



Actual Fertility and Socio-Demographic Factors Influencing It among Women in Ahvaz

Serajeddin Mahmoudiani^{1✉} | Khadijeh Rasoulinia² |
Maryam Etemadi³

1. Corresponding Author, Associate Professor of Demography, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran, E-mail: serajmahmoudiani@gmail.com
2. M.A of Demography, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran, E-mail: janizadeh1373@gmail.com
3. M.A Student of Demography, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran, E-mail: maryametemadi715@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Keywords:
*Education,
Ethnicity,
Fertility,
Perceived social
support,
Women.*

ABSTRACT

In recent decades, fertility behavior and the perceived value of children among young Iranians have undergone significant changes, with fertility rates declining below the replacement level. This has raised serious concerns regarding the country's demographic structure and socio-economic planning. Fertility decisions are influenced by a variety of factors, such as individual, familial, economic, and social characteristics. The objective of this investigation was to investigate the actual fertility of married women of reproductive age in Ahvaz, Iran, and to identify the socio-demographic factors that are associated with it. Women residing in urban regions of Ahvaz, aged 15 to 49, were the subjects of this quantitative, survey-based investigation. A multistage cluster sampling method was employed to select participants. A structured questionnaire was employed to gather data, which encompassed actual fertility information, perceived social support, and socio-demographic and economic characteristics. Descriptive statistics, correlation tests, mean difference tests, and linear regression analysis were implemented to analyze the data. Bivariate analysis demonstrated that actual fertility was significantly and positively correlated with age, spouse's age, and duration of marriage, while education level and income were negatively correlated. In addition, the actual fertility of women was positively and significantly correlated with perceived social support, suggesting that women with stronger social networks and higher perceived support tended to have more children. These results emphasize the significance of fortifying social support networks within families and communities to encourage fertility behavior. They can also assist policymakers in the development of effective demographic support programs.

Cite this article: Mahmoudiani, S., Rasoulinia, Kh., & Etemadi, M. (2025). Actual Fertility and Socio-Demographic Factors Influencing It among Women in Ahvaz. *Population Journal*, 31(127), 31-63.

© The Author(s).

Extended Abstract**Introduction**

Fertility behaviors and attitudes toward childbearing among young people in Iran have undergone substantial changes in recent decades, with fertility rates falling below replacement levels, notably in major cities. This trend has prompted significant apprehensions regarding socio-economic planning and demographic structure. The factors that influence fertility behavior and the identification of strategies to increase fertility rates have been the focus of researchers and policymakers as a result of these shifts. Couples' decisions regarding childbearing are significantly influenced by individual, family, economic, social, and cultural factors. Perceived social support is a critical factor in this context, as it can have a direct and indirect impact on the fertility intentions and behaviors of women and families. An individual's perception of being valued, connected, and supported within social networks is referred to as perceived social support. This can influence fertility behaviors by reducing stress, increasing psychological security, and enhancing satisfaction. The supportive role of social networks and interpersonal relationships in the lives of women and their families is underscored by a variety of theories and models of social support, such as protective, direct, perceptual, hierarchical-compensatory, and resource-allocation approaches. These models imply that fertility behavior and related decisions can be influenced by the quality and quantity of social relationships and an individual's perception of received support. The objective of this investigation was to investigate the role of perceived social support among married women of reproductive age in Ahvaz, as well as actual fertility and its socio-demographic determinants.

Methodology

A quantitative, survey-based design was implemented in the investigation. Women aged 15–49 who resided in urban areas of Ahvaz comprised the target population. Municipal districts were divided into three clusters based on socio-economic characteristics, and districts and blocks within each cluster were randomly selected using a multistage cluster sampling method. Ultimately, 400 women who were eligible for participation were recruited. The data were collected using a structured questionnaire that consisted of three sections: actual fertility information, perceived social support, and socio-demographic characteristics. Cronbach's alpha and content validity methodologies were employed to verify the instrument's reliability and validity. The perceived social support construct exhibited a high level of internal consistency ($\alpha > 0.7$).

Findings

The results showed that the majority of women were between the ages of 27 and 36, and the majority were involved in homemaking. The majority of respondents belonged to the lower-middle class, and the maximum educational attainment was secondary education, followed by university-level education. This was revealed by their socio-economic status. Arabs were the most numerous ethnic community, followed by Lurs and Persians. The majority of women were Shia, and they lived in rental or mortgaged units that ranged from 60 to 207 square meters. Their households consisted of an average of four members. In terms of actual fecundity, the most prevalent option was to have two children, while perceived social support was evenly distributed among low, medium, and high levels, with the low category slightly elevated. The statistical analyses revealed that the actual fertility was significantly and positively correlated with the age of women, the age of their husbands, and the duration of their marriage. Conversely, it was negatively correlated with income and education. The findings of this study suggest that a higher number of children is associated with older age and a longer marital duration, whereas a decline in

fertility is associated with higher education and income. Furthermore, the actual fecundity of women was significantly positively correlated with their perceived social support; women who possessed stronger social networks and higher perceived support were more likely to have children. These results are consistent with previous research conducted in Iran and other countries, suggesting that fertility intentions and behaviors can be influenced by social support from family, spouse, acquaintances, and expanded networks.

Conclusion and Discussion

The significance of fortifying social support networks within families and communities to encourage fertility behavior is emphasized in the study. These results can be used by policymakers and demographic planners to develop effective programs that promote childbearing by increasing the quality of familial and social relationships and enhancing social support. It is particularly crucial to consider factors such as the enhancement of couples' social capital and perceived social support in light of the anticipated increase in the elderly population and the declining fertility in Khuzestan Province. The current study illustrates that social support not only enhances psychological satisfaction and reduces stress in women, but also significantly influences fertility intentions and behaviors, thereby promoting sustainable socio-economic development and population policies.



باروری واقعی و عوامل جمعیتی-اجتماعی مؤثر بر آن در میان

زنان شهر اهواز

سراج‌الدین محمودیانی^۱ | خدیجه رسولی‌نیا^۲ | مریم اعتمادی^۳

۱. نویسنده مسئول، دانشیار جمعیت‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. رایانامه:

serajmahmoudiani@gmail.com

۲. کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران، رایانامه:

janizadeh1373@gmail.com

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، رایانامه:

maryametemadi715@gmail.com

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

علمی-پژوهشی

در چند دهه اخیر، رفتار باروری و ارزش فرزند در میان جوانان ایران دچار تغییرات اساسی شده است و کاهش میزان باروری به زیر سطح جانشینی، نگرانی‌های جدی در زمینه ساختار جمعیتی و برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی کشور ایجاد کرده است. عوامل متعددی از جمله ویژگی‌های فردی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی بر تصمیمات باروری تأثیرگذار هستند. هدف این مطالعه بررسی باروری واقعی در زنان متأهل در سن باروری شهر اهواز و عوامل مرتبط با آن بود. این پژوهش از نوع کمی و پیمایشی بود و جامعه آماری آن شامل تمام زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن شهر اهواز بود. نمونه‌گیری با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای شامل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بود. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون‌های همبستگی، تفاوت میانگین و همچنین رگرسیون خطی تحلیل شدند. یافته‌های دو متغیره نشان داد که باروری واقعی زنان با سن، سن همسر و طول مدت ازدواج رابطه مثبت و معنی‌داری دارد، درحالی‌که با میزان تحصیلات و سطح درآمد رابطه منفی و معنی‌داری نشان داد. همچنین، حمایت اجتماعی ادراک‌شده با باروری واقعی زنان رابطه مثبت و معنی‌داری داشت. بنابراین می‌توان گفت که زنان دارای شبکه‌های اجتماعی قوی‌تر و حمایت اجتماعی بالاتر، باروری بالاتری را تجربه می‌کنند. نتایج این مطالعه بر اهمیت تقویت حمایت‌های اجتماعی و شبکه‌های حمایتی در خانواده و جامعه به منظور افزایش باروری تأکید دارد و می‌تواند به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان جمعیتی در تدوین برنامه‌های حمایتی مؤثر کمک کند.

کلیدواژه‌ها:

باروری،
تحصیلات،
حمایت اجتماعی
ادراک‌شده،
زنان،
قومیت.

استناد: محمودیانی، سراج‌الدین، رسولی‌نیا، خدیجه و اعتمادی، مریم (۱۴۰۴). باروری واقعی و عوامل جمعیتی-اجتماعی مؤثر بر

آن در میان زنان شهر اهواز. فصلنامه جمعیت، ۳۱ (۱۲۷)، ۶۳-۳۱.

© نویسندگان.

مقدمه

در چند دهه گذشته، نگرش جوانان در آستانه ازدواج به نقش، جایگاه و اهمیت فرزند و همچنین الگوهای باروری بسیار تغییر کرده است. هر زوج برداشت ویژه‌ای از مفهوم ارزشمندی فرزند دارد و همین تفاوت دیدگاه‌ها، به شکل‌گیری نوعی گسست یا فاصله نسلی در زمینه فرزندآوری منجر شده است. در سال‌های اخیر، کاهش باروری به زیر سطح جانشینی در ایران، همراه با روند روبه افزایش سالخوردگی و رکود سایر شاخص‌های جمعیتی چشم‌انداز جمعیتی آینده کشور را با چالش‌هایی جدی روبه‌رو کرده است. با وجود اینکه سیاست‌های جمعیتی در سال‌های اخیر به سمت تشویق به فرزندآوری بیشتر حرکت کرده‌اند، نتایج سرشماری ۱۳۹۵ نشان می‌دهد نرخ رشد جمعیت همچنان در مقایسه با سرشماری ۱۳۹۰ کاهش یافته است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). روند کاهش باروری در ایران از اواخر دهه ۱۳۶۰ آغاز شد و در دهه ۱۳۷۰ نیز ادامه یافت. این فرایند در نهایت موجب شد از سال ۱۳۷۹ به بعد، سطح باروری کشور به زیر حد جانشینی برسد و تا امروز نیز در همین وضعیت باقی بماند (قدرتی و احمدی، ۱۳۹۰). این دگرگونی‌های گسترده سبب شده است پژوهشگران و تصمیم‌سازان بیش از گذشته به موضوع جمعیت و چشم‌انداز آینده آن توجه کنند. کاهش باروری می‌تواند پیامدهای فراوانی در رشد جمعیت و نیز مسیر توسعه اقتصادی-اجتماعی و منابع انسانی و اجتماعی داشته باشد. کاهش تمایل به فرزندآوری در بیشتر استان‌های کشور، حتی در مناطقی با وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر، نشان‌دهنده نوعی هم‌گرایی در الگوهای باروری در ایران است. تداوم این روند، در آینده‌ای نه‌چندان دور، کشور را به سمت ساختار سنی سالخورده سوق خواهد داد؛ ساختاری که با نیازهایی چون ارائه خدمات تأمین اجتماعی، مراقبت‌های بهداشتی، رسیدگی به ناتوانی‌ها، حمایت‌های رفاهی و مسائل روانی-اجتماعی مرتبط با جمعیت سالمند و بازنشسته همراه خواهد بود (میرزایی، ۱۳۸۴). به همین دلیل ضروری است تغییرات در رفتار باروری واقعی میان زوج‌ها به‌منزله یکی از حوزه‌هایی باشد که تأثیرات آن بر تحولات باروری مورد توجه محققان اجتماعی قرار بگیرد.

