

# روان‌سنجی پرسشنامه نیازهای روانی بارداری در دوران بارداری

سحر رضایی<sup>۱</sup>، دکتر محمود گودرزی<sup>۲\*</sup>

۱. دانشجوی دکترای مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران.

۲. دانشیار گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷

## خلاصه

**مقدمه:** ارضاء نیازهای روانی در دوران بارداری به‌عنوان احساس رضایت، افزایش استقلال، بهبود تعامل بین دیگران و محیط و افزایش خودبه‌خودی انرژی روانی برای دستیابی به بارداری و زایمانی موفق تعریف می‌شود. مطالعه حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی پرسشنامه نیازهای روانی بارداری انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی، از نظر داده ترکیبی کیفی و کمی (آمیخته) و از نظر روش مطالعه، داده بنیاد است. جامعه آماری شامل زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی زنان و مراکز مامایی در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ شهر کرمانشاه بود که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با معیار ورود تا اشباع نظری ۴۰ نفر انتخاب و تحت مصاحبه عمیق قرار گرفتند. پس از تحلیل مصاحبه‌ها، ابزاری متناسب با بافت ایرانی برای اندازه‌گیری نیازهای روانی بارداری تنظیم شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کیفی از تحلیل محتوا و در بخش کمی از تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی مرتبه اول و دوم و برای سنجش پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شد.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ۶ عامل استخراج شد و بر اساس نتایج تحلیل عاملی تأییدی برازش مدل شش بُعدی نیازهای روانی بارداری تأیید شد. به لحاظ مبانی نظری و محتوای سؤال‌ها، این عوامل با عناوین (حمایت‌طلبی، محبت‌خواهی، انگیزه و امید، درک هیجانی، همدلی و نیاز جنسی) نام‌گذاری شد. همچنین پایایی پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد پرسشنامه نیازهای روانی بارداری، از روایی و پایایی لازم برخوردار است و می‌توان از طریق این ابزار، به سنجش نیازهای روانی زنان باردار پرداخت.

**کلمات کلیدی:** اعتباریابی، بارداری، پایایی، روایی، نیازهای روانی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محمود گودرزی؛ واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران. تلفن: ۰۰۸۷-۳۳۶۲۶۴۵۸، پست الکترونیک:

mg.sauc@gmail.com

## مقدمه

بارداری، فرآیند آماده‌سازی برای زندگی یک موجود زنده در رحم است و دوره‌ای است که مادر دچار تغییرات فیزیکی، روانی و اجتماعی خاصی می‌شود (۱). در دوران بارداری، روابط بین فردی، نقش‌ها، مسئولیت‌ها و حالات عاطفی زنان و همچنین سیستم‌های فیزیولوژیکی آن‌ها بازسازی می‌شود (۲). در طول دوران بارداری، می‌توان با غربالگری در خصوص خطراتی که سلامتی را تهدید می‌کند، مراقبت‌های لازم را برای زنان باردار در زمان مناسب انجام داد. علاوه بر عوامل خطرزای جسمی، عوامل خطر روانی- اجتماعی که می‌توانند بر سلامت زنان باردار تأثیر بسزایی داشته باشند نیز باید در ویژگی‌های دوران بارداری لحاظ شوند (۳). خطرات روانی اجتماعی متأثر از عوامل فیزیکی، روانی، اجتماعی و فرهنگی، این پتانسیل را دارند که هموستاز را به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در طول بارداری و تولد تغییر دهند (۴، ۵). خطرات روانی اجتماعی در دوران بارداری به‌عنوان نیازهای روانی یا اجتماعی یا چالش‌هایی که در زمینه‌هایی مانند زندگی خصوصی، ساختار خانواده و وضعیت شغلی پدیدار می‌شوند، تعریف می‌شود. احساسات و افکار زنان باردار در رابطه با این زمینه‌ها، در آشکارسازی این نیازها و مشکلات و تعیین خطرات روانی اجتماعی برجسته می‌شود (۸-۶). پیگیری و مراقبت که برای حفاظت و حفظ سلامت عمومی اهمیت دارد، باید شامل ارزیابی فیزیکی و روانی اجتماعی و مراقبت جامع باشد. بارداری دوران ویژه‌ای در زندگی زنان است که در بردارنده تغییرات گسترده، خصوصاً از جنبه روحی و روانی است که گاهاً خارج از کنترل بوده و منجر به ایجاد آسیب‌های متفاوتی در سلامتی و بهزیستی مادر و کودک، می‌گردد (۹).

تحقیقات نشان داده‌اند که علی‌رغم اهمیت پیگیری روانی- اجتماعی و مراقبت‌های روانی- اجتماعی در دوران بارداری، این مسئله اغلب در جلسات مراقبت پیش از زایمان مورد غفلت قرار می‌گیرد (۱۰). اگرچه این دوره برای بیشتر زنان دوره مسرت‌بخش تلقی می‌شود، اما اغلب یک دوره پراسترس همراه با تغییرات فیزیولوژی و روانی به حساب می‌آید. در این دوره تغییرات

بیوشیمیایی، فیزیولوژی و آناتومی زیادی در بدن زن رخ می‌دهد (۱۱) که با توجه به نظریه نیازهای موری قابل توجه است. هنری موری از اولین کسانی بود که پژوهش‌های خود را معطوف به نظریه نیازها کرد و معتقد بود که بین انگیزه و دفاع، هیچ تفاوتی وجود ندارد و هر دو در راستای یک هدف هستند (۱۲). مهم‌ترین خدمت موری به نظریه پژوهش در شخصیت، استفاده او از مفهوم نیازها برای توضیح انگیزش و جهت دادن به رفتار انسان است (۱۳). از نظر موری، نیاز شامل یک نیروی زیست- شیمیایی در مغز است که از آن برای سازماندهی فرآیندهای مغزی و ادراکی به‌منظور برآورده ساختن احتیاجات انسان استفاده می‌شود و امکان دارد ضعیف یا قوی و مستمر و دائمی باشد. نیازها به رفتار نیرو می- بخشد و آن را هدایت می‌کند. موری، نیاز را یک نیروی دفاعی و راه‌گشا در رفتار انسان می‌داند (۱۴). موری معتقد بود که نیازها دارای سلسله مراتبی هستند. برخی نیازها ارجح هستند؛ یعنی بر سایر نیازها ارجحیت دارند و اگر برطرف نشوند، به اضطراب تبدیل می‌شوند. موری این موضوع را «غلبه نیاز» و چگونگی ارضاء شدن نیازها را «آمیختگی نیازها» نامیده است (۱۵). نیازهای ثانویه، به‌طور غیرمستقیم از نیازهای اولیه ناشی می‌شوند و ناحیه‌ای مشخص درون بدن ندارند. علت اینکه آن‌ها ثانویه نامیده می‌شوند، کم اهمیت بودن آن‌ها نیست؛ بلکه به این دلیل است که پس از نیازهای نخستین به‌وجود می‌آیند. این نیازها به ارضای عاطفی مربوط هستند و اغلب نیازهای فهرست موری؛ همچون نیازهای پرخاشگری، سلطه‌جویی، طرد، مهرورزی و دنباله‌روی را شامل می‌شوند (۱۶). نیازهای واکنشی و خودجوش در پاسخ به چیز خاصی در محیط ایجاد شده و فقط در صورت ظهور آن چیز برانگیخته می‌شوند. آن‌ها نیازهای خودانگیخته‌ای هستند که هر وقت برانگیخته شوند، مستقل از محیط، رفتار خاصی را فرا می‌خوانند و باعث ایجاد یک رفتار در مقابل یک شیء خاص می‌شوند. دسته آخر به نیازهای کنشی تعلق دارد؛ این نیازها به حضور شیء یا عامل خاصی متکی نیست و خودبه‌خود به‌وجود می‌آیند (۱۵). از طرف دیگر، باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن

فرزند، یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است (۱۷). زنان در طی ۳ ماه اول بارداری، احساس خستگی شدید نموده و افزایش سطح استروژن تا حدودی بی‌ثباتی خلق را در آنان ایجاد می‌کند و در عین حوال پیدایش پیامدهای فیزیولوژیک ناشی از بارداری، به‌ویژه شروع تهوع و استفراغ در این مقطع، بعضاً مادر را بسیار تحت تأثیر قرار داده و توأم شدن این پدیده با نگرانی‌های مختلف از جمله ترس از سقط و تغییر در زندگی روزمره و روابط زوجین، زنان باردار را آشفته می‌نماید (۱۸).

بارداری را می‌توان از طریق یک برنامه مراقبت پیش از بارداری هماهنگ که شامل مراقبت‌های پزشکی و روانی اجتماعی است، افزایش داد؛ به این ترتیب، به‌دلیل شیوع بالای اختلالات افسردگی و اضطراب در زنان، سلامت روان زنان باردار باید دغدغه اصلی توجه به نیازهای روانی بارداری باشد. هلندر (۲۰۰۰) بروز ۲۱٪ افسردگی و ۳۴٪ اختلالات اضطرابی را در زنان گزارش کرد که ممکن است با بارداری تشدید شود (۱۹). اضطراب خاص بارداری ممکن است به‌دلیل نگرانی زن در مورد بارداری، تغییرات فیزیکی و زایمان رخ دهد.

آماده‌سازی قبل از بارداری باید به‌عنوان یک سیاست ملی به همه زنان متأهل ارائه شود. غربالگری در دوران بارداری با هدف شناسایی و پیشگیری از عوارض جانبی مادر و نوزاد و انجام مداخله زودهنگام بسیار مهم است. در طول غربالگری، باید فعالانه به نگرانی‌ها و نیازهای زنان باردار گوش داده شود. چیترا و همکار (۲۰۱۵) بیان کردند، مراقبت‌های دوران بارداری معمولاً به شکلی از ارزیابی و مراقبت فیزیکی معمول با ارزیابی و مراقبت روانی اجتماعی محدود یا بدون ارائه می‌شود (۲۰).

ارزیابی نادرست از شرایط روانی اجتماعی زنان باردار ممکن است منجر به عدم حمایت روانی اجتماعی ارائه شده به این گروه از افراد شود. زنان بارداری که فاقد حمایت روانی اجتماعی هستند، ممکن است در دوران بارداری و زایمان خود استرس داشته باشند. این تغییرات ممکن است آسیب‌پذیری زن را در برابر افسردگی افزایش دهد که به‌نوبه خود ممکن است اثرات نامطلوبی بر سلامت مادر و جنین داشته باشد. مراقبت‌های حمایتی در طول زایمان ممکن است اثرات مثبت

طولانی‌مدتی داشته باشد و ممکن است برخی زنان را از یک تجربه منفی طولانی‌مدت زایمان محافظت کند. به گفته اوکین و همکار (۲۰۰۷)، حمایت روانی اجتماعی نه‌تنها میزان نارس بودن و وزن کم هنگام تولد را کاهش می‌دهد، بلکه رفتارها و سبک زندگی سالم‌تری را در زنان باردار الهام می‌بخشد و از رفتارهایی مانند سیگار کشیدن، سوء مصرف مواد و مصرف ناکافی تغذیه جلوگیری می‌کند که می‌تواند مضرات دیگری داشته باشد (۲۱). برخورداری از حمایت روانی اجتماعی زنان باردار مستلزم یک رویکرد چندسطحی است که شامل تقویت شرکاء و خانواده‌ها و افزایش ظرفیت سیستم با اطمینان از در دسترس بودن منابع است. مداخلات باید حمایت ارائه شده در شبکه اجتماعی موجود زنان را تقویت کند تا باورها و ارزش‌های فرهنگی زن حفظ شود. در مطالعه ایمنی و همکاران (۲۰۲۲) تحت عنوان "تبیین نقش عوامل تنش‌زا در مادران باردار نخست‌زای سزارینی: یک مطالعه کیفی" بعد از تجزیه و تحلیل، ۸ مضمون فرعی و ۳ مضمون اصلی به‌دست آمد که ۳ مضمون به‌دست آمده شامل: عدم آگاهی مادران، مشکلات ارتباطی کارکنان و نیازهای روانی مادر بودند که از اصلی‌ترین عوامل تنش‌زا در مادران باردار نخست‌زای سزارینی به‌شمار می‌آیند (۲۲). مطالعه حاج‌نصیری و همکاران (۲۰۱۷) تحت عنوان "بررسی ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روان در زنان باردار" نشان داد با توجه به شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی و روانی در بارداری، زنان باردار و همسرانشان به مشاوره درباره تغییرات جسمی و روحی در دوران بارداری نیاز دارند (۲۳). دباغ فکری و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود تحت عنوان "بررسی سلامت روان زنان ایرانی در دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن: یک مطالعه مروری" بیان داشتند که سلامت روان، نیاز اولیه انسان و اساس کارکرد موفق افراد در جوامع است (۲۴). لذا اهمیت پرداختن به نیازهای روانی بارداری برای سلامت روان‌شناختی زنان در موقعیت‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی بسیار حائز اهمیت است؛ چراکه زنان باردار به‌علت شرایط ناآشنا و خطیری که تجربه می‌کنند، در معرض اضطراب و استرس زیادی قرار دارند؛ بنابراین

به‌صورت هدفمند با معیار ورود داشتن سابقه بارداری و سن ۴۵-۲۵ سال انجام شد که تا اشباع نظری، ۴۰ نفر انتخاب و تحت مصاحبه عمیق قرار گرفتند. جهت بررسی روایی محتوایی سؤالات، جامعه آماری شامل اساتید روان‌شناسی و مشاوره بود که به‌صورت هدفمند با معیار ورود داشتن مدرک دکترا و داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار مرتبط با خانواده تا اشباع نظری ۱۵ نفر انتخاب شدند. اطلاعات به‌دست آمده از مصاحبه، منجر به شناسایی مؤلفه‌ها و شاخص‌های مقیاس نیازهای روانی بارداری شد. تعداد ۳۶ سؤال برای اندازه‌گیری ۶ مؤلفه نیازهای روانی بارداری شناسایی شد، سپس جهت اعتبار محتوا توسط متخصصان مورد بررسی قرار گرفت و ۸ سؤال حذف گردید. پس از بررسی اعتبار محتوا و حصول اطمینان لازم، پرسشنامه به‌صورت مقدماتی ابتدا بر روی نمونه ۳۰ نفری از جامعه آماری اجرا شد. هدف از این مرحله، بررسی وضوح و ابهام سؤال‌ها و در صورت لزوم، اعمال تغییرات مورد نیاز بود که در پایان این مرحله ۶ سؤال حذف گردید؛ بنابراین پس از تحلیل مصاحبه‌ها و بر اساس مؤلفه‌های استخراج شده از مصاحبه، ابزاری متناسب با بافت ایرانی برای اندازه‌گیری نیازهای روانی بارداری تنظیم شد. با توجه به‌وضوح سؤال‌ها و عدم ابهام در این خصوص، پرسشنامه ۲۲ سؤالی در بین ۲۰۰ نفر اجرا و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی سؤال‌های پژوهش، از شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و آزمون‌های استنباطی شامل تحلیل محتوا، تحلیل عاملی اکتشافی، تأییدی مرتبه اول<sup>۱</sup>، تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم<sup>۲</sup> و برای سنجش میزان پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. جهت بررسی روایی سازه پرسشنامه از آزمون تحلیل اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و مرتبه دوم و جهت بررسی همسانی درونی آن نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

