ORIGINAL ARTICLE

Attitudes Toward Childbearing and Associated Demographic and Obstetric Factors Among Women with a History of High-Risk Fetal Screening Results

Afsaneh Ebrahimi[1]
Azam Bakhteh[2]
Fatemeh Heydarpour[3]
Nazanin Jalilian[4]
Mastaneh Kamravamanesh[5]

[1] MSc Student in Midwifery Counseling, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
[2]Assistant Professor of Reproductive Health, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran.
[3] Associate Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Health, Medical Biology Research Center, Research Institute for Health Technology, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran.
[4] Associate Professor of Genetics, Department of Biochemistry, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran
[5] Assistant Professor of Reproductive Health, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran.

(Received August 15, 2026; Accepted November 2, 2026)

Abstract

Background and purpose: Attitudes toward childbearing are influenced by individual and socioeconomic factors, as well as medical experiences. These attitudes may be particularly complex among women who have received high-risk results from fetal health screening in a previous pregnancy. This study aimed to assess attitudes toward childbearing and their associated factors among women with a history of high-risk fetal screening results in a previous pregnancy.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted from March 2023 to March 2024 among 213 women with a history of high-risk fetal screening results in a previous pregnancy who attended genetic diagnostics laboratory – central laboratory of Kermanshah city, Iran. Census sampling was employed. Demographic and obstetric data were extracted from medical records, and participants completed the Attitudes Toward Fertility and Childbearing Scale (AFCS; 23 items; score range: 23-115). Data were analysed using SPSS, including Spearman's rank correlation and multivariable linear regression analyses.

Results: The mean AFCS score was 82.45 ± 8.12. In the multivariable linear regression model, a positive amniocentesis result was significantly associated with lower childbearing attitude scores (B = -9.64, SE = 3.35, P < 0.001). The regression model was statistically significant (F = 12.45, P < 0.001) and explained 20.7% of the variance in attitudes toward childbearing (R^2 = 0.207). Other variables, including monthly income, duration of marriage, number of pregnancies, number of deliveries and number of children, were not statistically significant in the final model.

Conclusion: Attitudes toward childbearing among women with a history of high-risk fetal screening results are influenced by a range of individual, socioeconomic and medical factors. The findings highlight the potential impact of stressful medical experiences, particularly positive amniocentesis results, on women's attitudes toward future childbearing. Providing appropriate psychological support and improving the quality of counselling during the screening process may help women make informed reproductive decisions.

Keywords: attitude; childbearing; fetal health screening; amniocentesis

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (263): 195-207 (Persian).

Corresponding Author: Mastaneh Kamravamanesh - Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (E-mail: dr.kamravamanesh2024@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۳ آبان سال ۱۴۰۵ (۲۰۷-۱۹۵)

بررسی نگرش به فرزندآوری و عوامل دموگرافیک-مامایی مرتبط با آن در زنان با سابقه غربالگری پرخطر سلامت جنین در بارداری قبلی

افسانه ابراهیمی[۱]
اعظم باخته[۲]
فاطمه حیدرپور[۳]
نازنین جلیلیان[۴]
مستانه کامروامنش[۵]

چکیده

سابقه و هدف: نگرش به فرزندآوری تحت تأثیر عوامل فردی، اقتصادی-اجتماعی و تجربیات پزشکی است و در زنانی که سابقه گزارش پرخطر در غربالگری سلامت جنین داشته‌اند پیچیده‌تر می‌شود. هدف این پژوهش تعیین نگرش به فرزندآوری و عوامل دموگرافیک-مامایی مرتبط با آن در زنان با سابقه غربالگری پرخطر سلامت جنین در بارداری قبلی بود.

مواد و روش ها: مطالعه توصیفی-مقطعی از فروردین تا اسفند ۱۴۰۲ بر روی ۲۱۳ زن دارای سابقه نتایج غربالگری پرخطر سلامت جنین در بارداری قبلی که به آزمایشگاه تشخیص ژنتیک آزمایشگاه مرکزی شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند، به روش سرشماری انجام شد. داده‌های دموگرافیک و مامایی از پرونده‌های پزشکی استخراج و مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری (AFCS)۰شامل ۲۳ گویه با دامنه ۲۳ تا ۱۱۵) توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با SPSSو آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره نگرش به فرزندآوری ۸۲/۴۵ ± ۸/۱۲ بود. در مدل رگرسیون خطی چندمتغیره تنها آمنیوسنتز ارتباط معنی داری با نگرش به فرزندآوری داشت(P <۰/۰۰۱، SE =۳/۳۵، B =۹/۶۴)؛ زنان با نتیجه آمنیوسنتز مثبت نمره نگرش پایین‌تری داشتند. مدل رگرسیون معنی‌دار بود (P <۰/۰۱، F =۱۲/۴۵) و R^2 =۰/۲۰۷ نشان داد ۲۰/۷ درصد واریانس نگرش توسط متغیرهای مدل تبیین می‌شود .سایر متغیرها شامل درآمد ماهیانه، مدت ازدواج، تعداد بارداری، تعداد زایمان و تعداد فرزندان در مدل نهایی معنادار نبودند.

استنتاج: نگرش به فرزندآوری در زنان با سابقه غربالگری پرخطر سلامت جنین پدیده‌ای چندبعدی است که علاوه بر عوامل اقتصادی-اجتماعی تحت تأثیر تجربه‌های پزشکی پرتنش نیز قرار دارد. توجه به حمایت‌های روانی و بهبود کیفیت خدمات مشاوره‌ای در فرآیند غربالگری می‌تواند در اصلاح نگرش نسبت به فرزندآوری مؤثر باشد.

واژه های کلیدی: نگرش؛ فرزندآوری؛ غربالگری سلامت جنین؛ آمنیوسنتز

مولف مسئول: مستانه کامروامنش- گروه سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه،ایران **Email:** dr.kamravamanesh2024@gmail.com

۱. دانشجو کارشناسی ارشد مشاوره درمامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲. استادیار بهداشت باروری، گروه سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران.

۳. دانشیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات بیولوژی پزشکی، پژوهشکده فناوری‌های سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران.

۴. دانشیار ژنتیک، گروه بیوشیمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران.

۵. استادیار بهداشت باروری، گروه سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه،ایران.

تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۵/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۵/۲۷ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۸/۱۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

کاهش باروری و تغییر الگوهای فرزندخواهی از چالش‌های اصلی نظام سلامت و سیاست‌گذاری اجتماعی است و در ایران نگرش و تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری تحت تأثیر ترکیبی از عوامل اقتصادی، فرهنگی، روان‌شناختی و تجربه‌های زیسته قرار دارد(۳- ۱) . نگرش به فرزندآوری چندبعدی است (فرزند به عنوان رکن زندگی، مانع اهداف، موکول به آینده و مستلزم تحقق پیش‌زمینه‌ها) و به امنیت اقتصادی، حمایت اجتماعی و انتظار از آینده مرتبط است؛ همچنین در گروه‌های جمعیتی مختلف تفاوت معناداری دارد. علاوه بر زنان، ویژگی‌های اجتماعی–اقتصادی مردان نیز در شکل‌دهی این نگرش‌ها مؤثر است؛ موضوعی که در مرورهای نظام‌مند داخلی نیز تأکید شده است(۶- ۴).

