

روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به باروری و فرزند آوری در زنان بدون سابقه بارداری ساکن در مناطق جنوب کشور

جعفر کرد زنگنه: استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

هاشم محمدیان: استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران - نویسنده رابط: hmohamadian@razi.tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: تأخیر در فرزند آوری علاوه بر داشتن مخاطرات بهداشتی برای مادر و کودک ممکن است منجر به بی‌فرزندگی دائمی نیز شود. این مطالعه با هدف روان سنجی نسخه فارسی ابزار نگرش به باروری و فرزند آوری در زنان بدون سابقه بارداری انجام شد. روش کار: در این پژوهش ۲۳۵ نفر از زنان بدون سابقه بارداری مناطق جنوب کشور به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب و پرسشنامه نگرش به باروری و فرزند آوری در بین آن‌ها اجرا شد. جهت تعیین روایی و پایایی پرسشنامه، از آزمون آلفای کرونباخ و تحلیل عامل اکتشافی از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

نتایج: میانگین سنی زنان $24/47 \pm 4/1$ سال بود. ضریب کلی آلفای کرونباخ معادل $0/88$ بود. مقدار آزمون کیزر میر اولکین پرسشنامه $0/890$ و مقدار آزمون کرویت بارنلت در سطح معنی‌دار قرار داشت ($p \leq 0/001$). در این مطالعه علاوه بر مؤلفه‌های اصلی ابزار، مؤلفه‌ی موکل کردن به آینده استخراج گردید که در مجموع 63% از واریانس نگرش به باروری و فرزند آوری را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به باروری و فرزند آوری ۴ مؤلفه‌ای دارای ویژگی‌های روان سنجی قابل‌قبولی بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این ابزار ۴ مؤلفه‌ای نگرش به باروری و فرزند آوری مدنظر محققین جهت انجام مداخلات و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی - جمعیتی در زنان بدون سابقه بارداری قرار گیرد.

واژگان کلیدی: نگرش به باروری و فرزند آوری، روان سنجی، تحلیل عامل اکتشافی

مقدمه

فرزند آوری به زوجین و به‌خصوص زنان واگذار شده است. کاهش مستمر فرزند آوری، به‌تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوانی خارج و به سمت سالخوردگی سوق خواهد داد (۳). در بیشتر کشورها، سطح باروری به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافته است. روند تحولات باروری در ایران حاکی است که بر اساس سرشماری ۱۳۹۰ میزان باروری کلی

امروزه تأخیر در فرزند آوری به یکی از الگوهای رایج رفتار باروری در جهان تبدیل شده است (۱۵). یکی از چالش‌های جدی که جوامع در سرتاسر جهان با آن مواجه است تمایل زوجین به فرزند آوری کمتر و به تأخیر انداختن آن است (۱۱). به لحاظ تاریخی، دایره تصمیم‌گیری برای

پرسشنامه ATFC در زنان بدون سابقه‌ی بارداری ساکن در مناطق جنوب کشور انجام یافته است.

روش کار

این تحقیق از نوع مقطعی و از انواع تحلیل ماتریس واریانس-کوواریانس محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش شامل همه‌ی زنان ساکن منطقه آزاد اروند (آبادان، خرمشهر و مینو شهر) در سال ۱۳۹۷ بودند. حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی بر پایه‌ی روش‌های متداول مدل‌سازی معادلات ساختاری ۲۷۰ نفر برآورد شد (۲۱).

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۴۰-۱۸ سالگی، تأهل، نداشتن فرزند، عدم سابقه‌ی بارداری و توانایی نوشتن و خواندن به زبان فارسی و ناباروری خود و یا همسر جزو ملاک‌های خروج بودند. قبل از به‌کارگیری پرسشنامه از مؤلف آن کسب اجازه شد. ابتدا کل متن پرسشنامه از زبان انگلیسی به فارسی و از فارسی به انگلیسی (Double-Translation) مجدداً ترجمه گردید (۱۷). سعی شد از نظر معنی و واژه‌گزینی رعایت امانت صورت گرفته باشد. دو فرد که سابقه‌ی زندگی در ممالک انگلیسی‌زبان را داشتند هر قسمت از این ترجمه دوگانه را بر عهده گرفتند. پس از بازنگری، مجدداً نسخه ترجمه‌شده در اختیار یک نفر از مترجمین قرار گرفت و بعد از تأیید تطابق ترجمه فارسی با نسخه انگلیسی، روایی صوری سؤال‌ها از نظر مرتبط بودن توسط ۸ نفر از خبرگان (۲ متخصص آموزش بهداشت، ۲ روانشناس، ۲ متخصص زنان و زایمان و ۲ متخصص بهداشت باروری) تأیید شد. برای اجرای مطالعه بعد از مشخص شدن حجم نمونه، پژوهشگران با مراجعه به خوشه‌های مشخص شده با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج مطالعه از زنانی که حائز شرایط لازم به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. ابتدا هرکدام از شهرهای آبادان و خرمشهر به ۵ خوشه شامل (مرکز، جنوب، شمال، غرب و شرق) تقسیم و سپس از هر