شناخت نیازهای روانی آنها در این دوران می‌توان بسیار راه‌گشا باشد. بر اساس این اهمیت، انجام پژوهش‌هایی که بتواند به غنای علمی و تخصصی در این زمینه بیافزاید، ضروری است. این امر فقط با انجام تحقیقات در این زمینه میسر خواهد شد؛ که متأسفانه تحقیقات اندکی در این حوزه در رابطه با زنان باردار انجام گرفته است؛ بنابراین با توجه به نظریه‌های انگیزشی و تأثیر تغییرات فیزیولوژیکی در بروز نیازها و تغییراتی که با شروع بارداری در بدن یک زن اتفاق می‌افتد، به‌نظر می‌رسد نیازهای تغییراتی ایجاد شود و با توجه به اهمیت این دوره و تأثیری که در رشد فرزندان دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف استخراج مؤلفه‌های نیازهای روانی بارداری و ساخت و اعتباریابی پرسشنامه نیازهای روانی بارداری انجام شد.

## روش کار

هدف از پژوهش حاضر، ساخت و اعتباریابی پرسشنامه نیازهای روانی بارداری بود. روش پژوهش حاضر از نظر اهداف؛ کاربردی و از نظر داده، کیفی و کمی (آمیخته) و از نظر ماهیت و نوع مطالعه، داده بنیاد (گراند تئوری)<sup>۱</sup> است. نظریه‌پردازی داده بنیاد گراند تئوری، یک روش‌شناسی «استقرائی» کشف نظریه است که این امکان را برای پژوهشگر فراهم می‌آورد تا گزارشی نظری از ویژگی‌های عمومی موضوع پرورش دهد، در حالی که به‌طور همزمان، پایه این گزارش را در مشاهدات تجربی داده‌ها محکم می‌سازد.

به‌طور کلی، پژوهش حاضر طی دو مرحله انجام شد. در مرحله اول، محقق به شناسایی شاخص‌های نیازهای روانی بارداری پرداخت و پس از کدگذاری و تحلیل مصاحبه‌ها و بر اساس مؤلفه‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها، ابزاری متناسب با بافت ایرانی برای اندازه‌گیری نیازهای روانی بارداری تنظیم کرد و در مرحله دوم، به بررسی اعتبار و روایی ابزار ساخته شده پرداخت. جامعه آماری در بخش اول جهت شناسایی مؤلفه‌ها به‌منظور تهیه ابزار، شامل زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی زنان و مراکز مامایی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ شهر کرمانشاه بود که نمونه‌گیری

<sup>۱</sup> Grounded theory

<sup>۱</sup> در تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول یا First order confirmatory factor analysis، رابطه عامل یا عامل‌ها (متغیرهای پنهان) با گویه‌ها (متغیرهای مشاهده‌پذیر) مورد سنجش قرار می‌گیرد. در این روش هیچ‌گونه رابطه‌ای بین متغیرهای پنهان مورد بررسی قرار نمی‌گیرد. این نوع مدل اندازه‌گیری، صرفاً برای اطمینان از آن است که متغیرهای پنهان درست اندازه‌گیری شده‌اند. در فاکتور آنالیز تأییدی مرتبه اول می‌توان رابطه یک عامل با چند گویه یا چندعامل با چند گویه را مورد بررسی قرار داد.

<sup>۲</sup> - تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم یا Second order confirmatory factor analysis زمانی که یک سازه بزرگ، از چند متغیر پنهان تشکیل شده باشد، استفاده می‌شود. در این روش علاوه بر بررسی رابطه متغیرهای مشاهده‌پذیر با متغیرهای پنهان، رابطه متغیرهای پنهان با سازه اصلی خود نیز بررسی می‌شود.

قبل از تحلیل عاملی، باید پیش‌فرض‌هایی را رعایت کرد که مشخص شود آیا تحلیل عاملی مجاز است یا خیر؟ یکی از این پیش‌فرض‌ها،  $KMO^1$  است. اگر مقدار این آماره بزرگ‌تر از  $0/6$  باشد، اجرای تحلیل عاملی بلا مانع است. در این مطالعه مقدار  $KMO$  برای پرسشنامه برابر است با  $0/89$  بود که تحلیل عاملی را مجاز می‌کند. آزمون دیگر، آزمون برتلت است که نشان می‌دهد داده‌ها

برای تحلیل عاملی مناسب هستند یا خیر؟ اگر میزان معناداری این آزمون کمتر از  $0/05$  باشد، تحلیل عاملی برای شناسایی ساختار (مدل عاملی) مناسب است. در مطالعه حاضر با توجه به اینکه این میزان  $0/01$  به دست آمد، لذا تحلیل عاملی برای شناسایی مدل عاملی مناسب بود (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج بررسی پیش‌شرط‌های استفاده از تحلیل عاملی و سایر آزمون‌های پارامتریک

آزمون کولموگروف اسمیرنوف	آماره Z	۱/۰۵۰
سطح معناداری	۰/۲۲۰	
شاخص کفایت نمونه‌گیری کیزر-میر-اولکین	۰/۸۹۴	
مجذور کای	۱/۹۷۱	
آزمون کرویت بارتل	درجه آزادی	۱۵
سطح معناداری	۰/۰۰۰	

## یافته‌ها

### بخش کیفی

**روایی محتوایی:** بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده و تجمیع یافته‌های اساتید و متخصصان حوزه خانواده و پس از کدگذاری و تحلیل مصاحبه‌ها، ابزاری متناسب با بافت ایرانی برای اندازه‌گیری نیازهای روانی بارداری تنظیم شد که متشکل از ۶ بُعد شامل حمایت‌طلبی، محبت‌خواهی، انگیزه و امید، درک هیجانی، همدلی و نیاز جنسی می‌باشد. روایی محتوایی نشان داد امتیاز

CVR هر ۲۲ آیتم از عدد جدول لاوشه ( $0/63$ ) بزرگ‌تر است. بر اساس نتایج محاسبه CVI، ۱۵ آیتم نمره CVI بالاتر از  $0/78$  داشت، لذا مناسب تشخیص داده شدند. ۷ آیتم باقی‌مانده نمره CVI بین  $0/71-0/78$  داشتند که به اصلاح و بازنگری نیاز داشتند که در این موارد اصلاحات انجام شده مجدداً تحت بررسی قرار گرفت و توانست نظر متخصصان را جلب نماید.

