

نگرش، ترجیحات و انگیزه‌های فرزندآوری اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب کشور در سال ۱۴۰۲: یک مطالعه

مقطعی بر پایه جنسیت

دکتر زهرا عباسپور^۱، دکتر پوراندخت افشاری^{۲*}، دکتر پروین عابدی^۱، دکتر مهرنوش ذاکرکیش^۳،

مریم بهشتی نسب^۴

۱. استاد مامایی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۲. استادیار مامایی، مرکز تحقیقات منوبوز آندروپوز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳. استاد داخلی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۴. مربی مامایی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵

خلاصه

مقدمه: ارزش‌های مرتبط با فرزندآوری در سال‌های اخیر دستخوش تغییرات قابل توجهی شده‌اند و فردگرایی به عنوان یکی از عوامل کلیدی مؤثر بر روند کاهشی باروری شناخته می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش، انگیزه‌ها و ترجیحات باروری اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طراحی شد.

روش کار: این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۴۰۲ بر روی ۶۰۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب کشور انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای صورت گرفت و شرکت‌کنندگان بر اساس جنسیت در دو گروه مساوی ۳۰۰ نفری شامل زنان و مردان قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری (AFCS) و پرسشنامه انگیزه‌ها و ترجیحات باروری میلر بود. داده‌ها به صورت وب‌محور و از طریق بستر آنلاین جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) و آزمون‌های تی مستقل و کای دو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، بین زنان و مردان هیئت علمی از نظر نگرش، انگیزه‌ها و ترجیحات باروری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). مردان نگرش مثبت‌تری نسبت به فرزندآوری داشتند، در حالی که زنان تمایل بیشتری به تعویق فرزندآوری نشان دادند. در انگیزه‌های باروری نیز هر دو گروه سطح نسبتاً بالایی از انگیزه‌های مثبت را گزارش کردند، اما انگیزه‌های منفی در زنان بیشتر بود. در ترجیحات باروری، اکثریت پاسخ‌دهندگان تمایل به داشتن دو فرزند داشتند و تمایل کلی به فرزندآوری در مردان بیشتر از زنان بود. تفاوت معناداری در فاصله زمانی بین ازدواج و تولد نخستین فرزند در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد ($p = ۰/۱۴۸$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه آموزش عالی و سلامت، برنامه‌هایی را برای کاهش موانع فرزندآوری در میان اعضای هیئت علمی، به ویژه زنان، طراحی و اجرا کنند. این برنامه‌ها می‌تواند شامل حمایت‌های شغلی، ایجاد تعادل میان کار و خانواده و تقویت خدمات مراقبت از کودک باشد.

کلمات کلیدی: اعضای هیئت علمی، انگیزه‌ها، ترجیحات باروری، رفتار باروری، فرزندآوری

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر پوراندخت افشاری؛ مرکز تحقیقات منوبوز آندروپوز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۶۱-۳۳۷۳۸۳۳۱؛ پست الکترونیک: poafshari@gmail.com

مقدمه

در سال‌های اخیر، میزان باروری در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و شماری از کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، به کمتر از سطح جانشینی (کمتر از دو فرزند به ازای هر زن) کاهش یافته است (۱). در اوایل دهه ۲۰۰۰، نرخ باروری کل در ایران به سطح جانشینی جمعیت نزدیک شد، اما در فاصله سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۱ به ۱/۸ فرزند به ازای هر زن کاهش یافت. اگرچه طی سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶ افزایش اندکی در نرخ باروری مشاهده شد، این روند پایدار نبود و نرخ باروری کل در سال ۲۰۱۹ به ۱/۷ فرزند به ازای هر زن رسید (۲). رهبر زراعتی و همکاران (۲۰۲۶) کاهش نرخ باروری از ۶/۵ به ۱/۷ فرزند به ازای هر زن را گزارش کردند و نشان دادند که تنها ۳۴٪ از زنان مورد مطالعه در تبریز قصد فرزندآوری داشتند (۳).

همچنین محمدلو (۲۰۲۶) با اشاره به کاهش نرخ باروری از حدود ۷ فرزند به ازای هر زن در سال ۱۹۶۰ به ۱/۶ فرزند در سال‌های ۲۰۲۵-۲۰۲۴، گزارش کرد که تنها ۳۱٪ از زنان جامعه مورد بررسی آنان تمایل به فرزندآوری داشتند و از این میان، ۱۸٪ تنها خواهان یک فرزند بودند (۴). امروزه زوج‌های ایرانی، در مقایسه با نسل والدین خود، ازدواج در سنین بالاتر، تأخیر در فرزندآوری و داشتن فرزندان کمتر را ترجیح می‌دهند. فاصله زمانی بین ازدواج و تولد نخستین فرزند افزایش یافته و تمایل به داشتن ۲ یا ۳ فرزند کاهش پیدا کرده است. نرخ باروری کل در میان زنان دارای تحصیلات دانشگاهی پایین‌تر است و به نظر می‌رسد موانع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متعددی، دستیابی به تعداد فرزندان مطلوب را در این گروه محدود کرده‌اند (۵).

هرچند برنامه‌های تنظیم خانواده نقش مهمی در تسریع روند کاهش باروری داشته‌اند، مجموعه‌ای از شرایط و زمینه‌های اجتماعی - اقتصادی، از جمله افزایش سطح تحصیلات زنان، مشارکت آنان در بازار کار، گسترش شهرنشینی، ارتقای درآمد خانوار و توسعه اجتماعی و اقتصادی نیز بر رفتارهای باروری تأثیرگذار بوده‌اند (۶). باروری را باید رفتاری اجتماعی دانست که ریشه در ساختارها، نگرش‌ها و نظام اعتقادی جامعه دارد. کالدول

بر این باور است که هرگاه نگرش‌ها و ارزش‌های مرتبط با فرزندآوری دچار دگرگونی شوند، سطح باروری نیز تغییر خواهد کرد (۷). با توجه به تفاوت الگوهای باروری بر حسب سطح تحصیلات، زنان دارای تحصیلات دانشگاهی ممکن است در سال‌های باروری خود با چالش‌های بیشتری برای تلفیق نقش‌های خانوادگی و شغلی مواجه شوند (۸).

تغییر در نقش‌های جنسیتی نیز از عوامل مؤثر بر رفتارهای باروری به شمار می‌رود. جنسیت به‌عنوان مجموعه‌ای از نقش‌ها و انتظارات اجتماعی تعریف می‌شود که در بستر فرهنگ شکل می‌گیرند (۹). کولتران نیز بر این نکته تأکید دارد که نگرش‌های جنسیتی درباره تقسیم کار خانگی و ایفای نقش‌های والدینی، از عوامل اساسی در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با فرزندآوری محسوب می‌شوند (۱۰). به‌طور خاص، زنان دانشجوی به‌دلیل صرف زمان قابل توجه برای تحصیل و پژوهش، دشواری هم‌زمانی ایفای نقش مادری و نقش تحصیلی، چالش‌های اقتصادی سال‌های آغازین زندگی مشترک و افزایش قدرت تصمیم‌گیری ناشی از تحصیلات، فرزندآوری را به تأخیر می‌اندازند (۱۱).

نظریه‌های انتخاب عقلانی که به تبیین روندهای جمعیتی مرتبط با شاخص‌های توسعه می‌پردازند، هزینه‌های فرزندآوری، ناامنی اقتصادی - اجتماعی و کاهش استانداردهای زندگی را از عوامل مؤثر بر رفتار و ترجیحات باروری افراد می‌دانند (۱۲). در همین راستا، گیدنز بیان می‌کند که برخلاف گذشته که فرزندآوری تحت تأثیر نقش اقتصادی پررنگ کودکان در خانواده قرار داشت، امروزه فرزندآوری بیشتر به‌عنوان تصمیمی عاطفی تلقی می‌شود (۶).

ترجیحات باروری، یکی از مهم‌ترین تصمیمات زندگی افراد است که باید در چارچوب ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد بررسی قرار گیرد؛ زیرا فرصت‌ها و انگیزه‌های فرزندآوری در میان جمعیت‌ها و خرده‌گروه‌های مختلف متفاوت است و این امر به تفاوت در تعداد ایده‌آل فرزندان منجر می‌شود (۱۲). با این حال، ترجیحات باروری همواره پایدار نیستند. برای نمونه، پژوهش سنوت در مالای نشان داد که بیش از

۸۰٪ زنان شرکت‌کننده در مطالعه وی، طی یک دوره ۱۸ ماهه، حداقل یک‌بار ترجیحات باروری خود را تغییر داده‌اند (۱۳).

