

## مقاله اصلی

# شناسایی مولفه‌های آسیب‌پذیری اجتماعی با رویکرد باروری کل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۰۳

### خلاصه

**مقدمه:** در جوامع در حال توسعه، علاوه بر اینکه بالا بودن نرخ باروری می‌تواند باعث ایجاد مشکلات شود، پایین بودن آن سبب می‌شود ساختار سنی جمعیت به سالخوردگی تغییر یابد. جمعیت متناسب کشورها با توجه به شرایط اجتماعی مورد توجه است و هر کشوری باید کوشش کند با شناخت اثرات اجتماعی و اقتصادی، با سیاست‌های مبتنی بر افزایش یا کاهش باروری آسیب‌پذیری اجتماعی را کاهش دهد. این مقاله با هدف شناسایی آسیب‌های اجتماعی با توجه باروری کل انجام پذیرفته است.

**روش کار:** تحقیق حاضر از نظر هدف یک تحقیق کاربردی و از نظر روش، تحقیق کیفی می‌باشد که برای شناسایی مولفه‌های بومی آسیب‌پذیری اجتماعی با رویکرد باروری کل در سال ۱۴۰۳ انجام شده است. برای این منظور بر اساس بررسی مطالعات گذشته، ۷۵ مولفه شناسایی گردید و سپس با استفاده از نظرات ۲۷ نفر از خبرگان در حوزه تحقیق مهمترین مولفه‌های شناسایی و دسته بندی شدند.

**نتایج:** بر اساس نتایج حاصل ۶ بعد و ۱۴ مولفه به عنوان مولفه‌های آسیب‌پذیری اجتماعی با رویکرد باروری کل تعیین گردیدند: ترکیب خانواده/جامعه (۳ مولفه)، وضعیت اجتماعی و اقتصادی (۵ مولفه)، وضعیت گروه‌های اقلیت (یک مولفه)، وضعیت سلامت جامعه (۲ مولفه)، زیر ساخت‌های بهداشت عمومی (۲ مولفه) و آموزش (۱ مولفه).

**نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت وضعیت اقتصادی- اجتماعی و آسیب‌های مطرح شده پیشنهاد می‌گردد گروه هدف در اجرای سیاست‌های جمعیتی، در مناطقی باشند که در معرض آسیب‌های اقتصادی- اجتماعی کمتری قرار دارند و در مناطقی که این آسیب بیشتر است امکانات بیشتری در نظر گرفته شود.

**کلمات کلیدی:** آسیب‌های اجتماعی، آسیب‌پذیری اجتماعی، باروری کل

علی تقی پور<sup>۱</sup>

سیدجواد حسینی<sup>۲</sup>

احسان موسی فرخانی<sup>۳</sup>

مجید سلطانی<sup>۴\*</sup>

استاد گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، ایران

استادیار گروه بیوتکنولوژی پزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

استادیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، ایران

دانشجوی کارشناسی ارشد گروه اپیدمیولوژی، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

Email: soltanim8@mums.ac.ir

## مقدمه

جامعه‌شناسان بر این باورند که تبیین پدیده باروری باید در دو سطح خرد و کلان صورت بگیرد. در بعد کلان عوامل مؤثر بر باروری فرهنگ جامعه، عوامل محیطی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مذهبی هستند. به روایتی اینها عواملی تلقی می‌شوند که حرکت باروری در جامعه را دیکته می‌کنند. در سطح خرد انگیزه‌های شخصی، سلیقه‌ها و نگرش‌ها، طرز تلقی‌ها و... بر رفتارهای باروری افراد اثر می‌گذارند. آنها معتقدند که هر اندازه کشورها در مسیر توسعه اقتصادی و اجتماعی بیشتر حرکت کنند و گام به پیش نهند، بیشتر انگیزه‌ها و سلیقه‌های فردی است که رفتارهای باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بحث در مورد عوامل انگیزشی محور اصلی اکثر دیدگاه‌هایی است که قصد تبیین باروری از طریق مدل‌های جامعه‌شناختی را دارند؛ زیرا باروری واقعی صرفاً فیزیکی نیست، بلکه پدیده‌های مبتنی بر ذهنیات و تفکرات فردی است. تاکنون دیدگاه‌ها و نظریه‌های مختلفی برای تبیین تفاوت رفتارها و نگرش‌های باروری ارائه شده که خطوط کلی این دیدگاه‌ها در زیر مرور و ارائه می‌شود. (۱) از طرف دیگر در دهه اخیر بخش قابل توجهی از تحقیقات بر روی آسیب پذیری اجتماعی پدید آمده است و بسیاری از محققان الگوی آسیب‌پذیری اجتماعی نسبت به خطرات طبیعی را در مقیاس‌های مختلف مکانی و زمانی به کار برده‌اند (۲) دیدگاه آسیب‌پذیری اجتماعی ابتدا در علوم اجتماعی مطرح شد. منشأ این کلمه را می‌توان در کیفیت زندگی و مطالعات زیست‌پذیری در علوم اجتماعی و رفتاری در طول دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ دانست. زمانی که پژوهشگران به این نکته پی بردند که آسیب‌پذیری می‌تواند علاوه بر بعد فیزیکی، فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی را که تاب‌آوری جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نیز شامل شود. (۳) رویکرد اجتماعی به حوزه سلامت و آسیب‌پذیری اجتماعی جزء دو اولویت برتر (از میان ۱۰ اولویت مهم) سلامت کشور در سال ۱۴۰۱ بوده و ارتقاء شاخص میزان باروری کلی، بعنوان هدف اصلی سیاست‌های جمعیتی در کشور شناخته

شده است. آموزش و سرمایه‌گذاری هدفمند بروی جمعیت می‌تواند منجر به هزینه‌های کمتر و ایجاد افقی نو در ساست‌گذاری و تصمیم‌گیری حوزه سلامت شود. با توجه به اینکه شناخت ارتباط باروری و آسیب‌های اجتماعی می‌تواند به سیاست‌گذاری در حوزه سلامت کمک کند و تاکنون ابزاری بومی برای ارزیابی و شناسایی این پدیده در سطح کشور معرفی نشده است، در مطالعه جاری بر آن شدیم تا با معرفی متغیرهای مؤثر بر آسیب‌پذیری اجتماعی "با رویکرد باروری کل" امکان ارزیابی این پدیده بصورت کمی و کیفی مقدور گردد.