### پرسشنامه نیازهای روانی بارداری

جدول ۱- ابعاد و شاخص‌های به‌دست آمده از نظرات صاحب‌نظران

سؤال	عبارت‌ها	مؤلفه
۱	تمایل دارم زمانی که با نگرانی‌های مادر شدن روبرو می‌شوم، حمایت شوم.	حمایت‌طلبی
۲	هنگامی که پذیرش مسئولیت در قبال فرزندم مرا آشفته می‌کند، کسی تکیه‌گامم باشد.	
۳	هنگامی که می‌ترسم فرزندم زودتر از موعد به دنیا بیاید، کسی به من آرامش بدهد.	
۴	هنگامی که در دوران بارداری ترس از مرگ آزارم می‌دهد، کسی مراقبم باشد.	
۵	تمایل دارم هنگامی که نگران افزایش وزن و از دست دادن زیباییم هستم، کسی به من آرامش دهد.	محبت‌خواهی
۶	در این دوران هنگامی که نگران سلامتی نوزادم هستم، به من آرامش داده شود.	
۷	در دوران بارداری دوست دارم بیشتر مورد محبت اطرافیانم واقع شوم.	
۸	در دوران بارداری نیاز دارم مورد توجه و محبت بیشتر از سوی همسرم قرار بگیرم.	
۹	زمانی که می‌ترسم نتوانم ۹ ماه بارداری را به‌طور کامل سپری کنم، کسی به من امید دهد.	انگیزه و امید
۱۰	هنگامی که می‌ترسم فرزندم مرده یا ناقص به دنیا بیاید، کسی به من امید دهد.	
۱۱	زمانی که نگرانم بارداری باعث افزایش مشکلات جسمی من شود، کسی به من امید دهد.	
۱۲	هنگامی که درباره فرزندآوری دچار تردید می‌شوم، کسی امیدوارم کند.	درک هیجانی
۱۳	هنگامی که درباره آینده مبهم فرزندم نگرانم، کسی به من امید دهد.	
۱۴	در این دوران تمایل دارم وقتی بی‌قرارم، تنه‌ایم نگذارند.	



<sup>۱</sup> شاخص  $KMO$  که مخفف ( Kaiser-Meyer-Olkin Measure of sampling adequacy ) است، شاخصی از کفایت نمونه‌گیری است که کوچک بودن همبستگی جزئی بین متغیرها را بررسی می‌کند و از این طریق مشخص می‌کند آیا واریانس متغیرهای پژوهش، تحت تأثیر واریانس مشترک برخی عامل‌های پنهانی و اساسی است یا خیر؟

سؤال	عبارت‌ها	مؤلفه
۱۵	هنگامی که بی‌خواب می‌شوم، در کم کنند.	
۱۶	هنگامی که عصبانی می‌شوم، در کم کنند.	
۱۷	هنگامی که دچار حالات بدمزاجی‌ام، در کم کنند.	
۱۸	کسی را داشته باشم که بتوانم از مشکلاتم به او بگویم.	
۱۹	هنگامی که می‌ترسم به‌واسطه بارداری ناراحتی‌هایم روزبه‌روز بیشتر شود، کسی با من همدلی کند.	همدلی
۲۰	هنگامی که در دوران بارداری دل‌تنگ می‌شوم، کسی با من صحبت کند.	
۲۱	در دوران بارداری نیاز دارم همسرم من را در آغوش بگیرد.	
۲۲	با توجه به نوسانات هورمونی در دوران بارداری به نیاز جنسی من متناسب با این دوران پاسخ داده شود.	نیاز جنسی

جدول ۲- پایایی، میانگین و انحراف استاندارد متغیر مؤلفه‌های نیازهای روانی بارداری

مؤلفه‌ها	سؤال	پایایی	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد نمونه
حمایت‌طلبی	۱ تا ۶	۰/۸۱۲	۳/۸۶۵	۰/۸۱۵	۲۰۰
محبت‌خواهی	۷ و ۸	۰/۷۹۷	۳/۷۹۵	۰/۸۵۳	۲۰۰
انگیزه و امید	۹ تا ۱۳	۰/۷۸۱	۳/۸۷۱	۰/۸۲۸	۲۰۰
درک هیجانی	۱۴ تا ۱۷	۰/۸۲۴	۳/۸۱۷	۰/۷۸۲	۲۰۰
همدلی	۱۸ تا ۲۰	۰/۷۹۸	۳/۶۹۰	۰/۸۴۱	۲۰۰
نیاز جنسی	۲۱ و ۲۲	۰/۷۰۱	۳/۶۷۵	۰/۶۸۵	۲۰۰
پایایی کل (نیازهای روانی بارداری)	۱ تا ۲۲	۰/۸۲۷	۳/۸۱۰	۰/۷۰۸	۲۰۰

### تحلیل عاملی اکتشافی

بعد از تأیید پیش‌فرض‌های تحلیل عاملی، فرآیند تحلیل عاملی اکتشافی که شامل دو ستون اشتراکات اولیه و اشتراکات استخراجی بود، محاسبه شد (این اشتراکات باید برابر با ۱ باشند). هرچه این مقدار استخراجی بالاتر باشد، قدرت تبیین یافتگی آن سؤال بیشتر خواهد بود و می‌توان سؤالاتی که مقدار اشتراک استخراجیشان کمتر از ۰/۰۴ است را حذف کرد. با توجه به یافته‌های حاصل از ۳۶ سؤال، تعداد ۲۲ سؤال مورد تأیید قرار گرفت.

گویه‌ها با توجه به همسانی درونی جمع‌بندی و در یک مؤلفه قرار گرفته و نام‌گذاری مؤلفه‌ها با توجه به تجارب پژوهشگران عناوین انتخاب و جهت تأیید عناوین مؤلفه‌ها، نظرخواهی از متخصصان صورت گرفت. گویه‌های پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (همیشه، اغلب، گاهی، به‌ندرت، هیچ‌گاه) و شیوه نمره‌گذاری آن‌ها از ۵ تا ۱ بود؛ به‌طوری‌که به همیشه عدد ۵ و به هیچ‌گاه نمره صفر تعلق گرفت.

### بخش کمی

**روایی سازه:** جهت روایی سازه از روش‌های آماری تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم استفاده شد.

جدول ۴- مشخصه‌های تحلیل عاملی اکتشافی بر اساس گویه‌ها

مجموع مجذورات بارهای مؤلفه‌های چرخش یافته	استخراج مجموع بارهای مربعی			مقادیر ویژه اولیه		ابعاد
	کل	درصد	واریانس	کل	درصد	
۰/۹۱۴	۴/۳۰۰	۷۱/۵۷۴	۷۱/۶۷۴	۴/۳۰۰	۷۱/۶۷۴	حمایت‌طلبی
۰/۸۹۹	۰/۷۸۴	۷۱/۵۷۴	۱۳/۰۶۵	۰/۷۸۴	۸۴/۷۳۹	محبت‌خواهی
۰/۹۲۸	۰/۳۶۷	۷۱/۵۷۴	۶/۱۲۱	۰/۳۶۷	۹۰/۸۶۰	انگیزه و امید
۰/۸۹۶	۰/۲۳۹	۷۱/۵۷۴	۳/۹۸۷	۰/۲۳۹	۹۴/۸۴۷	درک هیجانی
۰/۸۷۶	۰/۱۶۳	۷۱/۵۷۴	۲/۷۱۲	۰/۱۶۳	۹۷/۵۶۰	همدلی
۰/۵۲۷	۰/۱۴۶	۷۱/۵۷۴	۲/۴۴۰	۰/۱۴۶	۱۰۰/۰۰	نیاز جنسی

