

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی‌های دوران بارداری

رحیم یوسفی^۱

تاریخ دریافت 1393/10/30 تاریخ پذیرش 1394/01/25

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری در نمونه ایرانی بود که درصد سنجش نگرانی‌ها و دغدغه‌های مرتبط با دوره بارداری است.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه مقطعی روی ۲۴۲ نفر از زنان باردار بود که به بیمارستان‌های ۲۹ بهمن، طالقانی و شهید محلاتی مراجعه کرده بودند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری، مقیاس نگرانی کمبریج و پرسشنامه اضطراب حالت اسپیلیبرگر را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس)، تحلیل واریانس چندمتغیری و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل عاملی اکتشافی روی ۱۲ گویه پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری، سه عامل را شناسایی کرد: نگرانی درباره نوزاد و تولد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی و نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط. پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری روایی ملاکی، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی خوبی را نشان داد. همچنین مقایسه دو گروه از زنان باردار (اولین بارداری در برابر چندمین بارداری) نشان داد، زنان با بارداری اول در مقایسه با زنان با چندمین بارداری، نمرات بالاتری را در پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری کسب کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: پرسشنامه کوتاه و مفید نگرانی‌های دوره بارداری، ویژگی‌های روان‌سنجی لازم را دارد. در این پژوهش سه عامل استخراج شده در پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری، با عوامل استخراج شده در نسخه اصلی منطبق بود. پژوهش حاضر ابزاری را معرفی می‌نماید که می‌تواند در سنجش و ارزیابی نگرانی‌های مادران در دوره بارداری سودمند واقع شود.

کلیدواژه‌ها: روان‌سنجی، نگرانی، بارداری

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره سوم، پی‌درپی 68، خرداد 1394، ص 225-215

آدرس مکاتبه: تبریز، ۳۵ کیلومتری جاده آذرشهر، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی
تلفن: ۰۹۱۴۴۶۱۲۷۳۳

Email: yousefi@azaruniv.ac.ir

مقدمه

که مبتنی بر آثار و کارهای اولیه لازاروس (۵) بود، معرفی کرده‌اند. آن‌ها مطرح کردند که استرس از رویدادها یا موقعیت‌های استرس‌زا (عوامل استرس‌زا^۲)، ادراکات و ارزیابی‌های مربوط به عوامل استرس‌زا (ارزیابی‌ها^۳) و واکنش‌ها در برابر استرس مانند واکنش‌های هیجانی تشکیل شده است. لوبل از این چارچوب مفهومی برای توصیف استرس مادر در دوران بارداری استفاده کرده است (۶). بارداری به‌وسیله تغییرات جسمانی، اجتماعی و هیجانی و همچنین مسائل مربوط به فرزندپروری و دغدغه‌های مالی مشخص می‌شود که تماماً

در دهه‌های اخیر، رویکردهای زیستی-روانی-اجتماعی^۲ مرتبط با پدیده بارداری رشد فزاینده‌ای کرده‌اند و منجر به ارتقاء پژوهش‌ها درباره بارداری و پیامدهای تولد شده‌اند. به‌ویژه، رابطه بین استرس مربوط به بارداری و پیامدهای ناگوار تولد مورد مطالعه قرار گرفته است (۱، ۲). رشد سریع پژوهش‌ها در این حوزه، باعث شکل‌گیری مقیاس‌های سنجش استرس مرتبط با دوران بارداری شده است. دو دهه قبل، لوبل و دانکل-اسکتر (۳، ۴) تعریف مفهومی و عملیاتی استرس دوران بارداری مادر را

^۱ استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

^۲ Biopsychosocial

^۳ Stressor

^۴ Appraisals

این ابزارها برای سنجش استرس مرتبط با بارداری طراحی نشده‌اند و در نتیجه همبستگی‌های ناهماهنگ و ناپایداری با پیامدهای تولد نشان داده‌اند (۱۶). برخی مطالعات مطرح کرده‌اند که استرس وابسته بارداری ممکن است نوع قوی‌تری از استرس باشد. برای نمونه دانکل-اسکتر و گلن (۱۸) دریافتند که استرس عمومی و غیراختصاصی بارداری نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده مطمئن تولد زودرس باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس وابسته به بارداری در مقایسه با استرس عمومی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای پیامدهای تولد است (۲۶، ۲۷). راش، دانکل-اسکتر، وو، هابل (۲۸) دریافتند که اضطراب بارداری می‌تواند تولد زود هنگام را پیش‌بینی نماید، ولی اضطراب حالت، استرس ادراک‌شده کلی، یا رویدادهای زندگی نتوانستند چنین پیش‌بینی را محقق سازند. بر همین اساس لوبل و همکاران (۲۶) با جمع‌بندی شواهد پژوهشی موجود، نتیجه‌گیری کرده‌اند که استرس وابسته به بارداری ممکن است در مقایسه با استرس کلی، قوی‌تر باشد.

