طراحی و ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه سبک و راهبردهای تصمیم‌گیری زنان در مورد سقط یا تداوم بارداری ناخواسته

رقیه نوری زاده[1]، عیسی محمدی[2]*، معصومه سیمبر[3]، احمدرضا باغستانی[4]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۵/۲۳
سال شانزدهم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۳۹۵ صص ۹۹-۸۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۳ آذر ۹۵]

چکیده

مقدمه: طی چرخه زندگی، بسیاری از زنان، بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند، بنابراین مجبور به تصمیم‌گیری در مورد ادامه یا ختم بارداری هستند. با توجه به این مهم و نظر به اینکه تا کنون ابزار اختصاصی جهت سنجش وضعیت تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته طراحی نشده است

روش کار: پژوهشگران بر آن شدند این مطالعه را که از نوع ترکیبی اکتشافی متوالی بود، انجام دهند. براساس مفاهیم اصلی و تعاریف نظری و عملی مستخرج از طریق ۳۱ مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با ۲۳ مشارکت کننده در تبریز، گویه‌های مناسب و مرتبط با مفاهیم طراحی گردید.

یافته ها: مخزن اولیه شامل۴۲ گویه بود که بعد از روان‌سنجی صوری و محتوا به ۳۴ گویه تقلیل یافت. پرسشنامه دارای چهار عامل راهبردهای اجتنابی-توجیهی، مقاومت در پذیرش، راهبردهای تحلیلی و راهبردهای تاییدی بود. این چهار عامل در مجموع ۵۰/۸۱ درصد واریانس را تبیین کردند. هفت گویه به علت نداشتن بار عاملی مناسب حذف شدند و پرسشنامه با ۲۷ گویه نهایی شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، ۰/۸۶ و ضریب همبستگی درون‌گروهی در دو بار اندازه گیری به فاصله دو هفته، ۰/۹۴ بود.

بحث و نتیجه گیری: ابزار طراحی شده، اولین و تنها ابزار اختصاصی معتبر و پایا در حیطه تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته در ایران و جهان است که می‌تواند برای سنجش نحوه تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته و همچنین سنجش نقش مداخلات انجام گرفته در راستای بهبود وضعیت تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته بکار گرفته شود.

کلیدواژه: بارداری ناخواسته، تصمیم‌گیری، پرسشنامه

کد کمیته اخلاق: sbmu2.rec.1394.129

* نویسنده پاسخگو: دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، گروه پرستاری
E-mail: mohamade@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

مقدمه

طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۸، سطح بارداری در جهان ۱۷ درصد کاهش یافت[۱]. سپس طی سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۳ افزایش خفیفی یافت و از ۲۱۱ میلیون به ۲۱۳ میلیون بارداری در سال رسید. از ۲۱۳ میلیون بارداری در سال ۲۰۱۲، ۸۵ میلیون یعنی ۴۰درصد ناخواسته بود. از این تعداد، ۵۰درصد منجر به سقط القایی، ۱۳درصد سقط خودبخودی و ۳۸درصد منجر به تولد برنامه-ریزی نشده، شد[۲]. در آسیا نسبت بارداری خواسته به ناخواسته ۷۸ به ۴۹ بارداری بازاء ۱۰۰۰ زن سنین باروری بوده است[۱]. در ایران، میزان بارداری ناخواسته از ۳۲ درصد سال ۱۳۷۹ به ۲۱ درصد در در سال ۱۳۸۸ رسید و از آن پس، تقریباً در همین حد ثابت ماند [۳]. متوسط میزان پوشش تنظیم خانواده در ایران طبق آخرین آمار رسمی ارائه شده در سال ۱۳۹۱، ۷۸/۶۴ درصد بود که از این تعداد، حدود ۵۶درصد زوجین از روش‌های مدرن تنظیم خانواده استفاده می کردند [۴]. از طرفی، هیچکدام از روش‌های پیشگیری از بارداری ۱۰۰درصد موثر نبوده و علی‌رغم بکارگیری تمامی تدابیر لازم، احتمال وقوع بارداری ناخواسته باز هم مطرح است. لذا با توجه به ماهیت پیچیده باروری، وقوع بارداری ناخواسته غیر قابل اجتناب بوده و طی چرخه زندگی، بسیاری از زنان، بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند، بنابراین مجبور به تصمیم‌گیری در مورد ادامه یا ختم بارداری هستند. اما با این که این فرایند تصمیم‌گیری همواره رخ می‌دهد، تحقیقات کمی بر این فرایند متمرکز شده-اند[۵]. مفهوم تصمیم‌گیری بعنوان یک مفهوم رفتاری بطورکلی، نظریه محور است و دانش و نظریه‌های متفاوت و متعددی در رشته-های مختلف برای تعریف آن ارائه شده است، تصمیم‌گیری در موضوع، موقعیت‌ها، گروه‌ها و زمینه‌های خاص متفاوت است؛ مثلاً در مطالعه حاضر چون فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته از یک سو و از سوی دیگر در جامعه ایرانی با ویژگی فرهنگی و اجتماعی و ... خاص است، با توجه به مطالب فوق کاربست ابزارهای عمومی تصمیم‌گیری در این زمینه مناسب نیست. واقعیت این است که پاسخ‌های احساسی و راه حل‌های انتخابی افراد در مواجهه با تصمیمات تغییر دهنده زندگی متفاوت می‌باشد. برای زنان تصمیم‌گیری در مورد اینکه بارداری را تا پایان حفظ کنند یا آن را ختم نمایند، فرایند پیچیده و دشواری است. تجربه بارداری ناخواسته، ارزش‌ها و اعتقادات افراد مواجه با آن را به چالش می‌کشد. از طرفی، بارداری ناخواسته و تصمیم‌گیری در مورد آن، یک رویداد و محرک استرس‌زای معمول و فردی نیست بلکه رویدادی است که به خانواده و حداقل همسر مرتبط بوده و به موجود زنده دیگری (جنین) نیز مرتبط است؛ از این رو پای قوانین، مقررات شرعی و اجتماعی به میان کشیده می‌شود. بنابراین قطعاً ماهیت پدیده و فرآیند مواجهه آن با دیگر محرک‌ها متفاوت خواهد بود. در مواجهه با بارداری ناخواسته، تصمیم اتخاذی زنان از نیازها و تقاضاهای چندگانه رقابتی نهفته در تجارب آن‌ها ناشی می‌شود؛ لذا شناخت بستر و ابعاد انگیزشی- شناختی موثر بر تصمیم‌گیری ضروری است. کشف روند و سنجش وضعیت تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته جهت درک نیازهای آنها به منظور انجام مداخلات حمایتی در بهبود تصمیم‌گیری‌ها و کاهش پیامدهای جسمی روانی و پشیمانی ضروری است، اما در مروری بر متون، ابزاری که مستقیماً موضوع مدنظر را بسنجد، یافت نشد. نظر به فراوانی موارد بارداری ناخواسته و غیر قانونی بودن سقط القایی در ایران (جز در موارد معدود به دلایل پزشکی)، پیچیدگی روند تصمیم‌گیری و با توجه به چالش ابزاری موجود در این حیطه، مطالعه حاضر در راستای پر کردن خلاء دانش کاربردی موجود در مورد نحوه مواجهه با بارداری ناخواسته براساس تجارب واقعی زنان کشورمان و کشف روند تصمیم‌گیری آنها طراحی گردید؛ تا با انجام یک مطالعه زمینه‌ای، الگو مفهومی زمینه‌ای برای فرایند تصمیم-گیری زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته ارائه شود و ابزار کاربردی مناسب بر اساس این دانش، جهت سنجش وضعیت تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته طراحی و روان‌سنجی گردد. ابزار طراحی شده با آگاه‌سازی سیاست‌گذاران و مراقبان از وضعیت و نحوه تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته، می‌تواند در طراحی بسته‌های کمک تصمیم مناسب و سنجش تاثیر مداخلات بهبود دهنده تصمیم‌گیری‌ها موثر باشد.