در این پژوهش با توجه به اینکه چرخش به شیوه آبلیمین<sup>۱</sup>، تصویری ساده‌تر و روشن‌تر از روابط موجود بین ویژگی‌ها را به‌دست می‌داد، برای دستیابی به ساختار ساده عامل‌ها، از این شیوه چرخش استفاده شد. چنانچه ملاحظه می‌شود نتیجه تحلیل اکتشافی، استخراج ۶ عامل بود. در ادامه درصد واریانس شده هر عامل پس از چرخش در جدول ۵ آورده شده است که بر

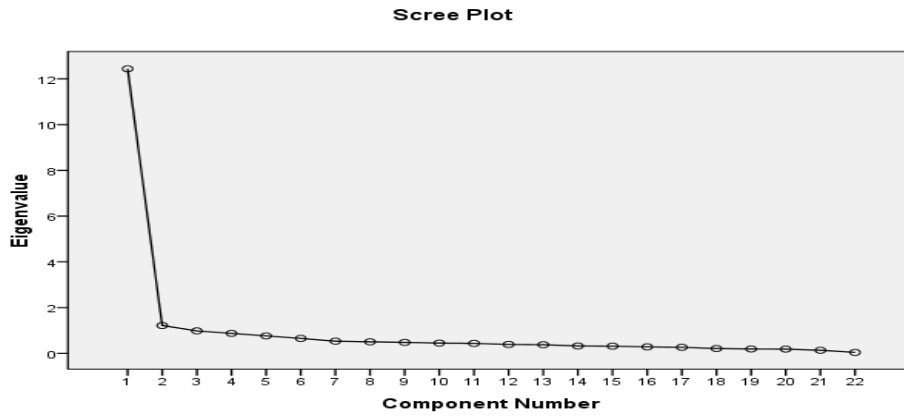
اساس آن، مقادیر همبستگی بین ۱- و ۱+ نوسان داشت و برای هر گویه، بزرگ‌ترین بار مؤلفه آن بر روی مؤلفه‌ها در نظر گرفته می‌شد. در جدول شماره ۶ بزرگ‌ترین بارهای مؤلفه‌های گویه‌ها بر روی هر مؤلفه نشان داده شده است. گویه‌هایی که با هم بیشترین بار را روی یک مؤلفه داشتند، تشکیل آن مؤلفه را می‌دادند.

جدول ۵- مشخصه‌های تحلیل عاملی اکتشافی برحسب سؤالات

سؤال	مقادیر ویژه عامل اولیه			مقادیر ویژه عوامل استخراجی			مقادیر ویژه عوامل استخراجی با چرخش			مجموع مجزورات بارهای مؤلفه‌های چرخش یافته
	کل	درصد واریانس	واریانس تجمعی	کل	درصد واریانس	واریانس تجمعی	کل	درصد واریانس	واریانس تجمعی	
۱	۱۲/۴۳۹	۵۶/۵۴۰	۵۶/۵۴۰	۱۲/۴۳۹	۵۶/۵۴۰	۵۶/۵۴۰	۱۰/۵۷۷	۴۸/۰۷۷	۴۸/۰۷۷	۰/۷۵۷
۲	۱/۲۱۵	۵/۵۲۱	۶۲/۰۶۱							۰/۷۴۳
۳	۰/۹۸۰	۴/۴۵۶	۶۶/۵۱۷							۰/۷۵۸
۴	۰/۸۷۲	۳/۹۶۳	۷۰/۴۷۹							۰/۸۰۴
۵	۰/۷۶۱	۳/۴۶۰	۷۳/۹۳۹							۰/۷۶۵
۶	۰/۶۵۱	۲/۹۶۰	۷۶/۸۹۹							۰/۷۹۰
۷	۰/۵۳۱	۲/۴۱۲	۷۹/۳۱۱							۰/۷۵۱
۸	۰/۵۰۲	۲/۲۸۳	۸۱/۵۹۴							۰/۸۰۴
۹	۰/۴۷۸	۲/۱۷۱	۸۳/۷۶۵							۰/۷۹۴
۱۰	۰/۴۴۸	۲/۰۳۶	۸۵/۸۰۱							۰/۷۱۴
۱۱	۰/۴۳۴	۱/۹۷۴	۸۷/۷۷۵							۰/۸۸۴
۱۲	۰/۳۸۸	۱/۷۶۳	۸۹/۵۳۹	۱/۲۱۵	۵/۵۲۱	۶۲/۰۶۱	۳/۰۷۷	۱۳/۹۸۴	۶۲/۰۶۱	۰/۸۲۴
۱۳	۰/۳۷۵	۱/۷۰۷	۹۱/۲۴۵							۰/۸۱۶
۱۴	۰/۳۲۰	۱/۴۵۵	۹۲/۷۰۱							۰/۶۵۱
۱۵	۰/۳۱۳	۱/۴۲۳	۹۴/۱۲۳							۰/۷۴۴
۱۶	۰/۲۸۳	۱/۲۸۵	۹۵/۴۰۸							۰/۷۹۵
۱۷	۰/۲۶۲	۱/۱۹۱	۹۶/۵۹۹							۰/۷۹۷
۱۸	۰/۲۰۸	۰/۹۴۴	۹۷/۵۴۳							۰/۷۴۶
۱۹	۰/۱۸۷	۰/۸۵۱	۹۸/۳۹۴							۰/۷۵۰
۲۰	۰/۱۸۳	۰/۸۳۱	۹۹/۲۲۵							۰/۷۴۲
۲۱	۰/۱۳۲	۰/۵۹۹	۹۹/۸۲۴							۰/۷۰۰
۲۲	۰/۰۳۹	۰/۱۷۶	۱۰۰/۰۰۰							۰/۰۴۷

نتایج نشان داد سؤالات مربوط به پرسشنامه برای اندازه‌گیری ابعاد مناسب هستند.

<sup>1</sup> Spinning in the Abelinin style



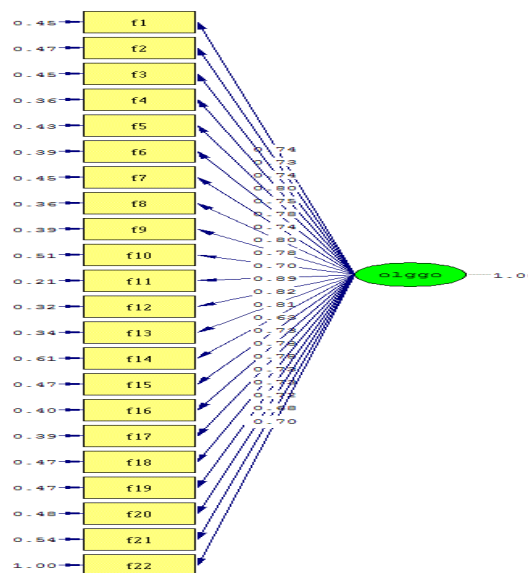
نمودار ۱- نمودار شیب‌دار مجموعه سؤال‌های مقیاس

در ادامه نتایج تحلیل عاملی تأییدی آورده خواهد شد.