به حدود ۱/۸ به ازای هر زن کاهش یافته است (۶). باروری به‌عنوان پدیده‌ای زیستی، از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است. هرگونه تغییر در وضعیت اقتصادی جامعه می‌تواند با میانجی‌گری زمینه‌های فرهنگی بر ایده آل‌ها و تمایلات فرزند آوری زوجها تأثیرگذار باشد. این امر به‌ویژه برای زنان امروزی که به‌خوبی از دلواپسی‌های خود آگاه‌اند، رایج‌تر است. ممکن است افراد تمایل به فرزند آوری داشته، اما احساس ناامنی و محدودیت‌هایی که فرزند برای آنان ایجاد می‌کند، مانع از عملی شدن این تمایل می‌شود. در متون، دلایل تأخیر باروری به عوامل متعددی از قبیل مسائل جمعیت‌شناختی در کنار شرایط اقتصادی - سیاسی و اجتماعی نسبت داده شده است (۵). به تأخیر انداختن اولین حاملگی با افزایش خطر ابتلا به ناباروری‌های ناخواسته (۴) و اگر زنان در سنین بالا موفق به بارداری شوند، این بارداری عوارض زیادی به همراه خواهد داشت (۸). طبق تحقیقات، اگر یک زن تولد اولین فرزند خود را به تأخیر انداخته یا به‌طورکلی بارداری را تجربه نکند، بیشتر در معرض سکتة ایسکمیک، سکتة مغزی، حمله قلبی و مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی قرار خواهد گرفت (۱۸).

از آنجایی‌که قصد یا نگرش به باروری و فرزند آوری *Attitude Toward Fertility And Childbearing* (ATFC) یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده در رفتار باروری (۷، ۲۰) است. امروزه کاهش گرایش به فرزند آوری جزو چالش‌های جوامع محسوب می‌شود که ایران نیز از این امر مستثنا نیست. بنابراین برای پیشگیری از تبعات تأخیر در فرزند آوری، بایستی به بررسی و مطالعه عواملی که در فرزند آوری مؤثر هستند پرداخت. با شناسایی ATFC و به‌کارگیری استراتژی‌های مؤثر می‌توان تا حدودی بر این تبعات فائق آمد. بر این اساس، داشتن یک ابزار مناسب و معتبر برای ارزیابی ATFC در زنان ضرورت می‌یابد. از این رو مطالعه حاضر با هدف روانسنجی نسخه فارسی

دهنده کفایت نمونه برای انجام تحلیل عاملی است (۲). جهت استخراج عوامل از ۲۰ سؤال پرسشنامه از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس (Varimax) استفاده شد. در این تحلیل حداقل بار عاملی ۰/۴ در نظر گرفته شد (۱۴). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند. آمار توصیفی به منظور بیان خصوصیات دموگرافیکی نمونه تحت بررسی مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی ۲۳۵ فرد شرکت‌کننده در مطالعه ۲۴/۴۷ ± ۱/۴ سال بود. اکثریت شرکت‌کنندگان ۲۰۱ نفر (۸۵/۵٪) زیر ۳۰ سال سن داشتند. ۱۴۴ نفر (۶۱/۳٪) از شرکت‌کنندگان در مطالعه متأهل بودند. ۲۰۶ نفر (۸۸/۷٪) دارای تحصیلات دیپلم به بالا بودند. ۶۴/۷٪ از شرکت‌کنندگان بیکار بودند. با توجه به پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در خودارزیابی وضعیت اقتصادی-اجتماعی، ۱۸۳ نفر (۷۷/۹٪) پاسخگویان خود را متعلق به وضعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط و متوسط به بالا ارزیابی کردند.

ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ATFC نسخه مناطق جنوب کشور، معادل ۰/۸۸ بود که بیانگر ثبات درونی مطلوب پرسشنامه است. در جدول ۱ نتایج بررسی آلفای کرونباخ به تفصیل ارائه شده است. همچنان که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بیشترین همبستگی سؤال با کل پرسشنامه مربوط به سؤال ۱۵ است و کمترین همبستگی مربوط به سؤال ۷ است. از آنجایی که مقدار ملاک حفظ سؤال همبستگی بیش از ۰/۳ آن سؤال با کل پرسشنامه بود. از این رو سؤال‌های ۳، ۲۰-۲۲ و ۲۴-۲۶ حذف شدند و تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۲۰ سؤال باقیمانده انجام شد. مقدار KMO پرسشنامه ATFC، بعد از حذف سؤالات برابر با ۰/۸۹ بود. همچنین، نتایج آزمون کرویت بارتلت در این پرسشنامه رضایت‌بخش بود ($p \leq 0.01$).

