ORIGINAL ARTICLE

The Impact of Previous Childbirth Experiences on Future Childbearing Decisions in Mothers with One Child: A Cross-Sectional Study

Samira Ghorbani[1],
Seyyedeh Solmaz Talebi[2]

[1] MSc in Midwifery Counselling, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

(Received October 5, 2024; Accepted February 4, 2025)

Abstract

Background and purpose: Declining fertility rates and decreasing population growth are major challenges for the country. Numerous studies have been conducted to identify factors influencing this issue. One such factor is the childbirth experience. This research examines the relationship between previous childbirth experiences and fertility decisions in women with one child.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted in 2023-2024 on 400 **women with one child** covered by health centers in Shahrud. Health centers were selected from various city areas (northern, southern, eastern, western, and central) to represent the city's socio-economic diversity. Data were collected using standardized demographic, childbirth experience, and fertility decision-making questionnaires. The validity and reliability of the questionnaires were confirmed in previous studies. The scoring of the questionnaires was based on the Likert scale, with fertility decision scores categorized into three levels: weak (29-69), moderate (70-100), and strong (101-150). Data were analyzed using Chi-square tests, one-way ANOVA, and linear regression in SPSS version 25.

Results: The mean age of the women was 30.02 ± 5.48 years, their spouses' mean age was 34.31 ±4.90 years, the mean age at marriage was 7.37± 2.58 (???) years, and the mean age of the first child was 3.96±1.21 years. Of the participants, 42% had moderate childbearing intentions, 33% had strong intentions, and 25% had weak intentions. Regression analysis revealed that childbirth experience significantly impacted childbearing decisions (OR=1.34,P<0.001). Additionally, higher childbirth experience scores were associated with increased intentions to have more children (P<0.001). Other demographic variables showed no significant effect.

Conclusion: Childbirth experiences in women with one child play a significant role in the decision to have a second child. Positive experiences increase fertility desire, while negative experiences cause hesitation. Emotional support, education, and improved maternity care can strengthen fertility intentions and contribute to population policies.

Keywords: previous childbirth experiences, childbearing decision, mothers with one child, cross-sectional study, fertility intentions

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 34 (242): 68-77 (Persian).

Corresponding Author: Seyyedeh Solmaz Taleb- School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. (E-mail: talebi_solmaz@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و چهارم شماره ۲۴۲ اسفند سال ۱۴۰۳ (۷۷-۶۸)

تأثیر تجربیات زایمان قبلی بر تصمیم به فرزندآوری در مادران تک‌فرزند: یک مطالعه مقطعی

سمیرا قربانی[1]
سیده سلماز طالبی[2]

چکیده

سابقه و هدف: کاهش تمایل به فرزندآوری و افت رشد جمعیت از چالش‌های اساسی کشور است. مطالعات متعددی برای شناسایی عوامل مؤثر بر این مسئله انجام شده است. یکی از این عوامل تجربه زایمان است. این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین تجربه زایمان قبلی و تصمیم به فرزندآوری در زنان تک فرزند، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مقطعی، در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ روی ۴۰۰ زن تک فرزند تحت پوشش مراکز بهداشت شهرستان شاهرود انجام شد. مراکز بهداشت به‌صورت هدفمند از مناطق مختلف شهر (شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی) انتخاب شدند تا نمایانگر تنوع اجتماعی-اقتصادی شهر باشند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد جمعیت شناختی، تجربه زایمان، و تصمیم به فرزندآوری جمع‌آوری شد. اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ها در مطالعات پیشین تأیید شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها بر اساس طیف لیکرت انجام گرفت و نمرات تصمیم‌گیری برای فرزندآوری به سه سطح ضعیف (۲۹-۶۹)، متوسط (۷۰-۱۰۰)، و قوی (۱۰۱-۱۵۰) دسته‌بندی شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون خطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سن زنان ۳۰/۰۲ ±۵/۴۸، همسران ۳۱/۳۴ ±۹۰/ ۴، سن ازدواج ۷/۳۷±۲/۵۸ و سن فرزندان اول ۳/۹۶± ۱/۲۱ سال بود. ۴۲ درصد از زنان تصمیم به فرزندآوری متوسط، ۳۳ درصد تصمیم قوی و ۲۵ درصد تصمیم ضعیف داشتند. نتایج رگرسیون نشان داد که تجربه زایمان تأثیر معنی‌داری بر تصمیم به فرزندآوری دارد (OR =۱/۳۴، P<۰/۰۰۱). هم‌چنین، افزایش نمره تجربه زایمان با افزایش تمایل به فرزندآوری همراه بود (P<۰/۰۰۱). سایر متغیرهای دموگرافیک تأثیر معنی‌داری نداشتند.

استنتاج: تجربه زایمانی در زنان تک فرزند نقش مهمی در تصمیم‌گیری برای فرزند دوم دارد. تجربیات مثبت، تمایل به فرزندآوری را افزایش داده، در حالی که تجربیات منفی موجب تردید می‌شود. حمایت‌های عاطفی، آموزشی و ارتقای کیفیت مراقبت‌های زایمانی می‌تواند تمایل به فرزندآوری را تقویت کرده و به سیاست‌های جمعیتی کمک کند.

واژه های کلیدی: تجربه زایمان قبلی، تصمیم به فرزندآوری، مادران تک فرزند، مطالعه مقطعی، تصمیم‌گیری باروری

مقدمه

جمعیت هر کشور سرمایه اصلی آن است و کاهش یا پیر شدن جمعیت می‌تواند منجر به آسیب‌پذیری آن کشور شود. در دهه‌های اخیر، رفتار باروری در بسیاری از کشورهای جهان تغییر کرده است.

