مقـــاله تحقیقی

بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه مدت زمان ازدواج با آن در بین زوجین

صدیقه حیدری[1*]، پروین اسفندیاری نژاد[2]

[1] کارشناس ارشد سنجش و اندازه‌گیری (روانسنجی)، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

[2] کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

نشانی الکترونیک: heydari_ss@yahoo.com

زمینه: حاملگی یکی از بزرگترین رویدادهای زندگی یک زن می‌باشد و در مواردی که به درستی مدیریت نشود، استرس زیادی بر مادر و اطرافیان وی وارد می‌کند. هدف کلی این پژوهش بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه مدت زمان ازدواج بر آن بوده است.

روش کار: پژوهش حاضر از دو بخش آزمون‌سازی و بخش توصیفی-همبستگی تشکیل شده است. نمونه آماری شامل ۱۵۰ زوج مراجعه کننده به مرکز بهداشت شماره یک شهرستان ایذه در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند و سپس پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری (۱۰ سوالی) بر روی آن‌ها اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در خصوص ساختار عاملی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری، بار عاملی گویه‌های این پرسشنامه بالاتر از ۰/۳ مشخص شد و نشان داد که پرسشنامه از دو عامل اشباع شده است. این دو عامل بروی هم در حدود ۶۰/۳۱۴ برای زنان و ۶۹/۹۳۷ برای همسرانشان درصد واریانس را تبیین کردند. اجرای تحلیل عاملی براساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه، قابل توجیه بوده و علاوه بر این، برون‌داد اولیه نیز نشان داد مقدار تعیین شده ماتریس همبستگی، عددی غیرصفر است که نشان می‌دهد بر پایه این داده‌ها می‌توان به استخراج عامل‌ها اطمینان کرد. همچنین یافته‌های همبستگی نشان داد ترس از زایمان با مدت زمان ازدواج برای زنان با ضریب همبستگی ۰/۴۵۹- و برای همسرانشان با ضریب همبستگی ۰/۴۴۷- در سطح معناداری $p=۰/۰۰۰$ رابطه‌ای معکوس دارد. وجود رابطه معکوس بین تحصیلات و سن با ترس از زایمان قبل از بارداری نیز از دیگر یافته‌های جانبی این پژوهش بوده است.

نتیجه‌گیری: ابزار استاندارد شده فارسی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری دارای ویژگی‌های روانسنجی قابل قبولی در نمونه ایرانی بوده و همچنین بین مدت زمان ازدواج و ترس از زایمان قبل از بارداری رابطه‌ای معنی‌دار برقرار بود. به این معنا که با افزایش مدت زمان ازدواج، ترس از زایمان پیش از بارداری کاهش یافت.

واژه‌های کلیدی: ترس از زایمان، بارداری، مدت زمان ازدواج، تحلیل عاملی.

مقدمه

سالانه بیش از ۱۵۰ میلیون زن در دنیا باردار می‌شوند که برای تمامی این زنان، حاملگی و زایمان واقعه خوشایندی نیست. حاملگی یک بحران موقعیتی و در نتیجه محدود است و در مواردی که به خوبی مدیریت نشود تبدیل به یک بحران طولانی مدت می‌شود که استرس زیادی بر مادر و اطرافیان وی وارد می‌آورد (۱).

بارداری مرحله هویت‌شناسی زنانه است. زنان آن را مرحله‌ای میدانند که برآورده کننده نیاز بنیادی خودشیفتگی آنان است چرا که آنها را با رشد انسان دیگری در وجودشان روبه رو میکند. اما این دوره جدید با فشار روانی، هیجانی و جسمی بسیاری همراه است که نیازمند تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی بسیار است (۲).

در حقیقت، گرچه بارداری و زایمان بخشی از روند تکاملی و طبیعی در زنان است، اما واقعیت این است که علیرغم پیشرفتهایی که در امر مراقبت و آموزش زنان در دوران بارداری در خصوص جنبه‌های فیزیولوژیک صورت گرفته است، ابعاد روانشناختی زنان باردار به ندرت مورد توجه قرار گرفته است (۳).

ارکایا و همکارانش (۴) طی پژوهش خود تحت عنوان "تعریف ترس و اضطراب در زنان باردار" نشان دادند که از افراد مورد بررسی، ۴۰/۸ درصد سطوح شدید اضطراب را از خود نشان دادند، در حالی که ۴۸/۹ درصد سطوح شدید بالینی ترس از زایمان را تجربه کرده بودند. سایر نتایج آنان نیز نشان داد که ارتباط معنی‌دار بین میانگین نمرات BAI زنان باردار با سن حاملگی، سطح تحصیلات، دریافت آموزش‌های پیش از زایمان و در دسترس بودن حمایت اجتماعی جدا از همسر وجود داشته است. علاوه بر این، ارتباط آماری معنی‌دار بین میانگین نمرات W-DEQ-A زنان باردار و نوع خانواده، سن حاملگی، سطح تحصیلات، تعداد زایمان نوزاد زنده و دریافت آموزش‌های پیش از زایمان بدست آمد.

تورکسترا و همکارانش (۵) پژوهشی را تحت عنوان "ارزیابی اقتصادی در کنار یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده در مورد مداخله مشاوره روانی آموزش‌های ارائه شده توسط ماماها برای رسیدگی به ترس زنان از زایمان در استرالیا " انجام دادند، نتایج نشان داد که تغییرات در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پس از زایمان بوده و تمام هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی استفاده شده بین دو گروه مشابه بود و انجام مداخله، هزینه‌های افزایشی نداشته است. با این حال، در یک تجزیه و تحلیل تعقیبی، مداخلات ممکن است برای آن دسته از زنان با ترس از زایمان بسیار شدید مقرون به صرفه باشد. همچنین این مداخله آموزشی کوتاه، توسط ماماها باعث بهبود کیفیت–زندگی مرتبط با سلامت زنان، بدون اینکه تاثیری روی هزینه‌های کلی داشته باشد، بود.

هیلدیگسون و همکاران (۶) پژوهشی را تحت عنوان "حضور و روند ترس از زایمان در دوران بارداری" انجام دادند، آنان دریافتند که شیوع ترس از زایمان ۲۲ درصد در دوران اواسط بارداری و ۱۹٪ در اواخر دوران بارداری با کاهش آماری معنی‌داری همراه بود. الگوهای مختلفی یافت شد که در آن برخی از زنان با افزایش بروز ترس و برخی با کاهش ترس همراه بودند. زنانی که ترس کمتری بعد از دوران بارداری را تجربه می‌کنند متاثر از عوامل زمینه‌ای متمایز می‌باشند. همچنین تحقیقات بیشتری برای کشف عوامل مهم در کاهش ترس از زایمان و همچنین زمان مطلوب برای اندازه‌گیری آن مورد نیاز است.

استول و همکارانش (۷) طی پژوهش خود تحت عنوان "بررسی توسعه متقابل فرهنگی و روانسنجی ارزیابی ترس از زایمان قبل از بارداری" به این نتیجه دست یافتند که ترس از زایمان، قبل از بارداری مقیاس همسانی درونی بالایی در تمام نمونه‌ها (با آلفای بالای ۸۶ درصد) را نشان داد. همه موارد به همبستگی کلی بیش از ۴۵ درصد، تک بعدی بودن مقیاس حمایت را نشان می‌دهد. اعتبار ترس از زایمان – قبل از بارداری توسط یک همبستگی بالا بین مقیاس جدید و دو مورد از مقیاس آنالوگ بصری که ترس از زایمان را در تمامی نمونه‌ها ($r>0/6$) اندازه گیری کرد، نشان داد. همبستگی ضعیفی بین زایمان و ترس قبل از حاملگی با نمرات در حالت‌های روانی (اضطراب، افسردگی و استرس) ارزیابی و تفکیک اعتبار مقیاس آن مشخص شد.

Yvonne و همکارانش (۸) طی پژوهش خود تحت عنوان " ارتباط بین نگرش زایمان و ترس نسبت به تنظیمات تولد نسل آینده در والدین استرالیایی" دریافتند که سطوح ترس در بزرگسالان به این دلیل است که مستلزم توجه قبل از بارداری است. اگرچه اکثراً یک زایمان طبیعی را انتخاب می‌کنند، آنها نیاز به آگاهی از مزایا و خطرات برای هر دو زایمان طبیعی و سزارین برای اطمینان از تصمیم‌گیری‌های خود جهت انعکاس یک انتخاب آگاهانه و نه تحت دانش ناکافی و یا ترس، دارند.

گُکسه–ایسبیر و همکارانش (۹)، در پژوهشی تحت عنوان "تأثیر آموزش دوران بارداری بر ترس از زایمان، خودکارآمدی و نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه روحی در مادران"، دریافتند که در مقایسه با گروه کنترل، زنانی که تحصیلات پیش از بارداری شان بالا بوده، درک بیشتری از پشتیبانی، خودکارآمدی و کنترل بیشتر در هنگام زایمان داشته و از زایمان کمتر ترسیده و اختلال استرس پس از ضربه روحی در آن‌ها، علائم تحت زایمان بوده است. به نظر می‌رسد آموزش مخصوص زنان حامله برای کاهش علائم اختلال استرس پس از زایمان بعد از ضربه روحی ضروری است.

پری اِرو و همکارانش (۱۰) در پژوهش خود تحت عنوان "نقش خوش بینی و اضطراب در ترس از زایمان: مطالعه اکتشافی" دریافتند که اضطراب به عنوان یک بافر بین اطمینان و ترس از زایمان عمل می‌کند. این تحقیق نشان داد که مداخلات بالینی که با هدف کاهش ترس از زایمان عمل می‌کنند باید با توجه به علائم اضطراب قبل از تلاش برای توسعه استراتژی‌های مثبت مانند خوش‌بینی اقدام نمایند. پژوهش‌های آینده باید به تلاش برای تکرار این یافته‌ها با پیگیری ارزیابی‌ها معطوف گردد. مزایای متعددی هنگامی که ترس از زایمان درمان می‌شود، نمایان

می‌گردد. در واقع، کاهش ترس از زایمان در زنان باردار می‌تواند تاثیر مثبت بر کیفیت کار و همچنین انتقال به مادری دیگر و مادر و نوزاد به صورت یک زنجیره در جریان باشد.

سرککوس و باسکال (۱۱) در پژوهشی دریافتند که آموزش پیش از زایمان برای کاهش ترس از زایمان و افزایش خودکارآمدی‌های مربوط به زایمان مادران تاثیرگذار است. با این حال، آموزش پیش از زایمان هیچ تاثیری بر دلبستگی والدین ندارد. همچنین توصیه کردند که برنامه‌های آموزش پیش از زایمان باید در کشورهای در حال توسعه به طور گسترده ارائه شده و محتوای برنامه آموزش در مورد دلبستگی والدین افزایش یابد.

طاهری و همکارانش (۱۲) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که مهمترین علل ترس از زایمان در مادران باردار ترس از تزریقات دردناک حین زایمان بوده، همچنین، میانگین نمره ترس از زایمان در زنان نخستزا بیشتر از زنان چندزا بوده است.

هیلدینگسون (۱۳) بر اساس مطالعه‌ای در سوئد بر ۱۰۷۴ زنان باردار و همسران آنها، نشان داد که نگرش همسران در پیش بینی وضعیت واقعی زایمان مهم بودند.

استول و همکاران (۱۴) طی پژوهشی با هدف تجزیه و تحلیل زیر مجموعه ای از دانشجویان پسر نشان دادند که ۷۷ درصد از آنان، زایمان را مخاطره‌آمیز و غیرقابل پیش‌بینی در نظر گرفته و تقریباً ۴۰ درصد در مورد تغییرات فیزیکی بدن زن به عنوان یک نتیجه از زایمان نگران بودند.

استول و همکارانش (۱۵) در پژوهش دیگری نشان دادند که ترس زیاد از زایمان پیش از بارداری در جمعیت کانادایی، ۱۳/۶ درصد در میان زنان جوان و ۳/۵ درصد در میان مردان جوان برآورد می‌گردد. این ارزیابی‌ها بر اساس یک نظرسنجی که شامل ۶ آیتم از مقیاس ترس از زایمان و مخلوطی از سوالات با طیف لیکرت بازآزمون و پیش از آزمون تعریف شده است، حاصل گردیده است. ترس بالا با نمره بالا و انحراف معیار بالاتر از میانگین و ترس کم با نمره کم از یک انحراف معیار پایینتر از میانگین تعریف شد. نمونه معیار برای انتخاب نمونه‌ای از زنان جوان با ترس بالا و پایین از زایمان (به تعداد ۴۶۱ نفر) استفاده شد.

برگ استروم و همکاران (۱۶) در مطالعه دیگری که بر روی ۷۶۲ مرد سوئدی انجام گرفت نشان دادند که ۱۱٪ از آنان از ترس زایمان رنج می‌برند.

جانسون و همکاران (۱۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که تجربیات عاطفی شریک مرد با حمایت از زنانشان در هنگام زایمان به چالش کشیده می‌شود، به ویژه هنگام بروز عوارض و یا هنگامی که مراقبت‌های پزشکی نامطلوب تلقی شود و مردان از تصمیم‌گیری کنار گذاشته و حذف شوند.

با مروری بر مقالات توسط هانسون و همکاران (۱۸) شناسایی ترس پدری به شرح زیر می‌باشد:

آسیب به مادر یا نوزاد تازه متولد شده، درد همسر، احساس درماندگی (به ویژه هنگامی که پدران در تصمیم گیری درگیر نبودند)، عدم آگاهی و نگرانی در مورد مداخلات در معرض خطر.

ترس رایج ترین عامل گزارش شده توسط پدران بوده و اینکه شریک زندگی خود را مجبور به تحمل درد غیرقابل تحمل و رنج آور کرده‌اند.

اریکسون و همکاران (۱۹) در یک مطالعه، تخمین زدند که ۱۳ درصد از مردان از زایمان زنانشان هراس داشتند.

در واقع این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا پرسشنامه ۱۰ سوالی ترس از زایمان قبل از بارداری در بین زوج‌های ایران دارای ویژگی‌های روانسنجی (روایی و اعتبار) قابل قبول هست یا خیر؟

باتوجه به مطالب ذکر شده و از آنجایی که تاکنون هیچ پرسشنامه‌ای در ایران به ترس از زایمان پیش از بارداری در بین زوجین نپرداخته است و همچنین پرسشنامه‌های استاندارد شده هر کدام دارای نواقصی هستند لذا به دلیل نبود ابزار مناسب در خصوص ترس از زایمان قبل از بارداری در بین زوجین، انجام پژوهشی با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه مدت زمان ازدواج بر آن، ضروری به نظر می‌رسد.

روش کار

در این پژوهش ابتدا از طریق مراجعه به کتابخانه‌ها، سایت‌ها، مجلات و مقالات به مطالعه منابع پیشین پرداخته، اطلاعات اولیه را در خصوص پژوهش بدست آورده، سپس از پرسشنامه ۱۰ سوالی ترس از زایمان قبل از بارداری که توسط استول (۷) و همکارانش در سال ۲۰۱۶ ارائه شده بود، استفاده گردید.

از جمله پرسشنامه‌های تدوین شده در حیطه ترس از زایمان می‌توان به پرسشنامه "ترس از زایمان (نگرش به زایمان) CAQ هارمن" (۱۹۸۸) که دارای طیف ۴ درجه‌ای لیکرت و ۱۴ سوال می‌باشد، پرسشنامه "ترس از زایمان" نگهبان و همکاران (۲۰) که دارای ۶ گزاره در مورد علت ترس از زایمان بوده و شدت ترس را در یک طیف چهار گزینه‌ای از "اصلاً نمی‌ترسم"، "کمی می‌ترسم و نگرانم"، "خیلی می‌ترسم" تا "فوق العاده زیاد می‌ترسم" اندازه می‌گیرد و دامنه نمره این مقیاس از ۶ تا ۲۴ متغیر خواهد بود و همچنین پرسشنامه ۱۶ گویه‌ای "ترس از زایمان (CAQ)" لوو اشاره نمود که این پرسشنامه دارای طیف ۴ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. با توجه به بررسی انجام شده بر روی محتوای سوالات ۳ پرسشنامه مذکور، هر سه در جهت بررسی ترس از زایمان پس از بارداری و در طول روند بارداری تدوین شده و هیچ یک به بررسی ترس از زایمان پیش از بارداری اشاره‌ای نکرده بودند. همچنین نقص دیگر این سه پرسشنامه این بود که تنها به زنان توجه شده و هیچ توجهی به همسران ایشان نگردیده است. لذا با توجه به اهمیت ترس از زایمان پیش از بارداری و واکنش مرد نسبت به روند زایمان، سلامت نوزاد و وضعیت جسمی همسرش بعد از زایمان و همچنین، به عنوان یکی از عوامل پیشگویی کننده پیشگیری از بارداری و به تبع آن بالا رفتن سن زایمان مادران، بر آن شدیم تا پرسشنامه ۱۰ سوالی ترس از زایمان پیش

از بارداری، تدوین شده توسط استول و همکاران (۷) را برروی زوج‌های متاهل که هنوز بچه‌دار نشده‌اند، مورد بررسی قرار داده و علل عمده ترس از زایمان پیش از بارداری بپردازیم. پرسشنامه مذکور ترجمه و به زبان اصلی برگردانده شد و پس از تایید ترجمه توسط متخصصان مرتبط و اجرای آزمایشی بر روی تعدادی از زوج‌ها و تحلیل داده‌های بدست آمده توسط اساتید مجرب و تایید روایی و پایایی پرسشنامه جدید توسط ایشان، در سطح نمونه پرسشنامه ها توزیع گردید. سوالات مندرج در این پرسشنامه سوالاتی بودند که از سه بعد مختلف ترس از زایمان را مورد ارزیابی قرار می‌دادند. این سه بعد عبارت از ترس از عوارض (سوالات ۵، ۷ و ۸)، ترس از درد (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۶) و ترس از تغییرات جسمانی (سوالات ۹ و ۱۰) بود.

این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال (برای مرد و زن) بوده که در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از بسیارکم (۱) تا بسیارزیاد (۵) درجه‌بندی گردید.

پایایی همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ در نظر گرفته شد (۲۱).

پایایی همسانی داخلی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری برای هر نمونه‌ای از کشور قابل قبول ۰/۸۶ یا بالاتر بوده و با حذف آیتم‌ها بهبود یافت. همبستگی‌های موردی اصلاح شده در مورد نمونه‌ها بیش از ۰/۴۸ بود. تجزیه و تحلیل عاملی نتایج مشابهی را به دست آورد. در استرالیا، بارهای عاملی از ۰/۵۱ تا ۰/۷۱، در کانادا ۰/۵۴ تا ۰/۷۲، در آلمان از ۰/۵۶ تا ۰/۷۷، در ایسلند از ۰/۵۳ تا ۰/۷۷، در انگلستان از ۰/۵۲ تا ۰/۸۱ و در ایالات متحده از ۰/۵۱ تا ۰/۷۱ بدست آمد. این بارهای عاملی براساس یک عامل بود. هنگام تکرار تجزیه و تحلیل بدون مشخص کردن تعداد ثابت عوامل، تعداد سه عامل نیز امکان‌پذیر است. به طور ویژه، آیتم‌هایی که ترس از عوارض را بر یک عامل محاسبه می‌کنند (موارد ۵، ۷ و ۸)؛ اقلامی که ترس تغییرات جسمی را پس از زایمان براساس یک عامل اندازه‌گیری می‌کند (اقلام ۹، ۱۰)؛ و اقلامی که ترس از درد را کنترل می‌کنند (موارد ۱، ۲، ۳، ۴ و ۶) بر روی یک عامل قرار می‌گیرند (۷).

برای در نظر گرفتن تعداد افراد حاضر در نمونه‌گیری، با توجه به این که هدف پژوهش بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه بود، به ازای هر سوال ۱۵ زوج به صورت خوشه‌ای انتخاب گردیدند. خوشه بزرگ، کلیه زوج‌های مراجعه کننده به کلیه مراکز بهداشت شهرستان ایذه بود که تعداد این مراکز ۱۶ عدد در سطح شهر بود که از بین آنها خوشه مرکز بهداشت شماره ۱ شهری و تعداد ۱۵۰ زوج مراجعه کننده به این مرکز در بازه زمانی ۳ ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ (دی ماه تا اسفند ماه) به عنوان نمونه انتخاب شدند.

جهت بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از قبیل سن، جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل از آمار توصیفی استفاده شد که شامل فراوانی و درصد فراوانی بود و به منظور بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کلموگروف–اسمیرنوف استفاده گردید. سازگاری داخلی کلی پرسشنامه‌ها و خرده مقیاس آن‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، انجام شد. تمامی تجزیه و تحلیل ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام پذیرفت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی در این پژوهش نشان داد دامنه سنی برای زنان از ۱۸ سال تا ۴۰ سال متغیر بوده که از این بین۲۲/۳ درصد زیر ۱۸ سال، ۲۱/۳ درصد ۱۸ تا ۲۰ سال، ۱۲/۳ درصد ۲۱ تا ۲۳ سال، ۲۱/۰ درصد ۲۴ تا ۲۶ سال، ۸ درصد ۲۷ تا ۲۹ سال، ۴/۷ درصد ۳۰ تا ۳۲ سال، ۹/۳ درصد ۳۳ تا ۳۵ سال و ۱ درصد ۳۶ تا ۴۰ سال سن داشتند.

دامنه سنی برای همسرانشان از ۲۱ سال تا ۴۵ سال متغیر بوده که از این بین ۷/۳ درصد ۲۱ تا ۲۳ سال، ۱۹/۳ درصد ۲۴ تا ۲۶ سال، ۳۵/۰ درصد ۲۷ تا ۲۹ سال، ۲۰/۳ درصد ۳۰ تا ۳۲ سال، ۹/۷ درصد ۳۳ تا ۳۵ سال و ۸/۳ درصد ۳۶ تا ۴۰ سال سن داشتند.

دامنه تحصیلات برای زنان و همسرانشان از سیکل تا فوق لیسانس متغیر بود که برای زنان بیشترین درصد (۴۹/۷ درصد) دارای مدرک دیپلم و برای همسرانشان (۴۴/۰ درصد) دارای مدرک لیسانس بود.

در خصوص مدت زمان ازدواج نیز، ۳۳ درصد زیر یک سال، ۲۸/۷ درصد یک تا دو سال، ۱۴/۷ درصد ۲ سال و یک ماه تا ۳ سال، ۱۶/۳ درصد سه سال و یک ماه تا ۴ سال، ۷/۳ درصد ۴ سال و یک ماه تا ۵ سال و ۷/۳ درصد ۵ سال به بالا بودند.

جهت برآورد قابلیت اعتماد آزمون از روش همسانی درونی برای کل مقیاس و هر یک از خرده مقیاس‌ها استفاده شد. محاسبهٔ همسانی درونی پرسشنامهٔ ترس از زایمان قبل از بارداری با استفاده از روش آلفای کرونباخ صورت گرفت (جدول۱).

جدول ۱: برآورد قابلیت اعتماد پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری

	آلفای کرونباخ	
	زن	همسر
خرده مقیاس اول: ترس از درد و عوارض	۰/۸۶۰	۰/۹۲۲
خرده مقیاس دوم: ترس از تغییرات جسمی	۰/۸۲۴	۰/۸۳۲
کل مقیاس	۰/۷۹۶	۰/۸۹۷

جهت برآورد روایی آزمون از روش های روایی صوری و روایی سازه استفاده گردید. برای روایی صوری، فرم ترجمه شده پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری پس از ترجمهٔ دقیق در اختیار ۲۰ تن از کارشناسان ارشد مامایی شاغل در مراکز بهداشت و درمان شهرستان ایذه قرار گرفته و از ایشان خواسته شد در خصوص تایید هدف مورد سنجش توسط سوالات، نظر خود را به صورت موافق، مخالف یا مطرح کردن این موضوع که سوال نیاز به اصلاح یا بازبینی دارد بیان کنند. نتایج

حاصل نشان دهندهٔ اتفاق نظر کامل افراد در خصوص سنجش ترس از زایمان قبل از بارداری توسط این پرسشنامه بود. ترجمه پرسشنامه نیز از نظر این کارشناسان که مسلط به زبان انگلیسی بودند بررسی و تناسب گویه‌های انتخاب شده با مفهوم مطرح شده در پرسشنامه اصلی مورد تایید واقع گردید. به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامهٔ ترس از زایمان قبل از بارداری، روش تحلیل عاملی اکتشافی چرخش واریماکس، بارتلت و کایرز- مایر-اولکین (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) انجام گردید. با اجرای تحلیل عاملی اکتشافی در مرحله اول بدون محدود کردن تعداد ۲ عامل شناسایی گردید و پس از شناسایی عوامل به ادامه آنالیز پرداخته و نتایج تفسیر گردید.

با توجه به جدول ۲ شاخص کفایت نمونه (KMO) بالاتر از ۰/۷۰ و به میزان ۰/۷۹۰ برای زنان و ۰/۸۸۰ برای همسرانشان بدست آمد که هر دو مورد از لحاظ آماری مقداری مطلوب و قابل پذیرش بودند. از آنجایی که سطح معناداری در محدوده معناداری و کمتر از ۰/۰۱ بدست آمد، لذا این نتیجه حاصل شد که آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's Test of Sphericity) با تقریب کای اسکوئر ۱۲۸۰/۴۹۷ برای زنان و با تقریب کای اسکوئر ۱۸۸۶/۸۸۴ برای همسرانشان و سطح معناداری ۰/۰۰۰ بدست آمد که از نظر آماری معنی دار بود.

جدول ۲: آزمون KMO و بارتلت

		زنان	همسرانشان
شاخص کفایت نمونه (کایرز-مایر-اولکین)		۰/۷۹۰	۰/۸۸۰
تست کرویت بارتلت	تقریب کای اسکوئر	۱۲۸۰/۴۹۷	۱۸۸۶/۸۸۴
	درجه آزادی	۴۵	۴۵
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

برای انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی از روش چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج پس از اجرای تحلیل عاملی با استفاده از روش چرخش واریماکس به منظور استخراج عامل‌های مناسب از نظر تعداد و محتوا و در نظر گرفتن شاخص‌هایی مانند شاخص کفایت نمونه‌برداری، آزمون کرویت بارتلت و سطح معناداری، ارزش ویژه اولیه برای عامل اول ۴/۱۱۰ برای زنان و ۵/۴۸۴ برای همسرانشان، برای عامل دوم ۱/۹۲۲ برای زنان و ۱/۵۰۹ برای همسرانشان بدست آمد. درصد تبیین واریانس ارزش ویژه برای عامل اول ۴۱/۰۹۶ برای زنان و ۵۴/۸۴۴ برای همسرانشان، برای عامل دوم ۱۹/۲۱۸ برای زنان و ۱۵/۰۹۲ برای همسرانشان حاصل شد. چرخش مجموع مربعات بارها برای عامل اول ۴/۰۸۷ برای زنان و ۵/۰۷۷ برای همسرانشان، برای عامل دوم ۱/۹۴۵ برای زنان و ۱/۹۱۷ برای همسرانشان بدست آمد. درصد تبیین واریانس چرخش مجموع مربعات بارها برای عامل اول ۴۰/۸۶۵ برای زنان و ۵۰/۷۶۸ برای همسرانشان و برای عامل دوم ۱۹/۴۴۹ برای زنان و ۱۹/۱۶۸ برای همسرانشان حاصل شد. بار عاملی بالاتر از ۰/۳ مشخص شد که پرسشنامه از ۲ عامل اشباع شده است. این ۲ عامل بروی هم در حدود ۶۰/۳۱۴ برای زنان و ۶۹/۹۳۷ برای همسرانشان درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

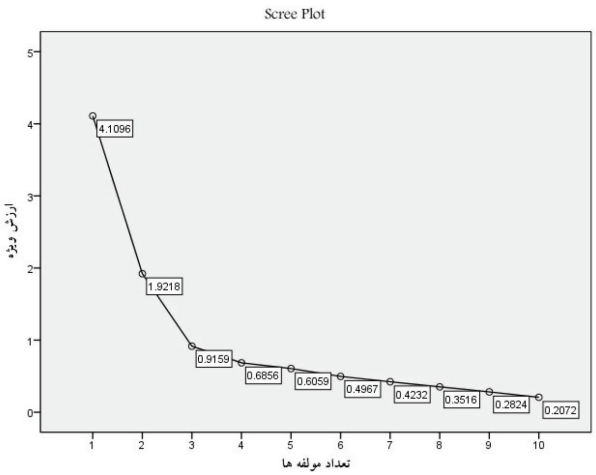
ارزش‌های ویژه ۲ عامل هم برای زنان و هم برای همسرانشان بزرگتر از یک بوده و درصد پوشش واریانس مشترک بین متغیرها برای این ۲ عامل بر روی هم درصد کل واریانس متغیرها ۶۰/۳۱۴ برای زنان و ۶۹/۹۳۷ برای همسرانشان را تبیین می‌کند. افزون بر این، مقدار KMO برابر با ۰/۷۹۰ برای زنان و ۰/۸۸۰ برای و سطح معنادار بودن مشخصه آزمون کرویت بارتلت نیز ۰/۰۰۰ هم برای زنان و هم برای همسرانشان است. بنابراین، بر پایه هر دو ملاک می‌توان نتیجه گرفت که اجرای تحلیل عاملی براساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه، قابل توجیه خواهد بود. علاوه بر این، برون‌داد اولیه نیز نشان می‌دهد که مقدار دترمینان ماتریس همبستگی، عددی غیرصفر است که نشان می‌دهد بر پایه این داده‌ها می‌توان به استخراج عامل‌ها اطمینان کرد (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳: ماتریس چرخش عامل‌ها برای زنان

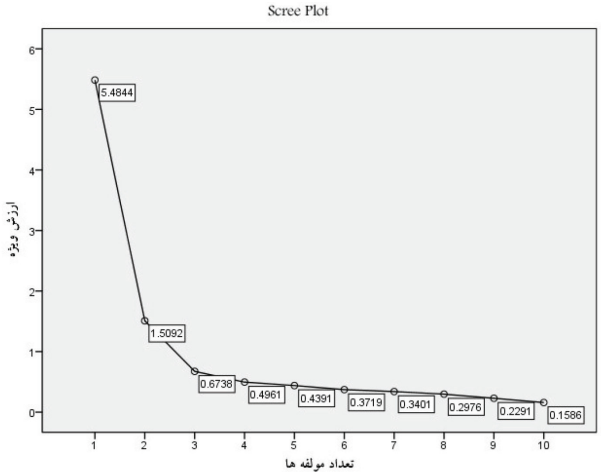
سوال \ بارعاملی	ترس از عوارض و درد	ترس از تغییرات‌جسمانی
۵	۰/۷۹۳	
۳	۰/۷۸۱	
۴	۰/۷۵۰	
۶	۰/۷۴۳	
۱	۰/۷۰۳	
۷	۰/۷۰۳	
۲	۰/۶۵۲	
۸	۰/۵۲۴	
۱۰		۰/۸۹۶
۹		۰/۸۸۷

جدول ۴: ماتریس چرخش عامل‌ها برای همسران

سوال \ بارعاملی	ترس از عوارض و درد	ترس از تغییرات‌جسمانی
۳	۰/۸۷۲	
۶	۰/۸۴۹	
۲	۰/۸۲۶	
۴	۰/۸۱۷	
۵	۰/۸۱۳	
۱	۰/۷۹۴	
۷	۰/۷۲۶	
۸	۰/۶۱۳	
۱۰		۰/۹۲۱
۹		۰/۸۹۶



شکل ۱: نمودار سنگریزه برای زنان



شکل ۲: نمودار سنگریزه برای همسرانشان

نمودار سنگریزه نیز تعداد عواملی را که دارای ارزش ویژه بالای ۱ را اخذ کرده را نشان می‌دهد.

همانگونه که در دو نمودارهای شکل ۱ و ۲ مشهود است، تعداد عوامل شناسایی شده دارای ارزش ویژه بالای ۱ هم برای زنان و هم برای همسرانشان، ۲ عامل می‌باشد. این نکته با یافته‌های حاصل که در مطالب فوق ذکر گردیده است، همراستا می‌باشد. در این نمودارها عواملی که دارای ارزش ویژه کمتر از ۱ می‌باشند هم به نمایش گذارده شده است.

در خصوص بررسی رابطه بین مدت زمان ازدواج و ترس از زایمان نیز پس از بررسی توزیع نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف با کمک آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون، این نتیجه حاصل شد که ترس از زایمان با مدت زمان ازدواج برای زنان با ضریب همبستگی ۰/۴۵۹- و برای همسرانشان با ضریب همبستگی ۰/۴۴۷- در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ با دقت ۹۹ درصد اطمینان رابطه‌ای معکوس دارد. به این معنا که با افزایش مدت زمان ازدواج ترس از زایمان پیش از بارداری کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

حاملگی بزرگترین رویداد زندگی یک زن می‌باشد که برای تمامی زنان واقعه خوشایندی نیست و در مواردی که به درستی مدیریت نشود، استرس زیادی بر مادر و اطرافیان وی وارد می‌کند (۲۲). دوران بارداری به دلیل ایجاد تغییرات دائمی در زندگی زنان و مسئولیت جدید نگهداری از کودک، درگیری ذهنی زیادی ایجاد می‌کند و احساسات دو سوگرایی زنان باردار یک روند طبیعی این دوران می‌باشد. اما این احساسات در برخی زنان شدیدتر است و آنان را به سوی ترس از زایمان و اضطراب مرتبط با بارداری سوق می‌دهد (۲۳).

می‌توان گفت بزرگترین استرس در زندگی هر زن، حاملگی است و ترس از زایمان یک مشکل مهم در طی دوران بارداری و بعد از زایمان است. تخمین زده می‌شود، که از بین هر ۵ زن باردار یک نفر دچار ترس از زایمان بوده و حدود ۶ تا ۱۳ درصد از زنان باردار ترس شدید و ناتوان کننده‌ای را تجربه می‌کنند (۲۴).

عوامل روانشناختی و اجتماعی مؤثری در ترس از زایمان طبیعی وجود دارد که شامل ترس از ناشناخته‌ها، تمایل به بیدردی و عدم تحمل درد، آرامش جسمی و روانی، خصوصیات شخصیتی خود مادر، زمینه‌های ژنتیکی که فرد را در مقابل تنش آسیب پذیر می‌کند، تجربه نامطلوب و تشویق دیگران، نگرانی از عوارض نامطلوب برای مادر، ارتباط نامناسب کادر درمانی، احساس مرگ و تنهایی، نگرانی در مورد سلامت نوزاد و فقدان حمایتهای اجتماعی کافی می‌باشد (۲۳).

ترس و اضطراب باعث آزاد شدن کاتکولامین‌ها و به دنبال آن، دردهای زایمانی غیر مؤثر و طولانی مدت، کارکرد نامناسب عضلات رحمی، تحریک پذیری و ناآرام بودن کودک می‌شود (۲۵).

ترس از بارداری می‌تواند حاصل تجربه‌های ناخوشایند از زایمان باشد. به دنیا آوردن فرزند، یکی از زیباترین تجربه‌هایی است که بدن انسان با آن مواجه می‌شود و اینکه چرا برخی از زنان در مورد بارداری دچار اضطراب و نگرانی می‌شوند، قابل درک است. اما این نگرانی و اضطراب برای زنان دچار توکوفوبیا می‌تواند فلج کننده و ویرانگر باشد.

توکوفوبیا، ترس شدید پاتولوژیک از بارداری است که می‌تواند تصمیم گیری زنان به بارداری را تحت تاثیر قرار دهد. برآورد می‌شود یک دهم زنانی که از بارداری اجتناب می‌کنند، دارای ترس عمیقی از بارداری هستند. شنیدن داستان‌هایی از تجربه‌های ناخوشایند و دیدن برنامه‌هایی که تجارب زایمان تکان دهنده همچون سقط جنین و تولد نوزاد مرده را به تصویر می‌کشند، می‌تواند به آغازی برای ترس

از زایمان تبدیل شوند، البته درد و از دست دادن کنترل در هنگام درد زایمان، امری طبیعی است.

در بررسی علل ترس از زایمان، نگهبان و همکاران (۲۰) ترس از درد زایمان و آسیب جنینی را شایعترین عامل ایجاد ترس و اضطراب در بین مادران دانستند. بر اساس نتایج پژوهش حاضر بین تعداد بارداری و ترس از زایمان رابطه معکوس مشاهده شد و همچنین، ترس از زایمان در زنان نخست‌زا بیشتر از زنان چندزا بود. این یافته نشان می‌دهد که زنان نخست‌زا به دلیل اینکه تاکنون بارداری و زایمان را تجربه نکرده‌اند، ترس و اضطراب بیشتری نسبت به موقعیتهای ناآشنای بارداری و زایمان دارند (۲۰)، لذا ترس بالایی را در طول دوران بارداری تجربه می‌کنند و باور و توانایی پایینی نسبت به انجام زایمان دارند و از طرفی داشتن تجربه نامطلوب از زایمان قبلی یکی از دلایل ترس از زایمان در زنان چندزا بوده است.

تانگ لکمانخونگ و همکاران (۲۶) در پژوهش خود به نتیجه مشابه مطالعه حاضر دست یافت. در این پژوهش نمره ترس از زایمان در زنان چندزا به طور معناداری پایین‌تر از زنان نخست‌زا بود. همچنین نتیجه مطالعه کاتری و همکاران نیز نشان داد، که ترس از زایمان در زنان نخست‌زا به طور معناداری بیشتر از زنان چندزا بوده است (۲۷). نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که آموزش زنان در دوران بارداری اثرات مثبتی را برای آنها و نوزادانشان به دنبال دارد. به عنوان مثال نشان داده شده است که آموزش‌های ویژه پیش از بارداری، استفاده بیشتر زنان از استراتژی‌های مقابله با درد زایمان و همکاری بیشتر شریک زندگی در این امر را در پی دارد (۲۸).

نتایج یک پژوهش نیز نشان داده است که زنان نسبت به مردان ترس و اضطراب بیشتری را در طول بارداری تجربه میکنند و نشانه‌های این اضطراب از یک الگوی U شکل پیروی می‌کند. به طوری که میزان اضطراب در سه ماهه اول بالاتر است، در سه ماهه دوم از میزان آن کاسته می‌شود و دوباره در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد (۲۹).

علی پور و همکارانش در پژوهش خود دریافتند که ترس از زایمان، احتمال استفاده از اکسی توسین را در طول لیبر حدود ۲ برابر بیشتر می‌کند. همچنین بین شدت ترس از زایمان و روش زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (۲۴).

تقریباً در ۳۳ درصد زنان باردار، ترس از زایمان و اضطراب در سه ماهه آخر بارداری وجود دارد و ۱۰ تا ۱۱ درصد از آنها، ترس شدید از زایمان را تجربه می‌کنند (۳۰).

مطالعات اخیری که بر روی زنان و مردان جوانی که قصد بچه دار شدن دارند انجام شده است، نشان می دهد که نگرش نسبت به بارداری و تولد به خوبی در این جمعیت دیده می‌شود (۱۸ و ۱۶-۱۳) و همان ارتباط مثبت بین تنظیمات قبل از تولد برای مداخلات انتخابی و ترس از زایمان در میان مردان و زنانی که قصد دارند بچه‌دار شوند، توسعه داده شده است (۳۲و۳۱و۱۵و۱۴).

هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه ترس از زایمان قبل از بارداری و رابطه مدت زمان ازدواج بر آن بوده است. پژوهش حاضر از دو بخش، بخش اول آزمون‌سازی و بخش دوم توصیفی-همبستگی بود. برای انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی از روش چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج پس از اجرای تحلیل عاملی با استفاده از روش چرخش واریماکس به منظور استخراج عامل‌های مناسب و بار عاملی بالاتر از ۰/۳ مشخص شد که پرسشنامه از ۲ عامل اشباع شده است. این دو عامل برروی هم در حدود ۶۰/۳۱۴ برای زنان و ۶۹/۹۳۷ برای همسرانشان درصد واریانس را تبیین می‌کنند. در خصوص بررسی رابطه بین مدت زمان ازدواج و ترس از زایمان نیز پس از بررسی توزیع نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف با کمک آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون این نتیجه حاصل شد که ترس از زایمان با مدت زمان ازدواج برای زنان با ضریب همبستگی ۰/۴۵۹- و برای همسرانشان با ضریب همبستگی ۰/۴۴۷- در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ رابطه‌ای معکوس دارد. به این معنا که با افزایش مدت زمان ازدواج ترس از زایمان پیش از بارداری کاهش می‌یابد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از جمله محدودیت‌های پیش روی پژوهشگر، عدم همکاری همسران زنان باردار به دلیل عدم فرهنگ‌سازی مناسب پژوهش‌های میدانی در شهرستان ایذه بود. لذا پیشنهاد می‌گردد در جلسات آموزشی که برای زنان باردار در مراکز بهداشتی درمانی برگزار می‌شود، از همسران آن‌ها نیز دعوت به عمل آورده و جلساتی در این خصوص برای آن‌ها برگزار نمود و مزایای استقبال از این پژوهش‌ها را برای آنان بیان کرد تا اعتماد آن‌ها جلب گردد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی مراجعین مرکز بهداشت شماره یک شهرستان ایذه به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

منابع

1. Sundin J. Birth Skills. 1st ed. Australia: ALLEN & UNWIN (A&U); 2007: PP. 17.

2. van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. Birth. 2006;33(4):297-302.

3. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early Hum Dev. 2004;79(2):81-91.

4. Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalık KY. Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2017;237:1045-52.

5. Turkstra E, Mihala G, Scuffham PA, Creedy DK, Gamble J, Toohill J, et al. An economic evaluation alongside a randomised controlled trial on psycho-education counselling intervention offered by midwives to address women's fear of childbirth in Australia. Sex Reprod Healthc. 2017;11:1-6.

6. Hildingsson I, Haines H, Karlström A, Nystedt A. Presence and process of fear of birth during pregnancy-Findings from a longitudinal cohort study. Women Birth. 2017;30(5):e242-e247.

7. Stoll K, Hauck Y, Downe S, Edmonds J, Gross MM, Malott A, et al. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. Sex Reprod Healthc. 2016;8:49-54.

8. Hauck YL, Stoll KH, Hall WA, Downie J. Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. Women Birth. 2016;29(6):511-517.

9. Gökçe İsbir G, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. Appl Nurs Res. 2016;32:227-232.

10. Perier S, Gautier J, O'reilly A, Séjourné N. Le rôle de l'optimisme et de l'anxiété dans la peur de l'accouchement: une étude exploratoire. Journal de thérapie comportementale et cognitive. 2016;26(4):170-9.

11. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. Midwifery. 2016;34:166-72.

12. Taheri Z, Khorsandi M, Amiri M, Hasanzade A. Investigating the Causes of Fear of Childbirth in Shahrekord Pregnant Women, in 2013: A Short Report. JRUMS. 2015; 14 (4) :345-350

13. Hildingsson I. Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth - a longitudinal cohort study. Sex Reprod Healthc. 2014;5(2):75-80.

14. Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. Midwifery. 2014;30(2):220-6.

15. Stoll K, Hall WA. Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. Qual Health Res. 2013;23(11):1495-505.

16. Bergström M, Rudman A, Waldenström U, Kieler H. Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(8):967-73.

17. Johansson M, Rubertsson C, Rådestad I, Hildingsson I. Childbirth - an emotionally demanding experience for fathers. Sex Reprod Healthc. 2012;3(1):11-20.

18. Hanson S, Hunter LP, Bormann JR, Sobo EJ. Paternal fears of childbirth: a literature review. J Perinat Educ. 2009;18(4):12-20.

19. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: a population based study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2005;26(1):63-72.

20. Negahban T, Ansari A. Do not be afraid of emergency cesarean delivery in nulliparous pregnant women can predict. J Nurs Midwifery Tehran Univ Med Sci (HAYAT). 2008;14:73-81.

21. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. BMJ. 1997;314(7080):572.

22. Hosseini nasab D, Taghavi S, Ahmadian S. The effect of maternal education on anxiety, pain, and labor for mothers. Medical J of Tabriz Univ Med Sci. 2008; 31(4): 24-30.

23. Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Repokari L, Vilska S, Tiitinen A, Tulppala M. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. Obstet Gynecol. 2006;108(1):70-6.

24. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011;16(2):169-73.

25. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. J Midwifery Womens Health. 2005 Jul-Aug;50(4):e36-40.

26. Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth Self-Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. J Adv Nurs. 2011;67(1):193-203.

27. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(7):807-13.

28. C. Nuckols C. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC. 2013.

29. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. J Affect Disord. 2009;119(1-3):142-8.

30. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30(3):168-74.

31. Gallagher F, Bell L, Waddell G, Benoît A, Côté N. Requesting cesareans without medical indications: an option being considered by young canadian women. Birth. 2012;39(1):39-47.

32. Edmonds JK, Cwiertniewicz T, Stoll K. A survey of childbirth preferences and attitudes among young women prior to pregnancy. J Perinat Educ. 2015;24(2):93-101.