

ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه

نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک

نرگس صادق‌زاده^۱، دکتر لیلا امیری فراهانی^{۲*}، دکتر محمد اصغری
جعفرآبادی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد ماملای، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و ماملای، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه ماملای و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و ماملای، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۰۵

خلاصه

مقدمه: از آنجا که نگرش و باور می‌تواند رفتار، خط‌مشی و عملکرد فرد را پیش‌بینی کند، بنابراین نگرش و باور ماماها به لیبر و زایمان نیز می‌تواند بر رفتار و عملکرد مراقبتی آنان و پیامدهای پره‌ناتال مادر و نوزاد تأثیرگذار باشد. به جهت آنکه ابزار فارسی مناسبی جهت اندازه‌گیری نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک وجود نداشت، لذا مطالعه حاضر با هدف ترجمه و روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک انجام شد.

روش کار: این مطالعه روش‌شناسی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۲۰۰ ماملای شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد. از ماماها خواسته شد که پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک را تکمیل کنند. در ابتدا روایی صوری و محتوای پرسشنامه به صورت کیفی انجام شد، سپس روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. جهت تأیید پایایی پرسشنامه از روش پایایی ثبات و همسانی درونی استفاده شد.

یافته‌ها: روایی صوری و محتوای کیفی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک تأیید شد. همچنین تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از برآورد حداقل مربعات وزنی نشان داد که نسخه فارسی این پرسشنامه، ساختار مناسبی دارد. به منظور تعیین پایایی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳۳-۰/۶۸ برای حیطه‌های ابزار برآورد شد و ضریب همبستگی درون خوشه‌ای نیز ۰/۷۸ بود که هر دو نشان‌دهنده پایایی خوب نسخه فارسی پرسشنامه بودند.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک از روایی و پایایی لازم برخوردار است و می‌توان از آن به عنوان ابزاری مناسب جهت ارزیابی نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک در ایران استفاده نمود.

کلمات کلیدی: باور، پرسشنامه، روانسنجی، زایمان فیزیولوژیک، ماماها، نگرش

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر لیلا امیری فراهانی؛ دانشکده پرستاری و ماملای، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۴۳۶۵۱۱۳۹؛ پست الکترونیک: amirifarahani.l@iums.ac.ir

مقدمه

زایمان از حساس‌ترین و مهم‌ترین خدمات نظام بهداشتی- درمانی تمام جوامع است که باید به شکل مناسب، کم‌هزینه و همراه با حداقل عوارض جسمی- روانی و مبتنی بر مراقبت و حمایت ماماها از زایمان فیزیولوژیک در بارداری‌های کم‌خطر صورت گیرد (۱). با اینکه زایمان به‌عنوان یک اورژانس شایع مامایی در اکثر زنان، طبیعی و بدون عارضه می‌باشد (۲، ۳)، ولی همزمان با پیشرفت پزشکی و افزایش ایمنی در قرن بیستم، مداخلات پزشکی و استفاده از تکنولوژی، در اکثر زایمان‌ها رواج پیدا کرده است (۴). به‌همین منظور سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۹۶، به‌منظور دستیابی به زایمان ایمن، انجام زایمان فیزیولوژیک را مدنظر قرار داد و خواستار حذف مداخلات غیرضروری زایمان شد. زایمان فیزیولوژیک با رعایت حریم مادر و حداقل مداخلات زایمانی با استفاده از انواع روش‌های نوین کاهش درد زایمانی نظیر درمان‌های غیردارویی و حمایتی، شروع خودبه‌خودی لیبر، حرکات آزادانه زائو حین لیبر، پشتیبانی و حمایت مداوم خانواده (ترجیحاً همسر و ماماها حین لیبر)، زور زدن خودبه‌خودی در وضعیت‌های غیرطاق باز، عدم جدایی مادر و نوزاد از بدو تولد و تغذیه زودرس با شیر مادر همراه می‌باشد (۵).

انجام زایمان فیزیولوژیک به‌عنوان یک رفتار تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد که نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک هم می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر آن باشد (۶). نتایج مطالعات، نشان داد ایران نسبت به سایر کشورهای پیشرفته بالاترین آمار زایمان و پایین‌ترین تعداد ماما را دارا می‌باشد (۷). فقدان یکپارچگی در پیاده‌سازی زایمان فیزیولوژیک در مراکز پزشکی، کمبود سیاست‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی زایمان فیزیولوژیک، ضعف در آموزش جامع و گسترده زایمان فیزیولوژیک، شرایط نامناسب محیطی مانند عدم وجود تجهیزات، امکانات مناسب و استاندارد و عدم همکاری متخصصین با یکدیگر منجر به بی‌انگیزگی، نگرش منفی و مقاومت ماماها برای تغییر و انطباق با شیوه‌های زایمان فیزیولوژیک می‌گردد (۶). در صورتی که نگرش مثبت ماماها به زایمان فیزیولوژیک، منجر به

حمایت ماماها از روند طبیعی زایمان (۹۱٪)، عدم مداخلات رایج (۱۰٪) و کاهش سزارین غیرضروری می‌گردد (۸، ۹) و طبعاً نتایج بهتری نیز برای مادر و نوزاد فراهم می‌آید که شامل افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش ترس از زایمان خودمختاری و استقلال زن در روند زایمان، کاهش درد لیبر و طول زایمان، افزایش انتخاب روش زایمان طبیعی در زنان باردار، کاهش مداخلات پزشکی غیرضروری، رضایت‌مندی بیشتر مادران از زایمان، نمره آپگار بالاتر نوزادان و عوارض نوزادی کمتر می‌باشد (۳، ۱۳-۱۰). به این ترتیب ماماها به‌عنوان اولین، نزدیک‌ترین و مؤثرترین تیم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بارداری و زایمان، نقش به‌سزایی در روند زایمان، طول لیبر و پیامدهای پری‌ناتال دارند که در صورت ارتقاء دانش، نگرش و باور آنان به زایمان فیزیولوژیک، عملکرد آنان، کیفیت مراقبت‌ها و رفتارهای بهداشتی، هزینه- اثربخشی و پیامدهای پری‌ناتال تا حد زیادی تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد و در نهایت موجب ارتقاء سلامت باروری جامعه می‌گردد و توانایی‌های اساسی ماماها در زمینه اقدامات پیشگیرانه، ترویج زایمان طبیعی، مهارت اداره حاملگی طبیعی و زایمان، معطوف به نگرش و باور آنان به زایمان بدون مداخله می‌باشد (۱۴).