پژوهش‌های بسیاری در داخل و خارج کشور در خصوص باروری صورت پذیرفته‌اند که در آنها به عوامل مؤثر بر تمایل به فرزندآوری در سطح فردی یا افزایش نرخ جمعیت و باروری و... مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس پژوهش ده‌چشمه و همکاران سیاست‌گذاری و اعمال مداخلاتی مانند بهبود شرایط اقتصادی، افزایش اعتماد اجتماعی، تامین رفاه اجتماعی کافی، اشتغال و حمایت از خانواده‌ها با استفاده از راهکارهایی مانند ایجاد قوانین دوستدار خانواده با در نظر گرفتن شرایط نامنی ادراک شده توسط همسران را کاهش می‌دهد و به برنامه‌ریزی بهتر فرزندآوری کمک می‌کند (۴). همچنین ارتقای خودکارآمدی، افزایش دانش باروری زوجین و اصلاح نگرش آنها می‌تواند برای تصمیم‌گیری بهتر در فرزندآوری مفید باشد. در پژوهش دیویکتوپولوس، مدلی از رشد ارائه شده است که در آن عوامل مستقیم و مرتبط با اولویت که سبب تأخیر در زمان‌بندی فرزندآوری می‌شود را بررسی کرده‌اند. با توجه به این عوامل، مدل تجربی در باروری تهیه شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد بین رشد اقتصادی و تغییرات جمعیتی در کشورهای اروپایی است ارتباط وجود دارد (۵). عربی و همکاران در پژوهشی به شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر فرزندآوری در ایران پرداخته‌اند. بر اساس نتایج این تحقیق، اجرای سیاست‌های برابری جنسیتی در تمامی رشته‌های دانشگاهی و مراکز آموزشی، مهمترین عامل افول در حوزه فرزندآوری در

کشور است، به نظر خبرگان برخی از رشته‌های دانشگاهی در تعارض با اقتضائات ذاتی زنان به ویژه در زمینه فرزند آوری است. همچنین قوانین دانشگاهی و آموزشی کشور نیز، یکی از اصلترین موانع تحقق امر فرزندآوری است، هزینه بعضی از رشته‌های دانشگاهی در راستای قوت بخشی به نهاد خانواده و تعلیم و تربیت است و میتواند تأثیر مثبتی در تبلیغ و تبیین فرزند آوری داشته باشد. اغلب این سیاست‌ها مبتنی بر سیاست‌های تعدیلی و منطبق بر ایدئولوژی و رویکردهای لیبرالیستی از سوی بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول میباشد که بدون بررسی کافی و کارشناسی شده با عناوین مختلف در قوانین و مقررات کشور، تصویب و اجرا شده است. بنابراین تنقیح قوانین با رویکرد افزایش جمعیت و فرزند آوری بویژه در نهادهای آموزش و پرورش و وزارت علوم و تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی میتواند یکی از اولویتهای اصلی مراکز مطالعاتی و سیاستگذاری دولت و مجلس شورای اسلامی و همچنین نهادهای آموزشی در کشور برای برطرف کردن موانع قانونی در حوزه فرزند آوری باشد (۶). در پژوهش مدیری و تنها تأثیر احساس امنیت بر رفتار، ایده آل و قصد فرزندآوری در تهران مورد بررسی قرار گرفت بر اساس نتایج، رابطه مستقیم معنادار میان احساس امنیت با تعداد فرزندان زنده به دنیا آمده، ایده آل و قصد شده وجود داشته است. همچنین مدل‌های رگرسیون لجستیک نشان از تأثیر معنادار احساس امنیت در خروج از بی‌فرزندگی، تک‌فرزندگی و دو فرزندگی داشته است. در این پژوهش نتیجه‌گیری شد که با کاهش موقعیت‌های مخاطره آمیز و افزایش احساس امنیت در ابعاد مختلف اقتصادی، عمومی، قضایی و سیاسی از جمله امنیت شغلی و درآمد کافی، ثبات سیاسی و مصونیت از هرگونه تعرض می‌توان تمایل به فرزند آوری را افزایش داد (۷). شمس قهفرخی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان در دوره‌ای تصمیم به فرزندآوری به واکاوی چالش‌های فردی و اجتماعی فرزندآوری در بستر باروری پایین در شهر اصفهان پرداختند. نتایج نشان داد که بیم و هراس‌های اقتصادی، آینده هراسی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و دغدغه‌های انباشته، تصمیم به فرزندآوری را درگیر محاسبات مبتنی بر

عقلانی بودن ابزاری می‌کند. چنین محاسباتی نه تنها انواع راهبردها را در خانواده‌ها فعال، آنها را دچار نوعی دگر دیسی و گذار ارزشی می‌کند. همچنین، برنامه‌ها و سیاست‌های تشویقی جمعیت، زمانی موفق است که با درک واقع‌بینانه از چالش‌های فرزندآوری زوجین، برای رفع آنها تلاش کنند (۸). یافته‌های پژوهش رضایی و محمدی نشان می‌دهد ده مضمون محوری در مورد بی‌فرزندگی یا کم‌میلی به فرزندآوری در زنان متأهل وجود دارد که عبارتند از: چالش‌های اقتصادی، ناکارآمدی خانواده پر جمعیت، مدیریت بدن، تحمل دوگانه، قسمت و تقدیر، اضطراب و هراس، ناباروری ناخواسته و لاعلاج، توافق مشروط، گذشته خود و دیگری و فشار اجتماعی. در نهایت نیز مدل پارادایمی کم‌میلی به فرزندآوری در زنان ارائه شد (۹). میرابی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان بررسی پدیدارشناسانه آگاهی زنان متأهل از فرزندآوری به بررسی موضوع پرداخته‌اند. بر اساس نتایج پدیدار اجتماعی فرزندآوری شامل تم‌های مرکزی معنای فرزندآوری، تعداد فرزندان ایده‌آل، تعداد فرزندان معقول، ترجیح جنسی فرزند، دلایل فرزندآوری، موانع فرزندآوری، موانع فرزندآوری بیش از حد معقول، نگرانی از فرزندآوری، نگرانی از نداشتن فرزند، تجربه فرزند داشتن، تجربه بارداری، تصور حاملگی، پیروی از الگوی فرزندآوری مادر، دلایل رضایت یا نارضایتی از تعداد فرزندآوری خانواده مبدأ و چگونگی تشویق مادر به فرزندآوری است. این پدیدار اجتماعی حاصل میان‌ذهنیت مشارکت‌کنندگان پژوهش درباره فرزندآوری است (۱۰).