در ایران طی نیم‌قرن اخیر، ارزش‌های مرتبط با فرزندآوری دستخوش تغییر شده‌اند و فردگرایی به‌عنوان یکی از عوامل بنیادین کاهش باروری مطرح شده است (۱۴). فردگرایی، به‌منزله اولویت دادن به رفاه فردی، ابراز عقاید و ویژگی‌های شخصی، می‌تواند زمینه‌ساز سطح پایین باروری باشد. در نتیجه، چنانچه دولت تصمیم به اتخاذ هرگونه اقدام و سیاستی برای افزایش باروری در کشور داشته باشد، ضروری است چرخش فرهنگی اخیر به سمت ارزش‌ها و هنجارهای فردگرایانه، که تصمیم‌گیری افراد درباره فرزندآوری را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مورد توجه قرار گیرد (۱). یافته‌های میلر در آمریکا نشان می‌دهد که انگیزه‌های فرزندآوری به دو دسته انگیزه‌های مثبت فرزندآوری (PCM)^۱ (شادی ناشی از بارداری و والد شدن) و انگیزه‌های منفی فرزندآوری (NCM)^۲ (نگرانی‌های مرتبط با تربیت فرزند و دشواری‌های بارداری) تقسیم می‌شوند (۱۵). علی‌رغم مطالعات مختلف که عوامل فردی را در تصمیم‌گیری باروری مؤثر می‌دانند، عباسی شوازی و همکاران (۲۰۰۲) با اتکا به نتایج پژوهش خود بیان کردند که در حال حاضر نگرش و رفتار باروری در همه گروه‌های سنی به یکدیگر نزدیک شده است و تفاوت قابل‌توجهی بین گروه‌های مختلف اجتماعی، از جمله زنان روستایی و شهری و افراد باسواد و بی‌سواد، وجود ندارد. به‌عبارت دیگر، پژوهش حاضر «همگرایی رفتارهای باروری» را در جامعه مورد مطالعه تأیید می‌کند (۱۶).

عباسی و همکاران (۲۰۱۹) در یک پژوهش کیفی، با تعدادی از زنان متخصص در حوزه بهداشت و درمان درباره فرزندآوری مصاحبه کردند و دریافتند که علاوه بر عوامل فردی شامل رفتارهای مرتبط با سلامت باروری، خودحمایتی، تمایلات باروری زوجین، ترجیحات جنسی زوجین، محدودیت‌های فرزندآوری و نگرانی‌های مرتبط با سلامت مادر و کودک، برخی عوامل اجتماعی و

زمینه‌ای مانند رفاه، فعالیت‌های اجتماعی، استقلال و اقتدار زنان، عوامل قومی - مذهبی، بسته‌های تشویقی دولت، تأثیر فضای مجازی و وضعیت سلامت جامعه نیز بر دیدگاه زنان تحصیلکرده نسبت به فرزندآوری تأثیر می‌گذارند (۱۷).

غفاری و همکار (۲۰۲۱) کاهش باروری را ناشی از تغییرات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می‌دانند. این تغییرات در طبقات مختلف جامعه رخ داده است؛ اما به‌نظر می‌رسد در میان طبقه مرفه، تغییرات فرهنگی و اجتماعی نقش مهم‌تری در کاهش باروری داشته و در بین طبقات متوسط و ضعیف، عوامل اقتصادی از اهمیت بیشتری برخوردار بوده‌اند (۱۸). زنان شهری، به‌ویژه زنان دارای تحصیلات بالا، تمایل بیشتری به بی‌فرزندگی اختیاری نشان می‌دهند. انتظار می‌رود این روند با افزایش سطح تحصیلات و گسترش شهرنشینی تشدید شود (۱۹). در مقابل، معینی و همکاران (۲۰۱۸) تأثیر وضعیت نسبی زنان ایرانی (جایگاه و موقعیت زنان در مقایسه با مردان یا با استانداردهای اجتماعی جامعه) را بر قصد فرزندآوری، عامل تعیین‌کننده مهمی نمی‌دانند (۲۰).

اگرچه مطالعات متعددی به بررسی نگرش‌ها و رفتارهای باروری در جمعیت عمومی پرداخته‌اند، شواهد موجود درباره گروه‌های دانشگاهی، به‌ویژه اعضای هیئت علمی، محدود است. این گروه به‌دلیل برخورداری از سطح بالای تحصیلات، اشتغال تخصصی، مواجهه با مسئولیت‌های حرفه‌ای و نقش اثرگذار در شکل‌دهی به نگرش‌های اجتماعی، ممکن است الگوهای متفاوتی از نگرش، انگیزه و ترجیحات باروری داشته باشند. از سوی دیگر، شناخت دیدگاه‌های این قشر می‌تواند اطلاعات ارزشمندی برای طراحی سیاست‌های حمایتی متناسب با نیازهای گروه‌های تحصیل‌کرده و شاغل فراهم کند. ازاین‌رو، مطالعه حاضر با هدف تبیین ابعاد مختلف فرزندآوری از دیدگاه اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های منتخب علوم پزشکی کشور انجام شد. اهداف اصلی پژوهش عبارت بودند از:

۱- سنجش نگرش اعضای هیئت علمی نسبت به فرزندآوری.

^۱ Positive Childbearing Motivations

^۲ Negative Childbearing Motivations

۲- شناسایی و مقایسه انگیزه‌های مثبت و منفی فرزندآوری.

۳- بررسی ترجیحات باروری، شامل تمایل به فرزندآوری و تعداد فرزند مطلوب.

۴- توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با نگرش‌ها، انگیزه‌ها و ترجیحات باروری.

روش کار

این مطالعه، پژوهشی توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بود که از اسفند سال ۱۴۰۲ تا خرداد سال ۱۴۰۳، نگرش، ترجیحات و انگیزه‌های اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی را با استفاده از روش مبتنی بر وب مورد بررسی قرار داد. علت انتخاب این روش، رواج ارتباطات مبتنی بر اینترنت و فناوری‌های مرتبط با آن و همچنین کاربرد گسترده این شیوه نمونه‌گیری در تحقیقات مشابه بود.

نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد؛ در مرحله نخست، فهرست تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تهیه و با استفاده از روش قرعه‌کشی، ۱۲ دانشگاه برای انجام پژوهش انتخاب شدند. در مرحله بعد، مشارکت‌کنندگان در هر دانشگاه به‌صورت داوطلبانه و بدون هیچ‌گونه اجباری، لینک پرسشنامه ارسالی را تکمیل کردند.

جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت الکترونیکی و مبتنی بر وب انجام شد؛ بدین منظور، پرسشنامه در بستر «پرس‌لاین» طراحی و لینک آن ایجاد شد. پس از آن، گروه‌های مجازی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، از جمله گروه‌های صنفی اساتید علوم پایه وزارت بهداشت و سایر گروه‌های مرتبط، شناسایی شدند. سپس با مدیران (ادمین‌های) این گروه‌ها ارتباط برقرار شد و از آنان درخواست شد لینک پرسشنامه را در گروه‌های مربوطه منتشر کنند. در ابتدای پرسشنامه، توضیحاتی درباره اهداف پژوهش، محرمانگی اطلاعات و اختیاری بودن مشارکت ارائه شد و تکمیل پرسشنامه به‌منزله اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه تلقی گردید.

محدوده سنی ورود به مطالعه برای زنان، کمتر از ۴۰ سال و برای مردان، کمتر از ۵۵ سال تعیین شد، زیرا هدف پژوهش، بررسی نگرش‌ها و ترجیحات فرزندآوری

در افرادی بود که همچنان در دوره فعال تصمیم‌گیری باروری قرار دارند. با توجه به تفاوت‌های زیستی در الگوی باروری زنان و مردان، حدود سنی متفاوتی برای دو جنس در نظر گرفته شد. در زنان، کاهش باروری و افزایش مخاطرات بارداری پس از ۴۰ سالگی می‌تواند امکان‌پذیری عملی فرزندآوری و در نتیجه نگرش نسبت به آن را تحت تأثیر قرار دهد؛ در حالی که در مردان، امکان فرزندآوری و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با آن معمولاً تا سنین بالاتری ادامه می‌یابد. بنابراین، این حدود سنی به‌منظور انتخاب نمونه‌ای متناسب با تجربه و فرآیند تصمیم‌گیری واقعی در زمینه فرزندآوری تعیین شد. تمامی اعضای هیئت علمی که لینک پرسشنامه را دریافت کردند، واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و تمایل به مشارکت داشتند، پس از مطالعه توضیحات اولیه، وارد مطالعه شده و پرسشنامه را تکمیل کردند. بنابراین، نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد.