فرایند تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری را می‌توان در دو سطح کلان و خرد بررسی کرد. در سطح کلان، موضوع به سیاست‌گذاری‌های دولتی و حکومتی مربوط می‌شود؛ برای مثال، تغییر راهبردها و سیاست‌های جمعیتی با هدف افزایش یا کاهش اندازه جمعیت. در سطح خرد نیز، زوجین در چارچوب زندگی مشترک خود درباره داشتن فرزند یا نداشتن آن تصمیم می‌گیرند؛ تصمیمی که از عواملی مانند نوع روابط آنان با خانواده، دوستان، آشنایان، سایر زوج‌ها و همچنین استانداردهای مرتبط با مراقبت و تربیت کودک تأثیر می‌پذیرد. رفتار باروری تا حد زیادی از قصد و تمایل افراد به داشتن فرزند ناشی می‌شود و این قصد یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده در

الگوی باروری است. گرچه فرزندآوری تصمیمی خصوصی درون خانواده است، تنها با ویژگی‌های فردی والدین شکل نمی‌گیرد، بلکه مجموعه‌ای از عوامل مستقیم و غیرمستقیم بر آن تأثیر می‌گذارند. از جمله این عوامل می‌توان به حمایت‌های عاطفی و رفتاری اطرافیان، ارزش‌ها و نگرش زوجین دربارهٔ فرزند، کیفیت تعاملات زناشویی، حمایت‌های دولتی، هنجارهای اجتماعی و نقش شبکه‌های اجتماعی اشاره کرد (دراهمی و کوشککی، ۱۴۰۰).

یکی از مهم‌ترین دگرگونی‌های اجتماعی چند دههٔ اخیر، که پیامدهای بسیاری در نیت و رفتار باروری زوجین داشته است، ادراک افراد از حمایت اجتماعی است. این موضوع، به‌ویژه برای زنان متأهل در سنین باروری تعیین‌کننده بوده است. کودا حمایت اجتماعی ادراک‌شده را مجموعه‌ای از اطلاعات و پیام‌ها می‌داند که احساساتی در فرد ایجاد می‌کند؛ مبنی بر اینکه مورد توجه، دوست‌داشتنی، ارزشمند و محترم است یا اینکه به شبکه‌ای از روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد (حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۵). برخی پژوهشگران حمایت اجتماعی ادراک‌شده را نتیجهٔ ارزیابی شناختی از میزان پیوند مطمئن فرد با دیگران می‌دانند. در این برداشت، فرد با طرح پرسش‌هایی در ذهن خود میزان این حمایت را می‌سنجد؛ پرسش‌هایی از این دست که آیا کسی در زندگی‌اش وجود دارد که هنگام نیاز بتواند به او تکیه کند، در دوران بیماری از وی مراقبت کند یا در شرایط دشوار از حمایت عاطفی دیگران برخوردار باشد؟ (لانسکی و بن‌سون، ۲۰۰۱). در ایران نتایج برخی مطالعات (آفرینی، اکبری و منتظری، ۱۳۹۷؛ دراهمی و کوشککی، ۱۴۰۰) دربارهٔ ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رفتار باروری حاکی از آن است که هرچه میزان حمایت دولت و نزدیکان از زوج‌ها بیشتر باشد، قصد فرزندآوری میان آن‌ها افزایش می‌یابد.

بررسی آمارهای رسمی سه دههٔ گذشته نشان می‌دهد تعداد تولدها در استان خوزستان حدود ۵۱ درصد کمتر شده است. متوسط رشد سالانهٔ جمعیت، که در سال ۱۳۷۵ حدود ۵/۸ درصد بود، در سال ۱۳۹۵ به ۳/۷ درصد کاهش یافته است؛ همچنین تعداد موالید استان از ۱۴۷۰۱۸۴ نوزاد در سال ۱۳۶۵ به ۹۷۰۱۳۲ نوزاد در سال ۱۳۹۸ رسیده است؛ رقمی که بیانگر افت ۵۱ درصدی طی ۳۳ سال است (سازمان ثبت‌احوال، ۱۴۰۰). افزون بر این، براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵، میزان باروری کل در خوزستان ۲/۱۶ فرزند به ازای هر زن بوده است؛ رقمی که از میانگین کشوری (۱/۶ فرزند)، که پایین‌تر از سطح جانشینی قرار دارد، بیشتر است، اما در مقایسه با میزان ثبت‌شده در سال ۱۳۹۰ (۲/۳۵ فرزند) کاهش یافته است. این مقدار همچنین از باروری سال

1. Cod

2. Lunskey and Benson

۱۳۸۵ (۲/۵۶) نیز کمتر است و در نتیجه روندی نزولی را در هر دوره سرشماری نشان می‌دهد. با توجه به این کاهش مستمر، مطالعه و تحلیل وضعیت باروری در استان خوزستان ضروری به نظر می‌رسد؛ از این رو، پژوهش حاضر به بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و باروری واقعی میان زنان متأهل در سن باروری ساکن شهر اهواز پرداخته است.

پیشینه پژوهش

عباسی، ملکی و بالاخانی (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند عوامل زیر تأثیر منفی بر تمایل و قصد باروری دارند: تحصیلات، سن ازدواج، تعداد فرزندان موجود، مشارکت اقتصادی و اجتماعی، فردگرایی، نگرش به اشتغال، استفاده از رسانه‌های خارجی و اینترنت، درمقابل، سن، سکونت در مناطق روستایی، درآمد، دینداری، حمایت اجتماعی، تعداد خواهر و برادر و کیفیت زندگی اثری مثبت بر قصد و تمایل به فرزندآوری دارند. دراهکی و کوشکی (۱۴۰۰) نیز در پژوهش خود نتیجه گرفتند حدود ۸۹ درصد زنانی که ۱ فرزند داشتند، قصد داشتن فرزند دوم را نیز ابراز کرده‌اند. تحلیل رگرسیون این مطالعه نشان می‌دهد افزایش حمایت ابزاری با افزایش احتمال قصد باروری زنان همراه است.

حسن‌پور دهکردی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود دریافتند حمایت اجتماعی با سن ازدواج همسران زنان نابارور رابطه مستقیم و معناداری دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش سن ازدواج، میزان حمایت اجتماعی همسران نیز افزایش می‌یابد. در این مطالعه، حمایت اجتماعی از بعد رضایت ارتباطی با سن زنان نابارور، سن همسران و همچنین سن ازدواج آن‌ها ارتباط معنادار ندارد، اما حمایت اجتماعی از بعد شبکه ارتباطی با سن ازدواج زنان نابارور، سن همسران و سن ازدواج همسران آنان رابطه معناداری دارد. علی‌پور (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود نشان داد اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و شبکه اجتماعی واقعی رابطه معناداری با تمایلات فرزندآوری دارند. به این ترتیب، با افزایش مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (اعتماد، حمایت و شبکه واقعی) تمایلات فرزندآوری نیز افزایش می‌یابد و کاهش سرمایه اجتماعی به کاهش تمایلات فرزندآوری منجر می‌شود.

ایرانی فرد، اکبری و منتظری (۱۳۹۸) پژوهشی مقطعی-تحلیلی با هدف بررسی میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان باردار آسیب‌پذیر و ارتباط آن با پیامدهای زیامانی انجام دادند. نتایج نشان می‌دهد بیشتر مادران حمایت اجتماعی مطلوب نداشته‌اند؛ همچنین بین حمایت اجتماعی خانواده و نمره کلی حمایت اجتماعی ادراک شده با سن حاملگی در زمان تولد نوزاد رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. امینی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند

استرس ناباروری در همسران مردان نابارور در حد متوسط است. حمایت اجتماعی نیز با همه زیرمقیاس‌های مرتبط با نگرانی اجتماعی جنسی، ارتباطات، نگرانی از سبک زندگی بدون فرزند، نیاز به والد شدن و نمره کل استرس ناباروری رابطه معکوس و معناداری دارد.

حاج علی، سید میرزایی و مهدوی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نتیجه گرفتند رابطه آماری معناداری بین متغیرهای مستقل دینداری، حمایت اجتماعی و تحصیلات و گرایش به باروری وجود دارد. صادقی و محسن‌آبادی (۱۳۹۶) نیز در پژوهش خود نتیجه گرفتند والدین زنان پاسخ‌گو نقش قابل توجهی در فشار و نفوذ بر فرزندآوری و همچنین حمایت و مراقبت از فرزندان ایفا می‌کنند. براساس نتایج تحلیل چندمتغیری این مطالعه، علاوه بر متغیرهای جمعیتی مانند سن، تحصیلات و درآمد، هنجارها و رفتارهای باروری افراد مهم در شبکه اجتماعی (مانند برادر، خواهر و دوستان) و همچنین حمایت خانوادگی تأثیر معناداری بر نیت و رفتارهای باروری زنان دارند.

سرائیان و سجادیان (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند در ابعاد ادراک حمایت اجتماعی از سوی خود فرد و خانواده، بین روش‌های مختلف بارداری تفاوت معناداری وجود دارد. براساس یافته‌ها، زنان باردار با روش کمک باروری سطح بالاتری از حمایت اجتماعی ادراک شده دارند؛ درحالی‌که زنان باردار به روش رحم جایگزین در مقایسه با دو گروه دیگر حمایت اجتماعی ادراک شده کمتری دارند. فرامرزی و پاشا (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند زنان بیشترین میزان دریافت حمایت اجتماعی در طول سه ماهه بارداری را از خانواده دریافت کرده‌اند. حدود یک‌سوم زنان در دوران بارداری با سطحی از استرس مواجه بوده‌اند و بیشترین تجربه ناخوشایند به سه ماهه سوم بارداری مربوط بوده است؛ علاوه بر این، حمایت اجتماعی با تجربه‌های خوشایند بارداری رابطه مثبت و معناداری دارد.

میلر^۱ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود دریافتند بین رفتار باروری زنانی که حمایت اجتماعی بیشتری در فیس‌بوک دریافت کرده‌اند (براساس تعداد لایک و کامنت) و زنانی که حمایت کمتری داشته‌اند، تفاوت زیادی وجود ندارد؛ با این حال، نرخ سقط جنین در زنانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، کمتر از زنانی بود که حمایت کمتری داشتند. گراهام^۲ و همکاران (۲۰۲۲) نیز در پژوهش خود دریافتند ارتباط گسترده‌تر زنان با شبکه‌های اجتماعی و روابط خانوادگی بر رفتار باروری آن‌ها تأثیر بیشتری می‌گذارد؛ علاوه بر این، تجربه پیشین زنان از حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دیگران نقش مهمی در شکل‌گیری رفتار باروری آن‌ها ایفا

1. Miller

2. Graham

کرده است.

لیم، لین و تویی^۱ (۲۰۲۱) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که بیشترین حمایت اجتماعی برای افراد نابارور ابتدا از خانواده و سپس از دوستان نزدیک حاصل می‌شود. در این مطالعه، حمایت اجتماعی خانوادگی تأثیر بسیاری بر استرس ناباروری زنان نداشت، اما دربارهٔ مردان، حمایت اجتماعی تأثیر معکوس بر استرس ناباروری نشان داد. شیور^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند حضور در کلیسا با حمایت اجتماعی و باروری رابطهٔ مثبت و معنادار دارد؛ همچنین شرکت زنان در مراسم مذهبی و کمک به هم‌دینان خود رابطهٔ مثبت و معناداری با حمایت شبکهٔ اجتماعی دارد. کمک به هم‌دینان نیز با افزایش اندازهٔ خانواده ارتباط معناداری نشان داده است؛ درحالی‌که رابطهٔ باروری با پشتیبانی شبکه‌های اجتماعی فرامذهبی مشاهده نشد. هانگ^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود دریافتند میانگین نمرهٔ قصد باروری در ۲۲۳ شرکت‌کننده در سطح متوسط قرار دارد، اما نمرهٔ نگرانی از وضعیت سلامتی و قصد باروری در سطح بالایی است؛ همچنین، حمایت ابزاری خانواده و دوستان رابطهٔ مثبت و معناداری با قصد باروری دارد. جوانی زنان در مقایسه با زنان مسن‌تر نیز رابطهٔ مثبت و معناداری با قصد باروری دارد. کلارک^۴ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود بررسی کردند که چگونه حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر تصمیم‌گیری زنان دربارهٔ باروری تأثیر می‌گذارد. آن‌ها نتیجه گرفتند زنانی که تحت حمایت اجتماعی دیگران قرار می‌گیرند و در ذهن خود احساس می‌کنند که مورد حمایت هستند، تمایل بیشتری به بارداری نشان می‌دهند و برای آن تصمیم‌گیری می‌کنند.

