

رواسازی و اعتباریابی مقیاس خودمختاری باروری

الهام جعفری^{۱*}، دکتر منوچهر ازخوش^۲، دکتر پروین جعفری^۲

۱. کارشناس ارشد مشاوره، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: باروری، از ارکان مهم تغییرات و تحولات جمعیتی است. با توجه به اینکه زنان به یک اندازه قادر به تصمیم‌گیری مستقل در زمینه باروری نیستند، سنجش خودمختاری باروری زنان در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با باروری اهمیت دارد. مطالعه حاضر با هدف رواسازی و اعتباریابی مقیاس خودمختاری باروری انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی و روان‌سنجی بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متأهل ۴۵-۱۵ سال ساکن شهر تهران بود. نمونه پژوهش شامل ۱۶۸ زن متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر تهران بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. روایی محتوایی با استفاده از شاخص روایی محتوایی (CVI) بررسی شد. برای ارزیابی همسانی درونی و پایایی آزمون - بازآزمون، به ترتیب از آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و روایی همزمان با بررسی همبستگی با پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و سبک تصمیم‌گیری ارزیابی شد.

یافته‌ها: روایی همزمان، همبستگی قوی بین نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان و نمرات پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و سبک تصمیم‌گیری را نشان داد. ضریب همبستگی آزمون - بازآزمون برای خرده‌مقیاس‌های تصمیم‌گیری، رهایی از اجبار و ارتباط، به ترتیب ۰/۷۸۴، ۰/۷۲۴ و ۰/۸۸۷ بود.

نتیجه‌گیری: پرسشنامه خودمختاری باروری زنان از روایی صوری، محتوایی، سازه و همزمان، و نیز همسانی درونی و پایایی آزمون - بازآزمون قابل قبولی برخوردار است.

کلمات کلیدی: باروری، پایایی، خودمختاری باروری، روایی، زنان

* نویسنده مسئول مکاتبات: الهام جعفری؛ گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۵
پست الکترونیک: elhamjafari716@gmail.com

مقدمه

نقش باروری، به عنوان مهم ترین پدیده تعیین کننده میزان رشد جمعیت، سبب شده است که مطالعات مربوط به آن، نسبت به سایر پدیده های جمعیتی، از اهمیت فراوانی برخوردار باشند (۱). مفهوم حقوق باروری در جنبش فمینیستی، از مبارزه برای به رسمیت شناختن حقوق زنان در ارتباط با جنسیت و تولیدمثل سرچشمه گرفته است. این حقوق تنها به سلامت جنسی و باروری محدود نمی شود، بلکه آزادی، عدم تبعیض، احترام به حق انتخاب و انتخاب آزادانه نقش مادری را نیز در برمی گیرد (۲). یکی از مسائل مهمی که در این زمینه مطرح است، خودمختاری باروری است (۳). منظور از خودمختاری باروری، قدرت تصمیم گیری در مورد زمان فرزندآوری است. زنان باید به طور کلی تعیین کنند که بارداری آنان چگونه سپری شود و زایمان چگونه انجام گیرد (۴).

نقش زنان در اجتماع و توانایی تصمیم گیری در امور خانواده، از عوامل مؤثر بر رفتار باروری زنان است و خودمختاری زنان نیز عامل مهمی در کنترل رفتار باروری آنان محسوب می شود. تصمیم گیری در مورد ادامه بارداری یا سقط آن، اساساً و در درجه نخست، تصمیم زن است؛ زیرا ممکن است کل زندگی شخصی آینده او و همچنین زندگی خانوادگی اش را شکل دهد و تأثیر مهمی بر برخورداری وی از سایر حقوق بشر داشته باشد (۵). سازمان جهانی بهداشت نشان داده است که در کشورهایی که سقط جنین از نظر قانونی محدود شده یا در دسترس نیست، سقط ایمن امتیازی برای افراد ثروتمند محسوب می شود؛ در حالی که زنان دارای امکانات محدود، انتخابی جز روی آوردن به روش های نایمن ندارند (۶). زنان فقیر، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، از بارداری های ناخواسته، بیماری ها، عفونت های قابل انتقال از راه تماس جنسی مانند HIV، خشونت جنسی و سایر مشکلات مرتبط با دستگاه باروری و رفتارهای جنسی رنج می برند (۷).

شواهد جدید منتشر شده نشان می دهد که در کشورهایی که سقط جنین به طور کامل ممنوع است یا فقط برای حفظ جان یا سلامت جسمی زنان مجاز

شناخته می شود، از هر ۴ سقط جنین، تنها یک مورد ایمن است؛ در حالی که در کشورهایی که سقط جنین به دلایل گسترده قانونی مجاز است، تقریباً ۹ مورد از هر ۱۰ مورد سقط جنین، ایمن گزارش شده است. این سقط های نایمن سالانه منجر به مرگ ۴۷ هزار نفر می شود و هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد قوانین محدودکننده، میزان بروز سقط جنین را کاهش می دهد؛ بلکه به نظر می رسد تنها موجب تبعیض شدید علیه زنان محروم از نظر اقتصادی می شود (۸). در ایران، پژوهش هایی در زمینه روان سنجی و اعتباریابی ابزارهای مرتبط با باروری انجام شده است که از جمله آن ها می توان به پرسشنامه سبک تصمیم گیری زنان در مورد سقط یا تداوم بارداری ناخواسته (۹) و پرسشنامه تجربه بارداری (۱۰) اشاره کرد. همچنین، برخی مطالعات پیمایشی، رابطه بین متغیرهای گوناگون با باروری زنان، نظیر سطح تحصیلات و مشارکت در فعالیت های اجتماعی - اقتصادی، را بررسی کرده اند و بر این فرض استوار بوده اند که افراد بر رفتارهای پیشگیری از بارداری خود کنترل دارند (۱۱).

پرسشنامه سبک تصمیم گیری زنان در مورد سقط یا تداوم بارداری ناخواسته، طراحی شده توسط باغستانی و همکاران (۱۳۹۵)، دارای ۲۷ گویه و ۴ خرده مقیاس شامل راهبردهای اجتنابی - توجیهی، مقاومت در پذیرش، راهبردهای تحلیلی و راهبردهای تأییدی است که تنها برای بررسی نحوه تصمیم گیری هنگام بارداری ناخواسته به کار گرفته می شود. در این مطالعات، ابزاری که به طور اختصاصی جنبه های خودمختاری زنان در بارداری را بسنجد، مشاهده نشد. برای پر کردن این شکاف در ادبیات پژوهش، ابزاری معتبر و روا برای سنجش خودمختاری باروری مورد نیاز است. مقیاس خودمختاری باروری در سال ۲۰۱۴ در کالیفرنیا طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۳ خرده مقیاس قدرت تصمیم گیری (سؤالات ۱ تا ۴)، آزادی از اجبار (سؤالات ۵ تا ۹) و ارتباط (سؤالات ۱۰ تا ۱۴) است و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷ گزارش شده است. این ابزار در برزیل در سال ۲۰۱۹ ترجمه و اعتباریابی شد (۱۲) و در غنا نیز در سال ۲۰۲۰ برای بررسی استقلال

باروری و تصمیم‌گیری درباره بارداری در میان زنان جوان مورد استفاده قرار گرفت (۱۳).

همچنین، در مطالعه‌ای دیگر برای بررسی تأثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و باروری بر خودمختاری باروری زنان مناطق روستایی برزیل، از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری استفاده شد (۱۲). این پرسشنامه به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی و پرتغالی ترجمه شده و در دسترس است (۳). از مزیت‌های مقیاس خودمختاری باروری، علاوه بر جدید بودن آن، تعداد کم سؤالات است که موجب می‌شود تکمیل آن زمان اندکی به طول انجامد.

علی‌رغم اهمیت خودمختاری زنان در باروری، تاکنون پرسشنامه‌ای برای ارزیابی عینی و دقیق این سازه در ایران در دسترس نبوده است. با توجه به مطالب بیان شده، به نظر می‌رسد وجود ابزاری برای سنجش خودمختاری باروری زنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با باروری در ایران ضروری باشد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف رواسازی و اعتباریابی این ابزار در ایران انجام شد.

روش کار

در سال ۱۹۹۵ میلادی، گزارش توسعه انسانی سازمان ملل متحد، برای سنجش توسعه انسانی جوامع و کشورهای مختلف، دو شاخص را به شاخص‌های عمومی اضافه کرد که برای تعیین جایگاه زنان در هر کشور مناسب است؛ این دو شاخص که بر پایه عوامل متعدد اقتصادی، اجتماعی و سیاسی هر جامعه درباره زنان به‌دست می‌آید، عبارت‌اند از: شاخص توسعه جنسیتی و شاخص توانمندسازی جنسیتی (۱۲). در کشورهای با درآمد کم و متوسط، که اکثریت قریب به اتفاق حاملگی‌های ناخواسته در آن‌ها رخ می‌دهد، درک موانع استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در میان زنانی که می‌خواهند از بارداری اجتناب کنند، بسیار مهم است (۱۴) که می‌توان به عواملی چون شیوع فقر و وابستگی اقتصادی در میان زنان، انواع تبعیض‌ها، خشونت علیه زنان، قدرت و اختیار محدود در زندگی زناشویی و باروری، نداشتن تأثیر و نفوذ در تصمیم‌گیری، نداشتن آگاهی و گسترده بودن دامنه

نیازهای زنان به مراقبت‌های بهداشتی اشاره کرد (۱۰). یکی از مسائل مهمی که باید به آن توجه کرد، خودمختاری باروری است که با جنبه‌های زندگی و سلامت زنان و دختران ارتباط دارد و به‌عنوان بخشی از حقوق اساسی بشر مطرح است (۱۴).

باروری به معنای قابلیت یا توانایی یک زوج برای بارور شدن و تولیدمثل است. در زنان، باروری به توانایی تخمک‌گذاری و در مردان، به توانایی تولید اسپرم سالم و کارآمد اطلاق می‌شود. این توانایی برای زوجین اهمیت دارد؛ زیرا اگر باروری کاهش یابد یا به‌طور کامل از بین برود، فرزنددار شدن زوجین با مشکل روبه‌رو می‌شود (۱۵).

خودمختاری باروری به حق و اختیار زنان برای تصمیم‌گیری درباره بدن خود، باروری و شیوه‌های باروری اطلاق می‌شود. خودمختاری باروری بر این اصل تأکید دارد که زنان حق دارند درباره تعداد فرزندان، زمان بارداری و فاصله بین بارداری‌ها، به‌طور آگاهانه و با توجه به وضعیت فردی، سلامت جنسی، شرایط اجتماعی و اقتصادی خود تصمیم‌گیری کنند (۳).

مفهوم خودمختاری باروری شامل حقوق زنان برای دسترسی به اطلاعات، خدمات و روش‌های پیشگیری از بارداری (مانند کاندوم یا روش‌های دائمی مانند بستن لوله‌های رحمی یا وازکتومی) نیز است. این حقوق برای زنان به منظور پیشگیری از بارداری ناخواسته، حفظ سلامت جنسی، ارتقای سلامت باروری، کنترل باروری و فراهم کردن شرایط مناسب‌تر برای تمرکز بر نقش‌های خانوادگی و فعالیت‌های شغلی در نظر گرفته شده است (۱۶).

خودمختاری باروری بیانگر اهمیت حمایت از حقوق باروری زنان است و تأکید می‌کند که بارداری و باروری زنان نباید تحت تأثیر فشارها، تبعیض‌ها یا تصمیمات دیگران قرار گیرد. این مفهوم بر ارزش‌های حقوق بشر، برابری جنسیتی، حق تصمیم‌گیری و احترام به انتخاب زنان تأکید دارد و به آنان اجازه می‌دهد تا در زمینه باروری و خانواده‌پروری، به‌طور آگاهانه و مسئولانه تصمیم‌گیری کنند (۱۷).

در صورتی که باروری با مشکل مواجه باشد، امکانات درمانی مانند درمان دارویی، جراحی و روش‌های کمک‌باروری، شامل برنامه‌ریزی خانواده، لقاح مصنوعی و جراحی‌های مرتبط با تولیدمثل، می‌توانند به زوجها کمک کنند. برای تشخیص و درمان دقیق‌تر مشکلات باروری، بهتر است به پزشک متخصص سلامت باروری و ناباروری مراجعه شود (۱۸).

نظریه خودتعیین‌گری^۱ معتقد است که خودمختاری باروری موجب افزایش رضایت، خوش‌بینی و احساس کنترل شخصی بر زندگی می‌شود. افرادی که در تصمیم‌گیری‌های باروری خود از آزادی برخوردار باشند، احساس قدرت و کنترل بیشتری بر زندگی خود خواهند داشت (۱۹).

در نظریه تحول، خودمختاری باروری به‌عنوان یکی از مراحل فرآیند تحول شخصیت فرد در نظر گرفته می‌شود و تصمیمات مربوط به باروری می‌توانند نشان‌دهنده رشد شخصیت، پختگی و استقلال فرد باشند (۲۰).

برای سنجش خودمختاری باروری، ابزارهای مختلفی طراحی شده‌اند که ابعاد گوناگون این سازه را می‌سنجند. پرسشنامه خودمختاری باروری به‌صورت مستقل توسط پژوهشگران طراحی شده است و ابعاد مهم خودمختاری باروری را اندازه‌گیری می‌کند؛ از جمله تصمیم‌گیری‌های مرتبط با باروری، دانش و آگاهی درباره باروری، دسترسی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و رضایت از تصمیمات باروری (۳). مقیاس کنترل باروری نیز به منظور سنجش میزان خودمختاری در باروری و کنترل فرد بر زمان و تعداد فرزندان طراحی شده است. این ابزار به روش پرسشنامه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۱).

سیاهه ارزش‌های باروری^۲ بر ارزش‌ها و باورهای فرد درباره باروری تمرکز دارد. با استفاده از این پرسشنامه می‌توان میزان خودمختاری فرد در زمینه باروری را سنجید (۲۲).

مقیاس نگرش به خودشفقت‌ورزی باروری به منظور سنجش میزان خودشفقتی فرد در قبال تصمیمات باروری و فرآیند باروری طراحی شده است. این مقیاس میزان صداقت، استقامت و دلسوزی فرد نسبت به خود را در تصمیم‌گیری‌های باروری اندازه‌گیری می‌کند (۲۳).

در این خصوص، پژوهش‌های گسترده‌ای انجام شده است. کرد زنگنه و همکار (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری در زنان بدون سابقه بارداری، به روان‌سنجی پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری در زنان بدون سابقه بارداری پرداخت. در این پژوهش، ۲۳۵ نفر از زنان بدون سابقه بارداری در مناطق جنوب کشور، به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. جهت تعیین روایی و پایایی پرسشنامه، از آزمون آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی استفاده شد که ضریب کلی آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ بود. مقدار شاخص کایزر - مایر - اولکین پرسشنامه ۰/۸۹ بود. مقدار آزمون کروییت بارتلت در سطح معناداری قرار داشت و در مجموع، ۶۳٪ از واریانس نگرش به باروری و فرزندآوری را تبیین کرد (۲۴).

ودام و همکاران (۲۰۱۷) در ونکوور به اعتباریابی و روان‌سنجی مقیاس خودمختاری مادران در تصمیم‌گیری پرداختند. این ابزار، ساختار واحد استقلال در تصمیم‌گیری حین مراقبت‌های زایمانی را اندازه‌گیری می‌کند، اولویت‌های فردمحور را منعکس می‌سازد و همچنین تعاملات با ارائه‌دهندگان خدمات زایمانی را به منظور هدایت تصمیم‌گیری در طول دوره مراقبت‌های زایمانی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس متشکل از ۷ گویه با پاسخ‌های ۶ درجه‌ای لیکرت است و امتیاز بالاتر، نشان‌دهنده تجربه استقلال بیشتر است. آلفای کرونباخ این مقیاس در تمامی نمونه‌ها بیش از ۰/۹۰ بود که بیانگر پایایی مطلوب آن در جمعیت‌های مختلف زنان باردار، به‌ویژه جمعیت‌های آسیب‌پذیر، است (۲۵).

سوالات تحقیق

آیا نسخه فارسی مقیاس خودمختاری باروری از روایی صوری کافی برخوردار است؟

¹ Self-Determination Theory

² Reproductive Values Inventory

مقیاس خودمختاری باروری^۱

این ابزار جهت سنجش خودمختاری باروری زنان توسط یوشما اوپادهیای و دینا گرین فوستر^۲ سال ۲۰۱۴ طراحی شده است. جامعه مورد مطالعه شامل زنان ۴۵-۱۵ ساله‌ای بود که به زبان انگلیسی یا اسپانیایی صحبت می‌کردند. اطلاعات جمع‌آوری شده از ۱۸۹۲ زن در ۱۳ مرکز تنظیم خانواده و ۶ مرکز ارائه خدمات سقط جنین به‌دست آمد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال و ۳ خرده‌مقیاس شامل تصمیم‌گیری، آزادی از اجبار و ارتباط است. نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس لیکرتی شامل خرده‌مقیاس تصمیم‌گیری (۰ تا ۳)، خرده‌مقیاس آزادی از اجبار (۰ تا ۴) و خرده‌مقیاس ارتباط (۰ تا ۴) بود. آلفای کرونباخ ۰/۷۷ نشان داد که این مقیاس از سازگاری درونی مناسبی برخوردار است و ابزاری قابل اعتماد برای پژوهشگران جهت ارزیابی قدرت زنان و کنترل امور مرتبط با بارداری و فرزندآوری محسوب می‌شود (۳). این ابزار در کشور برزیل در سال ۲۰۱۹ ترجمه و اعتباریابی شد (۱۲) و در غنا در سال ۲۰۲۰ به منظور بررسی استقلال باروری و تصمیم‌گیری درباره بارداری در میان زنان جوان غنایی مورد استفاده قرار گرفت (۱۳). همچنین، در مطالعه‌ای دیگر برای بررسی تأثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و باروری بر خودمختاری باروری زنان مناطق روستایی برزیل، از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری استفاده شده است (۶).

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۳

فرم اولیه و اصلی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ دارای ۱۲۵ سؤال و در قالب ۱۴ خرده‌مقیاس است که در سال ۱۹۷۹ به عنوان یک سیاهه چندبعدی^۴ با هدف ارزیابی ابعاد ارزشمند و بالینی مفید روابط زناشویی توسط السون^۵، فورنیر^۶ و دراکن^۷ طراحی شد. سپس، فرم دوم و کوتاه‌تر آن، یعنی پرسشنامه ۱۱۵ سؤالی با

آیا نسخه فارسی مقیاس خودمختاری باروری از روایی محتوایی کافی برخوردار است؟

آیا نسخه فارسی مقیاس خودمختاری باروری با نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه رضایت زناشویی همبستگی معنادار دارد؟

آیا نسخه فارسی مقیاس خودمختاری باروری با نسخه فارسی پرسشنامه سبک تصمیم‌گیری اسکات و بروس همبستگی معنادار دارد؟

آیا نسخه فارسی مقیاس خودمختاری باروری از همسانی درونی مناسب برخوردار است؟

آیا نسخه فارسی مقیاس خودمختاری باروری از اعتبار آزمون بازآزمون مناسب برخوردار است؟

آیا نسخه فارسی مقیاس خودمختاری باروری از روایی سازه مناسب برخوردار است؟

۴. روش تحقیق

جامعه مورد مطالعه شامل زنان متأهل ۴۵-۱۵ ساله ساکن شهر تهران بود. نمونه پژوهش شامل زنان متأهلی بود که در سال ۱۴۰۲ به مراکز بهداشت و درمان شهر تهران مراجعه کرده بودند. با توجه به اینکه مقیاس خودمختاری باروری دارای ۱۴ گویه است، بر اساس قاعده ۱۰ نفر به ازای هر گویه، حجم نمونه حداقل ۱۴۰ نفر برآورد شد. با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش احتمالی، ۱۶۸ نفر برای تکمیل مقیاس دعوت شدند. همچنین، برای بررسی پایایی بازآزمایی، در مرحله نخست، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر قرار گرفت که ۲۲ نفر از آنان در مرحله دوم نیز در پژوهش شرکت کردند. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد؛ به این صورت که ابتدا فهرست مراکز بهداشتی ۵ منطقه تهران تهیه شد، سپس از هر منطقه دو مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب شد. پس از اخذ مجوزهای لازم از معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، پژوهشگر به مراکز منتخب مراجعه کرد و در هر مرکز، ۱۶ تا ۱۷ نفر از افراد واجد شرایط به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و به‌صورت خودگزارش‌دهی انجام شد (۲۶).

¹ Reproductive Autonomy Scale

² Diana Green Foster

³ ENRICH Marital Satisfaction

⁴ multidimensional inventory

⁵ Olson

⁶ Fournier

⁷ Druckman

۱۲ خرده‌مقیاس، به‌عنوان ابزار نهایی در سال ۱۹۸۹ آماده گردید.

اولسون، فورنیر و دراکن (۱۹۸۹) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده‌اند و معتقدند که این پرسشنامه با تغییرات طول دوره زندگی ارتباط دارد و نسبت به تغییرات ایجاد شده در خانواده نیز حساس است. در ایران، سلیمانیان در سال ۱۳۷۳ فرم کوتاه ۴۷ سؤالی این پرسشنامه را تهیه کرد و ضریب همسانی درونی آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش داد (۲۷). در پژوهش حاضر، از این پرسشنامه به منظور بررسی روایی همگرایی مقیاس خودمختاری باروری استفاده شد. بدین منظور، همبستگی بین نمرات این دو ابزار محاسبه شد که وجود رابطه مثبت و معنادار، مؤید روایی همگرایی ابزار اصلی بود.

پرسشنامه سبک تصمیم‌گیری^۱

اسکات و بروس^۲ در سال ۱۹۹۵، پنج سبک تصمیم‌گیری مدیران شامل (۱) عقلانی، (۲) شهودی، (۳) وابستگی، (۴) آنی و (۵) اجتنابی را مطرح کردند و معتقدند این پنج سبک تحت تأثیر ویژگی‌های درونی و شخصیتی افراد قرار دارد و به عنوان یک الگو مورد بررسی قرار می‌گیرد. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۵ سؤال با طیف لیکرت است که توسط زارعی و همکار (۲۰۱۱)، رواسازی و اعتباریابی شده است. مقدار پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ و ضریب همبستگی ۰/۶۸ به‌دست آمده است (۲۸). در این مطالعه، از خرده‌مقیاس تصمیم‌گیری وابستگی این پرسشنامه به منظور سنجش روایی واگرایی مقیاس خودمختاری باروری استفاده شد. انتظار می‌رفت که خودمختاری باروری با سبک تصمیم‌گیری وابستگی رابطه معکوس داشته باشد که نتایج آماری این فرضیه را تأیید کرد.

فرآیند پژوهش با اخذ تأییدیه اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی آغاز شد و پس از کسب مجوز از مؤلف ابزار، پرسشنامه

خودمختاری باروری به روش (Forward-Backward) ترجمه و آماده‌سازی شد. در فرآیند ترجمه و آماده‌سازی مقیاس، در ابتدا پرسشنامه اصلی توسط دو مترجم مسلط به زبان‌های فارسی و انگلیسی، به‌طور جداگانه به زبان فارسی ترجمه شد. این دو ترجمه توسط یک متخصص با یکدیگر مقایسه و به یک متن واحد تبدیل شد. سپس، متن مذکور توسط دو مترجم (مسلط به دو زبان فارسی و انگلیسی) به‌طور جداگانه از زبان فارسی به زبان انگلیسی ترجمه شد. این دو ترجمه توسط یک متخصص مقایسه و با حذف موارد اختلاف، به یک متن واحد تبدیل شد و پس از تأیید نسخه انگلیسی نهایی توسط مؤلف پرسشنامه، نسخه فارسی پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت (۲۶). به منظور بررسی روایی محتوایی، آزمون در اختیار ۶ نفر از متخصصان رشته‌های مشاوره و روان‌شناسی قرار گرفت و با استفاده از شاخص CVR بررسی شد. به منظور بررسی روایی صوری، پس از دریافت رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان، ابزار تهیه‌شده در اختیار ۳۰ شرکت‌کننده قرار گرفت.

برای ارزیابی کمی روایی صوری، شاخص تأثیر^۳ هر سؤال محاسبه شد. ابتدا برای هر یک از آیتم‌ها، طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای در نظر گرفته شد که شامل کاملاً موافقم (امتیاز ۵)، موافقم (امتیاز ۴)، نظری ندارم (امتیاز ۳)، مخالفم (امتیاز ۲) و کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) بود. سپس پرسشنامه به منظور تعیین روایی در اختیار ۳۰ نفر از جمعیت هدف قرار گرفت. برای بررسی روایی همزمان و تحلیل عاملی، پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۶۸ شرکت‌کننده قرار گرفت. در مرحله بعد، روایی ساختاری پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. همچنین، برای تعیین پایایی آزمون بازآزمون، با فاصله زمانی ۴ هفته از اجرای نخست آزمون، ۲۲ نفر مجدداً همان پرسشنامه را تکمیل کردند.

روایی محتوایی ابزار با استفاده از شاخص CVR بررسی شد و روایی صوری نیز از طریق نظرات پنل متخصصان و آزمودنی‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس

^۱ decision making questionnaire

^۲ Scott & Bruce

^۳ Impact Score

آزمودنی‌ها هیچ‌گاه فرزندی نداشته‌اند. بر اساس نتایج به‌دست آمده، ۱۱۲ نفر (۶۶/۷٪) از نمونه‌ها در ۱۰ سال اول زندگی مشترک خود قرار داشته‌اند. ۴۱ نفر (۲۴/۴٪) دیگر، در حال سپری کردن دهه دوم زندگی مشترک خود بوده‌اند. این رقم برای افرادی که در دهه سوم زندگی زناشویی خود قرار داشته‌اند، به ۸/۹٪ می‌رسد.

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش، بیش از ۹۰٪ از نمونه‌ها سابقه سقط جنین نداشته‌اند و تنها ۱۶ نفر (۹/۵٪) از آن‌ها تجربه سقط را در سابقه خود ثبت کرده‌اند. مطابق با نتایج پژوهش، نزدیک به ۶۰٪ از نمونه‌ها در بازه سنی ۲۳-۳۳ سال قرار داشته‌اند، ۶۴ نفر (۳۸/۱٪) از آن‌ها در محدوده سنی ۳۴-۴۴ سال بوده‌اند و تنها ۴ نفر (۲/۴٪) از آزمودنی‌ها سنی بیشتر از ۳۵ سال داشته‌اند.

ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و به منظور بررسی ثبات زمانی آزمون - بازآزمون، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. روایی همگرا و واگرای ابزار با استفاده از پرسشنامه‌های منتخب محاسبه شد و در نهایت، برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای آماری SPSS (نسخه ۲۴) و AMOS استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که ۱۲۳ نفر (۷۳/۲٪) از نمونه مورد مطالعه دارای تحصیلات لیسانس و ۲ نفر (۱/۲٪) دارای تحصیلات راهنمایی بوده‌اند. ۸۶ نفر (۵۱/۲٪) از آزمودنی‌ها وضعیت اقتصادی خوب و ۶ نفر (۳/۶٪) وضعیت اقتصادی ضعیفی داشته‌اند. بر اساس نتایج مذکور در جدول، ۹۱ نفر (۵۴/۲٪) از نمونه‌ها دارای یک فرزند بوده‌اند که این رقم برای افرادی که بیش از یک فرزند داشته‌اند، ۳۲/۱٪ بوده است و ۱۳/۷٪ از

جدول ۱- توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در نمونه‌های مورد بررسی

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد
سطح تحصیلات	راهنمایی	۲	۱/۲
	دیپلم	۳۱	۱۸/۵
	لیسانس	۱۲۳	۷۳/۲
	فوق لیسانس یا بالاتر	۱۲	۷/۱
	مجموع	۱۶۸	۱۰۰/۰
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۶	۳/۶
	متوسط	۷۴	۴۴/۰
	خوب	۸۶	۵۱/۲
	بدون پاسخ	۲	۱/۲
	مجموع	۱۶۸	
سابقه بارداری	یک فرزند	۹۱	۵۴/۲
	بیشتر از یک فرزند	۵۴	۳۲/۱
	عدم سابقه بارداری	۲۳	۱۳/۷
	مجموع	۱۶۸	
مدت زمان ازدواج	۱۰ سال اول زندگی مشترک	۱۱۲	۶۶/۷
	۱۰ سال دوم زندگی مشترک	۴۱	۲۴/۴
	۱۰ سال سوم زندگی مشترک	۱۵	۸/۹
	مجموع	۱۶۸	
سابقه سقط	عدم سابقه سقط	۱۵۲	۹۰/۵
	سابقه سقط	۱۶	۹/۵
	مجموع	۱۶۸	

۵۹/۵	۱۰۰	سال ۱۵-۲۵	سن
۳۸/۱	۶۴	سال ۲۵-۳۵	
۲/۴	۴	سال ۳۵-۴۵	
	۱۶۸	مجموع	

روایی صوری

توسط پژوهشگر ثبت شد و سپس با در نظر گرفتن پیشنهادها و نظرات آزمودنی‌ها و متخصصان، تغییرات لازم در سؤالات پرسشنامه اعمال گردید (جدول ۲).
- تغییرات اعمال شده برای برخی از گویه‌ها که توسط متخصصان پیشنهاد شده بود.
- تمامی آزمودنی‌ها با شکل ظاهری سؤالات پرسشنامه (نحوه بیان) مشکلی نداشتند.

در این مرحله، پس از تکمیل فرآیند ترجمه بر اساس روش Forward-Backward، ۱۰ نفر از آزمودنی‌ها به همراه تیمی متشکل از ۶ متخصص در حوزه مشاوره و روان‌شناسی، به مطالعه پرسشنامه پرداختند و نظرات و پیشنهادهای خود را در خصوص وضوح و قابل فهم بودن سؤالات آن ارائه کردند. تمامی موارد ذکر شده

جدول ۲- روایی صوری پرسشنامه خودمختاری باروری زنان

سؤالات پرسشنامه نظرات و پیشنهادات متخصصین		
۱	نظر چه کسی در مورد استفاده از روش پیشگیری از بارداری غالب است؟	کاملاً واضح می‌باشد.
۲	تصمیم‌گیری در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری به عهده کیست؟	کاملاً واضح می‌باشد.
۳	تصمیم‌گیری در مورد زمان بچه‌دار شدن به عهده کیست؟	کاملاً واضح می‌باشد.
۴	در صورتی که ناخواسته باردار شوید، تصمیم‌گیری درباره نگهداری بچه، واگذار کردن یا سقط جنین به عهده کیست؟	کاملاً واضح می‌باشد.
۵	زمانی که مایل به استفاده یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری بودم، همسرم ممانعت کرد.	ممانعت کرد: مانع شد.
۶	زمانی که قصد استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری را دارم، همسرم کار را برایم دشوار می‌کند.	کار را برایم دشوار می‌کند: شرایط را سخت می‌کند.
۷	همسرم به‌رغم عدم تمایل من، مرا مجبور به استفاده از روش‌های پیشگیری از باروری می‌کند.	به‌رغم عدم تمایل من: با وجود بی‌میلی من
۸	اگر بخواهم از روش پیشگیری از بارداری استفاده کنم، همسرم ممانعت می‌کند.	ممانعت می‌کند: مانع می‌شود.
۹	همسرم مرا برای باردار شدن تحت فشار قرار می‌دهد.	کاملاً واضح می‌باشد.
۱۰	در صورتی که تمایل به استفاده از انواع روش‌های پیشگیری از بارداری داشته باشم، همسرم مرا حمایت می‌کند.	کاملاً واضح می‌باشد.
۱۱	هنگام صحبت با همسرم در مورد رابطه زناشویی احساس راحتی دارم.	کاملاً واضح می‌باشد.
۱۲	اگر تمایلی به برقراری رابطه زناشویی نداشته باشم، می‌توانم به آسانی با همسرم در میان بگذارم.	کاملاً واضح می‌باشد.
۱۳	می‌توانم در مورد نگرانی‌هایم از بارداری یا عدم بارداری با همسرم صحبت کنم.	از: درباره
۱۴	اگر تمایل به بچه‌دار شدن نداشته باشم، قادر به جلب رضایت همسرم هستم.	اگر: در صورتی که تمایل: مایل نداشته باشم: نباشم

روایی محتوایی

برای محاسبه کمی روایی محتوایی و به منظور اطمینان از انتخاب صحیح‌ترین و ضروری‌ترین محتوا (ضرورت گویه‌ها)، از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) استفاده شد. جهت بررسی روایی محتوایی (CVR)، از نظرات ۶ نفر از متخصصان (شامل متخصصان روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی عمومی و مشاوره با درجه دکتری و سابقه فعالیت تخصصی در حوزه سلامت باروری) استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳- مقادیر CVR تمامی گویه‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان

شماره	سؤالات مطرح شده در پرسشنامه	CVR	پذیرش/رد
۱	نظر چه کسی در مورد استفاده از روش پیشگیری از بارداری غالب است؟	۱	پذیرش
۲	تصمیم‌گیری در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری به عهده کیست؟	۱	پذیرش
۳	تصمیم‌گیری در مورد زمان بچه‌دار شدن به عهده کیست؟	۱	پذیرش
۴	در صورتی که ناخواسته باردار شوید، تصمیم‌گیری درباره نگهداری بچه، واگذار کردن یا سقط جنین به عهده کیست؟	۱	پذیرش
۵	زمانی که مایل به استفاده یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری بودم، همسر من مانع شد.	۱	پذیرش
۶	همسر من با وجود بی‌میلی من، مرا مجبور به استفاده از روش‌های پیشگیری از باروری می‌کند.	۱	پذیرش
۷	اگر بخواهم از روش پیشگیری از بارداری استفاده کنم، همسر من مانع می‌شود.	۱	پذیرش
۸	همسر من مرا برای باردار شدن تحت فشار قرار می‌دهد.	۱	پذیرش
۹	در صورتی که تمایل به استفاده از انواع روش‌های پیشگیری از بارداری داشته باشم، همسر من حمایت می‌کند.	۱	پذیرش
۱۰	هنگام صحبت با همسر من در مورد رابطه زناشویی احساس راحتی دارم.	۱	پذیرش
۱۱	اگر تمایلی به برقراری رابطه زناشویی نداشته باشم، می‌توانم به آسانی با همسر من در میان بگذارم.	۱	پذیرش
۱۲	می‌توانم در مورد نگرانی‌هایم درباره بارداری یا عدم بارداری با همسر من صحبت کنم.	۱	پذیرش
۱۳	در صورتی که مایل به بچه‌دار شدن نباشم، قادر به جلب رضایت همسر من هستم.	۱	پذیرش

روایی همزمان

در این بخش، به بررسی روایی ملاکی پرسشنامه پرداخته خواهد شد و در نهایت، روایی همگرا و واگرایی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان با استفاده از دو پرسشنامه مرتبط و متضاد با آن مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

بررسی روایی واگرایی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان با پرسشنامه سبک تصمیم‌گیری اسکات در این پژوهش، به منظور بررسی روایی واگرا، از خرده‌مقیاس وابستگی در پرسشنامه سبک تصمیم‌گیری اسکات و بروس استفاده شده است (جدول ۴).

جدول ۴- بررسی روایی واگرایی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان با پرسشنامه سبک تصمیم‌گیری اسکات

خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان	معناداری	خرده‌مقیاس وابستگی سبک تصمیم‌گیری اسکات
ارتباط	ضریب همبستگی	$-0/665^{**}$
	مقدار احتمال	$p < 0/001$
تصمیم‌گیری	ضریب همبستگی	$-0/208^{**}$
	مقدار احتمال	$p = 0/007$
رهایی از اجبار	ضریب همبستگی	$-0/473^{**}$
	مقدار احتمال	$p < 0/001$

** همبستگی در سطح ۹۹٪ معنادار است.

بر اساس جدول فوق، بین خرده‌مقیاس‌های ارتباط، رهایی از اجبار و تصمیم‌گیری در پرسشنامه خودمختاری باروری زنان با خرده‌مقیاس وابستگی در پرسشنامه سبک تصمیم‌گیری اسکات، ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، هرچه نمره آزمودنی در این سه خرده‌مقیاس بالاتر باشد، نمره خرده‌مقیاس وابستگی در پرسشنامه سبک تصمیم‌گیری اسکات پایین‌تر است. همچنین، بیشترین میزان همبستگی بین خرده‌مقیاس ارتباط و وابستگی مشاهده شد (۰/۶۶۵-).

بررسی روایی همگرایی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان با پرسشنامه رضایت زناشویی
به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه، از ابزار رضایت زناشویی انریچ استفاده شد که علاوه بر نمره نهایی ابزار، خرده‌مقیاس‌های فرزندپروری، حل تعارض، ارتباط زناشویی و رابطه جنسی آن نیز با خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۵).

جدول ۵- بررسی روایی همگرایی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان با پرسشنامه رضایت زناشویی

خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان	رضایت زناشویی کلی	حل تعارض	ارتباط زناشویی	فرزندپروری	روابط جنسی
ارتباط	۰/۷۸۷**	۰/۷۳۳**	۰/۷۷۵**	۰/۶۹۵**	۰/۷۰۰**
تصمیم‌گیری	۰/۶۲۳**	۰/۵۵۴**	۰/۵۸۵**	۰/۵۴۱**	۰/۵۴۷**
رهایی از اجبار	۰/۱۹۵*	۰/۱۹۰*	۰/۱۸۶*	۰/۱۸۱*	۰/۱۸۷*

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

جدول فوق نشان می‌دهد که بین خرده‌مقیاس‌های ارتباط، تصمیم‌گیری و رهایی از اجبار با نمره نهایی رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های حل تعارض، ارتباط زناشویی، روابط جنسی و فرزندپروری، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، بیشترین همبستگی بین خرده‌مقیاس ارتباط و نمره کلی رضایت زناشویی

(۰/۷۸۷) و در بین خرده‌مقیاس‌ها، بین ارتباط و ارتباط زناشویی (۰/۷۷۵) مشاهده شد.
پایایی ابزار همسانی درونی
جهت بررسی همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (جدول ۶).

جدول ۶- همسانی درونی ابعاد پرسشنامه خودمختاری باروری زنان

خرده‌مقیاس	تعداد آیتم	گویه‌های مرتبط با هر خرده‌مقیاس	آلفای کرونباخ
ارتباط	۵	۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰	۰/۸۸۷
تصمیم‌گیری	۴	۴، ۳، ۲، ۱	۰/۷۸۴
رهایی از اجبار	۴	۹، ۸، ۷، ۶، ۵	۰/۷۲۴

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس‌های ارتباط، رهایی از اجبار و تصمیم‌گیری از نظر پایایی، وضعیت مطلوبی دارند و بیشترین میزان همسانی درونی مربوط به خرده‌مقیاس ارتباط است.

آزمون - بازآزمون

۳۰ نفر از آزمودنی‌ها پرسشنامه خودمختاری باروری زنان را در دو مرحله با فاصله زمانی ۳ هفته تکمیل کردند و سپس نمرات کسب شده در این دو مرحله با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد ارزیابی قرار گرفت (جدول ۷).

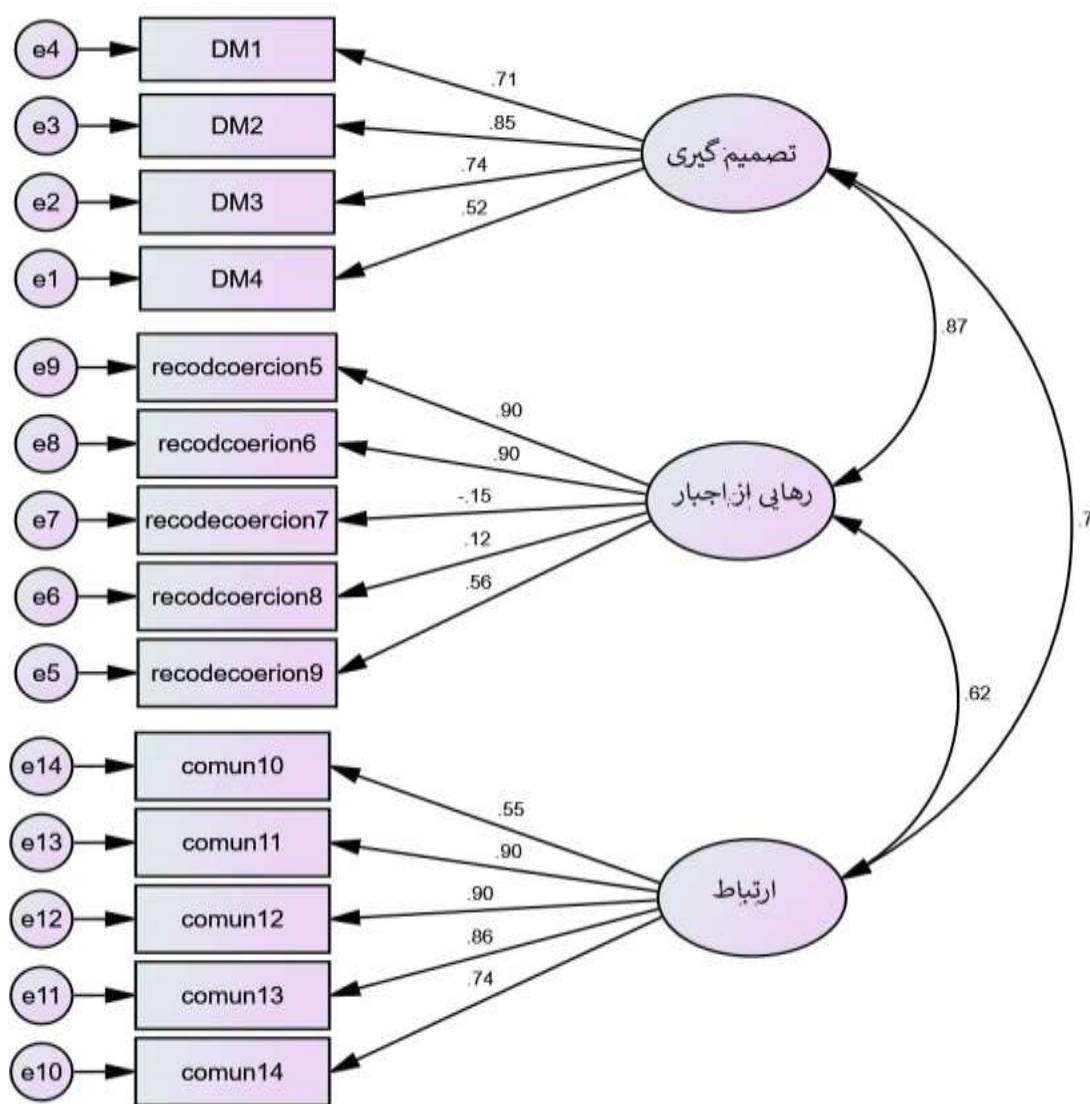
جدول ۷- نتایج ضریب همبستگی پیرسون در اجرای آزمون - بازآزمون

خرده‌مقیاس‌ها	نتایج همبستگی آزمون - بازآزمون
ارتباط	۰/۹۷۷**
تصمیم‌گیری	۰/۹۳۷**
رهایی از اجبار	۰/۷۲۸**

** همبستگی در سطح ۹۹٪ معنی‌دار است.

مقدار همبستگی نتایج جدول فوق در هر خرده‌مقیاس، نشان‌دهنده پایایی مناسب آزمون - بازآزمون این پرسشنامه است که بیشترین میزان آن مربوط به خرده‌مقیاس ارتباط (۰/۹۹۷) است.

تحلیل عاملی تأییدی



شکل ۱- نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان

از ۱/۹۶ هستند، از نظر آماری معنادار ارزیابی شدند. جزئیات کامل خطای استاندارد و مقادیر آماره t در جدول ۹ گزارش شده است.

در تحلیل عاملی تأییدی، اعداد نمایش داده شده بر روی مسیرها، ضرایب استاندارد شده یا همان بارهای عاملی هستند. با توجه به خروجی‌های نرم‌افزار، تمامی این ضرایب بر اساس مقادیر آماره t که همگی بزرگ‌تر

جدول ۸- نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه ۱۴ سؤالی خودمختاری باروری زنان

شاخص‌ها	CFI	IFI	AGFI	GFI	NFI	RMSEA	$\chi^2/df(CMIN)$
مقادیر	۰/۹۰	۰/۹۰۱	۰/۸	۰/۹	۰/۹	۰/۰۷۶	۲/۱۹
میزان قابل قبول	بالتر از ۰/۹	بالتر از ۰/۹	بالتر از ۰/۸	بالتر از ۰/۹	بالتر از ۰/۹	کمتر از ۰/۰۸	بین ۱ تا ۳

جدول ۹- بار عاملی مرتبط به هر گویه و معناداری بر اساس مدل تحلیل عاملی تأییدی

گویه‌ها	خرده‌مقیاس‌ها	مقدار آماره تی	خطای استاندارد	ضریب مسیر	ضریب معناداری
سؤال اول	تصمیم‌گیری	۳۶/۷۳۳	۰/۵۱	۰/۸۴۳	$p<۰/۰۰۱$
سؤال دوم	تصمیم‌گیری	۲۸/۵۶۹	۰/۰۶۵	۰/۸۵۹	$p<۰/۰۰۱$
سؤال سوم	تصمیم‌گیری	۳۱/۰۳۶	۰/۰۵۹	۰/۷۴۱	$p<۰/۰۰۱$
سؤال چهارم	تصمیم‌گیری	۳۱/۱۱۹	۰/۰۵۳	۰/۵۲۲	$p<۰/۰۰۱$
سؤال پنجم	رهایی از اجبار	۴۶/۸۳۱	۰/۰۵۵	۰/۹۰۴	$p<۰/۰۰۱$
سؤال ششم	رهایی از اجبار	۱۴۶/۰۳۲	۰/۰۲۰	۰/۸۷۱	$p<۰/۰۰۱$
سؤال هفتم	رهایی از اجبار	۵۶/۰۱۰	۰/۰۴۶	۰/۹۰۳	$p<۰/۰۰۱$
سؤال هشتم	رهایی از اجبار	۵/۴۱۰	۰/۵۷۵	۰/۱۱۸	$p<۰/۰۰۱$
سؤال نهم	رهایی از اجبار	۷۰/۱۲۱	۰/۰۴۰	۰/۵۵۳	$p<۰/۰۰۱$
سؤال دهم	ارتباط	۶۳/۱۷۱	۰/۰۴۲	۰/۷۵۸	$p<۰/۰۰۱$
سؤال یازدهم	ارتباط	۶۹/۱۵۸	۰/۰۳۹	۰/۸۵۷	$p<۰/۰۰۱$
سؤال دوازدهم	ارتباط	۶۴/۱۱۷	۰/۰۴۲	۰/۹۰۲	$p<۰/۰۰۱$
سؤال سیزدهم	ارتباط	۵۹/۵۱۲	۰/۰۴۶	۰/۸۹۶	$p<۰/۰۰۱$
سؤال چهاردهم	ارتباط	۶۴/۸۳۸	۰/۰۳۹	۰/۵۵۲	$p<۰/۰۰۱$

جدول فوق نشان می‌دهد که ارتباط بین همه زیرمقیاس‌های پرسشنامه معنادار است.

جدول ۱۰- ارتباط بین خرده‌مقیاس‌ها بر حسب تحلیل عاملی تأییدی

خرده‌مقیاس‌ها	آماره تی	خطای استاندارد	ضریب مسیر	ضریب معناداری
تصمیم‌گیری	۷/۰۹۵	۰/۰۴۴	۰/۳۰۹	$p<۰/۰۰۱$
ارتباط	۶/۳۴۲	۰/۰۲۷	۰/۱۷۳	$p<۰/۰۰۱$
ارتباط	۵/۷۳۲	۰/۰۲۹	۰/۱۶۴	$p<۰/۰۰۱$

جدول فوق نشان می‌دهد که ارتباط بین زیرمقیاس‌های رهایی از اجبار با تصمیم‌گیری، تصمیم‌گیری با ارتباط و رهایی از اجبار با ارتباط معنادار است. در این پژوهش، به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری

زنان، از دو آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و شاپیروویلک استفاده شد. استفاده از هر دو آزمون با هدف افزایش دقت در ارزیابی نرمالیتی و اطمینان از پایداری نتایج انجام گرفت.

جدول ۱۱- نتایج آزمون‌های نرمالیتی کولموگروف اسمیرنوف و شاپیروویلک

آزمون کولموگروف اسمیرنوف			آزمون شاپیروویلک			خرده‌مقیاس‌ها
آماره Z	درجه آزادی	معناداری	آماره Z	درجه آزادی	معناداری	
۰/۸۳۳	۱۶۸	۰/۸۲۲	۰/۸۶۴	۱۶۸	۰/۵۶۲	ارتباط
۰/۶۶۲	۱۶۸	۰/۷۳۴	۰/۹۱۶	۱۶۸	۰/۶۷۱	تصمیم‌گیری
۰/۷۷۴	۱۶۸	۰/۶۳۲	۰/۸۷۰	۱۶۸	۰/۷۳۲	رهایی از اجبار

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بر اساس میزان معناداری در هر دو آزمون، توزیع داده‌ها در هر سه دسته خرده‌مقیاس پرسشنامه، نرمال به‌دست آمده است. بررسی رابطه بین نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان و متغیرهای جمعیت‌شناختی

در ادامه این بخش، به بررسی ارتباط بین نمرات خرده‌مقیاس‌های پژوهش با متغیرهای جمعیت‌شناختی پرداخته می‌شود. رابطه بین سن و نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان

جدول ۱۲- بررسی رابطه بین سن و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان

متغیر	خرده‌مقیاس‌ها	مقدار احتمال	ضریب همبستگی
سن	ارتباط	۰/۰۰۱	۰/۲۵۴**
	تصمیم‌گیری	۰/۰۰۲	۰/۲۴۲**
	رهایی از اجبار	۰/۰۲۰	۰/۱۸۰*
سابقه بارداری	ارتباط	۰/۹۵۳	۰/۴۲
	تصمیم‌گیری	۰/۹۸۸	۰/۰۰۱
	رهایی از اجبار	۰/۲۰	۰/۱۷۹*
سابقه سقط	ارتباط	۰/۱۸۰	۰/۱۰۴
	تصمیم‌گیری	۰/۶۰	۰/۱۴۶
	رهایی از اجبار	۰/۱۵۵	۰/۰۱۰
تحصیلات	ارتباط	۰/۰۰۰	۰/۳۵۲**
	تصمیم‌گیری	۰/۰۰۰	۰/۴۶۹**
	رهایی از اجبار	۰/۰۰۰	۰/۳۷۳**
وضعیت اقتصادی	ارتباط	۰/۰۰۰	۰/۳۰۷**
	تصمیم‌گیری	۰/۰۰۰	۰/۲۷۰**
	رهایی از اجبار	۰/۰۰۳	۰/۲۲۸**
مدت ازدواج	ارتباط	۰/۰۰۰	۰/۳۱۷**
	تصمیم‌گیری	۰/۰۰۰	۰/۳۳۶**
	رهایی از اجبار	۰/۰۰۱	۰/۲۴۵**

جدول فوق نشان می‌دهد که:

- بین خرده‌مقیاس‌های ارتباط، تصمیم‌گیری و رهایی از اجبار با سن نمونه‌ها، ارتباط منفی و معناداری وجود دارد.
- بین خرده‌مقیاس‌های ارتباط و تصمیم‌گیری با سابقه بارداری، ارتباط معناداری وجود ندارد؛ اما بین خرده‌مقیاس‌های رهایی از اجبار و سابقه بارداری، این رابطه منفی و معنادار است.
- بین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان و سابقه سقط آزمودنی‌ها، هیچ‌گونه ارتباط معناداری وجود ندارد.
- بین خرده‌مقیاس‌های ارتباط و تصمیم‌گیری با میزان تحصیلات افراد، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد؛

- اما بین خرده‌مقیاس‌های رهایی از اجبار و میزان تحصیلات، رابطه منفی و معناداری مشاهده شده است.
- بین خرده‌مقیاس‌های رهایی از اجبار، ارتباط و تصمیم‌گیری با وضعیت اقتصادی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.
- ارتباط بین خرده‌مقیاس‌های تصمیم‌گیری و ارتباط با مدت تأهل، منفی و معنادار است؛ اما رابطه بین خرده‌مقیاس‌های رهایی از اجبار و مدت زمان سپری‌شده از ازدواج، منفی و معنادار است.

بحث

با توجه به نوع مطالعه حاضر که از نوع مقطعی و روان‌سنجی است و با توجه به نتایج آماری به‌دست‌آمده،

نمره‌گذاری و تفسیر این پرسشنامه از طریق محاسبه میانگین گویه‌ها در هر خرده‌مقیاس تعیین شد. از آنجا که این ابزار دارای خرده‌مقیاس‌هایی است که از نظر مفهومی به یکدیگر نزدیک نیستند، نمی‌توان نمره کل برای پرسشنامه در نظر گرفت و نمرات هر سه خرده‌مقیاس به‌صورت جداگانه نمره‌گذاری و تفسیر می‌شوند. در این سنجش، نمرات بالاتر در خرده‌مقیاس‌هایی که نشانگرهای مثبت را می‌سنجند (تصمیم‌گیری و ارتباط)، نشان‌دهنده سطح بالاتر خودمختاری باروری فرد است. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه به این معناست که ابزار مورد ارزیابی، ویژگی‌ها یا مؤلفه‌های مرتبط با مفهوم مورد مطالعه را به‌درستی اندازه‌گیری می‌کند.

علاوه بر این، یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که گویه ۸ از خرده‌مقیاس‌هایی از اجبار، که در نمودار مسیر با کد $recodecoercion8$ مشخص شده است، دارای بار عاملی پایینی (0.118) است؛ هرچند آماره t مربوط به آن ($410/5$) نشان‌دهنده معناداری آماری این گویه در مدل است. پایین بودن بار عاملی این گویه می‌تواند ناشی از ویژگی‌های فرهنگی جامعه مورد مطالعه باشد؛ بدین معنا که مفهوم به‌کار رفته در این گویه، احتمالاً توسط زنان مشارکت‌کننده به شکلی متفاوت از سازه اصلی‌های از اجبار ادراک شده است یا حساسیت لازم برای سنجش این بُعد را در بافت فرهنگی ایران ندارد. با وجود بار عاملی ضعیف، به‌دلیل معناداری آماره t و همچنین به منظور حفظ ساختار یکپارچه و استاندارد نسخه اصلی پرسشنامه، تصمیم به حفظ این گویه گرفته شد. با این حال، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، به منظور انطباق بیشتر ابزار با جامعه ایرانی، این گویه مورد بازنگری، اصلاح عبارت یا بومی‌سازی دقیق‌تر قرار گیرد.

بررسی روایی صوری و محتوایی

روایی صوری این پرسشنامه که در جدول ۷-۴ ارائه شده است، نشان داد که افراد با شکل ظاهری پرسشنامه و نحوه بیان سؤالات مشکلی نداشتند. به منظور بررسی روایی محتوایی سؤالات پرسشنامه خودمختاری باروری زنان از دیدگاه متخصصان حوزه روان‌شناسی و مشاوره،

سؤالات ترجمه‌شده این ابزار از نظر وضوح، سادگی، مرتبط بودن و ضرورت مورد بررسی قرار گرفتند و شاخص CVR برای آن‌ها محاسبه شد. نتایج نشان داد که شاخص روایی محتوایی برای تمامی سؤالات در سطح مطلوبی قرار دارد. مقدار نسبت روایی محتوا بر اساس جدول لاوشه، برای ۶ متخصص، 0.99 به‌دست آمد که نشان می‌دهد تمامی سؤالات از نسبت روایی محتوای مناسب برخوردار هستند.

در مطالعه یوشما و همکاران (2014)، در نسخه اصلی این پرسشنامه، روایی محتوایی با استفاده از پانل خبرگان متشکل از ۵ نفر برای مقیاس اولیه که شامل ۲۶ گویه بود، محاسبه شد (3). در نهایت، یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو بوده و نشان می‌دهند که شاخص روایی محتوایی گویه‌ها در مطالعه حاضر مورد تأیید است. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه به این معناست که ابزار مورد ارزیابی، ویژگی‌ها یا مؤلفه‌های مرتبط با مفهوم مورد مطالعه را به‌درستی اندازه‌گیری می‌کند؛ به عبارت دیگر، اگر پرسش‌های مطرح‌شده در پرسشنامه از نظر صوری و محتوایی بتوانند واقعیت‌ها و ویژگی‌های موردنظر را به‌درستی بازتاب دهند، می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است.

بررسی روایی همزمان و اعتبار آزمون

به منظور بررسی روایی ملاکی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان، از آزمون همبستگی اسپیرمن، مقیاس سبک تصمیم‌گیری بروس و اسکات و مقیاس رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. بر اساس نتایج به‌دست آمده، رابطه بین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه خودمختاری باروری زنان با نمره خرده‌مقیاس سبک تصمیم‌گیری اسکات و نمره کلی رضایت زناشویی و زیرمقیاس‌های آن (روابط جنسی، فرزندپروری، رضایت زناشویی، حل تعارض و ارتباط زناشویی) بررسی شد. بین نمرات خرده‌مقیاس‌های ارتباط، تصمیم‌گیری و رهایی از اجبار با خرده‌مقیاس سبک تصمیم‌گیری وابسته، ارتباط معناداری وجود داشت که نشان‌دهنده همبستگی معنادار بین این متغیرها بود. علاوه بر این، در بررسی روایی همگرا، بین خرده‌مقیاس‌های ارتباط و تصمیم‌گیری با

تحلیل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

تحلیل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌تواند به شناسایی نیازهای خاص گروه‌های مختلف زنان و بهبود سیاست‌ها و برنامه‌های حمایتی در زمینه باروری منجر شود. جهت درک بهتر ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و خودمختاری باروری، در ادامه به بررسی موارد زیر پرداخته شد.

معمولاً زنان با سطح تحصیلات بالاتر، از آگاهی و دانش بیشتری در زمینه حقوق و گزینه‌های باروری برخوردارند. این آگاهی می‌تواند به افزایش خودمختاری باروری کمک کند. تحصیلات بالاتر ممکن است با افزایش توانایی در اتخاذ تصمیمات آگاهانه و کاهش فشارهای اجتماعی و خانوادگی مرتبط باشد (۲۷). همچنین، وضعیت اقتصادی نیز می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر خودمختاری باروری داشته باشد. زنان با وضعیت اقتصادی بهتر ممکن است منابع مالی بیشتری برای دسترسی به خدمات بهداشتی و مشاوره‌های باروری در اختیار داشته باشند و در نتیجه، احساس خودمختاری بیشتری در تصمیمات مرتبط با باروری خود تجربه کنند (۲۶).

وجود متغیر سن و تجربه بارداری قبلی نیز می‌تواند بر خودمختاری باروری تأثیرگذار باشد. زنان دارای سابقه بارداری ممکن است تجربه‌های متفاوتی نسبت به زنان بدون سابقه بارداری داشته باشند. در پژوهش چمنی و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی عوامل تعیین‌کننده جامعه‌شناختی فرزندآوری پرداخت، مشخص شد زنانی که در طول مدت ۱۰ سال از ازدواج خود هنوز صاحب فرزند نشده بودند، در آینده نزدیک تصمیم به باروری داشتند (۲۹).

محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهشی

استفاده از پرسشنامه فارسی خودمختاری باروری زنان، همانند هر ابزار پژوهشی دیگر، با محدودیت‌هایی همراه است که به شرح زیر می‌باشد:

به دلیل غیرتصادفی بودن نمونه‌ها و انتخاب شرکت‌کنندگان صرفاً از میان زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر تهران، این گروه ممکن است نماینده کامل جامعه زنان ایرانی (به‌ویژه زنان ساکن در

نمره نهایی پرسشنامه رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های حل تعارض، ارتباط زناشویی، روابط جنسی و فرزندپروری، رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. خرده‌مقیاس‌هایی از اجبار نیز ارتباط مثبت و معناداری با نمره نهایی رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های حل تعارض، ارتباط زناشویی و فرزندپروری داشت.

بر اساس اطلاعات آماری، در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های تصمیم‌گیری، رهایی از اجبار و ارتباط، به ترتیب ۰/۷۸۴، ۰/۷۲۴ و ۰/۸۸۷ به دست آمد. در نهایت، با توجه به مقادیر آلفای گزارش شده، هر سه خرده‌مقیاس نسخه فارسی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان دارای ضریب آلفای کرونباخ قابل قبول بودند. در پژوهش فرناندز و همکاران (۲۰۱۹)، نتایج ثبات زمانی به روش ICC در ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها با فاصله زمانی یک هفته بررسی شد. نتایج نشان داد که خرده‌مقیاس‌های تصمیم‌گیری و رهایی از اجبار از ثبات زمانی عالی برخوردار بودند و خرده‌مقیاس ارتباط، ثبات زمانی متوسط تا خوبی را نشان داد (۱۲). نتایج پرسشنامه حاضر با یافته‌های مطالعه کرد زنگنه و همکار (۲۰۱۹) که به منظور بررسی اعتبارسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرش به باروری و فرزندآوری از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند، همسو است (۲۴). بنابراین، این یافته‌ها بیانگر همسانی درونی مناسب گویه‌های نسخه فارسی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان در هر خرده‌مقیاس به صورت جداگانه و همچنین در کل مقیاس این پرسشنامه است.

ارزیابی ثبات زمانی این پرسشنامه از طریق روش آزمون - بازآزمون انجام شد. ۲۲ نفر از زنان متأهل واجد شرایط مطالعه، در فاصله زمانی ۲ هفته‌ای، پرسشنامه خودمختاری باروری زنان را تکمیل کردند و سپس نمرات کسب‌شده در هر مرحله با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن مقایسه شد. میزان همبستگی بین دو مرحله اجرا در خرده‌مقیاس تصمیم‌گیری ۰/۹۳۷، در خرده‌مقیاس رهایی از اجبار ۰/۷۲۸ و در خرده‌مقیاس ارتباط ۰/۹۷۷ محاسبه شد که نشان‌دهنده ثبات زمانی مطلوب این ابزار است.

مناطق روستایی یا دارای سطح تحصیلات پایین‌تر) نباشند؛ بنابراین، در تعمیم نتایج پژوهش به سایر جوامع آماری باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین، این پرسشنامه در کشور آمریکا (کالیفرنیا) تدوین شده است و عوامل فرهنگی - اجتماعی حاکم بر خانواده‌های ایرانی در طراحی آن مورد توجه قرار نگرفته است. از طرف دیگر، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، دو پیشنهاد مهم ارائه می‌شود:

پیشنهادهای پژوهشی

علاوه بر محدودیت‌های رایج پژوهش، باید توجه داشت که پرسشنامه حاضر در زمینه فرهنگی متفاوتی طراحی شده است و برخی سازه‌ها ممکن است در بافت فرهنگی ایران، تحت تأثیر هنجارها، ارزش‌ها و انتظارات اجتماعی، معنا و تفسیر متفاوتی داشته باشند. این موضوع می‌تواند بر نحوه پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها و تفسیر یافته‌ها تأثیر بگذارد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، ضمن انجام مطالعات کیفی و بهره‌گیری از نظر متخصصان حوزه فرهنگ و سلامت باروری، نسبت به بومی‌سازی و توسعه گویه‌های مرتبط با زمینه فرهنگی ایران اقدام شود.

پیشنهادهای کاربردی

پیشنهادهای بالینی: مشاوران خانواده و روان‌شناسان می‌توانند در کنار مصاحبه، از این ابزار به‌منظور سنجش میزان خودمختاری باروری زنان نسبت به بارداری، پیش از دریافت خدمات در این حوزه و برای برنامه‌ریزی جهت طراحی مداخلات درمانی استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه خودمختاری باروری زنان از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری مناسب برای سنجش میزان خودمختاری زنان در تصمیم‌گیری‌های

مرتبط با باروری مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از این ابزار می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان حوزه سلامت باروری کمک کند تا درک دقیق‌تری از وضعیت تصمیم‌گیری زنان در زمینه باروری به‌دست آورند و بر اساس آن، برنامه‌ها و مداخلات مناسب‌تری را طراحی نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از سرکار خانم دکتر راضیه بیدهندی به‌دلیل ارائه مشاوره‌های آماری در انجام این مطالعه، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص چاپ و انتشار این پژوهش وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی بررسی و تأیید شده است (کد اخلاق: IR.USWR.REC.1402.162). تمامی شرکت‌کنندگان پیش از ورود به پژوهش، فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نموده‌اند.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان یا نهادهای دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

الهام جعفری در ایده‌پردازی، طراحی پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آماری و نگارش متن اصلی مقاله؛ دکتر منوچهر ازخوش و دکتر پروین جعفری در نظارت بر روند پژوهش، بازبینی انتقادی و تأیید نسخه نهایی مقاله مشارکت داشته‌اند. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده‌اند.

منابع

1. Nejatiyan MH, Ebrahimpour M, Sharifi M, Zanjani H, Baghai A. Explaining the synchronization of cultural changes and fertility in Iran. *Journal of Cultural Sociology* 2019; 10(1):117-145.
2. Forouzanfar S, Majlesi F, Rahimi A, & Pourreza A. Studying the relationship between women's empowerment and reproductive behaviors. *Daneshvar Pezeshki* 2012; 20(2):39-46.

3. Upadhyay UD, Dworkin SL, Weitz TA, Foster DG. Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Studies in family planning* 2014; 45(1):19-41.
4. Purdy L. Women's reproductive autonomy: medicalisation and beyond. *Journal of medical ethics* 2006; 32(5):287-91.
5. Abbasi-Shavazi J, Khaja Selehi Z. An assessment on the impact of women's autonomy, education and social participation on childbearing intention in Sirjan City. *Woman in Culture and Art (Women's Research)* 2013; 11(1):45-64.
6. Afshari Z. Gender equality and fertility in Iran. *Woman in Development & Politics* 2015; 13(2):245-62.
7. Rajabi M. The role of women's status on reproductive behavior in Shiraz. In: *Proceedings of the First Conference of the Iranian Demographic Association*; 2002. [In Persian].
8. Dias AC, Ferreira SL, Gusmão ME, Marques GC. Influence of the sociodemographic and reproductive characteristics on reproductive autonomy among women. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2021; 30:e20200103.
9. Nourizadeh R, Mohammadi E, Simbar M, Baghestani AR. 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. *Payesh (Health Monitor)* 2017; 16(1):89-99.
10. Ebadi A, Kariman N, Hajifoghaha M. Psychometric properties and validation of the Persian translation of the pregnancy experience scale-brief version (PES). *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2017; 15(9):809-820.
11. Haerimehrizi AA, Tavousi M, Sadighi J, Motlagh ME, Eslami M, Naghizadeh F, et al. Reasons for fertility desire and disinterest among Iranian married adults: A population-based study. *Payesh (Health Monitor)* 2017; 16(5):637-45.
12. Sorte Fernandes ET, da Silva Dias AC, Ferreira SL, Moreira Marques GC, de Jesus Pereira CO. Cultural and reliable adaptation of the Reproductive Autonomy Scale for women in Brazil. *Acta Paulista De Enfermagem* 2019; 32(3):298-304.
13. Loll D, Fleming PJ, Manu A, Morhe E, Stephenson R, King EJ, et al. Reproductive autonomy and pregnancy decision-making among young Ghanaian women. *Global public health* 2020; 15(4):571-86.
14. Dias AC, Ferreira SL, Gusmão ME, Marques GC. Influence of the sociodemographic and reproductive characteristics on reproductive autonomy among women. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2021; 30:e20200103.
15. Eskandari M, Farzaneh S. The impact of women's independence on fertility rates: a case study of married women aged 20-35 in Noor city. *Soc Res Q* 2013; 6:63-85. [In Persian].
16. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health* 2018; 6(4):e380-9.
17. Hosseini H. Women's Human Capital and Fertility Convergence in Asian Countries. *Women in Development and Politics (Women's Research)* 2010; 8(2).
18. Skakkebaek NE, Lindahl-Jacobsen R, Levine H, Andersson AM, Jørgensen N, Main KM, et al. Environmental factors in declining human fertility. *Nature Reviews Endocrinology* 2022; 18(3):139-57.
19. Senderowicz L, Higgins J. Reproductive autonomy is nonnegotiable, even in the time of COVID-19. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2020; 46:147-51.
20. Gomez AM, Fuentes L, Allina A. Women or LARC first? Reproductive autonomy and the promotion of long-acting reversible contraceptive methods. *Perspectives on sexual and reproductive health* 2014; 46(3):171.
21. Alderotti G, Vignoli D, Baccini M, Matysiak A. Employment instability and fertility in Europe: A meta-analysis. *Demography* 2021; 58(3):871-900.
22. Harwood K. Egg freezing: a breakthrough for reproductive autonomy?. *Bioethics* 2009; 23(1):39-46.
23. Chaloumsuk N. Women's experiences of miscarriage and termination of pregnancy for fetal anomaly in Thailand: a phenomenological study (Doctoral dissertation, University of East Anglia); 2013.
24. Kordzanganeh J, Mohamadian H. Psychometric assessment of the validity of the Iranian version of attitude toward fertility and childbearing inventory in women without a history of pregnancy in the South of Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2019; 17(1):83-94.
25. Vedam S, Stoll K, Rubashkin N, Martin K, Miller-Vedam Z, Hayes-Klein H, et al. The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM-population health* 2017; 3:201-10.
26. Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health and quality of life outcomes* 2003; 1(1):66.
27. Soleimani AA. A study of irrational thoughts based on cognitive approach to marital dissatisfaction [Master's thesis]. Tehran (Iran): Faculty of Psychology and Educational Sciences, Teacher Training University; 1994.
28. Zarei K, Arab Shabani H. A Study of the Reliability and Validity of the Decision-Making Styles Questionnaire among Iranian Students. *Journal of Psychological Research* 2011; 14(2):112-124.
29. Chamani S, Shakribii A, Moshfegh M. Sociological determinants of childbearing (case study: Married women in Tehran). *Sociocult Strateg Q* 2016; 5(20):137-65.

Validation and Reliability of the Reproductive Autonomy Scale

Elham Jafari^{1*}, Manouchehr Azkhosh², Parvin Jafari²

1. M.Sc. Graduate in Counseling, Department of Counseling and Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Received: Jan 25, 2026 Accepted: Apr 30, 2026

Introduction: Fertility is a key determinant of population changes. Since women do not always have equal autonomy in fertility-related decisions, assessing reproductive autonomy is important for fertility-related planning. This study was conducted with aim to evaluate the validity and reliability of the Reproductive Autonomy Scale.

Methods: This cross-sectional psychometric study included 168 married women aged 15–45 years residing in Tehran, Iran. Participants were selected from the selected health centers of Tehran using multistage cluster sampling. Content validity was assessed using the Content Validity Index (CVI). Internal consistency and test–retest reliability were evaluated using Cronbach’s alpha and Pearson’s correlation coefficient, respectively. Construct validity was examined by confirmatory factor analysis, and concurrent validity was assessed using the Marital Satisfaction Questionnaire and the Decision-Making Style Questionnaire.

Results: Concurrent validity showed strong correlations between the Reproductive Autonomy Scale subscales and the questionnaire scores of marital satisfaction and decision-making style. The test–retest reliability coefficients for the Decision-Making, Freedom from Coercion, and Communication subscales were 0.784, 0.724, and 0.887, respectively.

Conclusion: The Reproductive Autonomy Scale demonstrated acceptable face, content, construct, and concurrent validity, as well as satisfactory internal consistency and test–retest reliability.

Keywords: Fertility, Reliability, Reproductive Autonomy, Validity, Women

► Please cite this article as:

Jafari E, Azkhosh M, Jafari P. Validation and Reliability of the Reproductive Autonomy Scale. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2026; 29(2):51-68. DOI: 10.22038/ijogi.2026.84467.6283