از سوی دیگر، «تعویق فرزندآوری» در سال‌های اخیر روندی قابل‌توجه است و عواملی مانند افزایش سن ازدواج، ادامه تحصیل، اشتغال، دغدغه‌های اقتصادی و نگرانی از پیامدهای بارداری در سنین بالا، تصمیم زوجین برای آغاز فرزندآوری یا بارداری مجدد را به تأخیر می‌اندازد(۷، ۸). این پدیده در چارچوب نگرش به فرزندآوری، به‌ویژه بعد «موکول کردن باروری به آینده» تبیین می‌شود؛ اما فرزندآوری فقط تابع شرایط اقتصادی و سبک زندگی نیست و تجربه‌های سلامت باروری مانند بارداری پرخطر یا رویدادهای استرس‌زا در بارداری قبلی می‌تواند مسیر تصمیم‌گیری باروری را به‌طور معناداری تغییر دهد(۹، ۱۰).

غربالگری‌های سلامت جنین و نتایج «پرخطر» یا «غیرطبیعی» می‌تواند با اضطراب، نااطمینانی و بازاندیشی درباره بارداری و فرزندآوری آینده همراه باشد؛ غربالگری‌های آنیوپلوئیدی و آزمون‌های غیرتهاجمی پیش از تولد(NIPT) با هدف تشخیص زودهنگام و تصمیم‌گیری آگاهانه طراحی شده‌اند، اما روتین‌شدن این آزمون‌ها و پیچیدگی تصمیم‌گیری پس از نتایج مشکوک فشار روانی قابل‌توجهی بر زنان وارد می‌کند(۱۱). مرورهای سیستماتیک نشان داده‌اند اضطراب ناشی از غربالگری سلامت جنین در مقایسه با غربالگری سلامت خود مادر شدیدتر است و پیامدهایی مانند نگرانی پایدار، احساس مسئولیت سنگین‌تر و نگرش منفی نسبت به بارداری را به دنبال دارد(۱۲).

نتیجه غربالگری پرخطر زنان را با آزمون‌های تکمیلی و گاه تهاجمی مانند آمنیوسنتز مواجه می‌کند که خود استرس‌زاست؛ این آزمون‌ها با افزایش اضطراب و اختلال خواب همراه‌اند و مداخلات روان‌شناختی کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهد. آموزش و مشاوره درباره غربالگری نیز بر نگرانی اثرگذار است، هرچند الگوی اثر به نوع آموزش و ویژگی‌های فردی بستگی دارد. بنابراین تجربه غربالگری پرخطر می‌تواند علاوه بر پیامدهای روان‌شناختی، در شکل‌دهی نگرش به فرزندآوری بعدی نیز نقش داشته باشد(۱۵- ۱۳).

شواهد داخلی نشان می‌دهد پیامدهای نامطلوب غربالگری و بارداری می‌تواند نگرانی جدی درباره سلامت بارداری و آینده باروری ایجاد کند؛ مثلاً مطالعه‌ای در بابل نشان داد در زنان با غربالگری آنیوپلوئیدی مثبت، سقط، پره‌اکلامپسی، تأخیر رشد داخل رحمی و بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه بیشتر است(۱۶). همچنین در مطالعه‌ای در تهران، تمایل به فرزندآوری در زنان با بارداری پرخطر کمتر بود، اما پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر این تفاوت معنادار نبود؛ که نشان‌دهنده پیچیدگی و چندعلتی بودن این رابطه است(۹). از سوی دیگر، مطالعه‌ای مداخله‌ای در زنان با سابقه بارداری نافرجام نشان داد توانمندسازی می‌تواند نگرش به باروری و فرزندآوری را بهبود بخشد؛ این مسئله بر نقش حمایت‌های روانی–آموزشی در ترمیم نگرش باروری در گروه‌های آسیب‌پذیر دلالت دارد(۱۷).

خلأ پژوهشی آن است که مطالعات قبلی یا نگرش به فرزندآوری را در جمعیت عمومی بررسی کرده‌اند یا بر پیامدهای روان‌شناختی غربالگری متمرکز بوده‌اند و شواهد درباره ابعاد چندگانه نگرش به فرزندآوری و عوامل دموگرافیک/مامایی مرتبط در زنان با سابقه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

غربالگری پرخطر سلامت جنین محدود است(۱، ۱۲، ۱۳، ۱۸).

با توجه به اینکه نگرش به فرزندآوری یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی قصد و رفتار باروری است و می‌تواند تحت تأثیر مداخلات آموزشی و حمایت‌های روانی اصلاح شود، بررسی وضعیت نگرش و عوامل تعیین‌کننده آن در زنان با تجربه غربالگری پرخطر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تولید شواهد مبتنی بر داده در این زمینه، می‌تواند مبنای طراحی مداخلات مشاوره‌ای هدفمند، ارتقای کیفیت خدمات غربالگری و تقویت حمایت‌های پس از دریافت نتایج پرخطر قرار گیرد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی نگرش به فرزندآوری و عوامل دموگرافیک-مامایی مرتبط با آن در زنان با سابقه غربالگری پرخطر سلامت جنین در بارداری قبلی انجام شد.

مواد و روش‌ها

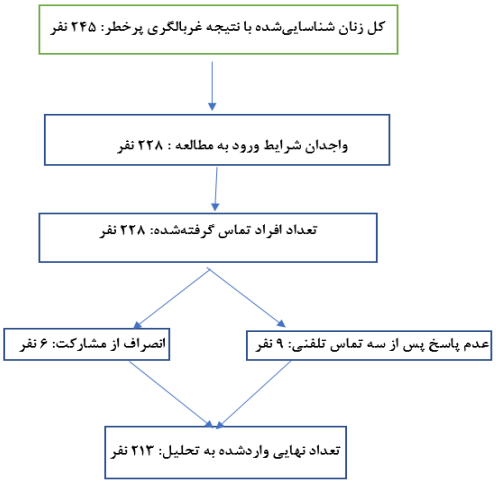
این مطالعه به‌صورت مقطعی–توصیفی در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه پژوهش شامل زنان دارای سابقه نتایج غربالگری پرخطر سلامت جنین در بارداری قبلی بود که به آزمایشگاه تشخیص ژنتیک آزمایشگاه مرکزی شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند.

شرکت‌کنندگان و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش شامل تمام زنان با سابقه نتایج غربالگری پرخطر سلامت جنین در بارداری قبلی بود که در بازه فروردین تا اسفند ۱۴۰۲ برای انجام آمنیوسنتز به آزمایشگاه تشخیص ژنتیک آزمایشگاه مرکزی شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند.

در این مطالعه، «نتیجه غربالگری پرخطر» به نتیجه‌ای اطلاق می‌شود که بر اساس معیارهای بالینی و آزمایشگاهی زیر پرخطر تلقی شده و منجر به پیشنهاد آمنیوسنتز شده باشد: غربالگری سه‌ماهه اول شامل ترکیب آزمایش سرمی مادر و سونوگرافی شفافیت گردنی (NT) در هفته‌های ۱۱ تا ۱۳ بارداری با ریسک برش بالاتر از ۱ در ۲۵۰ برای تریزومی ۲۱، ۱۸ یا ۱۳؛ غربالگری سه‌ماهه دوم شامل آزمایش چهارگانه سرمی در هفته‌های ۱۵ تا ۱۷بارداری با ریسک برش بالاتر از ۱ در ۲۵۰؛ غربالگری ترکیبی یا یکپارچه شامل ترکیب نتایج مرحله اول و دوم با ریسک برش ۱ در ۲۵۰؛ NIPT در مواردی که انجام شده بود، با نتیجه «مثبت» یا «پرخطر» بر اساس گزارش آزمایشگاه؛ و یافته‌های سونوگرافیک غیرطبیعی نیز به‌عنوان معیار پرخطر در نظر گرفته شد.