جدول ۶- ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های استخراج شده بعد از چرخش

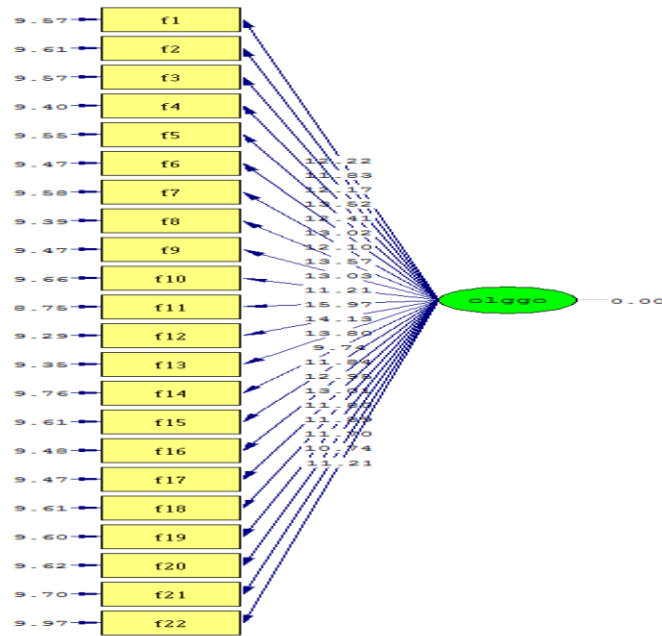
مؤلفه‌ها						گویه‌ها
۶	۵	۴	۳	۲	۱	
					۱	حمایت‌طلبی
				۱	۰/۸۰۵	محبت‌خواهی
			۱	۰/۷۹۰	۰/۸۳۷	انگیزه و امید
		۱	۰/۸۲۳	۰/۶۸۱	۰/۷۸۲	درک هیجانی
	۱	۰/۷۶۹	۰/۷۶۷	۰/۶۶۹	۰/۷۵۱	همدلی
۱	۰/۴۲۶	۰/۴۰۸	۰/۳۷۹	۰/۳۸۴	۰/۳۴۴	نیاز جنسی

شیوه استخراج: آنالیز مؤلفه‌های اساسی شیوه چرخش: پرومکس با نرمال‌سازی کیزر  
تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم



نمودار ۲- مدل در حالت استاندارد برای متغیر نیازهای روانی (تحلیل عاملی مرتبه اول)

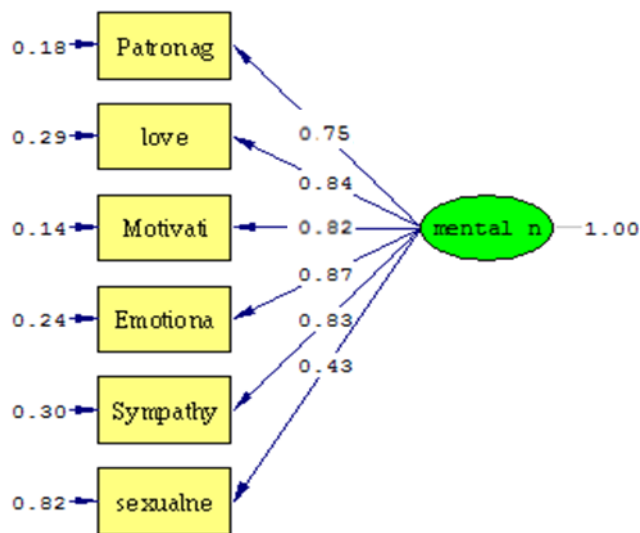




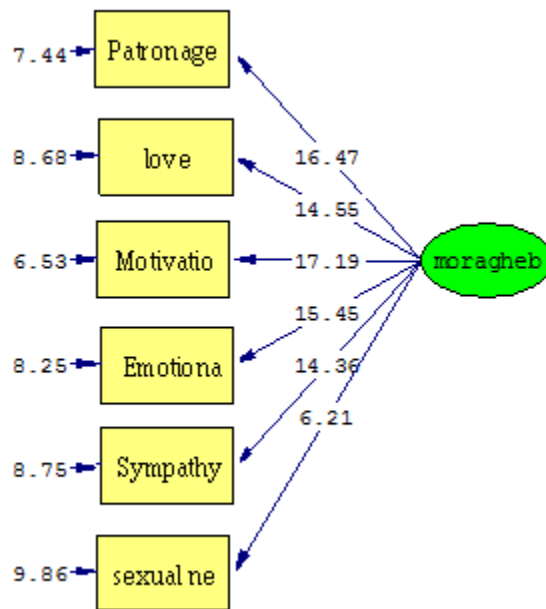
نمودار ۳- مدل در حالت معناداری برای متغیر الگوی مراقبت پیش از بارداری (تحلیل عاملی مرتبه اول)

جدول ۷- نتایج تحلیل عاملی تأییدی

ردیف	سؤال‌ها	بار عاملی	مقدار t
۱	تمایل دارم زمانی که با نگرانی‌های مادر شدن روبرو می‌شوم، حمایت شوم.	۰/۷۴	۱۲/۲۲
۲	هنگامی که پذیرش مسئولیت در قبال فرزندم مرا آشفته می‌کند، کسی تکیه‌گاهم باشد.	۰/۷۳	۱۱/۸۳
۳	هنگامی که می‌ترسم فرزندم زودتر از موعد به دنیا بیاید، کسی به من آرامش بدهد.	۰/۷۴	۱۲/۱۷
۴	هنگامی که در دوران بارداری ترس از مرگ آزارم می‌دهد، کسی مراقبم باشد.	۰/۸۰	۱۳/۵۲
۵	تمایل دارم هنگامی که نگران افزایش وزن و از دست دادن زیبایییم هستم، کسی به من آرامش دهد.	۰/۷۵	۱۲/۴۱
۶	در این دوران هنگامی که نگران سلامتی نوزادم هستم، به من آرامش داده شود.	۰/۷۸	۱۳/۰۲
۷	در دوران بارداری دوست دارم بیشتر مورد محبت اطرافیانم واقع شوم.	۰/۷۴	۱۲/۱۰
۸	در دوران بارداری نیاز دارم مورد توجه و محبت بیشتر از سوی همسرم قرار بگیرم.	۰/۸۰	۱۳/۵۷
۹	زمانی که می‌ترسم نتوانم ۹ ماه بارداری را به‌طور کامل سپری کنم، کسی به من امید دهد.	۰/۷۸	۱۳/۰۳
۱۰	هنگامی که می‌ترسم فرزندم مرده یا ناقص به دنیا بیاید، کسی به من امید دهد.	۰/۷۰	۱۱/۲۱
۱۱	زمانی که نگرانم که بارداری باعث افزایش مشکلات جسمی من شود، کسی به من امید دهد.	۰/۸۹	۱۵/۹۷
۱۲	هنگامی که درباره فرزندآوری دچار تردید می‌شوم، کسی امیدوارم کند.	۰/۸۲	۱۴/۱۳
۱۳	هنگامی که درباره آینده مبهم فرزندم نگرانم، کسی به من امید دهد.	۰/۸۱	۱۳/۸۰
۱۴	در این دوران تمایل دارم وقتی بی‌قرارم، تنهاییم نگذارند.	۰/۶۳	۹/۷۴
۱۵	هنگامی که بی‌خواب می‌شوم، درکم کنند.	۰/۷۳	۱۱/۸۴
۱۶	هنگامی که عصبانی می‌شوم، درکم کنند.	۰/۷۸	۱۲/۹۵
۱۷	هنگامی که دچار حالات بد مزاجی‌ام، درکم کنند.	۰/۷۸	۱۳/۰۱
۱۸	کسی را داشته باشم که بتوانم از مشکلاتم به او بگویم.	۰/۷۸	۱۱/۸۳
۱۹	هنگامی که می‌ترسم به واسطه بارداری ناراحتی‌هایم روز به روز بیشتر شود، کسی با من همدلی کند.	۰/۷۳	۱۱/۸۹
۲۰	هنگامی که در دوران بارداری دلتنگ می‌شوم، کسی با من صحبت کند.	۰/۷۲	۱۱/۷۰
۲۱	در دوران بارداری نیاز دارم همسرم من را در آغوش بگیرد.	۰/۶۸	۱۰/۷۴
۲۲	با توجه به نوسانات هورمونی در دوران بارداری، به نیاز جنسی من متناسب با این دوران پاسخ داده شود.	۰/۷۰	۱۱/۲۱