مواد و روش کار

سئوال هر پژوهش، تعیین کننده روش و نوع مناسب آن است. این مطالعه در صدد پاسخ‌گویی به دو سئوال یا دستیابی به دو هدف اساسی مرتبط و مکمل است: تبیین فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته و تعیین ابعاد و اجزای سازنده مفهوم فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته. در این راستا این مطالعه در پی تولید گویه‌های مرتبط و روان‌سنجی ابزار بر اساس تعریف تبیین شده است؛ لذا ضروری است دو روش مطالعه،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

متناسب با هر سئوال طراحی گردد. در راستای سئوال اول که درصدد کشف فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته است؛ از مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا استفاده شد. در رابطه با سئوال دوم پژوهش؛ تعیین ابعاد و اجزای سازنده مفهوم فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته و تولید گویه‌های مرتبط بر اساس تعریف تبیین شده صورت می گرفت. جهت روان-سنجی از رویکرد کمی یعنی روش متدلوژیک استفاده شد؛ لذا مطالعه حاضر، یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی می‌باشد که از یک مرحله کیفی شروع شده و در ادامه با یک مطالعه کمی همراه شده است. یکی از کاربردهای اصلی پژوهش ترکیبی، استفاده از آن در ابزارسازی است[۶].

از آنجا که طراحی ابزار معتبر، یک مطالعه و تحقیق علمی تمام عیاری است که دارای چارچوب و مراحل مشخصی است، در این رابطه از رویکرد ساخت ابزار هنجار محور والتز در چهار مرحله استفاده شد[۷]. در مرحله اول، جهت تعریف نظری مفهوم مورد بررسی، از چارچوب ساخت‌گرایی و رویکرد تحلیل محتوا استفاده شد. منظور از مرحله دوم طراحی ابزار، واضح سازی اهداف بر اساس ابعاد و حیطه های مفهوم است. مرحله سوم، شامل طراحی نقشه مسیر که شامل تعیین حیطه های اختصاصی‌تر سازه‌ها و برآورد اولیه گویه‌های لازم برای هر سازه با توجه به زیرسازه‌ها است. مرحله چهارم طراحی ابزار، شامل استخراج و تدوین گویه‌ها، تنظیم قوانین نمره‌دهی و روان‌سنجی ابزار است.

در راستای مرحله اول مطالعه، ۳۱ مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با ۲۳ مشارکت کننده (۱۳ مورد تداوم بارداری و ۱۰ مورد سقط) در تبریز انجام گردید. مشارکت کنندگان، زنان دارای مواجهه اخیر با بارداری ناخواسته (طی ۶ ماه بعد از سقط القایی و یا تداوم بارداری ناخواسته به سن حاملگی بالای ۲۰ هفته تا ۴۰ روز بعد از زایمان) و در محدوده سنی ۱۵ تا ۴۸ سال بودند. منظور از بارداری ناخواسته در این مطالعه، بارداری بود که اصلاً مورد تمایل زنان نبوده و یا برای وقوع آن در آینده برنامه‌ریزی کرده بودند؛ به طوری که بارداری فعلی، بدموقع یا نابهنگام تلقی می‌شد[۳].

روش نمونه‌گیری در بخش کیفی، به روش مبتنی بر هدف بود و نمونه گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. روش گردآوری داده‌ها در این بخش تلفیقی از مصاحبه نیمه ساختار یافته و یادداشت در عرصه بود. ابتدا با زنان دارای مواجهه اخیر با بارداری ناخواسته در مورد اهداف مطالعه، روش و مراحل مصاحبه، صحبت شد. بعلت غیر قانونی بودن سقط القایی در ایران، و حساس بودن بحث در مورد آن پژوهشگر سعی کرد تا با اطمینان بخشیدن نسبت به حفظ اسرار مشارکت کنندگان، آنان را تشویق به بیان تصمیم و تجربیات خود نموده و آن را برای مصاحبه متمایل نماید.. در صورت موافقت به شرکت در پژوهش، از آنان دعوت به مصاحبه می‌شد. مصاحبه با سئوالات باز و کلی انجام شده مانند ("لطفاً اگر ممکن است در مورد بارداری ناخواسته خود برایم صحبت کنید. وقتی اولین بار متوجه این بارداری شدید چه احساسی پیدا کردید؟ در ابتدا چه تصمیمی در مورد بارداری ناخواسته خود داشتید؟ ممکن است برایم بیشتر توضیح دهید که چه شد یا چگونه تصمیم نهایی را گرفتید؟ چرا و چه چیزهای باعث شد که شما به این تصمیم برسید و آنرا عملی کنید؟ آیا در این تصمیم‌گیری و انجام آن با مشکلات و موانعی مواجه بودید؟" شروع می‌شد و بعد با سئوالات اکتشافی و عمق دهنده از قبیل "ممکن است در این مورد بیشتر برایم توضیح دهید؟" منظور شما از این موضوع چیست؟ چرا؟... چگونه؟... و نتیجه این تصمیم یا کار چه شد؟ پی گرفته می‌شد).

