

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه آن با مدت‌زمان ازدواج در بین زوجین

*صدیقه حیدری^۱، پروین اسفندیاری نژاد^۲، مجید برزگر^۳، مهرناز آزادیکتا^۴
۱. کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.
۲. کارشناسی ارشد، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور، واحد اهواز.
۳. استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت.
۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۶/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۳۱)

Psychometric Properties of Fear of Preterm Delivery Questionnaire and its Relationship with Marriage Duration among Couples

*Sadigheh Heydari¹, *Parvin Esfandiari nezhad², Majid Barzegar³, Mehrnaz Azadyekta⁴

1. M.A. in Psychometric Sciences Islamic Azad University, Central Tehran Branch.

2. M.A. in Midwifery, Ahwaz Jundishapur University of Medical Sciences.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Islamshahr Branch.

(Received: Sept. 21, 2018 - Accepted: Aug. 22, 2019)

Original Article

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Pregnancy is the biggest event in a woman's life, which is not a welcome event for all women, and in cases where it is not properly managed, it puts a lot of stress on her mother and those around her. The overall purpose of this study is to investigate Psychometric properties of fear of preterm delivery questionnaire and its relationship with marriage duration among couples. **Methods:** The present study consisted of two parts of test-descriptive-correlation and statistical sample of 150 couples referring to health center number one in Izeh city that were selected by multistage cluster sampling. Data were analyzed using SPSS-24 software. **Findings:** showed that the factor loadings greater than 0.3 determined that the questionnaire was saturated by two factors. These two factors are explained by about 60.314 for women and 69.937 for their husbands, and explained the percentage of variance. Correlation findings also showed that the fear of delivery with marriage duration for women and for their husbands have a reverse relationship. The inverse relationship between education and age with fear of pre-natal delivery is one of the side findings of this study. **Conclusion:** standardized Persian instrument "Fear of Preterm Delivery" has acceptable psychometric properties in Iranian sample. Also, There is a significant inverse relationship between the duration of marriage and fear of childbirth.

Keywords: Fear of Giving Birth, Pregnancy, Marriage Duration, Factor Analysis.

چکیده

مقدمه: حاملگی بزرگترین رویداد زندگی یک زن می‌باشد که برای تمامی زنان واقعه خوشایندی نیست و در مواردی که به‌درستی مدیریت نشود، استرس زیادی بر مادر و اطرافیان وی وارد می‌کند. هدف کلی این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه مدت‌زمان ازدواج با آن بوده است. روش: پژوهش حاضر از دو بخش آزمون‌سازی و توصیفی-همبستگی و نمونه آماری ۱۵۰ زوج مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شماره یک شهرستان ایذه بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نشان داد بار عاملی بالاتر از ۰/۳ مشخص نموده که پرسشنامه از ۲ عامل اشباع شده است. این ۲ عامل بروی هم در حدود ۶۰/۳۱۴ برای زنان و ۶۹/۹۳۷ برای همسرانشان درصد واریانس را تبیین کرده‌اند. همچنین یافته‌های همبستگی نشان داد ترس از زایمان با مدت‌زمان ازدواج برای زنان و برای همسرانشان رابطه‌ای معکوس دارد. وجود رابطه معکوس بین تحصیلات و سن با ترس از زایمان قبل از بارداری نیز از جمله یافته‌های جانبی این پژوهش بوده است. نتیجه‌گیری: ابزار استانداردشده فارسی "ترس از زایمان قبل از بارداری" دارای ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌قبولی در نمونه ایرانی می‌باشد. همچنین بین مدت‌زمان ازدواج و ترس از زایمان رابطه‌ای معنادار برقرار می‌باشد.

واژگان کلیدی: ترس از زایمان، بارداری، مدت‌زمان ازدواج، تحلیل عاملی.

*نویسنده مسئول: صدیقه حیدری

*Corresponding Author: Sadigheh Heydari

Email: heydari_ss@yahoo.com

مقدمه

روانشناختی زنان باردار به‌ندرت موردتوجه قرار گرفته است (هوئزینک^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). دوران بارداری به دلیل ایجاد تغییرات دائمی در زندگی زنان و مسئولیت جدید نگهداری از کودک، درگیری ذهنی زیادی ایجاد می‌کند و احساسات دوسوگرایی زنان باردار یک‌روند طبیعی این دوران می‌باشد؛ اما این احساسات در برخی زنان شدیدتر است و آنان را به‌سوی ترس از زایمان و اضطراب مرتبط با بارداری سوق می‌دهد (پویکئوس^۵ و همکاران، ۲۰۰۶).

می‌توان گفت بزرگترین استرس در زندگی هر زن، حاملگی است و ترس از زایمان یک مشکل مهم در طی دوران بارداری و بعد از زایمان است. تخمین زده می‌شود که از بین هر ۵ زن باردار یک نفر دچار ترس از زایمان بوده و حدود ۶ تا ۱۳ درصد از زنان باردار ترس شدید و ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند (علی‌پور و همکاران، ۲۰۱۱).

عوامل روانشناختی و اجتماعی مؤثری در ترس از زایمان طبیعی وجود دارد که شامل: ترس از ناشناخته‌ها، تمایل به بی‌دردی و عدم تحمل درد، آرامش جسمی و روانی، خصوصیات شخصیتی خود مادر، زمینه‌های ژنتیکی که فرد را در مقابل تنش آسیب‌پذیر می‌کند، تجربه نامطلوب و تشویق دیگران، نگرانی از عوارض نامطلوب برای مادر، ارتباط نامناسب کادر درمانی، احساس مرگ و تنهایی، نگرانی در مورد سلامت نوزاد و فقدان حمایت‌های اجتماعی کافی می‌باشد (پویکئوس و همکاران، ۲۰۰۶).

