ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e19

Journal of Police Medicine

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

Emotional Intelligence and Attitudes Toward Fertility and Childbearing Among Female Employees of Iran University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study

Raheleh Charmchi[1,3], Parisa Moradimajd[1,4*], Atiyeh Sadat Sajadi[1], Shahnam Sedigh Marofi[1], Mahdieh Ramezani[1], Zahra Pirdadeh Beiranvand[1], Azam Saei[2], Mina Namvar[3]

[1] Department of Anesthesia Technology, Faculty of Allied Medical Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[2] Research Center for Trauma in Police Operations, Directorate of Health, Rescue & Treatment, Police Headquarters, Tehran, Iran.
[3] School of Allied Medical Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

AIMS: Declining fertility rates in Iran have raised concerns about population aging and demographic sustainability. Psychological factors may be associated with attitudes toward fertility and childbearing; however, the relationship between emotional intelligence and these attitudes has received limited attention. This study examined the association between emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing among married female employees of Iran University of Medical Sciences.

MATERIALS & METHODS: This cross-sectional correlational study was conducted in 2026–2025) 1404) among 197 married female employees of Iran University of Medical Sciences. Data were collected using the Siberia Schering Emotional Intelligence Questionnaire, based on Goleman's model, and the Rad and Savabi Attitudes Toward Fertility and Childbearing Questionnaire. Associations between the total emotional intelligence score and its five subscales and attitudes toward fertility and childbearing were examined using Pearson correlation, with Holm–Bonferroni correction. Simple linear regression was also performed with the total emotional intelligence score as the predictor, and multiple linear regression with the five subscales as predictors; attitudes toward fertility and childbearing were the outcome in both models. The regression models were not adjusted for demographic, family, or occupational confounders. Data were analyzed using SPSS version 25.

FINDINGS: The total emotional intelligence score had a weak positive correlation with attitudes toward fertility and childbearing (Pearson's r = 0.16), but this association was not statistically significant after Holm–Bonferroni correction (adjusted p = 0.100). Among the subscales, self-awareness (r = 0.20; adjusted p = 0.025) and empathy (r = 0.26; adjusted p = 0.006) were positively and significantly associated with these attitudes, whereas the other subscales were not. In simple regression, overall emotional intelligence explained approximately %2.5 of the variance in attitudes toward fertility and childbearing. In the multiple regression model, the five subscales together explained approximately %10 of the variance in the outcome ($R0.10 = {}^{2}$). Self-awareness (standardized β = 0.16, p = 0.027) and empathy (standardized β = 0.26, p = 0.001) had positive, statistically significant coefficients.

CONCLUSION: The association between overall emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing was weak and did not remain statistically significant after correction for multiple testing. However, self-awareness and empathy showed positive, statistically significant associations with these attitudes. Given the limited proportion of variance explained by the variables examined and the lack of adjustment for potential confounders, these findings should be interpreted with caution.

KEYWORDS: Emotional intelligence; Fertility; Childbearing; Attitude; Women; Iran.

How to cite this article:

Charmchi R., Moradi Majd P., Sadat Sajadi A., Sedigh Marofi S., Ramezani M., Pirdadeh Beiranvand Z., Saei A., Namvar M.. Emotional Intelligence and Attitudes Toward Fertility and Childbearing Among Female Employees of Iran University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study. J Police Med. 2025;14:e19.

***Correspondence:**

Address: Shahid Hemmat Highway, Tehran, IRAN, Postal Code: 1449614535.
eMail: **moradimajd.p@gmail.com**

Article History:

Received: 02/09/2024
Accepted: 24/04/2025
ePublished: 06/08/2025

Copyright © 2025, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

INTRODUCTION

One of the most significant demographic changes worldwide in recent decades has been the decline in fertility rates. According to the United Nations' 2019 World Population Prospects report, nearly half of the world's population lived in countries or areas where the total fertility rate was below 2.1 live births per woman, a level generally considered to approximate replacement fertility in low-mortality populations [1]. Declining fertility affects not only population growth but may also transform the age structure and demographic composition of societies [1, 2]. Iran, too, has experienced a substantial decline in fertility in recent decades. World Bank data indicate a downward trend in Iran's fertility rate over the past decades [3], and its continuation has raised concerns about population aging and the sustainability of the country's demographic structure [1, 2].

In Iran, decisions about childbearing are made within a context shaped by social, economic, family, and psychological factors. Studies conducted in the country suggest that a range of economic, social, individual, family, and psychological factors—including attitudes toward childbearing, subjective norms, social support, and marital satisfaction—may be associated with the desire and intention to have children [2, 4–6]. These decisions may be particularly challenging for employed women, who must balance professional and family responsibilities. A qualitative study of employed women in Tehran documented challenges related to motherhood and childbearing in the context of their employment [7]. A study of employed Iranian mothers likewise reported challenges associated with combining paid work and the care of young children [8].

Attitudes toward fertility and childbearing are among the factors associated with fertility-related decisions and behaviors. Studies have found that people's attitudes, preferences, and expectations concerning children, childbearing, and other life goals are related to fertility intentions and behaviors [9, 10]. *Barber* found that positive attitudes toward children and childbearing were associated with a greater likelihood of transitioning to parenthood within marriage, while attitudes toward competing goals and activities could also be associated with childbearing behavior [10]. In Iran, decisions about childbearing are also multifactorial. For example, *Araban* et al. found that attitudes, subjective norms, hope, perceived social support, and marital satisfaction were associated with Iranian women's childbearing intentions [5].

For employed women, workplace conditions may also form part of this context. A systematic review found that occupational stress was associated with fertility, childbearing intentions, and fertility treatment among workers [11]. In a recent study of 813 married, full-time employed women in Iran, work–family conflict was significantly and negatively associated with childbearing intentions [12]. These findings underscore the importance, from an occupational-health perspective, of considering workplace conditions, psychological factors, and work–family balance together when examining fertility-related decisions among employed women [11, 12]. These considerations may also be relevant to the study of workers' reproductive health in high-demand settings, including healthcare, service, and law-enforcement environments.

Alongside social and occupational factors, psychological characteristics may also be associated with how people approach issues related to fertility and childbearing. Emotional intelligence (EI) refers to abilities involved in perceiving, expressing, understanding, and managing emotions; various models and instruments have been developed to conceptualize and assess it [13, 14]. Evidence also links emotional intelligence to certain psychological outcomes associated with pregnancy. *Fu* et al. found that emotional intelligence and dyadic satisfaction may buffer the adverse effects of pregnancy-related stress on anxiety and depressive symptoms among pregnant women [15]. *Özer* and *Yılar Erkek* examined associations between pregnant women's emotional intelligence and fear of childbirth, childbirth preparedness, and stress-coping strategies [16]. Although these studies did not directly assess attitudes toward fertility and childbearing, their findings suggest that emotional intelligence may be associated with some psychological aspects of pregnancy and with coping with stress during this period [15, 16].

Despite the importance of psychosocial and occupational factors in decisions about childbearing, evidence on the relationship between emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing—particularly among employed Iranian women—remains limited. Examining this relationship may improve understanding of a potential psychological correlate of fertility attitudes in the context of employment and provide a basis for future research on occupational health and family support for employees, especially in high-demand workplaces. Accordingly, this study examined the association between emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing among female employees of Iran University of Medical Sciences.

MATERIALS & METHODS

This cross-sectional descriptive-correlational study was conducted in 1404 (2025–2026) among female employees of Iran University of Medical Sciences (IUMS). The study population comprised female employees of IUMS, and participants were recruited through convenience sampling. In accordance with the study protocol, the study population comprised female employees of IUMS, and participants were recruited through

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

convenience sampling. Based on preliminary data from 40 participants, the Pearson correlation between the total emotional intelligence score and attitudes toward fertility and childbearing was estimated at 0.20 (95% confidence interval: −0.12 to 0.48). This estimate was used as the expected effect size for sample-size planning. The sample size was calculated using a formula based on Fisher's z transformation, assuming a two-sided test, a significance level of 0.05, 80% statistical power, and an expected correlation of 0.20. The minimum required sample size was 194; allowing for potentially incomplete questionnaires, the target sample was set at 200. A total of 200 questionnaires were distributed and returned. Of these, three (1.5%) were excluded from analysis because of incomplete responses. Missing data were not imputed; analyses were conducted using complete cases, resulting in a final analytical sample of 197 participants. Eligibility criteria were being married, being of reproductive age, having at least two years of work experience, and being willing to participate in the study.

Data were collected using three instruments: a sociodemographic information checklist, the Siberia Schering Emotional Intelligence Questionnaire (*Goleman* version) [17], and the Fertility and Childbearing Attitudes Questionnaire developed by *Rad* and *Savabi* (2015). The emotional intelligence questionnaire comprised 33 items rated on a five-point Likert scale and assessed five subscales: self-awareness, self-regulation, motivation, empathy, and social skills. Total scores ranged from 33 to 165, with higher scores indicating greater emotional intelligence. The questionnaire was standardized in Iran by *Mansouri*, and Iranian studies have reported acceptable reliability for its 33-item version, including a Cronbach's alpha of 0.85 [17, 18].

Attitudes toward fertility and childbearing were assessed using the Fertility and Childbearing Attitudes Questionnaire developed by *Rad* and *Savabi* (2015). This instrument comprises 16 items rated on a six-point Likert scale, with a total score range of 16-19. The original study reported a Cronbach's alpha of 0.716 for the instrument [19]. In the present study, its internal consistency was also examined, yielding a Cronbach's alpha of 0.79. Higher scores indicated more positive attitudes toward fertility and childbearing.

After the study objectives had been explained and written informed consent obtained, participants received paper questionnaires to complete independently; the researchers collected the completed forms. Participants were assured that their information would remain confidential, their identities would be kept anonymous, and participation was entirely voluntary. They could withdraw from the study at any time without consequence.

Ethical Considerations: The study was conducted after receiving authorization from the Research Council of Iran University of Medical Sciences and approval from the university's Research Ethics Committee (ethics code IR.IUMS.REC.1403.1073). Before enrollment, the study objectives and procedures were explained to participants, and written informed consent was obtained. Participation was entirely voluntary, and participants could withdraw at any stage without consequence. They were also assured that their information would remain confidential and that study data would be reported without disclosing individual identities.