با توجه به آسیب‌های موجود در افزایش باروری کل، شناسایی مولفه‌های موثر بر آسیب‌پذیری اجتماعی می‌تواند به برنامه ریزی‌ها کمک کند که در پژوهش‌های مشابه عوامل مذکور با توجه به آسیب‌ها و آسیب‌پذیری اجتماعی شناسایی نشده‌اند که ضرورت انجام این تحقیق را تبیین می‌نماید.

## روش کار

تحقیق حاضر از نظر هدف یک تحقیق کاربردی که از نظر روش، تحقیق کیفی می‌باشد که برای شناسایی متغیرهای بومی موثر بر

خانوارهایی با سرپرست شاغل در بخش غیررسمی، درصد خانوارهایی دریافت کننده کمک‌های مردمی، درصد کودکانی که در فقر زندگی می‌کنند، درصد کودکانی که به اینترنت دسترسی ندارند، درصد کودکانی که امنیت غذایی ندارند، میانگین تعداد افراد در یک خانوار تک والد، درصد افراد بی‌خانمان، ساختارهای چند واحدی، درصد مسکن‌هایی با سازه‌های ۱۰ واحد یا بیشتر، فضای ساختمان‌های آپارتمانی، درصد خانه‌های متحرک، درصد افرادی که در مکان‌های گروهی نهاده شده مانند زندان‌ها، خانه‌های سالمندان، خوابگاه‌ها یا مدارس حضور دارند، تراکم یا ازدحام جمعیت، مشاغلی که نیاز به تماس فیزیکی با افراد دیگر دارند، جمعیتی که فاقد خانه‌های امن بعنوان سرپناه هستند، درصد خانوارهایی که فاقد وسیله نقلیه هستند، درصد خانوارهایی که از وسایل حمل و نقل عمومی استفاده می‌کنند، درصد جمعیت شاغلی که روزانه بیش از ۶۰ دقیقه صرف رفت و آمد می‌کنند، درصد دسترسی جمعیت کارگر که در زمان بحران به وسایل حمل و نقل عمومی/ ضروری دسترسی دارند، درصد افرادی که به غذای کافی دسترسی ندارند

**وضعیت گروه‌های اقلیت:** درصد افرادی که زبان کشور محل زندگی را در حد کمتر از متوسط صحبت می‌کنند، درصد افرادی که در اقلیت‌های دینی و مذهبی قرار دارند، درصد پناهندگان یا جمعیت مهاجر

**وضعیت سلامت جامعه:** مخاطرات بومی سلامت، درصد چاقی، درصد افراد سیگاری، درصد افرادی که ازدیاد فشار خون دارند، درصد افراد دارای دیابت، درصد افراد دارای نارسایی مزمن قلب، درصد افراد دارای بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی، وضعیت تغذیه، نمره فاصله اجتماعی، بی‌حرکی

**زیرساخت‌های بهداشت عمومی:** دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، تعداد پزشک بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت، تعداد متخصصان بالینی بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت، تعداد تخت‌های بیمارستانی بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت، تعداد تخت‌های

آسیب‌پذیری اجتماعی، دو مرحله طی شده است. در مرحله اول بر اساس متون داخلی و خارجی و مطالعات گذشته، ابتدا ۷۵ مولفه شناسایی گردید. در مرحله دوم لیست مولفه‌های شناسایی شده در اختیار افراد خبره قرار داده شد و در صورتیکه بیش از ۵۰ درصد خبرگان در انتخاب یک مولفه اجماع نظر داشتند، از آن بعنوان گزاره‌ای موثر بر آسیب‌پذیری اجتماعی استفاده گردید که در ۱۴ متغیر اجماع رخ داده است و در مرحله دوم با استفاده از شاخص CVR روایی محتوایی در خصوص متغیرهای شناسایی شده از نظر خبرگان مورد بررسی قرار گرفته است.

### نتایج

با توجه به اینکه هدف از پژوهش جاری تهیه و توسعه ابزار سنجش بوده است، به منظور شناسایی متغیرهای موثر بر آسیب‌پذیری اجتماعی از مطالعات پیشین استفاده شد. در این زمینه با جستجو در سایت‌ها و پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی معتبر داخلی و خارجی و استفاده از کلید واژه‌های زیر، تحقیق و تفحص لازم برای شناسایی متغیرهای مذکور صورت پذیرفت. در ارزیابی صورت پذیرفته، آندسته از مقالاتی که امکان دسترسی به متن کامل آنها فراهم نبود، از فهرست منابع حذف شدند. در این مرحله بر اساس بررسی‌های صورت پذیرفته تعداد ۷۵ مولفه در ۶ طبقه کلی "شناسایی گردید که نتایج بررسی مطالعات پیشین به شرح ذیل است:

**ترکیب خانواده/ جامعه:** جمعیت ۶۵ ساله یا بیشتر، جمعیت ۱۸ ساله یا کمتر، درصد افراد دارای معلولیت، درصد خانوارهایی با سرپرستان بالای ۶۰ سال، درصد خانواده‌های تک والد، درصد زنان سرپرست خانوار دارای فرزند، درصد زنان کمتر از ۱۷ سال دارای فرزند، درصد خانوارهایی با کودک زیر ۱۸ سال، درصد افراد ۶ تا ۱۴ ساله که به مدرسه نمی‌روند، بعد خانوار، امید به زندگی

**وضعیت اجتماعی و اقتصادی:** درصد افرادی زیر خط فقر، شاخص نابرابری درآمد جینی، نرخ بیکاری، درآمد سرانه، نسبت افراد در معرض خطر صنایع، نسبت مشاغل در معرض خطر، میزان اشتغال افراد ۱۰ تا ۱۴ ساله، درصد جمعیت شهری، درصد