از آنجا که هدف پژوهش، مقایسه دیدگاه‌ها بر حسب جنسیت بود، روند جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که حجم نمونه در هر گروه جنسی به میزان مطلوب (۳۰۰ نفر زن و ۳۰۰ نفر مرد) رسید؛ بدین منظور، در طول دوره جمع‌آوری داده‌ها، تعداد پاسخ‌های دریافتی از هر گروه جنسی به‌صورت مستمر پایش می‌شد و در صورت نیاز، فراخوان تکمیل پرسشنامه در دانشگاه‌هایی که میزان پاسخ‌دهی کمتری داشتند، مجدداً تکرار می‌شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری (AFCS)^۱، تدوین‌شده توسط سودربرگ، لاندگرین، کریستنسون و هیلدنیگسون، و پرسشنامه انگیزه‌ها و ترجیحات باروری میلر بود. همچنین، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش نیز مورد بررسی قرار گرفت.

نسخه لاتین مقیاس AFCS شامل سه خرده‌مقیاس (اهمیت باروری برای آینده، فرزندآوری به‌عنوان مانع در زمان حال و هویت اجتماعی) و ۲۷ گویه است که به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای شامل کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً

¹ Attitudes toward fertility and childbearing scale

مخالفم (۱) نمره‌گذاری می‌شود؛ به گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر نسبت به باروری و فرزندآوری است (۲۱). روایی و پایایی مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری توسط پژوهشگران سازنده ابزار، ضمن بررسی و تأیید ساختار عاملی، ارزیابی شده و پایایی مقیاس نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در سطح مطلوب گزارش شده است؛ به طوری که پایایی خرده‌مقیاس اهمیت باروری برای آینده ۰/۹۱، هویت اجتماعی ۰/۸۰ و فرزندآوری به عنوان مانع ۰/۹۱ محاسبه شده است (۲۲). در ایران، باعزت و همکاران (۲۰۱۷) نیز با استفاده از روش‌های روایی ملاکی و روایی سازه، روایی نسخه فارسی تدوین‌شده را تأیید کردند. پایایی زیرمقیاس‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ و پایایی کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد. نسخه فارسی مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری با ۲۳ گویه و ۴ زیرمقیاس شامل فرزند به عنوان رکن زندگی، فرزند به عنوان مانع، موکول کردن باروری به آینده و باروری مستلزم تحقق پیش‌زمینه‌ها تدوین شد (۲۱).

پرسشنامه انگیزه‌ها و ترجیحات باروری میلر، شامل دو بخش انگیزه‌های مثبت باروری و انگیزه‌های منفی باروری است که در سال ۱۹۹۵ توسط میلر طراحی شد. پرسشنامه انگیزه‌های مثبت شامل ۲۷ سؤال و ۵ مؤلفه و پرسشنامه انگیزه‌های منفی شامل ۲۱ سؤال و ۴ مؤلفه است. تمامی سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای شامل کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، موافق (۳) و کاملاً موافق (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. در بخش انگیزه‌های مثبت، نمره بالاتر نشان‌دهنده انگیزه بیشتر برای فرزندآوری است و در بخش انگیزه‌های منفی، نمره بالاتر بیانگر موانع ذهنی بیشتر و انگیزه منفی قوی‌تر نسبت به فرزندآوری است (۲۳). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط خدیوزاده و همکاران (۲۰۱۴) بررسی شد؛ به طوری که روایی آن با استفاده از روش‌های روایی محتوا و صوری تعیین و برای تأیید پایایی پرسشنامه ترجیحات باروری، از روش آزمون - بازآزمون استفاده شد. همبستگی بین داده‌ها در دو مرحله آزمون ۰/۹۸ به دست آمد و بدین ترتیب ثبات آزمون تأیید شد. همچنین، برای

تأیید همسانی درونی پرسشنامه انگیزه‌های باروری، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضریب برای انگیزه مثبت ۰/۹۱ و برای انگیزه منفی ۰/۹۴ گزارش شد (۲۴).

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد استفاده شد. به منظور مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف نگرش به فرزندآوری و نمره کل بین زنان و مردان، از آزمون تی مستقل استفاده شد. همچنین، برای بررسی ارتباط و مقایسه متغیرهای کیفی شامل تمایل به فرزندآوری، تعداد فرزندان مطلوب، تعداد دختر و پسر مطلوب و فاصله ازدواج تا تولد نخستین فرزند بین دو گروه، از آزمون کای‌دو استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

طی انجام پژوهش، نظرات ۶۰۰ عضو هیئت علمی، به تفکیک دو گروه ۳۰۰ نفره، از اعضای هیئت علمی ۱۲ دانشگاه و ۸ دانشکده که در این نظرسنجی شرکت داشتند، مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۱). پیش از انجام آزمون‌های آماری، پیش‌فرض‌های مربوط به آزمون‌ها بررسی شد. نرمال بودن متغیرهای کمی با استفاده از آزمون شاپیروویلک و همچنین مقادیر چولگی و کشیدگی ارزیابی شد. با توجه به حجم بالای نمونه (۶۰۰ نفر) و نزدیک بودن مقادیر چولگی و کشیدگی به محدوده قابل قبول، از آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین‌ها استفاده شد. همچنین، پیش از اجرای آزمون تی، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون بررسی شد. اگرچه این آزمون نشان‌دهنده تفاوت واریانس‌ها در دو گروه بود، اما بر اساس قضیه حد مرکزی، هنگامی که حجم نمونه در هر گروه بزرگ باشد (معمولاً بیش از ۳۰ یا ۴۰ نفر)، توزیع میانگین‌های نمونه‌ای به سمت توزیع نرمال میل می‌کند. برای متغیرهای کیفی نیز، پیش‌فرض‌های آزمون کای‌دو از نظر فراوانی‌های مورد انتظار کنترل شد.

جدول ۱- وضعیت شغلی اعضای هیئت علمی شرکت کننده در پژوهش

متغیر مورد بررسی	خانم‌ها (۳۰۰ نفر)	آقایان (۳۰۰ نفر)	تعداد کل (۶۰۰ نفر)	سطح معنی داری
اهواز	۴۲ (۱۴/۰)	۴۸ (۱۶/۰)	۹۰ (۱۵/۰)	*۰/۸۵۷
تهران	۳۸ (۱۲/۷)	۲۷ (۹/۰)	۶۵ (۱۰/۸)	
خرم‌آباد	۳۵ (۱۱/۷)	۳۰ (۱۰/۰)	۶۵ (۱۰/۸)	
ایلام	۱۹ (۶/۳)	۱۶ (۵/۳)	۳۵ (۵/۸)	
شیراز	۲۳ (۷/۷)	۲۲ (۷/۳)	۴۵ (۷/۵)	
یاسوج	۲۸ (۹/۳)	۲۵ (۸/۳)	۵۳ (۸/۸)	
بوشهر	۱۹ (۶/۳)	۱۹ (۶/۳)	۳۸ (۶/۳)	
مشهد	۲۴ (۸/۰)	۲۲ (۷/۳)	۴۶ (۷/۷)	
تبریز	۲۲ (۷/۳)	۲۲ (۷/۳)	۴۴ (۷/۳)	
مازندران	۱۹ (۶/۳)	۲۶ (۸/۷)	۴۵ (۷/۵)	
اصفهان	۲۰ (۶/۷)	۲۷ (۹/۰)	۴۷ (۷/۸)	
سمنان	۱۱ (۳/۷)	۱۶ (۵/۳)	۲۷ (۴/۵)	
جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
داروسازی	۳۷ (۱۲/۳)	۴۵ (۱۵/۰)	۸۲ (۱۳/۷)	*۰/۱۱۶
پرستاری و مامایی	۶۲ (۲۰/۷)	۳۷ (۱۲/۳)	۹۹ (۱۶/۵)	
بهداشت	۴۷ (۱۵/۷)	۵۵ (۱۸/۳)	۱۰۲ (۱۷/۰)	
پیراپزشکی	۵۲ (۱۷/۳)	۵۳ (۱۷/۷)	۱۰۵ (۱۷/۵)	
پزشکی	۴۷ (۱۵/۷)	۵۹ (۱۹/۷)	۱۰۶ (۱۷/۷)	
دندان‌پزشکی	۲۷ (۹/۰)	۳۰ (۱۰/۰)	۵۷ (۹/۵)	
توانبخشی	۲۸ (۹/۳)	۲۱ (۷/۰)	۴۹ (۸/۲)	
جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
طرح	۸۶ (۲۸/۷)	۸۱ (۲۷/۰)	۱۶۷ (۲۷/۸)	*۰/۱۶۶
قراردادی	۸۲ (۲۷/۳)	۷۴ (۲۴/۷)	۱۵۶ (۲۶/۰)	
پیمانی	۹۲ (۳۰/۷)	۱۱۶ (۳۸/۷)	۲۰۸ (۳۴/۷)	
رسمی	۴۰ (۱۳/۳)	۲۹ (۹/۷)	۶۹ (۱۱/۵)	
جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
تمام وقت	۲۵۲ (۸۴/۰)	۲۶۶ (۸۸/۷)	۵۱۸ (۸۶/۳)	*۰/۰۶
جغرافیایی	۴۸ (۱۶/۰)	۳۴ (۱۱/۳)	۸۲ (۱۳/۷)	
جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
میانگین $\pm$ انحراف معیار	۶/۴ $\pm$ ۲/۹	۹/۶ $\pm$ ۳/۵	۷/۵ $\pm$ ۳/۳	**<۰/۰۰۱

*آزمون کای اسکور، **آزمون تی تست

متأهل بودند و در این شاخص تفاوت بین زنان و مردان معنادار بود ($p<۰/۰۵$). همچنین، تفاوت‌های معناداری در سطح تحصیلات و شغل همسر مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$)، در حالی که نوع منزل مسکونی بین دو گروه تفاوت معناداری نشان نداد ($p=۰/۰۸$) (جدول ۲).