Statistical Analysis: Quantitative variables were summarized using means and standard deviations, and categorical variables using frequencies and percentages. Pearson's correlation coefficient was used to examine the associations of the total emotional intelligence score and its five subscales with attitudes toward fertility and childbearing. The 95% confidence intervals for correlation coefficients were calculated using Fisher's z transformation. To control the family-wise type I error arising from multiple testing, p-values for the six Pearson correlation tests (the total emotional intelligence score and its five subscales) were adjusted using the stepwise Holm–Bonferroni method. The reported confidence intervals were unadjusted, and the statistical significance of the correlations was assessed using adjusted p-values. Simple linear regression was performed to examine the association between the total emotional intelligence score and attitudes toward fertility and childbearing. Multiple linear regression was then conducted, entering the five subscales—self-awareness, self-regulation, motivation, empathy, and social skills—simultaneously as predictors and the attitude score as the dependent variable. The regression models were not adjusted for potential demographic, family, or occupational confounders, and were treated as supplementary, exploratory analyses; therefore, regression-coefficient p-values were reported without adjustment. Regression assumptions were assessed before analysis. Variable distributions were examined using skewness and kurtosis; multivariate outliers using Mahalanobis distance; multicollinearity among independent variables using tolerance and variance inflation factor (VIF) values; and error independence using the Durbin–Watson statistic. To identify multivariate outliers, Mahalanobis distances were compared with the critical value of the chi-square distribution at a significance level of 0.001, with degrees of freedom equal to the number of predictors. Statistical significance was set at 0.05, and data were analyzed using SPSS version 25.

RESULTS

A total of 197 participants took part in the study. Regarding employment status, 42 (21.3%) were faculty members and 155 (78.7%) were staff. For work experience, 91 (46.2%) had 1–10 years, 60

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

(30.5%) had 11–20 years, and 46 (23.4%) had 21–30 years of experience. Mean work experience was 13.43 ± 8.74 years. Regarding number of children, 73 participants (37.1%) had no children, 68 (34.5%) had one child, 45 (22.8%) had two, six (3.0%) had three, and five (2.5%) had four children. Regarding education, nine participants (4.6%) had a high-school diploma, six (3.0%) an associate degree, 48 (24.4%) a bachelor's degree, 84 (42.6%) a master's degree, and 50 (25.4%) a doctoral degree (**Table 1**).

Table 1) Sociodemographic characteristics of study participants (N = 197)

Sociodemographic characteristics		Number	Percent (%)
Employment status	Faculty member	42	3.21
	Staff member	155	7.78
Work experience (years)	1 – 10	91	2.46
	20 – 11	60	5.30
	21 – 30	46	23.4
	Mean ± standard deviation	74.8 ± 43.13	
Number of children	0	73	1.37
	1	68	5.34
	2	45	22.8
	3	6	0.3
	4	5	2.5
Educational level	High-school diploma	9	4.6
	Associate degree	6	0.3
	Bachelor's degree	48	4.24
	Master's degree	84	6.42
	Doctoral degree	50	4.25

All indicators in **Table 2** were calculated from 197 complete observations. The mean score for attitudes toward fertility and childbearing was 51.82 ± 7.04, and the mean total emotional intelligence score was 110.17 ± 12.37. Mean scores for the self-awareness, self-regulation, motivation, empathy, and social skills subscales are presented in Table 2. Skewness and kurtosis values for all variables examined were within ±1.

Pearson correlation analysis showed a weak positive correlation between the total emotional intelligence score and attitudes toward fertility and childbearing (correlation coefficient: 0.16); however, this association was not statistically significant after Holm–Bonferroni adjustment (adjusted p-value: 0.100). Among the emotional intelligence subscales, self-awareness (correlation coefficient: 0.20; adjusted p-value: 0.025) and empathy (correlation coefficient: 0.26; adjusted p-value: 0.006) were positively and significantly associated with attitudes toward fertility and childbearing. By contrast, the associations of self-regulation (correlation coefficient: 0.008; adjusted p-value: 0.911), motivation (correlation coefficient: 0.10; adjusted p-value: 0.47), and social skills (correlation coefficient: 0.08; adjusted p-value: 0.477) with these attitudes were not statistically significant (**Table 3**).

The assumptions underlying the regression analyses were assessed. Skewness and kurtosis values for the variables examined were within acceptable limits. Assessment of outliers using Mahalanobis distance showed maximum values of 9.02 for the simple linear regression model and 19.95 for the multiple linear regression model; both were below their corresponding critical values at the 0.001 significance level (10.83 and

Table 2) Descriptive statistics and variability of study variables

Variable	Minimum	Maximum	Mean	Standard deviation	Skewness	Kurtosis
Attitudes toward fertility and childbearing	24	71	51.82	7.04	-0.10	0.99
Emotional intelligence	73	135	110.17	12.37	-0.21	-0.07
Self-awareness	15	34	25.11	2.95	0.13	0.78
Self-regulation	13	35	24.9	3.81	-0.38	0.23
Motivation	10	35	23.73	4.23	-0.06	0.15
Empathy	11	24	17.77	2.46	0.03	0.06
Social skills	11	25	18.67	3.08	-0.42	-0.24

Table 3) Pearson correlations of emotional intelligence and its subscales with attitudes toward fertility and childbearing

Variable	Correlation coefficient	confidence interval 95%	Statistical significance level	Adjusted significance level (Holm)
Emotional intelligence	0.16	0.021 – 0.293	0.025	0.100
Self-awareness	0.20	0.062 – 0.293	0.005	0.025
Self-regulation	0.008	0.132 – 0.148	0.911	0.911
Motivation	0.10	0.040 – 0.236	0.159	0.477
Empathy	0.26	0.125 – 0.386	0.001	0.006
Social skills	0.08	0.060 – 0.217	0.222	0.477

Note: Correlation coefficients are reported with 95% confidence intervals. Subscale analyses were interpreted using the Holm correction to account for multiple testing.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

20.52, respectively). In the multiple regression model, tolerance values for predictors ranged from 0.42 to 0.86, and VIF values ranged from 1.10 to 2.37, indicating no severe multicollinearity. The Durbin–Watson statistic was 1.65 for the simple linear regression model and 1.75 for the multiple linear regression model. Indicators used to assess regression assumptions are presented in **Table 4**.

Mahalanobis distance (D^2) was assessed for 197 observations. An observation was considered an outlier if its D^2 exceeded the critical chi-square value, with degrees of freedom equal to the number of predictors (1 and 5) and a significance level of 0.001. The respective critical values were 10.83 and 20.52

In the simple linear regression model, the total emotional intelligence score was positively and significantly associated with attitudes toward fertility and childbearing (unstandardized coefficient: 0.09; standardized beta coefficient: 0.16; p = 0.025). The model R^2 was approximately 0.025 and the adjusted R^2 approximately 0.020, indicating that the total emotional intelligence score explained about 2.5% of the variance in attitudes toward fertility and childbearing. In the multiple linear regression model, the five emotional intelligence subscales together explained 10% of the variance in these attitudes (R^2 = 0.10; adjusted R^2 ≈ 0.076). In this model, self-awareness (unstandardized coefficient: 0.39; standardized beta coefficient: 0.16; p = 0.027) and empathy (unstandardized coefficient: 0.75; standardized beta coefficient: 0.26; p = 0.001) were positively and significantly associated with attitudes toward fertility and childbearing; the coefficients for self-regulation, motivation, and social skills were not statistically significant. The regression models were fitted using only the total emotional intelligence score or its subscales and were not adjusted for potential confounders such as age, number of children, socioeconomic status, or occupational characteristics. The findings should therefore be interpreted with the possibility of confounding in mind (**Table 5**).

Table 4) Assessment of regression assumptions for predictor variables

A. Assessment of outliers and error independence at the model level

Regression model	Number of predictors (df)	Maximum D^2	Critical χ^2 value	Durbin–Watson statistic
Simple linear regression	1	9.02	10.83	1.65
Multiple linear regression	۵	19.95	20.52	1.75

B. Assessment of multicollinearity among predictor variables

Regression model	Predictor variable	Tolerance	VIF
Simple	Overall emotional intelligence	1	1
Multiple	Self-awareness	0.86	1.1
Multiple	Self-regulation	0.47	2.08
Multiple	Motivation	0.44	2.23
Multiple	Empathy	0.76	1.31
Multiple	Social skills	0.42	2.37

Mahalanobis distance was used to assess multivariate outliers, tolerance and VIF to assess multicollinearity, and the Durbin–Watson statistic to assess error independence.

Table 5) Results of simple and multiple linear regression analyses of attitudes toward fertility and childbearing

A. Model fit indices

Model	R^2	Adjusted R^2	F	Degrees of freedom	Model p-value
Simple linear regression	≈ 0.025	≈ 0.020	≈ 5.06	(1,195)	≈ 0.025
Multiple linear regression	0.10	≈ 0.076	≈ 4.24	(195.5)	≈ 0.001

B. Predictor-variable coefficients

Model and variable	B	SE	β	t	p	95% confidence interval for B
Simple regression						
Overall emotional intelligence	0.09	0.04	0.16	2.25	0.025	0.011 – 0.169
Multiple regression						
Self-awareness	0.39	0.17	0.16	2.23	0.027	0.055 - 0.725
Self-regulation	0.32	0.18	0.10	1.78	0.077	0.035 - 0.675
Motivation	0.14	0.17	0.08	0.84	0.398	0.195 - 0.475
Empathy	0.75	0.22	0.26	3.34	0.001	0.316 - 1.184
Social skills	-0.05	0.24	-0.02	-0.21	0.832	0.523 - 0.423

B = unstandardized regression coefficient; SE = standard error; β = standardized regression coefficient; R^2 = coefficient of determination.

DISCUSSION

This study examined the association between emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing among female employees of Iran University of Medical Sciences. The findings showed that the total emotional intelligence score was positively, but weakly, associated with these attitudes; this association was no longer

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

statistically significant after Holm–Bonferroni correction for multiple testing. By contrast, among the emotional intelligence subscales, self-awareness and empathy were positively and significantly associated with attitudes toward fertility and childbearing, and these associations remained significant after correction for multiple testing; the associations for the other subscales were not significant. Regression analyses also indicated that overall emotional intelligence accounted for a limited proportion of variation in attitudes toward fertility and childbearing, and the subscale-based model explained only a small proportion of their variance. These findings suggest that different dimensions of emotional intelligence may be associated with fertility and childbearing attitudes in different ways, and that other individual, family, and social factors should be considered to explain these attitudes more comprehensively.

The positive association observed between total emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing may indicate that certain emotional abilities are related to how women view childbearing. However, the correlation coefficient of 0.16 and its lack of significance after adjustment for multiple testing indicate that evidence for an association between overall emotional intelligence and these attitudes is limited. The small proportion of variance in attitudes explained by the total emotional intelligence score in the simple regression model further underscores the need to consider other relevant factors. Accordingly, overall emotional intelligence should not be regarded as a primary determinant of attitudes toward childbearing; its role should be examined alongside other individual, family, social, cultural, and economic factors.

Among the dimensions of emotional intelligence, empathy showed the strongest association with attitudes toward fertility and childbearing, followed by self-awareness. Both associations remained statistically significant after Holm–Bonferroni correction. Conceptually, self-awareness involves recognizing one's own emotions, needs, and motivations and may be associated with more considered evaluations of issues such as childbearing. Empathy involves understanding other people's feelings and perspectives and may, in turn, play a role in attitudes toward family relationships and the responsibilities of parenthood. The present study did not investigate the mechanisms underlying these relationships; these explanations should therefore be viewed as possible interpretations rather than established causal relationships.