بعد از استخراج متغیرهای های آسیب پذیری اجتماعی با رویکرد باروری کل از مطالعات درون مرزی و برون مرزی، به منظور بومی سازی آندسته از متغیرهایی که بر پیامد تحت مطالعه موثر هستند، نظر ۲۷ نفر از افراد خبره مورد استناد قرار گرفت و بررسی گردید که چند نفر از خبرگان با هر یک از مولفه ها موافق هستند. در صورتی که بیش از ۵۰ درصد از پاسخگویان با هر یک از مولفه ها موافق باشند می توان پذیرفت که خبرگان در مورد آن توافق دارند. اما جهت بررسی اعتبار پرسشنامه تکمیل شده توسط خبرگان، نظرات خبرگان مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به تطبیق کمتر از ۵۰ درصدی نظرات دو نفر از خبرگان با سایر افراد این دو پرسشنامه نامعتبر تشخیص داده شد و بررسی ۲۵ پرسشنامه باقیمانده صورت گرفت که نتایج نهایی بشرح ذیل می باشد.

مراقب ویژه بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت، سهام پزشکی رزرو شده، زنجیره ایمن ذخایر ضروری در سطح منطقه، درصد دسترسی جمعیت به بیمه درمانی، درصد دسترسی جمعیت به بیمه عمر، افراد کمتر از ۶۵ سال که بیمه درمانی ندارند، درصد کودکانی که به بیمه سلامت دسترسی ندارند، تعداد مراکز بهداشتی یا بیمارستانی در سطح منطقه، درصد دسترسی جمعیت به امتیاز برق، درصد دسترسی جمعیت به آب لوله کشی، درصد دسترسی جمعیت به آب کافی، درصدی از خانوارهای شهری که به خدمات جمع آوری زباله بصورت بهداشتی دسترسی دارند، دسترسی جمعیت به مواد شوینده/ ضد عفونی کننده بهداشتی، عدم وجود سیاست های دولتی و شهرداری، فقدان مشارکت های مردمی

**آموزش:** نرخ بی سواد، درصد کودکانی که والدین آنها کمتر از شش کلاس (مقطع ابتدایی) سواد دارند، درصد کودکانی که والدین آنها فاقد دیپلم (پایان مقطع متوسطه) می باشند.

### جدول ۱. میزان توافق خبرگان در انتخاب مولفه های پیشنهادی

شاخص	تعداد موافقین	کل پاسخگویان	نتیجه توافق
جمعیت ۶۵ ساله یا بیشتر	۶	۲۵	عدم توافق
جمعیت ۱۸ ساله یا کمتر	۶	۲۵	عدم توافق
درصد افراد دارای معلولیت	۱۸	۲۵	توافق
درصد خانوارهایی که سرپرستان بالای ۶۰ سال سن دارند	۵	۲۵	عدم توافق
های تک والد درصد خانواده	۸	۲۵	عدم توافق
درصد زنان سرپرست خانوار دارای فرزند	۷	۲۵	عدم توافق
درصد زنان کمتر از ۱۷ ساله که دارای فرزند هستند	۱۳	۲۵	توافق
درصد خانوارهایی که کودکان زیر ۱۸ سال دارند	۶	۲۵	عدم توافق
روند درصد افراد ۶ تا ۱۴ ساله که به مدرسه نمی	۸	۲۵	عدم توافق
کنند) بعد خانوار (تعداد افرادی که در یک خانواده زندگی می	۱۶	۲۵	توافق
امید به زندگی	۸	۲۵	عدم توافق
کنند درصد افرادی که زیر خط فقر زندگی می	۲۱	۲۵	توافق
شاخص نابرابری درآمد جینی	۱۱	۲۵	عدم توافق
نرخ بیکاری	۲۰	۲۵	توافق
درآمد سرانه	۱۲	۲۵	عدم توافق
نسبت افراد در معرض خطر صنایع	۰	۲۵	عدم توافق
نسبت مشاغل در معرض خطر	۱	۲۵	عدم توافق

نتیجه توافق	کل پاسخگویان	تعداد موافقین	شاخص
عدم توافق	۲۵	۲	میزان اشتغال افراد ۱۰ تا ۱۴ ساله
عدم توافق	۲۵	۷	درصد جمعیت شهری
عدم توافق	۲۵	۹	کنند کار می‌درصد خانوارهایی که سرپرستان آنها در بخش غیررسمی
توافق	۲۵	۱۶	کنند دریافت می‌های مردمی درصد خانوارهایی که کمک
عدم توافق	۲۵	۱۱	کنند درصد کودکانی که در فقر زندگی می
عدم توافق	۲۵	۱	درصد کودکانی که به اینترنت دسترسی ندارند
عدم توافق	۲۵	۱۶	درصد کودکانی که امنیت غذایی ندارند
عدم توافق	۲۵	۱۰	میانگین تعداد افراد در یک خانوار تک والد
توافق	۲۵	۱۸	درصد افراد بی خانمان
عدم توافق	۲۵	۳	ساختارهای چند واحدی
عدم توافق	۲۵	۴	های ۱۰ واحد یا بیشتر هستند درصد مسکن هایی که دارای سازه
عدم توافق	۲۵	۸	های آپارتمانی فضای ساختمان
عدم توافق	۲۵	۶	های متحرک درصد خانه
عدم توافق	۲۵	۹	های گروهی نهادینه شده درصد افرادی حاضر در مکان
عدم توافق	۲۵	۱۰	تراکم یا ازدحام جمعیت
عدم توافق	۲۵	۰	مشاغلی که نیاز به تماس فیزیکی با افراد دیگر دارند
عدم توافق	۲۵	۷	های امن بعنوان سرپناه هستند جمعیتی که فاقد خانه
عدم توافق	۲۵	۲	درصد خانوارهایی که فاقد وسیله نقلیه هستند
عدم توافق	۲۵	۵	کنند استفاده می‌درصد خانوارهایی که از وسایل حمل و نقل عمومی
عدم توافق	۲۵	۶	کنند درصد جمعیت شاغلی که روزانه بیش از ۶۰ دقیقه صرف رفت و آمد می
عدم توافق	۲۵	۱	درصد دسترسی جمعیت کارگر که در زمان بحران به وسایل حمل و نقل عمومی / ضروری
عدم توافق	۲۵	۱۲	درصد افرادی که به غذای کافی دسترسی ندارند
عدم توافق	۲۵	۵	کنند درصد افرادی که زبان کشور محل زندگی را در حد کمتر از متوسط صحبت می
عدم توافق	۲۵	۱۲	های دینی و مذهبی قرار دارند درصد افرادی که در اقلیت
توافق	۲۵	۱۴	درصد پناهندگان یا جمعیت مهاجر
توافق	۲۵	۱۷	سلامت (حسب شرایط اپیدمیولوژیک منطقه) مخاطرات بومی
عدم توافق	۲۵	۱۰	درصد چاقی
عدم توافق	۲۵	۱۰	درصد افراد سیگاری
عدم توافق	۲۵	۱۱	درصد افرادی که ازدیاد فشار خون دارند
عدم توافق	۲۵	۹	درصد افراد دارای دیابت
عدم توافق	۲۵	۹	درصد افراد دارای نارسایی مزمن قلب
عدم توافق	۲۵	۷	های مزمن انسدادی تنفسی درصد افراد دارای بیماری
توافق	۲۵	۱۴	وضعیت تغذیه
عدم توافق	۲۵	۷	نمره فاصله اجتماعی
عدم توافق	۲۵	۱۱	بی تحرکی
عدم توافق	۲۵	۸	های بهداشتی (مخصوصا مراقبت با پیچیدگی بالا) دسترسی به مراقبت

