدام از اعضای خانواده‌هایمان، ما را حمایت نکردند».

ب) علل جسمانی: شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بیان کردند که ازدواج در سن بالا و پیامدهای ناشی از آن و معلولیت جسمی همسر، عواملی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز تک‌فرزندی شوند. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «من در سن بالا ازدواج کردم و به دلیل سن بالا، زود هم بچه‌دار شدم. با توجه به عوارض بارداری و زایمان در سن بالا و تحلیل رفتن توان جسمی، زمان مناسب برای آوردن فرزند دوم را از دست دادم». مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت که «من قبلاً حتی به داشتن ۳ فرزند هم فکر می‌کردم. اما با توجه به اینکه همسر، معلول جسمی است و توانایی کمک کردن به من را ندارد، ترجیح دادم فقط یک فرزند داشته باشم».

ج) تجارب منفی قبلی: شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بیان کردند که تجارب منفی ناشی از بارداری، زایمان، مراقبت و تربیت کودک اول و تجربه قبلی ابتلای کودک اول به بیماری‌های صعب‌العلاج (مانند سرطان) از عوامل موثر در انتخاب تک‌فرزندی توسط آنان بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «دخترم در ۴ سالگی، سرطان خون گرفت و ما همیشه تو راه بیمارستان و دکتر و دارو بودیم. سختی درمان و مشکلات فرزندم باعث شد که من و همسر تصمیم بگیریم تک‌فرزند بمانیم». مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت که «من در بارداری اولم دچار عوارض زیادی شدم. فشارخونم بالا رفت و مجبور شدم فرزندم را زودتر به دنیا بیاورم. بعد از زایمان کلی مشکل داشتم. همیشه دل درد داشتم. فرزندم کولیک داشت و خیلی گریه می‌کرد. خلاصه کلی عذاب کشیدم و اصلاً خاطره خوشی از بارداری و زایمان و مراقبت از نوزاد ندارم».

د) علل روان‌شناختی: شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بیان داشتند که نگرانی از آینده فرزند، نگرانی از کمبود محبت به فرزند اول، نداشتن حوصله برای بزرگ کردن فرزند دوم، ایده‌آل‌گرایی در تربیت فرزند، نداشتن جرات برای تولد فرزند دوم، نبود آرامش روحی برای تولد فرزند دوم، نبود اولویت فرزندآوری برای آنها، انتخاب تک‌فرزندی آگاهانه و ارادی، اعتقاد به تاثیر نداشتن تک‌فرزندی در تنهایی آینده پدر و مادر و

حوادث ناگوار در اطرافیان، مخالفت همسر برای داشتن فرزند بیشتر، راضی بودن فرزند به تک‌فرزند بودن و حمایت نشدن از سمت اطرافیان و خانواده از فرزندآوری، زمینه‌ساز تمایل آنان به تک‌فرزندی بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «خودم علاقه زیادی به تک‌فرزندی ندارم، اما خانمم بیشتر اصرار دارد. چون معلمه و بیشترین انرژی را صرف شغلش می‌کنه و توانی برای داشتن و نگهداری از بچه دوم نداره». یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «من در درمانگاه کار می‌کنم و دائم با مردم و بچه‌ها باید سر و کله بزنم. همسر هم معلمه. هر دو مون به نوعی در محیط پر سروصدا کار می‌کنیم. ترجیح می‌دهیم در خانه آرامش داشته باشیم و با یک بچه سر و کله بزنیم». یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد که «من با همسر و خانواده‌اش دچار مشکلات زیادی هستم و با آوردن فرزند دیگری، دوست ندارم مشکل دیگری به مشکلاتم اضافه شود». مشارکت‌کننده دیگری چنین اظهار کرد که «مسئولیت بچه‌داری و تربیت فرزند بیشتر به عهده خانم‌هاست و شوهر من آدم مسئولیت‌پذیری نیست و من توان پذیرش این همه مسئولیت را ندارم». یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان بیان داشت که «خانواده من در تهران زندگی می‌کنند و من از خانواده‌ام دورم. تنهایی بزرگ کردن بچه برای من سخته». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «من بچه آخر خانواده‌ام. در دوران کودکی پدر و مادر مسن داشتم و دوست ندارم بچه دوم من، تجربه من را داشته باشه». مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد که «من و همسر هر دو در خانواده‌ای شلوغ بزرگ شدیم و به خیلی از خواسته‌هامون نرسیدیم و چون شلوغی را تجربه کرده‌ایم، ترجیح دادیم یک فرزند داشته باشیم اما زندگی باکیفیت‌تری برایش فراهم کنیم». یکی دیگر از افراد مشارکت‌کننده بیان کرد که «مادرم مریض بود و بیشترین مسئولیت مراقبت از او با من بود. حس می‌کردم باید بیشترین توانم را برای مراقبت از مادرم بگذارم و دیگر شرایط مناسبی برای آوردن فرزند دوم نداشتم». یکی از مشارکت‌کنندگان بیان داشت که «من بچه‌ها را خیلی دوست دارم، اما همسر به شدت مخالف فرزند دوم است». شرکت‌کننده دیگری چنین اظهار کرد که «فرزندم از اینکه یکی است راضی است و هیچ وقت از ما نخواسته که خواهر یا برادری داشته باشه». یکی از