تمام مراحل مصاحبه، به صورت دیجیتال ضبط شده و پیاده گردید. فقط در ۵ مورد عدم رضایت به ضبط صدا از یادداشت برداری استفاده شد. اغلب مصاحبه‌ها در اتاق مشاوره نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی- درمانی به محل سکونت مشارکت‌کنندگان، ۴ مصاحبه در دفتر کار ماماها و متخصصان زنان و ۷ مصاحبه در اتاق آموزش زایمان فیزیولوژیک مرکز آموزشی- درمانی طالقانی تبریز بنا به راحتی مددجویان انجام شد. سعی گردید مدت هر مصاحبه برای پیشگیری از خستگی، حدود ۶۰-۴۵ دقیقه و حداکثر ۹۰ دقیقه بود. مصاحبه‌های تکمیلی، اغلب ۲۰-۱۵ دقیقه و بصورت تلفنی بودند. برای شکل‌گیری مفهوم، از ابتدای جمع‌آوری داده‌ها به کدگذاری و تحلیل آنها پرداخته شد. هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی، کدگذاری و تحلیل شد. تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار MAXQDA 2007 انجام می‌شد.

در مرحله بعد، براساس مفاهیم اصلی مربوط به نحوه ادراک و تعاریف نظری و عملی مستخرج از مطالعه کیفی، گویه‌های مناسب و مرتبط با این مفاهیم طراحی گردید. سپس از دو روش کیفی و کمی برای تعیین اعتبار صوری استفاده شد؛ بدین ترتیب که با ۱۰ نفر از زنان دارای بارداری ناخواسته به صورت چهره به چهره مصاحبه شد و موارد سطح دشواری یعنی دشواری در درک عبارات و کلمات، ابهام یعنی احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

یا وجود نارسایی معانی کلمات مورد بررسی قرار گرفت. پس از اصلاح موارد بر اساس نظر آنان، در گام بعدی جهت کاهش و حذف عبارت‌های نامناسب و تعیین اهمیت هر یک از عبارت‌ها، از روش کمی تاثیر گویه (Impact Score) استفاده شد. برای تعیین ضریب تاثیر گویه از ۲۰ نفر از زنان دارای بارداری ناخواسته درخواست گردید تا در مورد میزان اهمیت هر یک از گویه‌ها نظر دهند. سپس، ضریب تاثیر هر گویه محاسبه گردید. در صورتی که نمره تاثیر گویه مساوی و یا بیشتر از مقدار ۱/۵ بود، عبارت، مناسب تشخیص داده شده و حفظ می‌گردد[۸]. در مطالعه حاضر، کمترین مقدار ضریب تاثیر بدست آمده ۱/۵ بود. یعنی همه گویه‌ها در این مرحله، نمره قبولی گرفتند.

جهت اعتبار محتوا، نظرات ۱۵متخصص در حوزه های مامایی و بهداشت باروری و متخصصان زنان و زایمان در مطالعه حاضر کمک گرفته شد؛ بعلاوه از نظرات متخصصان در حیطه ابزارسازی نیز استفاده گردید. متخصصین با توجه به تعاریف نظری و عملی ارائه شده، کامل بودن تعریف نظریه ای، درجه تطابق تعریف عملی با تعریف نظری و توانایی سئوال‌ها در انعکاس ویژگی‌های تعریف نظری هر دامنه را ارزیابی نمودند. بعلاوه نحوه نگارش هر سئوال را بررسی کرده و در صورت نیاز، تغییرات نگارشی مورد نیاز را اعمال نمودند. بعلاوه، گویه‌های اولیه ابزارهای طراحی شده را جهت اطمینان از صحت و پیدا کردن گویه‌های همپوشان و تکراری، مورد بررسی و تایید نهایی قرار دادند. در این مرحله، پنج گویه همپوشان و تکراری از نظر متخصصان حذف گردید.

جهت تحلیل کمی اعتبار محتوا از دو شاخص اعتبار محتوا (CVI) و نسبت اعتبار محتوا (CVR) استفاده شد. جهت قضاوت، انتخاب حداقل ۳-۲ یا بطور معمول ۵ تا ۱۰ و یا گاهی تا ۲۰ نفر متخصص در زمینه مورد نظر کافی است[۱۰، ۹]. با افزایش تعداد متخصصان به بیش از ۱۰ نفر، احتمال توافق شانسی کاهش می‌یابد[۱۱]. در این مطالعه، برای تعیین نسبت و شاخص اعتبار محتوا، از ۱۵ نفر از متخصصان نظرخواهی شد. در این مرحله، گویه‌هایی که نمرات نسبت اعتبار محتوای آن‌ها نسبت به تعداد ۱۵ متخصص، کمتر از حد قابل قبول (۰/۴۹) طبق مقادیر ارزشی ارائه شده در جدول لاوشه (۱۹۷۵) و یا طبق برآوردهای دقیق جدیدتر، کمتر از ۰/۶ بود، مورد بررسی قرار گرفتند[۱۲، ۱۱] و در صورتی که فاقد اعتبار لازم در شاخص اعتبار محتوا و بخصوص بخش مرتبط بودن آن بودند، حذف شدند.

جهت تایید مربوط بودن گویه‌ها از ۱۵متخصص خواسته شد تا هر گویه را بر اساس طیف ۴ قسمتی (نامربوط، نسبتاً مربوط، مربوط و کاملاً مربوط) بررسی نمایند. با این روش (تعیین میزان کمی مربوط بودن گویه‌ها)، اطمینان پیدا نمودیم که گویه‌های ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده‌اند. گویه‌هایی که نمره ۰/۷۹ و بیشتر را کسب کردند، حفظ شده، در گویه‌هایی که نمره بین ۰/۷ تا ۰/۷۸ را کسب نمودند، اصلاح و تجدید نظر به عمل آمده و مابقی حذف گردیدند[۱۴، ۱۳]. سپس بر اساس میانگین نمرات شاخص اعتبار محتوای همه گویه‌های پرسشنامه، متوسط شاخص اعتبار محتوای کل مقیاس محاسبه گردید. حد قابل قبول برای شاخص اعتبار محتوای کل مقیاس با روش محاسبه میانگین(S-CVI/Ave) ۰/۹ بود[۱۴، ۷]. در این مرحله، سه گویه که نمره CVR آنها کمتر از حد قابل قبول بوده و بطور همزمان CVI کمتر از ۰/۷ داشتند، حذف شدند.