شاخص	تعداد موافقین	کل پاسخگویان	نتیجه توافق
تعداد پزشک بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت	۱۷	۲۵	توافق
تعداد متخصصان بالینی بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت	۹	۲۵	عدم توافق
های بیمارستانی بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت تعداد تخت	۵	۲۵	عدم توافق
های بخش مراقب ویژه بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت تعداد تخت	۷	۲۵	عدم توافق
سهام پزشکی رزرو شده	۱	۲۵	عدم توافق
زنجره ایمن ذخایر ضروری در سطح منطقه	۵	۲۵	عدم توافق
درصد دسترسی جمعیت به بیمه درمانی	۱۷	۲۵	توافق
درصد دسترسی جمعیت به بیمه عمر	۱۰	۲۵	عدم توافق
افراد کمتر از ۶۵ سال که بیمه درمانی ندارند	۵	۲۵	عدم توافق
درصد کودکانی که به بیمه سلامت دسترسی ندارند	۸	۲۵	عدم توافق
تعداد مراکز بهداشتی یا بیمارستانی در سطح منطقه	۶	۲۵	عدم توافق
درصد دسترسی جمعیت به امتیاز برق	۳	۲۵	عدم توافق
درصد دسترسی جمعیت به آب لوله کشی	۱۱	۲۵	عدم توافق
درصد دسترسی جمعیت به آب کافی	۶	۲۵	عدم توافق
درصدی از جمعیت که دفع صحیح فاضلاب دارند	۵	۲۵	عدم توافق
درصدی دسترسی خانوارهای شهری که به خدمات جمع آوری زباله بهداشتی دارند	۳	۲۵	عدم توافق
دسترسی جمعیت به مواد شوینده/ ضد عفونی کننده بهداشتی (صابون، الکل و...)	۲	۲۵	عدم توافق
های دولتی و شهرداری عدم وجود سیاست	۱	۲۵	عدم توافق
های مردمی فقدان مشارکت	۵	۲۵	عدم توافق
نرخ بی سواد	۲۵	۲۵	توافق
درصد کودکانی که والدین آنها کمتر از شش کلاس (مقطع ابتدایی) سواد دارند	۴	۲۵	عدم توافق
باشند درصد کودکانی که والدین آنها فاقد دیپلم (پایان مقطع متوسطه) می	۱۰	۲۵	عدم توافق

این شاخص از تعداد ۲۱ نفر خبره درخواست شد ضرورت هر سوال را بر اساس یک طیف لیکرت سه گزینه ای (شامل: ضروری است، مفید است اما ضروری نیست و ضرورتی ندارد) مشخص نمایند. با توجه به تعداد افراد خبره، مقدار CVR بیش از ۰,۴۲ مورد قبول در نظر گرفته خواهد شد. نتایج نظر ۲۱ نفر خبره در جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به جدول ۲ فوق می توان پذیرفت تمامی متغیرها ضروری هستند و نیاز به حذف هیچک از متغیرها نمی باشد.