بزرگ و رواج فرهنگ راحت‌طلبی و رفاه در بین خانم‌ها را از عوامل موثر بر تک‌فرزندی برشمردند. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «مهم‌ترین علتی که تک‌فرزندی را انتخاب کردم، مشکلات اقتصادی، تورم و افزایش هزینه‌های زندگی بود، و گزینه بهتره که آدم حداقل دو یا سه فرزند داشته باشه که هم پشت و پناه همدیگه باشند و هم عصای دست پدر و مادر». یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد «من از اول زندگی مشترکم با سختی‌های زیادی روبه‌رو بودم. مستاجر هستیم، و به نوعی خانه به دوش. اگر مشکل اقتصادی نداشتیم، حتماً به داشتن فرزند بیشتر فکر می‌کردم». مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت «وقتی معضلات اجتماعی را می‌دیدم. مثلاً وقتی تو خیابون می‌بینم بچه‌ای داره سیگار می‌کشه و یا خیلی از مشکلات دیگه، واقعا می‌ترسیدم که فرزند دوم را به دنیا بیاورم». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «نسل جدید با نسل ما فرق می‌کنند. ما توجه خاصی به پدر و مادر داشتیم. این نسل نداره». مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت «شرایط فرهنگی جامعه و سبک زندگی‌ها فرق کرده و فرزندآوری هم از اون تغییرات مستثنی نیست». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «من ۱۶ سال در تهران زندگی می‌کردم. الان دو ساله انتقالی گرفتم و آمدم دلیجان. شرایط شغلی من و همسرم و زندگی در شهر بزرگی چون تهران، مشکلات زیادی داشت. به همین علت، تک‌فرزندی را انتخاب کردیم». مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد «آدمیزاد چقدر می‌خواهد عمر کند که این همه سختی بکشد؟ بچه‌داری واقعاً سخته، وقتی من با آوردن بچه دوم، باید سختی‌های زیادی بکشم، چرا خودم را دچار مشکل کنم؟ با یک بچه، خونه مرتب و منظم و ساکته و آرامش داره».

درون‌مایه دوم) موازنه تصمیم‌گیری: بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، این درون‌مایه دارای ۲ زیرطبقه شامل مزایای درک شده تک‌فرزندی و معایب درک شده تک‌فرزندی بود. در ادامه، به این درون‌مایه پرداخته می‌شود.

الف) مزایای درک شده تک‌فرزندی: شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، فراهم کردن کیفیت زندگی بهتر برای تک‌فرزند، برقراری عدالت به دلیل نداشتن هم‌تا، آرامش بیشتر، مسئولیت کمتر والدین، تقسیم نشدن ارث و اموال پدر و مادر بین چند

ارضای نیازهای عاطفی پدر و مادر با داشتن حتی یک فرزند، از عوامل زمینه‌ساز تک‌فرزندی هستند. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «من آدم واقع‌بینی هستم. با این شرایط جامعه، واقعاً نگران آینده فرزندم هستم و فکر کردن به داشتن فرزند دوم عاقلانه نیست». شرکت‌کننده دیگری بیان کرد «من فرزندم را خیلی دوست دارم و خیلی به او وابسته‌ام. فکر می‌کنم که اگر دوباره بچه‌دار می‌شدم، محبتم به فرزندم نصف می‌شد». یکی از مشارکت‌کنندگان دیگر چنین اظهار کرد «من به دلیل ازدواج در سن بالا، دیگه حوصله بچه بزرگ کردن را نداشتیم». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «من و همسرم به تربیت بچه خیلی اهمیت می‌دهیم و به شدت حساسیم. به این نتیجه رسیدیم که یک فرزند با تربیت عالی داشته باشیم». شرکت‌کننده دیگری بیان داشت که «من نگران آینده فرزندم هستم که خواهر و برادری نداره. اما با توجه به شرایط زندگی، جرات به دنیا آوردن فرزند دوم را نداشتیم». یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد که «به نظر من، یک مادر باید از هر نظر آرامش داشته باشد تا بتواند بچه‌دار شود. من به خاطر مشکلاتی که برایم پیش آمد، از نظر اعصاب و روان آمادگی برای بچه‌داری دوم را نداشتیم». مشارکت‌کننده دیگری چنین اظهار کرد که «اولویت من و همسرم بعد از فرزند اول، چیزهای دیگری مثل شغل و مسکن بود. این باعث شد که ما شرایط و زمان برای آوردن فرزند دوم را از دست بدهیم». یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشت که «به نظر من تعداد بچه، تاثیری در تنهایی پدر و مادر در آینده نداره. چون بالاخره بچه‌ها مشغول زندگی خودشون می‌شوند. یا می‌روند خارج از کشور و یا کلاً رفت و آمدی با پدر و مادر ندارند. پس چه یک فرزند داشته باشیم یا چند تا، فرقی نمی‌کنه. از طرفی این زن و شوهرند که تنهایی همدیگر را پر می‌کنند». یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان بیان کرد که «زن و شوهر برای اینکه از نظر عاطفی ارضا شوند، بچه‌دار می‌شوند. آنها با یک فرزند هم ارضا می‌شوند».

ه) علل اجتماعی-اقتصادی: شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، تورم و افزایش هزینه‌های زندگی، نداشتن مسکن، فقدان تمکن مالی برای برآوردن نیازهای فرزند دوم، مشکلات و معضلات اجتماعی، تفاوت بین نسل‌ها، تغییر شرایط فرهنگی جامعه نسبت به فرزندآوری، مسائل اجتماعی، زندگی در شهرهای