The findings of *Vučenović* et al. (2024) are also broadly consistent with the present study. In their study, emotion-regulation abilities were associated with childbearing motivations among female university students. Although the populations and measured variables differed between the two studies, both sets of findings point to a possible association between emotional dimensions and attitudes or motivations related to childbearing. The present study examined this issue in a sample of employed women and found significant associations of self-awareness and empathy with attitudes toward fertility and childbearing [20].

Anari et al. (2024) also examined emotional intelligence in relation to psychological experiences associated with infertility and reported that higher emotional intelligence was associated with better management of infertility-related psychological challenges. Their study involved women experiencing infertility and did not directly assess attitudes toward fertility and childbearing; nevertheless, its findings also point to an association between emotional abilities and psychological aspects of fertility-related concerns. Differences in the target populations and outcomes limit direct comparison. However, the present study provides evidence of associations between certain dimensions of emotional intelligence—particularly self-awareness and empathy—and attitudes toward fertility and childbearing among employed women [21].

Studies conducted in Iran likewise highlight the role of a range of psychological and social factors in attitudes and intentions related to childbearing. In a study of women attending health centers in Saveh, *Araban* et al. found that women who intended to have children reported more positive attitudes, stronger subjective norms, greater hope, higher perceived social support, and greater marital satisfaction [5]. *Bandehelahi* et al. also found, among women of reproductive age in Hamadan, that attitudes, subjective norms, motivation to comply, and facilitating factors were associated with fertility intentions; their model explained 16.8% of the variance in fertility intentions [22]. In a study of married women in southeastern Iran, *Ghasemi* et al. found significant associations of attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control with childbearing intentions, with attitudes being the strongest predictor [23]. In addition, *Rahbar-Zarati* et al. demonstrated the combined role of psychological, demographic, and economic factors in childbearing intentions among women of reproductive age in Tabriz [24].

Among employed Iranian women, occupational conditions and the interplay between work and family roles may also be associated with attitudes and decisions about childbearing. In a study of 813 married, full-time employed women in Iran, *Moradi* et al. found that work–family conflict was significantly and negatively associated with childbearing intentions, whereas marital quality was significantly and positively associated with those intentions [12]. *Eftekhari* et al., studying married nurses employed in teaching hospitals in Yazd, found significant differences in attitudes toward childbearing by work unit: nurses in the administrative and financial unit had

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

more positive attitudes than ICU nurses. Perceived behavioral control regarding childbearing also differed significantly by shift type [25]. One possible explanation is that working conditions, psychological pressures in clinical settings, and work–family conflict may shape attitudes toward childbearing. For example, exposure to stressful situations, care of critically ill patients, and the emotional demands of the workplace may coincide with conflict between professional and family responsibilities. These factors were not directly assessed in the present study, however, and their role in the observed associations cannot be confirmed. Future studies could therefore examine work–family conflict, job type and conditions, shift work, and organizational support alongside psychological factors.

Taken together, this domestic evidence suggests that, in Iran's social and cultural context, attitudes and decisions about childbearing are multifactorial. In addition to individual psychological characteristics, interpersonal, social, and economic factors may also be associated with them. From this perspective, the weak overall emotional intelligence association—which was not significant after Holm correction—in the present study underscores the need to examine specific dimensions of emotional intelligence as well as other individual and social factors.

Findings by *Bayındır* and *Tosun* (2025) also emphasize the importance of emotional factors in psychological experiences related to parenthood, although in a different population—pregnant women. The main difference from the present study concerns the reproductive stage and participant characteristics: their study examined pregnant women, whereas the present study focused on married employed women of reproductive age. Considered alongside the present findings, their results point to the need for further research on emotional factors across different stages of fertility decision-making and the experience of parenthood; more evidence is needed, however, to determine the direction and nature of these relationships [26].

In the present study, self-regulation, motivation, and social skills were not significantly associated with attitudes toward fertility and childbearing after Holm–Bonferroni correction. This finding may indicate that different dimensions of emotional intelligence are not uniformly associated with fertility attitudes. However, a nonsignificant result should not be interpreted as definitive evidence that no relationship exists. Sample characteristics, the measurement of constructs, the social and cultural context, and the study's statistical power may all affect the observed pattern of associations. Further studies in diverse populations and using different designs are needed to investigate possible reasons for differences across emotional intelligence subscales.

The multiple linear regression model, which included the five emotional intelligence subscales, explained approximately 10% of the variance in attitudes toward fertility and childbearing ($R^2 = 0.10$), with an adjusted R^2 of approximately 0.08. Although the proportion of variance explained was greater than in the model based on the total emotional intelligence score, the number and nature of predictors differed, and no direct comparison of the models was conducted; therefore, the superiority of the multiple model cannot be concluded. Moreover, most of the outcome variance remained unexplained, and only self-awareness and empathy had positive, statistically significant coefficients. Because the regression models were not adjusted for demographic, family, or occupational variables, these findings should be interpreted as exploratory statistical associations. Future studies could examine, alongside emotional intelligence, socioeconomic factors, family circumstances, spousal support, number of children, occupational characteristics, and other psychological factors relevant to fertility decision-making.

Despite the importance of these findings, they should be interpreted in light of the study's limitations. First, the cross-sectional design does not permit causal inference regarding the relationship between emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing. Second, convenience sampling and the restriction of the sample to female employees of a single university limit the generalizability of the findings to other populations. Third, the use of self-report instruments may have introduced response and social desirability biases. In addition, the regression models were not adjusted for potential confounders such as age, number of children, socioeconomic status, and occupational characteristics, and variables such as work–family conflict and family support were not examined in these models. The observed associations may therefore be confounded by these factors.

In light of the present findings, emotional intelligence cannot be presented as the primary determinant of attitudes toward fertility and childbearing or as an independently established target for related interventions. Nevertheless, examining components such as self-awareness and empathy within broader reproductive-health and family-support programs may be a topic for future intervention studies. Universities and healthcare organizations may also consider, in view of employees' needs and existing evidence on occupational and family factors, supportive measures such as access to fertility and family counseling, flexible work arrangements, enhanced support for parental leave and childcare, and organizational policies that promote work–family balance. The effectiveness of these measures was not assessed in the present study and requires independent evaluation. In future studies, larger multicenter samples, control for demographic, family, and occupational confounders, and

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

longitudinal or interventional designs may help clarify the nature of the association between dimensions of emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing.

CONCLUSION

The findings showed a positive but weak association between emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing; among its dimensions, self-awareness and empathy were significantly associated with these attitudes. Given the limited proportion of variance explained, emotional intelligence may be considered one psychological factor associated with fertility attitudes. Longitudinal and intervention studies in more diverse populations are recommended to examine these relationships and their practical significance more precisely.

Practical Clinical Implications for Police

Given the significant association between emotional intelligence and attitudes toward fertility and childbearing, psychological factors may be considered alongside occupational, family, and social factors in programs supporting employees' families and reproductive health. In high-demand workplaces, including military and law-enforcement organizations, access to fertility and family counseling, support for work–family balance, and pregnancy- and parenting-related accommodations may be considered as part of comprehensive programs to support female employees' health.

Because the study population consisted of employees of a medical sciences university and the study used a cross-sectional design, convenience sampling, and a small effect size, these findings alone do not provide a sufficient basis for implementing interventions. They cannot be directly generalized to police personnel; the applicability of these approaches in military and law-enforcement settings requires dedicated studies in those populations.

Acknowledgments: The authors sincerely thank Iran University of Medical Sciences for supporting this research and all female employees who participated by completing the questionnaires.

Author Contributions: *Raheleh Charmchi*, conceptualization and study design, data collection, data analysis, and statistical analysis; *Parisa Moradi-Majd*, conceptualization and study design, and data analysis; *Atiyeh Sadat Sajjadi*, data collection and data analysis; *Shahnam Sedigh Maroufi*, conceptualization and study design, and data analysis; *Mahdieh Ramezani*, data collection and data analysis; *Zahra Pirdadeh Beyranvand*, data collection; *Azam Saei*, data collection and data analysis; *Mina Namvar*, statistical analysis and data analysis. All authors contributed to the initial drafting and revision of the manuscript, approved the final version, and accept responsibility for the accuracy and integrity of its content.

AI use statement: Artificial intelligence tools were used solely as aids for editing and improving the writing, rephrasing selected passages, and enhancing the clarity and coherence of the manuscript. AI was not used to generate study data or conduct statistical analyses. The authors prepared the initial manuscript and its scientific content, and carefully reviewed and approved all revisions. The authors take full responsibility for the final content.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest related to the conduct, results, or publication of this study.

Funding: This study was financially supported by Iran University of Medical Sciences.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e19

نشریه طب انتظامی

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

هوش هیجانی و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری در کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی ایران: یک مطالعه مقطعی

راحله چرمچی[1]، پریسا مرادی مجد[1و4*]، عطیه سادات ساجدی[1]، شهنام صدیق معروفی[1]، مهدیه رمضانی[1]، زهرا پیرداده بیرانوند[1]، اعظم ساعی[2]، مینا نامور[3]

[1] گروه هوشبری، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
[2] مرکز تحقیقات تروما در عملیات پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران.
[3] دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

اهداف: کاهش نرخ باروری در ایران نگرانی‌هایی را در مورد پیری جمعیت و پایداری جمعیتی ایجاد کرده است. عوامل روان‌شناختی ممکن است با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری مرتبط باشند؛ بااین‌حال، ارتباط هوش هیجانی با این نگرش کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری در زنان متأهل شاغل دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی در سال ۱۴۰۴ بر روی ۱۹۷ کارمند زن متأهل دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه هوش هیجانی سیبریا شرینگ مبتنی بر مدل گلمن و پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری راد و ثوابی جمع‌آوری شدند. ارتباط نمره کل هوش هیجانی و پنج خرده‌مقیاس آن با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری با استفاده از همبستگی پیرسون و اصلاح هولم بونفرونی بررسی شد. همچنین، رگرسیون خطی ساده با نمره کل هوش هیجانی و رگرسیون خطی چندگانه با پنج خرده‌مقیاس آن به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری به‌عنوان متغیر وابسته انجام شد. مدل‌های رگرسیونی برای عوامل مخدوشگر جمعیت‌شناختی، خانوادگی و شغلی تعدیل نشدند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS25 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نمره کل هوش هیجانی همبستگی مثبت و ضعیفی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری داشت (ضریب همبستگی پیرسون: ۰/۱۶)، اما این ارتباط پس از اصلاح هولم بونفرونی معنادار نبود (مقدار p تعدیل‌شده: ۰/۱۰۰). در میان خرده‌مقیاس‌ها، خودآگاهی با ضریب همبستگی ۰/۲۰ و مقدار p تعدیل‌شده ۰/۰۲۵ و همدلی با ضریب همبستگی ۰/۲۶ و مقدار p تعدیل‌شده ۰/۰۰۶، ارتباط مثبت و معناداری نشان دادند؛ درحالی‌که سایر خرده‌مقیاس‌ها ارتباط معناداری نداشتند. در رگرسیون ساده، هوش هیجانی کلی حدود ۲/۵ درصد از واریانس نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری را تبیین کرد. در مدل رگرسیون چندگانه، پنج خرده‌مقیاس در مجموع حدود ۱۰ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کردند (ضریب تعیین: ۰/۱۰) و خودآگاهی با ضریب استانداردشده بتای ۰/۱۶ و مقدار p برابر ۰/۰۲۷ و همدلی با ضریب استانداردشده بتای ۰/۲۶ و مقدار p برابر ۰/۰۰۱، دارای ضرایب مثبت و معنادار بودند.

