

# بررسی مقایسه‌ای میزان ابتلاء به افسردگی، استرس و اضطراب در دو گروه زنان فرزنددار و بدون فرزند: یک مطالعه مبتنی بر

## جمعیت

فاطمه بیات<sup>۱</sup>، دکتر گیتی ازگلی<sup>۲\*</sup>، دکتر زهره محمودی<sup>۳</sup>، دکتر ملیحه نصیری<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۶

## خلاصه

**مقدمه:** تعویق فرزندآوری، پدیده اجتماعی در خانواده‌های ایرانی بوده و در تأثیر آن بر سلامت روان، اختلاف نظرهایی وجود دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش فرزندآوری در میزان ابتلاء به افسردگی، استرس و اضطراب زنان ایرانی در سنین باروری انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۰ بر روی ۵۸۱ زن متأهل غیرباردار واجد شرایط از ۳۱ استان کشور انجام شد. نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس به صورت الکترونیک و در فضای مجازی انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های دموگرافیک-تاریخچه پزشکی، کیفیت خواب (برگرفته از LSQ)، رضایت زناشویی (EMS)، حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)، وضعیت اقتصادی اجتماعی (قدرت‌نما) و استرس- اضطراب- افسردگی (-DASS-21) جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و رگرسیون لجستیک دوجبهی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** تحصیلات زن و همسر ( $p < ۰/۰۰۱$ )، شاغل بودن زن ( $p = ۰/۰۰۴$ ) و سطح اقتصادی- اجتماعی بالاتر ( $p = ۰/۰۴$ ) در زنان بدون فرزند به‌طور معناداری بیشتر بود. رضایت زناشویی ( $p = ۰/۰۶۱$ )، حمایت اجتماعی ( $p = ۰/۰۱۳$ )، کیفیت خواب ( $p = ۰/۰۵۸$ )، سابقه بیماری مزمن ( $p = ۰/۰۶۴$ )، محل زندگی ( $p = ۰/۰۵۸$ ) در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. پس از تعدیل داده‌ها، مشاهده شد که میزان ابتلاء به افسردگی در زنان بدون فرزند ۲ برابر زنان فرزنددار است (CI: ۱/۱۱-۳/۸۲،  $p = ۰/۰۹۵$ )،  $AOR = ۲/۰۶$ ). ابتلاء به استرس ( $p = ۰/۰۳۸$ ) و اضطراب ( $p = ۰/۰۰۹$ ) در دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

**نتیجه‌گیری:** داشتن فرزند، نه تنها استرس و اضطراب زنان را افزایش نمی‌دهد، بلکه نقش محافظت‌کننده در مقابل افسردگی دارد، لذا به نظر می‌رسد تشویق به فرزندآوری می‌تواند سبب ارتقاء سلامت روان زنان جامعه ایران شود.

**کلمات کلیدی:** ایران، سلامت روان، فرزندآوری، مادری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر گیتی ازگلی؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲؛ پست الکترونیک: g.ozgoli@gmail.com

## مقدمه

نرخ باروری کل (TFR)<sup>۱</sup>، یک شاخص جمعیتی استاندارد در سطح بین‌المللی است که برای تخمین میانگین تعداد فرزندان که یک زن در طول سال‌های باروری خود (یعنی ۱۵-۴۹ سالگی) بر اساس روند تولد فعلی و در صورت زنده ماندن خواهد داشت؛ استفاده می‌شود (۱) که طی ۵۰ سال اخیر در دنیا رو به کاهش بوده است (۲). در سال ۱۹۵۰ حدود دو سوم جمعیت دنیا در گروه نرخ باروری بالا و یک سوم در گروه نرخ باروری پایین قرار داشت. تا سال ۲۰۰۵ که این تصویر معکوس شده و در هر دو گروه، کاهش نرخ باروری به وجود آمد (۳). نرخ باروری در ایران از ۷ فرزند به ازای هر زن در اوایل دهه ۱۹۸۰ به ۲/۱ فرزند در سال ۲۰۰۰ کاهش یافت؛ و امروزه به ۱/۹ فرزند (زیر سطح جایگزینی: نرخ باروری کل (TFR) کمتر از ۲/۱) تنزل یافته است (۴، ۵).

تأخیر ارادی در فرزندآوری (نه به دلیل نازایی)، یکی از برجسته‌ترین دگرگونی‌ها و الگوهای باروری معاصر است که بیش از ۴ دهه بر میزان TFR اثر منفی می‌گذارد (۶). در کشورهای با درآمد بالا، تعویق فرزندآوری از سال ۱۹۷۰ شروع به افزایش کرده و این پدیده در ایران از سال ۱۹۹۰ آغاز شد (۷، ۸). میزان بی‌فرزندی داوطلبانه، در تمامی سنین از ۱۰/۱٪ در سال ۱۹۹۶ به ۱۷/۵٪ در سال ۲۰۱۶ رسیده است. آمارها نشان می‌دهد که بی‌فرزندی داوطلبانه، در ایران یک تصمیم مقطعی است و زوجین به هر حال صاحب فرزند خواهند شد (۹)، ولی این تعویق به‌طور مستقیم سبب کاهش باروری و تغییرات ساختاری جمعیت و در نهایت کاهش جمعیت می‌شود (۷).

از علل اتخاذ این تصمیم، تفکرات لیبرالیسم و فمینیستی، عدم اطمینان پایداری روابط زوجی، شرایط سخت کاری و ناامنی اقتصادی است (۱۰-۱۲). همچنین زنان برای دستیابی به ثبات اقتصادی، تحصیلی و حرفه‌ای، مادر شدن را به تعویق می‌اندازند تا شرایط مناسبی را برای به‌دنيا آمدن فرزند مهیا کنند (۱۳). از طرفی رواج پدیده فردگرایی نیز در تعویق فرزندآوری زنان ایرانی بسیار مؤثر

بوده؛ به‌طوری‌که برخی از آن‌ها، مادری را وظیفه سخت و فداکارانه می‌دانند و برای داشتن آسودگی خاطر این مهم را به تأخیر می‌اندازند (۱۴).

علاوه بر پیامدهای زیستی تعویق فرزندآوری که نتیجه بارداری در سنین بالاست؛ مانند افزایش ناهنجاری‌های نوزادی و حاملگی‌های پرخطر، زوجین با این تعویق ارادی با افزایش ناباروری و بی‌فرزندی غیرارادی مواجهه خواهند شد (۹) که در سطح کلان آثار هم‌افزایی کاهش جمعیت و در سطح فردی پیامدهای روان‌شناختی فراوانی نیز به همراه خواهد داشت (۱۵). امروزه سلامت روان در زندگی افراد اهمیت ویژه‌ای دارد. اضطراب و افسردگی، دو بیماری شایع سلامت روان است؛ به‌طوری‌که ۳۲۲ میلیون نفر در دنیا درگیر افسردگی و ۲۶۴ میلیون نفر دچار اضطراب هستند (۱۶). افسردگی با غم و اندوه، از دست دادن علاقه یا لذت، احساس گناه یا کم‌ارزش بودن، خواب آشفته یا اشتیهای مختل، احساس خستگی و اختلال تمرکز مشخص می‌شود (۱۷)؛ که عموماً زنان را بیشتر از مردان درگیر می‌کند و آمار جهانی ۱۴/۴٪ دارد (۱۸).

استرس، واکنش بدن به یک محرک است و معمولاً یک تجربه کوتاه‌مدت است، در حالی که اضطراب، یک اختلال سلامت روانی پایدار است که می‌تواند توسط استرس ایجاد شود و می‌تواند بر فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و سایر حوزه‌های عملکردی تأثیر منفی بگذارد (۱۹).