مولف مسئول: سیده سولماز طالبی-شاهرود: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود **E-mail:** talebi_solmaz@yahoo.com
۱. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
۲. استادیار، دپارتمان اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۷/۲۳ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

به عنوان مثال، در حالی که نرخ باروری کلی در کشورهای اروپایی افزایش یافته، هنوز بیش از نیمی از کشورهای دنیا با جمعیتی زیر سطح جایگزینی مواجه هستند(۱). این تغییرات کشور ایران را نیز تحت تأثیر قرار داده است. نتایج سرشماری‌ها نشان می‌دهد که نرخ جمعیت ایران روند نزولی دارد و مطالعات مختلف حاکی از آن است که زوجین در بسیاری از شهرهای ایران تمایل کمی به فرزندآوری دارند(۳،۲). بر اساس آخرین داده‌های مرکز آمار ایران، نرخ باروری کل در سال ۱۴۰۰ معادل ۱/۶ فرزند به ازای هر زن بوده است. این کاهش، در مقایسه با دهه‌های گذشته، بیانگر تغییرات چشمگیر در الگوهای جمعیتی کشور است. روند کاهشی نرخ باروری در تمامی استان‌های کشور مشاهده شده و به چالشی فراگیر تبدیل شده است، به طوری که درهمین سال، ۱۶ استان نرخ باروری پایین (کم‌تر از ۱,۵) و بسیار پایین (کم تر از ۱,۳) را تجربه کرده‌اند(۴).

تمایل به فرزندآوری، هر چند ساده به نظر می‌رسد، به عوامل متعدد و پیچیده‌ای وابسته است. شناخت این عوامل می‌تواند به درک دقیق‌تری از تحولات جمعیتی کمک کند. عوامل متعددی نظیر وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، کیفیت زندگی، روابط زناشویی، و تجربه زایمان بر تمایل به فرزندآوری تأثیرگذارند(۶،۵). در گذشته، زوجین پس از ازدواج برای داشتن فرزند برنامه‌ریزی می‌کردند، اما در حال حاضر، تمرکز بیش‌تری بر کنترل تعداد فرزندان و جلوگیری از فرزندآوری دیده می‌شود(۷). تأخیر در فرزندآوری می‌تواند منجر به ناباروری و بی‌فرزندی ناخواسته شود(۹،۸).

مطالعات نشان داده‌اند که تجربیات زایمانی پیشین تأثیر قابل توجهی بر تصمیم‌گیری‌های باروری دارند. تجربیات مثبت زایمان با افزایش اعتماد به نفس، رضایت و احساس کنترل در مادران همراه است و به افزایش تمایل به فرزندآوری می‌انجامد(۱۲–۱۰). از سوی دیگر، تجربیات منفی زایمان، مانند درد شدید، اضطراب درباره سلامت جنین، یا زایمان دشوار، می‌تواند به کاهش تمایل به فرزندآوری و حتی انتخاب روش‌هایی مانند سزارین در زایمان‌های بعدی منجر شود(۱۳،۱).

با این حال، بیش تر این مطالعات به تأیید وجود تأثیر تجربه زایمان بر تمایل به فرزندآوری پرداخته‌اند و بررسی‌های محدودی درباره شدت این تأثیر یا تفاوت آن در گروه‌های خاص، از جمله زنان تک فرزند، انجام شده است. علاوه بر این، نحوه تأثیرگذاری این عوامل در زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ایران کم تر مورد پژوهش قرار گرفته است(۱۵،۱۴).

شکاف پژوهشی این‌جاست که، اگرچه تجربیات زایمانی در کلیت خود بر تصمیم‌گیری زنان برای فرزندآوری تأثیرگذار شناخته شده‌اند، اما شدت و ویژگی‌های این تأثیر در شرایط خاص مانند زنان تک فرزند به‌طور کامل مشخص نشده است(۱۶).

این مطالعه با هدف بررسی رابطه میان تجربه زایمان قبلی و تصمیم به فرزندآوری در زنان تک فرزند انجام پذیرفت. این پژوهش تلاش می‌کند تا با ارائه بینش‌های جدید، خلأ موجود در ادبیات پژوهشی را پر کند و راهکارهایی برای ارتقای کیفیت خدمات زایمانی و افزایش تمایل به فرزندآوری ارائه دهد. نتایج این تحقیق می‌تواند به سیاست‌گذاری‌های جمعیتی، برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت زندگی خانواده‌ها و جلوگیری از بحران‌های جمعیتی در آینده کمک کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به بررسی ارتباط بین تجربه زایمان قبلی و تصمیم به فرزندآوری در زنان تک فرزند پرداخته است. از نظر هدف، این پژوهش در زمره تحقیقات کاربردی قرار گرفت و از لحاظ روش شناسی، این مطالعه به‌صورت مقطعی در سال‌های ۱۴۰۲–۱۴۰۳ انجام شده است. جامعه آماری شامل زنانی است که تحت پوشش مراکز بهداشت شهرستان شاهرود قرار دارند. معیارهای ورود به مطالعه، تمایل به شرکت در پژوهش، سکونت در شهرستان شاهرود، سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن تنها

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

یک فرزند با سن بین ۲ تا ۵ سال، بوده است. معیارهای خروج شامل زنانی بود که سابقه سقط جنین داشتند، به بیماری‌های جسمی یا روحی خاص مبتلا بودند، ناباروری ثانویه داشتند، از همسر خود جدا زندگی می‌کردند یا مشکلات زناشویی و ارتباطی شدید با همسر داشتند.