نتیجه‌گیری: ارتباط هوش هیجانی کلی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری ضعیف است و پس از اصلاح آزمون‌های متعدد معنادار باقی نمی‌ماند؛ بااین‌حال، خودآگاهی و همدلی ارتباط مثبت و معناداری با این نگرش نشان می‌دهند. با توجه به سهم محدود متغیرهای مورد بررسی در تبیین نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری و تعدیل‌نشدن مدل‌ها برای عوامل مخدوشگر بالقوه، یافته‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند.

کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی؛ باروری؛ فرزندآوری؛ نگرش؛ زنان؛ ایران.

نحوه استناد به مقاله:

Charmchi R., Moradi Majd P., Sadat Sajadi A., Sedigh Marofi S., Ramezani M., Pirdadeh Beiranvand Z., Saei A., Namvar M.. *Emotional Intelligence and Attitudes Toward Fertility and Childbearing Among Female Employees of Iran University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study*. J Police Med. 2025;14:e19.

نویسنده مسئول*:

آدرس: تهران، بزرگراه همت جنب برج میلاد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، کد پستی: ۱۴۴۹۶۱۴۵۳۵.
پست الکترونیکی:
moradimajd.p@gmail.com

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۲
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۹
انتشار: ۱۴۰۳/۰۵/۱۵

Copyright © 2025, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e19

مقدمه

یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی دهه‌های اخیر در سراسر جهان، کاهش نرخ باروری بوده است. بر اساس گزارش چشم‌انداز جمعیت جهان سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۹، نزدیک به نیمی از جمعیت جهان در کشورها یا مناطقی زندگی می‌کردند که نرخ باروری کل آن‌ها کمتر از ۲/۱ تولد زنده به‌ازای هر زن بود؛ رقمی که در جمعیت‌های با مرگ‌ومیر پایین، تقریباً معادل سطح جایگزینی نسل‌ها محسوب می‌شود [۱]. کاهش باروری نه‌تنها بر رشد جمعیت اثر می‌گذارد، بلکه می‌تواند ساختار سنی و ترکیب جمعیتی جوامع را نیز دگرگون سازد [۱، ۲]. در ایران نیز طی دهه‌های اخیر، کاهش قابل‌توجه باروری مشاهده شده است. داده‌های بانک جهانی نشان‌دهنده کاهش نرخ باروری در ایران طی دهه‌های گذشته است [۳] و تداوم این روند، نگرانی‌هایی را درباره سالمندی جمعیت و پایداری ساختار جمعیتی کشور ایجاد کرده است [۱، ۲].

در ایران، تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری در بستری متأثر از عوامل اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و روان‌شناختی صورت می‌گیرد. مطالعات انجام‌شده در کشور نشان داده‌اند که مجموعه‌ای از عوامل اقتصادی، اجتماعی، فردی، خانوادگی و روان‌شناختی، از جمله نگرش به فرزندآوری، هنجارهای ذهنی، حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی، می‌توانند با تمایل و قصد فرزندآوری مرتبط باشند [۲، ۴–۶]. به‌ویژه در زنان شاغل، هم‌زمانی مسئولیت‌های حرفه‌ای و خانوادگی می‌تواند فرزندآوری را با چالش‌هایی همراه سازد. مطالعه‌ای کیفی در زنان شاغل تهران، چالش‌های مرتبط با تجربه مادری و فرزندآوری را در بستر اشتغال این زنان نشان داده است [۷]. همچنین، مطالعه‌ای در مادران شاغل ایرانی، چالش‌های مرتبط با هم‌زمانی اشتغال و مراقبت از کودکان خردسال را گزارش کرده است [۸].

نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری یکی از عوامل مرتبط با تصمیم‌ها و رفتارهای باروری است. مطالعات نشان داده‌اند که نگرش‌ها، ترجیحات و انتظارات افراد درباره کودکان، فرزندآوری و سایر اهداف زندگی، با قصد و رفتارهای باروری ارتباط دارند [۹، ۱۰]. *Barber* نشان داد که نگرش مثبت نسبت به کودکان و فرزندآوری با افزایش احتمال گذار به والدشدن در چارچوب ازدواج همراه است؛ درحالی‌که نگرش نسبت به اهداف و فعالیت‌های رقیب نیز می‌تواند با رفتار فرزندآوری ارتباط داشته باشد [۱۰]. در بستر ایران نیز تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری ماهیتی چندعاملی دارد؛ برای مثال، در مطالعه *Araban* و همکاران، نگرش، هنجارهای ذهنی، امید، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رضایت زناشویی با قصد فرزندآوری زنان ایرانی مرتبط بودند [۵].

در زنان شاغل، شرایط محیط کار نیز می‌تواند بخشی از این بستر باشد. یک مرور نظام‌مند نشان داد که استرس شغلی با باروری، قصد فرزندآوری و فرایند درمان ناباروری در کارکنان ارتباط دارد [۱۱]. همچنین، در مطالعه‌ای اخیر بر ۸۱۳ زن متأهل شاغل تمام‌وقت در ایران، تعارض کار و خانواده با قصد فرزندآوری ارتباط منفی و معناداری داشت [۱۲]. این شواهد، اهمیت توجه هم‌زمان به شرایط محیط کار، عوامل روان‌شناختی و تعادل کار و خانواده را در بررسی تصمیم‌های باروری زنان شاغل از منظر سلامت شغلی برجسته می‌کنند [۱۱، ۱۲]. این ملاحظات می‌توانند برای بررسی سلامت باروری کارکنان در محیط‌های کاری پرتقاضا، از جمله محیط‌های سلامت، خدماتی و انتظامی، نیز حائز اهمیت باشند.

در کنار عوامل اجتماعی و شغلی، ویژگی‌های روان‌شناختی نیز ممکن است با نحوه مواجهه افراد با مسائل مرتبط با باروری و فرزندآوری ارتباط داشته باشند. هوش هیجانی (Emotional Intelligence ;EI) به توانایی‌های مرتبط با ادراک، بیان، درک و مدیریت هیجان‌ها اشاره دارد و مدل‌ها و ابزارهای مختلفی برای مفهوم‌سازی و سنجش آن ارائه شده است [۱۳، ۱۴]. شواهدی نیز درباره ارتباط هوش هیجانی با برخی پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با بارداری وجود دارد. *Fu* و همکاران نشان دادند که هوش هیجانی و رضایت زوجی می‌توانند اثر منفی استرس مرتبط با بارداری بر اضطراب و علائم افسردگی را در زنان باردار تعدیل کنند [۱۵]. همچنین، *Özer* و *Yılar Erkek* ارتباط هوش هیجانی زنان باردار را با ترس از زایمان، آمادگی برای زایمان و شیوه‌های مقابله با استرس بررسی کردند [۱۶]. اگرچه این مطالعات مستقیماً نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری را ارزیابی نکرده‌اند، یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که هوش هیجانی می‌تواند با برخی جنبه‌های روان‌شناختی مرتبط با بارداری و مواجهه با استرس در این دوره ارتباط داشته باشد [۱۵، ۱۶].

با وجود اهمیت عوامل روانی ـ اجتماعی و شغلی در تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری، شواهد درباره ارتباط هوش هیجانی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری، به‌ویژه در زنان شاغل ایرانی، محدود است. بررسی این ارتباط می‌تواند به شناخت بهتر یکی از عوامل روان‌شناختی احتمالی مرتبط با نگرش‌های باروری در بستر اشتغال کمک کند و زمینه‌ای برای مطالعات بعدی در حوزه سلامت شغلی و حمایت از خانواده کارکنان، به‌ویژه در محیط‌های کاری پرتقاضا، فراهم سازد. ازاین‌رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط هوش هیجانی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری در میان کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی ـ همبستگی با طرح مقطعی، در سال ۱۴۰۴، در میان کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی ایران (IUMS) انجام شد. جامعه پژوهش شامل کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی ایران بود و شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مطابق پروتکل پژوهش، جامعه پژوهش شامل کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی ایران بود و شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بر اساس داده‌های مقدماتی حاصل از ۴۰ شرکت‌کننده، ضریب همبستگی پیرسون بین نمره کل هوش هیجانی و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری برابر با ۰/۲۰ برآورد شد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۰/۱۲– تا ۰/۴۸). این مقدار به‌عنوان برآورد اولیه اندازه اثر مورد انتظار برای برنامه‌ریزی حجم نمونه در نظر گرفته شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول مبتنی بر تبدیل Fisher's z، با فرض آزمون دوطرفه، سطح معناداری ۰/۰۵، توان آماری ۸۰ درصد و ضریب همبستگی مورد انتظار ۰/۲۰ محاسبه شد. حداقل حجم نمونه موردنیاز ۱۹۴ نفر به دست آمد و با درنظرگرفتن احتمال ناقص‌بودن پرسشنامه‌ها، حجم نمونه هدف ۲۰۰ نفر تعیین شد. در مجموع، ۲۰۰ پرسشنامه توزیع و بازگردانده شد که از این تعداد، ۳ پرسشنامه (۵/۱ درصد) به‌دلیل پاسخ‌های ناقص از تحلیل کنار گذاشته شدند. برای داده‌های مفقوده هیچ‌گونه جایگذاری (Imputation) انجام نشد و تحلیل‌ها بر اساس موارد کامل (analysis case-Complete) انجام شدند؛ بنابراین، حجم نمونه نهایی مورد تحلیل ۱۹۷ نفر بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل متأهل‌بودن، قرارداشتن در سنین باروری، داشتن حداقل دو سال سابقه کاری و تمایل به

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e19

نشریه علمی پژوهشی طب انتظامی دوره ۱۴، ۱۴۰۴

شرکت در پژوهش بود.