باردارشدن برای بسیاری از زوجها مرحله‌ای مهم است (راسکانو و ولادیکا^۱، ۲۰۱۲؛ به نقل از زارعی و همکاران، ۱۳۹۱). سالانه بیش از ۱۵۰ میلیون زن در دنیا باردار می‌شوند که برای همه آن‌ها حاملگی و زایمان واقعه خوشایندی نیست. حاملگی یک بحران موقعیتی است و در مواردی که به‌خوبی مدیریت نشود، تبدیل به یک بحران طولانی‌مدت می‌شود که استرس زیادی بر مادر و اطرافیان وی وارد می‌آورد (سوندین^۲، ۲۰۰۷).

بارداری مرحله هویت‌شناسی زنانه است. زنان آن را مرحله‌ای می‌دانند که برآورده‌کننده نیاز بنیادی خودشیفتگی آنان است چراکه آن‌ها را با رشد انسان دیگری در وجودشان روبه‌رو می‌کند؛ اما این دوره جدید با فشار روانی، هیجانی و جسمی بسیاری همراه است که نیازمند تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی بسیار است (وان بوسل^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). از این‌رو تأثیر فرایندهای روانشناختی مادر بر رشد و سلامتی جنین بسیار گسترده و فراگیر است. چراکه فضای درون رحمی پیوسته از هیجان‌ها و وضعیت روانی مادر تأثیر می‌پذیرد (مولوی، موحدی و بنگر، ۱۳۸۸؛ به نقل از فضیلتی و همکاران، ۱۳۹۶).

در حقیقت، گرچه بارداری و زایمان بخشی از روند تکاملی و طبیعی در زنان است، اما واقعیت این است که علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در امر مراقبت و آموزش زنان در دوران بارداری در خصوص جنبه‌های فیزیولوژیک صورت گرفته است، ابعاد

4. Huizink
5. Poikkeus

1. Rascanu & Vladica
2. Sundin
3. Van Bussel

دادن کنترل در هنگام درد زایمان، امری طبیعی است. در بررسی علل ترس از زایمان توسط نگهبان و همکارش ترس از درد زایمان و آسیب جنینی شایعترین عامل ایجاد ترس و اضطراب در بین مادران بود همچنین، سزورنای^۴ و همکارانش طی مطالعه‌ای به منظور بررسی محتوای ترس از زایمان در بین ۲۱۶ زوج دریافتند در بیش از ۸۰ درصد موارد عامل ترس از زایمان مربوط به داشتن نوزاد معیوب، درد شدید، احتمال زایمان با عمل جراحی و تنها ماندن در یک محیط ناآشنا بوده است. بر اساس نتایج پژوهش وی بین تعداد بارداری و ترس از زایمان رابطه معکوس مشاهده شد و همچنین، ترس از زایمان در زنان نخست‌زا بیشتر از زنان چندزا بود. این یافته نشان می‌دهد که زنان نخست‌زا به دلیل اینکه تاکنون بارداری و زایمان را تجربه نکرده‌اند، ترس و اضطراب بیشتری نسبت به موقعیت‌های ناآشنای بارداری و زایمان دارند (نگهبان و همکاران، ۲۰۰۸)، لذا ترس بالایی را در طول دوران بارداری تجربه می‌کنند و باور و توانایی پایینی نسبت به انجام زایمان دارند و از طرفی داشتن تجربه نامطلوب از زایمان قبلی یکی از دلایل ترس از زایمان در زنان چندزا بوده است.

نتایج یک پژوهش نشان داده است که زنان نسبت به مردان ترس و اضطراب بیشتری را در طول بارداری تجربه می‌کنند و نشانه‌های این اضطراب از یک الگوی U شکل پیروی می‌کند. به طوری که میزان اضطراب در سه ماهه اول بالاتر است، در سه ماهه دوم از میزان آن کاسته می‌شود و دوباره در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد (تیکسیرا^۵ و همکاران،

توجه به شرایط و استرس روانشناختی مادران باردار، در طی چند دهه اخیر با تمرکز بر نتایج بارداری از جمله زایمان زودرس و وزن نوزاد تازه متولد شده خود را نشان داده است (دانکل شتر^۱، ۲۰۱۱؛ لیتلتون، بریتکوف و برنسون^۲، ۲۰۰۷؛ به نقل از اسلمی و همکاران، ۱۳۹۴). ترس و اضطراب باعث آزاد شدن کاتکولامین‌ها و به دنبال آن، دردهای زایمانی غیرمؤثر و طولانی‌مدت، کارکرد نامناسب عضلات رحمی، تحریک‌پذیری و ناآرام بودن کودک می‌شود (باستانی و همکاران، ۲۰۰۵).

ترس از بارداری می‌تواند حاصل تجربه‌های ناخوشایند از زایمان باشد. به دنیا آوردن فرزند، یکی از زیباترین تجربه‌هایی است که بدن انسان با آن مواجه می‌شود و اینکه چرا برخی از زنان در مورد بارداری دچار اضطراب و نگرانی می‌شوند، قابل درک است؛ اما این نگرانی و اضطراب برای زنان دچار توکوفوبیا می‌تواند فلج‌کننده و ویرانگر باشد. توکوفوبیا، ترس شدید پاتولوژیک از بارداری است که می‌تواند تصمیم‌گیری زنان به بارداری را تحت تأثیر قرار دهد. برآورد شده است ۱/۰٪ زنانی که از بارداری اجتناب می‌کنند، دارای ترس عمیقی از بارداری هستند. نظرسنجی اخیر مامست^۳ نشان می‌دهد که زایمان مشکل‌ساز، ترس را به ۷ درصد از زنان انتقال داده است. شنیدن داستان‌هایی از تجربه‌های ناخوشایند و دیدن برنامه‌هایی که تجارب زایمان تکان‌دهنده همچون سقط جنین و تولد نوزاد مرده را به تصویر می‌کشند، می‌تواند به تلنگری برای ترس از زایمان تبدیل شوند. البته درد و از دست

4. Szeverenyi
5. Teixeira

1. Dunkel Schetter
2. Littleton, Breitkopf, Berenson
3. Mumset

(۲۰۰۹).