این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با شناسه IR. SHMU REC.1401.167 تأییدیه دارد. توضیحات جامع قبل از نمونه‌گیری در زمینه مداخله، زمان پژوهش، روش کار، اهداف پژوهش، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، امکان خروج در هر مرحله از پژوهش و گرفتن رضایتنامه آگاهانه کتبی از جمله ملاحظات اخلاقی رعایت شده در مطالعه حاضر بود.

حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای متغیرهای نسبتی و با درنظرگرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، دقت ۵ درصد و نسبت برآوردی ۵۰ درصد و با استفاده ازفرمول زیر محاسبه شد که برابر با ۴۰۰ نفر تعیین گردید.

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}{d^2}$$

$$n = \frac{4 * .5 * .5}{.0025} = 400$$

نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام شد. در ابتدا، ۵ مرکز بهداشت به‌صورت هدفمند از مناطق مختلف شهر (شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی) انتخاب شدند تا نمایانگر تنوع اجتماعی-اقتصادی شهر باشند. سپس فهرستی از زنان دارای یک فرزند که در این مراکز پرونده فعال داشتند، تهیه گردید. از میان این فهرست، ۴۰۰ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به‌صورت تصادفی انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های دموگرافیک، تصمیم به فرزندآوری و تجربه زایمان بود. اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان از طریق یک پرسشنامه استاندارد جمع‌آوری شد که شامل مواردی نظیر سن زن، سن همسر، سن ازدواج، سن فرزند اول، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، شغل زن و شغل همسر بود. هم‌چنین، اطلاعاتی درباره وجود یا عدم وجود بیماری در فرزند قبلی و نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) نیز در این پرسشنامه لحاظ شد تا عوامل مرتبط با تصمیم‌گیری برای فرزندآوری مورد بررسی قرار گیرد. پرسشنامه تجربه زایمان در سال ۲۰۱۵ توسط واکر و همکاران طراحی و روان‌سنجی شد. این ابزار با هدف ارزیابی تجربه مادران از روند زایمان، بدون توجه به نوع زایمان، تدوین شده است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در همان مطالعه اولیه تأیید شده و در ایران نیز توسط زمانی و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه، نسبت روایی محتوا (CVR) بالاتر از ۰,۶۲ و شاخص روایی محتوا (CVI) بین ۰,۸ تا ۱ گزارش شد. پایایی ابزار نیز با استفاده از روش بازآزمایی، ۹۵,۷ درصد گزارش گردید(۱۷).

این پرسشنامه شامل چهار حوزه اصلی، پذیرش مادر (۸ گویه)، حمایت کارکنان زایشگاه (۵ گویه)، احساس امنیت مادر (۶ گویه)، و مشارکت مادر حین لیبر و زایمان (۳ گویه)، است. ابزار مذکور شامل ۱۹ گویه است که بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (هرگز، خیلی کم، گاهی اوقات، بله همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. علاوه بر این، سه گویه دیگر با مقیاس مشاهده‌ای ارزیابی می‌شوند. امتیاز کلی پرسشنامه بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر است و نمره بالاتر نشان دهنده تجربه زایمانی بهتر است.

پرسشنامه تصمیم به فرزندآوری زنان در سال ۲۰۱۹ توسط انصاری مجد و همکاران طراحی شد و پرسشنامه چون فقط در یک مطالعه استفاده شده بود در این مطالعه روانسنجی شد(۱۸). برای بررسی روایی محتوا، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از متخصصان حوزه‌های مرتبط شامل پرستاری، مامایی و روان‌شناسی ارزیابی شد. نسبت روایی محتوا (CVR) برای تمامی سؤالات بالاتر از ۰/۸۰ و شاخص روایی محتوا (CVI) بین ۰/۸۸ تا ۱ گزارش شد. برای بررسی پایایی ابزار، پرسشنامه به ۳۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

نفر از زنان واجد شرایط ارائه شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۹۰ درصد محاسبه گردید که نشان دهنده ثبات درونی بالای ابزار است.

این پرسشنامه شامل ۳۴ سؤال در چهار سازه اصلی شامل مراحل تغییر، خودکارآمدی، موازنه تصمیم‌گیری، و فرآیند تغییر بوده است. مقیاس سؤالات بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده بود. سازه مراحل تغییر صرفاً برای توزیع افراد بر اساس مراحل مختلف رفتاری به کار گرفته شد و در مطالعه حاضر امتیازدهی نشد.

سازه فرآیند تغییر شامل ۱۰ سؤال با مقیاس لیکرت (از "همیشه" تا "هرگز") بود که بیش ترین نمره آن ۵۰ و کم‌ترین نمره آن ۱۰ بود. سازه موازنه تصمیم‌گیری شامل ۱۳ سؤال بود که ۷ سؤال به "منافع فرزندآوری" و ۶ سؤال به "مضرات فرزندآوری" اختصاص داشت و با مقیاس لیکرت (از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم") نمره‌گذاری شد. نمرات مربوط به "منافع" و "مضرات" به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. سازه خودکارآمدی شامل ۶ سؤال با مقیاس لیکرت (از "کاملاً مطمئنم" تا "مطمئن نیستم") بود.