از عوامل مؤثر بر ایجاد افسردگی، اضطراب و استرس می‌توان به عواملی مانند سن، طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، شاغل بودن، محل زندگی (شهر و روستا)، رضایت زناشویی، کیفیت خواب، حمایت اجتماعی و بیماری‌های مزمن اشاره کرد (۲۰-۲۹). تأثیر فرزند و بی‌فرزندی داوطلبانه، بر افسردگی، اضطراب و استرس در مطالعات مختلف بررسی شده است. در مطالعه گیسلمن و همکاران (۲۰۱۸) در کشور آلمان نشان داده شد که زنان فرزنددار به نسبت زنان بدون فرزند استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری را متحمل می‌شوند (۳۰). در مطالعه دناس و همکاران (۲۰۱۵) مشاهده شد که زنان به دلیل از دادن استقلال به واسطه مادر شدن، متحمل استرس روانی

<sup>1</sup> Total Fertility Rate

روز پس از زایمان (در دوران پست‌پارتوم نباشد)، دامنه سنی ۴۹-۱۵ سال (سنین باروری) و توانایی استفاده از کامپیوتر یا گوشی‌های تلفن همراه هوشمند بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: پاسخ اشتباه به سؤال دقت‌سنجی (این سؤال میزان دقت شما را می‌سنجد؛ لطفا عدد ۱۵ را انتخاب کنید: الف) ۲۵، ب) ۵۵، ج) ۱۵ د) ۱۶) و داشتن سابقه نازایی بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد شیوع با در نظر گرفتن شیوع ۰/۳۰ (۳۶)، سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای ۰/۴، برابر ۵۲۵ نفر به‌دست آمده که با تخمین ۱۰٪ ریزش؛ حجم نمونه ۵۸۰ نفر برآورد شد. نوع نمونه‌گیری، غیرتصادفی در دسترس بود. الگوریتم انتخاب مشارکت‌کنندگان در شکل ۱ ذکر شده است. این مطالعه به‌صورت مبتنی بر وب<sup>۲</sup> در ایران و در محیط پژوهش پلتفرم پرسلاین (<https://porsline.ir>) انجام شد. پرسشنامه‌های استاندارد و محقق‌ساخته به‌صورت الکترونیک طراحی شد و پس از دریافت کد اخلاق (IR.SBMU.PHARMACY.REC.1400.010)، لینک پرسشنامه در فضای مجازی به اشتراک گذاشته شد. با پرداخت هزینه آگهی یا به‌صورت رایگان (با هماهنگی مالک)، از کانال‌ها و گروه‌های خاص اقوام و استان‌های سرتاسر ایران که مخاطبان بالایی داشتند؛ استفاده شد. در ابتدا اهداف پژوهش توضیح داده شده و پس از اخذ رضایت آگاهانه، سؤالات برای شرکت‌کنندگان نمایش داده شد. پرسشنامه‌ها به‌صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شد. جهت جلب مشارکت افراد، در انتهای تکمیل پرسشنامه شناسه هویتی<sup>۳</sup> پژوهشگر در اختیارشان قرار داده شد تا ضمن دریافت پاسخ‌نامه سؤالات، از خدمات مشاوره رایگان مامایی بهره‌مند شوند؛ همچنین هدیه‌ای به قید قرعه به مشارکت‌کنندگان اهداء شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته دموگرافیک و پزشکی- مامایی شامل سن زن/همسر، سطح تحصیلات زن/همسر، طول مدت ازدواج، تعداد بارداری/زایمان/فرزندان زنده، شغل زن، محل سکونت، استان محل زندگی و سابقه بیماری‌های مزمن بود. جهت

زیادی می‌شوند (۳۱). همچنین مادر ایده‌آل<sup>۱</sup> بودن نیز به الگویی برای زنان تبدیل شده که سطح استرس و اضطراب آنها را افزایش می‌دهد (۳۲). از آنجایی که مادری یک نقش فداکارانه است؛ آزادی انتخاب و لذت بردن از اوقات فراغت انگیزه بسیاری از زنانی است که به‌صورت داوطلبانه بی‌فرزند می‌مانند (۳۳). از طرفی به‌دلیل تأثیر بالقوه بی‌فرزند بر بقاء بشریت، بی‌فرزندگی داوطلبانه، همواره مذموم بوده و حتی افرادی که به‌صورت ارادی و نه به‌دلیل ناباروری، تصمیم گرفتند فرزندانآوری خود را به تعویق بیندازند نیز ممکن است تحت فشارهای روانی قرار گیرند (۳۴).

با توجه به کاهش نرخ باروری در ایران، سیاست‌های کلانی جهت کاهش تعویق فرزندانآوری تدوین شده است. مشوق‌های اقتصادی، حمایت‌های تحصیلی، مرخصی زایمان و حمایت‌های اجتماعی، از جمله این سیاست‌ها می‌باشند (۳۵)، ولی هنوز هم تعویق فرزندانآوری، پدیده اجتماعی در خانواده‌های ایرانی است. بنابراین پرداختن به موضوع سلامت روان زنان با و بدون فرزند در این برهه زمانی بسیار حائز اهمیت است تا با شناخت وضع موجود، سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های آینده با در نظر گرفتن همه جوانب، تأثیرگذارتر شود، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای میزان ابتلاء به افسردگی، استرس و اضطراب در دو گروه زنان فرزنددار و بدون فرزند به‌صورت یک مطالعه یک مطالعه مبتنی بر جمعیت انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی مقایسه‌ای مبتنی بر جامعه با هدف بررسی و مقایسه میزان ابتلاء به افسردگی استرس و اضطراب در دو گروه زنان فرزنددار و بدون فرزند در بازه زمانی آبان تا اسفند ماه سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش، تمام زنان متأهل ایرانی واجد شرایط بودند. گروه زنان بدون فرزند، افرادی بودند که در حال حاضر فرزندی نداشتند و افراد دارای فرزند صرف نظر از تعداد فرزندان، در گروه با فرزند تقسیم‌بندی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ایرانی، متأهل، غیرباردار، ۴۲

<sup>۲</sup> Web-based Study

<sup>۳</sup> ID (Identification)

<sup>۱</sup> Intensive Mother

بررسی میزان ابتلاء افراد به افسردگی، اضطراب و استرس از پرسشنامه DASS-21 استفاده شد. این پرسشنامه ۲۱ سؤالی شامل ۳ مقیاس خودگزارش‌دهی است که برای هر کدام از مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس ۷ سؤال به صورت لیکرت طرح شده است و دارای گزینه‌های اصلاً (امتیاز ۰)، کم، متوسط و زیاد (امتیاز ۳) می‌باشد. نمره‌دهی در حیطه افسردگی: نرمال (۰-۹)، خفیف (۱۰-۱۳)، متوسط (۱۴-۲۰)، شدید (۲۱-۲۷)، بسیار شدید (بیشتر از ۲۸)؛ در حیطه استرس: نرمال (۰-۱۴)، خفیف (۱۵-۱۸)، متوسط (۱۹-۲۵)، شدید (۲۶-۳۳)، بسیار شدید (بیشتر از ۳۴) و در حیطه اضطراب: نرمال (۰-۷)، خفیف (۸-۹)، متوسط (۱۰-۱۴)، شدید (۱۵-۱۹) و بسیار شدید (بیشتر از ۲۰) بود (۳۷). این پرسشنامه در پژوهش‌های گوناگون در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده و برای نمونه‌های بالینی و غیربالینی (مبتنی بر جامعه) ابزاری ساده و قابل تأیید است (۳۸، ۳۹). صاحبی و همکاران (۲۰۰۵) همبستگی این آزمون را با تست بک ۰/۷ و با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و با آزمون استرس درک شده ۰/۴۹ گزارش کردند و همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ در زیر مقیاس افسردگی ۰/۷۷، در زیر مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و در زیر مقیاس استرس ۰/۷۸ گزارش شد (۴۰). همچنین در مقایسه با مصاحبه‌های روان‌شناختی، حساسیت و ویژگی این پرسشنامه در تشخیص افسردگی، استرس و اضطراب ۸۹-۷۵٪ است (۴۱، ۴۲). جهت بررسی پایایی در این مطالعه ضریب آلفا کرونباخ برای ۲۰ نفر محاسبه شده و برای افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۹، استرس ۰/۸۸ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

در مطالعه حاضر سعی شد که عوامل تأثیرگذار بر ابتلاء به افسردگی، اضطراب و استرس (بر اساس مروری بر متون) با پرسشنامه‌های متعدد بررسی شود و در صورت وجود تفاوت معنادار در دو گروه، از روش‌های آماری مناسب برای تعدیل داده‌ها استفاده گردد که شامل پرسشنامه‌های زیر بود.