با توجه به محدود بودن جامعه هدف و ماهیت مراجعه‌محور، نمونه‌گیری انجام نشد و تمام زنان واجد شرایط به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. تعداد ۲۱۳ نفر تعداد نهایی زنانی است که پرسشنامه را تکمیل کرده و وارد تحلیل نهایی شدند .فرایند انتخاب شرکت‌کنندگان مطابق با نمودار جریان STROBE به شرح زیر است (تصویر شماره ۱):



تصویر شماره ۱. نمودار جریانSTROBE

شیوه گردآوری داده: ۱۸۷ نفر (۸۷/۸ درصد) پرسشنامه را حضوری و ۲۶ نفر (۱۲/۲ درصد) تلفنی تکمیل کردند.

برآورد حجم نمونه

در این مطالعه، با توجه به محدود بودن جامعه هدف و ماهیت مراجعه‌محور، روش نمونه‌گیری به صورت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

سرشماری انجام شد و تمامی زنان واجد شرایط در بازه زمانی مطالعه وارد شدند .بنابراین، محاسبه حجم نمونه با فرمول برآورد میانگین موضوعیت نداشته و کل جامعه در دسترس وارد فرایند مطالعه شدند.

با این حال، به منظور برآورد اولیه از حجم نمونه مورد نیاز و اطمینان از کفایت تعداد مشارکت‌کنندگان، از فرمول برآورد میانگین در مطالعات مقطعی استفاده شد. بر اساس مطالعه مشابه با سطح اطمینان ۹۵درصد(z=۱/۹۶)انحراف معیار ۱۴/۸۷ خطای مجاز ۲، حداقل ۲۱۳نفر برآورد شد. در بازه زمانی اجرای مطالعه، تعداد ۲۴۵ زن با سابقه نتیجه غربالگری پرخطر سلامت جنین شناسایی شدند که از این میان، ۲۲۸ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه بودند. با توجه به اینکه تعداد زنان واجد شرایط از حجم نمونه برآوردشده بیشتر بود، روش سرشماری به کار گرفته شد و تمامی ۲۲۸ زن واجد شرایط برای شرکت در مطالعه مورد پیگیری قرار گرفتند. از این تعداد، ۹ نفر علی‌رغم سه بار تماس تلفنی پاسخگو نبودند و ۶ نفر نیز از شرکت در مطالعه انصراف دادند. در نهایت، ۲۱۳ نفر پرسشنامه را تکمیل کردند و در تحلیل نهایی وارد شدند(۱۹).

معیارهای ورود و خروج

- سابقه نتیجه غربالگری پرخطر در بارداری قبلی (طی ۱۲ ماه گذشته)
- تأهل
- عدم بارداری در زمان مطالعه
- سواد حداقل پنجم ابتدایی
- رضایت آگاهانه

ابزارهای گردآوری داده

۱ .فرم اطلاعات فردی و مامایی

فرم متغیرها شامل داده‌های کمی و پیوسته (سن زن و همسر، مدت ازدواج، درآمد ماهیانه، تعداد بارداری، زایمان و فرزندان زنده) و متغیرهای کیفی اسمی/رتبه‌ای (تحصیلات و شغل زن و همسر، وضعیت مسکن، نوع زایمان، جنسیت فرزندان) بود. متغیرهای سابقه سقط، نتیجه غربالگری، نتیجه و سابقه آمنیوسنتز به صورت دوحالتی (منفی/ندارد = ۰، مثبت/دارد = ۱) و پیامد بارداری اسمی (تولد زنده، سقط به علت آمنیوسنتز، سقط قانونی، تولد مرده) ثبت شدند.

۲ .مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری (AFCS)

این ابزار را Söderberg و همکاران (۲۰۱۳) تدوین کردند(۲۰) . نسخه فارسی آن توسط Baezzat و همکاران (۲۰۱۷) در ایران روان‌سنجی شده و دارای ۲۳ گویه و چهار زیرمقیاس است(۲۱).

زیرمقیاس	شماره گویه‌ها
فرزند به عنوان رکن زندگی	۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸
فرزند به عنوان مانع اهداف	۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴
موکول کردن باروری به آینده	۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹
باروری مستلزم تحقق پیش‌زمینه‌ها	۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳
نمره بالاتر = نگرش مثبت‌تر	۲۳ تا ۱۱۵

نمره‌گذاری با طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) است و گویه‌های زیرمقیاس‌های «فرزند به عنوان مانع اهداف»، «موکول کردن باروری به آینده» و «باروری مستلزم تحقق پیش‌زمینه‌ها» معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (کاملاً موافق = ۱ و کاملاً مخالف = ۵). دامنه نمره کل ۲۳ تا ۱۱۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر به فرزندآوری است. پایایی با آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها ۰/۷۴تا۰/۷۶ و برای کل مقیاس۰/۷۹گزارش شده است.

اجرای مطالعه

پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق و مجوز اجرایی از معاونت تحقیقات دانشگاه، پژوهشگر با هماهنگی مسئولین آزمایشگاه فرایند را آغاز کرد: ابتدا اطلاعات دموگرافیک و مامایی را از پرونده‌ها استخراج و زنان واجد شرایط را شناسایی کرد، سپس در محل آزمایشگاه اهداف مطالعه را تشریح و رضایت کتبی دریافت نمود و در نهایت پرسش‌نامه نگرش به فرزندآوری توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. علاوه بر تأییدیه کمیته اخلاق، اصول محرمانگی کاملاً

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

رعایت شد؛ پرسش‌نامه‌ها بدون درج نام و به‌صورت کدگذاری‌شده جمع‌آوری گردید، شرکت‌کنندگان در هر مرحله حق انصراف داشتند و در صورت درخواست، نتایج کلی پژوهش در اختیار مسئولان مربوطه قرار می‌گرفت.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

داده‌ها با SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد. با توجه به عدم تبعیت توزیع نمره مقیاس AFCS از توزیع نرمال (بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف،($P<۰/۰۰۱$) برای ارتباط متغیرهای کمی از همبستگی اسپیرمن و برای مقایسه گروه‌های کیفی از من-ویتنی و کروسکال-والیس استفاده شد. متغیرهای مستقل بر اساس چارچوب مفهومی و شواهد پیشین انتخاب شدند. ابتدا تحلیل تک‌متغیره انجام شد و متغیرهای با $p < ۰/۲$ به عنوان کاندید ورود به رگرسیون خطی چندمتغیره در نظر گرفته شدند. سپس مدل رگرسیون چندمتغیره اولیه (Full Model) با ورود همزمان متغیرهای باقی‌مانده اجرا شد .با توجه به مقطعی‌بودن مطالعه، از عبارت «عوامل مرتبط» به جای "پیش‌بینی‌کننده" استفاده شده است. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۲۱۳ زن با سابقه نتایج غربالگری پرخطر برای سلامت جنین در بارداری قبلی مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان ۳۶/۹۴ سال(SD =۶/۲۷) با دامنه ۱۹ تا ۴۹ سال و میانگین سنی همسران آن‌ها 40.96سال (SD =۶/۲۰) با دامنه ۲۷ تا ۵۶ سال بود. میانگین مدت ازدواج ۱۱/۸۵ سال(SD =۶/۸۶) با دامنه ۱ تا ۲۸ سال و میانگین درآمد ماهیانه ۱۶ میلیون تومان(SD =۸/۵) با دامنه ۵ تا ۶۰ میلیون گزارش شد. میانگین تعداد بارداری (SD =۱/۳۸)، میانگین تعداد زایمان (SD =۰/۹۱) و میانگین تعداد فرزندان زنده(SD =۰/۹۰) بود. از نظر تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به مقطع متوسطه دوم (۳۴/۳ درصد) بود ۸۵ درصد از شرکت‌کنندگان خانه‌دار بودند. در زمینه وضعیت مسکن، ۴۹/۳ درصد دارای مسکن شخصی و ۳۹/۹ درصد استیجاری بودند. سابقه سقط در ۳۱ درصد از زنان وجود داشت و ۵/۲ درصد از آن‌ها نتیجه آمنیوسنتز مثبت دریافت کرده بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مامایی شرکت‌کنندگان n=۲۱۳