مجموع نمرات سه سازه بین ۲۹ تا ۱۵۰ متغیر بود. براساس نظر پژوهشگر، تصمیم‌گیری برای فرزندآوری به سه دسته ضعیف (۲۹-۶۹)، متوسط (۷۰-۱۰۰)، و قوی (۱۰۱-۱۵۰) تقسیم‌بندی شد.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از معرفی هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و کسب رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها توسط مراجعین در حضور پژوهشگر تکمیل شدند. داده‌ها پس از کدگذاری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند. از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی بنفرونی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف -اسمیرنوف بررسی شد و مقایسه متغیرهای کیفی جمعیت شناسی با آزمون کای دو انجام شد. سطح معنی‌داری برای تمامی آزمون‌ها کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۰۰ نفر شرکت کردند و پرسشنامه‌های تمامی آن‌ها قابل تجزیه و تحلیل بود. انحراف معیار ± میانگین سن زنان ۵/۴۸ ± ۳۰/۰۲ سال، سن همسران ۴/۹۰ ± ۳۴/۳۱ سال، سن ازدواج ۲/۵۸ ± ۷/۳۷ سال و سن فرزند اول ۱/۲۱ ± ۳/۹۶ سال بود (جدول شماره ۱). از میان شرکت‌کنندگان، ۹۸ نفر تصمیم به فرزندآوری ضعیف، ۱۶۸ نفر تصمیم به فرزندآوری متوسط و ۱۳۴ نفر تصمیم به فرزندآوری قوی داشتند.

جدول شماره ۱: توصیف متغیرهای دموگرافیک کمی در رده های مختلف تصمیم به فرزندآوری

متغیر	تصمیم به فرزندآوری	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری *
سن زن	ضعیف	۳۰/۵ ±۱۴/۵۹	
	متوسط	۲۹/۷۶ ± ۵/۴۳	۰/۷۰۷
	قوی	۳۰/۲۶ ± ۵/۵	
	کل	۳۰/۰۲ ± ۵/۴۸	
سن همسر	ضعیف	۳۳/۸۸ ± ۵/۳۷	
	متوسط	۳۴/۳۰ ± ۴/۹۶	۰/۵۲۷
	قوی	۳۴/۶۲ ± ۴/۴۶	
	کل	۳۴/۳۱ ± ۴/۹۰	
سن ازدواج	ضعیف	۷/۰۱ ± ۲/۱	
	متوسط	۷/۳۵ ± ۲/۵۴	۰/۱۹۶
	قوی	۷/۶۴ ± ۲/۸۹	
	کل	۷/۳۷ ± ۲/۵۸	
سن فرزند اول	ضعیف	۳/۷۶ ± ۰/۹۶	
	متوسط	۴/۰۰ ± ۱/۲۹	۰/۱۸۱
	قوی	۴/۰۴ ± ۱/۲۶	
	کل	۳/۹۶ ± ۱/۲۱	

*آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و کای دو نشان دادند که بین متغیرهای دموگرافیک و تصمیم به فرزندآوری ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵) (جدول شماره ۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره ۲: توصیف متغیرهای دموگرافیک کیفی در نمرات مختلف تصمیم به فرزندآوری

متغیر		تصمیم به فرزندآوری	تعداد (درصد)	سطح معنی داری *
تحصیلات زن	سیکل و پایین تر	ضعیف	۱۰(۱۹)	
		متوسط	۲۹(۵۶)	
		قوی	۱۳(۲۵)	
	دیپلم و فوق دیپلم	ضعیف	۴۰(۲۴)	
		متوسط	۷۱(۴۳)	
		قوی	۵۶(۳۳)	
	لیسانس	ضعیف	۴۲(۲۹)	۰/۱۳
		متوسط	۵۵(۳۹)	
		قوی	۴۷(۳۲)	
	کارشناسی ارشد	ضعیف	۶(۱۶)	
		متوسط	۱۳(۳۵)	
		قوی	۱۸(۴۹)	
تحصیلات همسر	سیکل و پایین تر	ضعیف	۲۸(۲۴)	
		متوسط	۴۶(۳۸)	
		قوی	۴۶(۳۸)	
	دیپلم و فوق دیپلم	ضعیف	۱۸(۲۲)	
		متوسط	۳۴(۳۸)	
		قوی	۲۷(۳۰)	
	لیسانس	ضعیف	۵۱(۲۵)	۰/۶۸
		متوسط	۸۸(۴۴)	
		قوی	۶۰(۳۱)	
	کارشناسی ارشد	ضعیف	۱(۵۰)	
		متوسط	۰(۰)	
		قوی	۱(۵۰)	
شغل زن	خانه دار	ضعیف	۷۴(۲۴)	
		متوسط	۱۳۰(۴۲)	
		قوی	۱۰۴(٪۳۴)	
	شاغل	ضعیف	۲۴(۲۶)	۰/۹۲
		متوسط	۳۸(۴۱)	
		قوی	۳۰(۳۳)	
شغل همسر	کارمند	ضعیف	۲۸(۲۴)	
		متوسط	۴۶(۳۸)	
		قوی	۴۶(۳۸)	
	کارگر	ضعیف	۱۸(۲۳)	
		متوسط	۳۴(۴۳)	
		قوی	۲۷(۳۴)	
	آزاد	ضعیف	۵۱(۲۵)	۰/۶۸
		متوسط	۸۸(۴۴)	
		قوی	۶۰(۳۱)	
	بیکار	ضعیف	۱(۵۰)	
		متوسط	۰(۰)	
		قوی	۱(۵۰)	
بیماری بچه	بله	ضعیف	۰(۰)	
		متوسط	۴(۴۰)	
		قوی	۶(۶۰)	
	خیر	ضعیف	۹۸(۲۵)	۰/۴۶
		متوسط	۱۶۴(۴۲)	
		قوی	۱۲۸(۳۳)	
زایمان	طبیعی	ضعیف	۳۵(۲۲)	
		متوسط	۶۴(۴۱)	
		قوی	۵۸(۳۷)	
	سزارین	ضعیف	۶۳(۲۶)	۰/۴۶
		متوسط	۱۰۴(۴۳)	
		قوی	۷۶(۳۱)	