کدام از این خوشه‌ها محلات شهری انتخاب و نمونه‌گیری از بین این محلات انجام شد. شایان ذکر است که با توجه به کوچک بودن محدوده مینوشهر، این شهر به عنوان یک خوشه انتخاب شد.

پس از بیان اهداف مطالعه، در صورت تمایل به همکاری پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار افراد گذاشته می‌شد. ۳۵ پرسشنامه به دلیل نقص کنار گذاشته شد و میزان پاسخ‌دهی ۸۷٪ بود. برای ارزیابی ATFC در زنان از مقیاس Söderberg و همکاران اقتباس شده است (۱۶). نسخه اصلی ATFC بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (با گزینه‌های کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) شامل ۲۷ سؤال و ۳ مؤلفه (مهم بودن فرزند برای آینده، فرزند به عنوان مانع در زمان حال و هویت اجتماعی) بود. حداقل و حداکثر نمره پرسشنامه به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ که نمره بالاتر بیانگر نگرش مثبت‌تر به باروری و فرزند آوری است. مدت زمان جمع‌آوری داده‌ها برای هر پرسشنامه تقریباً ۱۵ دقیقه بود. تمام داده‌ها در طول یک دوره ۲ ماهه جمع‌آوری شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب آلفای کرونباخ، تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، به منظور بررسی مناسب بودن داده‌ها جهت انجام تحلیل عاملی، آزمون کیزر میر اولکین (Kaiser-Meyer-Olkin) و آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's test of Sphericity) استفاده شد. آزمون KMO آماره‌ای است که نشان دهنده نسبت واریانس سؤال‌های ناشی از عوامل اصلی است. به طور کلی، مقادیر بین ۰/۸-۱/۰۰ نشان می‌دهد که نمونه‌گیری داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی کافی است؛ اما اگر مقدار آماره کمتر از ۰/۶ باشد، بیانگر این است که نمونه‌گیری کافی نیست و باید اقدامات اصلاحی انجام شود. آزمون آماری دیگری که برای تشخیص مناسب بودن داده‌ها جهت انجام تحلیل عاملی نسبتاً متداول است، آزمون کرویت بارتلت است. معنی‌داری این آزمون نشان

نگرش مثبت در او نسبت به فرزندآوری ایجاد می‌شود و در صورتی که وی اعتقاد داشته باشد که فرزند مانعی در برابر دستیابی به وضعیت مطلوب خواهد بود، نسبت به فرزند آوری نگرش منفی خواهد داشت.

نتایج مطالعه ما در زمینه ی پایایی و روایی نشان داد که میزان ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی ATFC برابر ۰/۸۸ با دامنه ی (۰/۸۷-۰/۸۸) بود که نشان‌دهنده ثبات درونی مطلوب مقیاس بود. از آنجا که ۷ سؤال با نمره کل مقیاس همبستگی پایین‌تر داشته و تأثیر منفی در پایایی مقیاس داشتند از نسخه فارسی حذف و تحلیل عامل اکتشافی بر روی ۲۰ سؤال باقی‌مانده انجام شد. با نگاه به محتوای سؤال‌های حذف‌شده می‌توان دلیل آن را به تفاوت فرهنگی زنان ساکن مناطق جنوب ایران با سایر زنان توجیه کرد. به عنوان نمونه یکی از سؤال‌های حذف‌شده به توان باروری به عنوان وسیله‌ای برای احساس صمیمیت و همدلی با زنان دیگر اشاره داشت که با در نظر گرفتن بستر فرهنگی حاکم بر مناطق جنوب ایران، در احساس صمیمیت و همدلی زنان عوامل مشخص‌تری از جمله داشتن روابط خانوادگی، دوست بودن و غیره بیشتر حائز اهمیت می‌باشند و اشتراک توان باروری در جوامع گسترده که زنان اشتراکات برجسته دیگری با همدیگر ندارند می‌تواند حائز اهمیت تلقی شود. یا اینکه سؤال حذف شده دیگر به امکان تولد کودک در یک خانواده هسته‌ای مربوط می‌شد که با در نظر گرفتن جغرافیای مکان انجام پژوهش، این امر تا حدودی خارج از اختیار زنان به گزینش خانواده هسته‌ای بر خانواده گسترده‌ای دلالت دارد. سؤال حذف‌شده دیگر به توانایی اداره کردن زندگی حین بچه‌داری اشاره داشت که با در نظر گرفتن نقش‌های سنتی زنان و مردان (مردان نان‌آور و زنان خانه‌دار) در جامعه موردبررسی قابل توجیه است. محتوای سؤال دیگر حذف شده مشروط کردن باروری به ثبات و پایداری رابطه زناشویی است از آنجایی که نمونه مورد مطالعه زنان بدون فرزند بودند حذف این سؤال طبیعی به نظر می‌رسد.