داده‌ها با استفاده از سه ابزار شامل چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه هوش هیجانی سیبریا شرینگ (نسخه گلمن) [۱۷] و پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری، تدوین‌شده توسط *راد* و *ثوابی* (۲۰۱۵)، جمع‌آوری شدند. پرسشنامه هوش هیجانی شامل ۳۳ گویه بود که بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شد و پنج خرده‌مقیاس خودآگاهی، خودتنظیمی، انگیزش، همدلی و مهارت‌های اجتماعی را ارزیابی می‌کرد. دامنه نمره کل پرسشنامه از ۳۳ تا ۱۶۵ بود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده هوش هیجانی بالاتر بودند. این پرسشنامه در ایران توسط *منصوری* استانداردسازی شده است و مطالعات ایرانی نیز برای نسخه ۳۳گویه‌ای آن پایایی قابل‌قبولی گزارش کرده‌اند؛ به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است [۱۷، ۱۸].

نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری با استفاده از پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری، طراحی‌شده توسط *راد* و *ثوابی* (۲۰۱۵)، ارزیابی شد. این ابزار شامل ۱۶ گویه با مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای و دامنه نمره کل ۱۶ تا ۹۶ است. در مطالعه اولیه، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۷۱۶/۰ گزارش شده است [۱۹]. در مطالعه حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ ۷۹/۰ به‌دست آمد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر نسبت به باروری و فرزندآوری بودند.

پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، پرسشنامه‌ها به‌صورت خودایفا و کاغذی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفتند و پس از تکمیل، توسط پژوهشگران جمع‌آوری شدند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند، هویت آنان ناشناس خواهد بود و شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه است. همچنین، شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله از پژوهش، بدون هیچ پیامدی، از ادامه مشارکت انصراف دهند.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه پس از اخذ مجوز از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1403.1073 انجام شد. پیش از ورود به مطالعه، اهداف و مراحل پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان دریافت گردید. شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله، بدون هیچ پیامدی، از ادامه مشارکت انصراف دهند. همچنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و داده‌های پژوهش بدون افشای هویت افراد گزارش خواهند شد.

تجزیه و تحلیل آماری: متغیرهای کمی با استفاده از میانگین و انحراف معیار و متغیرهای طبقه‌ای با استفاده از فراوانی و درصد توصیف شدند. برای بررسی ارتباط نمره کل هوش هیجانی و پنج خرده‌مقیاس آن با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. فاصله اطمینان ۹۵ درصد ضرایب همبستگی با استفاده از تبدیل فیشر محاسبه شد. به‌منظور کنترل خطای نوع اول ناشی از انجام آزمون‌های متعدد، مقادیر p مربوط به شش آزمون همبستگی پیرسون، شامل نمره کل هوش هیجانی و پنج خرده‌مقیاس آن، با استفاده از روش مرحله‌ای هولم بونفرونی تعدیل شدند. فاصله‌های اطمینان گزارش‌شده تعدیل‌نشده بودند و معناداری نتایج همبستگی بر اساس مقادیر p تعدیل‌شده ارزیابی شد. جهت بررسی ارتباط نمره کل هوش هیجانی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری، رگرسیون خطی ساده انجام شد. در ادامه، رگرسیون خطی چندگانه با ورود هم‌زمان پنج خرده‌مقیاس خودآگاهی، خودتنظیمی، انگیزش، همدلی و مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و نمره نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری به‌عنوان متغیر وابسته انجام شد. مدل‌های رگرسیونی برای عوامل مخدوشگر بالقوه جمعیت‌شناختی، خانوادگی و شغلی تعدیل نشدند و تحلیل‌های رگرسیونی به‌عنوان تحلیل‌های تکمیلی و اکتشافی در نظر گرفته شدند؛ بنابراین، مقادیر p ضرایب رگرسیونی به‌صورت تعدیل‌نشده گزارش شدند. پیش‌فرض‌های رگرسیون پیش از انجام تحلیل‌ها ارزیابی شدند. توزیع متغیرها با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی، وجود داده‌های پرت چندمتغیره با استفاده از فاصله ماهالانوبیس، هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل با استفاده از مقادیر تولرانس (Tolerance) و عامل تورم واریانس (VIF) و استقلال خطاها با استفاده از آماره دوربین واتسون بررسی شد. برای شناسایی داده‌های پرت چندمتغیره، مقادیر فاصله ماهالانوبیس با مقدار بحرانی توزیع کای‌دو در سطح معناداری ۰/۰۰۱ و درجه آزادی برابر تعداد متغیرهای پیش‌بین مقایسه شدند. سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در مجموع، ۱۹۷ نفر در مطالعه شرکت کردند. از نظر وضعیت شغلی، ۴۲ نفر (۳/۲۱ درصد) عضو هیئت‌علمی و ۱۵۵ نفر (۷/۷۸ درصد) کارمند بودند. از نظر سابقه کاری، ۹۱ نفر (۲/۴۶ درصد) دارای ۱ تا ۱۰ سال، ۶۰ نفر (۵/۳۰ درصد) دارای ۱۱ تا ۲۰ سال و ۴۶ نفر (۴/۲۳ درصد) دارای ۲۱ تا ۳۰ سال سابقه کاری بودند. میانگین سابقه کاری شرکت‌کنندگان ۴۳/۱۳ ± ۷۴/۸ سال بود. از نظر تعداد فرزندان، ۷۳ نفر (۱/۳۷ درصد) بدون فرزند، ۶۸ نفر (۵/۳۴ درصد) دارای یک فرزند، ۴۵ نفر (۸/۲۲ درصد) دارای دو فرزند، ۶ نفر (۰/۳ درصد) دارای سه فرزند و ۵ نفر (۵/۲ درصد) دارای چهار فرزند بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۹ نفر (۶/۴ درصد) دارای دیپلم، ۶ نفر (۰/۳ درصد) دارای مدرک کاردانی، ۴۸ نفر (۴/۲۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی، ۸۴ نفر (۶/۴۲ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۵۰ نفر (۴/۲۵ درصد) دارای مدرک دکتری بودند (جدول ۱).

تمام شاخص‌های جدول ۲ بر اساس ۱۹۷ مشاهده کامل محاسبه شدند. میانگین نمره نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری ۷/۰۴ ± ۵۱/۸۲ و میانگین نمره کل هوش هیجانی ۱۲/۳۷ ± ۱۱۰/۱۷ بود. میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های خودآگاهی، خودتنظیمی، انگیزش، همدلی و مهارت‌های اجتماعی در جدول ۲ نمایش داده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی تمامی متغیرهای مورد بررسی در محدوده ± ۱ قرار داشتند .

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کل هوش هیجانی و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری، همبستگی مثبت و ضعیفی وجود داشت (ضریب همبستگی: ۰/۱۶)؛ بااین‌حال، این ارتباط پس از اصلاح هولم بونفرونی از نظر آماری معنادار نبود (مقدار p تعدیل‌شده: ۰/۱۰۰). در میان خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی، خودآگاهی (ضریب همبستگی: ۰/۲۰؛ مقدار p تعدیل‌شده: ۰/۰۲۵) و همدلی (ضریب همبستگی: ۰/۲۶؛ مقدار p تعدیل‌شده: ۰/۰۰۶) ارتباط مثبت و معناداری با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری نشان دادند. در مقابل، ارتباط

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e19

خودتنظیمی (ضریب همبستگی: ۰/۰۰۸؛ مقدار p تعدیل‌شده: ۰/۹۱۱)، انگیزش (ضریب همبستگی: ۰/۱۰؛ مقدار p تعدیل‌شده: ۰/۴۷۷) و مهارت‌های اجتماعی (ضریب همبستگی: ۰/۰۸؛ مقدار p تعدیل‌شده: ۰/۴۷۷) با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۳).

جدول ۱) توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه (N=197)

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی		تعداد	درصد (٪)
وضعیت شغلی	عضو هیئت علمی	۴۲	۳/۲۱
	کارمند	۱۵۵	۷/۷۸
سابقه کاری (سال)	۱–۱۰	۹۱	۲/۴۶
	۱۱–۲۰	۶۰	۵/۳۰
	۲۱–۳۰	۴۶	۲۳/۴
	انحراف معیار ± میانگین	۷۴/۸ ± ۴۳/۱۳	
تعداد فرزندان	۰	۷۳	۱/۳۷
	۱	۶۸	۵/۳۴
	۲	۴۵	۲۲/۸
	۳	۶	۰/۳
	۴	۵	۲/۵
سطح تحصیلات	دیپلم	۹	۴/۶
	کاردانی	۶	۰/۳
	کارشناسی	۴۸	۴/۲۴
	کارشناسی ارشد	۸۴	۶/۴۲
	دکترا	۵۰	۴/۲۵

پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل‌های رگرسیونی بررسی شدند. مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرهای مورد بررسی در محدوده قابل‌قبول قرار داشتند. بررسی داده‌های پرت با استفاده از فاصله ماهالانوبیس نشان داد که بیشینه این شاخص در مدل رگرسیون خطی ساده ۹/۰۲ و در مدل رگرسیون خطی چندگانه ۱۹/۹۵ بود که هر دو کمتر از مقادیر بحرانی متناظر (به‌ترتیب ۱۰/۸۳ و ۲۰/۵۲) در سطح معناداری ۰/۰۰۱ بودند. در مدل رگرسیون چندگانه، مقادیر تولرانس برای متغیرهای پیش‌بین بین ۰/۴۲ تا ۰/۸۶ و مقادیر عامل تورم واریانس (VIF) بین ۱/۱۰ تا ۲/۳۷ قرار داشتند که نشان‌دهنده نبود هم‌خطی چندگانه شدید بود. آماره دوربین واتسون برای مدل رگرسیون خطی ساده ۱/۶۵ و برای مدل رگرسیون خطی چندگانه ۱/۷۵ به دست آمد. شاخص‌های مربوط به بررسی پیش‌فرض‌های رگرسیون در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

فاصله ماهالانوبیس (D^2) برای ۱۹۷ مشاهده بررسی شد. معیار شناسایی داده پرت، تجاوز D^2 از مقدار بحرانی توزیع کای‌دو با درجه آزادی برابر تعداد پیش‌بین‌ها (۱ و ۵) و سطح معناداری ۰/۰۰۱ بود. مقادیر بحرانی به‌ترتیب ۱۰/۸۳ و ۲۰/۵۲ در نظر گرفته شدند.