*آزمون کای دو

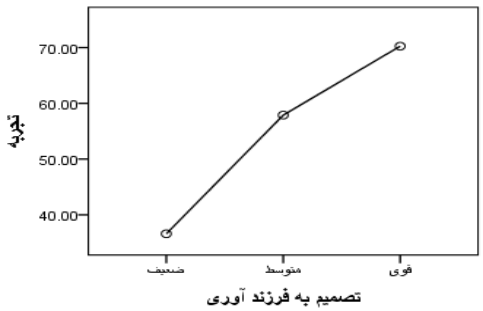
یافته‌ها نشان داد که ۲۴/۵ درصد از زنان تک فرزند تصمیم به فرزندآوری ضعیف، ۴۲ درصد تصمیم به فرزندآوری متوسط و ۳۳ درصد تصمیم به فرزندآوری قوی داشتند (جدول شماره ۳). میانگین و انحراف معیار نمره تجربه زایمان در گروه‌های مختلف تصمیم به فرزندآوری به ترتیب در گروه تصمیم ضعیف ۳۶/۶ ±۰۵/۱۲ در گروه تصمیم متوسط ۵۷/۰۰ ± ۸/۱۰ و در گروه تصمیم قوی ۷۰/۲۰ ± ۱۲/۱۰ بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توصیف نمره تجربه زایمان

متغیر	تصمیم به فرزندآوری	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری *
تجربه زایمان	ضعیف	۳۶/۶ ± ۱۲/۰۵	
	متوسط	۵۷/۸ ± ۸/۱۸	<۰/۰۰۱
	قوی	۷۰/۲ ± ۱۲/۱	
	کل	۵۶/۸۱ ± ۱۶/۵۶	

*آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

نتایج هم‌چنین نشان داد که با افزایش نمره تجربه زایمان، تمایل به فرزندآوری نیز افزایش می‌یابد (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱: نمایش تغییرات تصمیم به فرزند آوری با توجه به نمره تجربه زایمان

جدول شماره ۴، میانگین نمره تصمیم به فرزندآوری را در حوزه‌های مختلف تجربه زایمان نشان می‌دهد و بیان می‌کند که بین این حوزه‌ها و تصمیم به فرزندآوری ارتباط معنی داری وجود دارد. در جدول شماره ۵ نیز با استفاده از رگرسیون، اثر متغیرهای مختلف بر سطوح تصمیم به فرزندآوری بررسی شده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره ٤: میانگین نمره تصمیم به فرزندآوری در حیطه های مختلف تجربه زایمان

حیطه تجربه زایمان	تصمیم به فرزندآوری	انحراف معیار ±میانگین	سطح معنی داری *
پذیرش	ضعیف	۱۳/۰± ۴/۷۷	<۰/۰۰۱
	متوسط	۲۰/۸± ۳/۵۸	
	قوی	۲۴/۹۹± ۵/۵۰	
	کل	۲۰/۳± ۶/۴۵	
حمایت	ضعیف	۸/۵۶± ۳/۴۵	<۰/۰۰۱
	متوسط	۱۳/۰۴± ۳/۴۲	
	قوی	۱۶/۲۳± ۳/۶۹	
	کل	۱۳/۰۱± ۴/۵۵	
امنیت	ضعیف	۱۰/۱۸± ۳/۹۳	<۰/۰۰۱
	متوسط	۱۶/۰۵± ۲/۵۷	
	قوی	۱۹/۵± ۳/۱۸	
	کل	۱۵/۷± ۴/۷۲	
مشارکت	ضعیف	۴/۸۵± ۱/۹۳	<۰/۰۰۱
	متوسط	۷/۹۲± ۱/۸۸	
	قوی	۹/۴۹± ۲/۲۹	
	کل	۷/۷۰± ۲/۶۹	

*آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

جدول شماره ۵: بررسی اثر متغیرهای مختلف بر رده‌های فرزندآوری

رده فرزندآوری	متغیر	نسبت بخت	فاصله اطمینان	سطح معنی داری *
ضعیف	تجربه زایمان	۰/۷۴	(۰/۷۱ – ۰/۷۸)	۰/۰۰
	سن زن	۰/۹۷	(۰/۸۷ – ۱/۰۸)	۰/۶۴
	سن همسر	۰/۹۶	(۰/۸۴ – ۱/۰۸)	۰/۵۳
	سن ازدواج	۰/۹۴	(۰/۷۵ – ۱/۱۶)	۰/۵۷
	سن فرزند	۰/۶۷	(۰/۴۳ – ۱/۰۷)	۰/۹۶
	زایمان کد ۱	۰/۴۸	(۰/۱۸ – ۱/۲۵)	۰/۱۳
	شغل همسر کد ۱	۰/۶۷	(۰/۲۲ – ۲/۰۸)	۰/۴۹
	تحصیلات زن کد۱	۱/۶۳	(۰/۵۴ – ۴/۹۴)	۰/۳۸
	تحصیلات همسر کد۱	۰/۵۲	(۰/۱۹ – ۱/۴۰)	۰/۱۹
متوسط	تجربه زایمان	۱/۱۸	(۱/۱۴ – ۱/۲۳)	۰/۰۰
	سن زن	۰/۹۹	(۰/۹۰ – ۱/۰۹)	۰/۹۶
	سن همسر	۱/۰۷	(۰/۹۵ – ۱/۱۹)	۰/۲۲
	سن ازدواج	۱/۰۲	(۰/۸۳ – ۱/۲۴)	۰/۸۴
	سن فرزند	۱/۵۰	(۰/۹۹ – ۲/۲۸)	۰/۰۵
	زایمان کد ۱	۱/۰۴	(۰/۴۵ – ۲/۳۷)	۰/۹۱
	شغل همسر کد ۱	۱/۲۰	(۰/۴۵ – ۳/۱۶)	۰/۷۰
	تحصیلات زن کد۱	۱/۷۳	(۰/۶۷ – ۴/۴۷)	۰/۲۵
	تحصیلات همسر کد۱	۱/۹۷	(۰/۸۴ – ۴/۵۷)	۰/۱۱
قوی	تجربه زایمان	۱/۳۴	(۱/۲۷ – ۱/۴۰)	۰/۰۰
	سن زن	۱/۰۲	(۰/۹۱ – ۱/۱۴)	۰/۶۴
	سن همسر	۱/۰۴	(۰/۹۱ – ۱/۱۸)	۰/۵۳
	سن ازدواج	۱/۰۶	(۰/۸۵ – ۱/۳۲)	۰/۵۷
	سن فرزند	۱/۴۷	(۰/۹۳ – ۲/۳۲)	۰/۹۶
	زایمان کد ۱	۲/۰۷	(۰/۷۹ – ۵/۳۹)	۰/۱۳
	شغل همسر کد ۱	۱/۴۷	(۰/۴۸ – ۴/۵۴)	۰/۴۹
	تحصیلات زن کد۱	۰/۶۱	(۰/۲ – ۱/۸۴)	۰/۳۸
	تحصیلات همسر کد۱	۱/۹۲	(۰/۷۱ – ۵/۱۷)	۰/۱۹

کد ۱ زایمان: زایمان طبیعی، کد ۱ شغل همسر: کارمند، کد ۱ تحصیلات زن: سیکل، کد ۱ تحصیلات همسر: سیکل و پایین‌تر

بر اساس نتایج جدول شماره ۵، تجربه زایمان تأثیر معنی‌داری بر تصمیم به فرزندآوری داشت. نسبت بخت (OR) در گروه‌های تصمیم به فرزندآوری ضعیف، متوسط و قوی به ترتیب ۰/۷۴، ۱/۱۸ و ۱/۳۴ بود (P <۰/۰۰۱)، که نشان می‌دهد با افزایش کیفیت تجربه زایمان، تمایل به فرزندآوری افزایش می‌یابد.

در مقابل، سن زن، سن همسر، سن ازدواج، و تحصیلات زن و همسر تأثیر معنی‌داری بر تصمیم به فرزندآوری نداشتند. تنها سن فرزند در گروه فرزندآوری متوسط تأثیر معنی‌داری نشان داد (OR =۱/۵۰، ۲/۲۸ – CI =۰/۹۹، P =۵/۰۵) که نشان‌دهنده افزایش احتمال تصمیم به فرزندآوری متوسط با افزایش سن فرزند است. متغیرهایی مانند شغل همسر و نوع زایمان نیز تأثیر معنی داری در هیچ یک از رده‌های فرزندآوری نداشتند.

بحث

فرزندآوری، هر چند به ظاهر ساده است اما تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله تجربه زایمان، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، روابط زناشویی، سطح تحصیلات و کیفیت زندگی قرار دارد(۶،۵). این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین تجربه زایمان و تصمیم به فرزندآوری انجام شد و نتایج نشان داد که بین نمره تجربه زایمان و تمایل به فرزندآوری رابطه معناداری وجود دارد. بهبود تجربه زایمان می‌تواند به تقویت تصمیم به فرزندآوری منجر شود.

مطالعه سیستماتیک کیفی Downe و همکاران نشان می‌دهد که تصمیم برای فرزندآوری به‌شدت تحت تأثیر تجربه زایمان است، به‌ویژه از جنبه‌های فیزیکی و عاطفی که به نظر می‌رسد تجربیات زایمانی گذشته، از جمله تجربیات مثبت، نقش مهمی در تصمیم‌گیری برای داشتن فرزندان بیشتر ایفا می‌کنند(۱۹،۱۱). همچنین، این مطالعه بر اهمیت تجربه زایمان مثبت که با حمایت، ایمنی و احترام به استقلال زنان همراه است، تأکید می‌کند. یافته‌های این مطالعه با نتایج تحقیقات Bohren و همکاران همسو است که نشان می‌دهد حمایت مداوم در طول زایمان منجر به نتایج بهتر برای مادران و کاهش احساسات منفی می‌شود(۲۰).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