تمامی نمونه‌ها اندازه‌گیری کرد، نشان داد. همبستگی ضعیفی بین زایمان و ترس قبل از حاملگی با نمرات در حالت‌های روانی (اضطراب، افسردگی و استرس) ارزیابی و تفکیک اعتبار مقیاس آن مشخص شد.

استول و همکارانش (۲۰۱۶) در پژوهشی دیگر نشان دادند نقش مردان در مطالعاتی که هدفشان ارزیابی ارتباط بین نتایج ترس و زایمان است، مهم بوده، به طوری که در این مداخلات نه فقط زن باردار بلکه زوجین را می‌توان هدف قرار داد. به این ترتیب، به منظور درک نگرش‌ها و ترس مردان و زنان جوان که در آینده برنامه دارند بچه‌دار شوند، همچنین برای شناسایی و مقابله با عوامل قابل تعدیل گر که ممکن است آن‌ها را مستعد به ترس از زایمان کند، مفید می‌باشد.

پری‌ار^۳ و همکارانش (۲۰۱۶) در پژوهش خود دریافتند اضطراب به‌عنوان یک بافر بین اطمینان و ترس از زایمان عمل می‌کند. درک بیشتری از نقش اضطراب در توسعه و یا در حفظ ترس از زایمان در زنان باردار حاصل شد. این تحقیق نشان داد مداخلات بالینی که با هدف کاهش ترس از زایمان عمل می‌کنند باید با توجه به علائم اضطراب قبل از تلاش برای توسعه استراتژی‌های مثبت مانند خوش‌بینی اقدام نمایند. در واقع، کاهش ترس از زایمان در زنان باردار می‌تواند تأثیر مثبت بر کیفیت کار و همچنین انتقال به مادری دیگر و مادر و نوزاد به صورت یک زنجیره در جریان باشد.

هیلدینگسون^۴ (۲۰۱۴) بر اساس مطالعه سوئدی با ۱۰۷۴ زنان باردار و همسران آن‌ها، گزارش داد که

علی‌پور و همکارانش (۱۳۹۱) در پژوهش خود دریافتند که ترس از زایمان، احتمال استفاده از اکسی‌توسین را در طول لیبر حدود ۲ برابر پیش‌بینی می‌کند. همچنین بین شدت ترس از زایمان و روش زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

ارکایا^۱ و همکارانش (۲۰۱۷) طی پژوهش خود نتایجی را به دست آوردند: از افراد مورد بررسی، ۴۰/۸ درصد سطوح شدید اضطراب را از خود نشان دادند، در حالی که ۴۸/۹ درصد سطوح شدید بالینی ترس از زایمان را تجربه کرده بودند. سایر نتایج آنان نیز نشان داد که ارتباط معنی‌دار بین میانگین نمرات BAI زنان باردار با سن حاملگی، سطح تحصیلات، دریافت آموزش‌های پیش از زایمان و در دسترس بودن حمایت اجتماعی جدا از همسر وجود داشته است. علاوه بر این، ارتباط آماری معنی‌دار بین میانگین نمرات W-DEQ-A زنان باردار و نوع خانواده، سن حاملگی، سطح تحصیلات، تعداد زایمان نوزاد زنده و دریافت آموزش‌های پیش از زایمان تعیین شد.

استول^۲ و همکارانش (۲۰۱۶) طی پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مقیاس ترس از زایمان، قبل از بارداری همسانی درونی بالایی در تمام نمونه‌ها (با آلفای بالای ۸۶ درصد) را نشان داد. همه موارد دارای همبستگی کلی بیش از ۴۵ درصد بوده که تک‌بعدی بودن مقیاس را نشان می‌دهد. اعتبار ترس از زایمان - قبل از بارداری توسط یک همبستگی بالا بین مقیاس جدید و دو مورد از مقیاس آنالوگ بصری که ترس از زایمان را در

3. Perier
4. Hildingsson

1. Erkaya
2. Stoll

زایمان پیش از بارداری و واکنش مرد نسبت به روند زایمان، سلامت نوزاد و وضعیت جسمی همسرش بعد از زایمان و همچنین، به عنوان یکی از عوامل پیش‌گویی کننده پیشگیری از بارداری و به تبع آن بالا رفتن سن زایمان مادران، بر آن شدید تا پرسشنامه ۱۰ گویه‌ای ترس از زایمان پیش از بارداری، تدوین شده توسط استول و همکاران (۲۰۱۶) را بر روی زوج‌های متأهل که هنوز بچه‌دار نشده‌اند، مورد بررسی قرار داده و علل عمده ترس از زایمان پیش از بارداری را دریابیم. لذا جهت انجام پژوهش حاضر با هدف روان‌سنجی این مقیاس در بین زوج‌های متأهل شهرستان ایزه، پرسشنامه مذکور را ترجمه نموده، به زبان اصلی برگردانده و پس از تأیید ترجمه توسط متخصصان مرتبط و اجرای آزمایشی بر روی تعدادی از زوجها و تحلیل داده‌های به دست آمده توسط اساتید مجرب و مسلط و تأیید روایی و پایایی پرسشنامه جدید توسط ایشان، در سطح نمونه پرسشنامه توزیع شد.