در مطالعه حاضر، جهت سنجش شاخص اعتبار محتوا علاوه بر مرتبط بودن، از تعیین کفایت سازه (کافی بودن تعداد گویه‌های هر سازه) نیز استفاده شد. بطوریکه کفایت هر سازه بر اساس طیف چهار قسمتی ناکافی، نسبتاً کافی، کافی و کاملاً کافی مورد سنجش قرار گرفت. کفایت سازه‌ها، به صورت تعداد متخصصان موافق با گزینه‌های کافی و کاملاً کافی برای هر سازه تقسیم بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد. حداقل کفایت سازه ۰/۸ مورد قبول بود[۱۵، ۱۴]. در مطالعه حاضر، شاخص کفایت برای تمام سازه‌ها یک بود؛ به‌طوری‌که هر ۱۵ متخصص، تعداد گویه سازه‌های ابزار سنجش وضعیت تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته را کاملاً کافی گزارش نمودند. اعتبار سازه نمایان‌گر آنست که ابزار بکار رفته تا چه حد ویژگی را می‌سنجد که مبنای نظری دارد. در این مطالعه از تحلیل عاملی اکتشافی برای تعیین اعتبار سازه استفاده شد. جهت تعیین حجم نمونه برای سنجش اعتبار سازه نظرات متعددی وجود دارد اما معمولاً توصیه می‌شود بازای هر گویه، ۱۰-۵ نمونه در نظر گرفته شود[۱۷، ۱۶]. در مطالعه حاضر، بازاء هر گویه، ده نمونه(۳۴۰ نفر) در نظر گرفته شد.

قبل از شروع تحلیل عاملی باید از کفایت نمونه و همبسته بودن داده ها جهت انجام تحلیل عاملی مطمئن شد؛ لذا آماره کایزر- مایر- الکین (KMO) برای اطمینان از کفایت نمونه‌گیری ارزیابی شد. مقدار برون داد KMO بزرگتر از ۰/۷ برآوردی از کفایت تعداد نمونه است. همچنین برای اطمینان از داده برای تحلیل عاملی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی که پایه تحلیل عاملی قرار می-گیرد در جامعه برابر صفر است یا خیر؛ از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. در آزمون کرویت بارتلت اگر مقدار P کمتر از ۰/۰۵ باشد، توانایی عامل بودن داده‌ها تایید می‌شود[۱۸]. در مرحله بعد، محقق باید عامل‌ها را تعیین نمود. انتخاب تعداد عامل‌ها با استفاده از مقادیر ارزش ویژه و نمودار شن ریزه انجام گرفت. در این مطالعه، پژوهشگر جهت دستیابی به عامل‌های مستقل از روش چرخش متعامد نوع واریماکس جهت سهولت تفسیر عامل استفاده کرد. بار عاملی هر سئوال در ماتریس دوران یافته باید حداقل ۰/۳ و ترجیحاً بالاتر باشد و هر یک از عامل‌ها حداقل حاوی سه سئوال باشد[۱۹].

برای سنجش پایایی ابزار در پژوهش حاضر از روش‌های همسانی درونی و ثبات (تکرارپذیری) استفاده گردید. جهت سنجش همسانی درونی ابزار، پس از توزیع پرسشنامه بین ۲۰ نفر از زنان دارای بارداری ناخواسته ۱۵ تا ۴۸ ساله، ضریب آلفای کرونباخ آن تعیین گردید. میزان آلفا کرونباخ ۰/۷ برای ابزارهای تازه طراحی شده، قابل قبول بوده و آلفا کرونباخ ۰/۸ و بیشتر، نشان‌دهنده پایایی خوب ابزار است[۷]. برای ثبات یا تکرارپذیری ابزار از آزمون مجدد و ضریب همبستگی درون‌گروهی(ICC) استفاده شد. در پژوهش حاضر با توزیع پرسشنامه‌ها بین ۲۰ نفر از افراد دارای شرایط ورود به مطالعه، در دو نوبت و در فاصله زمانی دو هفته، ضریب همبستگی سنجیده شد. ضریب همبستگی (پیرسون) بالای ۰/۷و ضریب همبستگی درون گروهی بیش از ۰/۷۵ قابل قبول است[۲۱، ۲۰].

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه کیفی نشان داد که بعلت عدم مقبولیت بارداری ناخواسته، عده ای از زنان، مقاومت در پذیرش بارداری نشان می-دهند و در این راستا به اتخاذ راهبردهای اجتنابی-توجیهی مثل مخفی‌سازی بارداری، جستجوی روش‌های سقط، سعی به توجیه و متقاعدسازی خود و دیگران برای انجام سقط و ... در طرفداری از سقط روی می‌آورند. از طرفی، تعدادی از زنان نیز دچار سردرگمی و عدم قدرت تصمیم‌گیری شده و بر سر انتخاب سقط و تداوم مردد می‌مانند. این عده برای خروج از تردید، اغلب از طریق اتخاذ راهبردهای تاییدی-تحلیلی که شامل جستجوی نظر و تاییدات مهم و نیز ارزیابی و تحلیل گزینه‌های پیش‌رو است، به تحلیل و مشروع سازی تصمیم می‌پردازند. این تعریف، دو کارکرد در ساخت گویه‌ها دارد:

۱) مشخص کننده ویژگی‌ها یا ابعاد تعریفی مفهوم فرایند تصمیم-گیری در دو بعد مقاومت در پذیرش بارداری و "تردید، تحلیل و مشروعیت سنجی تصمیم" است.

۲) مشخص کننده روح و جهت گیری کلی یعنی نحوه انتخاب و بکارگیری یکی از دو گزینه ختم و تداوم بارداری با استفاده از راهبردهای اجتنابی-توجیهی و یا تحلیلی-تاییدی است که در تدوین نوع گویه‌ها تعیین کننده است.

برای اینکه مفهوم و ویژگی‌ها یا ابعاد تعریفی به گویه‌های مناسب و مرتبط تبدیل شوند، ابتدا هر بعد براساس مفهوم حاصل از مطالعه کیفی تعریف می‌گردد و در مرحله بعد گویه‌های مناسب برای سنجش هر یک از مراجع عینی یا عملی به طور پیشنهادی تدوین می‌گردد. مثلاً طبق تعریف، مقاومت در پذیرش بارداری ناشی از عدم آمادگی روحی، ذهنی، جسمی و اقتصادی و احساس ناتوانی جهت برعهده گرفتن مسئولیت والدی (۵ گویه) است که بصورت عدم پذیرش بارداری و تداوم آن از طریق تلاش‌های سنتی جهت انجام سقط، جستجوی راهکار جهت سقط از طریق کارکنان تیم سلامت و یا تجارب مشترک دیگران(۱۰ گویه)، مخفی سازی بارداری(۳ گویه) و نیز مقابله و رویارویی با تعارضات از طریق سعی در جلب حمایت و همراه سازی افراد کلیدی، توجیه‌سازی اقتصادی و اعتقادی (۸ گویه) جهت پیشبرد سقط است.