از میان مطالعات انجام شده با هدف شناسایی عوامل مرتبط با نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک، در مطالعه لوین و همکار (۲۰۱۵) در کانادا ارتباط مثبتی بین میانگین کل نگرش و باور ماماها با سطح تحصیلات وجود داشت (۱۰). در مطالعه‌ای دیگر توسط کلین و همکاران (۲۰۱۱)، یافته‌ها بیانگر این بود که بین نگرش و باور با سن و سابقه کار ارائه‌دهندگان خدمات ارتباط وجود دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش سن و سابقه کار، نگرش و باور مثبت‌تر می‌گردد (۱۵). یا اینکه بین سطوح بیمارستان‌ها با نگرش و باور ارتباط معکوس وجود دارد؛ در بیمارستان‌های سطح سوم به‌دلیل تمایل بیشتر به انجام مداخلات، حداقل نگرش مثبت به زایمان فیزیولوژیک وجود دارد (۱۶). یافته‌های مطالعه لیوا و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی عوامل مرتبط با تفاوت نگرش پرستاران کانادایی به زایمان نشان داد، نگرش

پرستاران به شیوه‌های زایمان، از بیمارستان (بیمارستان‌های سطح سوم و عمومی) و مراقبیتی که در کنار آنها مشغول ارائه خدمت بودند؛ تأثیر می‌پذیرد؛ پرستارانی که در کنار ماماها فعالیت می‌کردند، نگرش مثبت بیشتری به دولاها، زایمان واژینال و کاهش میزان سزارین داشتند (۱۷). همچنین در مطالعه کیانی و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تعیین نگرش ماماها نسبت به سزارین انتخابی و عوامل مرتبط با آن انجام شد، ۲۴/۶٪ از ماماها نگرش مثبت نسبت به سزارین انتخابی داشتند و بین نگرش مثبت ماماها به سزارین انتخابی و انتخاب نوع زایمان در مادران بستری در بیمارستان نیز ارتباط معناداری وجود داشت ($p=0/001$) (۱۸).

طراحی و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک، توسط لوین و همکار (۲۰۱۵) در کانادا انجام شد که در آن روایی (براساس روایی محتوا) و پایایی ابزار (همسانی درونی با آلفای کرونباخ کل ۰/۹ و همبستگی درونی آیتم‌ها بیش از ۰/۳) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، ۵ حیطه تجربه زنان از تولد، استقلال زنان، تعارض مدل پزشکی، زایمان بریچ ایمن و تأثیر مداخلات استخراج شد (۱۰). این ابزار تنها به زبان انگلیسی وجود دارد و تاکنون ترجمه آن به هیچ زبانی در دنیا انجام نشده است.

از آنجایی که در هر پژوهشی، وجود ابزارهای اندازه‌گیری دقیق برای اطمینان از روایی و پایایی نتایج پژوهش، اهمیت حیاتی دارد، بررسی ویژگی‌های روانسنجی و تطبیق فرهنگی ابزارها با فرهنگ جامعه هدف، علاوه بر به‌دست آوردن اطلاعات جامع‌تر و صحیح‌تر، امکان مقایسه نتایج حاصل از پژوهش را با سایر کشورها فراهم می‌کند و به پژوهشگران کمک می‌کند تا مطمئن شوند که ابزارهای مورد استفاده در جوامع متفاوت، همان مفاهیم مشابه مورد نظر آنان را اندازه‌گیری می‌نماید و استانداردهای روان‌سنجی قابل قبول را کسب نموده است؛ بنابراین، قدرت تفسیر و تعمیم یافته‌های پژوهشی افزایش می‌یابد (۱۹، ۲۰).

از آنجایی که نگرش و باور ماماها به‌عنوان نزدیک‌ترین و مؤثرترین تیم ارائه‌دهنده مراقبت‌های بارداری و زایمان می‌تواند بر رفتار و عملکرد مراقبیتی آنان و پیامدهای پره-ناتال تأثیرگذار باشد و باتوجه به این که ابزاری مناسب جهت بررسی نگرش و باور به زایمان فیزیولوژیک از دیدگاه ماماها که به فارسی ترجمه شده و مطابق با فرهنگ و زبان ایرانی باشد، وجود نداشت، لذا مطالعه حاضر با هدف ترجمه و روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک انجام شد.

روش کار

این مطالعه روش‌شناسی با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک انجام شد. این پرسشنامه توسط لوین و همکار (۲۰۱۵) طراحی شده است (۱۰).

محیط پژوهش این مطالعه، بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران (اکبرآبادی، فیروزگر، لولاگر، رسول اکرم، فیروزآبادی، امام سجاد شهریار، حضرت فاطمه رباط کریم، آرش، یاس، بهارلو، ضیائیان، مهدیه، امام حسین، شهدای تجریش و طالقانی) بود.

هدف مطالعه حاضر، تأیید روایی پرسشنامه ترجمه شده فارسی بود، لذا روایی سازه‌ای از نوع تأییدی استفاده شد. تحلیل عاملی تأییدی به کشف ساختار عاملی نمی‌پردازد، بلکه به تأیید و بررسی جزئیات ساختار عاملی فرض شده می‌پردازد. بر اساس منابع موجود جهت انجام تحلیل عامل تأییدی حداقل باید از ۲۰۰ نمونه استفاده شود (۲۱، ۲۲)، لذا نمونه‌گیری بر روی ۲۰۰ نفر (۱۰-۳ نفر به ازای هر گویه) (۴۲ گویه) از ماماها واجد شرایط انجام شد. روش نمونه‌گیری نیز به‌صورت مستمر تا تکمیل حجم نمونه نهایی بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل سابقه ۶ ماه کار در لیبر، دارای مدرک کاردانی، کارشناسی یا کارشناسی ارشد، گذراندن دوره‌های زایمان فیزیولوژیک به لحاظ توانایی اجرایی آن و نبودن کادر اجرایی (مسئول بخش) (به جهت حضور در بخش زایمان و آگاهی از مشکلات حرفه ماماها) بود. معیارهای خروج از مطالعه

که آشنا به زبان انگلیسی و فارسی بودند، انجام شد. بعد از ترجمه بازگشتی، محققین و مترجمین ترجمه برگشتی ابزار و نسخه اصلی آن را با یکدیگر مقایسه و اصلاحات جزئی در ترجمه ابزار به زبان فارسی را جهت درک بهتر ابزار اعمال کردند. با توجه به اینکه روایی و پایایی ابزار ممکن است در طی فرآیند ترجمه تحت تأثیر قرار گیرد، از این رو بعد از ترجمه ابزار، تمام مراحل زیر جهت تأیید روایی (روایی صوری کیفی، روایی محتوای کیفی و روایی سازه از نوع تحلیل عاملی تأییدی) و پایایی (همسانی درونی و ثبات زمانی) ابزار انجام شد (۲۳).

روایی

روایی ابزار با ترکیبی از روایی صوری، روایی محتوا و روایی سازه از نوع تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت.

روایی صوری کیفی:

در پژوهش حاضر، جهت بررسی روایی صوری کیفی بعد از اتمام ترجمه، یک بررسی بر روی ۳۰ نفر از ماماها با سن، سطح تحصیلات و تجربه کاری متفاوت انجام شد و گویه‌های ابزار، از لحاظ سطح دشواری (درک عبارات و واژه‌های تخصصی) و ابهام (احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از عبارت یا نارسایی معانی کلمات) و ارتباط مطلوب آیت‌ها بررسی شد. سپس از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا گویه‌های ابزار را بخوانند و عدم درک خود از گویه‌ها را برای پژوهشگر بیان کنند. همچنین از آنها در مورد سطح دشواری، تناسب و ابهام گویه‌ها و نیاز به حذف یا ادغام گویه‌های ابزار سؤال شد و گویه‌ها با توجه به توصیه‌های این افراد ویرایش گردید (۲۳، ۲۴).