اسمیسن^۵ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند کنترل زنان بر بدن و تولیدمثل به‌عنوان تابو و «کسب‌وکار زنان» محدودیت‌های حمایت اجتماعی از سوی دیگران را بازتاب می‌دهد و هم‌زمان اهمیت تأیید انتخاب فردی به‌منزلهٔ تجربه‌ای معنادار را تقویت می‌کند. براساس این مطالعه، حمایت از تصمیم‌گیری باروری زنان در زمینهٔ گفتمان‌های ایدئولوژیک پیچیدگی تجربهٔ زیستهٔ زنان در زمینهٔ حمایت اجتماعی و تصمیم‌گیری باروری را نمایان می‌کند. مارتینز^۶ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود دریافتند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی شریک زندگی، خانواده و دوستان موجب کاهش استرس زنان در طول دورهٔ درمان

1. Lam, Linh and Thuy

2. Shaver

3. Huang

4. Clarke

5. Smissen

6. Martins

ناباروری می‌شود. در مردان نیز حمایت شریک زندگی با کاهش استرس مرتبط است، اما حمایت خانواده و دوستان تأثیر معناداری بر استرس مردان ندارد.

بودور، کوشار و کاراباچک^۱ (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند در زوج‌های نابارور، زنان علائم روانی بیشتری و سازگاری زناشویی کمتری در مقایسه با مردان دارند؛ اگرچه تفاوت معناداری با گروه کنترل مشاهده نشد؛ همچنین مشخص شد حمایت اجتماعی ادراک‌شده از خانواده تأثیر مثبت بر سازگاری زناشویی دارد. در این مطالعه، سطح حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مردان کمتر از زنان بود و این وضعیت با افزایش اضطراب در مردان ارتباط داشت. اناچی^۲ (۲۰۱۳) در نمونه‌ای از ۲۸ کشور اروپایی نشان داد مزایای نقدی مربوط به زایمان و فرزندپروری تأثیر مثبت اندکی بر نرخ خام زادوولد دارند و خدمات عمومی خانواده تأثیر قابل‌توجهی بر نرخ باروری ندارد. با کنترل تفاوت‌های مذهبی و فرهنگی کشورها اختلافات قابل‌توجهی در نرخ زادوولد مشاهده شد.

مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک‌شده با باروری رابطه دارد و این امر اهمیت پرداختن به این موضوع را در ایران، جایی که باروری کمتر از سطح جانشینی است، برجسته می‌کند؛ همچنین در مرور مطالعات، هیچ پژوهشی در زمینه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رفتار یا نیت باروری زنان در شهر اهواز یافت نشد که این موضوع خلأ پژوهشی در این حوزه را نشان می‌دهد. هرچند تحقیقات متعددی درباره حمایت اجتماعی و رفتار باروری انجام شده، تاکنون مطالعه‌ای منسجم در زمینه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رفتار و نیت باروری در شهرستان اهواز صورت نگرفته است.

مبانی نظری

مفهوم حمایت اجتماعی ادراک‌شده را نخستین بار کوب^۳ (۱۹۷۶) مطرح کرد. در تعریف کوب، حمایت اجتماعی ادراک‌شده نوعی آگاهی فرد از مراقبت و دوست داشته شدن توسط دیگران و احساس ارزشمندی، اعتبار و احترام از سوی آن‌هاست؛ همچنین، فرد خود را عضو شبکه‌ای از ارتباطات و تعهدات دوسویه می‌بیند (تمنای‌فر و منصوری، ۱۳۹۲). در تعریفی دیگر، حمایت اجتماعی یعنی تبادل منابع کمکی بین حداقل دو نفر که با قصد انجام می‌شود، شامل دو بعد گیرنده و دهنده حمایت است و به بهزیستی گیرنده کمک می‌کند (اسدالهی، ۱۳۹۳). بررا^۴

1. Bodur, Çoşar and Karabacak

2. Enache

3. Cobb

4. Berra and Cummins

(۱۹۸۶)، حمایت اجتماعی را در قالب دو مفهوم اصلی شامل دریافت حمایت و ادراک حمایت دسته‌بندی کرده است. دریافت حمایت میزان برخورداری فرد از حمایت هیجانی آشکار، مانند کمک و مساعدت عینی خانواده و دوستان است و با شمردن تعداد حامیان و میزان دریافت انواع حمایت اجتماعی اندازه‌گیری می‌شود. درمقابل، حمایت اجتماعی ادراک‌شده قابلیت دسترسی و کفایت حمایت از سوی دیگران همراه با رضایت‌مندی و دریافت حمایت اجتماعی توأم با عواطف مثبت برای فرد است (نقشینه، ۱۳۹۳).

سارسون (۱۹۸۹) معتقد است احساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده به انسان کمک می‌کند تصویر مثبتی از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایت‌مندی ایجاد کند و اضطرابش کاهش یابد؛ همچنین این نوع حمایت می‌تواند فرد را به خودشکوفایی و رشد شخصی نزدیک کند. احساس دوست داشته شدن و مراقبت از سوی دیگران موجب می‌شود فرد احساس حرمت و ارزشمندی کند و خود را بخشی مفید از شبکه اجتماعی بداند (شامکوییان و همکاران، ۱۳۹۳). توییت^۱ (۱۹۸۶) نیز بر این باور است که حمایت اجتماعی می‌تواند به افراد کمک کند تا فعالانه با فشار روانی مقابله کنند و اهمیت تلاش‌های خود در این زمینه را درک کنند (افضلی، ۱۳۸۷). با وجود تعاریف متنوع از حمایت اجتماعی، این مفهوم را می‌توان در قالب حمایت ابزاری، هیجانی، اطلاعاتی و ملموس دسته‌بندی کرد. حمایت اجتماعی اشکال مختلفی دارد که شامل این موارد است: حمایت ارزیابی: کمک به فرد برای فهم و مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا؛ حمایت مادی یا کالایی: ارائه منابع یا کمک‌های ملموس؛ حمایت اطلاعاتی: ارائه اطلاعات مرتبط در موقعیت‌های استرس‌زا و حمایت هیجانی: ایجاد احساس امنیت و دلگرمی در فرد هنگام مواجهه با فشار روانی (حنیفه‌زاد ماسوله، ۱۳۹۷).

پژوهشگران حوزه حمایت اجتماعی دسته‌بندی‌های متنوعی ارائه کرده‌اند. این دسته‌بندی‌ها اغلب به این پرسش پاسخ داده‌اند که حمایت اجتماعی به‌طور خاص چه چیزی را برای فرد فراهم می‌کند. در دسته‌بندی پنج‌گانه، سارافینو حمایت اجتماعی را شامل حمایت عاطفی، ارزش‌یابانه، ابزاری یا ملموس، اطلاعاتی و شبکه‌ای می‌داند. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت نیز حمایت اجتماعی را در چهار بعد عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزش‌یابانه تقسیم‌بندی کرده است. بسیاری از محققان حمایت اجتماعی را از دو بعد ساختاری و کارکردی بررسی می‌کنند:

۱. حمایت اجتماعی ساختاری: این نوع حمایت جنبه عینی دارد، بیشتر بر روابط اجتماعی و

جایگاه فرد در سازمان‌های رسمی متمرکز است و شامل نقش‌های فرد در سازمان‌ها و شبکه‌های اجتماعی رسمی می‌شود.

۲. حمایت اجتماعی کارکردی: این نوع حمایت جنبه کیفی دارد و شامل کارکردهایی مانند ارائه اطلاعات و حمایت ابزاری، احترام به فرد، صمیمیت در روابط، میزان دسترسی به حمایت و زمان دریافت آن می‌شود (صدیقی، ۱۳۹۴).

در تقسیم‌بندی دیگر، حمایت اجتماعی به دو نوع دسته‌بندی می‌شود:

۱. حمایت اجتماعی دریافت‌شده: این نوع حمایت شامل بعد رفتاری حمایت اجتماعی و مبتنی بر تعاملات بین فردی است.

۲. حمایت اجتماعی ادراک‌شده: این نوع حمایت شامل ادراک فرد از محبت و علاقه دیگران به خود، احساس ارزشمند بودن نزد دیگران و آگاهی فرد از افرادی است که به او توجه و در زمان نیاز کمک می‌کنند؛ به عبارت دیگر، در این نوع حمایت، فرد ارزیابی می‌کند که آیا روابط اجتماعی موجود برای او کافی و مناسب هستند یا خیر. ساراسون (۲۰۱۳) پنج بعد برای حمایت اجتماعی در نظر گرفته است:

۱. حمایت عاطفی: مهارت لازم برای کمک گرفتن از دیگران هنگام مواجهه با مشکلات؛

۲. حمایت شبکه اجتماعی: در دسترس بودن شبکه‌های اجتماعی برای عضویت و مشارکت

فرد؛

۳. حمایت خودارزشمندی: احساس ارزشمند بودن نزد دیگران و توانایی فرد برای مقابله با

دشواری‌ها؛

۵. حمایت ابزاری: دسترسی به منابع مالی و خدماتی برای مواجهه با مشکلات؛

۶. حمایت اطلاعاتی: دسترسی به اطلاعات لازم برای درک موقعیت و شرایط خود.

در یکی از دسته‌بندی‌های رایج حمایت اجتماعی، این مفهوم در سه بعد اصلی بررسی شده است:

۱. حمایت اجتماعی عاطفی: این نوع حمایت بر نیاز فرد به وجود شخصی مطمئن در موقعیت‌های دشوار تمرکز دارد. حمایت عاطفی اغلب غیرملموس است و به فرد احساس ارزشمندی، تعلق و محبت می‌دهد. در این نوع حمایت، فرد همدلی، مراقبت و توجه دیگران را دریافت می‌کند و هنگام مواجهه با مشکلات، به آرامش، اطمینان و آسایش دست می‌یابد.

۲. حمایت اجتماعی ابزاری: این حمایت شامل کمک‌های مادی و عینی دیگران به فرد برای انجام وظایف و مسئولیت‌های روزمره است. نمونه‌های آن شامل نگهداری از کودکان، تعهدات مالی، کمک در کارهای منزل، جابه‌جایی، حمل‌ونقل و رانندگی است. هدف از این نوع حمایت

تأمین نیازهای روزمره فرد از طریق ارائه کمک‌های ملموس است.

۳. حمایت اجتماعی اطلاعاتی: این نوع حمایت بر پایه تعاملات اجتماعی و تبادل اطلاعات شکل می‌گیرد و شامل ارائه مشاوره، راهنمایی، بازخورد و فرصت‌های یادگیری است. این حمایت به فرد کمک می‌کند عملکرد خود را با توجه به توصیه‌ها و اطلاعات دیگران بهبود دهد و نیازهای خود را از طریق دانش و راهنمایی دیگران برطرف کند (تمنایی فر و منصوری، ۱۳۹۲).

سه نظریه اصلی درباره حمایت اجتماعی مطرح شده است.