در این میان، عده‌ای نیز دچار دودلی بوده (۷ گویه) و بر سر انتخاب سقط و تداوم مردد می‌مانند و با اتخاذ راهبردهای تاییدی(۴ گویه)-تحلیلی(۵ گویه) که شامل جستجوی نظر و تاییدات مهم (نظر خانواده، اطرافیان و کارکنان تیم سلامت همراه با جستجوی مجوز و تاییدات شرعی سقط) و نیز ارزیابی پیامدهای پیش‌رو و تحلیل منابع است، به تحلیل و سنجش مشروعیت تصمیم می‌پردازند.

مرحله چهارم ابزارسازی، شامل روان‌سنجی و قوانین نمره‌دهی می-باشد. نتایج مراحل کیفی و کمی اعتبار صوری و محتوای ابزار در نمودار ۱ آمده است. همچنین شاخص اعتبار محتوای کل مقیاس ۰/۹۱ محاسبه گردید که بیانگر تایید این شاخص مهم است.

در راستای اعتبار سازه، با توجه به تعداد گویه‌های پرسشنامه (۳۴ گویه) و با در نظرگرفتن قاعده حد نصاب نمونه‌ها به ازای هر گویه ۱۰ نفر، ۳۴۰ پرسش‌نامه توسط زنانی که تجربه بارداری ناخواسته را داشته و بارداری خود را تداوم و به سن حاملگی بالای ۲۰ هفته رسانده و یا طی ۶ ماه اخیر سقط کرده بودند، تکمیل شد. واحدهای مورد پژوهش در این مرحله با روش نمونه گیری آسان انتخاب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

شدند و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری، وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ شد. بر اساس شاخص کایزر- مایر- الکین ۰/۷۲، تعداد نمونه کافی بوده و صلاحیت مدل از این جهت، مناسب و متعادل بوده و با توجه به معنی‌داری آزمون کرویت بارتلت($P<۰/۰۰۱$)، اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی قابل توجیه بود. به منظور تعیین تعداد عوامل سازنده پرسشنامه از روش تحلیل مولفه‌ها و ارزش ویژه استفاده شد. با توجه به جدول، ۹ عامل با ارزش ویژه بالای یک وجود داشت اما چهار عامل نسبت به بقیه، واریانس بیشتری را به خود اختصاص دادند؛ به طوری که ۵۰/۸۱ درصد تغییرات بیان شده مربوط به چهار عامل اول می‌باشد. نمودار شن ریزه نیز انتخاب چهار عامل را تایید می‌کند؛ چرا که از عامل پنجم به بعد، تقریباً در یک سطح هستند و مقادیر ویژه نسبتاً نزدیکی به یکدیگر دارند(نمودار ۲). . آزمون دوران ماتریس با پیش فرض‌ها و سطح برش متفاوت از ۰/۳ تا ۰/۵ انجام شد. بار عاملی هر سئوال در ماتریس دوران یافته، حداقل ۰/۴ در نظر گرفته شد؛ زیرا در این حالت، گویه‌های نامربوط از عامل‌ها حذف و مناسب‌ترین و منطقی‌ترین توزیع حاصل شد. عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی با استفاده از دوران ماتریس و بار عاملی هر یک از گویه‌ها در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است.هفت گویه به علت نداشتن بار عاملی مناسب حذف شدند. بدین ترتیب سازه‌های مقاومت در پذیرش و "تردید، تحلیل و سنجش مشروعیت تصمیم"، طی تحلیل عاملی اکتشافی، واجد بار عاملی قابل قبول در چهار عامل شدند.

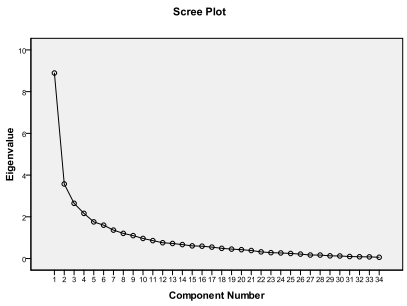
در مجموع، ۲۷ گویه در ۴ عامل سازه‌ای، ۵۰/۸۱ درصد واریانس را تبیین کردند.

ضریب آلفا کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۶ و دامنه آن برای ابعاد پرسشنامه از ۰/۷۶ تا ۰/۸۳ بدست آمد که نشان‌دهنده همبستگی درونی مناسب در هر یک از عامل‌ها و در کل ابزار بود.

در بررسی ثبات ابزار با روش ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۲ محاسبه شد. همچنین ضریب همبستگی درون‌گروهی ابزار طراحی شده، ۰/۹۴ بدست آمد که نشاندهنده ثبات بالای ابزار بود.

با توجه به متفاوت بودن تعداد گویه‌های هر سازه، از فرمول زیر برای استانداردسازی ابعاد و کل ابزار و تبدیل آنها به نمرات صفر تا ۱۰۰ استفاده شد.

$$\frac{\text{(نمره حداقل آن بعد} - \text{نمره کل هر بعد)}}{\text{(نمره حداقل آن بعد} - \text{نمره حداکثر هر بعد)}} \times ۱۰۰ + \text{نمره استاندارد در ابعاد}$$



نمودار : طرح شن ریزه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

جدول ۱: عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی با استفاده از دوران ماتریس