روایی محتوای کیفی:

از آنجایی که حداقل تعداد ارزیابان بر طبق جدول لاوشه ۵ نفر می‌باشد (۲۵)؛ لذا پرسشنامه در اختیار ۱۲ نفر از اعضاء هیئت علمی محترم دانشکده پرستاری و مامایی ایران که سابقه پژوهش در این زمینه را داشتند، قرار گرفت و از آنها درخواست شد تا دیدگاه‌های اصلاحی خود را از نظر معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت و قرارگیری عبارات در جای مناسب خود، مورد بررسی قرار داده و به صورت

شامل: عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰٪ گویه‌های پرسشنامه بود؛ به این ترتیب ۲۰ ماما از مطالعه خارج شدند.

از نظر ملاحظات اخلاقی، تحقیق حاضر با تصویب و تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (با کد IR.IUMS.REC 1397.861) از ۲۳ اردیبهشت لغایت ۲۵ تیر ۹۷ انجام شد و در طول انجام تحقیق، اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات به سمع و نظر شرکت‌کنندگان رسید و رضایت‌نامه کتبی از آنان برای شرکت در مطالعه گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو بخش بود: بخش اول پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی، بخش دوم پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک بود که در اختیار ماماها و واجد شرایط قرار گرفت. پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک شامل ۴۲ گویه با طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (از خیلی موافقم=۴ تا خیلی مخالفم=۱) و ۱۲ سؤال معکوس بود. نمرات ابزار از محدوده ۱۶۸-۴۲ می‌باشد. حیثه‌های پرسشنامه نیز به تجربه زنان از تولد^۱، استقلال زنان^۲، تعارض مدل پزشکی^۳، ایمنی بریچ^۴ و تأثیر مداخله^۵ اشاره داشت. در مطالعه حاضر نمره بالاتر، بیانگر نگرش و باور مثبت‌تر به زایمان فیزیولوژیک بود (۱۰).

در این مطالعه روش جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا پس از کسب اجازه از طراح اصلی، ابزار به زبان فارسی ترجمه و روان‌سنجی شد. در مطالعه حاضر تمام گام‌های ترجمه ابزار و انطباق فرهنگی آن اعم از ترجمه پرسشنامه از زبان اصلی به زبان هدف، برگردان نسخه ترجمه شده از زبان هدف به زبان اصلی و اعتباریابی پرسشنامه انجام شد. جهت ترجمه ابزار از زبان اصلی به زبان فارسی، از کمک و مساعدت ۳ مترجم، ۲ مترجم مسلط به هر دو زبان و یک متخصص دو زبانه که در زمینه متون پزشکی نیز فعالیت داشتند، استفاده شد. گام بعدی، ادغام ترجمه‌های اولیه و اصلاح تفاوت‌ها و تناقض‌ها بود، سپس ترجمه برگشتی با کمک ۲ نفر دیگر

¹ Women's Experience of Birth

² Women's Autonomy

³ Medical Model Conflict

⁴ Breech Safety

⁵ Intervention Influence

مبسوط و کتبی ارائه نمایند. سپس اصلاحات نهایی اعمال شد (۲۶). به چند نمونه از عباراتی که در روند اصلاحات تغییر یافت، در ذیل اشاره می‌شود؛ خانمی که زایمان سزارین غیرمنتظره دارد نیاز به فرصتی برای سوگواری دارد، جایگزین این عبارت شد، به زنی که زایمان سزارین غیرمنتظره (اورژانسی) دارد، باید فرصتی برای پذیرش ذهنی یا قبول زایمان سزارین را داد یا زنان هیچ تلاشی برای زایمان واژینال بعد از سزارین نخواهند کرد اگر پیامد پارگی رحم را بدانند، جایگزین این عبارت شد، اگر زنان بدانند که خطر پارگی رحم وجود دارد، هیچ تلاشی برای انجام زایمان واژینال بعد از سزارین نخواهند کرد و به‌همین ترتیب ۲۰ مورد از گویه‌های پرسشنامه طی بازنگری اصلاح شد.

روایی سازه‌ای (تحلیل عاملی تأییدی):

تحلیل عاملی تأییدی به کشف ساختار عاملی نمی‌پردازد، بلکه به تأیید و بررسی جزئیات ساختار عاملی فرض شده می‌پردازد و در این مطالعه نیز، هدف تأیید روایی پرسشنامه ترجمه شده فارسی بود، لذا از روایی سازه‌ای از نوع تأییدی استفاده شد (۲۷، ۲۸). تحلیل عاملی تأییدی (به‌دلیل آنکه توزیع داده‌ها نرمال نبود)، با استفاده از برآورد حداقل مربعات وزنی (PLS)^۱ برای ارزیابی این که مدل ارائه شده مناسب با داده‌های مشاهده شده می‌باشد، انجام شد. جهت انجام تحلیل عاملی، نمونه‌گیری بر روی ۲۰۰ نفر (۱۰-۳ نفر به ازای هر گویه) (۴۲ گویه) از ماماها واجد شرایط انجام شد، با استناد به برخی منابع، جهت انجام تحلیل عامل تأییدی حداقل ۲۰۰ نمونه کافی است (۲۲، ۲۹). گام‌های مختلف که برای مدل PLS با نرم‌افزار SmartPLS (نسخه ۲)

(<http://www.smartpls.com>) انجام گرفت شامل: برآورد نسبت‌های وزنی، در نظر گرفتن نسبت‌های وزنی به‌عنوان ورودی، برآورد پارامترها، برازش مدل و آزمون فرضیه‌ها بود. جهت ارزیابی مدل اندازه‌گیری و ساختاری از دستورات Pls algorithm (بررسی ضرایب)، Bootstrapping (معناداری ضرایب) و Blindfolding (کیفیت مدل) استفاده شد.

¹ Partial Least Squares

برازش مدل اندازه‌گیری توسط ضرایب بارهای عاملی^۲، آلفای کرونباخ (مقادیر بالای ۰/۷ مناسب) و پایایی ترکیبی (CR)^۳ (مقادیر بالای ۰/۷ مناسب) بررسی شد، شاخص پایایی اشتراکی (مقادیر ۰/۵ و بیشتر مناسب) و شاخص Rho_A (مقادیر بالای ۰/۷ مناسب) نیز بررسی گردید. جهت روایی سازه ابزار از روایی همگرا با استفاده از شاخص AVE^۴ (مقادیر ۰/۵ و بیشتر مناسب) و مقایسه CR و AVE (CR > AVE) و روایی واگرا توسط بار تقاطعی گویه‌ها^۵، معیار فورنل و لارکر^۶، آزمون آزمون HTMT^۷ (مقادیر کمتر از ۰/۹ مناسب) و شاخص اعتبار اشتراک یا روایی متقاطع (CV-Com)^۸ مورد بررسی قرار گرفت (مقدار ۰/۳۵ آن قابل توجه، ۰/۱۵ متوسط و ۰/۰۲ ضعیف). در بررسی بار تقاطعی گویه‌ها، بار عاملی هر گویه بر سازه خود باید حداقل ۰/۱ بیشتر از بار عاملی سایر گویه‌ها باشد و در شاخص فورنل لارکر مقادیر خانه‌های زیرین و چپ قطر اصلی از مقادیر قطر اصلی (جذر AVE) کمتر باشد (۳۰).