**پرسشنامه وضعیت اقتصادی- اجتماعی قدرت‌نما (۱۳۹۲):** این پرسشنامه چهار بُعد میزان درآمد، طبقه

اقتصادی، وضعیت مسکن و تحصیلات را در ۵ سؤال اصلی مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه دارای مقیاس اندازه‌گیری ۵ گزینه‌ای لیکرت (خیلی کم= امتیاز ۱، خیلی زیاد= امتیاز ۵) است. هرچه نمره پرسشنامه بالاتر باشد، سطح اقتصادی اجتماعی خانواده بالاتر است. روایی سازه این پرسشنامه توسط قدرت‌نما و همکاران (۲۰۱۳) از طریق تحلیل عاملی، ضریب  $KMO^1$  برابر ۰/۷۵۲ به دست آمد و پایایی پرسشنامه با روش آلفا کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد (۴۳). جهت بررسی پایایی پرسشنامه در این مطالعه از روش آزمون - بازآزمون استفاده شد. پرسشنامه‌ها به فاصله ۲ هفته توسط ۱۵ نفر از واجدین شرایط مجدداً تکمیل شد و ضریب همبستگی درون رده‌ای (ICC)<sup>۲</sup> برابر ۰/۹۵ به دست آمد.

**پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)<sup>۳</sup>:** این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) جهت سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه شده است. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۷ گزینه‌ای از نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۱ برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. حداقل نمره آن ۱۲ و حداکثر آن ۸۴ است. کسب امتیاز ۴۸-۱۳ حمایت اجتماعی پایین، امتیاز ۶۸-۴۹ حمایت اجتماعی متوسط و ۶۹-۸۴ حمایت اجتماعی بالا را نشان می‌دهد (۴۴). برآورد روایی آن از طریق تحلیل محتوی مناسب در مطالعات مختلف به شیوه همبستگی با مقیاس احساس تنهایی اجتماعی- عاطفی بزرگسالان و مقیاس رضایت از زندگی، مقیاس اضطراب و افسردگی و مراقبت از خانواده نوجوانان به دست آمده است (۴۷-۴۵). همچنین روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مطلوب گزارش شده است (۴۸). در این مطالعه پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

**پرسشنامه رضایت زناشویی Enrich:** این پرسشنامه توسط فوئرز و همکار (۱۹۸۹) با نام اختصاری

<sup>1</sup> Kaiser - Meyer - Olkin

<sup>2</sup> Intra-class Correlation Coefficient

<sup>3</sup> Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

پایایی پرسش کیفیت خواب استفاده شد. پرسشنامه‌ها به فاصله ۲ هفته توسط ۱۵ نفر از واجدین شرایط مجدداً تکمیل شده و ضریب همبستگی درون رده‌ای ICC برابر ۰/۸۱ بود.

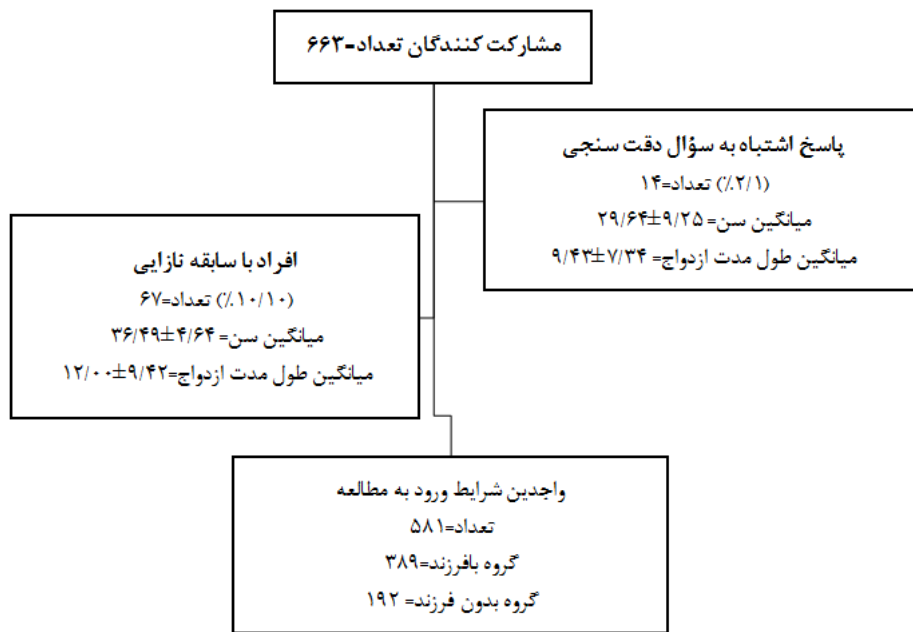
تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) انجام شد. جهت بررسی شانس ابتلاء به افسردگی، استرس و اضطراب از نسبت شانس (OR<sup>۲</sup>) استفاده شد. جهت تعدیل داده‌ها از نظر وجود متغیرهای محدودشگری که تفاوت معناداری در دو گروه داشتند (سن و سطح تحصیلات زن/همسر، شغل زن، طول مدت ازدواج و موقعیت اقتصادی-اجتماعی) از رگرسیون لجستیک دووجهی استفاده شد و نسبت شانس تعدیل شده گزارش گردید. از سایر روش‌های آماری شامل روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، کای دو نیز به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

ENRICH<sup>۱</sup> ارائه شد. فرم اصلی این پرسشنامه ۱۲۵ سؤال داشت. سازندگان ابزار به منظور خلاصه‌سازی فرم ۱۵ سؤال را پس از تأیید روایی و پایایی تحت عنوان پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ معرفی نمودند. این پرسشنامه در واقع از دو زیرمقیاس ۱۰ و ۵ سؤالی تشکیل شده است. حیطة ۱۰ سؤالی، حیطة‌های مختلف روابط زناشویی را می‌سنجد و ۵ سؤال دیگر، سؤالات انحرافی آرمان‌گرایانه را تشکیل می‌دهد. نمره‌هی با استفاده از مقیاس لیکرت به کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم کد ۵-۱ داده می‌شود، لذا هرچه جمع نمرات بیشتر باشد، نشانه رضایت بیشتر از زندگی زناشویی است. سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸ و ۹ به صورت معکوس کدگذاری می‌شود (۴۹). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۱۰ سؤال این پرسشنامه توسط عرب‌علی‌دوستی و همکاران (۲۰۱۵) مورد ارزیابی قرار گرفت و روایی و پایایی مطلوب گزارش شد. روایی سازه پرسشنامه تأیید و در تحلیل عاملی، یک مدل ۲ عاملی به دست آمد. ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۴ و ضریب همبستگی این پرسشنامه با فرم ۴۷ سؤالی اینریچ ۰/۸۲ گزارش شد (۵۰). یک سؤال این پرسشنامه مربوط به رضایت از نقش والدی همسر است (سؤال هشتم)؛ که به دلیل قابل مقایسه بودن نمرات دو گروه، در این مطالعه نمرات ۹ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت. پایایی فرم ۹ سؤالی پرسشنامه در این مطالعه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