فرزند، قدرت سخنوری بیشتر به دلیل ارتباط بیشتر و نزدیک‌تر با بزرگسالان (پدر و مادر)، توانمندی بیشتر در تجزیه و تحلیل مسائل به دلیل ارتباط بیشتر و نزدیک‌تر با بزرگسالان (پدر و مادر)، راضی بودن تک‌فرزند از تنهایی به دلیل نداشتن رقیب و برآورده شدن کامل نیازها، نبود مشکل دعوا و ناسازگاری بین فرزندان، کنترل بهتر فرزند و صمیمیت بیشتر فرزند با والدین را از مزایای تک‌فرزندی برمی‌شمردند. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «من با داشتن یک فرزند، زندگی باکیفیت‌تری را برای فرزندم فراهم کرده‌ام». یکی از مشارکت‌کنندگان دیگر اظهار داشت «به نظر من، آدم با داشتن یک فرزند بهتر می‌تونه عدالت را در خونه برقرار کنه، نسبت به زمانی که بیشتر از یک فرزند داره». یکی از مشارکت‌کنندگان دیگر بیان کرد «با داشتن یک فرزند، آدم یک فکر و خیال داره و مسئولیتش در برابر یک فرزند است. اما وقتی تعداد بیشتر شد، به همون نسبت، مسئولیت پدر و مادر هم بیشتر می‌شود». یکی از مشارکت‌کنندگان دیگر چنین اظهار داشت که «پسر من می‌گه چقدر خوبه که من یکی هستم. چون همه دارایی‌های شما فقط به من ارث می‌رسه و از تک‌فرزندی خیلی هم راضیه». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «دخترم خیلی خوش‌صحبت‌ه و حرف‌های بزرگ بزرگ می‌زنه. دامنه لغاتش نسبت به سنش خیلی وسیعه. فکر می‌کنم علتش این باشه که از اول، با من و پدرش (بزرگ‌ترها) بزرگ شده و بیشتر با ما ارتباط داشته تا بچه‌های دیگه». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «فرزندم قدرت و تجزیه و تحلیل و درکش از مسائل خیلی بالاست. مثلاً اگر خواسته‌ای از من داشته باشه و امکانش نباشه، با دلایل و توضیحاتی که به او می‌دهم، راضی می‌شه». مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد که «فرزندم از اینکه یکی است، خیلی راضیه. چون همه چیز برایش فراهمه و کم و کاستی نداره». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «من دیدم خانواده‌هایی که بیشتر از یک فرزند دارند یا حتی از خودشون هم شنیدم که بچه‌هاشون با هم دعوا دارن و شیطنت‌هاشون زیاده». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «ما چون تنها یک فرزند داریم، تسلط بیشتری بر او داریم و بهتر می‌تونیم کنترلش کنیم که خدای نکرده خطا نرود». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «باتوجه به اینکه ما فقط یک فرزند داریم، تمام اوقاتمون با همدیگه پر می‌شه و با

فرزندمون خیلی صمیمی هستیم. با اینکه فرزندم الان دانشجو است، همه مسائلمش را با من و پدرش در میان می‌ذاره». (ب) **معایب درک شده تک‌فرزندی:** شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، مواردی چون نارضایتی برخی از تک‌فرزندها از تنها بودن و نداشتن همبازی در خانه، نارضایتی والدین از داشتن تک‌فرزند، ترس از تنهایی تک‌فرزند در آینده، وابستگی عاطفی بیش از حد فرزند به والدین و بالعکس، نگرانی در قبال از دست دادن تنها فرزند خود، حسادت تک‌فرزند در مواقع توجه والدین به کودکان دیگر، نبود شور و هیجان در خانواده تک‌فرزند، کاهش امید به زندگی در خانواده‌های تک‌فرزند، ترس فرزند از جدایی از پدر و مادر خود، وجود مشکلاتی در خوابیدن تک‌فرزند (به صورت تنها)، دغدغه پرکردن اوقات فراغت تک‌فرزند، رسیدن سریع به خواسته‌ها در تک‌فرزندان، الگوبرداری زیاد از والدین توسط تک‌فرزندان، تحمل نکردن رقیب، وجود مشکلاتی در روابط اجتماعی، غریبی کردن با کودک غیرهمجنس خود، نبود حمایت عاطفی از خواهر و برادر، توجه و وسواس زیاد والدین در تربیت تک‌فرزند، فقدان استقلال تک‌فرزند در انجام کارهای شخصی، حساسیت و زودرنجی، انتظار زیاد والدین از تک‌فرزند و وجود توقع زیاد تک‌فرزند از پدر و مادر را از معایب تک‌فرزندی برشمردند. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «فرزندم همیشه به من و پدرش می‌گه چرا باید من تنها باشم و همبازی نداشته باشم؟ درحالی که دوستانم همه خواهر یا برادر دارند. خوش به حال شما که خواهر و برادر داشتید». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «من همیشه نگران تنهایی فرزندم در آینده هستم، وقتی که نه من زنده‌ام و نه پدرش». مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت که «من آن قدر به فرزندم وابسته هستم که هیچ وقت نمی‌گذارم بدون من جایی برود. فرزندم هم خیلی به ما وابسته است». یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «من همیشه نگرانم که اتفاقی برای فرزندم رخ بده و دیگه او را نداشته باشم». یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «فرزندم آن قدر مورد توجه من و پدرش بوده که اگر گاهی ما به کودکان فامیل توجه کنیم، اعتراض می‌کنه و می‌گه که دیگه من را دوست ندارید». مشارکت‌کننده دیگری چنین اظهار کرد که «به نظر من شور و هیجان و امید به زندگی در خانواده‌های شلوغ بیشتره». یکی از مشارکت‌کنندگان دیگر