میانگین سن در کل نمونه $۳۶/۱\pm۴/۳$ سال بود و در مردان به‌طور معناداری بیشتر از زنان گزارش شد ($p<۰/۰۰۱$). سن همسر ($p<۰/۰۰۱$) و تعداد فرزندان در دو گروه تفاوت معناداری داشت؛ به‌طوری‌که زنان تعداد فرزندان بیشتری نسبت به مردان داشتند ($p<۰/۰۰۱$). از نظر وضعیت تأهل نیز، اغلب افراد

جدول ۲- ویژگی‌های دموگرافیک اعضای هیئت علمی شرکت کننده در پژوهش

متغیر مورد بررسی	خانم‌ها (۳۰۰ نفر)	آقایان (۳۰۰ نفر)	تعداد کل (۶۰۰ نفر)	سطح معنی‌داری	
سن	میانگین $\pm$ انحراف معیار	۳۴/۶ $\pm$ ۳/۴	۳۷/۷ $\pm$ ۴/۶	۳۶/۱ $\pm$ ۴/۳	$^{*}<0/001$
سن همسر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	۳۷/۱ $\pm$ ۳/۹	۳۳/۹ $\pm$ ۳/۳	۳۵/۵ $\pm$ ۳/۹	$^{*}<0/001$
تعداد فرزندان	۰	۱۶۷ (۵۵/۷)	۹۸ (۳۲/۷)	۲۶۵ (۴۴/۲)	$^{*}<0/001$
	۱	۷۰ (۲۳/۳)	۸۳ (۲۷/۷)	۱۵۳ (۲۵/۵)	
	۲	۴۹ (۱۶/۳)	۶۶ (۲۲/۰)	۱۱۵ (۱۹/۲)	
	۳	۱۴ (۴/۷)	۴۵ (۱۵/۰)	۵۹ (۹/۸)	
	≥ 4	۰ (۰)	۸ (۲/۶)	۸ (۱/۳)	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	۰/۷ $\pm$ ۰/۵	۱/۶ $\pm$ ۱/۱	۰/۷ $\pm$ ۰/۹۹	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
وضعیت تأهل	متاهل	۱۸۱ (۶۰/۴)	۲۱۸ (۷۲/۷)	۳۹۹ (۶۶/۵)	$^{**}0/05$
	جدا شده	۲۵ (۸/۳)	۲۱ (۷/۰)	۴۶ (۷/۷)	
	مجرد	۹۴ (۳۱/۳)	۶۱ (۲۰/۳)	۱۵۵ (۲۵/۸)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
تحصیلات	فوق لیسانس	۸۶ (۲۸/۷)	۷۰ (۲۳/۳)	۱۵۶ (۲۶/۰)	$^{**}0/27$
	دکتر	۱۲۱ (۴۰/۳)	۱۱۹ (۳۹/۷)	۲۴۰ (۴۰/۰)	
	تخصص	۶۷ (۲۲/۳)	۷۴ (۲۴/۷)	۱۴۱ (۲۳/۵)	
	فوق تخصص	۲۶ (۸/۷)	۳۷ (۱۳/۳)	۶۳ (۱۰/۵)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
تحصیلات همسر	لیسانس یا کمتر	۵۶ (۱۸/۷)	۱۲۰ (۳۹/۹)	۱۷۶ (۲۹/۳)	$^{**}<0/001$
	فوق لیسانس	۶۴ (۲۱/۳)	۴۸ (۱۶/۰)	۱۱۲ (۱۸/۷)	
	دکتر	۵۰ (۱۶/۷)	۳۳ (۱۱/۰)	۸۳ (۱۳/۸)	
	تخصص	۸ (۲/۷)	۱۳ (۴/۳)	۲۱ (۳/۵)	
	فوق تخصص	۳ (۱/۰)	۴ (۱/۴)	۷ (۱/۲)	
	بدون پاسخ	۱۱۹ (۳۹/۶)	۸۲ (۲۷/۴)	۲۰۱ (۳۳/۵)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
شغل همسر	عضو هیئت علمی	۴۲ (۱۴/۰)	۲۵ (۸/۳)	۶۷ (۱۱/۲)	$^{**}<0/001$
	کارمند	۱۰۳ (۳۴/۳)	۸۹ (۲۹/۷)	۱۹۲ (۳۲/۰)	
	آزاد	۳۶ (۱۲/۰)	۲۸ (۹/۳)	۶۴ (۱۰/۷)	
	خانه دار	۰ (۰)	۷۶ (۲۵/۳)	۷۶ (۱۲/۶)	
	بدون پاسخ	۱۱۹ (۳۹/۶)	۸۲ (۲۷/۴)	۲۰۱ (۳۳/۵)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
نوع منزل مسکونی	مستأجر	۱۴۵ (۴۸/۳)	۱۳۱ (۴۳/۷)	۲۷۶ (۴۶/۰)	$^{**}0/08$
	ویلا	۵۱ (۱۷/۰)	۵۲ (۱۷/۳)	۱۰۳ (۱۷/۲)	
	آپارتمان ≥ 151	۵۳ (۱۷/۷)	۴۲ (۱۴/۰)	۹۵ (۱۵/۸)	
	آپارتمان ≤ 150	۵۱ (۱۷/۰)	۷۵ (۲۵/۰)	۱۲۶ (۲۱/۰)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
فاصله ازدواج تا تولد اولین فرزند (سال)	۱	۱۲ (۴/۰)	۲۷ (۹/۰)	۳۹ (۶/۵)	$^{*}0/148$
	۲	۴۵ (۱۵/۰)	۷۷ (۲۵/۷)	۱۲۲ (۲۰/۳)	
	۳	۴۷ (۱۵/۷)	۵۷ (۱۹/۰)	۱۰۴ (۱۷/۳)	
	۴	۱۴ (۴/۷)	۲۷ (۹/۰)	۴۱ (۶/۸)	
	۵	۱۶ (۵/۳)	۱۲ (۴/۰)	۲۸ (۴/۷)	
	≥ 6	۸ (۲/۷)	۶ (۲/۰)	۱۴ (۲/۳)	
	بدون پاسخ	۱۵۸ (۵۲/۶)	۹۴ (۳۱/۳)	۲۵۲ (۴۲/۰)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	

* آزمون تی تست، ** آزمون کای اسکور

نمرات نگرش و تمایلات باروری اعضای هیئت علمی شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است. میانگین نمره کل نگرش به فرزندآوری در مردان ($68/6 \pm 3/4$) اندکی بالاتر از زنان ($67/2 \pm 3/2$) بود که نشان‌دهنده نگرش نسبتاً مثبت‌تر مردان نسبت به فرزندآوری در مقایسه با زنان بود. هر دو گروه، «فرزند به‌عنوان مانع» را با نمرات نسبتاً بالا (زنان: $21/2 \pm 2/9$ ، مردان: $21/9 \pm 3/2$) گزارش کردند که نشان می‌دهد آنان فرزندآوری را تا حدی به‌عنوان مانعی در مسیر دستیابی به اهداف شخصی، شغلی و اجتماعی خود در

نظر می‌گرفتند. در بُعد «فرزند به‌عنوان رکن زندگی»، زنان ($21/7 \pm 4/4$) و مردان ($20/6 \pm 4/7$) نمرات نزدیکی داشتند. در مقابل، در بُعد «موکول کردن باروری به آینده»، مردان ($13/9 \pm 3/2$) نمره بالاتری نسبت به زنان ($12/29 \pm 3/0$) داشتند و آزمون کای‌دو ($p < 0/001$) این تفاوت را معنادار نشان داد. همچنین، در بُعد «باروری مستلزم تحقق پیش‌زمینه‌ها»، تفاوت اندکی بین زنان ($12/04 \pm 2/5$) و مردان ($12/2 \pm 2/7$) مشاهده شد و آزمون کای‌دو این تفاوت را معنادار گزارش نکرد ($p = 0/056$).