برخی تحقیقات نشان داده‌اند که تجربیات منفی در هنگام زایمان، مانند سزارین اضطراری یا عدم حمایت عاطفی، می‌تواند اثرات روانی بلند مدت از جمله افسردگی پس از زایمان (PPD) را به دنبال داشته باشد(۲۲،۲۱). به‌عنوان مثال، Grisbrook و همکاران گزارش کردند که مادرانی که سزارین‌های برنامه‌ریزی نشده داشتند، سطوح بالاتری از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را تجربه کردند که این رابطه بین نوع زایمان و علائم PPD را نشان می‌دهد(۲۱). این نتایج نشان می‌دهند که تجربیات زایمان منفی می‌تواند مانع از تصمیم‌گیری برای بارداری‌های بعدی به دلیل ترس از عود آن‌ها شود، در حالی که تجربیات مثبت زایمان می‌تواند اعتماد به نفس مادر و رضایت او از زایمان را افزایش دهد.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که تجربه زایمان نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های باروری ایفا می‌کند. به‌طور خاص، زنانی که تجربیات مثبت زایمان دارند، تمایل بیش تری به داشتن فرزندان بیش تر نشان می‌دهند(۲۳). با این حال، نتایج مطالعه حاضر، که بر جمعیت خاص زنان تک فرزند متمرکز بود، نشان داد که تجربه زایمان تأثیر قابل توجهی بر تمایل به فرزندآوری دوم دارد. این مطالعه بر اهمیت کیفیت مراقبت‌های زایمانی تأکید می‌کند، به‌ویژه برای زنانی که ممکن است تنها یک تجربه زایمانی داشته باشند و این تجربه نقش تعیین‌کننده‌ای در تصمیم‌گیری آن‌ها برای بارداری‌های آینده ایفا می‌کند.

علاوه بر این، اگر چه برخی مطالعات بر تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی در شکل‌دهی به تجربیات زایمان و تصمیم‌گیری‌های باروری تأکید کرده‌اند، اما در مطالعه حاضر تجربه زایمان، حتی مستقل از این عوامل، تأثیر قابل‌توجهی بر تصمیم به فرزندآوری دارد(۲۴،۲۳). برای مثال، زنانی که تجربه زایمان مثبتی داشتند، بدون توجه به سایر عوامل دموگرافیک یا فرهنگی، تمایل بیش تری به داشتن فرزند دوم نشان دادند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قبلی درباره اهمیت حمایت‌های زایمانی و آموزش‌های قبل از زایمان همخوانی دارد(۲۶،۲۵،۲۰). با این حال، تمرکز مطالعه حاضر بر زنان تک فرزند، تفاوت مهمی ایجاد می‌کند و بر لزوم توجه به گروه‌های جمعیتی خاص در طراحی و ارائه مراقبت‌های زایمانی تأکید دارد.

با توجه به شیوع نسبتا بالای تجربیات منفی زایمان و تأثیر گسترده آن‌ها بر تصمیم‌گیری‌های باروری آینده، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی قبل از زایمان برای تمامی زنان باردار به‌صورت اجباری اجرا شود(۱۷). هم‌چنین، در برنامه‌های بازآموزی پرسنل زایمان و ماماها بر اهمیت تجارب زایمانی مادران تأکید شود تا تجربه زایمان برای مادران تا حد ممکن مثبت باشد.

این مطالعه بر روی مادران تک فرزند متمرکز بود که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی را محدود کند. استفاده از پرسشنامه‌های خود اظهاری می‌تواند به سوگیری یادآوری یا گزارش‌دهی منجر شود، زیرا ممکن است شرکت‌کنندگان نتوانند اطلاعات خود را به‌درستی به یاد آورند یا تمایل داشته باشند پاسخ‌هایی مطابق با هنجارهای اجتماعی ارائه دهند. علاوه بر این، برخی عوامل فرهنگی و اجتماعی که می‌توانند بر تصمیم‌گیری برای فرزندآوری تأثیر بگذارند، به‌طور جامع بررسی نشده‌اند. همچنین، محیط جغرافیایی خاص مطالعه ممکن است بر قابلیت تعمیم نتایج به سایر مناطق تأثیر بگذارد. با توجه به این که مطالعه حاضر به‌صورت مقطعی انجام شد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به‌صورت کوهورت و آینده‌نگر انجام شوند تا تأثیر تجارب مثبت زایمان بر تصمیم‌گیری‌های باروری به‌طور دقیق‌تری بررسی شود. هم‌چنین، بررسی تفاوت‌های فرهنگی و روانی-اجتماعی فردی که بر پیامدهای سلامت مادر و تصمیم‌گیری‌های باروری تأثیرگذارند، باید در تحقیقات آتی مورد توجه قرار گیرد.

تجربیات زایمان، به‌ویژه برای زنانی که ممکن است تنها یک تجربه زایمانی داشته باشند، نقش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

تعیین‌کننده‌ای در تصمیم‌گیری آن‌ها برای بارداری‌های آینده ایفا می‌کند. تجربیات منفی زایمان، شامل عوارض یا کمبود حمایت عاطفی و فیزیکی، می‌توانند منجر به تردید یا اجتناب از فرزندآوری دوم شوند. در مقابل، تجربیات مثبت زایمان، اعتماد به نفس زنان را افزایش داده و احتمال برنامه‌ریزی برای فرزند دوم را تقویت می‌کند.