در رگرسیون خطی ساده، نمره کل هوش هیجانی ارتباط مثبت و معناداری با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری نشان داد (ضریب غیراستاندارد: ۰/۰۹؛ ضریب استانداردشده بتا: ۰/۱۶؛ مقدار p برابر با ۰/۰۲۵). ضریب تعیین مدل حدود ۰/۰۲۵ و ضریب تعیین تعدیل‌شده حدود ۰/۰۲۰ بود؛ به این معنا که نمره کل هوش هیجانی حدود ۲/۵ درصد از واریانس نگرش نسبت به باروری و

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی و پراکندگی متغیرهای پژوهش

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری	۲۴	۷۱	۵۱/۸۲	۷/۰۴	-۰/۱۰	۰/۹۹
هوش هیجانی	۷۳	۱۳۵	۱۱۰/۱۷	۱۲/۳۷	-۰/۲۱	-۰/۰۷
خودآگاهی	۱۵	۳۴	۲۵/۱۱	۲/۹۵	۰/۱۳	۰/۷۸
خودتنظیمی	۱۳	۳۵	۲۴/۹	۳/۸۱	-۰/۳۸	۰/۲۳
انگیزش	۱۰	۳۵	۲۳/۷۳	۴/۲۳	-۰/۰۶	۰/۱۵
همدلی	۱۱	۲۴	۱۷/۷۷	۲/۴۶	۰/۰۳	۰/۰۶
مهارت‌های اجتماعی	۱۱	۲۵	۱۸/۶۷	۳/۰۸	-۰/۴۲	-۰/۲۴

جدول ۳) آزمون همبستگی پیرسون بین هوش هیجانی و خرده‌مقیاس‌های آن با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری

متغیر	ضریب همبستگی	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	سطح معناداری آماری	سطح معنی‌داری تعدیل‌شده (Holm)
هوش هیجانی	۰/۱۶	۰/۰۲۱ تا ۰/۲۹۳	۰/۰۲۵	۰/۱۰۰
خودآگاهی	۰/۲۰	۰/۰۶۲ تا ۰/۲۹۳	۰/۰۰۵	۰/۰۲۵
خودتنظیمی	۰/۰۰۸	۰/۱۳۲ تا ۰/۱۴۸	۰/۹۱۱	۰/۹۱۱
انگیزش	۰/۱۰	۰/۰۴۰ تا ۰/۲۳۶	۰/۱۵۹	۰/۴۷۷
همدلی	۰/۲۶	۰/۱۲۵ تا ۰/۳۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶
مهارت های اجتماعی	۰/۰۸	۰/۰۶۰ تا ۰/۲۱۷	۰/۲۲۲	۰/۴۷۷

نکته: ضرایب همبستگی با فاصله اطمینان ۹۵ درصد گزارش شدند و تحلیل خرده‌مقیاس‌ها با درنظرگرفتن تعدد آزمون‌ها و با روش اصلاح هولم تفسیر شد.

جدول ۴) بررسی پیش‌فرض‌های آماری رگرسیون برای متغیرهای پیش‌بین

الف) بررسی داده‌های پرت و استقلال خطاها در سطح مدل

مدل رگرسیون	تعداد پیش‌بین‌ها df	پیشینه D۲	مقدار بحرانی X۲	Durbin - Watson
رگرسیون خطی ساده	۱	۹/۰۲	۱۰/۸۳	۱/۶۵
رگرسیون خطی چندگانه	۵	۱۹/۹۵	۲۰/۵۲	۱/۷۵

ب) بررسی هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین

مدل رگرسیون	متغیر پیش‌بین	Tolerance	VIF
ساده	هوش هیجانی کلی	۱	۱
چندگانه	خودآگاهی	۰/۸۶	۱/۱
چندگانه	خودتنظیمی	۰/۴۷	۲/۰۸
چندگانه	انگیزش	۰/۴۴	۲/۲۳
چندگانه	همدلی	۰/۷۶	۱/۳۱
چندگانه	مهارت‌های اجتماعی	۰/۴۲	۲/۳۷

فاصله ماهالانوبیس (distance Mahalanobis) برای بررسی داده‌های پرت چندمتغیره، Tolerance و VIF برای بررسی هم‌خطی چندگانه و آماره Durbin–Watson برای بررسی استقلال خطاها استفاده شدند.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

جدول ۵) نتایج تحلیل رگرسیون خطی ساده و چندگانه برای نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری

الف) شاخص‌های برازش مدل

مدل	R^2	R^2 تعدیل‌شده	F	درجه آزادی	P مدل
رگرسیون خطی ساده	≈ ۰/۰۲۵	≈ ۰/۰۲۰	≈ ۵/۰۶	(۱،۱۹۵)	≈ ۰/۰۲۶
رگرسیون خطی چندگانه	۰/۱۰	≈ ۰/۰۷۶	≈ ۴/۲۴	(۱۹۵،۵)	≈ ۰/۰۰۱

ب) ضرایب متغیرهای پیش‌بین

مدل و متغیر	B	SE	β	t	p	فاصله اطمینان ۹۵٪ B
رگرسیون ساده						
هوش هیجانی کلی	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۱۶	۲/۲۵	۰/۰۲۵	۰/۰۱۱ تا ۰/۱۶۹
رگرسیون چندگانه						
خودآگاهی	۰/۳۹	۰/۱۷	۰/۱۶	۲/۲۳	۰/۰۲۷	۰/۰۵۵ تا ۰/۷۲۵
خودتنظیمی	۰/۳۲	۰/۱۸	۰/۱۰	۱/۷۸	۰/۰۷۷	−۰/۰۳۵ تا ۰/۶۷۵
انگیزش	۰/۱۴	۰/۱۷	۰/۰۸	۰/۸۴	۰/۳۹۸	−۰/۱۹۵ تا ۰/۴۷۵
همدلی	۰/۷۵	۰/۲۲	۰/۲۶	۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶ تا ۱/۱۸۴
مهارت‌های اجتماعی	−۰/۰۵	۰/۲۴	−۰/۰۲	−۰/۲۱	۰/۸۳۳	−۰/۵۲۳ تا ۰/۴۲۳

B=ضریب رگرسیون غیراستاندارد؛ SE=خطای استاندارد؛β =ضریب رگرسیون استانداردشده؛ R^2=ضریب تعیین.

فرزندآوری را تبیین کرد. در مدل رگرسیون خطی چندگانه، پنج خرده‌مقیاس هوش هیجانی در مجموع ۱۰ درصد از واریانس نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری را تبیین کردند (ضریب تعیین: ۰/۱۰؛ ضریب تعیین تعدیل‌شده: حدود ۰/۰۷۶). در این مدل، خودآگاهی (ضریب غیراستاندارد: ۰/۳۹؛ ضریب استانداردشده بتا: ۰/۱۶؛ مقدار p برابر با ۰/۰۲۷) و همدلی (ضریب غیراستاندارد: ۰/۷۵؛ ضریب استانداردشده بتا: ۰/۲۶؛ مقدار p برابر با ۰/۰۰۱) ارتباط مثبت و معناداری با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری داشتند؛ درحالی‌که ضرایب خودتنظیمی، انگیزش و مهارت‌های اجتماعی از نظر آماری معنادار نبودند. مدل‌های رگرسیونی صرفاً بر اساس نمره کل هوش هیجانی یا خرده‌مقیاس‌های آن برازش شدند و برای عوامل مخدوشگر بالقوه مانند سن، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و ویژگی‌های شغلی تعدیل نشدند؛ بنابراین، نتایج باید با توجه به احتمال مخدوشگری تفسیر شوند (جدول ۵).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین هوش هیجانی و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری در میان کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. یافته‌ها نشان داد که نمره کل هوش هیجانی ارتباط مثبت اما ضعیفی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری داشت که پس از اصلاح هولم بونفرونی برای آزمون‌های متعدد، از نظر آماری معنادار باقی نماند. در مقابل، در میان خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی، خودآگاهی و همدلی ارتباط مثبت و معناداری با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری نشان دادند که پس از اصلاح آزمون‌های متعدد نیز حفظ شد؛ درحالی‌که ارتباط سایر خرده‌مقیاس‌ها معنادار نبود. همچنین، نتایج تحلیل‌های رگرسیونی نشان داد که سهم هوش هیجانی کلی در تبیین تغییرات نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری محدود بود و مدل مبتنی بر خرده‌مقیاس‌ها نیز تنها بخش کوچکی از واریانس این نگرش را تبیین کرد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که ارتباط ابعاد مختلف هوش هیجانی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری ممکن است متفاوت باشد و برای تبیین جامع‌تر این نگرش، توجه به سایر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی ضروری است.

ارتباط مثبت مشاهده‌شده میان نمره کل هوش هیجانی و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری ممکن است نشان‌دهنده ارتباط برخی توانایی‌های هیجانی با نحوه نگرش زنان به موضوع فرزندآوری باشد. بااین‌حال، ضریب همبستگی ۰/۱۶ و معنادارنبودن آن پس از اصلاح آزمون‌های متعدد نشان می‌دهد که شواهد مربوط به ارتباط نمره کل هوش هیجانی با این نگرش محدود است. همچنین، سهم اندک نمره کل هوش هیجانی در تبیین واریانس نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری در مدل رگرسیون ساده، ضرورت توجه به سایر عوامل مرتبط را برجسته می‌کند. ازاین‌رو، هوش هیجانی کلی را نمی‌توان عامل اصلی تعیین‌کننده نگرش نسبت به فرزندآوری در نظر گرفت و لازم است نقش آن در کنار سایر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بررسی شود.

در میان ابعاد هوش هیجانی، همدلی قوی‌ترین ارتباط را با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری نشان داد و پس از آن خودآگاهی قرار داشت. این دو ارتباط پس از اصلاح هولم بونفرونی نیز معنادار باقی ماندند. از نظر مفهومی، خودآگاهی با توانایی فرد در شناخت هیجان‌ها، نیازها و انگیزه‌های شخصی مرتبط است و ممکن است با ارزیابی آگاهانه‌تر موضوعاتی مانند فرزندآوری همراه باشد. همدلی نیز به توانایی درک احساسات و دیدگاه‌های دیگران مربوط می‌شود و از این طریق ممکن است در نگرش افراد نسبت به روابط خانوادگی و مسئولیت‌های مرتبط با والدگری نقش داشته باشد. بااین‌حال، مطالعه حاضر سازوکارهای زیربنایی این روابط را بررسی نکرده است؛ بنابراین، این توضیحات باید به‌عنوان تفسیرهای احتمالی در نظر گرفته شوند و نه روابط علی اثبات‌شده.

یافته‌های *Vučenović* و همکاران (۲۰۲۴) نیز تا حدودی با مطالعه حاضر همسو است. در مطالعه آنان، توانایی‌های مرتبط با تنظیم هیجان با انگیزه‌های فرزندآوری در دانشجویان زن ارتباط داشت. اگرچه جامعه مورد مطالعه و متغیرهای اندازه‌گیری‌شده در دو پژوهش متفاوت بودند، نتایج هر دو مطالعه بر احتمال ارتباط میان جنبه‌های هیجانی و نگرش‌ها یا انگیزه‌های مرتبط با فرزندآوری تأکید دارند. مطالعه حاضر این موضوع را در نمونه‌ای از زنان شاغل بررسی کرد و نشان داد که در میان ابعاد مورد بررسی،

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e19

خودآگاهی و همدلی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری ارتباط معناداری داشتند [۲۰].