متغیر		تعداد (درصد)	میانگین ± انحراف معیار (حداقل-حداکثر)
سن زن (سال)		-	۶/۲۷ ± ۳۶/۹۴(۴۹-۱۹)
سن همسر (سال)		-	۶/۲۰ ± ۴۰/۹۶(۵۶-۲۷)
درآمد ماهیانه (میلیون تومان)		-	۵/۸ ± ۱۶ (۶۰-۵)
مدت ازدواج (سال)		-	۶/۸۶ ± ۱۱/۸۵(۲۸-۱)
تعداد بارداری	۱	۴۱(۱۹/۲)	۱/۳۸ ± ۲/۶۳
	۲	۶۹(۳۲/۴)	
	۳ و بیشتر	۱۰۳(۴۸/۴)	
	۰	۳(۱/۴)	
تعداد زایمان	۱	۳۹(۱۸/۳)	۰/۹۱ ± ۲/۰۹
	۲	۶۸(۳۱/۹)	
	۳ و بیشتر	۱۰۳(۴۸/۴)	
	بدون فرزند	۲(۰/۹)	
تعداد فرزندان زنده	۱	۶۱(۲۸/۶)	۰/۹۰ ± ۲/۰۷
	۲	۸۰(۳۷/۶)	
	۳ و بیشتر	۷۰(۳۲/۹)	
تحصیلات زن	ابتدایی	۵۰(۲۳/۵)	-
	متوسطه اول	۳۷(۱۷/۴)	-
	متوسطه دوم	۷۳(۳۴/۳)	-
	دانشگاهی	۵۳(۲۴/۹)	-
شغل زن	خانه‌دار	۱۸۱(۸۵/۰)	-
	آزاد	۳(۱/۴)	-
	کارمند	۲۹(۱۳/۶)	-
شغل همسر	آزاد	۱۶۶(۷۷/۹)	-
	کارمند	۴۵(۲۱/۱)	-
	بیکار	۲(۰/۹)	-
وضعیت مسکن	استیجاری	۸۵(۳۹/۹)	-
	شخصی	۱۰۵(۴۹/۳)	-
	در کنار والدین زن	۱(۰/۵)	-
	در کنار والدین همسر	۲۲(۱۰/۳)	-
سابقه سقط	ندارد	۱۴۷(۶۹/۰)	-
	دارد	۶۶(۳۱/۰)	-
نتیجه آمنیوسنتز	مثبت	۱۱(۵/۲)	-
	منفی	۲۰۲(۹۴/۸)	-

اعداد به‌صورت میانگین ± انحراف معیار (حداقل–حداکثر) برای متغیرهای کمی و تعداد (درصد) برای متغیرهای کیفی گزارش شده‌اند = SD .انحراف معیار؛ = Min حداقل؛ = Max حداکثر. مجموع فراوانی‌ها برای همه متغیرها برابر با ۲۱۳ نفر است.

میانگین نمره کلی نگرش به فرزندآوری۸/۱۲± ۸۲/۴۵ دامنه ۴۶ تا ۱۱۰ به دست آمد. در میان ابعاد نگرش، میانگین بعد فرزندآوری به عنوان رکن زندگی۶/۴۱± ۲۸/۷۸، بعد فرزند به‌عنوان مانع اهداف ۳/۷۸+ ۲۰/۲۵، بعد موکول کردن به آینده۲/۳۳± ۱۸/۰۱ و بعد فراهم شدن پیش‌زمینه‌ها ۲/۶۹± ۱۵/۳۹ گزارش شد(جدول شماره ۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول شماره ۲. شاخص‌های توصیفی نگرش به فرزندآوری و ابعاد آن n=۲۱۳

متغیر	تعداد گویه	دامنه نظری	میانگین ± انحراف معیار	دامنه مشاهده‌شده
نگرش کلی به فرزندآوری	۲۳	۱۱۵-۲۳	۸۲/۴۵ ± ۸/۱۲	۱۱۰-۴۶
فرزند به عنوان رکن زندگی	۸	۴۰-۸	۲۸/۷۸± ۶/۴۱	۴۰-۱۰
فرزند به عنوان مانع اهداف	۶	۳۰-۶	۲۰/۲۵ ± ۳/۷۸	۳۰-۶
موکول کردن باروری به آینده	۵	۲۵-۵	۱۸/۰۱ ± ۲/۳۳	۲۳-۱۲
باروری مستلزم تحقق پیش‌زمینه‌ها	۴	۲۰-۴	۱۵/۳۹± ۲/۶۹	۲۰-۷

پاورقی جدول شماره ۲ :اعداد به‌صورت میانگین ± انحراف معیار (دامنه مشاهده‌شده) گزارش شده‌اند .دامنه نظری بر اساس تعداد گویه‌ها و طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ تا ۵) محاسبه شده است. نمره بالاتر در نمره کل و زیرمقیاس «رکن زندگی» نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر است. در سایر زیرمقیاس‌ها، نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش منفی‌تر است = SD .انحراف معیار.

نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین درآمد ماهیانه و نگرش به فرزندآوری رابطه منفی و معنادار وجود دارد(r =۰/۱۵۲، P =۰/۰۲۷) همچنین مدت ازدواج(r =۰/۲۳۱، P =۰/۰۰۱)، تعداد بارداری (P <۰/۰۰۱، r =۰/۲۸۵)، تعداد زایمان (P <۰/۰۰۱، r =۰/۲۹۵)و تعداد فرزندان (P <۰/۰۰۱، r =۰/۲۹۲) با نگرش به فرزندآوری همبستگی منفی و معنی دار داشتند. بین سن زن(P =۰/۱۲۶، r =۰/۰۶۶) و سن همسر(P =۰/۰۸۳، r =۰/۱۱۹) با نگرش به فرزندآوری ارتباط معنی داری مشاهده نشد(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: همبستگی متغیرهای کمی با نگرش به فرزندآوری(آزمون اسپیرمن)

متغیر	ضریب همبستگی(r)	سطح معنی‌داری
سن زن	-۰/۰۶۶	۰/۱۲۶
سن همسر	-۰/۱۱۹	۰/۰۸۳
درآمد ماهیانه	-۰/۱۵۲	۰/۰۲۷
مدت ازدواج	-۰/۲۳۱	۰/۰۰۱
تعداد بارداری	-۰/۲۸۵	< ۰/۰۰۱
تعداد زایمان	-۰/۲۹۵	< ۰/۰۰۱
تعداد فرزندان	-۰/۲۹۲	< ۰/۰۰۱