جهت بررسی کیفیت مدل ساختاری از میزان واریانس تبیین شده^۹ (جهت آگاهی از درصد تغییرات پیش‌بینی شده توسط هر کدام از متغیرها) برای هر متغیر پنهان (مقدار ۰/۷۵ آن قابل توجه، ۰/۵۰ متوسط و ۰/۲۵ ضعیف) (۳۰، ۳۱) و اعتبار افزونگی (CV-Red)^{۱۰} (مقدار ۰/۳۵ آن قابل توجه، ۰/۱۵ متوسط و ۰/۰۲ ضعیف) استفاده شد (۳۰، ۳۲).

پایایی

جهت تأیید پایایی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک از روش همسانی درونی و ثبات زمانی استفاده شد. در بررسی همسانی درونی پرسشنامه، آلفای کرونباخ ≥ 0.7 به‌عنوان همسانی درونی قابل قبول پرسشنامه در نظر گرفته شد. جهت بررسی ثبات زمانی پرسشنامه با رویکرد آزمون-بازآزمون، ۳۰ نفر از ماماها

² Factor Loading

³ Composite Reliability

⁴ Average Variance Extracted

⁵ Cross-Loading

⁶ Fornell-Larcker Criterion

⁷ Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations

⁸ Cross Validated Communalities

⁹ R Squares

¹⁰ Cross Validated Redundancy

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS (نسخه ۲۵) و SmartPLS (نسخه ۲) انجام شد. نرم‌افزار SPSS برای آزمون‌های آماری توصیفی از قبیل فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آلفای کرونباخ و نرم‌افزار SmartPLS (نسخه ۲) برای انجام تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از ویژگی‌های افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های فردی ماماها شرکت‌کننده در مطالعه

مشخصات	فراوانی (درصد)	مشخصات	فراوانی (درصد)
کمتراز ۳۰	۵۴ (۲۷/۸)	کمتراز ۵	۷۷ (۳۹/۵)
۳۰-۳۹	۶۴ (۳۳/۰)	۵-۹/۹۹	۵۴ (۲۷/۷)
۴۰ و بیشتر	۷۶ (۳۹/۲)	۱۰-۱۴/۹۹	۱۷ (۸/۷)
بدون پاسخ	۶ نفر	۱۵-۱۹/۹۹	۲۰ (۱۰/۳)
رسمی	۸۸ (۴۴/۹)	≥ 20	۲۷ (۱۳/۸)
قراردادی	۴۴ (۲۲/۴)	بدون پاسخ	۵ نفر
طرحی	۳۳ (۱۶/۸)	علاقه به حرفه	کمتراز ۵۰
پیمانی	۳۱ (۱۵/۸)	مامایی (بر مبنای ۱۰۰)	۵۰-۷۵
شرکتی	۳ (۱/۵)	بدون پاسخ	۷۶-۱۰۰
بدون پاسخ	۱ نفر	رضایت از حرفه	کمتراز ۵۰
دولتی	۱۴۵ (۷۴/۴)	مامایی (بر مبنای ۱۰۰)	۵۰-۷۵
آزاد	۵۰ (۲۵/۶)	بدون پاسخ	۷۶-۱۰۰
بدون پاسخ	۵ نفر	رضایت از حرفه	کمتراز ۵۰
کاردانی و کارشناسی	۱۷۴ (۸۷/۰)	مامایی (بر مبنای ۱۰۰)	۵۰-۷۵
کارشناسی ارشد	۲۶ (۱۳/۰)	بدون پاسخ	۷۶-۱۰۰
کمتراز ۵	۵۳ (۲۶/۵)	نوع شیفت	شیفت ثابت
۵-۹/۹۹	۵۱ (۲۵/۵)	کاری	شیفت در گردش
۱۰-۱۴/۹۹	۲۷ (۱۳/۵)	نوع شیفت	شیفت ثابت
۱۵-۱۹/۹۹	۲۱ (۱۰/۵)	نوع بیمارستان	آموزشی با حضور دستیار
≥ 20	۴۸ (۲۴/۰)	آموزشی بدون حضور دستیار	۵۵ (۲۷/۵)
		غیر آموزشی	۲۹ (۱۴/۵)

بارهای عاملی، ۱۳ گویه که دارای بار عاملی کمتر از ۰/۵ بودند، از مدل خارج شدند و در نهایت ۲۹ گویه باقی ماند. سؤالات حذف شده در هر حیطه شامل: گویه‌های ۱۳ و ۳۱ در حیطه تجربه زنان از زایمان، گویه‌های ۷، ۸، ۱۶، ۲۰، ۲۸ و ۴۱ در حیطه استقلال زنان، گویه‌های ۳، ۱۸، ۲۴ و ۳۰ در حیطه تعارض مدل

واجد شرایط مطالعه (سابقه حداقل ۶ ماه کار در لیبر، گذراندن دوره‌های زایمان فیزیولوژیک، دارای مدرک کاردانی، کارشناسی یا ارشد مامایی، عدم محدودیت حرکتی و عدم مسئولیت اجرایی) به صورت مستمر و در دو زمان متفاوت (فاصله ۱۴ روز) پرسشنامه را تکمیل کردند و ضریب همبستگی بین دو سنجش مورد ارزیابی قرار گرفت که اصطلاحاً به آن ضریب ثبات یا پایایی آزمون گفته می‌شود. ضریب همبستگی درون خوشه‌ای بزرگ‌تر و مساوی ۰/۷ به عنوان نتیجه رضایت‌بخش در نظر گرفته شد.

روایی

روایی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک از نظر صوری و محتوا تأیید شد، همچنین نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی جهت برآورد اعتبار سازه، بیانگر تأیید مدل و برازش مطلوب آن بود. در بخش اول جهت برازش مدل با استفاده از ضرایب

پزشکی و گویه ۳۶ در حیطة تأثیر مداخله بودند. مقادیر بارهای عاملی پرسشنامه در جدول ۲ آورده شده است. ارزیابی برازش مدل اندازه‌گیری، ضرایب بارهای عاملی، آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی، شاخص پایایی اشتراکی و شاخص Rho_A کلیه مقادیر برای تمام حیطة‌ها مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر به‌دست آمده به‌ترتیب

برای حیطة‌های تجربه زنان از زایمان، استقلال زنان، تعارض مدل پزشکی، ایمنی در زایمان بریچ و تأثیر مداخله تأیید گردید که در جدول ۲ آورده شده است. همچنین روایی همگرا نیز توسط شاخص AVE برای تمام حیطة‌ها در جدول ۲ آورده شده است که همه مقادیر آن بالای ۰/۵ و در حد قابل قبولی بود.