جدول ۲- طبقات و زیرطبقات استخراج شده از مصاحبه با شرکت کنندگان

| درون‌مایه | طبقات | زیر طبقات |
|--|--|-----------|
| علل خانوادگی | ۱- شاغل بودن خانمها و مشکلات ناشی از آن | |
| | ۲- موقعیت شغلی والدین و مشکلات ناشی از آن | |
| | ۳- اختلافات زناشویی | |
| | ۴- مسئولیت‌پذیری کمتر مرد خانواده در بچه‌داری | |
| | ۵- دوری والدین از خانواده | |
| | ۶- تجربه قبلی والدین از داشتن پدر و مادر مسن در کودکی | |
| | ۷- تجربه قبلی والدین از زندگی در خانواده شلوغ | |
| | ۸- تجربه بیماری و حوادث ناگوار در اطرافیان | |
| | ۹- مخالفت همسر برای داشتن فرزند بیشتر | |
| | ۱۰- راضی بودن فرزند به تک‌فرزند بودن | |
| | ۱۱- حمایت نکردن اطرافیان و خانواده از فرزندآوری | |
| علل جسمانی | ۱- ازدواج در سن بالا و پیامدهای آن | |
| | ۲- معلولیت جسمی همسر | |
| تجارب منفی کودک اول | ۱- تجربه منفی ناشی از بارداری، زایمان و مراقبت و تربیت | |
| | ۲- تجربه قبلی ابتلای کودک اول به بیماری‌های | |
| عوامل زمینه‌ساز تک‌فرزندی | صعب‌العلاج (مانند سرطان) | |
| | ۱- نگرانی از آینده فرزند | |
| | ۲- نگرانی از کمبود محبت به فرزند اول | |
| | ۳- نداشتن حوصله برای بزرگ کردن فرزند دوم | |
| | ۴- ایده‌آل‌گرایی در تربیت فرزند | |
| | ۵- نداشتن جرئت برای تولد فرزند دوم | |
| | ۶- نبود آرامش روحی برای تولد فرزند دوم | |
| | ۷- اولویت نداشتن فرزندآوری | |
| | ۸- انتخاب تک‌فرزندی آگاهانه توسط زوجین | |
| | ۹- اعتقاد به تاثیر نداشتن تک‌فرزندی در تنهایی آینده پدر و مادر | |
| ۱۰- ارضاء عاطفی پدر و مادر با داشتن حتی یک فرزند | | |
| علل اجتماعی-اقتصادی | ۱- تورم و افزایش هزینه‌های زندگی | |
| | ۲- نداشتن مسکن | |
| | ۳- فقدان تمکن مالی برای برآوردن نیازهای فرزند دوم | |
| | ۴- مشکلات و معضلات اجتماعی | |
| | ۵- تفاوت بین نسل‌ها | |
| | ۶- تغییر شرایط فرهنگی جامعه نسبت به فرزندآوری | |
| | ۷- زندگی در شهرهای بزرگ | |
| | ۸- رواج فرهنگ راحت‌طلبی و رفاه در بین خانمها | |

جدول ۲- طبقات و زیرطبقات استخراج شده از مصاحبه با شرکت کنندگان

| | |
|--|-----------|
| ۱- فراهم کردن کیفیت زندگی بهتر برای تک‌فرزند | |
| ۲- برقراری عدالت به دلیل نداشتن هم‌تا | |
| ۳- آرامش بیشتر | |
| ۴- مسئولیت کمتر والدین | |
| ۵- تقسیم نشدن ارث و اموال پدر و مادر بین چند فرزند | |
| ۶- قدرت سخنوری بیشتر به دلیل ارتباط بیشتر و نزدیک‌تر با بزرگسالان (پدر و مادر) | |
| ۷- توانمندی در تجزیه و تحلیل مسائل به دلیل ارتباط | |
| بیشتر و نزدیک‌تر با بزرگسالان (پدر و مادر) | مزایای |
| ۸- راضی بودن تک‌فرزند از تنهایی به دلیل نداشتن رقیب | درک شده |
| و برآورده شدن کامل نیازها | تک‌فرزندی |
| ۹- نبود مشکل دعوا و ناسازگاری بین فرزندان | |
| ۱۰- مدیریت و کنترل بهتر فرزند | |
| ۱۱- صمیمیت بیشتر بین فرزند و والدین | |
| ۱- ناراضایی تک‌فرزند از تنها بودن و نداشتن هم‌بازی در خانه | |
| ۲- ناراضایی والدین از داشتن تک‌فرزند | |
| ۳- ترس از تنهایی تک‌فرزند در آینده | |
| ۴- وابستگی عاطفی بیش از حد فرزند به والدین و بالعکس | |
| ۵- نگرانی از دست دادن تنها فرزند | |
| ۶- حسادت تک‌فرزند در مواقع توجه والدین به کودکان دیگر | |
| ۷- نبود شور و هیجان در خانواده تک‌فرزند | |
| ۸- کاهش امید به زندگی در خانواده‌های تک‌فرزند | |
| ۹- ترس از جدایی از پدر و مادر در تک‌فرزند | |
| ۱۰- وجود مشکلاتی در خوابیدن (به صورت تنها) تک‌فرزند | |
| ۱۱- دغدغه پرکردن اوقات فراغت تک‌فرزند | |
| ۱۲- رسیدن سریع به خواسته‌ها در تک‌فرزندان | |
| ۱۳- الگوپردازی زیاد از والدین توسط تک‌فرزندان | |
| ۱۴- تحمل نکردن رقیب | معایب |
| ۱۵- وجود مشکلاتی در روابط اجتماعی | درک شده |
| ۱۶- غریبی کردن با کودک غیرهمجنس خود | تک‌فرزندی |
| ۱۷- نبود حمایت عاطفی از خواهر و برادر | |
| ۱۸- توجه و وسواس زیاد والدین در تربیت تک‌فرزند | |
| ۱۹- فقدان استقلال در انجام کارهای شخصی | |
| ۲۰- حساسیت و زودرنجی تک‌فرزند | |
| ۲۱- انتظار زیاد والدین از تک‌فرزند | |
| ۲۲- توقع زیاد تک‌فرزند از پدر و مادر | |

موازنه
تصمیم‌گیری

معایب
درک شده
تک‌فرزندی

اظهار داشت که «فرزندم هیچ‌وقت بدون من یا پدرش جایی نمی‌رود و از اینکه از ما بخواهد جدا شود، وحشت می‌کند». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «فرزندم با اینکه الان ۹ سالشه، اما هنوز هم تنها نمی‌خواهد. تا الان هزار تا ترفند به کار بردم تا بتوانم از خودم جدایش کنم، اما موفق نبودم». مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد که «بیشترین دغدغه ما برای