رویکردهای جدید به موضوع استرس زنان باردار، مطرح می‌کنند که استرس وابسته به دوره بارداری، نوع خاصی از استرس است که به ترس‌ها و نگرانی‌های مادرانه مرتبط با بارداری اشاره دارد و دربرگیرنده نگرانی‌ها درباره سلامتی جنین، نشانه‌های جسمانی، فرزندپروری، روابط با دیگران و زایمان می‌باشد (۸). دسته‌ای از پژوهش‌ها پیشنهاد کرده‌اند که استرس اختصاصی دوره بارداری در مقایسه با استرس ناشی از منابع نامرتبط با بارداری، ممکن است علت پیامدها و عوارض مربوط به بارداری و زایمان باشد (۲۶، ۲۹). بر این اساس، مقیاس‌های استرس مختص به بارداری بر این مبنا ساخته شده‌اند که زنان باردار درباره مدیریت و اهمیت نشانه‌های جسمانی، تغییرات در ظاهر^۷، تغییرات در روابط بین‌فردی، زایمان، وظایف والدینی^۸، سلامتی جنین^۹ و ترس از مشکلات و عوارض پزشکی^{۱۰} نگران هستند (۲، ۳۰، ۳۱). با این نگاه، هدف پژوهش پیشرو، معرفی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری و همچنین بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه است. بر این اساس، پژوهش حاضر درصدد یافتن پاسخ برای این سؤال‌های پژوهشی بوده است: ۱- ساختار عاملی پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری در جمعیت ایرانی چگونه است؟ ۲- آیا پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری از روایی لازم برای نمونه ایرانی

منبع بالقوه استرس هستند (۷، ۸). اغلب پژوهش‌ها عوامل استرس‌زا را در قالب رویدادهای زندگی که در خلال بارداری اتفاق می‌افتند، یا واکنش‌های هیجانی به استرس به‌ویژه اضطراب حالت^۱ موردسنجش قرار داده‌اند (۶). در جریان زندگی افراد، عوامل مختلفی مانند حمایت یا فقر اجتماعی می‌توانند در تجربه استرس نقش داشته باشند (۹). شواهدی در دست است که نشان می‌دهند واکنش‌های مادران به استرس در امتداد بارداری تغییر می‌کنند و رویدادهایی که در اوایل بارداری تجربه می‌شوند، ممکن است از تجارب مشابهی که در انتهای بارداری اتفاق می‌افتند، استرس‌زایی بیشتری داشته باشند (۱۰). شواهد نشان می‌دهند که بین استرس مادر در دوران بارداری و پیامدها و عوارض بارداری به‌ویژه در بارداری‌هایی که ناهنگام و ناخواسته هستند رابطه وجود دارد (۹، ۱۱). همچنین، استرس مادر با افزایش رفتارهای ناسالم دوره بارداری (۱۲)، پیامدهای تحولی، اجتماعی و شناختی مختل (۱۳) همراه است. همچنین اضطراب حالت مادر، مشکلات و عوارض زایمان را پیش‌بینی می‌کند (۶).

مروری جامع بر پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که استرس مادر در دوران بارداری، پیش‌بینی‌کننده تولد زودرس^۲ (تولد زودتر از هفته ۳۷)، وزن کم نوزاد هنگام تولد (کمتر از ۲/۵ کیلوگرم) است که از علل عمده مرگ‌ومیر نوزادان می‌باشند (۱۹-۱۴). همچنین بین استرس مادر در دوران بارداری و احتمال سزارین برنامه‌ریزی نشده^۳ و مشکلات حین زایمان رابطه وجود دارد (۲۰، ۲۱) و پیامدهای این استرس می‌تواند مشکلات بلندمدت شناختی و هیجانی برای کودک به وجود بیاورد که گاهی اثرات آن تا نوجوانی نیز پایدار هستند (۱۱، ۲۲، ۲۳).

بر این اساس، شناسایی عوامل استرس‌زایی که مادران در دوره بارداری تجربه می‌کنند، بسیار مهم و حیاتی می‌باشد، ولی چالش اساسی پیشرو در این مسیر پژوهشی، در دسترس بودن ابزارهایی است که ضمن داشتن روایی و پایایی کافی و لازم بتوانند از لحاظ بالینی سودمند واقع شوند (۸). اغلب ابزارهای به‌کاررفته در این حوزه که برای سنجش استرس در زنان باردار به کار می‌روند، به ارزیابی استرس در معنای عام و کلی^۴ پرداخته‌اند، مانند پرسشنامه اضطراب حالت-صفت^۵ (۲۴)، پرسشنامه استرس ادراک‌شده^۶ (۲۵)؛ بنابراین،

¹ State Anxiety

² Preterm Birth

³ Unplanned Caesarean

⁴ State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

⁵ Perceived Stress Scale

⁶ Changes in Appearance

⁷ Parenting

⁸ Fetus Health

⁹ Fear of Medical Complications

¹⁰ Prenatal Distress Questionnaire

با ساختار عاملی تأیید شده توسط سازندگان اصلی مقیاس است. ضرایب پایایی همسانی درونی گویه برای کل مقیاس در دامنه $0/80$ تا $0/83$ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه $0/70$ تا $0/79$ قرار دارند (۳۲، ۳۳).