جدول ۳- میانگین نمرات نگرش و تمایلات باروری اعضای هیئت علمی شرکت‌کننده در پژوهش

گروه‌های مورد بررسی	فرزند به‌عنوان رکن زندگی	فرزند به‌عنوان مانع	موکول کردن باروری به آینده	باروری مستلزم تحقق پیش‌زمینه‌ها	میزان کل
خانم‌ها (۳۰۰ نفر)	$21/7 \pm 4/4$	$21/2 \pm 2/9$	$12/29 \pm 3/0$	$12/04 \pm 2/5$	$67/2 \pm 3/2$
آقایان (۳۰۰ نفر)	$20/59 \pm 4/47$	$21/9 \pm 3/2$	$13/9 \pm 3/2$	$12/2 \pm 2/7$	$68/6 \pm 3/4$
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۰۵۶	* <۰/۰۱

* آزمون تی تست

بر اساس نتایج مربوط به ترجیحات باروری اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های منتخب کشور در جدول ۴، تفاوت معناداری بین زنان و مردان در اغلب ابعاد وجود داشت ($p < 0/001$). در خصوص تمایل به فرزندآوری، بیشترین پاسخ در هر دو گروه مربوط به گزینه «بله» بود، اما این تمایل در مردان (۵۴٪) بیشتر از زنان (۲۹٪) مشاهده شد؛ در حالی که زنان گرایش بیشتری به گزینه‌های «فعلاً خیر» و «عدم تمایل» نشان دادند. در زمینه تعداد فرزندان دلخواه، اغلب پاسخ‌دهندگان تمایل به داشتن دو فرزند داشتند (کل: ۴۴/۲٪)، با این حال، این تمایل در مردان (۴۵٪) و زنان (۴۴/۳٪)

تقریباً مشابه بود. در مقابل، تمایل به داشتن فرزند کمتر (صفر یا یک فرزند) در زنان بیشتر مشاهده شد. در مورد ترجیحات جنسیتی فرزندان (دختر و پسر) نیز، الگوی غالب، تمایل به داشتن دو فرزند در هر دو گروه بود و تفاوت‌ها عمدتاً در گرایش به تعداد کمتر یا بیشتر فرزند مشاهده شد. در خصوص فاصله ازدواج تا تولد نخستین فرزند، اگرچه الگوی کلی در دو گروه مشابه بود، اما تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($p = 0/148$) که نشان می‌دهد زمان‌بندی فرزندآوری در میان اعضای هیئت علمی تا حد زیادی از الگوی مشترکی پیروی می‌کند.

جدول ۴- ترجیحات باروری اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های منتخب کشور

متغیر مورد بررسی	خانم‌ها (۳۰۰ نفر)	آقایان (۳۰۰ نفر)	تعداد کل (۶۰۰ نفر)	سطح معنی‌داری
تمایل به فرزندآوری	به هیچ وجه	۵۱ (۱۷/۰)	۹۳ (۱۵/۵)	* < ۰/۰۰۱
	فعلاً خیر	۱۶۲ (۵۴/۰)	۲۸۶ (۴۷/۷)	
	بله	۸۷ (۲۹/۰)	۲۲۱ (۳۶/۸)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
تعداد فرزندان دلخواه	۰	۲۴ (۸/۰)	۳۰ (۵/۰)	** < ۰/۰۰۱
	۱	۷۹ (۲۶/۳)	۱۳۵ (۲۲/۵)	
	۲	۱۳۵ (۴۵/۰)	۲۶۵ (۴۴/۲)	
	۳	۶۰ (۲۰/۰)	۱۳۶ (۲۲/۶)	
	۴ ≥	۲ (۰/۷)	۳۴ (۵/۷)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
تعداد دختر	۰	۲۷ (۹/۰)	۳۳ (۵/۵)	** < ۰/۰۰۱
	۱	۸۵ (۲۸/۳)	۱۶۵ (۲۷/۵)	
	۲	۱۳۷ (۴۵/۷)	۲۶۵ (۴۴/۲)	
	۳	۵۰ (۱۶/۷)	۱۳۲ (۲۲/۰)	
	۴	۱ (۰/۳)	۵ (۰/۸)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
تعداد پسر	۰	۲۹ (۹/۷)	۳۵ (۵/۸)	** < ۰/۰۰۱
	۱	۹۷ (۳۲/۳)	۱۶۲ (۲۷/۰)	
	۲	۱۲۳ (۴۱/۰)	۲۷۷ (۴۶/۲)	
	۳	۵۰ (۱۶/۷)	۱۲۴ (۲۰/۷)	
	۴	۱ (۰/۳)	۲ (۰/۳)	
	جمع	۳۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	

* آزمون کای اسکوتر، ** آزمون تی تست

هر دو گروه داشتند. در مقابل، انگیزه‌های منفی باروری در زنان اندکی بالاتر از مردان بود. مهم‌ترین عوامل بازدارنده شامل «چالش‌های مراقبتی فرزند» ($17/3 \pm 6/0$) و «فشارهای والدگری (استرس والدین)» ($16/4 \pm 6/6$) به‌دست آمد. بر اساس نتایج آزمون آماری کای اسکوتر، تفاوت بین دو گروه از نظر هر دو نوع انگیزه، از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/001$).

نتایج مطالعه در خصوص انگیزه‌های باروری در مشارکت‌کنندگان پژوهش بر اساس جدول ۵، نشان داد میانگین انگیزه‌های مثبت باروری در کل نمونه در سطح متوسط رو به بالا قرار داشت و در مردان، در تمامی ابعاد، اندکی بیشتر از زنان بود. در میان ابعاد انگیزه‌های مثبت، «احساس نیاز و تعلق» ($17/6 \pm 5/1$) و «والد شدن سنتی» ($16/1 \pm 7/4$) بیشترین نقش را در

جدول ۵- انگیزه‌های باروری اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های منتخب کشور

متغیر مورد بررسی	خانم‌ها (۳۰۰ نفر)	آقایان (۳۰۰ نفر)	تعداد کل (۶۰۰ نفر)	سطح معنی‌داری
لذت از بارداری، تولد و کودکی	۱۳/۹±۵/۶	۱۳/۷±۵/۶	۱۳/۸±۵/۶	
والد شدن سنتی	۱۴/۷±۶/۹	۱۷/۴±۷/۷	۱۶/۱±۷/۴	
شادمانی‌های مربوط به بارداری،	۱۳/۷±۶/۹	۱۵/۴±۶/۹	۱۴/۶±۷/۰	* < ۰/۰۰۱
انگیزه‌های مثبت	۱۵/۵±۵/۶	۱۸/۷±۴/۳	۱۷/۶±۵/۱	
زایمان و دوره‌ی نوزادی	۱۳/۱±۴/۵	۱۳/۷±۴/۹	۱۳/۴±۴/۷	
احساس نیاز و تعلق	۷۱/۹±۱۶/۶	۷۹/۱±۱۲/۷	۷۵/۵±۱۵/۳	
ارزش‌آزایی فرزند				
جمع کل				
ناراحتی از بارداری و زایمان	۴/۴±۲/۵	۳/۹±۲/۶	۴/۲±۲/۷	
ترس و نگرانی از والد شدن	۱۶/۰±۵/۷	۱۵/۶±۶/۳	۱۵/۱±۶/۱	* < ۰/۰۰۱
انگیزه‌های منفی	۱۸/۲±۵/۴	۱۶/۴±۶/۴	۱۷/۳±۶/۰	
چالش‌های مراقبتی فرزند	۱۶/۷±۵/۷	۱۶/۳±۷/۵	۱۶/۶±۶/۶	
فشارهای والدگری (استرس والدین)	۵۲/۴±۱۱/۴	۵۵/۵±۱۲/۰	۵۴/۰±۱۱/۸	
جمع کل				

* آزمون کای اسکوئر

بحث

یافته‌های این پژوهش که با هدف بررسی نگرش، ترجیحات و انگیزه‌های باروری در اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد، نشان داد که نگرش شرکت‌کنندگان در بُعد «فرزند به‌عنوان یکی از ارکان زندگی» اندکی بالاتر از میانگین قرار دارد. همچنین، کسب نمره ۲۱ از ۳۰ در مؤلفه «فرزند به‌عنوان مانع» بیانگر آن است که هرچند اعضای هیئت‌علمی، به‌ویژه زنان، فرزندآوری را مانعی جدی برای پیشرفت فردی و حرفه‌ای خود تلقی نمی‌کنند، آن را مشروط به فراهم بودن پیش‌نیازهای اقتصادی، اجتماعی و حرفه‌ای می‌دانند. از این‌رو، تا زمان تحقق این شرایط، فرزندآوری ترجیحاً به تعویق انداخته می‌شود. نگرش، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تمایل به باروری تلقی می‌شود (۲۵). صادقی و همکاران (۲۰۲۴) نیز نگرش مثبت نسبت به فرزندآوری را پیش‌نیاز شکل‌گیری قصد باروری دانسته و معتقد است هرچه ارزش ادراک‌شده حضور فرزند در خانواده بیشتر باشد، تمایل به فرزندآوری افزایش خواهد یافت (۲۶).