جدول ۲- نتایج شاخص‌های مدل اندازه‌گیری پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک

Rho_A	α Cronbachs	AVE	CR	T- *Statistic	بارعاملی	گویه	حیطة‌ها
۰/۸۱	۰/۶۸	۰/۶۳۴	۰/۸۵۸	۸/۰۶۰	۰/۵۳	در یک بارداری کم‌خطر، زایمان واژینال برای جنین ایمن است.	تجربه زنان از زایمان
				۷/۹۰۳	۰/۵۵	تجربه شخصی زن بر پیشرفت لیبر اثرگذار است.	
				۱۳/۶۰۴	۰/۶۵	زایمان واژینال، روش ایده‌آل زایمان است.	
				۱۵/۰۳۸	۰/۶۹	اکثریت زنان قادر به انجام زایمان واژینال هستند.	
				۲۰/۷۹۷	۰/۷۳	تجربه لیبر یک رویداد با اهمیت و معنادار در زندگی زنان است.	
				۹/۸۹۸	۰/۶۶	زایمان فرآیندی طبیعی و نرمال است.	
۰/۷۵	۰/۶۹۵	۰/۵۲۱	۰/۷۳۸	۱۲/۶۸۴	۰/۷	مراقبت مامایی می‌تواند بر انتخاب زن در مورد نوع زایمان (طبیعی یا سزارین)، تأثیرگذار باشد.	استقلال زنان
				۱۸/۰۷۹	۰/۷۲	زایمان واژینال در مقایسه با سزارین زنان را توانمندتر می‌کند.	
				۶/۹۵۷	۰/۵	همه زنان باید برنامه‌ای برای زایمان داشته باشند.	
				۱۰/۸۵۳	۰/۵۸	عزت نفس یک زن می‌تواند حین لیبر تقویت شود.	
				۷/۸۹۹	۰/۵۲	ماماهای همراه پیامدهای مادری و نوزادی را بهبود می‌بخشند.	
				۷/۴۳۰	۰/۵۵	اعتمادبه‌نفس و تصمیم‌گیری یک زن، مهم‌ترین پیش‌بینی کننده زایمان واژینال است.	
۰/۷	۰/۷۱۶	۰/۵۶۷	۰/۸۷۵	۷/۵۵۶	۰/۵۸	زنان نباید زور بزنند مگر اینکه احساس فشار غیر قابل اجتناب کنند.	تعارض مدل پزشکی
				۶/۶۰۳	۰/۵۴	نباید زنان را طی مرحله دوم و در وضعیت لیتوتومی، به زور زدن همراه با حبس تنفس تشویق کرد.	
				۶/۱۹۵	-۰/۱۶	اگر زنان بدانند که خطر پارگی رحم وجود دارد، هیچ تلاشی برای انجام زایمان واژینال بعد از سزارین نخواهند کرد.	
				۴/۴۹۰	۰/۵	افزایش میزان سزارین در کشور ما، نشانه‌ای از بهبود مراقبت مامایی است.	
				۴/۶۴۱	۰/۵۲	زنان ممکن است فکر کنند قادر به تحمل درد هستند، اما در واقعیت، آنها هیچ تصویری در مورد لیبر ندارند.	
				۴/۳۴	۰/۵	به محض کامل شدن دیلاتاسیون، زنان باید شروع به زور زدن کنند.	
۰/۷۳	۰/۷۲۹	۰/۶۳۴	۰/۷۰۷	۶/۲۲۸	۰/۶۳	مونیتورینگ مداوم قلب جنین بر سمع متناوب حین لیبر ارجح است.	ایمنی زایمان بریچ
				۴/۹۲۵	۰/۶۳	میزان زایمان سزارین را می‌توان به‌طور ایمن کاهش داد.	
				۲/۴۱۱	-۰/۷۸	زایمان در نمایش بریچ همیشه باید از طریق سزارین انجام شود.	
				۲/۵۱۵	۰/۷	زایمان واژینال بریچ برای زنان با حاملگی کم‌خطر، ایمن است.	
				۳/۵۰۰	۰/۸۵	برای زنان باردار کم‌خطر با نمایش بریچ، باید گزینه زایمان واژینال نیز پیشنهاد شود.	
				۲/۲۰۵	۰/۷۴	بی‌حسی اپیدورال در پیشرفت طبیعی لیبر تداخل ایجاد می‌کند.	
۰/۷۳	۰/۷۲۹	۰/۶۳۴	۰/۷۰۷	۲/۲۰۱	۰/۶۳	زنان با بی‌حسی اپیدورال قادر به زور زدن کافی نیستند.	تأثیر مداخله
				۲/۱۸۹	۰/۷۹	بی‌حسی اپیدورال میزان زایمان سزارین را افزایش می‌دهد.	
				۱/۹۶۴	-۰/۵۵	ماماها بر مونیتورینگ الکترونیکی در مراقبت از زنان حین لیبر تأکید بیش از حد دارند.	
				۲/۱۷۰	۰/۵۶	بی‌حسی اپیدورال استفاده از اکسی‌توسین را افزایش می‌دهد.	

* در آماره t (T-Statistic) ملاک قابل قبول اعداد بالاتر از ۱/۹۶ برای هر گویه در سطح معنی‌داری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج روایی واگرا بر اساس بار تقاطعی گویه‌ها و معیار فورنل و لارکر انجام شد. نتایج بار تقاطعی گویه‌ها در جدول ۳ آورده شده است که نشان‌دهنده مقادیر بار تقاطعی مناسب تمام گویه‌هاست. نتایج معیار فورنل و لارکر و شاخص HTMT در جدول ۴ و ۵ آورده شده است که نشان‌دهنده مقادیر مناسب است.

جدول ۳- معیار بار تقاطعی (cross loading) گویه‌ها و شاخص CV-Com و HTMT پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک

حیطه‌ها	گویه	حیطه ۱	حیطه ۲	حیطه ۳	حیطه ۴	حیطه ۵	CV-Com	CV-Red	
تجربه زنان از زایمان	۱۰	در یک بارداری کم‌خطر، زایمان واژینال برای جنین ایمن است.	۰/۵۲۸	۰/۳۸۳	۰/۱۹۷	۰/۱۷۷	-۰/۰۱۲	۰/۲۴	۰/۲۱۵
	۲۶	تجربه شخصی زن بر پیشرفت لیبر اثرگذار است.	۰/۵۵۰	۰/۳۱۳	۰/۲۲۸	۰/۱۶۱	-۰/۰۲۴		
	۲۷	زایمان واژینال، روش ایده‌آل زایمان است.	۰/۶۶۲	۰/۳۹۷	۰/۲۹۷	۰/۲۵۲	-۰/۰۸۳		
	۳۳	اکثریت زنان قادر به انجام زایمان واژینال هستند.	۰/۶۸۴	۰/۳۹۱	۰/۲۸۲	۰/۳۱۴	۰/۰۴۷		
	۳۵	تجربه لیبر یک رویداد با اهمیت و معنادار در زندگی زنان است.	۰/۷۴۲	۰/۴۹۴	۰/۲۸۶	۰/۲۵۷	-۰/۰۱۳		
	۳۸	زایمان فرآیندی طبیعی و نرمال است.	۰/۶۶۵	۰/۳۷۷	۰/۱۳۵	۰/۱۷۷	۰/۱۲۵		
	۴۰	مراقبت مامایی می‌تواند بر انتخاب زن در مورد نوع زایمان (طبیعی یا سزارین)، تأثیرگذار باشد.	۰/۶۹۰	۰/۵۲۹	۰/۳۷۹	۰/۲۷۰	-۰/۰۶۹		
	۴۲	زایمان واژینال در مقایسه با سزارین زنان را توانمندتر می‌کند.	۰/۷۲۰	۰/۵۴۱	۰/۲۱۶	۰/۱۷۸	۰/۰۶۷		
	۱	همه زنان باید برنامه‌ای برای زایمان داشته باشند.	۰/۳۷۱	۰/۴۸۷	۰/۱۱۴	۰/۰۸۳	-۰/۰۰۵		
	۶	عزت نفس یک زن می‌تواند حین لیبر تقویت شود.	۰/۴۶۸	۰/۶۴۹	۰/۱۹۲	۰/۲۴۲	-۰/۰۸۲		
استقلال زنان	۱۲	ماماهای همراه پیامدهای مادری و نوزادی را بهبود می‌بخشند.	۰/۳۷۴	۰/۵۵۶	۰/۱۵۳	۰/۲۳۶	۰/۰۸۹	۰/۰۹۴	۰/۰۴۳
	۱۴	اعتماد به نفس و تصمیم‌گیری یک زن، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده زایمان واژینال است.	۰/۳۶۷	۰/۵۷۶	۰/۱۸۴	۰/۱۷۶	-۰/۰۰۸		
	۱۶	زنان با بارداری کم‌خطر باید حق انتخاب برای زایمان در منزل را داشته باشند.	۰/۳۴۱	۰/۵۹۴	۰/۳۶۰	۰/۳۳۲	-۰/۰۴۹		
	۳۷	نباید زنان را طی مرحله دوم و در وضعیت لیتوتومی، به زور زدن همراه با حبس تنفس تشویق کرد.	۰/۳۲۷	۰/۵۲۳	۰/۱۱۶	۰/۰۸۵	۰/۰۳۸		
تعارض مدل پزشکی	۴	اگر زنان بدانند که خطر پارگی رحم وجود دارد، هیچ تلاشی برای انجام زایمان واژینال بعد از سزارین نخواهند کرد.	-۰/۰۹۲	-۰/۰۹۵	-۰/۰۹۵	-۰/۲۹۳	۰/۴۰۴	۰/۰۹۳	۰/۰۵۶
	۵	افزایش میزان سزارین در کشور ما، نشانه‌ای از بهبود مراقبت مامایی است.	۰/۱۷۴	۰/۱۲۳	۰/۵۳۳	۰/۱۶۳	-۰/۲۴۶		
	۹	زنان ممکن است فکر کنند قادر به تحمل درد هستند، اما در واقعیت، آنها هیچ تصویری در مورد لیبر ندارند.	۰/۱۰۷	۰/۰۹۹	۰/۵۲۸	۰/۱۶۶	-۰/۱۷۹		
ایمنی زایمان بریج	۲۲	مونیتورینگ مداوم قلب جنین بر سمع متناوب حین لیبر ارجح است.	۰/۱۷۳	۰/۱۴۴	۰/۶۷۷	۰/۲۴۶	-۰/۳۸۲	۰/۱۹	۰/۲۴
	۳۴	میزان زایمان سزارین را می‌توان به‌طور ایمن کاهش داد.	۰/۵۴۳	۰/۴۸۰	۰/۵۷۶	۰/۳۲۰	-۰/۰۱۸		
	۲۳	زایمان در نمایش بریج همیشه باید از طریق سزارین انجام شود.	-۰/۲۵۵	-۰/۲۷۳	-۰/۴۳۶	-۰/۸۳۷	۰/۲۳۸		
	۲۹	زایمان واژینال بریج برای زنان با حاملگی کم‌خطر، ایمن است.	۰/۱۳۶	۰/۱۵۱	۰/۱۲۵	۰/۶۵۳	-۰/۰۵۷		
	۳۲	برای زنان باردار کم‌خطر با نمایش بریج، باید گزینه زایمان واژینال نیز پیشنهاد شود.	۰/۳۶۴	۰/۳۷۱	۰/۲۸۴	۰/۸۱۲	-۰/۰۲۰		
تأثیر مداخله	۲	بی‌حسی اپیدورال در پیشرفت طبیعی لیبر تداخل ایجاد می‌کند.	۰/۰۲۴	-۰/۰۵۰	-۰/۲۷۰	-۰/۰۵۰	۰/۷۴۲	۰/۰۷۲	۰/۱۸
	۱۱	زنان با بی‌حسی اپیدورال قادر به زور زدن کافی نیستند.	۰/۰۲۱	-۰/۰۰۶	-۰/۱۸۹	-۰/۱۲۳	۰/۶۴۶		
	۱۵	بی‌حسی اپیدورال میزان زایمان سزارین را افزایش می‌دهد.	-۰/۰۵۵	۰/۰۰۴	-۰/۲۹۲	-۰/۰۹۶	۰/۷۷۴		
	۱۷	ماماها بر مونیتورینگ الکترونیکی در مراقبت از زنان حین لیبر تأکید بیش از حد دارند.	۰/۰۷۸	۰/۰۲۸	۰/۳۷۵	۰/۱۸۰	-۰/۵۳۷		
	۲۱	بی‌حسی اپیدورال استفاده از اکسی‌توسین را افزایش می‌دهد.	۰/۱۱۴	۰/۰۶۱	-۰/۱۷۹	-۰/۱۰۸	۰/۶۴۳		
	۳۹	استفاده از بی‌حسی اپیدورال در مراحل ابتدایی لیبر (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر)، خطر سزارین را افزایش می‌دهد.	۰/۰۳۶	-۰/۰۳۶	-۰/۱۵۴	-۰/۰۲۰	۰/۵۸۶		

جدول ۴- معیار فورنل و لارکر حیطه‌های پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک

حیطه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
تجربه زنان از تولد	۰/۶۵۹				
استقلال زنان	۰/۶۶۲	۰/۵۶۷			
تعارض مدل پزشکی	۰/۳۹۵	۰/۳۴۷	۰/۶۰۶		
زایمان بریج ایمن	۰/۳۴۵	۰/۳۶۲	۰/۴۱۱	۰/۷۷۲	
تأثیر مداخلات	۰/۴۳۲	-۰/۳۴۶	-۰/۴۰۰	-۰/۵۶۰	۰/۶۶۰

جدول ۵- معیار HTMT حیطه‌های پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک

	۱	۲	۳	۴	۵
تجربه زنان از زایمان	-				
استقلال زنان	۰/۵۳	-			
تعارض مدل پزشکی	۰/۶۷	۰/۷۷	-		
ایمنی در زایمان بریج	۰/۴۶	۰/۵۹۴	۰/۵۹۵	-	
تأثیر مداخله	۰/۳۱	۰/۴۶	۰/۶۶	۰/۲۳	-

در بررسی کیفیت مدل ساختاری مقادیر CV-Red که نشان دهنده کیفیت مناسب مدل است در جدول ۳ آورده شده است، واریانس تبیین شده (R Squares) در حیطه تجربه زنان از تولد، استقلال زنان، تعارض مدل پزشکی، زایمان بریج ایمن و تأثیر مداخلات به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴، ۰/۵۵، ۰/۳۶ و ۰/۲۹ به دست آمد.

پایایی

به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه ۲۹ گویه‌ای نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای حیطه‌های پرسشنامه ۰/۷۳۳ - ۰/۶۸ به دست آمد که مقدار قابل قبولی می‌باشد. همچنین نتایج پایایی ثبات زمانی به دست آمده با رویکرد آزمون-بازآزمون در فاصله ۱۴ روز، با استفاده از ضریب همبستگی درون خوشه‌ای، ۰/۷۸ گزارش شد که مطلوب و رضایت‌بخش بود و بیانگر ثبات نتایج در طول زمان بود.