**کیفیت خواب:** جهت بررسی کیفیت خواب از سؤال ششم (بعد سلامت جسمانی) پرسشنامه سبک زندگی استفاده شد. ساخت، روایی‌سنجی، تعیین ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی LSQ توسط لعلی و همکاران (۲۰۱۲) انجام شده است (۵۱). بر طبق نسخه اصلی پرسشنامه، این سؤال "هر شب حداقل ۷ تا ۸ ساعت می‌خوابم و سرحال بیدار می‌شوم" در طیف لیکرت چهارگزینه‌ای به صورت همیشه (۳)، معمولاً (۲)، گاهی اوقات (۱) و هرگز (۰) نمره‌گذاری شد و نمره بالاتر، نشان‌دهنده کیفیت بهتر خواب شبانه بود. در مطالعه حاضر از روش آزمون - بازآزمون جهت بررسی

<sup>2</sup> Odds Ratio

<sup>1</sup> Evaluating & Nurturing Relationship Issues, Communication, Happiness



شکل ۱- الگوریتم انتخاب شرکت کنندگان

## یافته‌ها

انتخاب شرکت کنندگان در شکل ۱ آمده است که در نهایت ۵۸۱ نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند. اطلاعات دموگرافیک و شدت افسردگی، اضطراب و استرس مشارکت کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

در مطالعه حاضر ۶۶۳ نفر از ۳۱ استان ایران شرکت کردند (زنجان (۳۷/۷٪)، تهران (۱۷/۹٪)، خراسان رضوی (۶/۲٪)، گلستان (۵٪)، اصفهان (۳/۸٪) و ...). الگوریتم

جدول ۱- توصیف متغیرهای دموگرافیک و شدت افسردگی، اضطراب و استرس مشارکت کنندگان

متغیر	انحراف معیار±میانگین (کران بالا-کران پایین) تعداد (درصد)
سن (سال)	۳۴/۳۷±۸/۰۳ (۱۵-۴۹)
سن همسر (سال)	۳۸/۸۸±۸/۲۸ (۲۰-۶۷)
طول مدت ازدواج (سال)	۱۰/۰۰±۹/۴۲ (۰-۴۰)
تعداد فرزندان	۱۹۲ (۳۳) صفر
	۱۴۶ (۲۵/۱) ۱
	۱۵۰ (۲۵/۸) ۲
	۹۳ (۱۶) ۳ و بیشتر
درآمد خانوار	۴۰ (۶/۹) خیلی ناکافی
	۹۰ (۱۵/۵) ناکافی
	۱۹۲ (۳۳/۶) تا حدودی کافی
	۲۰۵ (۳۵/۳) کافی
طبقه اقتصادی	۵۱ (۸/۸) خیلی کافی
	۱۷ (۲/۹) خیلی پایین
	۳۷۵ (۶۴/۵) متوسط
	۹۱ (۱۵/۷) بالا
	۸ (۱/۴) خیلی بالا

ندارد	۴۹۱ (۸۴/۵)
خفیف	۶۲ (۱۰/۸)
متوسط	۲۸ (۴/۸)
ندارد	۴۶۶ (۸۰/۲)
خفیف	۴۹ (۸/۴)
متوسط	۴۸ (۸/۳)
شدید	۱۸ (۳/۱)
ندارد	۵۳۲ (۹۲/۶)
خفیف	۴۱ (۷/۱)
متوسط	۸ (۱/۴)

متغیرهای کمی بر اساس میانگین  $\pm$  انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

در جدول ۲ اطلاعات دموگرافیک و متغیرهای مخدوشگر در ارتباط با سلامت روان (بر اساس مرور متون) در دو گروه مقایسه شده است. افراد از نظر سلامت فیزیکی به دو گروه بیماری مزمن دارد و ندارد تقسیم شدند؛ که تفاوت معناداری در دو گروه وجود نداشت ( $p=0/64$ ). سایر مخدوشگرها از جمله محل زندگی (شهر/روستا) ( $p=0/058$ )، حمایت اجتماعی ادراک شده ( $p=0/13$ )، رضایت زناشویی ( $p=0/61$ ) و کیفیت خواب ( $p=0/58$ ) نیز بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت. در گروه با فرزند، میانگین سن زن و همسر و طول مدت ازدواج به‌طور معناداری بیشتر از زنان بدون فرزند بود ( $p<0/001$ ). تعداد زنان شاغل در گروه بدون فرزند نسبت به گروه با فرزند به‌طور معناداری بیشتر بود ( $p=0/004$ ). همچنین سطح تحصیلات زن و همسر و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در زنان بدون فرزند به‌طور معناداری بالاتر از گروه با فرزند بود ( $p<0/001$ ).

در جدول ۲ مقایسه دو گروه بر اساس مشخصات دموگرافیک و سایر عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان بر اساس مرور متون

جدول ۲- مقایسه دو گروه بر اساس مشخصات دموگرافیک و سایر عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان بر اساس مرور متون

متغیر	گروه	بدون فرزند	با فرزند	سطح معناداری
سن زن	۶/۰۰	۲۷/۷ $\pm$ ۶/۰۰	۳۷/۶ $\pm$ ۶/۸۷	<0/001
سن همسر	۵/۲۷	۳۲/۱۶ $\pm$ ۵/۲۷	۴۲/۲۰ $\pm$ ۷/۴۵	<0/001
طول مدت ازدواج	۴/۰۰	۴/۱۲ $\pm$ ۴/۰۰	۱۵/۹۲ $\pm$ ۸/۸۷	<0/001
وضعیت اقتصادی اجتماعی	۳/۹۷	۱۴/۰۷ $\pm$ ۳/۹۷	۱۳/۴۰ $\pm$ ۳/۷۷	0/04
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۵/۱۷	۶۳/۰۹ $\pm$ ۱۵/۱۷	۶۴/۹۸ $\pm$ ۱۳/۷۸	0/13
رضایت زناشویی	۷/۵۷	۳۲/۹۵ $\pm$ ۷/۵۷	۳۲/۶۱ $\pm$ ۷/۵۹	0/61
نمره کیفیت خواب	0/۸۱	۱/۹۰ $\pm$ 0/۸۱	۱/۹۴ $\pm$ 0/۸۲	0/58
تحصیلات زن (سال)	۵-۶	0	۵۷ (۱۴/۷)	<0/001
بیشتر از ۱۲	۱۵۵ (۸۰/۷)	۳۷ (۱۹/۳)	۶۰ (۱۵/۴)	<0/001
بیشتر از ۱۲	۵-۶	0	۵۳ (۱۳/۶)	<0/001
بیشتر از ۱۲	۱۵۵ (۸۰/۷)	۳۷ (۱۹/۳)	۹۷ (۲۴/۹)	<0/001
بیشتر از ۱۲	۱۰۳ (۵۳/۶)	۱۰۳ (۵۳/۶)	۱۶۰ (۴۱/۱)	0/004
شاغل	۸۹ (۴۶/۴)	۸۹ (۴۶/۴)	۲۲۹ (۵۸/۹)	0/004
خانه‌دار	۱۲۳ (۶۴/۱)	۱۲۳ (۶۴/۱)	۲۴۲ (۶۲/۲)	0/64
ندارد	۶۹ (۳۵/۹)	۶۹ (۳۵/۹)	۱۴۷ (۳۷/۸)	0/64
دارد	۱۷۷ (۹۲/۲)	۱۷۷ (۹۲/۲)	۳۸۸ (۸۶/۹)	0/058
شهر	۱۵ (۷/۸)	۱۵ (۷/۸)	۵۱ (۱۳/۱)	0/058
روستا				

متغیرهای کمی بر اساس میانگین  $\pm$  انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