اعداد به‌صورت ضریب همبستگی اسپیرمن (r) و سطح معناداری (P-value) گزارش شده‌اند. آزمون اسپیرمن به دلیل عدم نرمال بودن توزیع نمره AFCS (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، P < ۰/۰۰۱) استفاده شد. سطح معناداری P < ۰/۰۵ در نظر گرفته شد

نتایج آزمون‌های ناپارامتریک(من-ویتنی و کروسکال-والیس) نشان داد که بین میانگین نمره نگرش به فرزندآوری بر اساس تحصیلات زن، شغل زن، وضعیت مسکن، نوع زایمان، جنسیت فرزندان و سابقه سقط تفاوت معناداری وجود ندارد. در میان متغیرهای بررسی‌شده، تنها متغیر نتیجه آمنیوسنتز تفاوت معناداری با نمره نگرش به فرزندآوری نشان داد(P =۰/۰۰۲) به‌طوری‌که زنان با نتیجه آمنیوسنتز مثبت، میانگین نمره نگرش پایین‌تری(۷۳/۸۱ ± ۱۰/۳۶) نسبت به زنان با نتیجه منفی(۷/۷۰ ± ۸۲/۹۲) داشتند(جدول شماره ۴).

جدول شماره ٤: مقایسه میانگین نگرش به فرزندآوری بر اساس متغیرهای کیفی(آزمون‌های من-ویتنی و کروسکال-والیس)

متغیر	گروه	تعداد (درصد)	میانگین ± انحراف معیار	آماره آزمون	سطح معنی‌داری
تحصیلات زن	ابتدایی	۵۰(۲۳/۵)	۸۰/۷۸ ± ۸/۴۹	۴/۰۴۸	۰/۲۵۶
	متوسطه اول	۳۷(۱۷/۴)	۸۱/۳۵ ± ۶/۱۲		
	متوسطه دوم	۷۳(۳۴/۳)	۸۲/۶۵ ± ۷/۸۵		
	دانشگاهی	۵۸(۲۴/۹)	۸۴/۵۰ ± ۹/۰۳		
	خانه‌دار	۱۸۱(۸۵/۰)	۸۱/۹۳ ± ۷/۶		
شغل زن	آزاد	۳(۱/۴)	۸۱/۳۳ ± ۱۳/۵	۳/۲۲۷	۰/۱۹۹
	کارمند	۲۹(۱۳/۶)	۸۵/۷۵ ± ۹/۶۷		
	استیجاری	۸۵(۳۹/۹)	۸۲/۵۷ ± ۸/۰۵		
	شخصی	۱۰۵(۴۹/۳)	۸۲/۱۱ ± ۸/۶۳		
وضعیت مسکن	کنار والدین زن	۱(۰/۵)	۸۹/۰۰ ± ۰۰	۱/۵۸۶	۰/۶۶۳
	کنار والدین همسر	۲۲(۱۰/۳)	۸۳/۲۷ ± ۵/۸۰		
	بدون سابقه	۳(۱/۴)	۸۰/۱۵ ± ۹/۵۹		
نوع زایمان	طبیعی	۱۰۳(۴۸/۴)	۸۲/۴۴ ± ۸/۱۷	۵/۲۰۲	۰/۱۵۹
	سزارین	۱۰۵(۴۹/۳)	۸۲/۶۹ ± ۸/۰۸		
	ابزاری	۲(۰/۹)	۷۳/۸۲ ± ۲/۸۲		
	بدون فرزند	۲(۰/۹)	۸۲/۰۰ ± ۵/۳۵		
جنسیت فرزندان	تک دختر	۵۲(۲۴/۴)	۸۴/۳۵ ± ۷/۰۶	۶/۰۶۹	۰/۰۶۹
	تک پسر	۵۴(۲۵/۴)	۸۲/۵۹ ± ۸/۷۶		
	دختر و پسر	۱۰۵(۴۹/۳)	۸۱/۱۴ ± ۸/۶۷		
سابقه سقط	ندارد	۱۴۷(۶۹/۰)	۸۲/۷۰ ± ۹/۸۰	۰/۰۷۹	۰/۷۹۰
	دارد	۶۶(۳۱/)	۸۱/۸۷ ± ۸/۲۰		
نتیجه آمنیوسنتز	مثبت	۱۱(۵/۲)	۷۳/۸۱ ± ۱۰/۳۶	۱۱/۸۳	۰/۰۰۲
	منفی	۲۰۲(۹۴/۸)	۸۲/۹۲ ± ۷/۷۰		

اعداد به‌صورت تعداد (درصد) برای متغیرهای کیفی و میانگین ± انحراف معیار برای نمره نگرش گزارش شده‌اند. برای مقایسه دو گروه از آزمون من-ویتنی و برای بیش از دو گروه از آزمون کروسکال-والیس استفاده شد. سطح معناداری:P < ۰/۰۵.

نتایج رگرسیون

پیش از ورود متغیرها به مدل چندمتغیره، تحلیل رگرسیون خطی تک‌متغیره برای بررسی ارتباط هر متغیر با نمره نگرش انجام شد. متغیرهایی که در سطح P <۰/۲ با نگرش ارتباط داشتند (شامل درآمد ماهیانه، مدت ازدواج،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان و نتیجه آمنیوسنتز) به عنوان کاندید ورود به مدل چندمتغیره در نظر گرفته شدند. سن زن و سن همسر به دلیل عدم ارتباط معنی دار در تحلیل تک‌متغیره(P >۰/۲) وارد مدل نشدند.

مدیریت هم‌خطی :به‌دلیل هم‌پوشانی میان متغیرهای«تعداد بارداری»، «تعداد زایمان» و «تعداد فرزندان» ، VIFبررسی شد و برای «تعداد زایمان» و «تعداد فرزندان» بالاتر از ۴ بود. بنابراین تنها «تعداد بارداری» در مدل حفظ و دو متغیر دیگر حذف شدند. سپس مدل رگرسیون چندمتغیره اولیه با ورود همزمان متغیرهای باقی‌مانده شامل درآمد ماهیانه، مدت ازدواج، تعداد بارداری و نتیجه آمنیوسنتز اجرا شد.

در مدل رگرسیون چندمتغیره اولیه، تنها متغیر آمنیوسنتز ارتباط معنی داری با نگرش به فرزندآوری نشان داد(P <۰/۰۰۱، β =۰/۳۲، SE =۳/۳۵، B =۹/۶۴) به‌طوری‌که زنان با نتیجه آمنیوسنتز مثبت، نمره نگرش پایین‌تری داشتند. سایر متغیرها شامل درآمد ماهیانه، مدت ازدواج و تعداد بارداری ارتباط معنی داری با نگرش نداشتند(P >۰/۰۵) مدل از نظر آماری معنی دار بود(P <۰/۰۰۱، F =۱۲/۴۵) و ضریب تعیینR^2 =۰/۲۰۷ و R^2adj =۰/۱۸۹ بود که نشان می‌دهد ۲۰,۷ درصد از واریانس نگرش به فرزندآوری توسط متغیرهای وارد شده در مدل تبیین می‌شود(جدول شماره ۵)

جدول شماره ۵: عوامل مرتبط با نگرش به فرزندآوری براساس مدل رگرسیون چندمتغیره اولیه