۱. نظریه اول حمایت اجتماعی به‌عنوان سپر یا عامل محافظ: در این دیدگاه، حمایت اجتماعی مانند سپر حفاظتی عمل می‌کند و پیامدهای منفی رویدادها را کاهش می‌دهد. وقتی افراد با رویدادهای منفی، حتی در حد خفیف، مواجه می‌شوند، پیامدهای این وقایع در هر دو گروه (کسانی که حمایت اجتماعی زیادی دارند و کسانی که حمایت کمی دریافت می‌کنند) مشاهده می‌شود؛ با این حال، در افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری دارند میزان ناراحتی و فشار روانی کمتر است؛ زیرا حمایت اجتماعی به‌نوعی آن‌ها را از تنش و اضطراب محافظت می‌کند.

نظریه دوم حمایت اجتماعی به‌منزله متغیر مستقل: در این نظریه، حمایت اجتماعی به‌عنوان عاملی مستقل در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند سبب بهبود اختلالات روانی، روحی و جسمی شود و نقش علت و معلول در کاهش ناهنجاری‌ها دارد.

نظریه سوم الگوی ادراکی حمایت اجتماعی: این رویکرد بر تفسیر و برداشت فرد از رفتارهای حمایتی دیگران تمرکز دارد و معتقد است ادراک شخص از حمایت اجتماعی دریافتی تأثیر مهمی بر سلامت روان و رفاه او دارد.

فرضیه سپری بر این مبناست که حمایت اجتماعی می‌تواند پیامدهای منفی رویدادها را کاهش دهد و افراد نیز هنگام مواجهه با این رویدادها، واکنش‌های فیزیولوژیک کمتری نشان دهند (فضائلی، ۱۳۹۵). اگر حمایت اجتماعی نباشد، این مدل نتایج استرس‌زا را در نظر نمی‌گیرد و در شرایطی که سطح استرس زیاد است، میزان آسیب و پریشانی روانی در مقایسه با وضعیتی که استرس زیاد، اما حمایت اجتماعی نیز وجود دارد افزایش می‌یابد (سیم^۱، ۲۰۰۰). کوهن و ویلز^۲ (۱۹۸۵) بر این باورند که شکل‌گیری عواطف مثبت، همکاری متقابل و ثبات خودارزشی از مهم‌ترین نتایج مثبت حمایت اجتماعی بر افرادند؛ بر اساس این دیدگاه، گروه‌های اجتماعی دارای سیستم‌های حمایتی فعال می‌توانند همانند سازوکارهای تعاملی در مواجهه با رویدادهای منفی عمل کنند. کوهن و ویلز معتقدند حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم و عمده مانند عاملی مثبت

1. Sim

2. Cohen and Wills

عمل است و از افراد در برابر خطرات محافظت می‌کند؛ همچنین طبق این فرضیه، افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند در مقایسه با افرادی که چنین حمایتی ندارند، از سطح سلامت بالاتری برخوردارند؛ همچنین با افزایش میزان حمایت اجتماعی سلامت افراد بهبود می‌یابد (باقری‌زاده کوری، ۱۳۹۹). قرارگیری فرد در شبکه‌های اجتماعی مانند خانواده، دوستان و همسایگان بستر مناسبی برای دریافت حمایت اجتماعی فراهم می‌کند و در نتیجه می‌تواند سلامت فرد را ارتقا دهد. یافته‌های پژوهشی در این زمینه نشان داده‌اند افرادی که عضوی از شبکه‌های حمایتی هستند، سلامت روانی بیشتر و میزان افسردگی کمتری از افرادی دارند که چنین شبکه‌هایی را ندارند (امامدادی، ۱۳۹۵).

براساس نظریه پل و برمن^۱ (۱۹۸۵) افراد حمایت اجتماعی ادراک شده خود را براساس بازنگری در تعاملات و نتایج گذشته ارزیابی می‌کنند. اطلاعات مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق تجربه‌های پیشین جمع‌آوری می‌شود و تفسیر ذهنی فرد از پیامدها و تجربه‌های گذشته نقش مهمی در درک فعلی او از حمایت اجتماعی دارد. اگر ارزیابی‌های فرد نشان دهد که تعاملات با منابع حمایتی مثبت بوده‌اند این امر به کاهش فشار و تنیدگی روانی منجر می‌شود. براساس الگوی تخصیص منابع، هر نوع رابطه اجتماعی شکل مشخصی از حمایت را فراهم می‌کند. شبکه‌های حمایتی نیز با توجه به نوع روابطی که افراد در آن قرار دارند، انواع متفاوتی از حمایت‌ها را ارائه می‌دهند (غفاری، ۱۳۸۶). این الگو در تقابل با الگوی سلسله‌مراتبی-جبرانی قرار دارد که بر پیوندهای خالص و اولیه در شکل‌گیری حمایت تأکید دارد. در الگوی تخصیص منابع، نوع و ویژگی‌های رابطه تعیین می‌کند چه کسی ممکن است بیشتر حمایت کند؛ برای مثال، رابطه همسری معمولاً شامل ارائه خدمات خانگی است و رابطه دوستی بیشتر با هم‌نشینی و مصاحبت همراه است (نسائیان، ۱۳۹۹). اصل این الگو بر پایه توافقاتی حاصل شده در طول زمان و موقعیت‌هاست (مهدیان، ۱۳۸۵). در این دیدگاه، تفاوت‌های اساسی میان افراد حمایت‌کننده وجود دارد و هر رابطه می‌تواند کارکردهای خاص حمایتی داشته باشد؛ باین‌حال، هر کارکرد حتماً به رابطه‌ای خاص محدود نمی‌شود. پیوندها می‌توانند با توجه به توافقی که افراد با یکدیگر دارند نوعی حمایت خاص یا طیف وسیعی از حمایت‌ها را فراهم کنند؛ برای مثال، دوستان و همکاران ممکن است روابطی داشته باشند که کارکردهای دوستی و همراهی را شامل شود، اما براساس الگوی تخصیص کارکردی، دامنه حمایتی این روابط می‌تواند گسترده‌تر باشد. براساس نظریه کاترنا و روسل^۲ (۱۹۹۰) این الگو دیدگاهی تکامل‌یافته از روابط حمایتی ارائه

1. Paul and Berman

2. Cutrona and Russell

می‌دهد که انعطاف بیشتری از مدل‌های تخصیص وظیفه و سلسله‌مراتبی-جبرانی دارد و امکان حمایت متنوع و منعطف را فراهم می‌کند.

براساس الگوی کاترونا^۱ و همکاران (۱۹۹۰) نوع و دامنه استرس تجربه‌شده تعیین می‌کند که حمایت مورد نیاز فرد چه ویژگی‌هایی داشته باشد؛ زیرا هر نوع استرس نیازمند نوع خاصی از حمایت است. کاترونا استرس را براساس قابلیت کنترل آن به دو دسته تقسیم می‌کند: ۱. استرس قابل کنترل: موقعیت‌هایی که فرد می‌تواند با انجام دادن عملی یا اقدامی منبع استرس را کاهش دهد و حذف یا مدیریت کند و ۲. استرس غیرقابل کنترل: موقعیت‌هایی که فرد توانایی کاهش یا حذف منبع استرس را ندارد.

این پژوهشگران سه نوع حمایت مناسب را معرفی کرده‌اند: ۱. حمایت تسهیل‌کننده: مناسب برای موقعیت‌هایی با استرس قابل کنترل و شامل حمایت‌های ابزاری و اطلاعاتی؛ ۲. حمایت تشویق‌کننده: مناسب برای استرس‌های غیرقابل کنترل و شامل حمایت‌های عاطفی و شبکه‌ای. در این میان، الگوی کمبود هم مشاهده می‌شود که به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و تنهایی می‌پردازد و تأکید می‌کند که این ارتباط براساس کمبود شخصی فرد ارزیابی می‌شود (حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۵).

سه دیدگاه اصلی درباره حمایت اجتماعی مطرح شده است:

۱. دیدگاه اجتماعی: طبق این دیدگاه، فردی که احساس می‌کند حمایت اجتماعی کافی ندارد ممکن است رفتارهای غیرانطباقی از خود نشان دهد. این رفتار مشکل شخصی تلقی نمی‌شود، بلکه کاستی در ساختار نظام حمایت اجتماعی به‌شمار می‌آید. این نظام شامل افراد نزدیک مانند همسر، والدین، خواهران و برادران، دوستان و وابستگان و نیز افراد دورتر مانند معلمان، همکاران، روحانیان و دیگران و همچنین سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی و دولتی است.

۲. دیدگاه پدیدارشناختی: مازلو در روان‌شناسی با تمرکز بر امنیت اجتماعی و حمایت اجتماعی این نظریه را توسعه داده است. به اعتقاد وی، نیازهای انسان براساس اصول خاصی شکل می‌گیرند که در حیوانات دیده نمی‌شوند و این نیازها مطابق غرایز انسانی توسعه می‌یابند. مازلو این نیازها را در سلسله‌مراتبی پنج‌گانه قرار داده است: نیازهای فیزیولوژیک، نیاز به امنیت و اطمینان، نیازهای اجتماعی یا احساس تعلق به دیگران، نیاز به احترام و صیانت ذات و نیازهای خودشکوفایی و تحقق خویشتن (انسرودی و همکاران، ۱۳۹۲). این نظریه همچنین مطرح می‌کند که افراد از طریق حمایت اجتماعی می‌توانند نیاز به تعلق به دیگران، نیاز به احترام و نیاز

به خودشکوفایی را تأمین کنند.

۳. دیدگاه شناختی: براساس این دیدگاه، تنیدگی فرد بر نحوه ادراک خود و محیط اطرافش تأثیر می‌گذارد. این نظریه بر دو راهبرد اصلی برای کاهش نتایج تنیدگی تأکید دارد: راهبرد مشکل‌مدار: تمرکز بر شناسایی و حل مسائل و موانع ایجادکننده تنش و راهبرد هیجان‌مدار: تمرکز بر مدیریت واکنش‌های هیجانی و کاهش فشار روانی. این دو راهبرد تنها در چارچوب تعامل و کنش‌های حمایتی اجتماعی تحقق می‌یابند و حمایت اجتماعی نقش کلیدی در بهره‌گیری از آن‌ها دارد (صفاری‌نیا، ۱۳۹۴).