جدول ۲، مؤلفه‌های استخراج شده پرسشنامه ATFC را به همراه مقدار ویژه و درصد واریانس تبیین شده هرکدام از مؤلفه‌ها نشان می‌دهد. با بررسی مقدار اشتراک سؤال‌ها مشخص شد که تمامی ۲۰ سؤال از حداقل مقدار اشتراکات قابل پذیرش (بیش از ۰/۳) برخوردار بودند (۱۲). در نهایت ۴ مؤلفه با مقادیر ویژه بزرگ‌تر از یک استخراج گردید. این چهار مؤلفه در مجموع ۶۳/۰۱ از واریانس مشترک را تبیین کردند. همچنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ۵ سؤال روی مؤلفه اول، ۵ سؤال روی مؤلفه دوم، ۶ سؤال روی مؤلفه سوم و ۴ سؤال روی مؤلفه چهارم بارگذاری شدند. با توجه به محتوای سؤال‌های مربوط به هر یک از مؤلفه‌ها، مؤلفه اول موکول کردن فرزند آوری به آینده، مؤلفه دوم فرزند آوری به عنوان مانع در حال حاضر، مؤلفه سوم اهمیت باروری برای آینده و مؤلفه چهارم نیز فرزند آوری به عنوان هویت اجتماعی نام‌گذاری شدند. همچنین، برای تحلیل تأثیر سن، تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر چهار مؤلفه پرسشنامه از آزمون واریانس یک‌طرفه استفاده شد (جدول ۳).

بحث

در این پژوهش ساختار ۴ عاملی نسخه فارسی ATFC با به‌کارگیری روش تحلیل عامل اکتشافی مورد تأیید قرار گرفت. در یک بیان کلی و خلاصه‌تر شاید بتوان ۴ عامل استخراج‌شده از تحلیل عاملی در پژوهش حاضر را به لحاظ معنایی در دو عامل کلی‌تر خلاصه نمود: (۱) موکول کردن باروری و فرزند آوری به آینده و (۲) فرزند آوری در حال حاضر به عنوان مانع که این دو تحت عنوان «عامل ممانعت‌کننده از باروری و فرزند آوری» و دو عامل «اهمیت باروری برای آینده» و «هویت اجتماعی» را به عنوان «عامل تسهیل‌کننده باروری و فرزند آوری» نامید. بنا بر نظر Parsons (۱۳) اگر فرد باور داشته باشد که فرزند باعث تسهیل و یا تسریع در دستیابی به شرایط مطلوب می‌شود،

پدیده کنشی است سیال که در فضاهای کنشی مختلف با اشکال مختلف ظهور می‌یابد. به عبارتی می‌توان اظهار داشت که فرزندآوری نوعی کنش اجتماعی در معنای وبری است؛ و دارای نوعی معناسست (۱۹). از نظر Weber ممکن است این کنش یک کنش عقلانی معطوف به هدف، کنشی معطوف به سنت، کنشی معطوف به ارزش و یا کنشی معطوف به عاطفه باشد. در واقع در این مطالعه هویت اجتماعی از نوع کنش‌های معطوف به سنت و مهم بودن برای آینده از نوع کنش معطوف به ارزش و مؤلفه‌های موکول کردن به آینده و فرزند مانعی در حال حاضر به‌عنوان کنش عقلانی معطوف به هدف محسوب می‌شوند. همچنین، در نظریه چهار مرحله‌ای کنش طبق نظر Parsons (۱۳)، برای اقدام به هر نوع کنشی، کنشگران در مرحله اول لازم است برانگیخته شوند و سپس کنشگران باید راه‌های رسیدن به هدف را پیدا کنند.

در پژوهش حاضر موکول کردن باروری به آینده به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی شکل‌دهنده در ATFC شناسایی گردید. در تحلیل این مؤلفه می‌توان گفت که در واقع زنان با شناخت واقعیت‌های زندگی سعی می‌کنند رفتار فرزندآوری خود را تنظیم کنند و با موکول کردن فرزندآوری خود به آینده سعی در انجام این امر داشته‌اند. نوع نگاه زنان به فرزند؛ به‌عنوان مانع یا باعث پیشرفت بر نگرش آنان به فرزند آوری و باروری تأثیرگذار است. برخی زنان ممکن است معتقد باشند که لازمه‌ی فرزندپروری کنار گذاشتن آرزوها و خواسته‌های شخصی است و باید همیشه مراقب فرزند خود باشند. برخی از آنان نیز ممکن است به دلایل مختلفی از جمله ادامه تحصیل، اشتغال، فراهم نبودن شرایط اقتصادی و خانوادگی و غیره فرزند آوری را مناسب اوضاع فعلی خود ندانسته و آن را به آینده موکول کنند.