نتایج این مطالعه نشان داد که زنان بدون فرزند به طور معناداری بیشتر از زنان با فرزند دچار افسردگی هستند ( $p=0/02$ ). همچنین در زنان بدون فرزند درصد بیشتری مبتلا به استرس ( $p=0/38$ ) و اضطراب معناداری ( $p=0/9$ ) بودند، ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه دو گروه از نظر ابتلاء به افسردگی، استرس و اضطراب

متغیر	بدون فرزند تعداد (درصد)	با فرزند تعداد (درصد)	سطح معناداری*
افسردگی	۴۲ (۲۱/۹)	۵۱ (۱۳/۱)	۰/۰۲
	۱۵۰ (۷۸/۱)	۳۳۸ (۸۶/۹)	
اضطراب	۴۱ (۲۱/۴)	۷۷ (۱۹/۸)	۰/۹
	۱۵۱ (۷۸/۶)	۳۱۲ (۸۰/۲)	
استرس	۱۸ (۹/۴)	۳۱ (۸)	۰/۳۸
	۱۷۴ (۹۰/۶)	۳۵۸ (۹۲/۰)	

\* رگرسیون لجستیک دووجهی

\*\* توضیحات: تعدیل شده با سن زن و همسر، تحصیلات زن و همسر، طول مدت ازدواج، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، شغل زن

ابتلاء به افسردگی در زنان بدون فرزند حدوداً ۲ برابر زنان فرزنددار بود ( $p=0/02$ ). وضعیت اقتصادی اجتماعی بالا شانس ابتلاء به افسردگی را ۱۰٪ کاهش می‌داد (جدول ۴).

با توجه به اینکه سن زن و همسر، تحصیلات زن و همسر، وضعیت اقتصادی اجتماعی، شغل زن و طول مدت ازدواج در دو گروه تفاوت معناداری داشت؛ جهت به دست آوردن شانس ابتلاء (OR) از رگرسیون لجستیک دووجهی استفاده شد (جدول ۴، ۵، ۶). میزان

جدول ۳- شانس افسردگی در زنان بدون فرزند در مقایسه با زنان با فرزند

متغیر	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان (CI /۹۵)	
		حد بالا (Upper)	حد پایین (Lower)
فرزند (ندارد/ دارد)	۲/۰۶	۳/۸۲	۱/۱۱
وضعیت اقتصادی- اجتماعی	۰/۹۰	۰/۹۷	۰/۸۴
سن زن	۰/۹۵	۱/۰۳	۰/۸۹
سن همسر	۰/۹۵	۱/۰۸	۰/۹۵
طول مدت ازدواج	۱/۰۱	۱/۰۸	۰/۹۵
سطح تحصیلات زن	۰/۹۷	۱/۱۴	۰/۸۲
سطح تحصیلات همسر	۱/۰۲	۱/۳	۰/۸۵
شغل زن (غیرشاغل/ شاغل)	۱/۶۲	۲/۷۹	۰/۹۳

می‌داد ( $p=0/04$ ). همچنین سن زن و همسر، طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات زن و همسر و شغل زن نیز پیشگویی کننده اضطراب افراد نبودند (جدول ۵).

شانس ابتلاء به اضطراب در زنان بدون فرزند و با فرزند تفاوت معناداری نداشت ( $p=0/9$ ). وضعیت اقتصادی- اجتماعی بالا، شانس ابتلاء به اضطراب را ۷٪ کاهش

جدول ۵- شانس اضطراب در زنان بدون فرزند در مقایسه با زنان با فرزند

متغیر	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان (CI /۹۵)	
		حد بالا (Upper)	حد پایین (Lower)
فرزند (ندارد/ دارد)	۱/۰۳	۱/۸۰	۰/۵۹
وضعیت اقتصادی- اجتماعی	۰/۹۳	۰/۹۹	۰/۸۷
سن زن	۱/۰۲	۱/۰۹	۰/۹۶
سن همسر	۰/۹۹	۱/۰۵	۰/۹۳



۰/۱۳	۰/۹۱	۱/۰۱	۰/۹۶	طول مدت ازدواج
۰/۲۵	۰/۷۹	۱/۰۶	۰/۹۱	سطح تحصیلات زن
۰/۲۶	۰/۷۶	۱/۰۷	۰/۹۱	سطح تحصیلات همسر
۰/۶۶	۰/۵۵	۱/۴۶	۰/۸۹	شغل زن (غیرشاغل/ شاغل)

میزان ابتلاء به استرس نیز با داشتن یا نداشتن فرزند، وضعیت اقتصادی اجتماعی، سن زن و همسر، سطح تحصیلات زن و شغل زن ارتباط معناداری نداشت. تنها سطح تحصیلات همسر، پیشگویی کننده استرس زنان بود؛ به طوری که تحصیلات بالای همسر، میزان ابتلاء به استرس زنان را ۲۲٪ کاهش داد (جدول ۶).

جدول ۶- شانس استرس در زنان بدون فرزند در مقایسه با زنان با فرزند

سطح معناداری	فاصله اطمینان (%۹۵ CI)		نسبت شانس (OR)	متغیر
	حد پایین (Lower)	حد بالا (Upper)		
۰/۳۸	۰/۶۳	۳/۲۴	۱/۴۳	فرزند (ندارد/ دارد)
۰/۹۲	۰/۹۰	۱/۰۹	۰/۹۹	وضعیت اقتصادی- اجتماعی
۰/۹۲	۰/۹۱	۱/۰۹	۱/۰۰	سن زن
۰/۷۴	۰/۹۳	۱/۰۹	۱/۰۱	سن همسر
۰/۴۵	۰/۹۰	۱/۰۴	۰/۹۷	طول مدت ازدواج
۰/۹۱	۰/۸۰	۱/۲۱	۰/۹۸	سطح تحصیلات زن
۰/۰۴	۰/۶۱	۰/۹۹	۰/۷۸	سطح تحصیلات همسر
۰/۹۸	۰/۴۹	۲/۰۵	۱/۰۰	شغل زن (غیرشاغل/ شاغل)

## بحث

خوشبختی و آرامش به وجود می آورد (۵۴). در مطالعه ون (۲۰۲۱) بیان شد در سنین بالاتر، فرزندان منبع بزرگ حمایت اجتماعی والدین به حساب می آیند که بر سلامت روان آنها تأثیر مثبتی گذاشته و اضطراب و افسردگی شان را کاهش می دهد (۵۵). در مطالعه گراهام و همکاران (۲۰۱۵) نیز مشاهده شد زنان متأهل بدون فرزند نسبت به زنان متأهل با فرزند سلامت روان ضعیف تری دارند که می تواند ناشی از فشارهای اجتماعی ناشی از فرزندآوری در جوامع پروناتالیست (موافق فرزندآوری) همچون استرالیا باشد (۵۶). در مطالعه هینتز و همکار (۲۰۲۰) و مطالعه اشبرن و همکار (۲۰۱۷) مشاهده شد که افراد بدون فرزند داوطلبانه، به دلیل تخطی از هنجارهای تولیدمثلی از طرف جامعه طرد شده و برچسب خودخواهی و معیوب بودن دریافت می کنند که بر سلامت روان آنها تأثیر مخربی می گذارد (۵۷، ۵۸).

برخلاف نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه هلتن و همکاران (۲۰۱۰) میزان افسردگی در زنان با و بدون فرزند تفاوت معناداری نداشت؛ ولی زنان با فرزند به طور معناداری رفاه ذهنی بهتر و رضایت بیشتری از زندگی داشتند (۵۹).