درواقع این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا پرسشنامه ۱۰ گویه‌ای ترس از زایمان قبل از بارداری در بین زوج‌های ایران دارای ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و اعتبار) قابل قبول هست یا خیر؟

با توجه به مطالب ذکر شده از آنجایی که تاکنون هیچ پرسشنامه‌ای در ایران به ترس از زایمان پیش از بارداری در بین زوجین پرداخته است، همچنین به دلیل اینکه پرسشنامه "ترس از زایمان قبل از بارداری" استول و همکاران (۲۰۱۶) در ایران استاندارد نشده است و از طرفی پرسشنامه‌های استاندارد شده هر کدام دارای نواقصی هستند از جمله

نگرش همسران در پیش‌بینی وضعیت واقعی زایمان مهم بود.

با مروری بر مقالات توسط هانسون^۱ و همکاران (۲۰۰۹) شناسایی ترس پدری به شرح زیر است:

تقریباً در ۳۳ درصد زنان باردار، ترس از زایمان و اضطراب در سه ماهه آخر بارداری وجود دارد و ۱۰ تا ۱۱ درصد از آنها، ترس شدید از زایمان را تجربه می‌کنند (اسپیک و همکاران^۲، ۲۰۰۹).

از جمله پرسشنامه‌های تدوین شده در حیطه ترس از زایمان می‌توان به پرسشنامه "ترس از زایمان (نگرش به زایمان) CAQ هارمن^۳" (۱۹۸۸) که دارای طیف ۴ درجه‌ای لیکرت و ۱۴ سؤال می‌باشد، پرسشنامه "ترس از زایمان" نگهبان و همکاران (۲۰۰۷) که دارای ۶ گزاره در مورد علت ترس از زایمان بوده و شدت ترس را در یک طیف ۴ گزینه‌ای از "اصلاً نمی‌ترسم"، تا "فوق‌العاده زیاد می‌ترسم" اندازه می‌گیرد و نیز پرسشنامه ۱۶ گویه‌ای "ترس از زایمان (CAQ)" لو^۴ (۲۰۰۰) اشاره نمود. این پرسشنامه دارای طیف ۴ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. با توجه به بررسی انجام شده بر روی محتوای سؤالات ۳ پرسشنامه نامبرده، هر سه در جهت بررسی ترس از زایمان پس از بارداری و در طول روند بارداری تدوین شده و هیچ یک به بررسی ترس از زایمان پیش از بارداری اشاره‌ای نکرده‌اند. همچنین نقص دیگر سه پرسشنامه نام برده این است که تنها به زنان توجه شده و هیچ توجهی به همسران ایشان نگردیده است. لذا با توجه به اهمیت ترس از

1. Hanson
2. Spice et al.
3. Harman
4. Lowe

بالتر بوده و با حذف آیتم‌ها بهبود یافت. همبستگی‌های موردی اصلاح شده در مورد نمونه‌ها بیش از ۰/۴۸ بود. تجزیه و تحلیل عاملی نتایج مشابهی را به دست آورد. در استرالیا، بارهای عاملی از ۰/۵۱ تا ۰/۷۱؛ در کانادا ۰/۵۴ تا ۰/۷۲؛ در آلمان ۰/۵۶ تا ۰/۷۷؛ در ایسلند ۰/۵۳ تا ۰/۷۷؛ در انگلستان از ۰/۵۲ تا ۰/۸۱ و در ایالات متحده از ۰/۵۱ تا ۰/۷۱ به دست آمد. این بارهای عاملی بر اساس یک عامل بوده است. هنگام تکرار تجزیه و تحلیل بدون مشخص کردن تعداد ثابت عوامل، تعداد سه عامل نیز امکان‌پذیر است. به‌طور ویژه، گویه‌هایی که ترس از عوارض را بر یک عامل محاسبه می‌کنند (گویه‌های ۵، ۷ و ۸)؛ گویه‌هایی که ترس تغییرات جسمی را پس از زایمان بر اساس یک عامل اندازه‌گیری می‌کند (گویه‌های ۹، ۱۰)؛ و گویه‌هایی که ترس از درد را کنترل می‌کنند (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۶) بر روی یک عامل قرار می‌گیرند (استول، ۲۰۱۶).

برای در نظر گرفتن تعداد افراد حاضر در نمونه‌گیری، با توجه به این‌که هدف پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (با تحلیل اکتشافی) پرسشنامه بوده و از طرفی در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر متغیر مشاهده‌پذیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است و به‌طور کلی حداقل ۲۰۰ نمونه توصیه شده است (حبیبی و عدن‌ور، ۱۳۹۶). لذا به ازای هر سؤال ۱۵ زوج را به‌صورت خوشه‌ای انتخاب نمودیم. خوشه بزرگ ما کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به کلیه مراکز بهداشت شهرستان ایذه بوده که تعداد این مراکز ۱۶ مرکز در سطح شهر می‌باشد، از بین این ۱۶ مرکز، خوشه مرکز بهداشت شماره ۱ شهری

اینکه به ترس از زایمان قبل از بارداری در بین زوج‌ها علی‌الخصوص مردان و نیز رابطه مدت‌زمان ازدواج با آن اشاره نموده‌اند و لذا به دلیل نبود ابزار مناسب در خصوص ترس از زایمان قبل از بارداری در بین زوجین، انجام پژوهشی با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه مدت‌زمان ازدواج بر آن؛ ضروری به نظر می‌رسد.