مهم بودن فرزند برای آینده، یکی از مؤلفه‌های اصلی نگرش به فرزندآوری شناسایی شد. در حقیقت از نظر بسیاری از زنان، فرزندآوری یک مرحله مهم از زندگی زنانه است

همان‌طوری که در جدول ۳ منعکس شده است در مؤلفه موکول کردن بارداری به آینده، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی مشاهده گردید که این تفاوت معنی‌دار بود (۰/۰۰۲). بر این اساس می‌توان اظهار داشت که افراد در سنین بالاتر تمایل بیشتری به موکول کردن بارداری و فرزند آوری خود به آینده را داشتند. می‌توان گفت که نگرش مثبت به موکول کردن بارداری به آینده مطابق با الگوی سنی باروری در ایران منجر به افزایش میزان باروری در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال خواهد گردید. میانگین نمره مهم بودن فرزند آوری برای آینده و هویت اجتماعی در زنان متأهل نسبت به زنان مجرد به‌طور معناداری بیشتر بود. در مؤلفه فرزند مانعی در حال حاضر، تفاوت معنی‌داری بین زنان شاغل و بیکار مشاهده گردید ($p = ۰/۰۱۶$). به عبارتی زنان بیکار بیش از زنان شاغل فرزند آوری را به‌عنوان یک مانع در حال حاضر خود تلقی کرده بودند. زنان با تحصیلات زیر دیپلم نسبت به زنان دارای مدرک دیپلم یا پیش‌دانشگاهی به‌طور معنی‌داری بر اهمیت باروری برای آینده تأکید داشتند. همچنین نتایج نشان داد که زنان متعلق به وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و متوسط به پایین نسبت به زنان طبقه متوسط در مؤلفه فرزند مانعی در حال حاضر، به‌طور معنی‌داری نمره بیشتری را کسب کردند.

مؤلفه‌های استخراج‌شده توسط Söderberg و همکاران نیز شناسایی (۱۶) اما در پژوهش باعزت و همکاران فرزند به عنوان رکن زندگی، فرزند به‌عنوان مانع، موکول کردن باروری به آینده و باروری مستلزم تحقق پیش‌زمینه‌ها استخراج شدند (۱). طبق مستندات در هر ۳ پژوهش، زنان فرزندآوری را به عنوان مانعی برای زندگی شخصی و اجتماعی می‌دیدند. در همین راستا، Manski و Mayshar، فردگرایی و منافع شخصی را یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر رفتار باروری می‌دانند (۹). مؤلفه‌های استخراج شده نشان دهنده این است که نمی‌توان یک شکل و محتوای واحد برای باروری و فرزندآوری در نظر گرفت. بلکه این

آماري به يك منطقه جغرافيايي و استفاده از پرسشنامه خود اظهاري توجه نمايند. از اين رو با انجام پژوهش‌هاي ديگر در جوامع آماری گسترده‌تر و استفاده از ساير ابزارهاي جمع‌آوری اطلاعات از جمله تجارب زيسته موجب رفع اشکالات احتمالي موجود در آن شده و کاربرد مقياس را براي انجام مداخلات آموزشي ميسر خواهد کرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد نسخه فارسی پرسشنامه ATFC در زنان بدون سابقه بارداری ساکن مناطق جنوب کشور ایران دارای روایی و پایایی قابل‌قبولی است. پرسشنامه به ما این امکان را داد که درک درستی از عوامل تعیین‌کننده ATFC داشته و در زمان سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی حواس خود را معطوف به این عوامل داشته تا از پیامدهای تعویق فرزند آوری تا حد امکان پیشگیری نماییم.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کلیه زنانی که در پژوهش مشارکت داشته اعلام می‌دارند. لازم میدانیم از تمامی کسانی که ما را در انجام مطلوب این پژوهش یاری فرمودند تشکر و قدردانی نماییم.

که به آن به عنوان یک امر بدیهی نگریسته می‌شود. با نگاه به محتوای این مؤلفه مشخص می‌شود دیدگاه زنان و دختران بدون فرزند در خصوص پیامدهای مثبت وجود فرزند در ایجاد نگرش به فرزندآوری در زندگی آینده‌شان مؤثر است. در زنانی که از این مؤلفه نمره پایین کسب کردند می‌توان با برگزاری کلاس‌های آموزش با محوریت تشریح پیامدهای مثبت حضور فرزند در زندگی و همچنین با تحریک غریزه مادری، نگرش به فرزندآوری را در آنان تقویت کرد.

یکی از مؤلفه‌های مهم استخراج‌شده در پژوهش حاضر، مؤلفه هویت اجتماعی است که متفاوت با پژوهش باعزت و همکاران (۱) بود. به نظر می‌رسد که زنان بدون سابقه بارداری ساکن مناطق جنوب کشور ایران فرزند آوری و باروری را به‌عنوان یک مؤلفه اصلی تشکیل‌دهنده هویت اجتماعی‌شان هنوز به رسمیت می‌شناسند. این یافته با نظر گیدنز که بیان می‌کند زنان هویتشان را بیشتر به‌واسطه نقش‌های اجتماعی ایفا می‌کنند و نه صرفاً نقش‌های خانگی در تقابل است (۱۰).