نمودار ۴- مدل در حالت استاندارد برای متغیر الگوی مراقبت پیش از بارداری (تحلیل عاملی مرتبه دوم)



نمودار ۵- مدل در حالت معناداری برای متغیر الگوی مراقبت پیش از بارداری (تحلیل عاملی مرتبه دوم)

باشد. در جدول ۷ میزان شاخص‌های نیکویی برازش نشان داده شده است که نشان می‌دهند همه شاخص‌های مورد بررسی مورد تأیید هستند بنابراین می‌توان گفت ۶ بُعد می‌توانند توصیف کننده مناسب الگوی مراقبت پیش از بارداری باشند. در مجموع بر مبنای نتایج تحلیل عاملی می‌توان گفت اعتبار سازه پرسشنامه الگوی مراقبت پیش از بارداری مورد تأیید است.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، مقادیر  $t$  متناظر با همه ابعاد الگوی مراقبت پیش از بارداری بالاتر از  $1/96$  بود، لذا می‌توان گفت هر یک از این ابعاد به خوبی با متغیر کلی الگوی مراقبت پیش از بارداری ارتباط دارند. حمایت‌طلبی، محبت‌خواهی، انگیزه و امید، درک هیجانی، همدلی و نیاز جنسی با بار عاملی معتبر می‌تواند توصیف کننده الگوی مراقبت پیش از بارداری

جدول ۸- شاخص‌های برازش مدل

مقادیر محاسبه شده	شاخص
۰/۰۰۰	معناداری
۰/۰۱	ریشه میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA) <sup>۱</sup>
۰/۹۷	شاخص برازش استاندارد (NFI) <sup>۲</sup>
۰/۹۸	شاخص تطبیقی برازش (CFI) <sup>۳</sup>
۰/۹۵	شاخص نیکویی برازش (GFI) <sup>۴</sup>
۰/۸۸	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) <sup>۵</sup>

بر اساس نتایج به دست آمده، با توجه به اینکه مقدار  $RMSEA=0/01$  بود، می‌توان برازش مدل را مطلوب دانست. همچنین در سایر شاخص‌ها از جمله NFI، CFI و GFI نتایج بالاتر از ۰/۹۰ بود که حاکی از برازش قابل قبول مدل می‌باشند؛ و مقدار AGFI برابر با ۰/۸۸ به دست آمد که در این مقدار، مدل از برازش لازم برخوردار بود.

جدول ۹- نتایج وضعیت‌سنجی نیازهای روانی بارداری

مؤلفه‌ها	مقدار تی	درجه آزادی	میزان معناداری	میانگین نظری	میانگین تجربی	تفاوت میانگین	فاصله اطمینان ۰/۹۵
حمایت‌طلبی	۱۵/۰۰۵	۱۹۹	۰/۰۰۰	۳	۳/۸۶۵	۰/۸۶۵	۰/۷۵۱ - ۰/۸۹۷
محبت‌خواهی	۱۳/۱۶۷	۱۹۹	۰/۰۰۰	۳	۳/۷۹۵	۰/۷۹۵	۰/۶۷۵ - ۰/۸۷۹
انگیزه و امید	۱۴/۸۷۴	۱۹۹	۰/۰۰۰	۳	۳/۸۷۱	۰/۸۷۱	۰/۷۵۵ - ۰/۸۶۹
درک هیجانی	۱۴/۷۶۸	۱۹۹	۰/۰۰۰	۳	۳/۸۱۷	۰/۸۱۷	۰/۷۹۸ - ۰/۸۷۵
همدلی	۱۱/۵۹۳	۱۹۹	۰/۰۰۰	۳	۳/۶۹۰	۰/۶۹۰	۰/۵۷۲ - ۰/۸۰۷
نیاز جنسی	۱۳/۹۳۶	۱۹۹	۰/۰۰۰	۳	۳/۶۷۵	۰/۶۷۵	۰/۵۷۹ - ۰/۷۷۰
نیازهای روانی بارداری	۱۶/۱۷۸	۱۹۹	۰/۰۰۰	۳	۳/۸۱۰	۰/۸۱۰	۰/۷۱۱ - ۰/۸۵۶

ایجاد آسیب‌های متفاوتی در سلامتی و بهزیستی مادر و کودک، می‌گردد (۹).

سلامت بارداری را می‌توان از طریق یک برنامه مراقبت پیش از بارداری هماهنگ که شامل مراقبت‌های پزشکی و روانی اجتماعی است، افزایش داد (۲۰).

هدف از پژوهش حاضر ساخت و اعتباریابی پرسشنامه نیازهای روانی بارداری بود که نتایج نشان داد پرسشنامه نیازهای روانی بارداری، از روایی و پایایی لازم برخوردار است و می‌توان از طریق این ابزار، به سنجش نیازهای روانی زنان باردار پرداخت. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که مقیاس نیازهای روانی بارداری از ۶ مؤلفه و ۲۲ سؤال تشکیل شده است. این ۶ مؤلفه شامل حمایت‌طلبی، محبت‌خواهی، انگیزه و امید، درک هیجانی، همدلی و نیاز جنسی است که در

بر مبنای نتایج جدول وضعیت‌سنجی، مقدار آماره تی پیرامون وضعیت نیازهای روانی زنان باردار برابر با ۱۶/۱۷۸ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. با توجه به مثبت و معنادار بودن مقدار تی، مشخص می‌شود که از دیدگاه افراد نمونه، وضعیت نیازهای روانی زنان باردار نمونه مورد مطالعه به‌طور معناداری بالاتر از متوسط بوده است. مقادیر تی در مورد همه ابعاد نیز مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود؛ بنابراین می‌توان گفت از دیدگاه زنان باردار، وضعیت مؤلفه‌های محبت‌خواهی، انگیزه و امید، درک هیجانی، همدلی و نیازسنجی به‌طور معناداری بالاتر از متوسط است.