در میان افراد دارای تحصیلات عالی و مسئولیت‌های گسترده آموزشی و پژوهشی، فشار نقش‌ها و الزامات حرفه‌ای، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. این گروه، علاوه بر تلاش برای ارتقای جایگاه علمی، به‌طور مستمر در

معرض ارزیابی‌های حرفه‌ای قرار دارند؛ امری که با فشارهای زمانی و روانی قابل‌توجهی همراه است. در چنین شرایطی، فرزندآوری برای برخی از آنان دیگر به‌عنوان رکن محوری زندگی تلقی نمی‌شود و اولویت با موفقیت فردی، پیشرفت شغلی و دستیابی به ثبات علمی و حرفه‌ای قرار می‌گیرد. صادقی و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کرده‌اند که نسل جدید، فرزند را پرهزینه و گاه مخل آرامش می‌داند و انتظار برای تأمین نیازهای عاطفی از سوی فرزند کاهش یافته است؛ به‌گونه‌ای که زنان امروز بخشی از هویت زنانه خود را در مشارکت اجتماعی و حضور حرفه‌ای فعال جست‌وجو می‌کنند (۲۶).

نتایج مطالعه یارگر و همکار (۲۰۲۴) نیز با یافته‌های حاضر هم‌راستا بود. آنان اشتغال را یکی از عوامل کلیدی شکل‌دهنده نگرش‌ها و برنامه‌ریزی‌های باروری معرفی کرده‌اند. بر اساس نتایج این مطالعه، تأثیر اشتغال بر تمایل به فرزندآوری، بسته به داشتن یا نداشتن فرزند، متفاوت است؛ به‌گونه‌ای که در زنان دارای فرزند، اشتغال پاره‌وقت و مشاغل برخورداری از استقلال بیشتر، احتمال فرزندآوری مجدد را افزایش می‌دهد، اما در زنان بدون فرزند، فشارهای مالی می‌تواند تمایل به باروری را کاهش دهد. بنابراین، در مادران، تعارض نقش کار - خانواده برجسته‌تر است، در

حالی که در زنان بدون فرزند، ملاحظات اقتصادی نقش تعیین‌کننده‌تری دارد (۲۷).

کوساکووسکا و همکار (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای در لهستان نشان دادند که زنان، بیش از پیش، هویت اجتماعی و حرفه‌ای خود را مستقل از مادری تعریف می‌کنند و مادری الزاماً مؤلفه اصلی هویت زنانه محسوب نمی‌شود. در این رویکرد، تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری مبتنی بر ثبات اقتصادی، رابطه عاطفی پایدار، آمادگی روانی و مشارکت برابر زوجین است؛ امری که بر برنامه‌ریزی شده و سنجیده بودن فرزندآوری دلالت دارد (۲۸). کاکاک و همکاران (۲۰۲۳) در ترکیه نیز دریافتند که اگرچه نگرش نسبت به فرزندآوری مثبت است و مادری بخشی از زنانگی تلقی می‌شود، فرزندآوری در مقاطع زمانی خاص به‌عنوان مانعی برای خودشکوفایی و پیشرفت حرفه‌ای در نظر گرفته می‌شود (۲۹). یافته‌های سودنبرگ و همکاران (۲۰۱۳) در سوئد نیز نشان داد که زنان، تکمیل تحصیلات و تثبیت موقعیت شغلی را بر تولد فرزند مقدم می‌دانند (۲۲). بااین‌حال، کوهان و همکاران (۲۰۲۲) تأکید می‌کنند که کاهش تمایل به باروری را نباید صرفاً به عوامل ساختاری مانند اقتصاد و اشتغال محدود کرد؛ بلکه برداشت‌های هویتی و فرهنگی از نقش مادری و پدری نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند (۳۰).

در خصوص انگیزه‌های مثبت فرزندآوری نیز، جامعه مورد بررسی ما، به‌ویژه مردان، «احساس نیاز و تعلق» و پس از آن «والد شدن سنتی» را از مهم‌ترین دلایل تمایل به داشتن فرزند عنوان کردند. در مقابل، عواملی که به‌عنوان موانع فرزندآوری یا به تعبیر پرسشنامه میلر، انگیزه‌های منفی فرزندآوری مطرح شدند، شامل «چالش‌های مراقبتی فرزند» و پس از آن «استرس» بودند. آنچه در اولویت‌بندی این انگیزه‌ها جالب توجه است، تأکید بر نقش سنت‌ها در فرزندآوری است که بیانگر تأثیر فرهنگ بر تصمیم‌گیری حتی در میان افراد تحصیل‌کرده و آگاه جامعه است. تورکسو (۲۰۲۱) بیان کرده است که نگرش نسبت به باروری، صرفاً یک واقعیت زیستی نیست، بلکه ساختاری اجتماعی - روانی است که با عواملی همچون نقش‌های جنسیتی،

انتظارات فرهنگی، فرصت‌های شغلی، ارزش‌گذاری بر استقلال فردی و هویت زنانه تعامل دارد (۳۱). مسگرزاده (۲۰۲۴) می‌نویسد انگیزه فرزندآوری، موضوعی پیچیده است که دارای ریشه‌های فرهنگی، رفتاری و اعتقادی بوده و در بستر انتقال جمعیتی و توسعه اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌کند و از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار باروری در زوجین به شمار می‌رود؛ به‌گونه‌ای که عوامل متعدد فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و هنجارهای رایج جامعه بر انگیزه‌های فرزندآوری تأثیر می‌گذارند (۳۲).

میلر (۱۹۹۵) معتقد است که دو ویژگی کلی وجود دارد که تحت تأثیر تجربیات دوران کودکی و اوایل بزرگسالی شکل می‌گیرند و گرایش‌های مرتبط با فرزندآوری را در فرد ایجاد می‌کنند؛ این گرایش‌ها از طریق تأثیرگذاری بر امیال باروری، رفتار و در نهایت سطح باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۳). انگیزش‌های فرزندآوری، گرایش‌ها و ویژگی‌های پایدار فردی هستند که نحوه احساس، تفکر و عمل انسان را در پاسخ به ابعاد مختلف والدگری شکل می‌دهند. این انگیزش‌ها، تمایل به داشتن فرزند و تصمیم‌گیری درباره والد شدن را جهت‌دهی می‌کنند (۳۳). مسگرزاده و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کرد که در جامعه مورد بررسی وی، با افزایش انگیزه‌های مثبت، تمایل افراد به فرزندآوری افزایش می‌یابد. وی به نقل از حکمت بیان کرده است که مهم‌ترین انگیزه‌های پاسخ‌دهندگان شهری برای فرزندآوری، مزایای احساسی و عاطفی فرزندآوری و در میان پاسخ‌دهندگان روستایی، مزایای اقتصادی و احساس امنیت بوده است (۳۲).

ایده‌آل‌ها، ترجیحات، مطلوبیت‌ها و مقاصد باروری، مفاهیمی هستند که پیوند اصلی را در زنجیره تصمیمات فرزندآوری تشکیل می‌دهند (۳۴). با این حال، این دیدگاه مورد پذیرش همه پژوهشگران نیست. هین و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند زمانی فرض بر این بود که «ترجیحات باروری» افراد می‌تواند نشان‌دهنده تعداد نهایی فرزندان آنان باشد؛ اما شواهد تجربی نشان داد که میان ایده‌آل‌های باروری و رفتار واقعی باروری، همبستگی قابل اتکایی وجود ندارد. ترجیحات باروری،

ساختارهایی ایستا و قطعی نیستند، بلکه در قالب طیفی از انتخاب‌های ممکن شکل می‌گیرند که در شرایط مختلف قابل تعدیل هستند (۳۵).

بر این اساس با برنامه‌ریزی جهت ایجاد و تقویت انگیزه‌های مثبت در سنین پایین‌تر و قبل از ازدواج ممکن است بتوان باروری را در جامعه به حد مطلوب رساند (۲۴). فهم باروری، بدون توجه به تعاملات انگیزشی زوجین، ناقص است؛ زیرا تصمیم‌گیری باروری از اساس تصمیمی دوفره و درون‌روابطی است (۳۶).

در مطالعه حاضر، بیش از ۸۰٪ شرکت‌کنندگان تمایل به فرزندآوری داشتند و داشتن ۲ فرزند را ایده‌آل می‌دانستند؛ همچنین تمایل به داشتن فرزند پسر در مردان بیش از زنان بود. خدیوزاده و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود دریافتند که بین انگیزه‌های مثبت باروری در زوجین با تمایل به فرزندآوری و تعداد ایده‌آل فرزند، ارتباط مستقیمی وجود دارد. بر این اساس، با برنامه‌ریزی برای ایجاد و تقویت انگیزه‌های مثبت در سنین پایین‌تر و پیش از ازدواج، ممکن است بتوان باروری را در جامعه به سطح مطلوب رساند (۲۴). درک باروری، بدون توجه به تعاملات انگیزشی زوجین، ناقص است؛ زیرا تصمیم‌گیری درباره باروری، اساساً تصمیمی دوسویه و مبتنی بر روابط زوجین است (۳۶).