در نهایت، باوجود تأیید پایایی و روایی پرسشنامه ATFC در زنان بدون سابقه بارداری ساکن در مناطق جنوب کشور لازم است تا ساير محققين به وجود محدودیت‌های این پژوهش از جمله محدود بودن جامعه

جدول ۱- آنالیز کلی پایایی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به باروری و فرزند آوری (ATFC) در زنان بدون سابقه‌ی بارداری ساکن در

مناطق جنوب کشور

سؤال	میانگین سؤال	همبستگی سؤال با کل پرسشنامه	ضریب آلفا کرونباخ	همبستگی درون خوشه‌ای
^۱ چشم به راه روزی هستم که مادر شوم	۶۲/۶۳	۰/۶۱	۰/۸۸	۰/۸۱(۰/۷۶ - ۰/۸۶)
^۲ داشتن فرزند، بخش ضروری از زندگی به شمار میرود	۶۲/۵۰	۰/۴۴	۰/۸۸	
^۴ زندگی بدون فرزند را حتی نمی توانم تصور بکنم	۶۳/۱۱	۰/۵۰	۰/۸۸	
^۵ می توانم حامله بودن و زایمان کردن را تصور کنم	۶۳/۱۷	۰/۵۰	۰/۸۸	
^۶ داشتن فرزند راهیست برای افزودن مولفه های جدید در زندگی	۶۲/۹۲	۰/۳۹	۰/۸۸	
^۷ من با دوستانم در مورد داشتن بچه در آینده صحبت می کنم	۶۳/۲۳	۰/۳۰	۰/۸۹	
^۸ برایم مهم است که بتوانم بارور شوم	۶۲/۵۵	۰/۵۰	۰/۸۸	
^۹ برایم مهم است که هر وقت بخواهم بتوانم حامله شوم	۶۲/۶۹	۰/۳۴	۰/۸۸	
^{۱۰} داشتن فرزند زندگی من را با محدودیت مواجه خواهد کرد	۶۳/۷۱	۰/۵۰	۰/۸۸	
^{۱۱} یک حاملگی ناخواسته زندگی کنونی مرا دچار اختلال می کند	۶۳/۷۶	۰/۵۱	۰/۸۸	
^{۱۲} فرزندآوری با زندگی کنونی من هم آهنگ نیست	۶۳/۷۳	۰/۵۶	۰/۸۸	
^{۱۳} پذیرفتن مسئولیت در قبال فرزند با زندگی کنونی من تناسبی ندارد	۶۳/۶۰	۰/۵۸	۰/۸۸	
^{۱۴} داشتن فرزند فعالیت های اوقات فراغت مرا با محدودیت مواجه می کند	۶۳/۷۳	۰/۶۰	۰/۸۸	
^{۱۵} من در شرایط فعلی نمی خواهم عهده دار مسئولیت فرزند شوم	۶۳/۵۷	۰/۷۱	۰/۸۷	
^{۱۶} داشتن فرزند شغل من را با محدودیت مواجه می کند	۶۳/۶۲	۰/۶۲	۰/۸۸	
^{۱۷} مادر بودن وقت زیادی از من می گیرد	۶۳/۸۵	۰/۵۸	۰/۸۸	
^{۱۸} فرزند فعالیت های تحصیلی مرا با محدودیت مواجه می کند	۶۳/۸۰	۰/۵۸	۰/۸۸	
^{۱۹} داشتن فرزند ارتباط و مرادده من با دوستانم را محدود می کند	۶۳/۵۷	۰/۴۶	۰/۸۸	
^{۲۳} داشتن قابلیت باروری برای هویت من به عنوان یک زن مهم است	۶۲/۵۴	۰/۳۲	۰/۸۸	
^{۲۷} مادر شدن برای هویت من به عنوان یک زن خیلی مهم است	۶۲/۳۷	۰/۳۱	۰/۸۸	

جدول ۲- مقادیر ویژه، واریانس تبیین شده و بار عاملی مؤلفه‌های نسخه فارسی پ پرسشنامه نگرش به باروری و فرزند آوری (ATFC) در زنان بدون سابقه‌ی بارداری ساکن در مناطق جنوب کشور