در مطالعه حاضر پس از تعدیل نمونه ها از نظر سن و تحصیلات زن، طول مدت ازدواج و سطح اقتصادی اجتماعی مشاهده شد که شانس ابتلاء به افسردگی در زنان بدون فرزند ۲ برابر زنان با فرزند است. همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه نوماگوچی و همکار (۲۰۰۳) مشاهده شد که میزان افسردگی در زنان با فرزند متأهل کمتر از هم تیان بدون فرزند آنهاست (۵۲). در مطالعه کراودال و همکاران (۲۰۱۷) که تعداد ۱۸۸۶۲۰ زن و ۲۳۵۸۳۵ مرد نروژی مورد بررسی قرار گرفتند، اثر سودمند داشتن فرزند بر هرگونه آثار منفی آن از قبیل افزایش استرس برتری داشته؛ به طوری که خطر مصرف داروهای ضد افسردگی در مادران و پدران نسبت به زنان و مردان بدون فرزند به طور معناداری کمتر است. همچنین والد شدن، تأثیر محافظتی بر مصرف طولانی مدت تر و دوزهای بیشتر این داروها داشت که به نظر می رسد مسئولیت یا تماس با کودکان به افراد کمک می کند تا از موارد طولانی مدت و احتمالاً جدی تر افسردگی اجتناب کنند (۵۳). در واقع مراقبت از کودک سبب معنا گرفتن زندگی والدین شده و در آنها حس

همچنین در مطالعه کوپرز و همکاران (۲۰۲۱) مشاهده شد که سلامت روان در زنان بدون فرزند در گذر زمان ثابت مانده، در حالی که در زنان با فرزند کاهش می‌یابد (۶۰). فشارهای اجتماعی یا عدم تأیید افراد بی‌فرزند توسط جامعه می‌تواند سبب ایجاد افسردگی شود، ولی افرادی که به انتخاب خود بدون فرزند هستند؛ ممکن است نسبت به فشارهای اجتماعی حساسیت کمتری داشته و متحمل آسیب روانی نشوند (۶۱). از آنجایی که تعداد بسیار کمی از زنان ایرانی به‌طور داوطلبانه، بی‌فرزند باقی می‌مانند و پدیده بی‌فرزندی در ایران بیشتر به‌صورت تعویق فرزندآوری است؛ در نتیجه زنان ایرانی به‌دلیل شرایط محیطی به ناچار فرزندآوری را به تعویق می‌اندازند، لذا ممکن است افسردگی بالای این زنان در مطالعه حاضر ناشی از حساسیت بیشتر آنها به فشارهای اجتماعی باشد. از طرفی نقش مادری برای شکل‌گیری هویت زنان ایرانی بسیار مهم است که تأخیر در آن نیز می‌تواند از علل ایجاد افسردگی در این افراد باشد (۹، ۶۲).

در این مطالعه پس از تعدیل نمونه‌ها مشاهده شد که ابتلاء به استرس و اضطراب در زنان بافرزند کمتر از زنان بی‌فرزند است، ولی این تفاوت معنادار نبود. رضایت زناشویی، حمایت اجتماعی، کیفیت خواب و بیماری‌های مزمن، از عوامل ایجاد کننده استرس و اضطراب در زنان متأهل می‌باشد (۶۳، ۶۴). در مطالعه حاضر کیفیت خواب، حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی در هر دو گروه در سطح متوسط رو به بالا بود و بیشتر افراد از نظر بیماری‌های مزمن نیز سالم بودند. موارد ذکر شده در دو گروه تفاوت معناداری نداشت، لذا تأثیر این عوامل در ایجاد استرس و اضطراب در دو گروه قابل مقایسه بود.

پذیرش نقش فداکارانه مادری، کم بودن وقت فراغت، وضعیت اقتصادی، افزایش هزینه‌ها و مادر ایده‌آل بودن، از جمله عوامل استرس‌زایی است که زنان بافرزند را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۲، ۶۳، ۶۵، ۶۶). در مطالعه کلینفلتر (۲۰۲۱) مشاهده شد که پایبندی به رسوم و تشریفات مذهبی و سنتی با افزایش گردهمایی‌ها، حمایت اجتماعی و معناسازی درونی، اضطراب و استرس مادران را کاهش می‌دهد (۶۳) که از این دست آداب و رسوم در فرهنگ ایرانی بسیار بوده که یکی از عوامل

کاهش استرس و اضطراب مادران بافرزند به حساب می‌آید. در مطالعه علی‌نقیان و همکاران (۲۰۲۰) در ایران مشاهده شد که زنان متعلق به طبقه مرفه، حساسیت و فشار بیشتری برای مادری کردن ایده‌آل متحمل می‌شوند و زنان طبقه متوسط از سبک‌های فرزندپروری سنتی و مرسوم جامعه خود استفاده کرده، در نتیجه دغدغه و فشاری برای مادر بودن ایده‌آل متحمل نمی‌شوند (۶۷). در مطالعه حاضر ۶۶/۱٪ زنان با فرزند متعلق به گروه متوسط جامعه بوده که می‌توان نتیجه گرفت این افراد دغدغه و استرس مادر بودن ایده‌آل را ندارند. افزایش هزینه‌ها و مسائل اقتصادی، همواره از عوامل استرس‌زای مهم زنان بافرزند بوده است. همانطور که ذکر شد، بیشتر افراد شرکت‌کننده در این مطالعه متعلق به گروه اقتصادی متوسط بوده، در نتیجه تحت تأثیر استرس و اضطراب ناشی از فشارهای شدید مالی قرار نمی‌گیرند. از طرفی زنان امروزه فرزند را کالایی اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی دانسته که ارضاء کننده ارزش‌های غیرمادی است، در نتیجه زنان ایرانی حاضرند با وجود کاهش منافع عینی و کارکردی، داشتن فرزند را تجربه کنند (۶۸). از عوامل استرس‌زا در زنان بدون فرزند نیز می‌توان به ترس ابتلاء به نازایی و حاملگی‌های پرخطر در آینده اشاره کرد (۶۹). همچنین انگ اجتماعی ناشی از نداشتن فرزند نیز می‌تواند در افراد استرس و اضطراب ایجاد کند (۵۶)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که وجود فرزند عامل استرس و اضطراب در زنان ایرانی نبوده و بالعکس این زنان بدون فرزند داوطلبانه، استرس و اضطراب بیشتری به‌دلیل فقدان فرزند متحمل می‌شوند؛ هرچند این تفاوت در مطالعه حاضر معنادار نبود.

در این مطالعه زنان بدون فرزند به‌طور معناداری سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالاتری داشته و بیشتر شاغل بودند. در مطالعه ابما و همکار (۲۰۰۶) مشاهده شد که با بهبود وضعیت اقتصادی - اجتماعی، احتمال بدون فرزند بودن افراد افزایش می‌یابد (۷۰). در مطالعه مدیری (۲۰۱۸) مشاهده شد که با بالا رفتن طبقه اقتصادی - اجتماعی و سطح تحصیلات، ارزش‌های سنتی (مادر شدن) سیر نزولی و ارزش‌های مدرن (تعویق فرزندآوری و کم تعداد بودن فرزندان) سیر صعودی

قصد باروری در گروه زنان بدون فرزند، از سایر نقاط ضعف مطالعه حاضر بود. همچنین افراد شرکت‌کننده از لحاظ اقتصادی بیشتر متعلق به طبقه متوسط جامعه بودند که توانایی تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت الکترونیک را داشتند؛ لذا تفسیر نتایج مطالعه باید با در نظر گرفتن این موضوع‌ها باشد.

### نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد وجود فرزند در زنان ایرانی نه تنها موجب اضطراب و استرس نمی‌شود؛ بلکه خطر ابتلاء به اختلالات افسردگی را نیز کاهش می‌دهد، لذا پیشنهاد می‌شود سیاست‌هایی جهت فرزندانآوری زودهنگام اتخاذ شود که بدین وسیله سلامت روان زنان جامعه ارتقاء یابد. همچنین انجام تحقیقات کیفی جهت بررسی عمیق‌تر چرایی و چگونگی تأثیر فرزندانآوری بر سلامت روان پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از رساله دکترای بهداشت باروری خانم فاطمه بیات به راهنمایی خانم دکتر گیتی ازگلی است. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت تصویب و حمایت این طرح و از زنانی که در این پژوهش همکاری کردند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود نداشت.