۳- پرسشنامه اضطراب حالت-صفت: پرسشنامه اضطراب حالت-صفت یک (۳۴) یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۴۰ سؤال می‌باشد و اضطراب حالت و اضطراب صفت را به‌طور جداگانه اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه توسط زمانی اصل (۳۴) آماده‌سازی و مورد بررسی قرار گرفته است در پژوهش حاضر از زیرمقیاس اضطراب حالت این پرسشنامه استفاده شد که دارای ۲۰ سؤال است. بررسی روایی محتوا و سازه نشان داده است که این پرسشنامه دارای سازه‌های اصلی اضطراب حالت و اضطراب صفت می‌باشد و این ساختار عاملی مشابه با پژوهش‌های خارجی می‌باشد (۳۴، ۳۵). ضرایب همسانی درونی آن در جمعیت‌های مختلف بین $0/86$ تا $0/95$ گزارش شده است. همچنین ضریب بازآزمایی آن بین $0/720$ تا $0/89$ بوده است (۲۴، ۳۴-۳۶).

پژوهشگر با هماهنگی‌های اداری با مسئولان بیمارستان‌های فوق و سپس ضمن توضیح کوتاه به آزمودنی‌ها در خصوص پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه اقدام به گردآوری اطلاعات نموده است. اگر فردی در جریان پژوهش حاضر به همکاری نبود از فرایند پژوهش کنار گذاشته می‌شد. داده‌های گردآوری شده پس از غربالگری و آماده‌سازی برای تحلیل با روش‌های آماری مختلف به‌ویژه تحلیل عوامل به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی^۲ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

پس از غربالگری اولیه پرسشنامه‌های تکمیل شده در نهایت داده‌های مربوط به ۲۴۲ نفر وارد تحلیل شد. در اولین مرحله، تحلیل متمرکز بر داده‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه بود و نتایج نشان داد که میانگین سن گروه نمونه برابر با $25/90$ و انحراف استاندارد آن برابر با $4/57$ بود. همچنین بیشتر افراد نمونه در دامنه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال قرار داشتند. از لحاظ تحصیلات ۳۳ نفر زیردپلم، ۱۰۱ نفر دپلم، ۳۷ نفر کاردانی، ۶۸ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد بودند. علاوه بر این از نظر نوبت بارداری مشخص شد که ۱۵۶ نفر بار اول، ۵۴ نفر بار دوم، ۲۳ نفر بار سوم، ۷ نفر بار چهارم و ۲ نفر بار پنجم بارداری بودند.

برخوردار است؟ ۳- آیا پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری از پایایی لازم برای نمونه ایرانی برخوردار است؟، ۴- آیا بین زنان با اولین بارداری و زنان با چندمین بارداری از لحاظ نگرانی‌های دوره بارداری تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر توصیفی-پیمایشی از نوع ابزارسازی است. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان بارداری بودند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ برای مراقبت‌های پزشکی یا کلاس‌های آموزشی زایمان آسان به بیمارستان‌های ۲۹ بهمن، طالقانی و شهید محلاتی شهر تبریز مراجعه کرده بودند. ملاک‌های ورود شامل برخوردار از سلامت عمومی و همچنین داشتن دوره بارداری طبیعی و جنین سالم بود. از جامعه فوق تعداد ۲۴۲ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی در یک بازه زمانی یک‌ماهه انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری: این پرسشنامه که ابزار اصلی پژوهش بود توسط آلدردسی و لین (۸) ساخته شده است و دارای ۳ زیرمقیاس نگرانی درباره تولد و نوزاد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی، نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط می‌باشد که برای سنجش نگرانی‌های اختصاصی دوران بارداری به‌کاررفته است. این پرسشنامه ابتدا توسط پژوهشگر به فارسی برگردانده شد، سپس این نسخه توسط یک متخصص زبان انگلیسی با مدرک دکتری تخصصی ترجمه معکوس شد و نواقص ترجمه اصلاح گردید. در نهایت پس از مشورت با سه نفر متخصص روان‌شناسی در مورد نسخه فارسی، ابزار برای اجرا آماده شد.

در کنار پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری از ۲ ابزار موازی برای بررسی روایی استفاده شد. ابزارهای دیگر شامل موارد زیر بودند: ۲- مقیاس نگرانی کمبریج^۱: این پرسشنامه یک ابزار خود-اجرائی و دارای ۱۶ گویه است که برای سنجش محتوا و گستره نگرانی‌ها در دوره بارداری است. این مقیاس نگرانی‌های زنان باردار را در زمینه سلامت نوزاد، زایمان، ارتباط با دیگران می‌سنجد. گویه‌های این مقیاس در یک لیگرت ۶ درجه‌ای شامل (نگران نیستم تا شدیداً نگرانم) درجه‌بندی می‌شود. پژوهش‌ها روی این مقیاس نشان داده است که روایی صوری و محتوای آن که بر اساس نظرات متخصصان ارزیابی شده بود، مورد تأیید است. همچنین بررسی روایی سازه آن از طریق تحلیل عاملی نشان داد که مقیاس دارای ساختار عاملی مشابه

² Statistical Package for Social Science (SPSS)

¹ Cambridge Worry Scale (CWS)

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های نمونه پژوهش در پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های نمونه پژوهش در پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری

عامل	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه مقدار	بیشینه مقدار
نگرانی درباره تولد و نوزاد	۲۴۲	۱۸/۵۵	۲/۴۷	۱۱	۲۵
نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی	۲۴۲	۱۳/۵۲	۱/۵۷	۶	۱۵
نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط	۲۴۲	۱۳/۸۹	۲/۶۳	۷	۲۰
نمره کل مقیاس	۲۴۲	۴۵/۹۶	۵/۵۹	۲۸	۶۰

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های نمونه پژوهش در عامل‌های پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری و همچنین در کل پرسشنامه آورده شده است تا بتواند سطح متوسط وضعیت زنان باردار را از لحاظ نگرانی‌های خاص دوره بارداری ارائه نماید. پس از طی مراحل ترجمه پرسشنامه و آماده‌سازی نسخه فارسی، ابتدا برای بررسی روایی صوری و محتوای پرسشنامه از سه نفر از اساتید روان‌شناسی که در زمینه اضطراب متخصص بودند خواسته شد تا سوالات پرسشنامه را بررسی کنند که در نتیجه روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت.