مؤلفه‌ها				عبارات
هویت اجتماعی	مهم بودن برای آینده	مانعی در حال حاضر	موکول کردن به آینده	
			۰/۸۸۹	۱۲ عدم تناسب
			۰/۸۶۲	۱۳ عدم تعهد
			۰/۷۸۰	۱۱ باوری بی موقع
			۰/۷۴۴	۱۰ محدود شدن زندگی
			۰/۶۵۵	۱۵ عدم پذیرش مادرشدن
		۰/۸۰۴		۱۸ محدود شدن فرصت مطالعاتی
		۰/۷۳۸		۱۷ پر شدن اوقاتم
		۰/۷۱۰		۱۴ محدود شدن فراغت
		۰/۷۰۸		۱۶ محدود شدن کار
		۰/۶۹۵		۱۹ محدود شدن فعالیت اجتماعی
	۰/۷۸۹			۲ بچه داری اصل زندگی
	۰/۷۶۷			۶ مولفه ی جدید
	۰/۶۶۱			۷ صحبت با دوستان
	۰/۶۰۳			۱ یک روزی مادرشدن
	۰/۵۷۱			۵ تجسم حاملگی و زایمان
	۰/۵۵۹			۴ سختی بی فرزندی
۰/۸۱۵				۲۳ هویت بخشی باروری
۰/۷۰۶				۲۷ هویت بخشی مادرشدن
۰/۶۷۲				۸ مهم بودن باروری
۰/۶۱۰				۹ هر زمان باروری
۱/۱۷۴	۱/۴۷۸	۳/۳۸۲	۶/۵۶۹	مقادیر ویژه
۱۲/۰۶۱	۱۵/۶۳۶	۱۶/۶۸۵	۱۸/۶۳۳	واریانس تبیین شده

جدول ۳ - تحلیل مؤلفه‌های پرسشنامه نگرش به باروری و فرزند آوری (ATFC) در زنان بدون سابقه‌ی بارداری با ویژگی‌های جمعیت شناختی ساکن در مناطق جنوب کشور

متغیرها	مؤلفه‌ها	موکول کردن به آینده میانگین (انحراف معیار)	مانع در حال حاضر میانگین (انحراف معیار)	مهم بودن برای آینده میانگین (انحراف معیار)	هویت اجتماعی میانگین (انحراف معیار)
	۲۰ - ۲۴	۲۵/۲(۵)	۱۳/۹(۴/۹)	۱۹/۹(۳/۳)	۱۳/۳(۴/۵)
	۲۵ - ۲۹	۲۵/۵(۵/۹)	۱۴(۴/۷)	۱۹/۷(۳/۹)	۱۵/۵(۵/۴)
	۳۰ +	۲۶/۶(۶)	۱۵/۶(۵/۳)	۲۰/۳(۴)	۱۶/۵(۵/۶)
معنی داری		۰/۴۲۵	۰/۱۸۰	۰/۷۱۷	۰/۰۰۲**
تث. مجرد		۲۴/۶(۵/۴)	۱۳/۸(۴/۹)	۱۹/۴(۳/۵)	۱۴(۵/۳)
تث. متأهل		۲۶/۹(۵/۶)	۱۴/۹۶(۴/۸)	۲۰/۷(۳/۶)	۱۵/۲(۶)
معنی داری		۰/۰۰۲**	۰/۰۷۰	۰/۰۰۸**	۰/۱۰۴
تث. بیکار		۲۵/۶(۵/۶)	۱۴/۸(۴/۸)	۲۰(۳/۴)	۱۴/۹(۵/۳)
تث. شاغل		۲۵/۲(۵/۶)	۱۳/۲(۵)	۱۹/۷(۶/۶)	۱۳/۵(۶)
معنی داری		۰/۶۳۲	۰/۰۱۶*	۰/۲۲۷	۰/۰۷
تث. زیر دیپلم		۲۷/۷(۴/۵)	۱۵/۴(۵/۳)	۲۰/۶(۳/۴)	۱۵/۵(۴/۸)
تث. دیپلم		۲۴/۸(۵/۶)	۱۳/۳(۶)	۱۹(۳/۹)	۱۴/۲(۶/۴)
تث. دانشگاهی		۲۵/۳(۵/۷)	۱۴/۴(۴/۳)	۲۰(۳/۶)	۱۴/۴(۵/۴)
معنی داری		۰/۰۵	۰/۱۳۲	۰/۱۰۶	۰/۵۳۶
تث. پایین		۲۵/۵(۴/۲)	۱۱/۴(۶/۸)	۲۰/۳(۳/۲)	۱۲/۲(۷/۵)
تث. متوسط		۲۵/۴(۵/۵)	۱۵/۲(۴/۶)	۲۰/۲(۳/۴)	۱۴/۸(۵/۴)
تث. متوسط به بالا		۲۰/۵(۶/۳)	۱۴(۴/۶)	۱۹/۷(۴)	۱۴/۵(۵/۱)
تث. بالا		۲۶/۸(۴/۴)	۱۳/۸(۴/۴)	۱۹/۶(۳)	۱۴/۶(۵/۷)
معنی داری		۰/۵۱۶	۰/۰۱۱*	۰/۷۸۱	۰/۲۸۹