گرفته، ولی ارزش‌های سنتی در جامعه به هیچ وجه از بین نمی‌رود (۷۱). در مطالعه دیاز (۲۰۲۱) مشاهده شد زنان به دلیل کسب شرایط باثبات شغلی، مالی و حرفه‌ای، فرزندانآوری را به تعویق می‌اندازند تا شرایط بهتری را برای متولد شدن فرزند خود به وجود آورند (۱۳). لذا ممکن است نبود امنیت شغلی در زنان، از دلایل مهم تعویق فرزندانآوری باشد که باید مورد توجه مسئولین و سیاست‌مداران مربوطه قرار گیرد.

در این مطالعه مشاهده شد که وضعیت اقتصادی اجتماعی بالا شانس ابتلاء به افسردگی را  $10\%$  ( $OR = 0/9, p = 0/005$ ) و شانس ابتلاء به اضطراب را  $7\%$  ( $OR = 0/93, p = 0/04$ ) کاهش می‌دهد. در مطالعات متعدد نقش وضعیت اقتصادی اجتماعی در ابتلاء به اضطراب و افسردگی مشخص شده است (۷۲، ۷۳). در مطالعه ماسلکو و همکاران (۲۰۱۸) مشاهده شد که بیشتر از سطح فقر، وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین، میزان ابتلاء به افسردگی را در کشورهای فقیر پیشگویی می‌کند (۷۴). در مطالعه نونس و همکاران (۲۰۲۱) نیز مشاهده شد که وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین با میزان اضطراب ارتباط پر قدرتی دارد (۷۵).

در این مطالعه مشاهده شد که سطح تحصیلات بالای همسر شانس ابتلاء به استرس را  $22\%$  کاهش می‌دهد. همسو با مطالعه حاضر، مطالعه جمالی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد تحصیلات بالای همسر با افزایش اعتماد به نفس زنان، سبب کاهش استرس‌های روانی می‌شود (۷۶).

با توجه به دانش موجود، مطالعات اندکی در زمینه مقایسه شانس ابتلاء به افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه زنان بدون فرزند داوطلبانه و زنان با فرزند انجام شده است، لذا انجام مطالعات مقطعی مبتنی بر جامعه ارزشمند است. افراد از تمامی استان‌های کشور در این مطالعه شرکت کرده بودند که از نقاط قوت مطالعه به‌شمار می‌رود. اگرچه کم‌دقتی در پاسخگویی برخی از مشارکت‌کنندگان، از محدودیت تمامی مطالعات مبتنی بر پرسشنامه است، ولی استفاده از سؤال دقت‌سنجی سبب شد که پاسخ شرکت‌کنندگان از روایی قابل قبولی برخوردار باشد. سوگیری انتخاب خود<sup>۱</sup> و عدم بررسی

<sup>1</sup> Self-Selection Bias

1. World Health Organization. Total fertility rate (per woman) Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022/21/05]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/123>.
2. Rotella A, Varnum ME, Sng O, Grossmann I. Increasing population densities predict decreasing fertility rates over time: A 174-nation investigation. *American Psychologist* 2021; 76(6):933-46.
3. Strulik H, Vollmer S. The fertility transition around the world. *Journal of Population Economics* 2015; 28(1):31-44.
4. Jalal Abbasi-Shavazi M, McDonald P. Fertility decline in the Islamic Republic of Iran: 1972–2000. *Asian Population Studies* 2006; 2(3):217-37.
5. Nyoni SP, Chihoho TA, Nyoni T. Projection of Total Fertility Rate (TFR) in Iran. *International Research Journal of Innovations in Engineering and Technology* 2021; 5(8):244.
6. Sobotka T. Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *Journal of biosocial science* 2017; 49(S1):S20-45.
7. Myrskylä M, Barclay K, Goisis A. Advantages of later motherhood. *Der Gynäkologe* 2017; 50(10):767-72.
8. Nasrabad HB, Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M, Karegar-Shoraki MR. Trend and patterns of childlessness in Iran. In *Proceedings of the XXVII International Population Conference of the IUSSP, Busan, Korea 2013*:26-31.
9. Razeghi-Nasrabad HB, Abbasi-Shavazi MJ, Moeinifar M. Are we facing a dramatic increase in voluntary and involuntary childlessness in Iran that leads to lower fertility. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences* 2020; 7(2):212-9.
10. Avison M, Furnham A. Personality and voluntary childlessness. *Journal of Population Research* 2015; 32(1):45-67.
11. Frejka T. Childlessness in the United States. In *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences 2017*:159-79.
12. Nazaré PF, Fernandes Pais AS, Figueiredo-Dias M. Postponing Motherhood: A Demographic and Contemporary Issue. *Current Women's Health Reviews* 2022; 18(1):28-36.
13. Yopo Díaz M. "It's hard to become mothers": The moral economy of postponing motherhood in neoliberal Chile. *The British Journal of Sociology* 2021; 72(5):1214-28.
14. Karimi M, Amani Samanai R, Hosseini M. Meanings, Definitions and Functions of the Child. *Cultural Studies & Communication* 2017; 13(46):111-46.
15. Golshani F, Mirghafourvand M, Hasanpour S, Biarag LS. The effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in Iranian infertile women: a systematic and meta-analytical review. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences* 2020; 14(1).
16. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
17. Lu Y, Tang C, Liow CS, Ng WW, Ho CS, Ho RC. A regression analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian journal of psychiatry* 2014; 12:69-76.
18. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports* 2018; 8(1):1-10.
19. Katie Hurley L. Stress vs anxiety: how to tell the difference: *Psycom*; 2022 [cited 2022/21/05]. Available from: <https://www.psycom.net/stress-vs-anxiety-difference>.
20. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry* 2022; 27(1):281-95.
21. Widiastuti FN, Handayani D. The Impact of Socio-Economic and Gender Factors on Common Mental Disorders Among Married Women; 2019.
22. Niemeyer H, Bieda A, Michalak J, Schneider S, Margraf J. Education and mental health: Do psychosocial resources matter?. *SSM-population health* 2019; 7:100392.
23. Abdi F, Rahnemaei FA, Shojaei P, Afsahi F, Mahmoodi Z. Social determinants of mental health of women living in slum: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology Science* 2021; 64(2):143-55.
24. Akunne LI, Etele VN. Occupational Stress as a Predictor of Mental Health Status of Universities Lecturers in South-East Nigeria. *Journal of Education and Practice* 2021; 12(34):27-33.
25. Batterham PJ, Brown K, Trias A, Poyser C, Kazan D, Calear AL. Systematic review of quantitative studies assessing the relationship between environment and mental health in rural areas. *Australian Journal of Rural Health* 2022.
26. Khezri Z, Hassan SA, Nordin MH. Factors affecting marital satisfaction and marital communication among marital women: Literature of review. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 2020; 10(16):220-36.
27. Wang Q, Zhang J, Wang R, Wang C, Wang Y, Chen X, et al. Sleep quality as a mediator of the association between coping styles and mental health: a population-based ten-year comparative study in a Chinese population. *Journal of Affective Disorders* 2021; 283:147-55.
28. Karami J, Momeni K, Alimoradi F. Prediction of sleep quality based on stress, depression and anxiety with role of mediator cognitive emotion regulation strategies in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(9):1-10.