روش تحقیق

رویکرد مطالعه حاضر کمی است و در این مطالعه از روش پیمایش استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال شهر اهواز تشکیل دادند که در سن باروری بودند. براساس سرشماری ۱۳۹۵ جمعیت زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله ساکن نقاط شهری شهرستان اهواز ۲۳۳٬۰۶۲ نفر بوده. در این پژوهش، از پرسشنامه‌ای استفاده شده است که شامل سه بخش اصلی برای گردآوری داده‌هاست. در بخش اول پرسشنامه، به متغیرهای اقتصادی و اجتماعی، در بخش دوم به سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده (بشارت، ۱۳۹۸) و در بخش سوم به سنجش رفتار باروری پرداخته شده است. برای نمونه‌گیری از روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. برای این منظور، ابتدا ۸ منطقه شهرداری شهر اهواز، برحسب ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی، به سه خوشه تقسیم شدند و در گام بعدی از هر خوشه ۱ منطقه به‌طور تصادفی انتخاب شد. در گام بعد نیز با مراجعه به نقشه‌های آن منطقه تعدادی از بلوک‌های آن منطقه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. درنهایت با مراجعه به خانوارهای ساکن در بلوک‌های منتخب گردآوری داده‌ها از زنان واجد شرایط صورت گرفت. تعداد نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۴۰۰ نفر بوده است. در این پژوهش، برای تعیین اعتبار از تکنیک اعتبار صوری استفاده شده است. پرسشنامه را نیز استادان مختلف ارزیابی و تأیید کردند. برای سنجش میزان پایایی متغیرهای اصلی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که همسانی درونی یا ثبات درونی داده‌ها را نشان داد و مقدار آن برای سازه حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیش از ۰/۷ به‌دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اقتصادی-اجتماعی زنان مورد مطالعه را نشان می‌دهد. براساس یافته‌ها، بیشترین سهم سنی به گروه ۲۷ تا ۳۶ سال با ۶۱/۲ درصد و کمترین سهم به

گروه ۴۶ سال و بیشتر مربوط است. در میان زنان، خانه‌داران با ۶۶/۰ درصد بیشترین فراوانی را داشته‌اند. از نظر تعلق طبقاتی نیز عمده پاسخ‌گویان خود را در طبقه متوسط رو به پایین (۳۵/۵ درصد) طبقه‌بندی کرده‌اند. درباره ویژگی‌های همسر نیز بیشترین سهم سنی به گروه ۳۳ تا ۴۱ سال با ۵۵/۹ درصد مربوط است. حدود ۸۳ درصد همسران نیز شغل دارند. از نظر سطح تحصیلات زنان، گروه دارای تحصیلات متوسطه با ۴۴/۸ درصد بیشترین فراوانی را تشکیل داده‌اند و پس از آن تحصیلات دانشگاهی قرار دارد. الگوی مشابهی میان همسران نیز مشاهده می‌شود؛ به‌طوری‌که بیشترین فراوانی به تحصیلات متوسطه مربوط است. از نظر قومیت، عرب‌ها با ۵۲/۲ درصد بیشترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند و پس از آن لر‌ها و فارس‌ها قرار دارند؛ همچنین حدود ۹۴ درصد زنان شیعه بوده‌اند. در زمینه وضعیت اقتصادی نیز بیشتر خانوارها در منازل اجاره‌ای یا رهنی زندگی می‌کنند و بیش از ۹۲ درصد واحدهای مسکونی مساحتی بین ۶۰ تا ۲۰۷ مترمربع داشته‌اند؛ همچنین بیشتر خانواده‌ها ۴ نفره بوده‌اند (۵۳/۸ درصد). در زمینه متغیرهای مرتبط با باروری، باروری واقعی دو فرزند با ۵۶/۵ درصد بیشترین فراوانی را دارد و پس از آن یک فرزند و سه فرزند قرار دارند. درباره حمایت اجتماعی ادراک‌شده، توزیع افراد در سه سطح کم، متوسط و زیاد متعادل بوده، اما سهم گروه کم اندکی بیشتر است (۴۶/۵ درصد).

جدول ۱. توزیع نمونه برحسب متغیرهای تحقیق

سن	فراوانی	درصد	وضعیت فعالیت	فراوانی	درصد	تعلق طبقاتی	فراوانی	درصد
۱۷-۲۶	۶۸	۱۷/۰	شاغل	۱۱۸	۲۹/۵	بالا	۳	۰/۸
۲۷-۳۶	۲۴۵	۶۱/۲	خانه‌دار	۲۶۴	۶۶/۰	متوسط رو به بالا	۴۱	۱۰/۲
۳۷-۴۵	۷۱	۱۷/۸	بازنشسته	۱۸	۴/۵	متوسط	۹۳	۲۳/۲
۴۶ و بالاتر	۱۶	۴/۰	وضعیت فعالیت همسر	فراوانی	درصد	متوسط رو به پایین	۱۴۲	۳۵/۵
سن همسر	فراوانی	درصد معتبر	شاغل	۳۳۱	۸۲/۸	پایین	۱۲۱	۳۰/۲
۲۴-۳۲	۸۸	۲۲/۲	بیکار/جویای کار	۴۰	۱۰/۰	نوع مالکیت منزل	فراوانی	درصد
۳۳-۴۱	۲۲۲	۵۵/۹	بازنشسته	۲۶	۶/۵	شخصی	۱۷۷	۴۴/۲
۴۲-۵۰	۶۷	۱۶/۹	اظهاری نشده	۳	۰/۸	اجاره‌ای یا رهن	۲۰۰	۵۰/۰
۵۱ و بالاتر	۲۰	۵/۰	درآمد (میلیون تومان)	فراوانی	درصد معتبر	در برابر خدمت	۱۸	۴/۵
اظهاری نشده	۳	-	کمتر از ۱۰	۵۸	۱۵/۰	سایر	۵	۱/۲
سال‌های ازدواج	فراوانی	درصد	۱۱ تا ۱۵	۱۶۰	۴۱/۵	نوع منزل مسکونی	فراوانی	درصد
۲ تا ۱۰ سال	۲۷۰	۶۷/۵	۱۶ تا ۲۰	۹۸	۲۵/۴	آپارتمان	۲۵۴	۶۳/۵
۱۱ تا ۲۰ سال	۱۰۸	۲۷/۰	بالاتر از ۲۰	۷۰	۱۸/۱	غیر آپارتمان	۱۳۹	۳۴/۸
۲۱ تا ۳۰ سال	۲۲	۵/۵	اظهاری نشده	۱۴	-	سایر	۷	۱/۸

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد	قومیت	فراوانی	درصد	مساحت منزل	فراوانی	درصد معتبر
بی سواد	۲	۰/۵	فارس	۴۶	۱۱/۵	۶۰ متر تا ۲۰۷ متر	۲۵۵	۹۲/۴
ابتدایی	۸	۲/۰	کرد	۲۰	۵/۰	۲۰۸ متر تا ۳۵۵ متر	۳۶	۶/۸
راهنمایی	۹۴	۲۳/۵	لر	۱۰۰	۲۵/۰	۳۵۶ متر تا ۵۰۰ متر	۳	۰/۸
متوسطه	۱۷۹	۴۴/۸	عرب	۳۰۹	۵۲/۲	اظهاری نشده	۱۶	-
دانشگاهی	۱۱۷	۲۹/۲	ترک	۲۲	۵/۵	تعداد اعضای خانواده	فراوانی	درصد
سطح تحصیلات همسر	فراوانی	درصد معتبر	سایر	۳	۰/۸	۲	۸	۲/۰
بی سواد	۸	۲/۰	مذهب	فراوانی	درصد	۳	۸۷	۲۱/۸
ابتدایی	۲۹	۷/۳	شیعه	۳۷۵	۹۳/۸	۴	۲۱۵	۵۲/۸
راهنمایی	۹۹	۲۴/۹	سنی	۱۶	۴/۰	۵	۶۱	۱۵/۲
متوسطه	۱۶۰	۴۰/۳	سایر	۹	۲/۲	۶	۱۹	۴/۸
دانشگاهی	۱۰۱	۲۵/۴	حمایت اجتماعی ادراک شده	فراوانی	درصد	۷	۱۰	۲/۵
اظهاری نشده	۳	-	کم	۱۸۶	۴۶/۵	باروری واقعی	فراوانی	درصد
			متوسط	۳۳	۸/۲	۰	۸	۲/۰
			زیاد	۱۸۱	۴۵/۲	۱	۷۰	۱۷/۵
						۲	۲۲۶	۵۶/۵
						۳	۵۷	۱۴/۲
						۴ و بالاتر	۳۹	۹/۸

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد میان باروری واقعی و سن زن، سن همسر و همچنین سال‌های ازدواج رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش سن و افزایش مدت‌زمان سپری‌شده از ازدواج میزان باروری نیز بیشتر می‌شود. درمقابل، میان تحصیلات زن و همسر او با باروری، رابطه‌ای منفی و معنادار مشاهده می‌شود؛ به بیان دیگر، افزایش سطح تحصیلات زنان و همسرانشان با کاهش میزان باروری واقعی همراه است. میزان درآمد خانوار نیز رابطه منفی و معناداری با باروری دارد که نشان می‌دهد افزایش درآمد با کاهش باروری واقعی مرتبط است؛ همچنین نتایج نشان می‌دهند میان مساحت زیربنای منزل مسکونی و باروری رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد؛ یعنی خانوارهایی که در منازل با زیربنای بیشتر زندگی می‌کنند باروری بیشتری دارند. درنهایت، حمایت اجتماعی ادراک شده نیز رابطه مثبت و معناداری با باروری دارد؛ به بیان دیگر زنانی که حمایت اجتماعی بیشتری احساس می‌کنند، سطوح بالاتری از باروری را گزارش کرده‌اند.

جدول ۲. همبستگی باروری واقعی با برخی متغیرهای تحقیق

سن	
سطح معناداری	۰/۰۰۰
مقدار همبستگی	۰/۷۳۸
سن همسر	
سطح معناداری	۰/۰۰۰
مقدار همبستگی	۰/۷۵۷
سال‌های ازدواج	
سطح معناداری	۰/۰۰۰
مقدار همبستگی	۰/۷۴۶
تحصیلات	
سطح معناداری	۰/۰۰۰
مقدار همبستگی	-۰/۴۹۱
تحصیلات همسر	
سطح معناداری	۰/۰۰۰
مقدار همبستگی	-۰/۵۳۰
میزان درآمد	
سطح معناداری	۰/۰۰۱
ضریب همبستگی	-۰/۱۷۳
مساحت زیربنای منزل مسکونی	
سطح معناداری	۰/۰۰۰
ضریب همبستگی	۰/۸۵۳
حمایت اجتماعی ادراک شده	
سطح معناداری	۰/۰۰۰
ضریب همبستگی	۰/۲۵۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین باروری در زنانی که وضعیت‌های مختلف شغلی دارند تفاوت معناداری دارد. زنان شاغل کمترین میزان باروری و زنان بازنشسته بیشترین میزان باروری را گزارش کرده‌اند؛ همچنین میانگین باروری براساس وضعیت اشتغال همسر متفاوت و از نظر آماری معنادار است؛ به این صورت که همسران بازنشسته بیشترین میزان باروری و همسران بیکار جویای کار کمترین میزان باروری را داشته‌اند. براساس یافته‌ها، میانگین باروری در گروه‌های مختلف قومی تفاوت معناداری ندارد و میزان باروری میان قومیت‌های مختلف تا حدودی مشابه است. همین الگو دربارهٔ مذهب نیز مشاهده می‌شود؛ به طوری که تفاوت میانگین

باروری میان گروه‌های مذهبی مختلف از نظر آماری معنادار نیست. نتایج مربوط با تعلق طبقاتی نیز نشان می‌دهد تفاوت میانگین باروری میان طبقات اجتماعی مختلف معنادار نیست و الگوی مشخصی از افزایش یا کاهش باروری براساس طبقه اجتماعی مشاهده نمی‌شود. برخلاف برخی متغیرهای قبلی، نوع مالکیت منزل رابطه معناداری با میانگین باروری دارد. زنان ساکن در منازل شخصی میانگین باروری بیشتری؛ درمقابل زنانی که در خانه‌های اجاره‌ای یا سایر خانه‌ها سکونت زندگی می‌کنند، باروری کمتری دارند. درنهایت، نوع واحد مسکونی نیز با میانگین باروری تفاوت معنادار دارد؛ به‌طوری‌که زنان ساکن در واحدهای غیر آپارتمانی میانگین باروری بیشتری از ساکنان آپارتمان‌ها دارند.