فرزندمون، پر کردن اوقات فراغت‌ش. اون دائم می‌گه حوصله‌ام سر رفته». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «فرزندم به محض اینکه اراده می‌کنه چیزی را داشته باشه، باید زود به خواسته‌اش برسه». مشارکت‌کننده دیگری چنین اظهار کرد «فرزندم به شدت از رفتارهای من و پدرش الگوبرداری می‌کنه». مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد که «فرزندم خیلی دوست نداره کسی دست به وسایلش بزنه و زود از بازی کردن با دوستانش خسته می‌شه». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد «فرزندم اون طور که من دوست دارم، با دیگران ارتباط نمی‌گیره. با اینکه هم من و هم پدرش روابط اجتماعی خوبی داریم». یکی از مشارکت‌کنندگان دیگر بیان کرد که «دخترم خیلی حساسه و در برخورد با بچه‌های دیگه، خصوصاً پسرها، خیلی غریبی می‌کنه. چون برادر نداشته». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «درسته که من و همسر من همه‌جوره حامی فرزندمون بودیم، اما به نظرم، به دلایلی فرزندمون را از نعمت خواهر و برادر محروم کردیم و نمی‌توانیم جای خواهر یا برادر را برایش پر کنیم». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشت که «به نظرم تک‌فرزندی به علت مراقبت‌های ویژه و وسواس و توجه زیاد والدین، مشکلات زیادی داره. فکر می‌کنم خانواده‌های تک‌فرزند نیاز به مشاوره‌های تخصصی دارند». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار کرد که «فرزندم با اینکه الان ۸ سال داره، هنوز کارهای شخصی خودش را به تنهایی انجام نمی‌ده، توی دعوها از خودش نمی‌تونه دفاع کنه». یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان کرد که «فرزندم خیلی حساسه. نمی‌شه بهش بگی بالای چشمت ابرو. روی صحبت‌ها خیلی تمرکز می‌کنه، توی جمع باید دائم حواسم باشه که کسی چیزی به اون نگه که ناراحتش کنه». یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان بیان کرد که «من و همسر من چون تمام انرژیمون را برای فرزندمون به کار گرفتیم، به همین دلیل انتظارمون از فرزندمون خیلی زیاده». مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت که «فرزندم چون توجه زیادی از ما دیده، سطح توقعاتش از ما خیلی زیاده و دوست نداره از ما نه بشنوه».

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، مجموعه‌ای از عوامل

خانوادگی، جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی - اقتصادی و همچنین تجارب قبلی منفی، زمینه‌ساز پدیده تک‌فرزندی هستند. در این راستا، نتایج مطالعه خلیج‌آبادی و همکاران نشان داد که تصمیم برای تک‌فرزندی، در واقع یک نوع راهکار یا استراتژی برای ایجاد نوعی تعادل بین شرایط فردی، زناشویی، خانوادگی و محیطی افراد است [۷]. در مطالعات متعدد، مواردی چون افزایش تحصیلات خانم‌ها، سیاست‌های آموزشی و بهداشتی، مشکلات اقتصادی، افزایش فاصله بین ازدواج تا حاملگی اول، افزایش سن ازدواج و تغییر نگرش، از عوامل موثر در کاهش فرزندآوری بیان شده است [۱۲-۱۴]. در مطالعه وانگ و همکاران، قصد داشتن فرزند دوم برای زنان شاغل شهری بستگی زیادی به نوع خانواده، سن همسر، سن فرزند اول و نگرش شوهر و والدین داشت [۱۵]. مطالعات نشان داده که تعداد زیادی از مادران، تجارب بارداری قبلی خود را به عنوان یک عامل موثر برای اجتناب از فرزندآوری معرفی کرده‌اند [۱۶، ۱۷]. در همین راستا، در مطالعه بهمنش و همکاران، تجربیات ناخوشایند اولین بارداری و زایمان، ترس از دختردار شدن به خاطر ترجیح جنسیتی پسر، دغدغه‌های اقتصادی و معیشتی و دغدغه تربیتی و تحصیلی فرزند از مسائلی شناخته شد که با ترسیم آینده‌ای تضمین نشده برای زنان، سبب تک‌فرزندی آنها شده بود [۱۸]. در حقیقت، اگرچه بارداری و زایمان بخشی از روند تکاملی و طبیعی در زنان است، اما واقعیت این است که با وجود پیشرفت‌هایی که در امر مراقبت و آموزش زنان در دوران بارداری در خصوص جنبه‌های فیزیولوژیک صورت گرفته، ابعاد روان‌شناختی مراقبت از زنان باردار، به ندرت مورد توجه قرار گرفته است [۱۹]. لازم است در مشاوره‌های دوران بارداری بر آمادگی و سلامت روان مادر در نگهداری از نوزاد متولد شده توجه بیشتری شود. در مطالعه‌ای، ترابی و همکاران بیان کردند که به اعتقاد زنان، اگر تعداد فرزندان کمتر باشد، بهتر می‌توانند برای علایق خود و تربیت فرزندان برنامه‌ریزی کنند [۲۰]. دغدغه‌های تربیتی و نظارتی والدین برای فرزندآوری از جمله توجیهات اجتماعی و فرهنگی آنان برای فرزندآوری است. والدین برای حفاظت از خود و فرزندشان از این فضای پرمخاطره، از به دنیا آوردن فرزند دیگری جلوگیری می‌کنند [۲۱]. نتایج مطالعه دیگری نشان داد که قصد تک‌فرزندی، بیشتر به علت تغییرات فرهنگی،