بنابراین، بهبود کیفیت مراقبت‌های زایمانی از طریق حمایت مستمر، رفتار محترمانه و آموزش‌های قبل از زایمان، نه‌تنها به نتایج کوتاه مدت زایمان کمک می‌کند، بلکه تأثیرات مثبتی بر تصمیم‌گیری‌های بلند مدت در برنامه‌ریزی خانواده خواهد داشت. با توجه به اهمیت افزایش نرخ باروری و حمایت از مادران، ادغام این یافته‌ها در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی ضروری است. چنین تغییراتی می‌تواند به ارتقای سلامت مادران و بهبود تمایل آن‌ها به داشتن فرزند دوم یا بیش تر کمک کند.

سپاسگزاری

از حمایت گروه مامایی، استاد و همه شرکت‌کنندگان عزیز در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنیم. حمایت مالی این طرح دانشگاه علوم پزشکی شاهرود بود.

References

1. Bongaarts J, Sobotka T. A demographic explanation for the recent rise in European fertility. Popul Dev Rev 2012; 38(1):83-120. PMID: 22833865.
2. Hosseini H, Askari Nodoushan A, Moradi N. A comparative study of childbearing desires of Shia and Sunni Kurdish women in rural areas of Kamyaran. Journal of Woman and Family Studies 2016;4(1):63-84.
3. Ahmadi Nejad FSS, Ahmadi Nejad FS, Golmakani N, Khajehpoor M, Mayvan FA. The Relationship between Happiness and Fear of Childbirth in Nulliparous Women. J Midwifery Reprod Health 2017; 5(4): 1082-1089.
4. Statistical Center of Iran. Total Fertility Rate in Iran, 1400. 2021. Retrieved from https:// www. amar.org.ir.
5. Piltan F, Rahmanian M. Investigating factors affecting the tendency toward childbearing among married men and women (case of study: men and women aged 25 to 45 years old in Jahrom). J Iranian Soc Dev Stud 2015; 7(2):121-134.
6. Rindfuss RR, Morgan SP, Swicegood CG. First births in America: Changes in the timing of parenthood. Oakland: Univ Calif Press; 2023.
7. Razeghi Nasrabad HB, Shavazi A, Jalal M, Chavoshi H. Phenomenology of the timing of first birth among women in Tehranwomen. Womens Strateg Stud 2014; 16(63): 57-95. (Persian).
8. Shin H, Lee J, Kim SJ, Jo M. Attitudes towards Parenthood and Fertility Awareness in Female and Male University Students in South Korea. Child Health Nurs Res 2020; 26(3):329-337. PMID: 35004476.
9. Capotosto MP. An integrative review of fertility knowledge and fertility-awareness practices among women trying to conceive. Nurs Womens Health 2021; 25(3):198-206. PMID: 33961806.
10. Benzies K, Tough S, Tofflemire K, Frick C, Faber A, Newburn-Cook C. Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35(5): 625-633. PMID: 16958718.
11. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

review. J Matern Fetal Neonatal Med 2020; 33(22): 3867-3872. PMID: 30810436.

12. Ulfsdottir H, Nissen E, Ryding E-L, Lund-Egloff D, Wiberg-Itzel E. The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14: 208. PMID: 24938280.
13. Lunda P, Minnie CS, Benadé P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. BMC Pregnancy Childbirth 2018; 18(1):167. PMID: 29764406.
14. Walker KF, Wilson P, Bugg GJ, Dencker A, Thornton JG. Childbirth experience questionnaire: validating its use in the United Kingdom. BMC Pregnancy Childbirth 2015; 15: 86. PMID: 25884191.
15. Liabsuetrakul T, Yamamoto Y, Kongkamol C, Ota E, Mori R, Noma H. Medications for preventing hypertensive disorders in high-risk pregnant women: a systematic review and network meta-analysis. Syst Rev 2022; 11(1):135. PMID: 35778751.
16. Jolles MW, de Vries M, Hollander MH, van Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. Birth 2019; 46(4): 686-692. PMID: 31524298.
17. Zamani P, Ziaie T, Mokhtari Lakeh N, Kazemnejad Leili E. Childbirth experience and its related socio-demographic factors in mothers admitted to postpartum ward of AL Zahra Hospital of Rasht City, Iran. Qom Univ Med Sci J 2019;12(11):70-78.
18. Ansari Majd M, Khalajabadi Farahani F, Naghibi A, Moosazadeh M, Khani S. Effect of transtheoretical model-based education on women attitudes and stages of change toward childbearing behavior. J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(174): 134-147.
19. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. PLoS One 2018; 13(4): e0194906. PMID: 29664907.
20. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2017(7): CD003766. PMID: 28681500.
21. Grisbrook M-A, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanda H, Giesbrecht GF, et al. Associations among caesarean section birth, post-traumatic stress, and postpartum depression symptoms. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(8): 4900. PMID: 35457767.
22. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Transl Psychiatry 2021; 11(1): 543. PMID: 34671011.
23. Mrayan L, Abuidhail J, Abujilban S, Al-Modallal H. Exploring Jordanian mothers' experiences of childbirth. Midwifery 2023; 127: 103859. PMID: 37931459.
24. Watson K, White C, Hall H, Hewitt A. Women's experiences of birth trauma: A scoping review. Women Birth 2021; 34(5): 417-424. PMID: 33020046.
25. Basile Ibrahim B, Kennedy HP, Combellick J. Experiences of Quality Perinatal Care During the US COVID-19 Pandemic. J Midwifery Womens Health 2021; 66(5): 579-588. PMID: 34432368.
26. Karabulut Ö, Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? Int Nurs Rev 2016; 63(1): 60-67. PMID: 26612181.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]