جدول ۳. تفاوت میانگین باروری واقعی برحسب برخی متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	میانگین باروری واقعی
وضعیت اشتغال	
F = 32.1 (0.000)	شاغل ۱/۷۷
	خانه‌دار ۲/۲۵
	بازنشسته ۳/۶۱
وضعیت اشتغال همسر	
F = 89.3 (0.000)	شاغل ۲/۰۶
	بیکار جویای کار ۱/۶۰
	بازنشسته ۴/۱۹
قومیت	
F = 0.611 (0.6)	فارس ۲/۱۳
	کرد ۲/۱۵
	لر ۲/۱۳
	عرب ۲/۲۲
	ترک ۲/۰۹
	سایر ۱/۳۳
مذهب	
F = 0.692 (0.5)	شیعه ۲/۱۶
	سنی ۲/۲۵
	سایر ۲/۵۵
تعلق طبقاتی	
F = 1.390 (0.2)	بالا ۲/۰۰

متغیر	میانگین باروری واقعی		
متوسط رو به بالا	۱/۸۷	F = 8.79 (0.000)	
متوسط	۲/۱۹		
متوسط رو به پایین	۲/۲۸		
پایین	۲/۱۳		
نوع مالکیت منزل			F = 8.79 (0.000)
شخصی	۲/۴۵		
اجاره‌ای رهنی	۱/۹۷		
در برابر خدمت	۱/۷۷		
سایر	۱/۸۰		
نوع واحد مسکونی			F = 42.51 (0.000)
آپارتمان	۱/۸۵		
غیر آپارتمان	۲/۷۶		
سایر	۲/۰۰		

نتایج رگرسیون در جدول ۴ نشان می‌دهد سن پاسخ‌گو تأثیر معناداری بر باروری ندارد؛ درحالی‌که سن همسر اثر معنادار و مثبتی بر باروری دارد؛ به این معنا که با افزایش سن همسر احتمال افزایش باروری بیشتر می‌شود. متغیر مدت‌زمان ازدواج یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های باروری است و اثر مثبت و معناداری دارد؛ یعنی با افزایش سال‌های سپری‌شده از ازدواج باروری افزایش می‌یابد. نتایج مرتبط با تحصیلات زنان (با مرجع تحصیلات دانشگاهی) نشان می‌دهد باروری زنان با تحصیلات متوسطه به‌طور معناداری کمتر از زنان با تحصیلات دانشگاهی است. براساس بررسی قومیت‌ها (با مرجع سایر گروه‌های قومی) نیز تنها قومیت عرب اثر مثبت و معناداری بر باروری دارد؛ یعنی باروری این قوم به‌طور معناداری بیشتر از زنان فارس است. دو متغیر مهم دیگر، یعنی مساحت منزل و حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیر مثبت و کاملاً معناداری بر باروری دارند. این نتایج نشان می‌دهد هم بزرگ‌تر بودن فضای مسکونی و هم حمایت اجتماعی بیشتر با افزایش باروری واقعی همراه است. درمجموع، مقدار ضریب تعیین تعدیل شده نشان می‌دهد متغیرهای مدل توانسته‌اند ۱۴ درصد از تغییرات باروری واقعی را توضیح دهند؛ هرچند بخش زیادی از واریانس باروری همچنان از عوامل دیگری تأثیر می‌پذیرد که در این مدل لحاظ نشده‌اند.

جدول ۴. ضرایب رگرسیونی تأثیر متغیرهای مستقل بر باروری واقعی زنان در شهر اهواز

متغیر	B	Beta	T	Sig
سن	-۰/۰۵۶	-۰/۰۴۵	-۱/۳۳	۰/۳
سن همسر	۰/۰۹۰	-۰/۱۲۳	-۱/۱۸۱	۰/۰۲
مدت ازدواج	۰/۱۷۶	۰/۳۲۸	۳/۰۲	۰/۰۰۴
تحصیلات پاسخگو (گروه مرجع: دانشگاهی)				
بی سواد	۰/۰۷۳	۰/۱۰۹	۰/۷۰۷	۰/۴۸
ابتدایی	-۰/۱۹۴	-۰/۲۵۰	-۲/۴۲۳	۰/۳۴
راهنمایی	-۰/۱۴۲	-۰/۲۵۷	-۱/۰۵۵	۰/۰۷۱
متوسطه	-۰/۱۰۹	-۰/۳۷۱	-۱/۱۱۸	۰/۰۰۱
تحصیلات همسر پاسخگو (گروه مرجع: دانشگاهی)				
بی سواد	۰/۰۱۱	۰/۰۲۱	۰/۳۴۸	۰/۷۲
ابتدایی	۰/۰۸۳	۰/۰۲۸	۰/۳۲	۰/۷۴
راهنمایی	۰/۱۵۷	۰/۱۸۹	۰/۷۲۱	۰/۳۴
متوسطه	-۰/۰۸۰	-۰/۱۶۰	۰/۴۳۲	۰/۴۲
شغل پاسخگو (گروه مرجع: بازنشسته)				
شاغل	۰/۰۹۰	۰/۰۸۱	۰/۴۷۷	۰/۳۹
خانه دار	۰/۰۷۰	۰/۰۴۹	۰/۳۲۲	۰/۲۲
شغل همسر (گروه مرجع: بازنشسته)				
شاغل	۰/۱۲۰	۰/۱۲۴	۱/۲۴	۰/۰۸
بیکار در جستجوی کار	-۰/۰۳۱	-۰/۰۹۱	-۲/۲۵۴	۰/۲۲
درآمد	-۰/۰۱۷	-۰/۳۷۸	-۰/۲۴۵	۰/۵۱
قومیت (گروه مرجع: سایر اقوام)				
فارس	-۰/۰۹۳	-۰/۸۱۲	-۲/۴۷۶	۰/۰۷۷
کرد	۰/۰۱۲	۰/۱۲۴	۰/۳۲۲	۰/۲۱
لر	-۰/۰۶۸	-۰/۳۶۲	-۰/۳۲۲	۰/۳۱
عرب	۰/۴۳۳	۰/۱۶۸	۲/۲۲۲	۰/۰۰۳
ترک	-۰/۰۱۳	-۰/۱۲۲	۰/۲۶۲	۰/۵۲
مذهب (گروه مرجع: سایر مذاهب)				
شیعه	۰/۱۲۲	۰/۲۶۸	۳/۰۲۳	۰/۲۳
سنی	۰/۰۱۴	۰/۱۲۸	۰/۴۳۳	۰/۱۳
تعلق طبقاتی (گروه مرجع: پایین)				
بالا	-۰/۰۰۸	-۰/۰۱۶	-۰/۴۸۱	۰/۲۳
متوسط رو به بالا	-۰/۰۱۳	-۰/۱۷۰	-۰/۲۴۱	۰/۴۱
متوسط	۰/۰۴۳	۰/۱۶۹	۰/۳۴۴	۰/۲۱

متغیر	B	Beta	T	Sig
متوسط رو به پایین	۰/۱۲۳	۰/۰۶۷	۰/۷۳۵	۰/۴
نوع مالکیت منزل (گروه مرجع: سایر)				
شخصی	۰/۱۹۸	۰/۳۶۲	۰/۲۱۱	۰/۰۷
اجاره‌ای/رهنی	-۰/۰۷۱	-۰/۰۴۹	-۰/۲۶۶	۰/۴۰
دربرابر خدمت	-۰/۰۴۳	-۰/۱۶۰	-۰/۱۲۱	۰/۱۱
نوع منزل مسکونی (سایر)				
آپارتمان	-۰/۰۵۲	-۰/۱۲۶	-۰/۲۴۰	۰/۶۱
غیرآپارتمان	۰/۰۱۸	۰/۳۲۲	۱/۱۳۱	۰/۰۸
مساحت منزل	۰/۲۶۰	۰/۶۸۰	۲/۴۵۱	۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۴۳۰	۰/۲۸۴	۳/۶۲۰	۰/۰۰۲
ضریب تعیین تعدیل شده	۰/۱۴۱			

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و باروری واقعی در زنان متأهل شهر اهواز انجام شد. موضوع باروری واقعی یکی از شاخص‌های مهم جمعیتی و اقتصادی محسوب می‌شود که در سیاست‌گذاری اجتماعی و جمعیتی بسیار مهم است؛ زیرا کاهش یا افزایش باروری ارتباط مستقیمی با ساختار جمعیتی، نیروی کار و برنامه‌ریزی‌های کلان اجتماعی دارد. از سوی دیگر، ادراک حمایت اجتماعی به منزله عاملی روان‌شناختی و اجتماعی می‌تواند تأثیر فراوانی بر تصمیم‌ها و رفتارهای باروری زنان داشته باشد. در این مطالعه، از تکنیک پیمایش استفاده شد و نمونه شامل زنان متأهل در سنین باروری شهر اهواز بود. اطلاعات مربوط به باروری واقعی، حمایت اجتماعی ادراک شده و متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، تحصیلات، قومیت، مدت ازدواج و شغل جمع‌آوری شد و تحلیل آماری با استفاده از روابط دومتغیره و نیز مدل رگرسیون خطی صورت گرفت.

یافته‌ها نشان می‌دهد میان باروری واقعی و سن زن، سن همسر و همچنین سال‌های ازدواج، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ یعنی با افزایش سن و افزایش مدت‌زمان سپری‌شده از ازدواج میزان باروری نیز بیشتر می‌شود. درمقابل، میان تحصیلات زن و همسر او با باروری رابطه‌ای منفی و معنادار وجود دارد؛ به بیان دیگر، افزایش سطح تحصیلات زنان و همسرانشان با کاهش میزان باروری واقعی همراه بود؛ علاوه‌براین، میزان درآمد خانوار رابطه منفی و معنادار با باروری داشت که نشان می‌دهد افزایش درآمد با کاهش باروری واقعی مرتبط است. براساس نتایج مطالعه حاضر میان مساحت زیربنای منزل مسکونی و باروری رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود

دارد؛ یعنی خانوارهایی که در منازل با زیربنای بیشتر زندگی می‌کنند، باروری بالاتری دارند. درنهایت، حمایت اجتماعی ادراک‌شده نیز رابطه مثبت و معناداری با باروری دارد؛ یعنی زنانی که حمایت اجتماعی بیشتری احساس می‌کنند، سطوح بالاتری از باروری را گزارش کرده‌اند. این یافته با مطالعات پیشین (دراهمی و کوشککی، ۱۴۰۰؛ علی‌پور، ۱۳۹۹) مطابقت دارد که نشان دادند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و عملی خانواده و شبکه‌های اجتماعی می‌توانند انگیزه زنان را برای فرزندآوری افزایش دهند. از دیدگاه نظری، حمایت اجتماعی سبب کاهش اضطراب و استرس‌های مرتبط با فرزندپروری، افزایش احساس امنیت روانی و ارتقای تاب‌آوری در مقابله با فشارهای اقتصادی و اجتماعی می‌شود.

یافته‌ها نشان می‌دهند سن زن و همسر رابطه مثبتی با باروری واقعی دارد. این نتیجه با برخی پژوهش‌های قبلی (حسن‌پور دهکردی و همکاران، ۱۳۹۹) مطابقت دارد که بیان می‌کنند افزایش سن ازدواج همراه با تجربه و پختگی بیشتر در زندگی زناشویی می‌تواند باروری واقعی را افزایش دهد. سن بیشتر همسر نیز با افزایش حمایت عاطفی و اقتصادی همراه است و این موضوع احتمال تصمیم‌گیری برای فرزندآوری را بیشتر می‌کند. نتایج نشان می‌دهد تحصیلات بالاتر با کاهش باروری واقعی مرتبط است. این یافته با مطالعات قبلی (عباسی و همکاران، ۱۴۰۱؛ صادقی و محسن‌آبادی، ۱۳۹۶) مطابقت دارد. زنان تحصیل کرده بیشتر بر اهداف شغلی و حرفه‌ای تمرکز می‌کنند و به تأخیر در فرزندآوری و کاهش تعداد فرزندان تمایل دارند. این رفتار همچنین با افزایش آگاهی از مسائل بهداشتی و اقتصادی و دسترسی بهتر به منابع حمایتی مرتبط است.