با توجه به تجربه بارداری ناخواسته، عوامل و موارد زیر تا چه اندازه در تصمیم گیری شما وجود و دخالت داشت؟	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴
۱. بعلت تمایل به سقط و احتمال مخالفت و منع اطرافیان از سقط، بارداریم را مخفی می‌کردم.	۰/۵۷۳	۰/۴۳۱		
۲. سعی می‌کردم همسر، خانواده و کارکنان درمانی را برای انجام سقط، متقاعد و همراه سازم.	۰/۷۴۲	۰/۶۲۵		
۳. با خود می‌گفتم؛ سقط در مرحله قبل از ۴۰ روزگی و قبل از پیدایش ضربان قلب، گناه ندارد.	۰/۷۹۹			۰/۵۷۱
۴. با خود می‌گفتم؛ سقط در مرحله قبل از دمیده شدن روح به جنین، اشکال ندارد.	۰/۷۴۸			۰/۴۶۹
۵. با خود می‌گفتم؛ گناه بدنیا آوردن بچه‌ای که امکان تامین رفاهش را ندارم، نسبت به سقط بیشتر است.	۰/۵۳۷		۰/۴۳۵	
۶. اینطور توجیه می‌کردم که من مجبور نیستم بچه‌ای را بدنیا بیاورم و بزرگ کنم که مورد دلخواهم نیست .	۰/۵۲۴			
۷. خود یا همسرم را به خاطر بارداری مقصر دانسته و بعلت سهل‌انگاری در پیشگیری از بارداری سرزنش می‌کردم.	۰/۶۵۶			
۸. خودم را صاحب اختیار جنین دانسته و به خودم اجازه سقط می‌دادم.	۰/۷۱۵			
۹. در مورد روش سقط از کسانی که قبلاً سقط کرده بودند، راهنمایی گرفتم.	۰/۸۲۷			
۱۰. در ابتدا، سعی کردم به روش‌های سنتی (مثل برداشتن بار سنگین، خوردن عرقیجات و داروهای سنتی، کم‌خوری و غیره)، جنین را سقط نمایم.	۰/۶۷۱	۰/۴۱۹		
۱۱. برای انجام سقط به جستجوی پزشکان و ماماهای حرفه‌ای و مطمئن پرداختم.	۰/۷۶۸			
۱۲. احساس می‌کردم از نظر روحی-روانی، توان ادامه بارداری و پذیرش نقش مادری را ندارم.	۰/۵۶۳	۰/۶۸۳		
۱۳. احساس می‌کردم از نظر جسمی، کشش و توان ادامه بارداری را ندارم.		۰/۴۹۹		
۱۴. به محض تشخیص بارداری، عجولانه تصمیم به سقط گرفتم.		۰/۵۶۸		
۱۵. من در ابتدا مصمم به انجام سقط بودم و سعی می‌کردم به افکار و افراد مخالف با سقط توجه نکنم.	۰/۴۷۴	۰/۸۲۷		
۱۶. تصمیم و تلاشم برای سقط همراه با عصبانیت و لجبازی بود.		۰/۷۰۴		
۱۷. بعد از تشخیص بارداری، جهت سقط یا ادامه آن، دودل و مردد بودم.		۰/۶۹۹		
۱۸. نسبت به سرانجام رساندن سقط، شک داشتم.		۰/۶۹۸		
۱۹. قدرت تصمیم‌گیری جهت سقط یا ادامه بارداری را از دست داده بودم.		۰/۷۷۴		
۲۰. با سبک و سنگین کردن شرایط و مقایسه نفع و ضرر سقط یا ادامه بارداری، تصمیم خود را گرفتم.			۰/۵۷۴	
۲۱. با مقایسه میزان توان خود در انجام سقط و در نظر گرفتن خطرات سقط، تصمیم نهایی را گرفتم.			۰/۶۷۳	
۲۲. من با در نظر گرفتن صلاح کل خانواده، تصمیم خود را گرفتم.			۰/۷۵۶	۰/۵۶۳
۲۳. من بعد از ارزیابی منابع اقتصادی خانواده، تصمیم به سقط یا ادامه بارداری گرفتم.			۰/۷۱۸	
۲۴. جهت سقط یا ادامه بارداری به جستجوی نظر و تایید دیگران (خانواده، فامیل، دوستان، کارکنان بهداشتی-درمانی و ...) پرداختم.				۰/۶۸۱
۲۵. جهت سقط یا ادامه بارداری، با معتمدین دینی و روحانیون مشاوره کردم.				۰/۴۸۷
۲۶. برای تصمیم به سقط یا ادامه بارداری، سونوگرافی تعیین سن جنین انجام دادم.				۰/۵۳۵
۲۷. تصمیم گیرنده نهایی خودم بودم.				۰/۶۸۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