میلر (۱۹۹۵) نیز همبستگی معناداری بین نمرات مقیاس‌های مثبت و منفی با تعداد فرزندان دلخواه زوجین مشاهده کرد (۲۳). یافته‌های مطالعه خدیوزاده و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از تمایل اکثر زوجین به داشتن ۲ فرزند و تمایل به فاصله‌گذاری نسبتاً طولانی بین ازدواج تا تولد نخستین فرزند بود. یافته‌ها همچنین بیانگر نگرش مثبت نسبت به تأثیر مشوق‌های دولتی برای فرزندآوری در زوجینی بود که تمایل به باروری کمتر و تأخیر در شروع فرزندآوری داشتند (۳۷). تمایلات باروری دارای ویژگی‌هایی هستند که آن‌ها را به‌طور قابل‌توجهی از نیت باروری متمایز می‌سازد. به‌ویژه، تمایلات باروری در مقایسه با نیت باروری، بازتاب نزدیک‌تری از انگیزش‌های زیستی و هیجانی بنیادی مرتبط با تولیدمثل هستند. تمایلات، مجرای برای انتقال «حکمت تکاملی» میان نسل‌ها محسوب

می‌شوند، در حالی‌که نیت، بازتابی از شرایط و فشارهای معاصر زندگی هستند. تمایلات باروری نقش مهم‌تری در رضایت‌مندی پس از بارداری ایفا می‌کنند؛ در مقابل، نیت باروری بیشتر بازتاب‌دهنده شرایط و محدودیت‌های موقعیتی هستند که افراد در فرآیند تصمیم‌گیری مدنظر قرار می‌دهند (۳۸).

اگرچه تمایل به اجتناب از بارداری نقش قوی‌تری نسبت به تمایل به باردار شدن دارد، نمی‌توان اهمیت تمایلات مثبت نسبت به بارداری را نادیده گرفت؛ زیرا این تمایلات نیز به‌طور معناداری احتمال وقوع بارداری را افزایش می‌دهند (۳۹). با توجه به یافته‌های مربوط به انگیزه‌ها و ترجیحات باروری در جامعه اعضای هیئت‌علمی، می‌توان نتیجه گرفت که تصمیم‌گیری باروری در این گروه، بیش از آنکه صرفاً فردی یا زیستی باشد، تابع تعامل پیچیده‌ای از عوامل فرهنگی، حرفه‌ای و اقتصادی است.

محدودیت‌های پژوهش

- ۱- این پژوهش مبتنی بر داده‌های خودگزارشی بوده است که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی و تمایل به ارائه پاسخ‌های اجتماعی‌پسند قرار گرفته باشد.
- ۲- مقطعی بودن مطالعه، امکان بررسی تغییرات نگرش‌ها و انگیزه‌های باروری در طول زمان را محدود می‌کند.
- ۳- محدود بودن جامعه پژوهش به اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی، تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر گروه‌های شغلی و اجتماعی محدود می‌سازد.
- ۴- برخی عوامل زمینه‌ای، فرهنگی و فردی مؤثر بر باروری که در ابزار پژوهش مورد سنجش قرار نگرفته‌اند، می‌توانند بر تبیین کامل‌تر یافته‌ها اثرگذار باشند.
- ۵- مبتنی بر وب بودن ابزار گردآوری داده‌ها ممکن است موجب کاهش مشارکت برخی افراد شده باشد؛ به‌گونه‌ای که بخشی از جامعه هدف به‌دلیل کمبود زمان، عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه‌های آنلاین، یا تمرکز بیشتر بر مسائل اقتصادی و شغلی، در مطالعه شرکت نکرده‌اند. این امر می‌تواند بر میزان مشارکت و نمایندگی نمونه در برخی زیرگروه‌ها اثرگذار باشد.

پیشنهادهای برای تحقیقات آتی:

۱- انجام پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی، به‌منظور بررسی تغییرات نگرش‌ها، انگیزه‌ها و ترجیحات باروری در طول زمان پیشنهاد می‌شود.

۲- انجام مطالعات کیفی در کنار پژوهش‌های کمی می‌تواند به درک عمیق‌تر تجربه‌ها، ادراکات و زمینه‌های فرهنگی مؤثر بر تصمیم‌گیری‌های باروری در میان اعضای هیئت‌علمی کمک کند.

۳- بررسی عوامل مؤثر بر باروری در سایر گروه‌های شغلی و اجتماعی، مانند کارکنان غیرهیئت‌علمی، افراد شاغل در بخش خصوصی و کارکنان بخش دولتی، به‌منظور انجام مقایسه‌های بین‌گروهی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اگرچه اعضای هیئت‌علمی، نقش فرزند را در معنابخشی به زندگی نسبتاً مثبت ارزیابی می‌کنند، داده‌ها حاکی از آن است که عوامل ساختاری و شغلی، از جمله فشار کاری، دغدغه‌های زمانی، مسئولیت‌های حرفه‌ای و فقدان حمایت‌های نهادی مناسب، نقش مهمی در کاهش تمایل واقعی به فرزندآوری در میان اعضای هیئت‌علمی دارند. بنابراین، سیاست‌های افزایش باروری در این گروه، تنها زمانی اثربخش خواهند بود که در کنار اقدامات فرهنگی، حمایت‌های سازمانی و تسهیل‌گرانه‌ای مانند مرخصی‌های انعطاف‌پذیر، ایجاد مراکز نگهداری کودک و کاهش تعارض نقش‌های شغلی - خانوادگی، به‌صورت عملی فراهم شوند.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه به‌دلیل حمایت و تصویب این طرح و همچنین از تمامی همکاران بزرگواری که با

مشارکت و ارائه پاسخ‌های ارزشمند خود، امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در ارتباط با انتشار این مقاله وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از دریافت کد اخلاق IR.AJUMS.REC.1401.331 در دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز انجام شد. شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان پس از آگاهی از هدف پژوهش و نحوه استفاده از اطلاعات، نظرات خود را ارائه کردند. محرمانگی اطلاعات و ناشناس ماندن پاسخ‌دهندگان در تمامی مراحل پژوهش رعایت شد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز انجام شد.

مشارکت نویسندگان

پوران‌دخت افشاری و زهرا عباسپور در مفهوم‌سازی و طراحی مطالعه و تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت داشتند. مریم بهشتی‌نسب در گردآوری داده‌ها و اجرای پژوهش مشارکت داشتند. مهرنوش ذاکر کیش بر روند اجرای پژوهش نظارت داشت. پروین عابدی در تهیه پیش‌نویس مقاله و ویرایش، بازبینی و اصلاح نهایی مقاله مشارکت کرد. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کردند.