متغیر	B	SE	β	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	VIF
آمنیوسنتز (مثبت در مقابل منفی)*	-۹/۶۴	۳/۳۵	-۰/۳۲	< ۰/۰۰۱	-۱۵/۹۳ to -۳/۳۵	۱/۰۸
درآمد ماهیانه	-۰/۴۸	۰/۶۲	-۰/۰۵	۰/۴۳۳	-۱/۷۰ to ۰/۷۴	۱/۱۲
مدت ازدواج	-۰/۰۴۳	۰/۰۹۷	-۰/۰۴	۰/۶۵۵	-۰/۲۳۴ to ۰/۱۴۸	۱/۲۵
تعداد بارداری	۰/۹۷۵	۰/۵۴۵	-۰/۱۶	۰/۰۶۵	-۰/۰۶ to ۲/۰۵	۱/۳۸

شاخص‌های مدل چندمتغیره:۴۵/ ۱۲ = F, ۰/۲۰۷ = R^2، ۱۸۹/ =۰ R^2adj، ۰/۰۰۱ > P

اعداد به‌صورت ضریب رگرسیون(B) ، خطای استاندارد(SE) ، ضریب استانداردشده(β) ، سطح معناداری (P-value) و فاصله اطمینان ۹۵درصد گزارش شده‌اند. گروه مرجع :متغیر آمنیوسنتز به صورت دوحالتی کدگذاری شد (مثبت = ۱، منفی = ۰). گروه مرجع «آمنیوسنتز منفی» است .مدل رگرسیون چندمتغیره با ورود همزمان متغیرهای باقی‌مانده اجرا شد و متغیرهای «تعداد زایمان» و «تعداد فرزندان» به دلیل هم‌خطی بالا(VIF > ۴) با «تعداد بارداری» از مدل حذف شدند. متغیرهای کیفی (تحصیلات، شغل، وضعیت مسکن) به دلیل عدم معناداری در آزمون‌های مقایسه میانگین (من-ویتنی و کروسکال-والیس؛ جدول شماره ۴) وارد مدل چندمتغیره نشدند.مقادیر VIF برای همه متغیرهای باقی‌مانده در مدل در محدوده ۱/۰۸ تا ۱/۳۸ گزارش شد = B .ضریب رگرسیون؛ = SE خطای استاندارد؛ = β ضریب استانداردشده؛ ؛ = VIF عامل تورم واریانس.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی نگرش به فرزندآوری و عوامل دموگرافیک و مامایی مرتبط با آن در زنان دارای سابقه غربالگری پرخطر سلامت جنین در بارداری قبلی انجام شد. میانگین نمره نگرش در محدوده متوسط بود. در مدل رگرسیون چندمتغیره، پس از کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده، تنها «نتیجه آمنیوسنتز» ارتباط معنی‌دار را حفظ کرد؛ به‌طوری‌که درآمد، مدت ازدواج و تعداد بارداری اثر مستقل خود را از دست دادند؛ این امر نشان می‌دهدتجربه تهاجمی آمنیوسنتز مستقل از عوامل اقتصادی-اجتماعی و جمعیت‌شناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در نگرش باروری این زنان دارد.

در مدل نهایی، ضریب منفی متغیر آمنیوسنتز نشان داد که زنان دارای نتیجه مثبت آمنیوسنتز، در مقایسه با زنان دارای نتیجه منفی، نمره نگرش پایین‌تری نسبت به فرزندآوری داشتند. این یافته بیانگر ارتباط معکوس نتیجه مثبت آمنیوسنتز با نمره نگرش به فرزندآوری است .این یافته با اکباس و همکاران (۲۰۲۱) همسوست که اضطراب پس از تست‌های تهاجمی به انصراف قطعی از بارداری مجدد نمی‌انجامد و بیشتر زنان با رویکردی محتاطانه‌تر ادامه می‌دهند؛ ایزاکس (۲۰۲۰) نیز در مطالعه خود نشان داد که تجربه بارداری پرخطر بیشتر از آنکه به حذف تمایل به بارداری مجدد منجر شود، موجب بازتعریف نگرش زنان نسبت به بارداری و فرزندآوری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

می‌شود. این همسویی را می‌توان با نقش ادراک خطر تبیین کرد؛ به این معنا که تجربه پیامدهای نامطلوب بارداری، آگاهی زنان از خطرات احتمالی را افزایش داده و ممکن است آن‌ها را به ارزیابی دقیق‌تر منافع و مخاطرات بارداری مجدد و اتخاذ تصمیمی محتاطانه‌تر سوق دهد (۱۰). زنان پس از تجربه پرخطر تصمیم‌گیری را از حالت هنجاری به محاسبه‌گرانه تغییر می‌دهند و آمنیوسنتز درک کنترل بر بارداری آینده را تضعیف و حساسیت به رخدادهای منفی را افزایش می‌دهد(۱۳).

در بررسی روابط همبستگی، نتایج نشان داد که درآمد ماهیانه با نگرش به فرزندآوری رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته با مطالعات علیدوستی و همکاران(۲۰۲۱) و داوودی و همکاران(۲۰۲۰) همسو است که بر نقش تعیین‌کننده عوامل اقتصادی در شکل‌دهی نگرش باروری تأکید کرده‌اند(۳، ۲۲). با این حال، در برخی مطالعات اروپایی، تحصیلات و نه درآمد، پیش‌بینی‌کننده اصلی الگوهای باروری گزارش شده است(۲۳). ناهمسویی با این مطالعات می‌تواند ناشی از تفاوت ساختار رفاهی و ثبات اقتصادی باشد؛ در جوامع با حمایت اجتماعی گسترده، تحصیلات به امنیت شغلی و برنامه‌ریزی باروری می‌انجامد، اما در اقتصاد ناپایدار حتی درآمد بالاتر با نگرانی از هزینه‌های آتی و نگرش محتاطانه‌تر همراه است(۲۴).

رابطه منفی و معنادار بین مدت ازدواج و نگرش به فرزندآوری مشاهده شد که با نظریه هزینه–فایده فرزندآوری لیفبروئر(۲۰۰۵) همخوانی دارد؛ بر اساس این نظریه، با افزایش مدت زندگی مشترک و تجربه مسئولیت‌های خانوادگی، ارزیابی هزینه‌های عاطفی، زمانی و اقتصادی افزایش یافته و تمایل به فرزندآوری کاهش می‌یابد(۲۵). میلز و همکاران(۲۰۱۱) نیز گزارش کرده‌اند که تعویق یا محدودسازی فرزندآوری در بسیاری از کشورها ناشی از افزایش هزینه‌های ادراک‌شده است(۲۶). بنابراین همسویی نتایج مطالعه حاضر با این پژوهش‌ها می‌تواند ناشی از افزایش بار مسئولیت و تجربه عملی دشواری‌های والدگری باشد.