روش

در این پژوهش از پرسشنامه ۱۰ گویه‌ای ترس از زایمان قبل از بارداری که توسط استول و همکارانش در سال ۲۰۱۶ در مقاله‌ای در کشور کانادا منتشر گردیده، استفاده گردید. گویه‌های مندرج در این پرسشنامه گویه‌هایی هستند که از سه بعد ترس از زایمان را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این سه بعد عبارت از ترس از عوارض (گویه‌های ۵، ۷ و ۸)، ترس از درد (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۶) و ترس از تغییرات جسمانی (گویه‌های ۹ و ۱۰) می‌باشند.

این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه (برای مرد و زن) بوده، در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) درجه‌بندی شده و هیچ گویه‌ای نمره‌گذاری معکوس ندارد.

همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ در نظر گرفته شد (بلاند^۱ و آلمن^۲، ۱۹۹۷).

پایایی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری برای هر نمونه‌ای از کشور قابل‌قبول (۰/۸۶) یا

1. Bland
2. Altman

دامنه سنی برای همسرانشان از ۲۱ سال تا بالای ۳۵ سال متغیر بوده که از این بین ۷/۳ درصد ۲۱ تا ۲۳ سال، ۱۹/۳ درصد ۲۴ تا ۲۶ سال، ۳۵/۰ درصد ۲۷ تا ۲۹ سال، ۲۰/۳ درصد ۳۰ تا ۳۲ سال، ۹/۷ درصد ۳۳ تا ۳۵ سال و ۸/۳ درصد بالای ۳۵ سال سن داشته‌اند.

دامنه تحصیلات برای زنان و همسرانشان از سیکل تا فوق لیسانس متغیر بوده که از این بین برای زنان بیشترین درصد ۴۹/۷ درصد سهم افراد دارای مدرک دیپلم و برای همسرانشان ۴۴/۰ درصد سهم افراد دارای مدرک لیسانس بوده است.

در خصوص مدت زمان ازدواج نیز، ۳۳ درصد زیر یک سال، ۲۸/۷ درصد یک تا دو سال، ۱۴/۷ درصد ۲ سال و یک ماه تا ۳ سال، ۱۶/۳ درصد سه سال و یک ماه تا ۴ سال، ۷/۳ درصد ۴ سال و یک ماه تا ۵ سال و ۷/۳ درصد ۵ سال به بالا بودند.

جهت برآورد قابلیت اعتماد آزمون از روش همسانی درونی برای کل مقیاس و هر یک از خرده مقیاسها استفاده شد. محاسبه همسانی درونی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری با استفاده از روش آلفای کرونباخ صورت گرفت.

را برگزیده و تعداد ۱۵۰ زوج مراجعه‌کننده به این مرکز را به‌عنوان نمونه انتخاب شد.

همچنین جهت بررسی ویژگی‌های دموگرافیک نمونه موردمطالعه، ویژگی‌هایی از قبیل سن، جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل از آمار توصیفی استفاده شد که شامل فراوانی و درصد فراوانی بوده و به‌منظور بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. سازگاری داخلی کلی پرسشنامه‌ها و خرده مقیاس‌های آن‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، انجام شد. تمامی تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام پذیرفت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی در این پژوهش نشان داد دامنه سنی برای زنان از زیر ۱۸ سال تا بالای ۳۵ سال متغیر بوده که از این بین ۲۲/۳ درصد زیر ۱۸ سال، ۲۱/۳ درصد ۱۸ تا ۲۰ سال، ۱۲/۳ درصد ۲۱ تا ۲۳ سال، ۲۱/۰ درصد ۲۴ تا ۲۶ سال، ۸ درصد ۲۷ تا ۲۹ سال، ۴/۷ درصد ۳۰ تا ۳۲ سال، ۹/۳ درصد ۳۳ تا ۳۵ سال و ۱ درصد بالای ۳۵ سال سن داشتند.

جدول ۱. برآورد قابلیت اعتماد پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری

آلفای کرونباخ		
زن	همسر	
۰/۸۶۰	۰/۹۲۲	خرده‌مقیاس اول: ترس از درد و عوارض
۰/۸۲۴	۰/۸۳۲	خرده‌مقیاس دوم: ترس از تغییرات جسمی
۰/۷۹۶	۰/۸۹۷	کل مقیاس

بود. ترجمه پرسشنامه نیز از نظر این کارشناسان که مسلط به زبان انگلیسی بودند بررسی و تناسب گویه‌های انتخاب‌شده با مفهوم مطرح‌شده در پرسشنامه اصلی مورد تأیید واقع گردید. به‌منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری، روش تحلیل عاملی اکتشافی (چرخش واریماکس، بارتلت و کایرز- مایر-اولکین^۱) انجام گردید. با اجرای تحلیل عاملی اکتشافی در مرحله اول بدون محدود کردن تعداد ۲ عامل شناسایی گردید و پس از شناسایی عوامل به ادامه آنالیز پرداخته و نتایج را تفسیر نمودیم.