بحث و نتیجه‌گیری

ابزار طراحی شده، اولین و تنها ابزار اختصاصی معتبر و پایا در حیطه تصمیم‌گیری در بارداری ناخواسته است، که در ایران و جهان طراحی و روان‌سنجی شده است. علاوه بر اختصاصی بودن ابزار طراحی شده، از دیگر نقاط قوت آن اینست که به راحتی توسط زنان تکمیل می‌گردد؛ به طوریکه اگر هر زنی سواد خواندن زبان فارسی را داشته باشد، قادر به پاسخگویی به سئوالات پرسشنامه خواهد بود. زمان متوسط برای تکمیل آن، بسته به سواد آزمودنی‌ها بین ۵-۳ دقیقه است. پرسشنامه سبک و راهبردهای تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته، دارای۲۷ گویه در ۴ عامل سازه‌ای مقاومت در پذیرش، راهبردهای اجتنابی-توجیهی، راهبردهای تحلیلی و راهبردهای تاییدی است. این ۴ عامل در مجموع، ۵۰/۸۱ درصد واریانس را تبیین کردند. بررسی متون انجام شده، وجود ابزاری اختصاصی در حیطه تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته در جهان را تایید نکرد. ابزارهای تصمیم‌گیری اغلب در حوزه مسائل عمومی طراحی شده‌اند که از جمله آنها می‌توان به پرسشنامه تصمیم گیری فلایندرز (DMQ)، پرسشنامه تصمیم‌گیری ملبورن و پرسشنامه سبک عمومی تصمیم‌گیری(GDMS) با تعداد سازه‌های متفاوت اشاره نمود[۲۲، ۲۳، ۲۴]. پرسشنامه تصمیم‌گیری فلایندرز که توسط مان در سال ۱۹۸۲ بر پایه نظریه تعارض تصمیم‌گیری جانیس و مان طراحی گردیده و الگوهای تطابق و راهبردهای حل تعارض تصمیم را - سنجید، دارای ۳۱ گویه و ۳ سازه هوشیاری، هوشیاری بیش از حد و اجتناب تدافعی (تعلل در تصمیم‌گیری، واگذاری تصمیم به دیگران و متقاعدسازی خود) است. در واقع، پرسشنامه تصمیم‌گیری فلایندرز ۳ الگوی تطابق از مجموع ۵ الگوی تطابق با تعارض مطرح شده توسط جانیس و مان(پیوستگی نامتعارض، تغییر نامتعارض، هوشیاری، هوشیاری بیش از حد و اجتناب تدافعی) را سنجید[۲۲]. مان و همکاران، اعتبار سازه (تاییدی) پرسشنامه تصمیم گیری فلایندرز را در جوامع فرهنگی مختلف (آمریکا، استرالیا، ژاپن، هونگ کونگ، تایوان و نیوزلند) آزمودند که بدلیل عدم تناسب "متقاعدسازی خود" در مدل، این بعد را حذف نموده و پرسشنامه جدیدی تحت عنوان تصمیم‌گیری ملبورن را در ۲۲ گویه و ۴ سازه طراحی و جایگزین پرسشنامه تصمیم‌گیری فلایندرز نمودند[۲۳]. با اینکه سازه "متقاعدسازی خود" طی تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه تصمیم‌گیری فلایندرز حذف گردید اما راهبردهای توجیهی (متقاعدسازی خود و دیگران) یکی از سازه‌های مهم پرسشنامه سبک و راهبردهای تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته است که می‌تواند ناشی از ماهیت خاص تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته و یا تفاوت فرهنگی جامعه مورد پژوهش باشد. تعلل در تصمیم‌گیری، بعنوان یک متغیر شناختی-شخصیتی در الگوهای تصمیم‌گیری مطرح است[۲۵] و وابستگی بعنوان یک بعد مهم شخصیتی مرتبط با تعلل در تصمیم‌گیری گزارش شده است[۲۶]. ماهیت گویه‌های سازه "تعلل در تصمیم-گیری" پرسشنامه‌های تصمیم‌گیری فلایندرز و ملبورن نیز به گونه-ای است که بیشتر جنبه وابستگی شخصیتی را می‌سنجند؛ حال آنکه گویه‌های مربوط به تردید و تعلل در پرسشنامه سبک و راهبردهای تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته(گویه‌های منفی سازه مقاومت در پذیرش)، به ابهام و پیچیدگی در کسب و تحلیل اطلاعات مرتبط می‌شوند. پرسشنامه سبک عمومی تصمیم-گیری که توسط اسکات و بروس در سال ۱۹۹۵ طراحی شد، دارای ۲۵ گویه و ۵ سازه عقلایی(منطقی)، اجتنابی، وابسته، شهودی و بی‌اختیار(آنی) بوده و همبستگی درونی سازه‌های مختلف آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۴ است[۲۴]. در ابزار سبک و راهبردهای تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته، تعدادی از گویه‌های معادل و مشابه با پرسشنامه سبک عمومی تصمیم‌گیری به نوعی در سازه‌های متفاوت آورده شده‌اند. در رابطه با تفاوت بین دو ابزار، در ابزار طراحی شده حاضر، گویه مربوط به تصمیم‌گیری شهودی وجود ندارد. بعلاوه، منظور از راهبردهای اجتنابی در پرسشنامه سبک عمومی تصمیم-گیری، اجتناب از تصمیم‌گیری است. حال آنکه منظور از راهبردهای اجتنابی در مطالعه حاضر، اجتناب از پذیرش بارداری می‌باشد. از طرفی، بدلیل ماهیت خاص و پیچیدگی فرآیند تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته، جستجوی نظر و تایید دیگران، نشانگر شخصیت وابسته فرد تصمیم‌گیرنده نبوده؛ بلکه اغلب در راستای مشاوره جهت تصمیم معقولانه و مقبول است. چون اتخاذ این راهبرد در حیطه شناخت بیشتر است، نام راهبرد تاییدی به آن داده شد. از دیگر ابزارهای مشابه، می‌توان به پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (WCQ) اشاره نمود که توسط فولکمن و لازاروس با ۶۸ گویه در سال ۱۹۸۰ ساخته شد و در سال ۱۹۸۸ مورد تجدید نظر قرار گرفته، با ۶۶ گویه در ۸ سازه رویارویی یا مقابله مستقیم، دوری جویی یا فاصله گرفتن، خویشتن‌داری یا خود کنترلی، جستجوی حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز و اجتناب، حل مسئله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

برنامه‌ریزی شده و باز ارزیابی مثبت نهایی شد. طی اعتبارسنجی ایرانی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای، ۳۳ گویه باقی ماند[۲۷]. در ابزار بومی‌سازی شده، سازه‌های جستجوی حمایت اجتماعی، حل مساله برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت و دوری جویی مشابه ابزار اصلی بود، اما سازه جدیدی با ۳ گویه بنام تفکر مثبت به آن اضافه شد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس فارسی ۰/۸۸ و ضریب آلفای کرونباخ سازه‌های پرسشنامه بین ۰/۷۹ - ۰/۵۳ بود؛ این در حالیست که برای دو عامل سازه‌ای گریز- اجتناب و مسئولیت‌پذیری بدلیل داشتن دو گویه طی فرایند بومی‌سازی، ضریب آلفا کرونباخ محاسبه نشد[۲۸]. در رابطه با تفاوت‌های بین پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای با ابزار طراحی شده حاضر، استفاده از راهبردهای دوری جویی و گریز- اجتناب (از فکر کردن) از قبیل بی‌توجهی و بی‌تفاوتی نسبت به آنچه رخ داده و جدی نگرفتن آن و یا مسافرت جهت دوری از مسئله و فکر نکردن به آن، بدلیل ماهیت مسئله که بی‌توجهی به آن، رشد مسئله (جنین ناخواسته) را در پی دارد، طی فرآیند تصمیم‌گیری در بارداری ناخواسته کاربرد نداشته و به همین دلیل، سازه و گویه‌های معادل در پرسشنامه سبک و راهبردهای تصمیم‌گیری زنان دارای بارداری ناخواسته به چشم نمی‌خورد. در رابطه با راهبردهای مقابله‌ای استانداردی وجود ندارد؛ زیرا متغیری وابسته به عوامل اجتماعی-فرهنگی بوده و بسته به مذهب، گروه اجتماعی، جنس، سن، زمان و تجارب قبلی فرد متغیر است[۲۹]. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، بنظر می‌رسد ماهیت مساله مورد مواجهه نیز باید به لیست عوامل ذکر شده بعنوان تعیین کننده‌های راهبردهای مقابله‌ای اضافه گردد. عدم سنجش وضعیت تصمیم‌گیری زنان و دختران دارای بارداری نامشروع بعلت عدم رضایت به مصاحبه کیفی و عدم شرکت در پژوهش حاضر از محدودیت‌های کاربست پرسشنامه طراحی شده است. اعتبارسنجی ابزار سبک و راهبردهای تصمیم‌گیری در زنان دارای بارداری ناخواسته در جوامع فرهنگی مختلف برای تایید سازه‌ها پیشنهاد می‌گردد. ابزار طراحی شده، اولین و تنها ابزار اختصاصی معتبر و پایا در ایران و جهان در حیطه تصمیم‌گیری در بارداری ناخواسته است. همانطور که انتظار می‌رفت ماهیت گویه‌ها و سازه‌های این ابزار با ابزارهای عمومی تصمیم‌گیری متفاوت می‌باشدکه بدلیل ماهیت خاص مساله مورد بررسی (بارداری ناخواسته) است. با توجه به متفاوت بودن راهبردهای مقابله‌ای افراد بسته به عوامل اجتماعی-فرهنگی(مذهب)، اعتبار سنجی ابزار طراحی شده در جوامع فرهنگی مختلف برای تایید سازه‌ها ضروری بنظر می‌رسد.