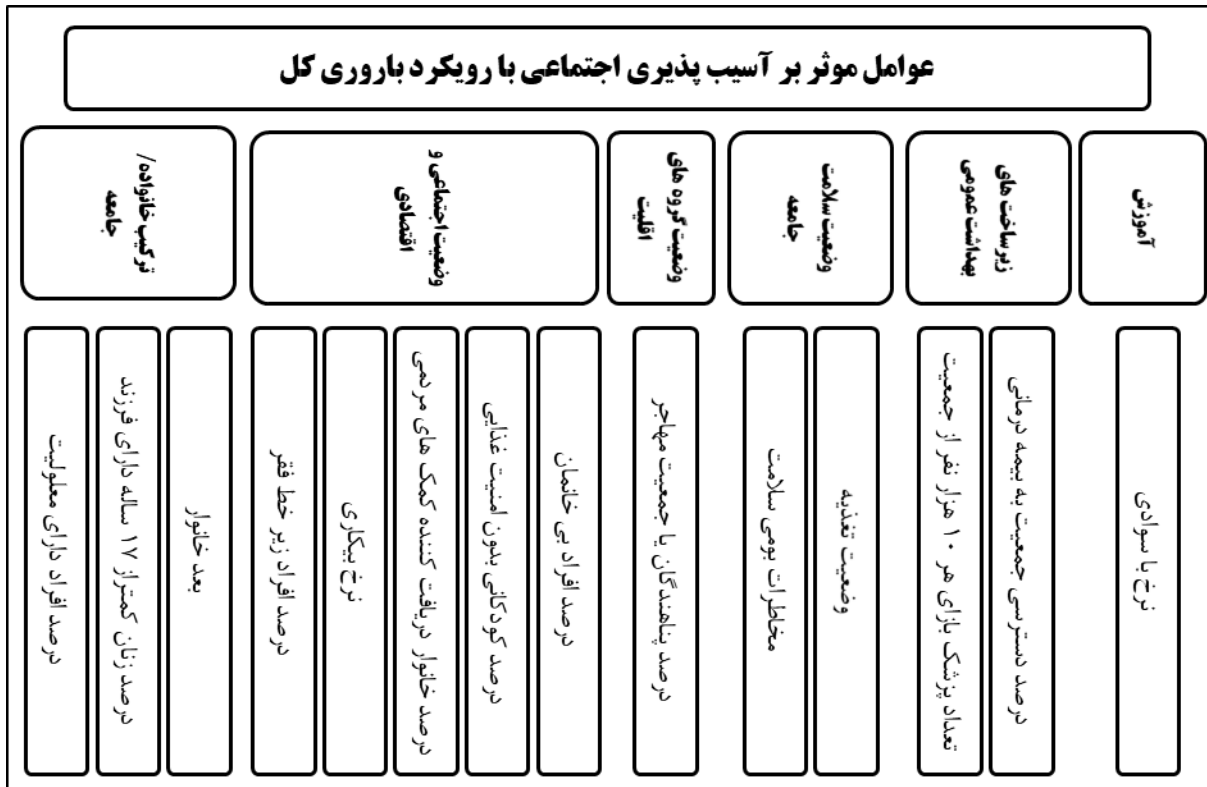
در مجموع ۱۴ مولفه مورد توافق قرار گرفت که این متغیرها به شرح جدول ۲ می باشند. بر این اساس سه مولفه مربوط به بعد "ترکیب خانواده/جامعه"، پنج مولفه مربوط به "وضعیت اجتماعی و اقتصادی"، یک مولفه مربوط به "وضعیت گروه های اقلیت"، دو مولفه مربوط به "وضعیت سلامت جامعه"، دو مولفه مربوط به "زیر ساخت های بهداشت عمومی" و یک مولفه مربوط به بعد "آموزش" مورد تایید قرار گرفته اند. برای سنجش میزان ضرورت حضور هر یک از متغیرهای استخراج شده در مرحله قبل از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) کمک گرفته شد. برای تعیین

## جدول ۲. نسبت روایی محتوا (CVR) مربوط به متغیرهای استخراج شده از مرحله اول

نتیجه	CVR	تعداد پاسخگویان	تعداد گزینه ضروری
مورد تایید	0.428	15	21

درصد افراد دارای معلولیت

مورد تایید	0.619	17	21	درصد زنان کمتر از ۱۷ ساله که دارای فرزند هستند
مورد تایید	0.714	18	21	کنند) بعد خانوار (تعداد افرادی که در یک خانواده زندگی می
مورد تایید	0.905	20	21	کنند) درصد افرادی که زیر خط فقر زندگی می
مورد تایید	0.619	17	21	نرخ بیکاری
مورد تایید	0.524	16	21	کنند) دریافت می‌های مردمی درصد خانوارهایی که کمک
مورد تایید	0.619	17	21	درصد کودکانی که امنیت غذایی ندارند
مورد تایید	0.428	15	21	درصد افراد بی خانمان
مورد تایید	0.714	18	21	درصد پناهندگان یا جمعیت مهاجر
مورد تایید	0.809	19	21	سلامت) (حسب شرایط اپیدمیولوژیک منطقه) مخاطرات بومی
مورد تایید	0.714	18	21	وضعیت تغذیه
مورد تایید	0.428	15	21	تعداد پزشک بازی هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت
مورد تایید	0.524	16	21	درصد دسترسی جمعیت به بیمه درمانی
مورد تایید	0.905	20	21	نرخ بی سواد



شکل ۱. مدل نهایی مربوط به عوامل موثر بر آسیب پذیری اجتماعی با رویکرد باروری کل



## بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بعد ترکیب خانواده و جامعه، با سه مولفه "درصد افراد دارای معلولیت"، "درصد زنان کمتر از ۱۷ ساله دارای فرزند" و "بعد خانوار" سنجیده می شود. بر اساس نتایج سایر پژوهش ها نیز بالا بودن معلولیت ها به دلیل ترس از تولد فرزند معلول یکی از دلایل کاهش انگیزه برای باروری می باشد (۱۱) و از طرفی تاخیر در ازدواج تمایل به فرزند آوری را کاهش می دهد و آسیب ازدواج و فرزند آوری در سنین پایین، باروری های بعدی را در پی دارد (۱۲) و در نهایت بعد خانوار در یک منطقه در تعیین تعداد فرزندان که داشتن آن از نظر اجتماع مناسب تلقی می شود، نقش دارند. (۱۳) به همین دلیل در جوامعی که بعد خانوارها بزرگتر است به نظر می رسد که فرهنگ غالب، فرزند آوری بیشتر باشد و لذا تمایل به فرزند آوری در این جوامع بیشتر خواهد بود.

بعد وضعیت اجتماعی و اقتصادی با پنج مولفه ی "درصد افراد زیر خط فقر"، "نرخ بیکاری"، "درصد خانوار دریافت کننده کمک های مردمی"، "درصد کودکانی بدون امنیت غذایی" و "درصد افراد بی خانمان" به عنوان آندسته از آسیب های اجتماعی که می توانند بر باروری کل در یک منطقه موثر شناسایی شده است. نظریه های اقتصادی باروری، فرزندان را به عنوان کالا در نظر می گیرند. افراد سبک سنگین می کنند و ارزیابی هزینه ها و منافع داشتن فرزند را مورد بررسی قرار می دهند. و اگر داشتن فرزند با منافی برای آنها همراه باشد، مثلاً نقش اقتصادی در خانواده ایفا کنند، در فرزند آوری آنها نقش مهمی بازی نموده و تمایل آنها را برای فرزند آوری افزایش می دهد. و اگر داشتن فرزند با هزینه هایی همراه باشد و هزینه فرصت بیشتری بر خانواده تحمیل کند آنها تمایل کمتری به فرزند آوری خواهند داشت. در نتیجه تمایل به فرزند آوری کمرنگ می شود. (۱۴) در جوامعی که زنان در کنار مردان به کار مشغول هستند وضعیت اقتصادی خانوارها ممکن است بهبود یابد اما این موضوع که می تواند حاصل از تحصیلات بیشتر زنان باشد سن ازدواج زنان را افزایش می دهد و در مجموع ازدواج در سنین بالا به دلایل مختلف می تواند سبب کاهش فرزند آوری شود (۱۵). ایجاد امنیت غذایی