امثال آن، پرورش تک‌فرزند مشقت و پیچیدگی‌های خاصی دارد. مسائلی مانند اضطراب والدین، کاهش انسجام خانواده، فرزندسالاری، بلوغ زودرس، کم شدن روابط اجتماعی و نبود جامعه‌پذیری، تضعیف شبکه ارتباطی خویشاوندی و جایگزینی رسانه در ارتباطات کلامی از جمله مهم‌ترین مسائلی هستند که با احتمال بالایی گریبانگیر خانواده‌های تک‌فرزند هستند [۳]. در مطالعه فکری کیا و همکاران، به مواردی چون پیامدهای کاهش فرزندآوری، آسیب‌های اخلاقی و تربیتی (افزایش سطح توقع تک‌فرزندان از والدین و ناراضی‌آنان) و انقطاع نسل بشر پرداخته شده است. علاوه بر این، آسیب‌های روانی تک‌فرزندی سبب کوچک شدن خانواده‌ها و بحرانی شدن امنیت روانی افراد به دلیل نبود خواهر و برادر می‌شود [۲۴]. در مطالعات دیگری گزارش شده که کاهش تعداد فرزندان و به ویژه تک‌فرزندی، فرآیند رشد کودکان را با چالش جدی روبه‌رو می‌کند [۲۵]. نتایج مطالعه دیگری نشان داد که نمرات سبک فرزندپروری استبدادی و آزادگرایانه در والدین تک‌فرزند، نسبت به والدین دارای چند فرزند، بالاتر بود. زیرا در والدین کودکان با دو یا چند فرزند، حساسیت در اتخاذ شیوه‌های فرزندپروری افزایش یافته و سبک فرزندپروری منطقی‌تر می‌شود [۸]. مطالعه شجاعی و همکاران نیز نشان داد که تک‌فرزندها، معمولاً به لحاظ مهارت‌های زندگی و توانمندی‌های فردی، متفاوت هستند و این تفاوت، اغلب خود را به صورت افراط یا تفریط نشان می‌دهد. البته باید توجه داشت که تک‌فرزندها، به دلیل فقدان تضاد منافع، معمولاً از امکانات و رفاه بیشتری برخوردارند [۹]. نتایج پژوهش صادقی و همکاران نشان داد که میزان امید به زندگی، تاب‌آوری و تمایز یافتگی در نوجوانان خانواده‌های دارای چند فرزند، از نوجوانان خانواده‌های تک‌فرزند بیشتر است [۲۶]. شواهدی از مطالعات ساختاری رفتاری و آناتومیکی بین تک‌فرزندان و غیرتک‌فرزندان در چین نشان داد که تک‌فرزندان، نمرات انعطاف‌پذیری بالاتری (ابعادی از خلاقیت) و نمرات سازگاری پایین‌تری (ابعادی از ویژگی‌های شخصیتی)، نسبت به کودکان غیرتک‌فرزند داشتند. این یافته‌ها ممکن است حاکی از آن باشد که محیط خانوادگی (یعنی تک‌فرزند در مقابل غیرتک‌فرزند)، نقش مهمی در رشد رفتار و ساختار مغز افراد دارد [۲۷]. این مطالعات در کل نشان می‌دهند که از دیدگاه جوامع مختلف، تک‌فرزندی دارای مجموعه‌ای از مزایا و

ارزشی و نگرشی در حیطه فردگرایی، آرمان‌گرایی و جنسیت بود تا مسائل اقتصادی [۲۲]. در مطالعه‌ای در بیان عوامل ابقای تک‌فرزندی، خانم‌های متأهل، تقدم خویشتن را بااهمیت گزارش کرده بودند. این مضمون، از مصادیق راحت‌طلبی، عافیت‌خواهی و رهایی از قید و بندها و مصائب فرزندآوری در عصر حاضر به شمار می‌رود [۱۸]. لازم است عوامل زمینه‌ساز تک‌فرزندی در هر منطقه و ناحیه شناخته شده و تدابیر لازم برای حذف و کمرنگ‌سازی این علل در راستای افزایش تمایل زوجین به فرزندآوری و تولد فرزند دوم و بعد انجام شود. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که موازنه تصمیم‌گیری (متشکل از دو مولفه شامل مزایا و معایب ادراک شده تک‌فرزندی)، یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی استخراج شده از تجارب شرکت‌کنندگان بود. موازنه تصمیم‌گیری بر این فرض استوار است که افراد در هنگام تصمیم‌گیری برای انجام یک رفتار، معمولاً مزایا را در برابر معایب قرار می‌دهند. در مسئله تک‌فرزندی، اگر کفه سنگین ترازو به سمت مزایای آن باشد، افراد به احتمال زیاد، به داشتن تک‌فرزند مبادرت می‌ورزند. اگر کفه سنگین ترازو به سمت معایب درک شده تک‌فرزندی باشد، احتمال تک‌فرزند داشتن کاهش می‌یابد. در مطالعه بهمنش و همکاران، به بلاتکلیفی مادران در پذیرش یا نپذیرفتن تک‌فرزندی اشاره شده است، زیرا پذیرش تک‌فرزندی، برخلاف میل باطنی مادران است که هم سبب سرکوب میل مادری دوباره در این زنان می‌شود و هم نگرش منفی آنها نسبت به تک‌فرزندی، بر تشویش و نگرانی آنها می‌افزاید [۱۸]. بلاتکلیفی زنان برای داشتن فرزند دوم، در مطالعه وانگ و همکاران نیز مشخص شده است. اکثر زنان مورد مطالعه آنان، موافق لغو سیاست تک‌فرزندی در چین بودند. اما در مورد تصمیم خود برای داشتن فرزند دوم، مردد یا بلاتکلیف بودند. بسیاری احساس می‌کردند که برای داشتن دو فرزند، به خاطر خانواده یا به عنوان یک تعهد نسبت به خانواده، تحت فشار قرار دارند. آنها همچنین احساس می‌کردند که مراقبت از دو کودک، بسیار سنگین است و از نظر آزادی، انرژی و پول، باید هزینه‌های زیادی صرف کنند [۲۳]. سیاح و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که برخلاف تصور عمومی از سهولت و آسایش داشتن تک‌فرزند، به دلایل مختلف، اعم از مسائل تربیتی، اجتماعی، اقتصادی و هزینه‌های فرصت و

عمیق زوجین دارای یک فرزند و مشکلات و حتی منافع تک‌فرزندی از دیدگاه زوجین پرداخته‌اند.