1. Erfani A. Policy implications of cultural shifts and enduring low fertility in Iran. *Community Health Journal* 2019; 6(2):112-115.
2. Ranjbar M, Shafaghat T, Lotfi MH, Alimondegari M, Kalantari F, Bazayr M. What family policies do Iranian couples prefer for childbearing? Evidence from a discrete choice experiment. *BMC Public Health* 2025; 25(1):821.
3. Rahbar-Zeraati A, Fathnezhad-Kazemi A, Velayati A. Determinants of childbearing intention among Iranian women: Integrating psychological, demographic, and socioeconomic factors. *Journal of Public Health Research* 2026; 15(1):22799036251410258.
4. Mohamadloo A. Determinants of fertility desires and associated factors among married women attending comprehensive health centers in Iran. *Health Scope* 2026; 15(2):e168296.
5. Safari-Faramani R, Haghdoost AA, Baneshi MR, Dehnavieh R. Exploring the perception of childbearing barriers in a low fertility subgroup of Iran: a qualitative study. *Electronic physician* 2018; 10(6):6927.
6. Ghasemi Ardehaei A, Rad F, Savabi H. Study of Changings of Women's Fertility Based on Couple's Socio-economic Status. *Women's Strategic Studies* 2014; 16(63):125-62.
7. Chamani S, Shekarbeigi A, Moshfegh M. Sociological determinants of fertility (Case study: Married women living in Tehran). *Social and Cultural Strategy Quarterly* 2015; 5(20):137-165.
8. Doren C. Which mothers pay a higher price? Education differences in motherhood wage penalties by parity and fertility timing. *Sociological Science* 2019; 6:684-709.
9. Ahmadi V. Changes in attitude towards gender inequality in the process of demographic transition. *Journal of Applied Sociology* 2013; 24(3):15-34.
10. Razeghi Nasrabad HB, Hosseini Chavoshi M, Abbasi Shavazi MJ. The effects of gender role attitudes and role division on the second birth interval in Tehran. *Journal of Applied Sociology* 2021; 32(2):1-28.
11. Bibi Razeghi Nasrabad H. Para effect of education on childbearing postponement: A qualitative study among female students in Tehran universities. *Socio-Cultural Strategy* 2016; 5(3):167-90.
12. Sylvest R, Koert E, Vittrup I, Birch Petersen K, Nyboe Andersen A, Pinborg A, et al. Status one year after fertility assessment and counselling in women of reproductive age—a qualitative study. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2018; 123(4):264-70.
13. Sennott C, Yeatman S. Stability and change in fertility preferences among young women in Malawi. *International perspectives on sexual and reproductive health* 2012; 38(1):34.
14. Mirabi S, Mirzaei H, Hassani Darmian GR. A phenomenological study on Married Women awareness of Childbearing. *Journal of Applied Sociology* 2020; 31(3):1-20.
15. Irani M, Khadivzadeh T. The relationship between childbearing motivations with fertility preferences and actual child number in reproductive-age women in Mashhad, Iran. *Journal of education and health promotion* 2018; 7:175.
16. Abbasi-Shavazi MJ, McDonald P, Hosseini-Chavoshi M, Kaveh-Firouz Z. Women's views on fertility behavior in Yazd Province: a qualitative study. *Nameh-ye Olum-e Ejtemai (Journal of Social Sciences)* 2002; (20):169-203.
17. Abbasi Z, Keshavarz Z, Abbasi-Shavazi MJ, Ebadi A. Factors affecting on fertility behavior from the perspective of professionals: a qualitative study. *Koomesh* 2019; 21(1):155-163.
18. Ghafari S, Motaghi Z. Explanation of factors influencing childbearing based on women's perspectives. *Navid No Journal* 2021; 23(76).
19. Moshfegh MG, Seidi M. Factors Affecting Voluntary Childlessness and Providing Solutions for Childbearing Among Highly Educated Women: A Systematic Review. *Iranian biomedical journal* 2024; 28:169.
20. Moeeni M, Rashidian A, Aghajanian A. Women's relative status and childbearing intentions: Empirical evidence from Iran. *PloS one* 2018; 13(4):e0195428.
21. Baezzat F, Ahmadi GA, Marzbani Y, Karimi A, Azarnioshan B. A study of psychometric properties of Persian version of attitudes toward fertility and childbearing scale. *Urmia Journal of Nursing and Midwifery* 2017; 15(1):37-47.
22. Söderberg M, Lundgren I, Christensson K, Hildingsson I. Attitudes toward fertility and childbearing scale: an assessment of a new instrument for women who are not yet mothers in Sweden. *BMC pregnancy and childbirth* 2013; 13(1):197.
23. Miller WB. Childbearing motivation and its measurement. *Journal of Biosocial Science* 1995; 27(4):473-87.
24. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Relationship between fertility motivations and preferences in couples. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(114):8-18.
25. Enjezab B, Bokaei M, Salmanabad F. Attitude and factors affecting intention of childbearing in COVID 19 pandemic in married women of reproductive age referred to comprehensive health centers in Yazd City in Year 2022. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2023;31(7):6854-6863.

26. Sadeghi AS, Nejatifar N, Amini L, Sadat Z, Haghani S. Relationship between marital quality and attitudes towards childbearing and fertility in married women referred to comprehensive health centers in Kashan, Iran. *Iranian Journal of Nursing* 2024; 37(148):178-195.
27. Yarger J, Brauner-Otto SR. Women's Work Characteristics and Fertility Expectations: J. Yarger and SR Brauner-Otto. *Population research and policy review* 2024; 43(2):26.
28. Kossakowska K, Söderberg M. Psychometric properties and factor structure of the attitudes to fertility and childbearing scale (AFCS) in a sample of polish women. *Current Psychology* 2021; 40(7):3125-35.
29. Koçak DY, Duman NB, Akarsu RH. Attitudes toward fertility and childbearing among female University students. *Universa Medicina* 2023; 42(2):195-205.
30. Kohan S, Gholami M, Shaghaghi F, Mohebbi-Dehnavi Z. Investigating the relationship between attitudes toward fertility and childbearing and the value of children with attitudes toward fertility control in married women aged 15-45 in Isfahan. *Journal of education and health promotion* 2022; 11:409.
31. Göral S, Özkan S, Sercekus P, Alataş E. The validity and reliability of the Turkish version of the Attitudes to Fer-Tility and Childbearing Scale (AFCS). *International Journal of Assessment Tools in Education* 2021; 8(4):764-74.
32. Mesgarzadeh M, Rabiepur S, Gharaaghaji R, Pashaei Z. The relationship between childbearing motivations and fertility preferences of couples referring to comprehensive health centers in Urmia city in 2022. *Nursing And Midwifery Journal* 2024; 22(6):463-75.
33. Huczewska I, Leśniak J, Mynarska M, Miller WB. A short measure of childbearing motivations: Development and psychometric evaluation in polish samples of adults and adolescents. *Journal of Child and Family Studies* 2023; 32(6):1823-38.
34. Ghorbani Z. Changes in childbearing preferences in Iran. *Women and Family Studies* 2022; 10(3):53-76.
35. Hin S, Gauthier A, Goldstein J, Bühler C. Fertility preferences: what measuring second choices teaches us. *Vienna Yearbook of Population Research* 2011:131-56.
36. Miller W, Severy L, Pasta D. A framework for modelling fertility motivation in couples. *Population studies* 2004; 58(2):193-205.
37. Khadivzadeh T, Arghavani E, Shakeri MT. Attitude toward governmental incentives on childbearing and its relationship with fertility preferences in couples attending premarital counseling clinics in health centers in Mashhad. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 24(120):1-13.
38. Miller WB. Differences between fertility desires and intentions: Implications for theory, research and policy. *Vienna yearbook of population research* 2011: 75-98.
39. Miller WB, Barber JS, Gatny HH. The effects of ambivalent fertility desires on pregnancy risk in young women in the USA. *Population studies* 2013; 67(1):25-38.

Attitudes, Preferences, and Motivations for Childbearing among Faculty Members of Selected Medical Sciences Universities in Iran, 2023: A Gender-Based Cross-Sectional Study

Zahra Abbaspour¹, Poorandokht Afshari^{2*}, Parvin Abedi¹, Mehrnoush Zakerkish³, Maryam Beheshtinasab⁴

1. Professor, Department of Midwifery, Reproductive Health Promotion Research Center, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Midwifery, Menopause Andropause Research Center, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
3. Professor, Department of Internal Medicine, Diabetes Research Center, Faculty of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
4. Instructor, Department of Midwifery, Reproductive Health Promotion Research Center, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Abstract

Received: Feb 22, 2026 Accepted: May 26, 2026

Introduction: Values related to childbearing have undergone substantial changes in recent years, with individualism emerging as a fundamental factor contributing to fertility decline. This study was performed with aim to explore the attitudes, motivations, and reproductive preferences of academic staff at selected Iranian medical universities.

Methods: This descriptive-analytical study with a cross-sectional design was carried out in 2023 on a total of 600 academic faculty members from selected universities of medical sciences in Iran. A stratified random sampling method was employed to recruit participants, who were then categorized into two gender-based groups, each comprising 300 females and 300 males. To gather the required data, three instruments were utilized: a demographic characteristics questionnaire, the Attitude toward Fertility and Childbearing Scale (AFCS), and Miller's Reproductive Motivations and Preferences Questionnaire. The data were collected through a secure web-based platform (online survey). Data were analyzed using SPSS software (version 23.0) and independent t-test and chi-square test. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: The findings showed a statistically significant difference between female and male faculty members in terms of fertility attitudes, motivations, and preferences ($p < 0.001$). Men had more positive attitudes toward childbearing, whereas women showed a greater tendency to postpone childbearing. Regarding fertility motivations, both groups reported relatively high levels of positive motivations; however, negative motivations were more prevalent among women. In terms of fertility preferences, the majority of respondents preferred to have two children, and the overall willingness to have children was higher among men than women. No statistically significant difference was observed between the two groups in the interval between marriage and the birth of the first child ($p = 0.148$).

Conclusion: Based on the findings, it is recommended that university and health policymakers implement programs aimed at reducing barriers to childbearing among faculty members, particularly women. These programs should include occupational support, work–family balance policies, and enhanced childcare services.

Keywords: Childbearing, Faculty Members, Fertility Preference, Motivation, Reproductive Behavior

Please cite this article as:

Abbaspour Z, Afshari P, Abedi P, Zakerkish M, Beheshtinasab M. Attitudes, Preferences, and Motivations for Childbearing among Faculty Members of Selected Medical Sciences Universities in Iran, 2023: A Gender-Based Cross-Sectional Study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2026; 29(3):19-34. DOI: 10.22038/ijogi.2026.93072.6615