مستلزم دسترسی همه اعضای خانواده، به ویژه قشرهای آسیب پذیر به مواد غذایی است. در مبحث امنیت غذایی، گروه های مختلفی در معرض ناامنی غذایی قرار می گیرند. با افزایش بعد خانوار مواد غذایی باید بین افراد بیشتری تقسیم شود. بنابراین دسترسی به ازای هر فرد کاهش می یابد. فلذا مادر باردار با تعداد فرزند بیشتر و کودکان در خانواده های پرجمعیت در معرض ناامنی غذایی بیشتری قرار می گیرند (۱۶) عدم توجه به مسکن می تواند یکی از دلایل باشد که بر تمایل به فرزند آوری موثر است. ولی با اینکه افراد بی خانمان معمولاً در به صورت مجرد زندگی می کنند و این موضوع باید تاثیر منفی بر فرزند آوری داشته باشد اما این افراد معمولاً در مناطقی زندگی می کنند که وضعیت اقتصادی مناسبی وجود ندارد و نمی توان گفت که این موضوع می تواند باعث کاهش فرزند آوری شود و در مناطق با نرخ بالاتر افراد بی خانمان، ممکن است شاهد نرخ رشد بیشتر جمعیت باشیم. (۱۷).

بر اساس نظریه لوکاس و میر ایدئولوژی و باورهای فرهنگی مذهبی برخی گروه های قومی به گونه ای است که فرزند آوری زیاد را تجویز و تقویت می کند. از طرف دیگر عدم امنیت و در حاشیه بودن گروه های قومی-مذهبی به عنوان یک گروه اقلیت می باشد آنها را مجاب می کند که موقعیت خود را از طریق تداوم ارزشها و هنجارهایی از قبیل بعد گسترده خانواده، حفظ نمایند. همچنین به خودی خود اقلیت ها تمایل به فرزند آوری ندارد اما خصوصیات اجتماعی و اقتصادی این گروه ها می تواند سبب افزایش تمایل به فرزند آوری شود. (۱۸)

آسیب دیگری که مطرح شده است؛ وضعیت سلامت جامعه می باشد که بر اساس نظرات خبرگان با دو مولفه قابل سنجش است. اولین "وضعیت تغذیه" در جامعه است و دیگری "مخاطرات بومی سلامت" (مانند بیماری های خاص همچون مالاریا، سالک، تب مالت، نقرس، ازدیاد فشار خون، دیابت و یا مخاطرات شغلی در یک منطقه) می باشد. امنیت غذایی به عنوان شاخص سلامتی در سطوح خانوار مطرح است و ناامنی غذایی می تواند زمینه ساز مشکلات تکاملی، سلامتی و تغذیه ای باشد. با افزایش تعداد افراد در یک گروه یا خانواده مواد غذایی باید بین افراد تقسیم شود. (۱۹) سایر مخاطرات بومی سلامتی معمولاً ریشه

گیری، تاثیر زیادی داشته باشد و این موضوع می‌تواند باعث کاهش باروری شود (۲۱). در مجموع تحصیلات زنان از طریق استقلال در تصمیم‌گیری زنان و نیز استقلال اقتصادی آنها، سبب شده است که تمایل آنها برای فرزندآوری کاهش پیدا کند. (۲۲)

همانطور که در موارد فوق اشاره شد تا حد زیادی تمامی آسیب‌شناسایی شده در پژوهش متأثر از وضعیت اقتصادی-اجتماعی هستند فلذا با توجه به اهمیت وضعیت اقتصادی-اجتماعی و آسیب‌های مطرح شده در این بعد، از دو منظر می‌توان در پی کاهش این آسیب‌ها بود. از منظر اول پیشنهاد می‌گردد گروه هدف در اجرای سیاست‌های جمعیتی، در مناطقی باشند که از نظر اوضاع اقتصادی-اجتماعی در سطح بالاتری قرار دارند. و از طرف دیگر با توجه به افزایش تمایل به باروری در مناطقی که از نظر اقتصادی-اجتماعی دارای ضعف هستند پیشنهاد می‌گردد امکانات و تسهیلات بیشتری در این مناطق در نظر گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد مجید سلطانی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد و نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام عزیزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، سپاسگذاری نمایند.

### References

1. Neizi, M., Torenjipoor, F., Noruzi, M., Asgarikaveri, A. Meta-Analysis of Social Factors Affecting Fertility in Iran. *Social Development & Welfare Planning*, 2016; 7(29): 69-119.
2. Huang J, Su F, Zhang P. Measuring social vulnerability to natural hazards in Beijing-Tianjin-Hebei Region, China. *Chinese Geographical Science*. 2015;(4): 472-485.
3. Yari K, Shahesvari M. Survey and spatial analysis of social vulnerability of cities in Khuzestan province (case study: cities with more than 10 thousand people). *Haft Hesar environmental studies*. 2017; 6(24): 29-40.
4. Safdari-Dehcheshmeh F, Noroozi M, Taleghani F, Memar S. Factors influencing the delay in childbearing: A narrative review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2023;28(1):10-19.
5. Dioikitopoulos E, Varvarigos D. Delay in childbearing and the evolution of fertility rates. *Journal of Population Economics*. 2023; 36(3):1545-1571
6. Arabi S, Maleki M, Bahrami H. Identifying and prioritizing factors affecting childbearing in Iran. *Strategic studies of women*. 2023;25(99):129-164.
7. Manager F, only F. The effect of sense of security on behavior, ideal and intention to have children in Tehran. *Quarterly journal of interdisciplinary studies in humanities*. 2022;14(4):93-115.
8. Qahfarkhi S.S., Askarindoushan A., Einizinab H., Rohani A., Abbasishawazi M. At the crossroads of the decision to have children: an analysis of the individual and social challenges of having children in the context of low fertility in the city of Isfahan. *Journal of Applied Sociology* . 2023;33(4):1-28.