بر اساس یافته‌های این تحقیق، عوامل زمینه‌ساز تک‌فرزندی متعدّدند. افزایش شبکه‌های حمایتی برای زوجین که بتواند به نیازهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی-اقتصادی آنان برای فرزندآوری بیشتر کمک کند، باید در سیاست‌گذاری‌های جمعیتی مورد توجه قرار گیرد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، والدین با وجود اشاره به مشکلات تک‌فرزندی، آن را دارای مزایای گوناگونی می‌دانستند. آموزش والدین و جامعه در خصوص چالش‌ها و معایب تک‌فرزندی از جمله راهکارهایی است که در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با جمعیت، کمتر اجرایی شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1399.1016 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران به ثبت رسیده است. پیش از شروع نمونه‌گیری، رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در مطالعه از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد و به آنها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و مصاحبه‌ها و امکان خروج از مطالعه در هر زمان اطمینان داده شد.

تشکر و قدردانی: این مقاله از پایان‌نامه نویسنده اول در دوره کارشناسی ارشد مجازی رشته آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت (گرایش سلامت باروری) استخراج شده که در دانشگاه علوم پزشکی ایران تصویب شده است. مطالعه حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است. از مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، برای ارائه تجارب در زمینه تک‌فرزندی تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: بنابر اظهار نویسندگان این مقاله، تعارض منافع وجود ندارد.

همچنین معایب درک شده است. اگر فردی مزایای تک‌فرزند داشتن را بیشتر از معایب آن بداند، طبیعتاً تک‌فرزندی را انتخاب می‌کند. لازم است در بین خانواده‌ها، با انجام اقدامات و فعالیت‌های چندگانه در سطوح مختلف، مزایای داشتن چند فرزند برجسته‌تر شود. قطعاً رسانه‌های جمعی می‌توانند در این خصوص، نقش موثری ایفا کنند.

باتوجه به کاهش زاد و ولد در کشور و شتاب ساختار جمعیتی کشور به سمت سالمندی، مطالعه حاضر از محدود مطالعاتی بود که به تبیین تجارب والدین از پدیده تک‌فرزندی و چالش‌های مرتبط با آن می‌پرداخت. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، انتخاب صرف مشارکت‌کنندگان از بین والدینی بود که ساکن شهر دلیجان بودند، به همین دلیل یافته‌ها قابل تعمیم به دیگر جمعیت‌ها نیست. لازم است مطالعات مشابه در گروه‌های جمعیتی دیگر مانند افراد ساکن در روستا و همچنین سایر مناطق کشور نیز انجام شود.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه حاضر، عوامل زمینه‌ساز تک‌فرزندی با ۵ زیرطبقه شامل علل خانوادگی، علل جسمانی، تجارب قبلی منفی، علل روان‌شناختی، علل اجتماعی-اقتصادی و موازنه تصمیم‌گیری با ۲ زیر طبقه شامل مزایای درک شده تک‌فرزندی و معایب درک شده آن، به عنوان تجارب افراد در خصوص تک‌فرزندی شناخته شدند. بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان اذعان داشت که تک‌فرزندی یک پدیده چندوجهی و دارای ابعاد مختلف است. عوامل مختلفی زمینه‌ساز این پدیده هستند و همین امر سبب گرایش زوجین به داشتن تنها یک فرزند می‌شود. لازم است با شناخت صحیح این عوامل زمینه‌ساز، به ایجاد زیرساخت‌های مناسب برای فرزندآوری والدین اقدام شود. باید فعالیت‌ها در سمت و سویی باشد که مزیت‌های داشتن فرزند بیشتر در خانواده‌ها برجسته شود.

کاربرد در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت در سال‌های اخیر، کاهش چشمگیری در رشد جمعیت ایران اتفاق افتاده است. همزمان، تمایل زوجین برای داشتن تک‌فرزند افزایش یافته است. مطالعات انجام شده، بیشتر دلایل تک‌فرزندی زوجین را بررسی کرده‌اند و کمتر به تبیین تجارب

References:

1. Aliee M. The role of population and population policies in strengthening the internal structure of power of the Islamic Republic of Iran. *Scientific Journal of Security Horizons*. 2015; 8 (28): 107-13. (in persian)
2. Khalilian Shalamzari M. An investigation into the internal psychological studies on having an only child: a systematic review. *The Islamic Journal of Women and the Family*. 2018; 6 (10): 99-125. (in persian)
3. Syyah M, Aghaee Dizaj P, Hosseini A. Complications and consequences of having one child in a modern lifestyle. *National Conference on Family and Emerging Issues*. 2016 Dec 15; Ahar, East Azerbaijan Provinc, Iran. 2016: 763. (in persian)
4. Shojaei C, Erfani A. Trends and patterns of one-child families in Iran. *Quarterly Journal of Social Sciences*. 2019; 26(85): 89-105. (in persian)
5. Bagi M. Childlessness and one-child intentions among recently married couples in Iran. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (PAYESH)*. 2022; 21(1): 69-79. (in persian)
6. Haerimehrizi AA, Tavousi M, Sadighi J, Motlagh ME, Eslami M, Naghizadeh F, et al. Reasons for fertility desire and disinterest among Iranian married adults: A population-based study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (PAYESH)*. 2016; 16 (5): 637-645.
7. Khalaj abadi farahani F, Saraei H. Exploration of underlying factors for single child intention and behavior in Tehran. *Quarterly Women'S Strategic Studies (KETABE ZANAN)*. 2016 (71):29-58. (in persian)
8. Sourinejad H, Reisi Sehkordi Z, Kohan Sh, Shams M, Adibmoghaddamm E. Comparison of parenting style and mental health in single-child and multiple-children mothers in Isfahan, Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2020: 5 (4): 62-71. (in persian)
9. Shojaei J, Yazdkhasti B. One-child living experience: a study of girls over 18 years. *Women in Development and Politics*. 2018; 15(4):447-476. (in persian)
10. Statistical Center of Iran. Detailed results of the general census of 2016. [cited: 2022 April 13]. Available from: <https://www.amar.org.ir>
11. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62(1):107-115.
12. Mohammadi Farrokhran E, Mahmoodi M, Mohammad K, Rahimi A, Majlesi F, Parsaeian M. Study of factors affecting first birth interval using modified Gompertz cure model in west Azarbaijan province, Iran. *Iranani Journal of Epidemiology*. 2013; 9(1):41-51. (in persian)
13. Vedadhir A, Taghizadeh Z, Behmanesh F, Ebadi A, Pourreza A, Abbasi-Shavazi MJ. Patterns of marriage and reproductive practices: is there any relationship?. *Human Fertility*. 2017; 20: 30-6. (in persian)
14. Abbasi-Shavazi MJ, Philip Morgan S, Hossein. Chavoshi M, McDonald P. Family change and continuity in Iran: Birth control use before first pregnancy. *Journal of Marriage and Family*. 2009; 71: 1309-24.
15. Wang T, Wang C, Zhou Y, Zhou W, Luo Y. Fertility intentions for a second child among urban working women with one child in Hunan Province, China: a cross-sectional study. *Public Health*. 2019; 173:21-28.
16. Jefferies J. A reluctance to embrace the one-child family in Britain. *EURESCO Conference: The Second Demographic Transition in Europe*. 2001 June 23-28; Bad Herrenalb, Germany. 2001:18.
17. Newman L. How parenthood experiences influence desire for more children in Australia: A qualitative study. *Journal of Population Research*. 2008; 25 (1): 1-27.
18. Behmanesh F, Taghizadeh Z, Vedadhir A, Ebadi A, Pourreza A, Abbasi Shavazi M.J. Explaining the

- causes of single child based on women's views: A qualitative study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019;15(3):279-88. (in persian)
19. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*. 2004; 79(2):81-91.
20. Torabi F, Abbasi-Shavazi MJ. Women's education, time use and marriage in Iran. *Asian Population Studies*. 2016; 12 : 229-50.
21. Mahmoudian H, Rezaei M. Women and child-rearing activities: A case study of kordish women. *Quarterly Women'S Strategic Studies*. 2013; 14:173-225. (in persian)
22. Mobasheri M, Alidousti M, Heidari Soureshjani S, Khosravi F. Determination of the Most Important Factors Influencing the Fertility Patterns of Single Child and Without Child Families in Shahr-e-kord City in 2013. *Jouranl of Ilam University of Medical Sciences*. 2013; 21: 63-70. (in persian)
23. Wang E, Hesketh T. Exploring women's decisions about childbearing after the lifting of the one-child policy. *Culture, Health and Sexuality*. 2018; 20(11):1230-43.
24. Fikri Kia R, Pejhan A. Demographic and economic characteristics of one-child households in Iran in the 2011 census. *Social Researches*. 2015; 28 (28): 169-186. (in persian)
25. Sardarpor Godarzi SH, Drakhshanpor F, Sadr S, Yasami M T. Behavioral disorders in children one-child families and a few children in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2003;9(1):22-6. (in persian)
26. Sadeghi M, Roshannia S. A study of the impact of family size on the mental health of children, life expectancy, resilience and differentiation. *The Women and Family Cultural Education Journal*. 2016; 11 (36): 99-121. (in persian)
27. Yang J, Hou X, Wei D, Wang K, Li Y, Qiu J. Only-child and non-only-child exhibit differences in creativity and agreeableness: Evidence from behavioral and anatomical structural studies. *Brain Imaging and Behavior*. 2017; 11(2):493-502.

Explanation of experiences of Delijan parents in terms of only child: A qualitative study

Somayeh Ebrahimi¹, Tahereh Dehdari^{1*}

1. MSc in Community-based Education in Health System, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. PhD in Health Education, Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: In Iran, the tendency to have only one child has increased. This study explored the experiences of Delijan parents in terms of only child.

Methods: This qualitative study was conducted in 2020. The starting point of sampling was among the health records of comprehensive health service centers of Delijan city that had voluntary only child and the mother's age was over 35 years old. Parents from different age, gender, educational and occupational groups were interviewed to get maximum diversity in the data and deep insight from the experiences of individuals. Thirty semi-structured in-depth interviews were conducted. The participants (18 women and 12 men) were asked about their experiences about only child. Data analysed by conventional content analysis method. Continuous analysis of data began and continued up to data saturation. To increase the validity and reliability of the data, the suggested proposed methods by Lincoln and Cuban were used (including prolong engagement with the participants, peer check, member check, and data saturation).

Results: The mean age of participants was 41.7 years with a standard deviation of 5.5. Predisposing factors of one child with 5 subcategories including family causes, physical causes, negative previous experiences, psychological causes, socio-economic-political causes and decisional balance with 2 subclasses including perceived pros of having one child and perceived cons of having one child were emerged as participants, experiences of having only one child.

Conclusion: Identifying the experiences of parents having only one child may be a kind of needs assessment to design interventions to increase couples' tendency to have more children.

Keywords: Qualitative research, content analysis, only child

Please cite this article as follows:

Ebrahimi S, Dehdari T. Explanation of experiences of Delijan parents in terms of only child: A qualitative study. *Hakim Health Systems Research Journal*. HAKIM Health Sys Res. 2021; 24 (2):128-141.

*Corresponding Author: Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Shahid Hemmat Highway, Tehran, Iran. Email: dehdari.t@iums.ac.ir, dehdarit@yahoo.com, Tel: 00982186704756, Fax: 00982188622707.