بحث

پژوهش حاضر برای اولین بار، به ترجمه و روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک پرداخت؛ به این ترتیب امکان تفسیر و تعمیم یافته‌های پژوهشی افزایش می‌یابد و به کارگیری نتایج مطالعات نیز میسر می‌گردد، در ضمن به سهولت ابزاری معتبر، مناسب، دقیق و مطابق با فرهنگ ایرانی در دسترس محققان قرار می‌گیرد (۳۱).

یافته‌های مطالعه، از اعتماد و اعتبار مطلوب نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک حمایت می‌کند. در مطالعه حاضر روایی ابزار با ترکیبی از روایی صوری، روایی محتوا و روایی سازه از نوع تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی (با استفاده از برآورد حداقل مربعات وزنی)، ۱۳ گویه که دارای بار عاملی کمتر از ۰/۵ بودند از مدل خارج شدند و در نهایت ۲۹ گویه باقی ماند. لوین و همکار (۲۰۱۵)، روایی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک را بر اساس روایی محتوای و روایی سازه انجام دادند (۱۰). در روایی محتوای کیفی، از طریق استخر گویه‌ها و ارزیابی افراد متخصص، ۱۱۲ گویه به ۶۸ گویه و در مرحله دوم، ۶۸ گویه به ۴۲ گویه تقلیل یافت. روایی سازه نیز با تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد و NABQ-R، ۴۲ آیتمی از ۵ حیطه تجربه زنان از تولد، استقلال زنان، تعارض مدل پزشکی، زایمان بریج ایمن و تأثیر مداخلات حمایت می‌کرد. همچنین مطالعه لیوا و همکاران (۲۰۱۲) نگرش پرستاران به زایمان را بررسی نمودند. روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوای (ارزیابی کارشناسان) و روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) انجام شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ساختار ۶ حیطه، پذیرش دولاها، آنالژی اپیدورال، اپیزاتومی، نظارت الکترونیک جنین، ایمنی محل زایمان و نوع زایمان و کاهش سزارین را تأیید

پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و ثبات زمانی (آزمون- بازآزمون) بررسی و تأیید شد، به طوری که آلفای کرونباخ در حیطه‌های تجربه زنان از تولد ۰/۶۸، استقلال زنان ۰/۶۹۵، تعارض مدل پزشکی ۰/۷۱۶، زایمان بریچ ایمن ۰/۷۳۳ و تأثیر مداخلات ۰/۷۲۹ به دست آمد که مؤید هماهنگی درونی نسخه فارسی پرسشنامه مذکور می‌باشد. در مطالعه طراحان اصلی پرسشنامه (Levine and Lowe)، آلفای کرونباخ در حیطه‌های تجربه زنان از تولد ۰/۷۹، استقلال زنان ۰/۸۲، تعارض مدل پزشکی ۰/۷۵، زایمان بریچ ایمن ۰/۹۰ و تأثیر مداخلات ۰/۷۵ بود و برای کل پرسشنامه ۰/۹ به دست آمد (۱۰). در مطالعه لیوا و همکاران (۲۰۱۲) نیز به جز مقیاس نظارت الکترونیکی جنین ($\alpha=0/61$)، ثبات درونی مقیاس‌ها بیش از ۰/۷ بود (۱۷). همچنین در مطالعه کلین و همکاران (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ حیطه‌ها شامل مونیتورینگ الکترونیکی جنین، آنالژی اپیدورال ۰/۸۲، سودمندی اپی‌زیاتومی ۰/۷۳، دولاها ۰/۸۲، مزایای کف لگن ۰/۸۱، عوامل کاهش‌دهنده سزارین ۰/۸۱، ایمنی محل یا نوع تولد ۰/۷۴، ترس ارائه‌دهندگان خدمات از زایمان ۰/۹۲، انتخاب و نقش مادر در زایمانش ۰/۶۴ بود (۱۶).

در مطالعه حاضر، نتایج پایایی ثبات به دست آمده با رویکرد آزمون- بازآزمون مورد تأیید ($I=0/78$) و بیانگر ثبات نتایج در طول زمان بود. نتایج روانسنجی پژوهش حاضر با یافته‌های نسخه انگلیسی آن مطابقت داشت. به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک با ۲۹ گویه با حداقل نمره ۲۹ و حداکثر نمره ۱۱۶، به عنوان یک پرسشنامه مرتبط، قابل قبول، دارای تکرارپذیری و اعتبار مناسب جهت سنجش نگرش و باور ماماها ایرانی، می‌تواند در طی مراقبت‌های لیبر و زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

با این حال، مطالعه حاضر همچون سایر مطالعات، دارای نقاط ضعف و محدودیت‌هایی بود. از جمله در مطالعه حاضر فقط ماماها‌های شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و در بیمارستان‌های دولتی مورد مطالعه قرار گرفتند و

نمود (۱۷). کلین و همکاران (۲۰۰۹) نیز به بررسی نگرش ارائه‌دهندگان خدمات به مادران کانادایی طی لیبر و زایمان پرداختند. روانسنجی پرسشنامه با استفاده از روایی محتوی (ارزیابی کارشناسان) و روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) انجام شد و در نهایت نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار ۹ حیطه را تأیید نمود. این حیطه‌ها شامل مونیتورینگ الکترونیک جنین، آنالژی اپیدورال، سودمندی اپی‌زیاتومی، دولاها، مزایای کف لگن، عوامل کاهش‌دهنده سزارین، ایمنی محل یا نوع تولد، ترس ارائه‌دهندگان خدمات از زایمان، انتخاب و نقش مادر در زایمانش بود (۱۶). در مطالعه آپاریسیو (۲۰۰۶) که با عنوان روانسنجی پرسشنامه نگرش ارائه‌دهندگان خدمات (MCP)^۱، به مراقبت‌های مراقبت‌های حین لیبر و زایمان انجام شد، ابتدا ۵۶ گویه جدید تولید شد و سپس مراحل روایی صوری، روایی محتوی (ارزیابی کارشناسان) و روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) بر روی پرسشنامه انجام شد، ولی پرسشنامه از روایی و پایایی (همسانی درونی ۵/۶۶) مطلوبی برخوردار نبود و ابهام زیادی در مفهوم گویه‌های پرسشنامه وجود داشت و نمونه‌ها برای انجام روایی و تحلیل پایایی ناکافی ($n=72$) بود (۳۳).

در مطالعات انجام شده روایی سازه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده است و مطالعه حاضر با توجه به اینکه ترجمه و بررسی روایی و پایایی ابزار لوین و همکار بود، بر اساس شواهد موجود انجام تحلیل عاملی تأییدی کافی به نظر می‌رسید. از آنجا که این ابزار تاکنون به هیچ زبان دیگری ترجمه نشده است، امکان مقایسه نسخه فارسی این ابزار با سایر نسخه‌های دیگر به سایر زبان‌ها وجود نداشت. به جهت عدم وجود ابزاری مشابه پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک، امکان بررسی روایی ملاکی وجود نداشت. همچنین در مطالعه طراحان ابزار نیز روایی ملاکی مورد بررسی قرار نگرفته است (۱۰). در مطالعه حاضر روایی همگرا و واگرا مورد تأیید قرار گرفت که به جهت انجام نشدن در مطالعات مشابه امکان مقایسه آن وجود نداشت.