جهت برآورد روایی آزمون از روش‌های روایی صوری و روایی سازه استفاده گردید. برای روایی صوری، فرم ترجمه‌شده پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری پس از ترجمه دقیق در اختیار ۲۰ تن از کارشناسان ارشد مامایی شاغل در مراکز بهداشت و درمان شهرستان ایذه قرار گرفته و از ایشان خواسته شد در خصوص تأیید هدف موردسنجش توسط سؤالات، نظر خود را به‌صورت موافق، مخالف یا مطرح کردن این موضوع که سؤال نیاز به اصلاح یا بازبینی دارد بیان کنند، نتایج حاصل نشان‌دهنده اتفاق نظر کامل افراد در خصوص سنجش ترس از زایمان قبل از بارداری توسط این پرسشنامه

جدول ۲. آزمون شاخص کفایت نمونه‌برداری و بارتلت

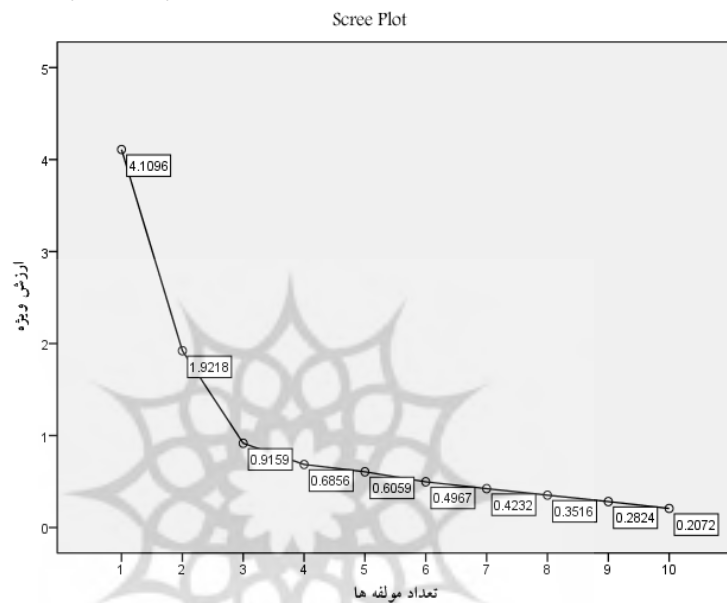
	برای زنان	برای همسرانشان
شاخص کفایت نمونه	۰/۷۹۰	۰/۸۸۰
تقریب کای اسکوتر	۱۲۸۰/۴۹۷	۱۸۸۶/۸۸۴
درجه آزادی	۴۵	۴۵
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

معناداری و کمتر از ۰/۰۱ به دست آمده لذا این نتیجه حاصل شد که آزمون کرویت بارتلت با تقریب کای اسکوتر ۱۲۸۰/۴۹۷ برای زنان و با تقریب کای اسکوتر ۱۸۸۶/۸۸۴ برای همسرانشان و سطح معناداری ۰/۰۰۱ به دست آمد که از لحاظ معناداری بسیار معنادار می‌باشد.

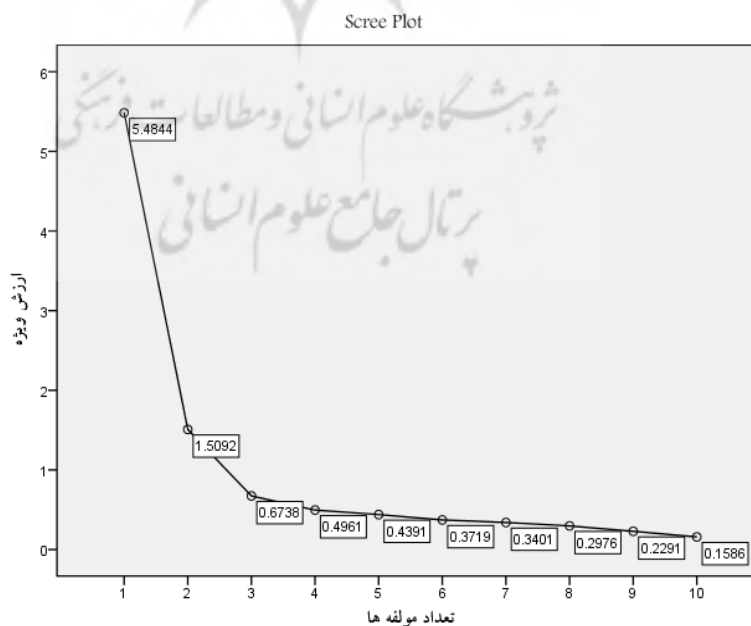
با عنایت به جدول ۲ شاخص کفایت نمونه‌برداری بالاتر از ۰/۷۰ و به میزان ۰/۷۹۰ برای زنان و ۰/۸۸۰ برای همسرانشان به دست آمد که هر دو مورد از لحاظ آماری مقداری مطلوب و قابل‌پذیرش می‌باشند. از آنجایی که سطح معناداری در محدوده

معناداری، ارزش ویژه اولیه^۱ برای عامل اول ۴/۱۱۰ برای زنان و ۵/۴۸۴ برای همسرانشان، برای عامل دوم ۱/۹۲۲ برای زنان و ۱/۵۰۹ برای همسرانشان به دست آمد. درصد تبیین واریانس ارزش ویژه برای عامل اول ۴۱/۰۹۶ برای زنان و ۵۴/۸۴۴ برای همسرانشان، برای عامل دوم ۱۹/۲۱۸ برای زنان و ۱۵/۰۹۲ برای همسرانشان حاصل شد.

برای انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی از روش چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج پس از اجرای تحلیل عاملی با استفاده از روش چرخش واریماکس به منظور استخراج عامل‌های مناسب از نظر تعداد و محتوا و در نظر گرفتن شاخص‌هایی مانند شاخص کفایت نمونه‌برداری، آزمون کرویت بارتلت و سطح



نمودار ۱. نمودار سنگریزه برای زنان



نمودار ۲. نمودار سنگریزه برای همسرانشان

بنابراین، بر پایه هر دو ملاک می‌توان نتیجه گرفت که اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه، قابل توجیه خواهد بود. برون‌داد اولیه نیز نشان می‌دهد که مقدار دترمینان ماتریس همبستگی، عددی غیرصفر است که نشان می‌دهد بر پایه این داده‌ها می‌توان به استخراج عامل‌ها اطمینان کرد. نمودار سنگریزه نیز تعداد عواملی را که دارای ارزش ویژه بالای ۱ را اخذ کرده را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در دو نمودار مشهود است، تعداد عوامل شناسایی شده دارای ارزش ویژه بالای ۱ هم برای زنان و هم برای همسرانشان، ۲ عامل می‌باشد. این نکته با یافته‌های حاصل که در مطالب فوق ذکر گردیده است، همراستا می‌باشد. در این نمودارها عواملی را که دارای ارزش ویژه کمتر از ۱ می‌باشند هم به نمایش گذارده شده‌اند. نمودار مذکور به نمودار سنگریزه شهرت دارد.