در مورد تعداد بارداری، تعداد زایمان و تعداد فرزندان نیز همبستگی منفی و معنی دار با نگرش مشاهده شد. این نتایج با یافته‌های بویر(۲۰۱۳) همسو است که نشان داد تجربه‌های قبلی باروری در تصمیمات بعدی زوجین نقش تعیین‌کننده دارد(۲۷). همچنین مطالعات داخلی مبشری و همکاران(۲۰۱۳) نشان داده‌اند که افزایش تعداد فرزندان با کاهش تمایل به فرزندآوری بیشتر همراه است(۱۸). دلیل این همسویی احتمالاً افزایش فشارهای اقتصادی، محدودیت منابع و خستگی روانی ناشی از مسئولیت‌های چندگانه است. با این حال، برخی مطالعات سنتی‌تر در ایران نشان داده‌اند که در بافت‌های فرهنگی خاص، داشتن فرزند بیشتر همچنان ارزش اجتماعی محسوب می‌شود(۲۸). تفاوت نتایج ممکن است ناشی از تغییرات نسلی، افزایش فردگرایی و نیز تمرکز نمونه مطالعه حاضر بر زنان دارای تجربه پرخطر باشد که حساسیت بیشتری به ریسک دارند. در مقابل، سن زن و سن همسر در این پژوهش رابطه معنی داری با نگرش به فرزندآوری نشان ندادند. این نتیجه با یافته‌های داوودی و همکاران(۲۰۲۰) همسو است که نقش متغیرهای اقتصادی را پررنگ‌تر از متغیرهای سنی گزارش کردند(۲۲)، اما با مطالعات بین‌المللی که سن را عامل اصلی تعویق باروری معرفی کرده‌اند ناهمسو است(۷). احتمالاً در گروه مورد مطالعه حاضر، تجربه غربالگری پرخطر به‌عنوان یک عامل موقعیتی قوی‌تر از متغیرهای کلاسیک جمعیت‌شناختی عمل کرده و اثر سن را تضعیف کرده است.

تحلیل رگرسیون نشان داد پس از کنترل درآمد، مدت ازدواج و شاخص‌های باروری قبلی، تنها سابقه آمنیوسنتز پیش‌بین معنادار نگرش به فرزندآوری باقی ماند؛ یعنی تجربه مداخله تشخیصی تهاجمی می‌تواند مستقل از عوامل جمعیت‌شناختی و اقتصادی جهت‌گیری نگرش باروری را تعیین کند و ریشه‌ای تجربه‌محور و روان‌شناختی دارد. این نتیجه با اکباس و همکاران (۲۰۲۱) همخوان است که زنان با غربالگری مثبت پس از آمنیوسنتز اضطراب و اختلال

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

خواب بیشتری تجربه می‌کنند و این اضطراب حتی پس از نتیجه نهایی کاملاً فروکش نمی‌کند(۱۳) باکرن و همکاران(۲۰۲۴) نیز گزارش کردند یافته‌های اضافی یا نتایج غیرمنتظره در آزمایش‌های ژنتیکی می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی بلندمدت داشته باشد و ادراک خطر را در زنان افزایش دهد(۲۹). همسویی نتایج با پژوهش‌های پیشین را می‌توان به این نکته نسبت داد که آمنیوسنتز صرفاً مداخله‌ای فنی-پزشکی نیست، بلکه تجربه‌ای چندبعدی و پیچیده با طیفی از تنش‌هاست؛ از جمله اضطراب انتظار نتیجه، ترس از سقط، دغدغه‌های سلامت جنین و حتی احساس گناه احتمالی. این فشارهای روانی قابلیت تثبیت در حافظه شناختی را دارند و در تصمیم‌گیری‌های باروری بعدی مجدداً فعال می‌شوند. از منظر نظری، این یافته را می‌توان بر اساس سازه‌های «ادراک ریسک» و «کنترل رفتاری ادراک‌شده» در چارچوب نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده تبیین کرد(۳۰).

تجربه آمنیوسنتز می‌تواند درک کنترل بر بارداری آینده را تضعیف و حساسیت به رخدادهای منفی را افزایش دهد؛ بنابراین حتی با شرایط اقتصادی یا اجتماعی مساعد، این تجربه تنش‌زا می‌تواند عامل بازدارنده مستقل باشد. با این حال، مشاوره هدفمند و ساختاریافته پیش از تست‌های تهاجمی می‌تواند اضطراب را معنی دار کاهش دهد و تأثیر منفی آمنیوسنتز قطعی نیست، بلکه به کیفیت تعامل درمانگر، شفافیت اطلاعات و حمایت عاطفی بستگی دارد(۱۴، ۳۱)؛ ناهمگونی مطالعات نیز ناشی از تفاوت نظام سلامت، پروتکل مشاوره و آمادگی روانی زنان است. تجربه تنش‌زا عامل تشدیدکننده نگرش باروری است و اتکای صرف به مشوق‌های مالی کافی نیست؛ مداخلات روان‌شناختی، مشاوره پیش و پس از آمنیوسنتز، آموزش مدیریت اضطراب و حضور همسر در تصمیم‌گیری ضروری است.

محدودیت‌های مطالعه

۱.تعمیم‌پذیری محدود به‌دلیل تک‌مرکزی بودن مطالعه در یک آزمایشگاه تشخیص ژنتیک در شهر کرمانشاه و عدم نمایندگی مراجعه‌کنندگان از همه زنان دارای سابقه غربالگری پرخطر؛

۲.طراحی مقطعی که امکان استنباط علّی نمی‌دهد و نتایج صرفاً همبستگی زمانی است؛

۳.ابزار خودگزارشی که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ اجتماعی یا تمایل به پاسخ‌های هنجارمند قرار گیرد؛

۴.محدودیت آماری به‌دلیل تعداد کم موارد آمنیوسنتز مثبت نسبت به منفی که ممکن است برآورد اثر این متغیر با عدم ثبات آماری همراه باشد و تفسیر آن نیازمند احتیاط است.

نتایج نشان داد نگرش به فرزندآوری در زنان با سابقه غربالگری پرخطر سلامت جنین چندبعدی است و در مدل نهایی فقط تجربه آمنیوسنتز ارتباط معنادار داشت و اثر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی را تعدیل کرد؛ بنابراین شرایط اقتصادی نقش تعیین‌کننده نداشت و تجربه تنش‌زای پزشکی اولویت بیشتری داشت. با این حال، تک‌مرکزی بودن مطالعه تعمیم‌پذیری را محدود می‌کند و مطالعات چندمرکزی لازم است؛ همچنین حمایت روانی و مشاوره در غربالگری می‌تواند نگرش به فرزندآوری را اصلاح کند.

اعلامیه ها

تاییدیه کمیته اخلاق

پروتکل این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با شناسه اخلاق (IR.KUMS.REC.1403.084)تصویب شد. پیش از ورود به پژوهش، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت گردید.

دسترسی داده ها

به‌منظور رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، مجموعه داده‌های خام به‌صورت عمومی منتشر نمی‌شوند با این حال با ارائه درخواست منطقی به نویسنده مسئول و در صورت نیاز، داده‌ها در دسترس قرار خواهند گرفت.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی (مالی یا غیرمالی) مرتبط با انجام و انتشار این پژوهش وجود ندارد.مشارکت نویسندگان

مستانه کامروامنش در ایده‌پردازی اولیه، طراحی مطالعه، نظارت بر اجرا، بررسی نهایی و تأیید نسخه نهایی نقش داشته است. اعظم باخته مرور نظام‌مند منابع و ویرایش علمی و ادبی متن را انجام داده است. فاطمه حیدرپور تحلیل‌های آماری، تفسیر نتایج، ترسیم جداول و نمودارها و نگارش بخش روش‌شناسی را بر عهده داشته است. نازنین جلیلیان مدیریت پروژه و هماهنگی با مراکز مربوطه را انجام داده است. افسانه ابراهیمی جستجوی جامع مقالات، جمع‌آوری و استخراج داده‌ها، تهیه بانک اطلاعاتی اولیه و نگارش پیش‌نویس اولیه را انجام داده است. همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را تأیید کرده‌اند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشکده پرستاری و مامایی کرمانشاه با کد ۴۰۳۰۱۲۵ است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی این دانشکده، کمیته تحقیقات دانشجویی و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، و همچنین از تمام کسانی که ما را در انجام هرچه بهتر این مطالعه یاری دادند، به ویژه مادران باردار و پرسنل آزمایشگاه تشخیص ژنتیک آزمایشگاه مرکزی شهر کرمانشاه، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- Arjmand Siahpoush E, Zeini Wendian M, Rezapour D. A sociological analysis for factors affecting the attitude toward childbearing (case study: employees of Andimeshk Department of Education). Q J Soc Dev 2021; 16(1): 59-78.