### بحث

بارداری دوران ویژه‌ای در زندگی زنان است که در بردارنده تغییرات گسترده، خصوصاً از جنبه روحی و روانی است که گاهی خارج از کنترل بوده و منجر به

<sup>3</sup> Comparative Fit Index

<sup>4</sup> Goodness of fit index

<sup>5</sup> Adjusted goodness of fit index

<sup>1</sup> Root mean square estimation error of approximation

<sup>2</sup> Normed Fit Index

پرسشنامه نیازهای روانی بارداری می‌تواند در پژوهش‌های آتی جهت سنجش وضعیت نیازهای روانی بارداری مورد استفاده قرار گیرد. در عین حال به‌منظور اطمینان از اعتبار آن، پیشنهاد می‌شود ساختار عاملی این ابزار در سایر زنان باردار شهرهای دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین به مشاوران، روان‌شناسان، محققان، بیمارستان‌ها و تمامی کسانی که با این افراد در مراحل سخت بارداری همراه هستند، پیشنهاد می‌شود از طریق کاربست رفتارهای حمایتی و درک آن‌ها، زمینه آرامش روانی را برای این مادران فراهم آورند.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج تحلیل عامل اکتشافی، شش عامل استخراج شد و بر اساس نتایج تحلیل عامل تأییدی برازش مدل شش بُعدی نیازهای روانی بارداری تأیید شد. با لحاظ به مبانی نظری و محتوای سؤال‌ها این عوامل با عناوین (حمایت‌طلبی، محبت‌خواهی، انگیزه و امید، درک هیجانی، همدلی و نیاز جنسی) نام‌گذاری شد. همچنین پایایی پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد. بنابراین پرسشنامه نیازهای روانی بارداری، از روایی و پایایی لازم برخوردار است و می‌توان از طریق این ابزار، به سنجش نیازهای روانی زنان باردار پرداخت.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش به‌خاطر صبر و همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌شود.

تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول نشان داده شد که گویه‌ها هرکدام به‌نوبه خود می‌توانند متغیر اصلی را شکل دهند و در تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم نشان داده شد که ۶ مؤلفه حمایت‌طلبی، محبت‌خواهی، انگیزه و امید، درک هیجانی، همدلی و نیاز جنسی متغیر نیازهای روانی را تشکیل می‌دهند.

ابعاد استخراج شده از پرسشنامه نیازهای روانی بارداری نشان می‌دهد که مفهوم مشترک تمام ابعاد حمایت‌طلبی، محبت‌خواهی، انگیزه و امید، درک هیجانی، همدلی و نیاز جنسی، متغیر نیازهای روانی بارداری است. بررسی همسانی درونی پرسشنامه نیازهای روانی بارداری نیز نشان داد ابعاد این پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار هستند. در مجموع از آنجایی که ساختار عاملی پرسشنامه نیازهای روانی در راستای مبانی نظری می‌باشد، قابلیت اعتماد آن نیز در سطح مطلوبی است.

همانند هر پژوهش دیگری، محدودیت‌هایی بر پژوهش حاضر نیز مترتب بود که بیان آن‌ها می‌تواند به پژوهشگران بعدی در استفاده بهتر از نتایج و تلاش در جهت محدودیت‌های احتمالی در تحقیقات آتی کمک نماید. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، دشواری در یافتن مبانی نظری، نبود مقیاس و پرسشنامه‌ای در این زمینه برای مقایسه آن با یافته‌های پژوهش حاضر بود. در عین حال در این پژوهش، مقیاسی در این رابطه طراحی گردید که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود از نتایج و شاخص‌های حاصل از این پژوهش در طرح‌های الگوهای توانمندسازی روانی برای آماده‌سازی زنان در دوران بارداری بهره گرفته شود. بنابراین ابزار

### منابع

1. Sabuncuoglu O, Basgul A. Pregnancy health problems and low birth weight associated with maternal insecure attachment style. *Journal of health psychology* 2016; 21(6):934-43.
2. Simó S, Zúñiga L, Izquierdo MT, Rodrigo MF. Effects of ultrasound on anxiety and psychosocial adaptation to pregnancy. *Archives of women's mental health* 2019; 22:511-8.
3. Yılmaz M, Değirmenci F, Yılmaz DV. A psychosocial examination of feelings and thoughts about pregnancy: A qualitative study. *Midwifery* 2021; 103:103106.
4. Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain, behavior, and immunity* 2007; 21(3):343-50.
5. Van Heyningen T, Myer L, Onah M, Tomlinson M, Field S, Honikman S. Antenatal depression and adversity in urban South Africa. *Journal of affective Disorders* 2016; 203:121-9.

6. Soltani F, Maleki A, Shobeiri F, Shamsaei F, Ahmadi F, Roshanaei G. The limbo of motherhood: Women's experiences of major challenges to cope with the first pregnancy. *Midwifery* 2017; 55:38-44.
7. Bayrampour H, Ali E, McNeil DA, Benzies K, MacQueen G, Tough S. Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International journal of nursing studies* 2016; 55:115-30.
8. Furtado M, Chow CH, Owais S, Frey BN, Van Lieshout RJ. Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2018; 238:626-35.
9. Nagle U, Farrelly M. Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery* 2018; 66:79-87.
10. Nahidi F. Understanding mothers perception of psychological challenges in pregnancy: a qualitative study. *Payesh (Health Monitor)* 2021; 20(3):323-32.
11. Zare H, Farshi AM, Dehkordi MA. Effect of menstrual cycle on the types of attention and executive functions in women aged 18-30 years. *Advances in Cognitive Science* 2019; 21(2):15-31.
12. Farsi B, Ghayoomi S. A Psycho-analytic Criticism of the Hero in Amir Taj Al-Sir's Novel 'French Perfume' Based on Henry Murray's Theory of Needs. *Journal of Lesan Mobeen* 2018; 11(38):66-84.
13. Rutter, Julian. Translated by Dr. Atiyeh Mohammad Hana, second edition, Beirut, Darul Mashreq 1976. <https://fa.wikifeqh.ir/>
14. Schultz D, Schultz D. *Personality Theories*, translated by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Editing Publications 2015: 90-105.
15. Ganji H, Ganji M. *Personality theories*. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Savalan publishing house; 2013.
16. Von Grebmer K, Headey D, Bene C, Haddad L, Olofinbiyi T, Wiesmann D, et al. 2013 Global Hunger Index: the challenge of hunger: building resilience to achieve food and nutrition security. *Intl Food Policy Res Inst*; 2013.
17. Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripanah R. Life experience with infertility; a phenomenological study. *Journal of Reproduction & Infertility* 2010; 10(4):287-97.
18. Sangestani G, Khalili F, Mohammadi Y, Aghababaei S. Effect of family centered consultation on nausea and vomiting in pregnancy: a clinical trial study. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty-ISSN* 2018; 2008:2819.
19. Hollander D. Poor psychosocial support raises the odds of having an underweight infant. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2000; 32(3):150.
20. Chitra L, Gnanadurai A. Psychosocial outcomes of pregnancy in women living with HIV in Coimbatore district of Tamil Nadu. *Journal of Dental and Medical Sciences* 2015; 14(1):120-5.
21. O'Keane V, Marsh MS. Depression during pregnancy. *Bmj* 2007; 334(7601):1003-5.
22. Imani B, Alizade S, Mousavi N. Explanation of stressors in nulliparity mothers delivery by cesarean section: a qualitative study. *SJNMP* 2022; 8(2):1-14
23. Hajnasiri H, Aslanbeygi N, Moafi F, Mafi M, Bajalan Z. Investigating the Relationship between Sexual Function and Mental Health in Pregnant Females. *IJPN* 2018; 6(2):33-40
24. Dabagh Fekri S, Hasanpour Azghadi SB, Asadzadeh F. Investigation of Iranian women's Mental Health During Pregnancy and Its Related Factors: A Review Study.
25. Investigating the mental health of Iranian women during pregnancy and the factors affecting it: a review study. In: National conference on midwifery and women's health (on the occasion of 100 years of academic midwifery in Iran 2018), 20 and 21 December 2018, Mashhad.