29. Binder MR. The neuronal excitability spectrum: A new paradigm in the diagnosis, treatment, and prevention of mental illness and its relation to chronic disease. *American Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2021; 9(6):187-203.
30. Giesselmann M, Hagen M, Schunck R. Motherhood and mental well-being in Germany: Linking a longitudinal life course design and the gender perspective on motherhood. *Advances in Life Course Research* 2018; 37:31-41.
31. Donath O. Regretting motherhood: A sociopolitical analysis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 2015; 40(2):343-67.
32. Henderson A, Harmon S, Newman H. The price mothers pay, even when they are not buying it: Mental health consequences of idealized motherhood. *Sex Roles* 2016; 74(11):512-26.
33. Peterson H. Fifty shades of freedom. Voluntary childlessness as women's ultimate liberation. *In Women's studies international forum* 2015; 53:182-91.
34. Gouni O, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Kömürçü Akik B, Holopainen A, Calleja-Agius J. Childlessness: Concept Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(3):1464.
35. Center IPR. Rejuvenate the population and support the family. Tehran 2021.
36. Mirzaei M, Ardekani SM, Mirzaei M, Dehghani A. Prevalence of depression, anxiety and stress among adult population: Results of Yazd health study. *Iranian journal of psychiatry* 2019; 14(2):137.
37. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy* 1995; 33(3):335-43.
38. Norton PJ. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, stress, and coping* 2007; 20(3):253-65.
39. Bener A, Alsulaiman R, Doodson LG, El Ayoubi HR. Comparison of Reliability and Validity of the Breast Cancer depression anxiety stress scales (DASS-21) with the Beck Depression Inventory-(BDI-II) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Int J Behav Res Psychol* 2016; 4(4):197-203.
40. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Journal of Iranian Psychologists* 2005; 1(4):36-54.
41. Beaufort IN, De Weert-Van Oene GH, Buwalda VA, de Leeuw JR, Goudriaan AE. The depression, anxiety and stress scale (DASS-21) as a screener for depression in substance use disorder inpatients: a pilot study. *European addiction research* 2017; 23(5):260-8.
42. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC psychiatry* 2013; 13(1):1-7.
43. Ghodrathnama A, Heidarinejad S, Davoodi I. The relationship between socio-economic status and the rate of physical activity in Shahid Chamran University Students of Ahwaz. *Journal of Sport Management* 2013; 5(16):5-20.
44. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment* 1988; 52(1):30-41.
45. Salimi A, Jokar B, Nikpour R. Internet communication in life: The role of perceived social support and loneliness in the use of the internet. *Psychological studies* 2009; 5(3):81-102.
46. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment* 1988; 52(1):30-41.
47. Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology* 2000; 28(3):391-400.
48. Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. *International journal of preventive medicine* 2013; 4(11):1277.
49. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy* 1989; 15(1):65-79.
50. Arab Alidousti A, Nakhaee N, Khanjani N. Reliability and validity of the Persian versions of the ENRICH marital satisfaction (brief version) and Kansas Marital Satisfaction Scales. *Health and Development Journal* 2015; 4(2):158-67.
51. Lali M, Abedi A, Kajbaf MB. Construction and validation of the lifestyle questionnaire (LSQ). *Psychological Research* 2012; 15(1).
52. Nomaguchi KM, Milkie MA. Costs and rewards of children: The effects of becoming a parent on adults' lives. *Journal of marriage and family* 2003; 65(2):356-74.
53. Kravdal Ø, Grundy E, Skirbekk V. Fertility history and use of antidepressant medication in late mid-life: a register-based analysis of Norwegian women and men. *Aging & Mental Health* 2017; 21(5):477-86.
54. Nelson SK, Kushlev K, English T, Dunn EW, Lyubomirsky S. In defense of parenthood: Children are associated with more joy than misery. *Psychological science* 2013; 24(1):3-10.
55. van den Broek T. Is having more children beneficial for mothers' mental health in later life? Causal evidence from the national health and aging trends study. *Aging & Mental Health* 2021; 25(10):1950-8.
56. Graham M. Is being childless detrimental to a woman's health and well-being across her life course?. *Women's health issues* 2015; 25(2):176-84.

57. Ashburn-Nardo L. Parenthood as a moral imperative? Moral outrage and the stigmatization of voluntarily childfree women and men. *Sex roles* 2017; 76(5):393-401.
58. Hintz EA, Brown CL. Childfree and “bingoed”: A relational dialectics theory analysis of meaning creation in online narratives about voluntary childlessness. *Communication Monographs* 2020; 87(2):244-66.
59. Holton S, Fisher J, Rowe H. Motherhood: is it good for women's mental health?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2010; 28(3):223-39.
60. Kuipers YJ, van Beeck E, Cijssouw A, van Gils Y. The impact of motherhood on the course of women's psychological wellbeing. *Journal of Affective Disorders Reports* 2021; 6:100216.
61. Huijts T, Kraaykamp G, Subramanian SV. Childlessness and psychological well-being in context: A multilevel study on 24 European countries. *European Sociological Review* 2013; 29(1):32-47.
62. Hamidifar M, Kanani MA, Abdollahi Chanzanaq H. Voluntary childless' sight on childbearing: A study in Rasht. *Sociological Cultural Studies* 2017; 8(3):25-50.
63. Klinefelter K. Positive Rituals for Motherhood: Pain Points and Practices for Maternal Well-Being 2021
64. Tahmassian K, Anari MA, Fathabadi M. The influencing factors of parenting stress in Iranian mothers. *European Psychiatry* 2011; 26(1):19-24.
65. Mobasheri M, Alidosti M, Heidari Soureshjani S, Khosravi F, Khalafeyan P, Jalilian M. Determination of the most important factors influencing the fertility patterns of single child and without child families in Shahr-e-kord city in 2013. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2013; 21(6).
66. Rizzo KM, Schiffrin HH, Liss M. Insight into the parenthood paradox: Mental health outcomes of intensive mothering. *Journal of Child and Family Studies* 2013; 22(5):614-20.
67. Alinaghian S, Rafat Jah M, Vedadhir A. What we talk about when we talk about Mothering: Social Construction of Mothering in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological* 2020; 18(3):107-44.
68. Hashemi F, Rajabi M, Ahmadi A. Study of women's attitude toward value of children (case study: women 15-49 years old of Shiraz City). *Journal of Applied Sociology* 2017; 28(3):61-78.
69. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Cocera-Ruiz EM, Conde-Puertas E, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. *PLoS One* 2019; 14(12):e0227063.
70. Abma JC, Martinez GM. Childlessness among older women in the United States: Trends and profiles. *Journal of Marriage and Family* 2006; 68(4):1045-56.
71. Modiri F. Different Types of Family Values and Their Socio-Economic Correlates in Tehran City. *Journal of Applied Sociology* 2018; 29(1):147-66.
72. Dijkstra-Kersten SM, Biesheuvel-Leliefeld KE, van der Wouden JC, Penninx BW, van Marwijk HW. Associations of financial strain and income with depressive and anxiety disorders. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69(7):660-5.
73. Razzak HA, Harbi A, Ahli S. Depression: prevalence and associated risk factors in the United Arab Emirates. *Oman Medical Journal* 2019; 34(4):274.
74. Maselko J, Bates L, Bhalotra S, Gallis JA, O'Donnell K, Sikander S, et al. Socioeconomic status indicators and common mental disorders: evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. *SSM-population health* 2018; 4:1-9.
75. Nunes JC, Carroll MK, Mahaffey KW, Califf RM, Doraiswamy PM, Short S, et al. General Anxiety Disorder-7 Questionnaire as a marker of low socioeconomic status and inequity. *medRxiv* 2021.
76. Jamali S, Poornowrooz N, Mosallanezhad Z, Alborzi M. Correlation Between Sexual Satisfaction and Self-Esteem and Stress in Women of Reproductive Age. *Journal of Clinical & Diagnostic Research* 2018; 12(10).