در این پژوهش، برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش محاسبه ضریب پایایی (بازآزمایی) و همسانی درونی آزمون (آلفای کرونباخ) استفاده شد. جهت برآورد ضریب پایایی ابزار به روش بازآزمایی، ۵۰ نفر آزمودنی به صورت داوطلب از بین نمونه تحقیقی انتخاب و مقیاس نگرانی‌های دوره بارداری را تکمیل کردند و سپس

در فاصله ۲ هفته دوباره با همان مقیاس مورد آزمون قرار گرفتند. ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۷۴ و برای عامل‌های نگرانی درباره تولد و نوزاد ۰/۷۱، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی ۰/۶۷ و نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط ۰/۷۰ بود.

به منظور سنجش همسانی درونی آزمون مقیاس نگرانی‌های دوره بارداری از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای عامل‌های نگرانی درباره تولد و نوزاد ۰/۷۲، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی ۰/۶۵ و نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط ۰/۶۶ بود.

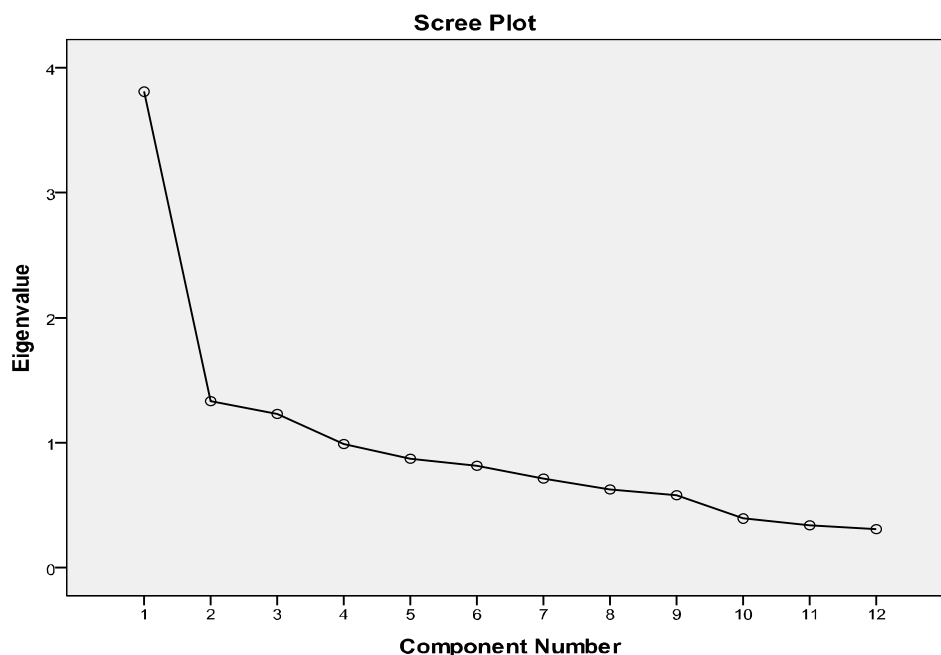
همچنین به منظور بررسی روایی ملاکی پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری، ضرایب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی کمبریج و پرسشنامه اضطراب حالت محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول (۲): ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های نگرانی‌ها دوره بارداری، مقیاس نگرانی کمبریج و پرسشنامه اضطراب حالت

عامل	۱	۲	۳	۴	۵	۶
مؤلفه نگرانی درباره تولد و نوزاد	۱					
مؤلفه نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی	۰/۴۴**	۱				
مؤلفه نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط	۰/۶۰**	۰/۵۲**	۱			
نمره کل نگرانی‌های دوره بارداری	۰/۸۵**	۰/۷۲**	۰/۸۸**	۱		
مقیاس نگرانی کمبریج	۰/۶۶**	۰/۵۷**	۰/۳۲**	۰/۷۵**	۱	
پرسشنامه اضطراب حالت	۰/۲۲*	۰/۳۶**	۰/۴۷**	۰/۵۳**	۰/۳۹**	۱

* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنا دار است.

** همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنا دار است.



نمودار (1): نمودار اسکری کنترل برای تعیین تعداد مؤلفه‌های استخراج‌شده

جدول (3): کل واریانس تبیین شده به‌وسیله راه‌حل تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریانس در پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری

مقادیر مؤلفه‌های استخراج‌شده		مقادیر مؤلفه‌های استخراج‌شده				ارزش‌های ویژه اولیه			
پس از چرخش		کل	درصد تراکمی	درصد واریانس	کل	درصد تراکمی	درصد واریانس	کل	عامل‌ها
درصد تراکمی	درصد واریانس	کل	درصد تراکمی	درصد واریانس	کل	درصد تراکمی	درصد واریانس	کل	
۲۰/۲۶	۲۰/۲۶	۲/۴۳	۳۱/۷۳	۳۱/۷۳	۳/۸۰	۳۱/۷۳	۳۱/۷۳	۳/۸۰	۱
۳۸/۲۲	۱۷/۹۶	۲/۱۵	۴۲/۸۳	۱۱/۱۰	۱/۳۳	۴۲/۸۳	۱۱/۱۰	۱/۳۳	۲
۵۳/۰۷	۱۴/۸۵	۱/۷۸	۵۳/۰۷	۱۰/۲۴	۱/۲۳	۵۳/۰۷	۱۰/۲۴	۱/۲۳	۳
						۶۱/۳۱	۸/۲۳	-۰/۹۸	۴
						۶۸/۵۶	۷/۲۵	-۰/۸۷	۵
						۷۵/۳۶	۶/۷۹	-۰/۸۱	۶
						۸۱/۳۰	۵/۹۴	-۰/۷۱	۷
						۸۶/۵۱	۵/۲۱	-۰/۶۲	۸
						۹۱/۳۴	۴/۸۲	-۰/۵۷	۹
						۹۴/۶۱	۳/۲۷	-۰/۳۹	۱۰
						۹۷/۴۲	۲/۸۱	-۰/۳۳	۱۱
						۱۰۰/۰۰	۲/۵۷	-۰/۳۰	۱۲

اندازه کایزر-مایر-الکین برابر با ۰/۷۴ بود که این مقدار نشان داد که نمونه حاضر از کفایت و بسندگی مطلوبی برای تحلیل برخوردار است. همچنین، آزمون کرویت بارتلست نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

به‌منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. با اجرای یک تحلیل عاملی اولیه، مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت.

($p \leq 0.001$; ۴۱۲/۴۱۳) که این مقدار از قابلیت داده‌ها برای استفاده در تحلیل عاملی پشتیبانی کرد.

برای کشف ساختار عاملی پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری در نمونه پژوهش از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس استفاده شد. کل نمونه آماری ($N=242$) وارد تحلیل عاملی شدند. در این تحلیل فقط گویه‌هایی مشمول یک عامل شدند که وزن عاملی آن‌ها 0.5 یا بالاتر بود. در کل ۳ مؤلفه ارزش ویژه بالاتر از یک داشتند. در مجموع ۳ مؤلفه $53/07$ درصد از کل واریانس مشاهده شده در نمره‌های پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری را تبیین می‌کرد. هم‌چنین، نمودار اسکری کتل (نمودار شماره ۱) ۳ مؤلفه را پیشنهاد نمود. این مؤلفه‌ها ابقاء شده و آنگاه در معرض

چرخش واریماکس قرار گرفتند. در مجموع ۳ مؤلفه $53/07$ درصد از کل واریانس مشاهده شده را تبیین کردند. جدول شماره سه کل واریانس تبیین شده به وسیله راه حل تحلیل مؤلفه‌های اصلی را نشان می‌دهد.

جدول ۴ مؤلفه‌های استخراج شده و هم‌چنین گویه‌های مربوط به هر مؤلفه را نشان می‌دهد. اولین مؤلفه نگرانی درباره تولد و نوزاد بود که از طریق گویه‌های ۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱ نمایان شد. دومین مؤلفه نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی بود که به وسیله گویه‌های ۱، ۲، ۷ به دست آمد و در نهایت سومین مؤلفه نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط بود که از طریق گویه‌های ۴، ۵، ۸، ۱۲ حاصل شد.

جدول (4): نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی و وزن‌های عاملی مربوط به هر مؤلفه

مؤلفه‌های استخراج شده			گویه‌ها
نگرانی درباره تولد و نوزاد	نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی	نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط	
۰/۸۰			۳- نگران این هستم وقتی که از بیمارستان مرخص شدم و به خانه رفتم، نتوانم بچه را تر و خشک کنم.
۰/۷۶			۹- از این که بچه ناسالمی داشته باشم، نگران هستم
۰/۷۱			۱۱- احتمال تولد زودرس بچه مرا می‌ترساند
۰/۶۵			۶- درباره سالم بودن غذایی که می‌خورم و مناسب بودن رژیم غذایی برای بچه، نگران هستم
۰/۵۹			۱۰- دلواپس و نگران وضع حمل و درد زایمان هستم
۰/۸۰			۱- اضافه‌وزن در دوره بارداری باعث زحمت و سختی من شده است
۰/۶۶			۲- نشانه‌های جسمانی بارداری مانند تهوع، استفراغ، ورم پا و کمردرد مرا اذیت می‌کنند
۰/۵۷			۷- تغییرات شکل و اندازه بدنم در طول بارداری، آزارم می‌دهد
۰/۷۸			۸- نگران هستم که داشتن بچه جدید، باعث تغییر در رابطه من با همسرم شود
۰/۶۹			۴- نوسان‌های هیجانی دوره بارداری اذیتم می‌کنند
۰/۵۷			۵- به خاطر اینکه ارتباطاتم با افراد مهم، به دلیل بارداری دچار تغییر شود، آزرده می‌شوم
۰/۵۴			۱۲- نگران این هستم که نتوانم از لحاظ هیجانی به بچه دل بسته شوم

نتایج این تحلیل نشان داد که اثر کلی ($F=6/615, P=0/001$)، $F=0/146$ اثر هتلینگ) معنادار است؛ به عبارت دیگر بین دو گروه از زنان با نوبت بارداری اول و نوبت بارداری ثانوی از لحاظ نگرانی‌های دوره بارداری تفاوت وجود دارد. نتایج مقایسه دو گروه در نمره کل مقیاس و مؤلفه‌های آن در جدول ۵ گزارش شده است.