Anari و همکاران (۲۰۲۴) نیز رابطه هوش هیجانی با تجارب روان‌شناختی مرتبط با ناباروری را بررسی کردند و ارتباط هوش هیجانی بالاتر با مدیریت بهتر چالش‌های روان‌شناختی مرتبط با ناباروری را گزارش کردند. اگرچه جامعه پژوهش آنان شامل زنان مبتلا به ناباروری بود و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری به‌طور مستقیم ارزیابی نشد، یافته‌های آنان نیز نشان‌دهنده ارتباط توانایی‌های هیجانی با جنبه‌های روان‌شناختی مرتبط با مسائل باروری است. تفاوت در جامعه هدف و پیامدهای مورد بررسی، مقایسه مستقیم دو مطالعه را محدود می‌کند؛ بااین‌حال، یافته‌های مطالعه حاضر شواهدی درباره ارتباط برخی ابعاد هوش هیجانی، به‌ویژه خودآگاهی و همدلی، با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری در زنان شاغل ارائه می‌دهد [۲۱].

در مطالعات انجام‌شده در ایران نیز شواهدی وجود دارد که بر نقش مجموعه‌ای از عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در نگرش و قصد فرزندآوری تأکید می‌کنند. *Araban* و همکاران در مطالعه‌ای بر زنان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت ساوه نشان دادند که زنانی که قصد فرزندآوری داشتند، نگرش مثبت‌تر، هنجارهای ذهنی، امید، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رضایت زناشویی بالاتری داشتند [۵]. همچنین، *Bandehelahi* و همکاران در زنان سنین باروری شهر همدان نشان دادند که نگرش، هنجارهای ذهنی، انگیزه برای تبعیت و عوامل تسهیل‌کننده از عوامل مرتبط با قصد باروری بودند و مدل مورد بررسی ۱۶/۸ درصد از واریانس قصد باروری را تبیین کرد [۲۲]. در مطالعه *قاسمی* و همکاران در زنان متأهل جنوب‌شرق ایران نیز نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری ادراک‌شده با قصد فرزندآوری ارتباط معناداری داشتند و در میان این عوامل، نگرش قوی‌ترین پیش‌بین قصد فرزندآوری بود [۲۳]. افزون بر این، *راهبر زراعتی* و همکاران در مطالعه‌ای اخیر در زنان سنین باروری تبریز، نقش هم‌زمان مجموعه‌ای از عوامل روان‌شناختی، جمعیت‌شناختی و اقتصادی را در قصد فرزندآوری نشان دادند [۲۴]. در زنان شاغل ایرانی، شرایط شغلی و نحوه تعامل نقش‌های کاری و خانوادگی نیز می‌تواند با نگرش و تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری مرتبط باشد. *مرادی* و همکاران در مطالعه‌ای بر ۸۱۳ زن متأهل شاغل تمام‌وقت در ایران نشان دادند که تعارض کار-خانواده با قصد فرزندآوری ارتباط منفی و معناداری داشت، درحالی‌که کیفیت زناشویی با قصد فرزندآوری ارتباط مثبت و معناداری نشان داد [۱۲]. همچنین، *افتخاری* و همکاران در مطالعه‌ای بر پرستاران زن متأهل شاغل در بیمارستان‌های آموزشی یزد نشان دادند که نگرش نسبت به فرزندآوری بر حسب واحد محل کار تفاوت معناداری داشت؛ به‌طوری‌که نگرش پرستاران شاغل در واحد اداری مالی نسبت به پرستاران ICU مثبت‌تر بود. علاوه بر این، کنترل رفتاری ادراک‌شده نسبت به فرزندآوری بر حسب نوع شیفت نیز تفاوت معناداری نشان داد [۲۵]. یکی از تبیین‌های احتمالی این یافته‌ها می‌تواند نقش شرایط کاری، فشارهای روانی محیط‌های بالینی و تعارض کار-خانواده در شکل‌گیری نگرش نسبت به فرزندآوری باشد. برای مثال، مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا، مراقبت از بیماران بدحال و بار هیجانی محیط کار ممکن است با تعارض میان مسئولیت‌های شغلی و خانوادگی همراه باشد. بااین‌حال، این عوامل در مطالعه حاضر به‌طور مستقیم ارزیابی نشده‌اند و نمی‌توان نقش آن‌ها را در ارتباط‌های مشاهده‌شده تأیید کرد. ازاین‌رو، مطالعات آینده می‌توانند عواملی مانند تعارض کار-خانواده، نوع و شرایط کار، شیفت کاری و حمایت‌های سازمانی را هم‌زمان با عوامل روان‌شناختی بررسی کنند.

در مجموع، این شواهد داخلی نشان می‌دهند که در بستر اجتماعی و فرهنگی ایران، نگرش و تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری ماهیتی چندعاملی دارد و در کنار ویژگی‌های روان‌شناختی فردی، عوامل بین‌فردی، اجتماعی و اقتصادی نیز می‌توانند با آن مرتبط باشند. از این منظر، ارتباط ضعیف و غیرمعنادار نمره کل هوش هیجانی پس از اصلاح هولم در مطالعه حاضر، ضرورت بررسی ابعاد اختصاصی هوش هیجانی و سایر عوامل فردی و اجتماعی را برجسته می‌کند.

یافته‌های *Bayındır* و *Tosun* (۲۰۲۵) نیز در جمعیتی متفاوت، یعنی زنان باردار، بر اهمیت عوامل هیجانی در تجربه روان‌شناختی مرتبط با والدگری تأکید کرده است. تفاوت اصلی آن مطالعه با پژوهش حاضر در مرحله باروری و وضعیت شرکت‌کنندگان است؛ درحالی‌که آنان زنان باردار را بررسی کردند، مطالعه حاضر بر زنان متأهل شاغل در سنین باروری متمرکز بود. بنابراین، در کنار نتایج مطالعه حاضر، این یافته‌ها می‌توانند ضرورت بررسی بیشتر نقش عوامل هیجانی در مراحل مختلف تصمیم‌گیری باروری و تجربه والدگری را مطرح کنند؛ هرچند برای تعیین جهت و ماهیت این روابط به مطالعات بیشتری نیاز است [۲۶].

در مطالعه حاضر، خودتنظیمی، انگیزش و مهارت‌های اجتماعی پس از اصلاح هولم بونفرونی ارتباط معناداری با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری نشان ندادند. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده تفاوت احتمالی ارتباط ابعاد مختلف هوش هیجانی با نگرش‌های باروری باشد. بااین‌حال، عدم معناداری آماری نباید به‌عنوان نبود قطعی هرگونه رابطه تفسیر شود. تفاوت در ویژگی‌های نمونه، نحوه اندازه‌گیری سازه‌ها، زمینه اجتماعی و فرهنگی و همچنین توان آماری مطالعه می‌تواند بر الگوی روابط مشاهده‌شده تأثیرگذار باشد. بررسی دلایل احتمالی تفاوت میان خرده‌مقیاس‌های هوش هیجانی نیازمند مطالعات بیشتر در جمعیت‌های مختلف و با طراحی‌های متفاوت است.

مدل رگرسیون خطی چندگانه شامل پنج خرده‌مقیاس هوش هیجانی در مجموع حدود ۱۰ درصد از واریانس نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری را تبیین کرد (R^2=۱۰/۰) و ضریب تعیین تعدیل‌شده آن حدود ۰/۰۸ بود. اگرچه میزان واریانس تبیین‌شده در این مدل از مدل مبتنی بر نمره کل هوش هیجانی بیشتر بود، تفاوت تعداد و ماهیت متغیرهای پیش‌بین و انجام‌نشدن آزمون مقایسه مستقیم مدل‌ها مانع از نتیجه‌گیری قطعی درباره برتری مدل چندگانه می‌شود. همچنین، بخش عمده واریانس متغیر پیامد در این مدل تبیین نشد و تنها خودآگاهی و همدلی دارای ضرایب مثبت و معنادار بودند. ازآنجاکه مدل‌های رگرسیونی برای متغیرهای جمعیت‌شناختی، خانوادگی و شغلی تعدیل نشده بودند، این یافته‌ها باید به‌عنوان ارتباط‌های آماری اکتشافی تفسیر شوند. ازاین‌رو، مطالعات آینده می‌توانند در کنار ابعاد هوش هیجانی، متغیرهایی مانند عوامل اقتصادی و اجتماعی، شرایط خانوادگی، حمایت همسر، تعداد فرزندان، ویژگی‌های شغلی و سایر عوامل روان‌شناختی مرتبط با تصمیم‌گیری باروری را نیز بررسی کنند.

با وجود اهمیت یافته‌های این مطالعه، تفسیر آن‌ها باید با توجه به محدودیت‌های پژوهش انجام شود. نخست، طراحی مقطعی مطالعه امکان استنباط رابطه علی بین هوش هیجانی و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری را فراهم نمی‌کند. دوم،

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدودبودن نمونه به کارکنان زن یک دانشگاه، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها را محدود می‌سازد. سوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی و مطلوبیت اجتماعی همراه باشد. افزون بر این، مدل‌های رگرسیونی برای عوامل مخدوشگر بالقوه مانند سن، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و ویژگی‌های شغلی تعدیل نشدند و متغیرهایی مانند تعارض کار-خانواده و حمایت‌های خانوادگی نیز در این مدل‌ها بررسی نشدند؛ بنابراین، احتمال مخدوش‌شدن ارتباط‌های مشاهده‌شده توسط این عوامل وجود دارد.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، نمی‌توان هوش هیجانی را به‌عنوان عامل تعیین‌کننده اصلی نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری یا هدف مستقل و اثبات‌شده مداخلات مرتبط با آن معرفی کرد. بااین‌حال، بررسی مؤلفه‌هایی مانند خودآگاهی و همدلی در چارچوب برنامه‌های جامع‌تر سلامت باروری و حمایت از خانواده می‌تواند موضوع مطالعات مداخله‌ای آینده باشد. همچنین، دانشگاه‌ها و سازمان‌های حوزه سلامت می‌توانند، با توجه به نیازهای کارکنان و شواهد موجود درباره عوامل شغلی و خانوادگی، راهکارهای حمایتی مانند فراهم‌کردن دسترسی به خدمات مشاوره باروری و خانواده، تسهیل ترتیبات کاری انعطاف‌پذیر، تقویت حمایت‌های مرتبط با مرخصی زایمان و مراقبت از کودک و تدوین سیاست‌های سازمانی در جهت بهبود تعادل کار و خانواده را مدنظر قرار دهند. بااین‌حال، اثربخشی این راهکارها در مطالعه حاضر ارزیابی نشده است و بررسی پیامدهای آن‌ها نیازمند پژوهش‌های مستقل است. در مطالعات آینده، استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی، کنترل عوامل مخدوشگر جمعیت‌شناختی، خانوادگی و شغلی و بهره‌گیری از طراحی‌های طولی و مداخله‌ای می‌تواند به روشن‌شدن ماهیت ارتباط میان ابعاد هوش هیجانی و نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری کمک کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که هوش هیجانی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری ارتباط مثبت اما ضعیفی دارد و در میان ابعاد آن، خودآگاهی و همدلی ارتباط معناداری با این نگرش‌ها نشان دادند. با توجه به میزان محدود واریانس تبیین‌شده، هوش هیجانی را می‌توان یکی از عوامل روان‌شناختی مرتبط با نگرش‌های باروری در نظر گرفت. انجام مطالعات طولی و مداخله‌ای در جمعیت‌های متنوع‌تر برای بررسی دقیق‌تر این روابط و اهمیت عملی آن‌ها پیشنهاد می‌شود.

نکات بالینی کاربردی برای پلیس

با توجه به ارتباط معنادار هوش هیجانی با نگرش نسبت به باروری و فرزندآوری، توجه به عوامل روان‌شناختی در کنار عوامل شغلی، خانوادگی و اجتماعی می‌تواند در برنامه‌های حمایت از خانواده و سلامت باروری کارکنان مورد توجه قرار گیرد. در محیط‌های کاری پرتقاضا، از جمله سازمان‌های نظامی و انتظامی، دسترسی به خدمات مشاوره باروری و خانواده، حمایت از تعادل کار و خانواده و تسهیلات مرتبط با بارداری و فرزندپروری می‌تواند به‌عنوان بخشی از برنامه‌های جامع حمایت از سلامت کارکنان زن مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به اینکه جامعه پژوهش حاضر کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بوده‌اند و همچنین، با در نظرگرفتن طراحی مقطعی، نمونه‌گیری در دسترس و اندازه اثر کوچک، یافته‌های حاضر به‌تنهایی مبنای کافی برای اجرای مداخلات قرار نمی‌گیرند و تعمیم مستقیم یافته‌ها به کارکنان پلیس امکان‌پذیر نیست و کاربرد این رویکردها در محیط‌های نظامی و انتظامی نیازمند بررسی در مطالعات اختصاصی این جمعیت است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از دانشگاه علوم پزشکی ایران به‌دلیل حمایت از اجرای این پژوهش و از تمامی کارکنان زن شرکت‌کننده در مطالعه که با تکمیل پرسشنامه‌ها در انجام این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

سهم نویسندگان: *راحله چرمچی*، ارائه ایده و طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و تحلیل آماری داده‌ها؛ *پریسا مرادی‌مجد*، ارائه ایده و طراحی مطالعه و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ *عطیه سادات سجادی*، جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ *شهنام صدیق معروفی*، ارائه ایده و طراحی مطالعه و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ *مهدیه رمضانی*، جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ *زهرا پیرداده بیرانوند*، جمع‌آوری داده‌ها؛ *اعظم ساعی*، جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ *مینا نامور*، تحلیل آماری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

بیانیه استفاده از هوش مصنوعی: ابزارهای هوش مصنوعی صرفاً به‌عنوان ابزاری کمکی برای ویرایش و بهبود نگارش، بازنویسی برخی عبارات و افزایش وضوح و یکپارچگی متن مقاله مورد استفاده قرار گرفتند. از هوش مصنوعی برای تولید داده‌های پژوهش یا انجام تحلیل‌های آماری استفاده نشد. نسخه اولیه مقاله و محتوای علمی آن توسط نویسندگان تهیه شده است و تمامی اصلاحات انجام‌شده نیز توسط نویسندگان به‌طور دقیق بازبینی و تأیید شده‌اند. مسئولیت کامل محتوای نهایی مقاله بر عهده نویسندگان است.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در ارتباط با انجام، نتایج و انتشار این پژوهش وجود ندارد.

حمایت مالی: این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

REFERENCES

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights. New York: United Nations; 2019. World Population Prospects 2019: Highlights | United Nations
2. Omid M, Shahhosseini Z, Hosseinnataj A, Zamaniyan M, Ganji J. Investigating the Factors Related to Desire to Have Children: A Systematic Review. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2024;34(232):246-59. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-20285-en.html
3. World Bank. Fertility rate, total (births per woman) - Iran, Islamic Rep. Washington, DC:

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e19

World Bank; 2023. https://dataworldbankorg/indicator/SPDYNTFRTIN?locations=IR
4. Ali Dosti H, Hariri M, Safarian M. Fertility desire among Kermanshah: Determinants and limitations. Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences. 2023;20(1):109-83. https://doi.org/10.22067/social.2023.79351.1251
5. Araban M, Karimy M, Armoon B, Zamani-Alavijeh F. Factors related to childbearing intentions among women: a cross-sectional study in health centers, Saveh, Iran. J Egypt Public Health Assoc. 2020;95(1):6. https://doi.org/10.1186/s42506-020-0035-4
6. Shams Ghahfarokhi Farideh, Askari Nodoushan Abbas, Eini Zinab Hasan, Ruhani Ali, Abbasi Shavazi Mohammad Jalal. At the Crossroad of Decision to Have Children: An Analysis of Individual and Social Childbearing Challenges in the Context of Low Fertility in Isfahan. JOURNAL OF APPLIED SOCIOLOGY[Internet]. 2023;33(4 (88)):1-28. Available from: https://sid.ir/paper/1052824/en
7. Askari-Nodoushan A, Razeghi-Nasrabad HB. Motherhood experience and childbearing challenges of working women: a qualitative study in Tehran. Strategic Research on Social Problems in Iran. 2023;12(3):99-122. https://doi.org/10.22108/srspi.2023.138962.1934
8. Behrouznia H, Shafiabadi A. Challenges faced by working mothers regarding maintaining young children: A phenomenological qualitative study. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2022;11(3):183-94. https://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.3.15.6
9. Mitchell D, Gray E. Declining fertility: Intentions, attitudes and aspirations. Journal of Sociology. 2007 Mar;43(1):23-44. doi: 10.1177/1440783307073933. https://doi.org/10.1177/1440783307073933
10. Barber JS. Ideational influences on the transition to parenthood: attitudes toward childbearing and competing alternatives. Soc Psychol Q. 2001;64(2):101-27. https://doi.org/10.2307/3090128
11. Dehkordi SM, Khoshakhlagh AH, Yazdanirad S, Mohammadian-Hafshejani A, Rajabi-Vardanjani H. The effect of job stress on fertility, its intention, and infertility treatment among the workers: a systematic review. BMC Public Health. 2025;25(1):542. https://doi.org/10.1186/s12889-025-21790-9
12. Moradi S, Pajohideh Z, Makvandi S, Rabiei Z, Mohammadi S. Work family conflict, marital quality and fertility intention in a sample of employed Iranian women. Scientific Reports. 2026. https://doi.org/10.1038/s41598-026-63333-1
13. Lievens F, Chan D. Practical intelligence, emotional intelligence, and social intelligence. In: Farr JL, Tippins NT, editors. Handbook of employee selection. 2nd ed. New York: Routledge; 2017. p. 342–64. https://ink.library.smu.edu.sg/cgi/viewcontent.cgi?article=1549&context=soss_research
14. Bru-Luna LM, Martí-Vilar M, Merino-Soto C, Cervera-Santiago JL. Emotional Intelligence Measures: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2021;9(12). https://doi.org/10.3390/healthcare9121696
15. Fu W, Wilhelm LO, Wei Y, Zhou G, Schwarzer R. Emotional intelligence and dyadic satisfaction buffer the negative effect of stress on prenatal anxiety and depressive symptoms in Chinese women who are pregnant with twins. Anxiety Stress Coping. 2020;33(4):466-78. https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1745193
16. Yılar Erkek Z, Özer S. The Relationship Between Pregnant Women' Emotional Intelligence and Fear of Childbirth, Readiness For Childbirth and Ways of Coping with Stress. Journal of Basic and Clinical Health Sciences. 2021;5(2):83-93. https://doi.org/10.30621/jbachs.899477
17. Mansouri R. Emotional Intelligence Questionnaire Sybrya Schering standardization among students at Tehran University. Tehran, Iran: University of Allameh Tabatabai; 2000. [Persian]
18. Mohammadi R, Karbin F, Sarayvand S, Najafi-Vasough R, Jamasbi MM, Beiranvand F. Investigating the relationship between spiritual and emotional intelligence with academic procrastination in the students of the operating room of Hamadan University of Medical Sciences. J Educ Health Promot. 2025;14:81. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_224_24
19. Rad F, Savabi H. Investigation on tendency to fertility and its related social factors: a case study of married women aged 15 to 50 in Tabriz. Journal of Woman and Family Studies. 2015;3(1):127-155. https://doi.org/10.22051/jwfs.2015.2199
20. Vučenović D, Petrović M, Jelić K. Motherhood in the Making: Key Determinants of Parenthood Motivation in Young Adult Women. Psychology International. 2024;6(4):917-36. https://doi.org/10.3390/psycholint6040059
21. Anari M, Taebi M, Tarrahi MJ, Pirhadi M. Relationship between emotional intelligence, quality of life, and infertility stigma in infertile woman: A descriptive-correlational study. Int J Reprod Biomed. 2024;22(9):739-48. https://doi.org/10.18502/ijrm.v22i9.17479
22. Bandehelahi K, Khoshravesh S, Barati M, Tapak L. Psychological and Sociodemographic Predictors of Fertility Intention among Childbearing-Aged Women in Hamadan, West of Iran: An Application of the BASNEF Model. Korean J Fam Med. 2019;40(3):182-7. https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0008
23. Ghasemi J, Safizadeh M, Khajeh Z, Nakhaee N. Immediate Antecedents of Intentions for Having Children in Southeast Iranian Women. Korean J Fam Med. 2023;44(5):289-94. https://doi.org/10.4082/kjfm.23.0048
24. Rahbar-Zeraati A, Fathnezhad-Kazemi A,

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]

Velayati A. Determinants of childbearing intention among Iranian women: Integrating psychological, demographic, and socioeconomic factors. J Public Health Res. 2026;15(1):22799036251410258. https://doi.org/10.1177/22799036251410258

25. Eftekhari, A., Sharifi, T., Khoddami, N. et al. Factors affecting nurses' childbearing intentions of nurses working in teaching hospitals in Yazd, Iran: a study based on theory of planned behavior. BMC Nurs 24, 883 (2025). https://doi.org/10.1186/s12912-025-03442-w

26. Bayındır A, Tosun H. A Study on Emotional Intelligence, Breastfeeding Self-Efficacy, and Prenatal Maternal Expectations in Women Attending a Pregnancy School. Journal of Intelligence. 2025;13(3):35. https://doi.org/10.3390/jintelligence13030035

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-17]