نتایج نشان می‌دهد زنان عرب‌تبار باروری بیشتری دارند. این یافته احتمالاً ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، هنجارهای خانوادگی و شبکه‌های حمایتی گسترده‌تر در این گروه قومی است (ایرانی‌فرد و همکاران، ۱۳۹۸). در جوامع عرب، ارزش‌ها و نگرش‌های مثبت به فرزندآوری و حضور شبکه‌های گسترده حمایتی خانوادگی می‌تواند موجب افزایش باروری واقعی شود. با توجه به نتایج می‌توان نتیجه گرفت که افزایش حمایت اجتماعی از زنان متأهل می‌تواند نقش مؤثری در افزایش باروری واقعی داشته باشد. برنامه‌های سیاستی مانند تقویت شبکه‌های مشاوره‌ای، حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی از خانواده‌ها و تسهیل دسترسی به خدمات بهداشتی و آموزشی می‌تواند انگیزه زنان برای فرزندآوری را افزایش دهد. این یافته‌ها همچنین نشان می‌دهند که برنامه‌ریزی جمعیتی نباید تنها به عوامل اقتصادی بسنده کند، بلکه عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی نیز باید مدنظر قرار بگیرند.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد باروری واقعی زنان متأهل تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل روانی، اجتماعی و جمعیت‌شناختی قرار دارد که تعامل پیچیده‌ای با یکدیگر دارند. این واقعیت بر اهمیت رویکردهای جامع در سیاست‌گذاری جمعیتی تأکید می‌کند؛ به‌طوری که تنها تمرکز بر مشوق‌های اقتصادی یا محدودیت‌های قانونی نمی‌تواند اثرگذار باشد. از این منظر، افزایش ظرفیت حمایت اجتماعی و ارتقای سرمایه اجتماعی خانواده‌ها می‌تواند نقش مهمی در توانمندسازی زنان برای تصمیم‌گیری درباره باروری ایفا کند و بر ارتقای رفاه خانوار و ثبات جمعیتی مؤثر باشد. پیامدهای سیاستی این یافته‌ها روشن است. نهادهای مسئول سیاست‌های جمعیتی می‌توانند با طراحی برنامه‌های حمایتی، آموزشی و مشاوره‌ای برای خانواده‌ها محیطی فراهم کنند که زنان ضمن احساس امنیت روانی و اجتماعی، توانایی و انگیزه بیشتری برای فرزندآوری داشته باشند؛ علاوه‌براین، توسعه شبکه‌های اجتماعی و ایجاد فرصت‌های مشارکت زنان در فعالیت‌های اجتماعی و آموزشی می‌تواند ظرفیت‌های روانی و اجتماعی آن‌ها را تقویت کند و در نتیجه در تصمیم‌گیری درباره باروری مثبت مؤثر باشد. سیاست‌های بومی و متناسب با تفاوت‌های فرهنگی و منطقه‌ای نیز اهمیت ویژه‌ای دارند و باید در طراحی راهبردهای جمعیتی لحاظ شوند.

از منظر پژوهشی، نتایج این مطالعه ضرورت تحقیقات طولی و میان‌فرهنگی را برجسته می‌کند تا روابط علی میان حمایت اجتماعی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و تصمیمات باروری دقیق‌تر بررسی شوند؛ همچنین تحقیقات آینده می‌توانند با تمرکز بر تفاوت‌های جنسیتی، نقش همسر و تعاملات خانوادگی، دیدگاه‌های جدیدی برای مداخله‌های هدفمند ارائه دهند. ترکیب داده‌های کمی و کیفی و استفاده از شاخص‌های چندبعدی برای حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی می‌تواند به شفاف‌تر شدن مسیرهای تصمیم‌گیری باروری کمک کند. درنهایت ارتقای باروری و بهبود کیفیت زندگی خانواده‌ها تنها از طریق سیاست‌های اقتصادی یا افزایش حمایت مالی ممکن نیست، بلکه ایجاد محیط اجتماعی پویا، شبکه‌های حمایتی کارآمد و فرصت‌های مشارکت اجتماعی و آموزشی زمینه‌ای پایدار برای تصمیم‌گیری هوشمندانه و مسئولانه زنان درباره فرزندآوری فراهم می‌کند. این نگاه ترکیبی می‌تواند راهنمای ارزشمندی برای سیاست‌گذاران و پژوهشگران جمعیت در ایران باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در رشته جمعیت‌شناسی است که در دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه شیراز انجام شده است. نویسندگان

بدین وسیله قدردانی خود را از تمام زنان مشارکت کننده در این تحقیق ابراز می کنند.

منابع

- اسدالهی، ف. (۱۳۹۳). پیش بینی افسردگی در بیماران صرع (نوع لوب تمپورال) براساس راهبردهای مقابله ای، ادراک بیماری، حمایت اجتماعی ادراک شده و عوامل شخصیتی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد.
- افضل، م. (۱۳۸۷). بررسی سبک ها و مکانیزم های دفاعی افراد مبتلا به اختلال وسواس-بی اختیاری، اختلال اضطراب، تعمیم یافته و اختلال هراس اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- امامدادی، خ. (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف همسر و رضایت مندی زناشویی با نشانه های افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد، روان شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.
- امینی، ل.، قربانی، ب.، صادقی، ا.، رئوفی، ز.، و مرتضی پور علی سرابی، م. (۱۳۹۷). ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده استرس ناباروری در همسران مردان نابارور. نشریه پرستاری ایران، ۳۱ (۱۱۱)، ۳۹-۳۱.
<http://dx.doi.org/10.29252/ijn.31.111.31>
- انسرودی، ا.، حسینیان، س.، صالحی، ف.، و مؤمنی، ف. (۱۳۹۲). رابطه بین اعتیاد به اینترنت با تعارض نوجوان با والدین، حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی و شادکامی. مجله خانواده و پژوهش، ۱۰ (۳)، ۷۷-۹۴.
<http://qjfr.ir/article-1-106-fa.html>
- ایرانی فرد، ا.، اکبری، ن.، و منتظری، ع. (۱۳۹۸). تأثیر حمایت اجتماعی درک شده بر پیامدهای زایمانی مادران آسیب پذیر. پایش، ۱۸ (۵)، ۵۱۷-۵۲۴.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1>
- آفرینی، ف.، اکبری، ن.، و منتظری، ع. (۱۳۹۷). ارتباط بین حمایت اجتماعی و قصد فرزندآوری در زنان ساکن شهر تهران. پایش، ۱۷ (۳)، ۳۱۵-۳۲۸.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9>

- باقری‌زاده کاوری، ا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سبک‌های دفاعی و خودشفقت‌ورزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، گرایش روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشگاه گیلان.
<https://doi.org/10.22059/japr.2022.323557.643835>
- بشارت، م.ع. (۱۳۹۸). مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری. *روان‌شناسی تحولی*، ۱۵(۶۰)، ۴۴۷-۴۴۹.
- تمنائی‌فر، م. و منصوری‌نیک، ا. (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با خودکارآمدی دانش‌آموزان. *نشریه روان‌شناسی اجتماعی (یافته‌های نو در روان‌شناسی)*، ۸(۲۸)، ۳۱-۳۹.
- حاج‌علی، س.، سیدمیرزایی، س.، و مهدوی، س. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر دینداری، حمایت اجتماعی و تحصیلات بر گرایش به باروری زنان متأهل شهر تهران. *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۶(۱۳)، ۲۷-۴۲.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25386190.1397.6.4.2.9>
- حسن‌پور دهکردی، ع.، گنجی، ف.، کاوه باغ‌بهدارانی ف.، و امید، م. (۱۳۹۹). بررسی حمایت اجتماعی درک‌شده و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری شهرکرد. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۹(۲)، ۶۶۶-۶۷۷.
- حنیفه‌زاد ماسوله، پ. (۱۳۹۷). *بررسی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده در مادران باردار با اندوه پس از زایمان*. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای، دانشکده علوم پزشکی، گروه پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود.
- حیدرخانی، ه.، حقیقتیان، م.، قنبری، ن.، و پرندین ش. (۱۳۹۵). تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه. *مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی*، ۵(۲)، ۳۱-۵۷.
<http://journals.sabz.ac.ir/scds/article-1-299-fa.html>
- دراهکی، ا. و کوشکی، ن. (۱۴۰۰). تأثیر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر قصد باروری: مطالعه زنان ۱۸ تا ۴۴ ساله حداقل یکبار ازدواج کرده نقاط شهری استان بوشهر. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۹(۳)، ۳۴۱-۳۵۲.
<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6067-fa.html>
- سازمان ثبت احوال (۱۴۰۰). *سالنامه‌های آماری استان اهواز، سازمان ثبت احوال*.

- سرائیان، ا. و سجادیان، ا. (۱۳۹۵). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان شناختی زنان باردار به روش رحم جایگزین، تحت درمان با روش های کمک باروری و طبیعی. *روان پرستاری*، ۴(۲)، ۱-۱۰.
<http://dx.doi.org/10.21859/ijpn-04021>
- شامکوئیان، ل.، لطفی کاشانی، ف.، وزیری، ش.، و اکبری، م. (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس ضربه ای در بیماران مبتلا به سرطان. *روان شناسی تحولی*، ۱۰(۳)، ۲۸۵-۲۹۵.
- صادقی، ر.، و محسن آبادی، ب. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر شبکه اجتماعی بر رفتار و نیت باروری زنان در شهر تهران. *مطالعات راهبردی زنان*، ۲۰(۷۷)، ۸۷-۱۰۸.
<https://doi.org/10.22095/JWSS.2017.59722>
- صدیقی ارمغی، ف.، و حسام پور، ف. (۱۳۹۴). رابطه ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴(۴)، ۴۲-۵۲.
<http://socialworkmag.ir/article-1-88-fa.html>
- صفاری نیا، م. (۱۳۹۴). *روان شناسی سلامت اجتماعی*. تهران: انتشارات آوای نور.
- عباسی، آ.، صادقی، ر.، و بالاخانی، ق. (۱۴۰۱). فراتحلیل پژوهش های مرتبط با عوامل تأثیرگذار بر نگرش ها، تمایلات و قصد باروری در ایران. *فصلنامه مطالعات میان رشته ای در علوم انسانی*، ۱۴(۶۳)، ۶۳-۹۲.
<https://doi.org/10.22035/isih.2021.4546.4509>
- علی پور، ر. (۱۳۹۹). بررسی تأثیرات مؤلفه های سرمایه اجتماعی بر تمایلات فرزندآوری با تأکید بر تفاوت های نسلی (مطالعه موردی: شهرستان بابل). پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، رشته علوم اجتماعی- مطالعات جوانان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران.
- غفاری، م. (۱۳۸۶). *کارایی الگوی اعتماد بهداشتی با الگوی تلفیقی آن در آموزش /ایندز به دانش آموزان دبیرستان های پسرانه تهران*. پایان نامه دکتری علوم پزشکی، آموزش بهداشت.
- فرامرزی، م.، و پاشا، ه. (۱۳۹۴). نقش حمایت اجتماعی در پیش بینی استرس دوران بارداری. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۷(۱۱)، ۶۰-۵۲.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.15614107.1394.17.11.8.5>

- فضائلی، س. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط تاب‌آوری حمایت اجتماعی ادراک‌شده با کیفیت زندگی کاری و فرسودگی شغلی پرستاران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام.
- قدرتی، ح.، و احمدی، ع. (۱۳۹۰). تحلیل سرمایه اجتماعی و باروری زنان در مناطق شهری سبزوار. مطالعات جغرافیایی مناطق خشک، ۱(۴)، ۷۹-۹۴.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۵). سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور. مرکز آمار ایران، تهران.
- مهدیان، ح. (۱۳۸۵). رابطه میان ادراک حمایت اجتماعی و باورهای هوش با پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان پایه سوم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- میرزایی، م. (۱۳۸۴). جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، تهران.
- نسائیان، ز. (۱۳۹۹). بررسی و مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانش‌آموزان (دختر) مادران شاغل و غیرشاغل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی گرایش روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پارس رضوی واحد گناباد.
- نقشینه، ط. (۱۳۹۳). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (خانواده)، الگوهای ارتباطی خانواده و تمایز یافتگی خود با کیفیت زندگی در زنان متقاضی طلاق کرمانشاه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه رازی.