به منظور بررسی تفاوت اثر متغیر نوبت بارداری بر مؤلفه‌های نگرانی‌های دوره بارداری از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های مقدماتی تحلیل واریانس نظیر نرمال بودن توزیع داده‌ها، وجود داده‌های پرت، یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای اطمینان از قابلیت اجرای تحلیل مورد بررسی و تأیید قرار گرفتند.

جدول (5): نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های نگرانی‌های دوره بارداری

متغیر	گروه	میانگین	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
نگرانی درباره تولد و نوزاد	بار اول	۱۸/۸۴	۲۱/۱۴۳	۱	۲۱/۱۴۳	۳/۵۱۷	۰/۰۶۳
	بار چندم	۱۸/۰۲					
نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی	بار اول	۱۳/۵۳	۰/۰۰۹	۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۴	۰/۹۵۱
	بار چندم	۱۳/۵۱					
نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط	بار اول	۱۴/۴۸	۹۰/۷۰۸	۱	۹۰/۷۰۸	۱۴/۳۱۱	۰/۰۰۱
	بار چندم	۱۲/۸۰					
نمره کل مقیاس	بار اول	۴۶/۸۵	۲۰۲/۲۰۰	۱	۲۰۲/۲۰۰	۶/۷۳۹	۰/۰۱۰
	بار چندم	۴۴/۳۳					

بحث و نتیجه‌گیری

تدوین و طراحی ابزارهای روان‌سنجی که از ویژگی‌های آن‌ها ایجاز و کوتاه بودن است از مزایا و نقطه قوت‌های یک آزمون خوب و استاندارد است؛ بنابراین آزمون‌های کوتاه، ضمن مقرون‌به‌صرفه بودن از لحاظ زمان و انرژی، باعث می‌شوند که پاسخ‌دهندگان دچار خستگی و دل‌زدگی نشوند. بر این اساس، هدف اساسی این پژوهش معرفی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری برای استفاده در جمعیت ایرانی و بهره‌گیری از آن در کار بالینی و پژوهشی بود. یافته‌ها در بخش تحلیل عاملی پرسشنامه نشان داد که داده‌ها در نمونه ایرانی نیز، از ساختار سه عاملی حمایت می‌کنند. این یافته که در کل با نتایج تحلیل عاملی سازندگان اصلی پرسشنامه (۸) همسو بود، نشانگر این موضوع می‌تواند باشد که علی‌رغم تفاوت‌های فرهنگی در زمینه متغیرهای روان‌شناختی در جوامع مختلف، نگرانی‌ها درباره مسائل و موضوعات مرتبط با بارداری، همگانی و جهان‌شمول می‌باشند. نکته قابل‌بحث در این زمینه این موضوع بود که تمامی گویه‌های مقیاس اصلی، در جمعیت ایرانی نیز روی عامل‌های مشابه با مقیاس اصلی بارگذاری شده بودند، به‌جز یک گویه که با نسخه اصلی انطباق نشان نداد. گویه شماره ۱۲ که در مقیاس اصلی بر روی عامل مربوط به نگرانی درباره نوزاد و تولد بار عاملی داشت، در نسخه فارسی بر روی عامل مربوط به نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط بارگذاری شد. در تبیین این موضوع باید گفت که اگر به محتوای گویه ۱۲ (نگران این هستم که نتوانم از لحاظ هیجانی به بچه دل‌بسته شوم) توجه شود، می‌توان دریافت که این گویه اگرچه در نسخه اصلی به نگرانی درباره نوزاد اختصاص داشته است، ولی معنای ضمنی آن ممکن است برای نمونه ایرانی تداعی‌کننده بعد ارتباط مادر با نوزاد بوده است. با توجه به اهمیت احساسات مادرانه و از نگاه نظریه‌های روابط موضوعی، مادران

جنبه ارتباط در این گویه را برجسته‌تر استنباط کرده‌اند. به‌هرحال نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه در کل ساختار عاملی منسجم و مشابهی را با نسخه اصلی نشان داد.