¹ Maternity care providers

ابزار قابل اعتماد و معتبر، می‌تواند در مطالعات آینده در ایران مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با تصویب و تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد: IR.IUMS.REC 1397.861. به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ایران به دلیل حمایت مادی و معنوی و همچنین ماماهاى شاغل در زایشگاه‌های بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران که در این مطالعه مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های خصوصی در نظر گرفته نشدند. همچنین این مطالعه فقط در سطح شهر تهران انجام شد و کل استان تهران و حومه، به دلیل کمبود وقت و مشکلات پیش‌رو در نظر گرفته نشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، ویژگی‌های سایکومترى پرسشنامه مذکور، در محیط‌های متنوع‌تر و به‌صورت جامع‌تر و کشوری انجام شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش و باور ماماها به زایمان فیزیولوژیک را مورد بررسی قرار داد و یافته‌ها، بیانگر روانسنجی مناسب پرسشنامه بود، بنابراین پرسشنامه مذکور به عنوان یک

منابع

- Miri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Caesarean section change trends in Iran and some demographic factors associated with them in the past three decades. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012; 2(3):127-34.
- Saghafi N, Pourali L, Ghanbarabadi VG, Mirzamarjani F, Mirteimouri M. Serum heat shock protein 70 in preeclampsia and normal pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2018; 16(1):1.
- Mahfouzi Y, Kazemzadeh R. Effect of prenatal preparation classes on the duration of labor and delivery type in primiparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2019;21(11):37-43.
- Karimi S, Kazemi F, Masoumi SZ, Shobeiri F, Roshanaei G. Effect of Consultation and Educating in Preparation Classes for Delivery on Pregnancy Consequences: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Electronic physician*. 2016;8(11):3177-83.
- ACOG. American College of Obstetricians Gynecologists statement of policy: Out-of-hospital births in the United States 2006. Available from: <https://faithgibson.org/5793-2/>
- Janani F, Kohan S, Taleghani F, Ghafarzadeh M. Challenges To Implementing Physiologic Birth Program (PBP): A Qualitative Study Of Midwives Opinion In Iran. *Acta Medica Mediterranea*. 2015;31(7):1373-80.
- Golshahi T. A Comparative Study Of The Midwifery Education System And The Role Of Midwives In Iran And Selected Countries In Terms Of Development In First Level Health Services (PHC). Faculty of Medical Education: Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, School of Medical Education; 2013.
- Macdonald D. Exploring Collaboration Between Midwives and Nurses in Nova Scotia: A Feminist Poststructuralist Case Study: Université d'Ottawa/University of Ottawa; 2019.
- Vedam S, Aaker J, Stoll K. Assessing Certified Nurse- Midwives' Attitudes Towards Planned Home Birth. *The Journal of Midwifery & Women's Health*. 2010;55(2):133-42.
- Levine MS, Lowe NK. Measuring Nurse Attitudes About Childbirth: Revision and Pilot Testing of the Nurse Attitudes and Beliefs Questionnaire. *Journal of Nursing Measurement*. 2015;23(2):287-301.
- Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(5):S160-S72.
- Moasheri BN, Sharifzadeh G, Soltanzadeh V, Khosravi Givshad Z, Rakhshany Zabol F. Relationship between fear of pain, fear of delivery and attitude towards cesarean section with preferred mode of delivery among pregnant women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;18(179):8-16.
- Mohammadali Makhoul K, Araban M, Hassanzadeh A, Alavijeh Z. Implementation of Targeted Education to Promote Normal Vaginal Delivery: A Randomized Controlled Trial. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018;21(10):66-74.
- Dunphy BC, Cantwell R, Bourke S, Fleming M, Smith B, Joseph K, et al. Cognitive elements in clinical decision-making. *Advances in health sciences education*. 2010;15(2): 229-50.
- Klein MC, Liston R, Fraser WD, Baradaran N, Hearps SJ, Tomkinson J, et al. Attitudes of the new generation of Canadian obstetricians: how do they differ from their predecessors? *Birth*. 2011;38(2):129-39.

16. Klein MC, Kaczorowski J, Hall WA, Fraser W, Liston RM, Eftekhary S, et al. The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: many differences but important similarities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2009;31(9):827-40.
17. Liva SJ, Hall WA, Klein MC, Wong ST. Factors associated with differences in Canadian perinatal nurses' attitudes toward birth practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2012;41(6):761-73.
18. Kiani Asabiber A, Heydari M, Rahnema P, Mohammadi Tabar S. Investigation of Midwives' attitudes towards elective cesarean section and its related factors in Tehran. *payesh*. 2014;13(3):331-8.
19. Heidari K, Amiri-Farahani L, Hasanpoor-Azghady SB, Ebadi A. Psychometric Properties of the Persian Version of Midwives Self-Efficacy for Labor Support Scale. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2019;29(173):107-15.
20. Heidari M, Akbarfahimi M, Salehi M, Nabavi SM. Validity and reliability of the Persian-version of fatigue impact scale in multiple sclerosis patients in Iran. *Koomesh*. 2014;15(3):295-301.
21. Grove SK, Gray JR, Faan PR. *Understanding Nursing Research: First South Asia Edition, E-Book: Building an Evidence-Based Practice*: Elsevier India; 2019.
22. Hinkin TR. A review of scale development practices in the study of organizations. *Journal of management*. 1995;21(5):967-88.
23. Taghizadeh Z, Ebadi A, Montazeri A, Shahvari Z, Tavousi M, Bagherzadeh R. Psychometric properties of health related measures. Part 1: Translation, development, and content and face validity. *Payesh*. 2017;16(3): 343 - 57.
24. Bolarinwa OA. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*. 2015;22(4):195-201.
25. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2019;15(2):214-21.
26. MacKenzie SB, Podsakoff PM, Podsakoff NP. Construct measurement and validation procedures in MIS and behavioral research: Integrating new and existing techniques. *MIS quarterly*. 2011;35(2):293-334.
27. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of clinical epidemiology*. 2010;63(7):737-45.
28. Williams B, Onsmann A, Brown T. *Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices*. *Australasian Journal of Paramedicine*. 2010;8 (3).
29. Burns N, Grove SK. *Understanding Nursing Research-eBook: Building an Evidence-Based Practice*: Elsevier Health Sciences; 2010.
30. Hair Jr JF, Hult GTM, Ringle C, Sarstedt M. *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*: Sage publications; 2016.
31. Tol A, Mahmoodi G, Alhani F, Shojaezadeh D, Eslami A, Sharifirad G. Development of a valid and reliable diabetes self-management instrument: An Iranian version. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2011;10:18.
32. Ringle CM, Sarstedt M, Straub D. A critical look at the use of PLS-SEM in MIS Quarterly. *MIS Quarterly* 2012;36(1).
33. Aparicio DA. *The nurses' attitudes and beliefs questionnaire: a psychometric analysis*: University of British Columbia; 2006.