*معنی داری در سطح ۰/۰۵; **معنی داری در سطح ۰/۰۱

References

1. Baezzat F, Marzbani Y, Ahmadi Ghazlojegi A, Karimi A, Azarnioshan B. A study of psychometric properties of Persian version of attitudes toward fertility and childbearing scale. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2017;15(1):37-47. [Persian]
2. Dadfar M, Atef Vahid MK, Lester D, Bahrami F. Kessler psychological distress scale (K6): psychometric testing of the Farsi form in psychiatric outpatients. *Adv Biores.* 2016;7(2):105-8.
3. Erfani A, McQuillan K. The changing timing of births in Iran: an explanation of the rise and fall in fertility after the 1979 Islamic Revolution. *Biodemography Soc Biol.* 2014;60(1):67-86.
4. Habbema J, Hilders C, Merkus J. The consequences of postponing pregnancy. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007; 151(28):1593-6.
5. Haghdoost AA, Safari-Faramani R, Baneshi MR, Dehnavieh R, Dehghan M. Exploring perceptions of policymakers about main strategies to enhance fertility rate: A qualitative study in Iran. *Electron Physician.* 2017;9(10):55-68.
6. Kaneda T, Dupuis G, Bietsch K. *World Population Data Sheet.* Washington, DC; 2015.
7. Kearney AL, White KM. Examining the psychosocial determinants of women's decisions to delay childbearing. *Hum Reprod.* 2016;31(8):1776-87.
8. Lampinen R, Vehviläinen-Julkunen K, Kankkunen P. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nurs J.* 2009;3:33-8.
9. Manski CF, Mayshar J. Private incentives and social interactions: Fertility puzzles in Israel. *J Eur Econ Assoc.* 2003;1(1):181-211.
10. McGinn KL, Oh E. Gender, social class, and women's employment. *Curr Opin Psychol.* 2017;18:84-8.
11. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, Te Velde E. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum Reprod Update.* 2011; 17(6):848-60.
12. Moritz S, Meier B, Hand I, Schick M, Jahn H. Dimensional structure of the Hamilton Depression Rating Scale in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2004;125(2):171-80.
13. Parsons T. *The present status of structural-functional theory in sociology. The idea of social structure.* Routledge; 2017.
14. Singh S, Knox M, Pelletier H. Exploratory factor analysis and psychometric evaluation of the Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale. *Child Health Care.* 2017;46(4):356-65.
15. Sobotka T. Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *J Biosoc Sci.* 2017;49(S1):S20-S45.
16. 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(1):197.
17. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-74.
18. Tate J, Bushnell C. Pregnancy and stroke risk in women. *Women's health.* 2011;7(3):363-74.
19. Weber M. *Methodology of social sciences.* Routledge; 2017.
20. Williamson LE, Lawson KL. Young women's intentions to delay childbearing: A

- test of the theory of planned behaviour. *J Reprod Infant Psychol.* 2015;33(2):205-13.
21. Wolf EJ, Harrington KM, Clark SL, Miller MW. Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educ Psychol Meas.* 2013;76(6):913-934.

Psychometric Assessment of the Validity of the Iranian Version of Attitude Toward Fertility and Childbearing Inventory in Women Without a History of Pregnancy in the South of Iran

Kordzanganeh J: Ph.D. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

Mohamadian H: Ph.D. Assistant Professor, Research Centre for Social Determinants of Health, Department Health Education and Promotion, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran -Corresponding Author: hmohamadian@razi.tums.ac.ir

Received: Oct 20, 2018

Accepted: Feb 12, 2019

ABSTRACT

Background and Aim: Delays in childbearing, in addition to creating health risks for the mother and the child, may lead to permanent parental bereavement. The purpose of this study was psychometric assessment of the validity and reliability of the Iranian version of attitude toward reproductive and childbearing inventory (ATRCI) in women without a history of pregnancy.

Materials and Methods: This study was done on 235 women without a history of pregnancy selected by multi-stage sampling in the South of Iran. They completed a fertility and childbearing attitude questionnaire. The validity and reliability of the ATRCI were determined using SPSS-16 software, the statistical tests being Cronbach's alpha coefficient and exploratory factor analysis.

Results: The mean age of the women was 24.47 ± 4.1 years, and the Cronbach's alpha total coefficient was 0.888. The KMO and Bartlett's test of sphericity value (0.890) was significant. In this study, in addition to the main components of the questionnaire, the childbirth postponement component was also extracted; they explained 63.01% of the total variance related the attitude toward fertility and childbearing.

Conclusion: The 4-component Iranian version of the attitude toward fertility and childbearing inventory was found to have acceptable psychometric validity and reliability. It is recommended that in the future studies this inventory be used in interventional studies and health and demographic programs for women without a history of pregnancy.

Keywords: Attitude Toward Fertility and Childbearing, Psychometric Validation, Exploratory Factor Analysis