چرخش مجموع مربعات بارها^۱ برای عامل اول ۴/۰۸۷ برای زنان و ۵/۰۷۷ برای همسرانشان، برای عامل دوم ۱/۹۴۵ برای زنان و ۱/۹۱۷ برای همسرانشان به دست آمد. درصد تبیین واریانس چرخش مجموع مربعات بارها برای عامل اول ۴۰/۸۶۵ برای زنان و ۵۰/۷۶۸ برای همسرانشان و برای عامل دوم ۱۹/۴۴۹ برای زنان و ۱۹/۱۶۸ برای همسرانشان حاصل شد. بار عاملی بالاتر از ۰/۳ مشخص شد که پرسشنامه از ۲ عامل اشباع شده است. این ۲ عامل بروی هم در حدود ۶۰/۳۱۴ برای زنان و ۶۹/۹۳۷ برای همسرانشان درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

ارزش‌های ویژه ۲ عامل هم برای زنان و هم برای همسرانشان بزرگتر از یک بوده و درصد پوشش واریانس مشترک بین متغیرها برای این ۲ عامل بر روی هم درصد کل واریانس متغیرها ۶۰/۳۱۴ برای زنان و ۶۹/۹۳۷ برای همسرانشان را تبیین می‌کند. افزون بر این، مقدار KMO برابر با ۰/۷۹۰ برای زنان و ۰/۸۸۰ برای و سطح معنادار بودن مشخصه آزمون کرویت بارتلت نیز ۰/۰۰۱ هم برای زنان و هم برای همسرانشان است.

جدول ۳. ماتریس چرخش عامل‌ها برای زوجین

شماره گویه	عامل ۱		عامل ۲	
	همسر	زن	همسر	زن
۵	۰/۷۹۳	۰/۸۱۳		
۳	۰/۷۸۱	۰/۸۷۲		
۴	۰/۷۵۰	۰/۸۱۷		
۶	۰/۷۴۳	۰/۸۴۹		
۱	۰/۷۰۳	۰/۷۹۴		
۷	۰/۷۰۳	۰/۷۲۶		
۲	۰/۶۵۲	۰/۸۲۶		
۸	۰/۵۲۴	۰/۶۱۳		
۱۰			۰/۸۹۶	۰/۹۲۱
۹			۰/۸۸۷	۰/۸۹۶

نتیجه‌گیری و بحث

نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف با کمک آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون این نتیجه حاصل شد که ترس از زایمان با مدت‌زمان ازدواج برای زنان با ضریب همبستگی $0/459-$ و برای همسرانشان با ضریب همبستگی $0/447-$ در سطح معناداری $0/01$ رابطه‌ای معکوس دارد. به این معنا که با افزایش مدت‌زمان ازدواج ترس از زایمان پیش از بارداری کاهش می‌یابد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی مراجعین مرکز بهداشت شماره یک شهرستان ایزد به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

هدف کلی این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه مدت‌زمان ازدواج بر آن بوده است. پژوهش حاضر از دو بخش، بخش اول آزمون‌سازی و بخش دوم توصیفی-همبستگی بود. برای انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی از روش چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج پس از اجرای تحلیل عاملی با استفاده از روش چرخش واریماکس به‌منظور استخراج عامل‌های مناسب و بار عاملی بالاتر از $0/3$ مشخص شد که پرسشنامه از ۲ عامل اشباع شده است. این ۲ عامل بروی هم در حدود $60/314$ برای زنان و $69/937$ برای همسرانشان درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

در خصوص بررسی رابطه بین مدت‌زمان ازدواج و ترس از زایمان نیز پس از بررسی توزیع

منابع

زبان فارسی. تهران: فرهنگستان زبان و ادب فارسی، نشر آثار 1-28-7531-964-ISBN.

زارعی، ن.؛ رسول‌زاده طباطبایی، ک.؛ آذین، س.ع. (۱۳۹۱). مقایسه میزان افسردگی، اضطراب و تئیدگی در سه‌ماهه‌های اول، دوم و سوم بارداری در زنان باردار عادی و زنان باردار تحت درمان ناباروری. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱(۴)، ۵-۱۸.

اسلمی، ا.؛ علیپور، ا.؛ آقاییوسفی، ع.ا.؛ نجیب، فاطمه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های اسلامی-معنوی بر اضطراب بارداری مادران و سلامت جسمانی نوزادان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۴(۱۴)، ۱۲۹-۱۴۰.

حبیبی، آ.؛ عدن‌ور، م. (۱۳۹۶). مدل‌یابی معادلات ساختاری، انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول.