References

- Abbasi, A., Sadeghi, R., Maleki, A., and Balakhani, Gh. (2022). Meta-analysis of research on factors influencing fertility attitudes, preferences, and intentions in Iran. *Quarterly Journal of Interdisciplinary Studies in Humanities*, 14(4), 63-92. (in Persian) <https://doi.org/10.22035/isih.2021.4546.4509>
- Afarini, F., Akbari, N., and Montazeri, A. (2018). The relationship between social support and fertility intentions among women living in Tehran. *Payesh*, 17(3), 315-328. (in Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.16807626.1397.17.3.11.9>

- Afzali, M. (2008). *Examining defense styles and mechanisms in individuals with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and social phobia* (Master's thesis, Tarbiat Modares University). (in Persian)
- Alipour, R. (2020). *The impact of social capital components on fertility preferences with emphasis on generational differences: A case study of Babol County* (Master's thesis, Social Sciences -Youth Studies), Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Mazandaran. (in Persian)
- Amini, L., Ghorbani, B., Sadeghi, A., Raoufi, Z., and Morteza pour Alisaraei, M. (2018). The relationship between perceived social support and infertility stress in spouses of infertile men. *Iranian Journal of Nursing*, 31(111), 31–39. (in Persian) <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.31.111.31>
- Ansaroodi, A., Hosseinian, S., Salehi, F., and Momeni, F. (2013). The relationship between internet addiction and adolescent-parent conflict, multidimensional perceived social support, and happiness. *Family and Research Journal*, 10(3), 77–94. (in Persian) <http://qjfr.ir/article-1-106-fa.html>
- Asadollahi, F. (2014). *Predicting depression in patients with epilepsy (temporal lobe type) based on coping strategies, illness perception, perceived social support, and personality factors* (Master's thesis, Clinical Psychology), Islamic Azad University, Borujerd Branch. (in Persian)
- Bagherizadeh Kaveri, A. (2020). *Predicting psychological well-being of mothers of children with intellectual disabilities based on perceived social support, defense styles, and self-compassion* (Master's thesis, Psychology, Exceptional Children's Psychology and Education), University of Guilan. (in Persian) <https://doi.org/10.22059/japr.2022.323557.643835>
- Barrera, M., Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413–445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Besharat, M.A. (2019). Multidimensional perceived social support scale: Questionnaire, administration, and scoring. *Developmental Psychology*, 15(60), 447–449. (in Persian)

- Bodur, N. E., Çoşar, B., and Karabacak, O. (2013). Relationship between perceived social support and clinical variables in infertile couples. *Cukurova Medical Journal*, 38(2), 214–223.
- Civil Registration Organization. (2021). *Statistical Yearbooks of Ahvaz Province*. Civil Registration Organization. (in Persian)
- Clarke, S., McKenzie, H., Lamaro Haintz, G., and Graham, M. (2020). Social support and women's reproductive decision making: Testing emergent fit of "optimizing support for the preservation of self." *Qualitative Health Research*, 30(7), 975–987. <https://doi.org/10.1177/1049732320904713>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Cohen, S., and Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cutrona, C. E., and Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. *Social Support: An Interactional View*, 319–366.
- Dorahki, A., and Koushki, N. (2021). The effect of different dimensions of perceived social support on fertility intentions: A study of women aged 18–44 who have married at least once in urban areas of Bushehr Province. *Journal of Faculty of Health and Health Research Institute*, 19(3), 341–352. (in Persian) <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6067-fa.html>
- Emamdadi, Kh. (2016). The relationship between perceived spousal social support and marital satisfaction with depressive symptoms in women with breast cancer (Master's thesis, Psychology), Islamic Azad University, Torbat Jam Branch. (in Persian)
- Enache, C. (2013). Family and childcare support public expenditures and short-term fertility dynamics. *Panoeconomicus*, 60(3), 347–364. <https://doi.org/10.2298/AN1303347%D0%95>
- Faramarzi, M., and Pasha, H. (2015). The role of social support in predicting pregnancy stress. *Scientific Journal of Babol University of Medical Sciences*, 17(11), 52–60. (in Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.15614107.1394.17.11.8.5>

- Fazeli, S. (2016). Examining the relationship between resilience, perceived social support, job quality, and occupational burnout among nurses (Master's thesis, Clinical Psychology), Islamic Azad University, Torbat Jam Branch. (in Persian)
- Ghaffari, M. (2007). Efficiency of the health trust model and its integrated model in AIDS education for male high school students in Tehran (PhD dissertation, Medical Sciences, Health Education). (in Persian)
- Ghodrati, H., and Yarahmadi, A. (2011). Social capital analysis and women's fertility in urban areas of Sabzevar. *Geographical Studies of Arid Regions*, 1(4), 79–94. (in Persian)
- Graham, M., McKenzie, H., Lamaro Haintz, G., and Dennis, C. (2022). Who do Australian women seek social support from during the reproductive decision-making process? *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4028–e4040. <https://doi.org/10.1111/hsc.13785>
- Haj-Ali, S., Seyedmirzaei, S., and Mahdavi, S. (2018). The effect of religiosity, social support, and education on women's fertility intentions. *Islamic Research Journal on Women and Family*, 6(13), 27–42. (in Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25386190.1397.6.4.2.9>
- Hanifehzadeh Masouleh, P. (2018). *The relationship between perceived family social support in pregnant mothers and postpartum sadness* (Professional Doctorate thesis, Faculty of Medical Sciences, Medicine), Islamic Azad University, Shahroud Branch. (in Persian)
- Hasanpourdehkordi, A., Ganji, F., Kaveh Bagh Bahadorani, F., and Omid, M. (2020). Perceived social support and related factors in infertile women attending an infertility clinic in Shahr-e-Kord. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 9(2), 666–677. (in Persian)
- Heydarkhani, H., Haghighatian, M., Ghanbari, N., and Parandin, Sh. (2016). Analyzing the relationship between dimensions of social support and social health of female household heads in rural areas of Kermanshah. *Social-Cultural Development Studies*, 5(2), 31–57. (in Persian) <http://journals.sabz.ac.ir/scds/article-1-299-fa.html>

- Huang, S. M., Tseng, L. M., Lai, J. C. Y., Tsai, Y. F., Lien, P. J., and Chen, P. H. (2020). Impact of symptom and social support on fertility intention in reproductive-age women with breast cancer. *Clinical Nursing Research*, 29(6), 411–418. <https://doi.org/10.1177/1054773818770814>
- Iranianfard, A., Akbari, N., and Montazeri, A. (2019). The effect of perceived social support on maternal birth outcomes among vulnerable mothers. *Payesh*, 18(5), 517–524. (in Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.16807626.1398.18.5.2.1>
- Lam, T. Q., Linh, T. T., and Thuy, L. B. (2021). The impact of social support on infertility-related stress: A study in the Vietnamese context. *Open Journal of Social Sciences*, 9(12), 259–273. <https://doi.org/10.4236/jss.2021.912017>
- Lunskey, Y., and Benson, B. A. (2001). Perceived social support and mental retardation: A social–cognitive approach. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 77–90. <https://doi.org/10.1023/A:1026478816292>
- Mahdian, H. (2006). The relationship between perceived social support and beliefs about intelligence with academic achievement in third-grade students (Master's thesis, Psychology), Allameh Tabataba'i University. (in Persian)
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., and Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83–89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- Miller, N., Pundak, C., Cohen, G., Issakov, G., Gluska, H., Gandelsman, E., ... and Wiser, A. (2022). Can social support on Facebook influence fertility outcomes? *Reproductive Sciences*, 29(1), 212–219. <https://doi.org/10.1007/s43032-021-00611-5>
- Mirzaei, M. (2005). *Population and Development with Emphasis on Iran*. Tehran: Center for Population Studies and Research, Asia and Oceania. (in Persian)

- Naqshineh, T. (2014). *Relationship between perceived social support (family), family communication patterns, differentiation of self, and quality of life in women applying for divorce in Kermanshah* (Master's thesis, Clinical Psychology), Razi University. (in Persian)
- Nasaian, Z. (2020). *Comparing psychological well-being and perceived social support in female students with employed vs. non-employed mothers* (Master's thesis, General Psychology), Pars Razavi University, Gonabad Branch. (in Persian)
- Sadeghi, R., and Mohsenabadi, B. (2017). The effect of social networks on women's fertility behaviors and intentions in Tehran. *Strategic Studies on Women*, 20(77), 87–108. (in Persian) <https://doi.org/10.22095/JWSS.2017.59722>
- Safari-Nia, M. (2015). *Social Health Psychology*. Tehran: Avaye Noor Publications. (in Persian)
- Saraian, A., and Sajadian, A. (2016). Comparing perceived social support and psychological well-being in pregnant women via surrogate, assisted reproductive treatment, and natural pregnancy. *Psychiatric Nursing*, 4(2), 1–10. (in Persian) <http://dx.doi.org/10.21859/ijpn-04021>
- Sarason, I. G. (Ed.). (2013). *Social support: Theory, research, and applications* (Vol. 24). Springer Science and Business Media.
- Sedighi Armaghi, F., and Hesampour, F. (2015). The relationship between mindfulness and perceived social support with mental health of mothers of children with intellectual disabilities. *Quarterly Journal of Social Work*, 4(4), 42–52. (in Persian) <http://socialworkmag.ir/article-1-88-fa.html>
- Shamkooyan, L., Lotfi-Kashani, F., Vaziri, Sh., and Akbari, M. (2014). The relationship between perceived social support and religious beliefs with post-traumatic positive changes in cancer patients. *Developmental Psychology, Iranian Psychologists*, 10(3 consecutive 39), 285–295. (in Persian)

- Shaver, J. H., Power, E. A., Purzycki, B. G., Watts, J., Sear, R., Shenk, M. K., ... and Bulbulia, J. A. (2020). Church attendance and alloparenting: An analysis of fertility, social support and child development among English mothers. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 375(1805), 20190428. <https://doi.org/10.1098/rstb.2019.0428>
- Sim, H. O. (2000). Relationship of daily hassles and social support to depression and antisocial behavior among early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 647–659. <https://doi.org/10.1023/A:1026451805604>
- Smissen, A., Lamaro Haintz, G., McKenzie, H., and Graham, M. (2020). Discursive representations of social support for reproductive decision-making among Victorian women. *Sexuality and Culture*, 24(3), 883–902. <https://doi.org/10.1007/s12119-019-09670-y>
- Statistical Center of Iran. (2016). *National Population and Housing Census*. Tehran: Statistical Center of Iran. (in Persian)
- Tamanai Far, M., and Mansouri-Nik, A. (2013). The relationship between perceived social support and self-efficacy in students. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*, 8(28), 31–39. (in Persian)