در رعایت مسایل بهداشتی دارد که موضوعات بهداشتی نیز با وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد در جامعه مرتبط می‌باشند. سلامت مردم با ویژگی‌های جامعه و ساختار اجتماعی و اقتصادی آن مرتبط است (۲۰)

زیرساخت‌های بهداشت عمومی بعد دیگری که در این بخش به عنوان آسیب‌های اجتماعی با اهمیت در خصوص باروری به آن اشاره شده است. در این بعد به دو مولفه "تعداد پزشک‌بازای هر ۱۰ هزار نفر از جمعیت" و "درصد دسترسی جمعیت به بیمه درمانی" اشاره شده است. این موضوع که زیرساخت‌های بهداشتی به چه صورت می‌تواند بر باروری تاثیر گذار باشد از دو منظر قابل بررسی است. به صورت مشخص وضعیت اقتصادی بهتر سبب خواهد شد که امکان دسترسی به خدمات سلامت افزایش یابد و یا حتی تمایل به استفاده از بیمه‌های درمانی کاهش پیدا کند اما این موضوع سبب تمایل بیشتر به فرزندآوری نخواهد شد. از طرف دیگر گسترش نظام خدمات سلامت دسترسی به پزشک و بیمه‌های درمانی را برای قشر آسیب‌پذیر نیز فراهم کرده است همانطور که گفته شد این افراد معمولاً تمایل بیشتری به فرزندآوری دارند.

آخر موضوع مطرح شده آموزش است که بر اساس مطالعات لم تحصیلات زنان باعث تغییر موقعیت آنها در جامعه خواهد شد و این موضوع می‌تواند بر اشتغال زنان و مشارکت آنها در تصمیم

9. Rezaei T., Mohammadi A. Investigating and analyzing the reasons for women's reluctance to have children. *Scientific Quarterly Journal of Ilam Culture*. 2022;22(72.73):118-137.
10. Mirabi S, Mirzaei H, Hosnidarmian GH. A phenomenological study of married women's awareness of having children. *Applied sociology*. 2019;31(3):1-20.
11. Youseflou S, Moradi M, Broumandfar Z. Paying attention to the needs and concerns of having children of women with disabled children as a vulnerable group in the population youth program: a systematic review. *National conference on population protection and healthy childbearing 2023*.
12. Aram M, Azizi S. Analysis of population increase and decrease factors based on the teachings of Quran and Hadith. *Cultural-educational quarterly for women and family*. 2023;18(63):213-240.
13. Makundi Z, Alidosti M, Shafaian M, Hemmati F. Factors affecting childbearing in mothers with one child and multiple children: a comparative study. *Journal of nursing and midwifery*. 2023;21(5):385-393.
14. Mushfaq M, Moradithani Q, Hosseinkhani S. An analysis of the relationship between employment and desire to have children among working women on the verge of marriage at the level of the country's provinces. *the crowd* 2015;15(3):1-24.
15. Rad F, Tawabi H. Examining fertility tendency and social factors related to it (a case study of married women aged 15-50 living in Tabriz city). *Women and family studies*. 2014;3(1):55-127.
16. Momayyezi M, Fallahzadeh H. Food Security and Its Related Factors in Pregnant Women Referred to Health Centers in Yazd, Iran. *Journal of Preventive Medicine*. 2023;(3):244-255.
17. Baghi M, Sadeghi R, Hatami A. Willingness to have children in Iran: determinants and limitations. *Strategic studies of culture*. 2021;1(4):59-80.
18. Fortun Y, Mirzaei S. Ethnic preferences of having children in Iran. *Bi-quarterly journal of population studies*. 2017; 4(2):35-60.
19. Mohsenzadeh M, Karimzadeh H, Aghaarihir M. Comparing the food security status of rural households in Haris and Bostanabad cities using FGIS method. *Geography and environmental planning*. 2022;33(4):1-26.
20. Azizi-zain-al-Hajlou A, Tabrizi J. Social determinants of health status: the impact of socioeconomic status on people's health. *Health image*. 2013; 15(1):15-23.
21. Lam G. How does gender equity affect fertility in Hong Kong?: Hong Kong University of Science and Technology (Hong Kong); 2007.
22. Abbasishawazi M, Khajesalehi Z. Measuring the impact of independence, social participation, and women's education on the willingness to have children (Sirjan city case study). 2012;11(1):45-64.

## Original Article

### Identification of social vulnerability components with total fertility approach

Received: 29/09/2024 - Accepted: 24/09/2024

Ali Taghipour<sup>1</sup>  
Seyed Javad Hosseini<sup>2</sup>  
Ehsan Musa Farkhani<sup>3</sup>  
Majid Soltani<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup>Professor of the Department of Epidemiology, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Medical Biotechnology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

<sup>3</sup>Assistant Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

<sup>4</sup>Master's student, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

Email: soltanim8@mums.ac.ir

#### Abstract

**Introduction:** In developing societies, in addition to the fact that the high fertility rate can cause problems, its low rate causes the age structure of the population to change to old age. Proportionate population of countries is important according to social conditions, and every country should try to reduce social vulnerability with policies based on increasing or decreasing fertility by recognizing the social and economic effects. This article is done with the aim of identifying social harms with regard to total fertility.

**Methods:** The current research is an applied research in terms of its purpose and a qualitative research in terms of its method, which was conducted to identify the components of social vulnerability with the approach of total fertility in 1403. For this purpose, based on the review of past studies, 75 components were identified and then using the opinions of 27 experts in the field of research, the most important components were identified and categorized.

**Results:** Based on the results of 6 dimensions and 14 components have been determined as components of social vulnerability with total fertility: family/community composition (3 components), social and economic status (5 components), status of minority groups (1 component), status Community health (2 components), public health infrastructure (2 components) and education (1 component)

**Conclusion:** Considering the importance of the economic-social situation and the mentioned damages, it is suggested that the target group in the implementation of population policies should be in the areas that are exposed to less economic-social damages; and More facilities should be considered in areas where this damage is more.

**Keywords:** social injuries, social vulnerability, total fertility