طاهری، ز.؛ خورسندی، م.؛ امیری، م.؛ حسن‌زاده، ا. (۱۳۹۴). بررسی علل ترس از زایمان در

حسن‌دوست، م. (۱۳۸۳). فرهنگ ریشه‌شناختی

- ص. (۱۳۹۶). ارزیابی اثربخشی مداخلات روانشناختی خانواده محور بر رضامندی زوجیت در مادران باردار و وزن تولد نوزادان ایشان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۲۳)، ۱۱۸-۱۳۵.
- Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E., Vafaei, M. (2011). The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 16(2): 169- 73.
- Bastani, F., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., Vafaei, M., Kashanian, M. (2005). A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Womens Health.* 50(4):e36-40.
- Bland, J., Altman, D. (1997). Statistics notes: Cronbach' s alpha. *BMJ.* 314:275.
- Erika, T., Mihala, G., Paul, A., Debra, K., Gamble, J., Toohill, J., Fenwick, J. (2017). An economic evaluation alongside a randomised controlled trial on psycho-education counselling intervention offered by midwives to address women's fear of childbirth in Australia, *Sexual & Reproductive Healthcare.* 11:16.
- Hanson, S., Hunter, L.P., Bormann, Z.R., Sobo, E.J. (2009). Paternal fears of childbirth: a literature review. *J Perinat Educ [Internet].* 18(4):12-20.
- Hildingsson, I. (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth: a longitudinal cohort study. *Sex Reprod Healthc.* 5:75-80.
- Huizink, A.C., Mulder, E.J., Robles, D.E., Medina, P.G., Visser, G.H., Buitelaar, J.K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev.* 79(2):81-91. DOI: 10.1016/j.earlhumdev. 04.014 PMID: 15324989.
- Hildingsson, I., Haines, H., Karlström, A., Nystedt, A., (2017). Presence and process of fear of birth during pregnancy—Findings from a longitudinal cohort study, *Women and Birth, In Press, Corrected Proof, Available online.*
- Stoll, K., Hauck, Y., Downe, S., Edmonds, J., Mechthild, M., Gross, A., Malott, P., Emma Swift, McN., Thomson, G., Wendy, A. H. (2016). زنان باردار شهرکرد در سال ۱۳۹۲: یک گزارش کوتاه، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۴: ۱۴.
- فضیلتی، م؛ افروز، غ.ع؛ علیپور، ا؛ حنطوش زاده،

- Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy, *Sexual & Reproductive Healthcare*. 8: 49-54.
- Negahban, T., Ansari, A. (2008). Do not be afraid of emergency cesarean delivery in nulliparous pregnant women can predict? *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran Univ Med Sci (HAYAT)*. 73-81.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R., Repokari, L., Vilksa, S. (2006). Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstet Gynecol*; 108(1): 70-6.
- Erkaya R., Karabulutlu, Ö. (2017). Kıymet Yeşilçiçek Çalık, Defining Childbirth Fear And Anxiety Levels In Pregnant Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 237: 1045-1052.
- Perier, S., Gautier, J., O'Reilly, A., Séjourné, N. (2016). Le rôle de l'optimisme et de l'anxiété dans la peur de l'accouchement : une étude exploratoire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 26(4): 170-179.
- Spice, K., Jones, S.L., Hadjistavropoulos, H.D., Kowalyk, K., Stewart, S.H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 30(3):168-74. DOI: 10.1080/01674820902950538 PMID: 19591052.
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P., Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*. 30(2):220-6.
- Stoll, K., Hall, W.A. (2013). Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. *Qual Health Res*. 23(11):1495-505.
- Sundin, J. (2007). Birth Skills. 1st ed. Australia: ALLEN & UNWIN (A&U): 17.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*. 119(1-3):142- 8. DOI: 10.1016/j.jad.2009.03.005 PMID: 19346001.
- Van Bussel, J.C., Spitz, B., Demyttenaere, K. (2006). Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth*. 33(4):297-302.

حیدری و همکاران: ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه آن با مدت ...

پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری

فرم همسرانشان	طیف پاسخ					فرم زنان
	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم	
نگران هستم که درد زایمان بیش از حد شدید شود.						۱ نگران هستم که درد زایمان بیش از حد شدید شود.
احساس می‌کنم همسرم قادر نخواهد بود که مسئولیت رسیدگی به درد زایمان را عهده‌دار گردد.						۲ احساس می‌کنم قادر نخواهم بود که مسئولیت رسیدگی به درد زایمان را عهده‌دار شوم.
می‌ترسم همسرم ممکن است وحشت‌زده شود و نداند که در طول درد زایمان چکار باید انجام دهد.						۳ می‌ترسم چون ممکن است وحشت‌زده شوم و ندانم که در طول درد زایمان چکار باید انجام دهم.
از تولد فرزند (زایمان) می‌ترسم.						۴ از تولد فرزند (زایمان) می‌ترسم.
نگران هستم که ممکن است به کودک آسیب وارد شده باشد.						۵ نگران هستم که ممکن است به کودک آسیب وارد شده باشد.
می‌ترسم که همسرم در طول زایمان از کنترل خارج شود.						۶ می‌ترسم که در طول زایمان از کنترل خارج شوم.
از عوارضی که در طول درد زایمان و تولد وجود دارد می‌ترسم.						۷ از عوارضی که در طول درد زایمان و تولد وجود دارد می‌ترسم.
تولد فرزند (زایمان) غیرقابل پیش‌بینی و خطرناک است.						۸ تولد فرزند (زایمان) غیرقابل پیش‌بینی و خطرناک است.
از آنچه در روند درد زایمان و تولد بر بدن همسرم ایجاد خواهد شد، می‌ترسم.						۹ از آنچه در روند درد زایمان و تولد بر بدنم ایجاد خواهد شد، می‌ترسم.
می‌ترسم که بدن همسرم پس از زایمان هرگز به حالت قبل از بارداری برنگردد.						۱۰ می‌ترسم که بدنم پس از زایمان هرگز به حالت قبل از بارداری برنگردد.