2- Niazi M, Torenjipoor F, Norozi M, Asgari Kvyry A. Meta-analysis of social factors affecting fertility in Iran. Soc Dev Welf Plan 2016; 7(29): 69-119.

3- Alidousti E, Adhami AR, Kazemipour S. Socio-economic factors affecting attitudes towards childbearing: a study of ever married couples in Kermanshah, Iran. J Iran Inst Health Sci Res 2021; 20(4): 427-436.

4- Alijanzadeh M, Bahrami N, Jafari E, Noori M, Miri F, Joftyar M, et al. Iranian women's attitude toward childbearing and its' association with generalized trust, social support, marital satisfaction and governmental childbearing incentives. Heliyon 2023; 9(5): e16162. PMID: 37215894

5- Kohan S, Gholami M, Shaghaghi F, Mohebbi-Dehnavi Z. Investigating the relationship between attitudes toward fertility and childbearing and the value of children with attitudes toward fertility control in married women aged 15-45 in Isfahan. J Educ Health Promot 2022; 11: 409. PMID: 36824072.

6- Ghahramany M, Peyman N, Afzalaghaee M. Iranian men's attitude towards childbearing and related factors: a systematic review. Iran J Epidemiol 2023; 19(2): 154-176.

7- Beaujouan É, Sobotka T. Late childbearing continues to increase in developed countries. Popul Soc 2019; 562(1): 1-4.

8- Safdari-Dehcheshmeh F, Noroozi M, Taleghani F, Memar S. Factors influencing the delay in childbearing: a narrative

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

review. Iran J Nurs Midwifery Res 2023; 28(1): 10-19. PMID: 37250942

9- Mirzaei F, Kheirkhah M, Hagani H. The role of high-risk pregnancy in childbearing tendency in Tehran. J Family Med Prim Care 2021; 10(2): 625-630. PMID: 34041078

10- Isaacs NZ, Andipatin MG. A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. BMC Psychol 2020; 8(1): 45. PMID: 32362285

11- van der Meij KRM, Njio A, Martin L, Gitsels-van der Wal JT, Bekker MN, van Vliet-Lachotzki EH, et al. Routinization of prenatal screening with the non-invasive prenatal test: pregnant women's perspectives. Eur J Hum Genet 2022; 30(6): 661-668. PMID: 34385671

12- Harris JM, Franck L, Michie S. Assessing the psychological effects of prenatal screening tests for maternal and foetal conditions: a systematic review. J Reprod Infant Psychol 2012; 30(3): 222-246.

13- Akbas M, Koyuncu FM, Bülbül Y, Artunc-Ulkumen B, Çetin A. The impact of invasive prenatal testing on anxiety and sleep quality in pregnant women with a screen-positive result for aneuploidy. J Psychosom Obstet Gynaecol 2021; 42(1): 15-21. PMID: 31899650

14- Bayat A, Amiri-Farahani L, Soleimani M, Eshraghi N, Haghani S. Effect of short-term psychological intervention on anxiety of pregnant women with positive screening results for chromosomal disorders: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21(1): 757. PMID: 34753449.

15- Kordi M, Riyazi S, Lotfalizadeh M, Shakeri MT, Jafari Suny H. Comparing the effects of group and individual education on worry and anxiety of pregnant women about fetal chromosomal disorders screening tests. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2015; 18(157): 1-10.

16- Hosseinzadeh Kolagar S, Nasiri Amiri F, Pahlavan Z, Bijani A, Ghanbarpour Shiadeh A. Adverse pregnancy outcomes in pregnant women with integrated screening for positive aneuploidy at Babol University of Medical Sciences: April 2017 to June 2019. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2020; 23(7): 29-38.

17- Zarei Salehabadi M, Kheirkhah M, Esmaeili N, Haghani S. Effects of empowerment on the attitudes toward fertility and childbearing in women with failed pregnancies: a clinical trial. Iran J Nurs 2020; 33(125): 55-69.

18- Mobasheri M, Alidosti M, Sorshajani S, Khosravi F, Khalafian P, Jalilian M. Determination of the most important factors influencing the fertility patterns of single child and without child families in Shahr-e-kord City in 2013. J Ilam Univ Med Sci 2013; 21(6): 1-8.

19- Naderipour F, Abolghasemi J, Dehdari T, Nouri R. Attitude of childless married women towards childbearing in Zanjan, Iran. Payesh 2023; 22(3): 335-343.

20- Söderberg M, Lundgren I, Christensson K, Hildingsson I. Attitudes toward fertility and childbearing scale: an assessment of a new instrument for women who are not yet mothers in Sweden. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 13: 197. PMID: 24160915

21- Baezzat F, Ahmadi Ghozlojeh A, Marzbani Y, Karimi A, Azarnioshan B. A study of

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

psychometric properties of Persian version of attitudes toward fertility and childbearing scale. Nurs Midwifery J 2017; 15(1): 37-47.

22- Davoudi F, Soleimanvandy Azar N, Ezoji H, Ezoji K. Determinants of employed women's attitude towards childbearing. J Midwifery Reprod Health 2020; 8(4): 2472-2477.

23- Jalovaara M, Neyer G, Andersson G, Dahlberg J, Dommermuth L, Fallesen P, et al. Education, gender, and cohort fertility in the Nordic countries. Eur J Popul 2019; 35(3): 563-586. PMID: 31372105.

24- Sleebos J. Low fertility rates in OECD countries: facts and policy responses. OECD Labour Mark Soc Policy Occas Pap 2003; 2003(15).

25- Liefbroer AC. The impact of perceived costs and rewards of childbearing on entry into parenthood: evidence from a panel study. Eur J Popul 2005; 21(4): 367-391.

26- Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, te Velde E; ESHRE Reproduction and Society Task Force. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. Hum Reprod Update 2011; 17(6): 848-860.

27- Bauer G, Kneip T. Fertility from a couple perspective: a test of competing decision rules on proceptive behaviour. Eur Sociol Rev 2013; 29(3): 535-548.

28- Habibnejad F, Elyasi F, Nikbakht R, Shahhosseini Z. The relationship between attitudes toward gender roles and the desire for childbearing among couples referring to a premarital counseling center in Babolsar, Iran, 2023. J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35(249): 59-71.

29- Bakkeren IM, Henneman L, van Vliet-Lachotzki EH, Martin L, Gitsels-van der Wal JT, Polak MG, et al. Psychological impact of additional findings detected by genome-wide Non-Invasive Prenatal Testing (NIPT): TRIDENT-2 study. Eur J Hum Genet 2024; 32(3): 302-308. PMID: 38057584.

30- Ajzen I. The theory of planned behaviour is alive and well, and not ready to retire: a commentary on Sniehotta, Presseau, and Araújo-Soares. Health Psychol Rev 2015; 9(2): 131-137. PMID: 21929476.

31- Marom O, Weiner E, Gindes L, Mor L, Gury M, Toledano E, et al. The effect of watching an informational video prior amniocentesis on maternal anxiety: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet 2024; 310(2): 1001-1008. PMID: 38060016.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]