سهم نویسندگان

رقیه نوری زاده : اجرا و تحلیل داده‌ها، تدوین مقاله
عیسی محمدی: نظارت بر اجرا و تحلیل داده‌ها، ویرایش مقاله
معصومه سیمبر: نظارت بر تحلیل داده‌ها
احمد رضا باغستانی: مشاور آمار

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی شهیدبهشتی بود. از همکاری‌ها و حمایت مالی آن مرکز و نیز همکاری معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و شرکت‌کنندگان در پژوهش که بدون همکاری آنها انجام این مطالعه امکان‌پذیر نبود، نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes. Studies in Family Planning 2010; 41: 241-50
2. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. Studies in Family Planning 2014; 45: 301-14
3. Erfani A. Levels, Trends, and Determinants of Unintended Pregnancy in Iran: The Role of Contraceptive Failures. Studies in Family Planning 2013; 44, 299–317
4. Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, Radaie Z. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demograpphic and Healh Survey (IrMIDHS) 2010. Ministry of Health and Medical Education: Tehran, 2012
5. Coleman PK, Reardon DC, Strahan T, Cougle J. The psychology of abortion: A review and suggestions

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

for future research. Psychology and Health 2005; 20: 237-271
6. Creswell JW. Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. Pearson: New York, 2012
7. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research. 1 st Edition, Springer: New York, 2010
8. Juniper EF, Guyott,GH, Streiner DL, King DR. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. Journal of Clinical Epidemiology 1997; 50: 233-238
9. Wilson HS. Research in Nursing. 1st Edition, Addison-Wesley:California, 1989
10. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence. 6 th Edition, Saunders Elsevier: St Louis Missouri, 2009
11. Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. Measurement and Evaluation in Counseling and Development 2014; 47: 79–86
12. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology 1975; 28: 563–575
13. Hyrkas K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. International Journal of Nursing Studies 2003; 40: 619–625
14. Polit DF, Beck CT, Owan SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. Research in Nursing & Health 2007; 30: 459–467
15. Grant JS, Davis LL. Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. Research in Nursing & Health 1997; 20: 269–274
16. Nunnally JC. Psychometric theory. 2th Edition, McGraw-Hill: New York, 1978
17. Bryant FB, Yarnold PR. Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In: Grimm LG, Yarnold PR, eds. Reading and understanding multivariate statistics. American Psychological Association: Washington DC, 1995
18. Munro BH. Statistical Methods for Health Care Research. 4th Edition. Lippincott, Williams and Wilkins: Philadelphia, 2006
19. Tabachnick BG, Fidell LS. Principal Components and Factor Analysis Using multivariate statistics. 5th Edition, Allyn & Bacon: Boston MA, 2007
20. Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal and Utilization.16th Editon. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2010
21. Fleiss JL. Reliability of Measurement in The Design and Analysis of Clinical Experiments. 1st Edition,Wiley: New York, 1986
22.http://www.sjdm.org/dmidi/Flinders_Decision_Making_Questionnaire.html, available at: 2016. 4.13
23. Mann L, Burnett P, Radford M, Ford S. The Melbourne Decision Making Questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. Journal of Behavioral Decision Making 1997; 3:10: 1-19
24. Scott SG, Bruce RA. General Decision-making style: The development and assessment of a new measure. Educational and Psychological Measurement 1995; 55: 818-831
25. Ferrari JR, Johnson JL, McCown WG. Procrastination and task avoidance. 1st Edition, Plenum Press: New York, 1995
26. Brim OG, Glass DC, Lavin DE, Goodman N. Personality and decision processes: Studies in the social psychology of thinking. 1st Ediotion, Stanford University Press: Stanford CA, 1962
27. Folkman S, Lazarus RS. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Consulting Psychologists. 1st Edition, Press Palo Alto CA: New York, 1988
28. Padyab M, Ghazinour M, Richter J. Factor Structure of the Farsi Version of the Ways of Coping Questionnaire. Journal of Applied Social Psychology 2012; 42: 2006-2018
29. World Health Organization/EHA. Overview Coping Mechanisms in Emergency Health Training Programme for Africa. 1st Edition, Panafrican Emergency Training Centre: Addis Ababa, 1999

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]

ABSTRACT

Development, and evaluation of validity and reliability of an instrument to measure women's decision-making style and strategies for abortion or continuing with an Unintended Pregnancy

Roghaiyeh Nourizadeh [1], Easa Mohammadi [2*], Masoumeh Simbar[3], Ahmad Reza Baghestani[4]

1. Nursing & midwifery Faculty, TabrizUniversity of Medical sciences, Tabriz, Iran
2. Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Paramedical Faculty, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran
4. Paramedical Faculty, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran

Payesh 2017; 1: 89-99
Accepted for publication: 13 August 2016
[EPub a head of print-3 December 2016]

Objective (s): Many women throughout their life cycle experience unintended pregnancy and need to decide on continuing or terminating it. In addition, elective abortion is illegal and forbidden in some countries and hence, unintended pregnancy is a matter of great sensitivity and importance for women who live in such countries. Currently, there is no measurement tool for assessing women's decision-making status facing an unintended pregnancy. This study aimed to develop and evaluate the psychometric properties of a measure for assessing women's decision-making about their unintended pregnancies.

Methods: The present study was a sequential exploratory study. In the first section, the decision-making process of unintended pregnant women was explored using the content analysis approach. The data were collected through a semi-structured interview by 23 participants in Tabriz. In the second section, items were formed based on the meaning units, which extracted from qualitative section. The validity of the instruments was assessed using face, content and constructs validity. For evaluation of face validity, qualitative and quantitative (item impact score) methods were used. The content validity was assessed by 15 experts. The construct validity was assessed by exploratory factor analysis. The sample size was calculated by multiplying the number of items by ten. Internal consistency, and Intraclass correlation coefficient (ICC) were used to assess the reliability of the instruments.

Results: The instrument had 4 components and 27 items. The components of the instrument included: avoidance-justification strategies, resistance against accepting the pregnancy, analytical strategies and confirmatory strategies. Four components explained 50.81% of variance. The instrument was found to have high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.86$) and adequate test-retest reliability (ICC = 0.94).

Conclusion: The present instrument a valid measure related to unintended pregnant women's decision-making.

Key Words: unintended pregnancy, decision making, questionnaire

[*] Corresponding author: Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University
E-mail: mohamade@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.16.1.9.2]