تحلیل‌های متمرکز بر بررسی پایانی پرسشنامه که دو جنبه پایانی بازآزمایی و همسانی درونی پرسشنامه بررسی کرده بودند، به نتایج خوبی منجر شد. از لحاظ پایانی و ثبات آزمون که از طریق محاسبه ضریب بازآزمایی بررسی شد، نتایج نشان داد که پرسشنامه از پایانی لازم برخوردار است و می‌توان به نتایج حاصل از آن در اجرا کردن‌های متعدد اعتماد کرد. همچنین ضرایب بالای همسانی درونی نشانگر این موضوع بود که پرسشنامه ساختار منسجمی دارد. بررسی روایی ملاکی پرسشنامه نیز نشان داد که این ابزار با پرسشنامه‌های موازی (مقیاس نگرانی کمبریج و پرسشنامه اضطراب حالت) همبستگی بالایی دارد و به نظر می‌رسد سازه مشابه و یکسانی را اندازه‌گیری می‌کنند. به‌استثنای یک همبستگی، بقیه همبستگی‌ها در سطح یک‌صدم معنادار بودند؛ بنابراین روایی ملاکی پرسشنامه نیز تأیید گردید. در بخش دیگری از تحلیل داده‌ها، گروه نمونه از لحاظ نوبت بارداری به دو گروه بار اول و چندمین بار تقسیم شدند و تحلیل‌ها به مقایسه این دو گروه از لحاظ مؤلفه‌های نگرانی‌های دوره بارداری پرداختند. نتایج نشان داد که دو گروه از لحاظ نمره کلی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند؛ به‌عبارت‌دیگر زنانی بارداری که برای اولین بار باردار شده بودند در مقایسه با گروهی که برای چندمین بار باردار شده بودند، نمرات بالاتری را در پرسشنامه گرفتند که نشانگر نگرانی بالای زنانی بود که برای اولین بار بارداری را تجربه می‌کردند. این یافته و تفاوت بین دو گروه، به لحاظ نظری و تجربی قابل‌انتظار و توجیه است، بدون شک زنان در بارداری اول به دلیل عدم تجربه، دارای نگرانی بالاتری خواهند بود. در زنانی که برای چندمین بار، بارداری را تجربه می‌کردند به دلیل تجربه قبلی، میزانی

بیاورد. با تکیه بر یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاد کرد که در برنامه‌ها و مراقبت‌های جسمانی و پزشکی زنان باردار باید به نقش استرس و نگرانی‌های وابسته به بارداری توجه ویژه کرد. شاید پایش استرس‌ها و واکنش‌های زنان باردار به استرس، در کنار پایش مراقبت‌های جسمانی بسیار سودمند باشد. به‌ویژه برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای معطوف به شناسایی عوامل استرس‌زا و آموزش شیوه‌های مقابله با آن‌ها، همچنین شناسایی و مقابله با باورهای غیرمنطقی در زنان باردار می‌توانند راهگشا باشند. به‌ویژه آن‌که نتایج نشان داد که میزان نگرانی‌های دوره بارداری در زنانی که برای اولین بار باردار شده‌اند، به‌طور معناداری بیشتر از زنانی است که برای چندمین بار باردار می‌شوند. این یافته و دلالت‌های ضمنی آن تأکید بر نقش عوامل استرس‌زا، ارزیابی افراد از آن‌ها و همچنین شیوه‌های مقابله و کنار آمدن با آن‌ها را برجسته می‌سازد. احتمالاً بهره‌گیری از رویکردهای شناختی-رفتاری در این زمینه از لحاظ بالینی بسیار سودمند خواهد بود.

تقدیر و تشکر

مؤلف وظیفه خود می‌داند تا از زحمات خانم زهرا ملک‌زاده فارغ‌التحصیل مقطع کارشناسی رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان که در گردآوری داده‌ها همکاری داشته‌اند، تقدیر و تشکر نماید.

References:

1. Talge NM, Neal C, Glover V; Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? J Child Psychol Psychiatry 2007;48:245-61.
2. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annu Rev Psychol 2011;62:531-58.
3. Lobel M, Dunkel-Schetter C. Conceptualizing stress to study effects on health: environmental, perceptual, and emotional components. AnxRes 1990;3:213-30.

از این نگرانی‌ها تعدیل شده و کاهش می‌یابد. تحلیل در سطح مؤلفه‌ها نشان داد که دو گروه فقط از لحاظ مؤلفه نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط تفاوت معنادار داشتند. شاید بتوان مطرح کرد زنانی که برای اولین بار بارداری را تجربه می‌کردند در زمینه تجربه بارداری هیجان داشته و نگران کمیت و کیفیت روابط خود با دیگران به‌ویژه همسر بوده‌اند. بدون شک در زنان دارای تجربه اول بارداری، ورود نفر سوم به خانواده همراه با تغییرات در الگوهای قبلی رابطه زن و شوهر و همچنین انتظارات طرفین خواهد بود. پژوهش حاضر با چند محدودیت روش شناختی مواجه بود: اول این‌که تعداد نمونه نسبتاً کم بود، اگرچه برخی منابع ۲۰۰ نفر را مناسب و ۳۰۰ نفر را خوب می‌دانند، ولی انجام تحلیل عاملی با ۵۰۰ نفر شاید بتواند همین نتایج را با اطمینان بیشتری به دست بدهد. البته باید این نکته را در نظر داشت که پژوهشگر همین تعداد نمونه را نیز در یک بازه زمانی یک‌ماهه و در مراجعات مکرر به دست آورده است. دوم این‌که نمونه پژوهش به لحاظ ابتلا به مسائل یا مشکلات جسمانی یا احتمالاً روان‌شناختی قابل تشخیص، ارزیابی و غربالگری نشده بودند، ممکن است نگرانی‌های زنان باردار در بخشی از آن‌ها به دلیل و به‌عنوان پیامدی از اختلال روانی دیگر باشد. هرچند که سازندگان اصلی (۸) پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری ادعا کرده‌اند که این ابزار فقط استرس اختصاصی مربوط به بارداری را اندازه‌گیری می‌نماید. به‌رحال، ارزیابی گروه نمونه از لحاظ مشکلات روان‌شناختی و ایجاد گروه همگنی از زنان باردار می‌تواند نتایج مطمئن‌تری را فراهم

4. Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw SC. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. Health Psychol 1992;11:32-40.
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
6. Alderdice FA, Lynn FA, Lobel M.A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. J Psychosom Obstet Gynaecol 2012; 33(2): 62-77.
7. Yali AM, Lobel M. Stress-resistance resources and coping in pregnancy. Anxiety Stress Coping 2002;15:289-309.

8. Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. *Midwifery* 2011;27(4):553–9.
9. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Woman's Health* 2009;54:8–17.
10. Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Sandman CA. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychol* 2008;27:43–51.
11. Alderdice F, Lynn F. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. *Br J Midwifery* 2009;17: 552–578.
12. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol* 2008;27(5):604–15.
13. Wadhwa PD. Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30(8):724–43.
14. Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel CJ. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosom Med* 2004;66:762–9.
15. Orr ST, Reiter JP, Blazer DG, James SA. Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosom Med* 2007;69:566–70.
16. Lobel M, Hamilton JG, Cannella DL. Psychosocial perspectives on pregnancy: prenatal maternal stress and coping. *Soc Personal Psychol Compass* 2008;2/4:1600–1623.
17. Kramer MS, Lydon J, Seguin L, Goulet L, Kahn SR, McNamara H, Genest J, et al. Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *Am J Epidemiol* 2009;169:1319–26.
18. Dunkel-Schetter C, Glynn L. Stress in pregnancy: empirical evidence and theoretical issue to guide interdisciplinary researchers. In: Contrada R, Baum A, editors. *Handbook of Stress*. 2nd ed. New York: Springer publishing Company; 2010.
19. Dunkel Schetter C, Lobel M, Baum A, Revenson TA, Singer J. Pregnancy and birth outcomes: A multilevel analysis of prenatal maternal stress and birth weight. *Handbook of Health Psychology*. New York: Psychology Press; 2011.
20. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J Psychosom Res* 1999;47:609–21.
21. Saunders TA, Lobel M, Veloso C, Meyer BA. Prenatal maternal stress is associated with delivery analgesia and unplanned cesareans. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;27:141–6.
22. Mennes M, Stiers P, Lagae L, Van den Bergh B. Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30:1078–86.
23. Buss C, Davis EP, Muftuler LT, Head K, Sandman CA. High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology* 2010;35(1):141–53.
24. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *The State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto; 1970.
25. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Social Behav* 1983; 24:385–96.
26. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress,

- prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol* 2008;27(5):604–15.
27. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(4):858–65.
 28. Roesch SC, Dunkel-Schetter C, Woo G, Hobel CJ. Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety Stress Coping* 2004;17:87–102.
 29. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev* 2004;79:81–91.
 30. Lobel M. Pregnancy and mental health. In: Friedman H, editor. *Encyclopedia of Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press; 1998.
 31. Stanton AL, Lobel M, Sears S, DeLuca RS. Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status and future directions. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:751–70.
 32. Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the Cambridge Worry Scale in early pregnancy. *J Prenatal Perinatal Psych Health* 2007, 20:25–48.
 33. Petersen J, Paulitsch MA, Guethlin C, Gensichen J, Jahn A. A survey on worries of pregnant women - testing the German version of the Cambridge Worry Scale. *BMC Public Health* 2009, 9:490-9.
 34. Zamani Asl Z. Early Adaptation of State-Trait Anxiety Inventory in student of Tehran. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Moallem University; 2006.
 35. Lavasani G. Structural Equation Modeling of Computer Anxiety in Student of Tehran University. *J Psychol Educ* 2003, 35(1): 77-97.
 36. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vogt VR, Jacobs GA. *The State-Trait Anxiety Inventory for adults*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists; 1983.

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF PERSIAN VERSION OF RENATALDISTRESSQUESTIONNAIRE(PDQ)

Yousefi R¹

Received: 20 Jan, 2015; Accepted: 13 Apr, 2015

Abstract:

Background & Aims: The aims of present research was to study psychometric properties of the Prenatal Distress Questionnaire (PDQ) in Iranian sample, which aims to assess worries and concerns related to pregnancy.

Materials & Methods: This is a cross-sectional survey with 242 pregnant women attending in three 29 Bahman, Taleghani, and Shahid Mahallati hospital's in Tabriz. Participants completed the PDQ, CWS, and STAI. Data was analyzed with exploratory factor analysis (principal component analysis with varimax rotation), MANOVA, and Pearson correlation.

Results: Exploratory factor analysis of all 12 items making up the PDQ identified three factors: concerns about birth and the baby, concerns about weight/body image, and concerns about emotions and relationships. PDQ showed that a good concurrent validity, test-retest stability, and internal consistency. Also, comparison of two group (first pregnancy versus several pregnancy) showed that first pregnant women achieved higher scores in PDQ.

Conclusion: The PDQ is a short, easy-to-complete questionnaire that has good psychometric properties. In this study, the three factors identified from the 12 items making up the PDQ are in line with factors found in original version. Present study emphasizes that the instrument could be beneficial in assessment and appraisal of mothers worries in prenatal period.

Key words: Psychometrics, Distress, Pregnancy

Address: Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

Tel: (+98)9144612733

Email: yousefi@azaruniv.ac.ir

¹Assistant Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran