ORIGINAL ARTICLE

Anxiety and Depression Symptoms and Associated Factors in Pregnant and Breast Feeding Women During the COVID-19 Pandemic in Rasht, Iran, 2020

Parvaneh Rezasoltani[1],
Saman Maroufizadeh[2],
Farzaneh Sheikholeslami[3],
Masoumeh Malekzadeh Haghighi[4]

[1] Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
[3] Psychiatric Nursing Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
[4] MSc Student in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

(Received December 25, 2021 ; Accepted March 18, 2022)

Abstract

Background and purpose: The spread of COVID-19 can cause anxiety and depression and lead to adverse outcomes in perinatal period. This study aimed to evaluate anxiety and depression symptoms and associated factors in pregnant and breast feeding women during the COVID-19 pandemic.

Materials and methods: This cross-sectional study included 450 pregnant and breast feeding women in Rasht, Iran during the second and third wave of COVID-19 (June-November 2020). Data were collected using convenience and multi-stage sampling in a teaching hospital and six healthcare centers. Anxiety and depression were evaluated by Generalized Anxiety Disorder-7 and Patient Health Questionnaire-9, respectively. Descriptive statistics and analytical statistics, including independent t-test, Chi-square test, and logistic regression were used to analyze the data.

Results: Generalized anxiety was seen in 16.9% of pregnant women and 10.7% of breast feeding women (P=0.057). Expectant mothers were 6.64 times more likely to have depressive symptoms compared with breast feeding women (OR_{Adj}=6.64, 95% CI: 2.08-21.15). Comorbid anxiety-depressive symptoms were higher in pregnant women than breast feeding women (6.2% vs. 0.9%, P=0.002). Anxiety was found to be significantly associated with an unemployed husband, having chronic diseases, thinking about COVID-19, and high-risk individuals in the family (P<0.05). Also, there was a significant relationship between depression and pregnancy, less educated husband, and high-risk individuals in the family (P< 0.05).

Conclusion: In this study, pregnant and breast feeding women showed more anxiety symptoms than depression symptoms during COVID-19. Expectant mothers were more likely to have depressive symptoms than breast feeding women. These results emphasize the importance of mental health monitoring to improve perinatal-care quality during epidemics/social crises.

Keywords: anxiety, depression, pregnancy, breastfeeding, COVID-19

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (208): 62-74 (Persian).

* **Corresponding Author: Saman Maroufizadeh -** Faculty of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
(E-mail: saman.maroufizadeh@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و دوم شماره 208 اردیبهشت سال 1401 (74-62)

نشانه های اضطراب و افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار و شیرده طی پاندمی کووید-19 در شهر رشت سال 1399

پروانه رضاسلطانی[1]
سامان معروفی زاده[2]
فرزانه شیخ الاسلامی[3]
معصومه ملک زاده حقیقی[4]

چکیده

سابقه و هدف: گستردگی کووید-19 می‌تواند بر شکل‌گیری اضطراب و افسردگی و پیامدهای نامطلوب آن در دوران پری‌ناتال اثرگذار باشد. هدف از این مطالعه، ارزیابی نشانه‌های اضطراب و افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار و شیرده طی پاندمی کووید-19 بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعهٔ مقطعی شامل 450 مادر باردار و شیرده در رشت، گیلان از خرداد تا آبان 1399 طی موج دوم و سوم کووید-19 انجام شد. داده‌ها با نمونه‌گیری در دسترس و چند مرحله‌ای در یک مرکز آموزشی درمانی مرجع و مراکز خدمات جامع سلامت گردآوری شد. نشانه‌های اضطراب و افسردگی به ترتیب با استفاده از پرسشنامهٔ اختلال اضطراب فراگیر-7 و پرسشنامهٔ سلامت بیمار-9 ارزیابی شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار تحلیلی (آزمون t مستقل، آزمون کای‌دو و رگرسیون لجستیک) استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع اضطراب فراگیر در زنان باردار 16/9 درصد و در زنان شیرده 10/7 درصد بود (P=0/057). شانس نشانه‌های افسردگی در زنان باردار 6/64 برابر زنان شیرده بود (21/15 – 2/08 :CI 95 درصد، OR_{Adj}=6/64). نشانه‌های اضطراب-افسردگی در زنان باردار بیش‌تر از زنان شیرده بود (6/2 در برابر 0/9 درصد، P=0/002). اضطراب فراگیر با بی‌کار بودن همسر، داشتن بیماری‌های مزمن، طول مدت فکرکردن به کووید-19 و داشتن افراد پرخطر در خانواده و نشانه‌های افسردگی با باردار بودن، تحصیلات پایین‌تر همسر و داشتن افراد پرخطر در خانواده ارتباط معنی‌دار داشت (P<0/05).

استنتاج: این مطالعه نشان داد در پاندمی کووید-19، مادران باردار و شیرده، نشانه‌های اضطراب بیش‌تری نسبت به افسردگی داشتند و نشانه‌های افسردگی در زنان باردار بیش‌تر از مادران شیرده بود. این نتایج بر اهمیت پایش سلامت روان برای بهینه‌کردن کیفیت مراقبت پری‌ناتال طی اپیدمی‌ها/ بحران‌های اجتماعی تأکید می‌کند.

واژه های کلیدی: اضطراب، افسردگی، بارداری، شیردهی، کووید-19

مقدمه

شیوع عفونت نوظهور کروناویروس یا سندرم تنفسی حاد شدید کروناویروس-2 (SARS-COV-2) از دسامبر 2019 میلادی به دغدغه‌ای جدی برای سلامت عموم در جهان منجر شده است(4-1). گستردگی سریع

مولف مسئول: سامان معروفی زاده - رشت:بزرگراه شهید بهشتی، خیابان دانشجو، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی E-mail: saman.maroufizadeh@gmail.com
1. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
2. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
3. مربی روان پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
4. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
تاریخ دریافت : 1400/10/4 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1400/10/8 تاریخ تصویب :1400/12/27

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

کووید-19، ماهیت‌کشندگی آن و اقدامات قرنطینه‌ای برای کنترل این پاندمی با نشانه‌های ترس، اضطراب، افسردگی، استرس پس از تروما، بی‌حوصلگی، ناامیدی و تحریک‌پذیری در میان جمعیت عمومی به‌ویژه زنان همراه بوده است. اثرات بالقوهٔ این بیماری بر وضعیت سلامت روان جمعیت آسیب‌پذیر را نباید نادیده گرفت(3،5-8). پاندمی کروناویروس، عاملی بالقوه استرس‌زا و محرک محیطیِ تهدیدکننده می‌تواند بر افزایش بروز اضطراب و افسردگی در دوران پری‌ناتال اثرگذار باشد. ترس از عدم قطعیت در این دوران، اضطراب مادران را می‌تواند افزایش دهد و منجر به افزایش مسایل سلامت روان شود(6-9). رویدادهای استرس‌زا عامل خطر برای افسردگی دوران بارداری محسوب می‌شود که می‌تواند یکی از قوی‌ترین عوامل خطر برای اضطراب/افسردگی مادر پس از زایمان باشد(10،11).

در بستر پاندمی کووید-19 مادران باردار ممکن است درخصوص خطر ابتلا یا بستری در بیمارستان، انتقال عفونت به جنین/نوزاد، تغذیهٔ نوزاد با شیر مادر و مراقبت از نوزادشان پس از زایمان ابراز نگرانی کنند. شرایطی چون کاهش مراجعات مادر برای مراقبت معمول بارداری، کاهش خدمات حمایتی پری‌ناتال، دسترسی ناکافی به پزشک، ماما و یا پرستار و اطلاعات قابل اعتماد و نیز کاهش تعاملات اجتماعی و فعالیت معمول روزانه می‌تواند اثرات عاطفی منفی بر زنان باردار داشته باشد. زایمان مادر ممکن است به تعویق افتد یا بالعکس مادر به دلیل نگرانی، تقاضای ختم زودرس بارداری و سزارین انتخابی داشته باشد(3،6،8،12،13). اضطراب، نگرانی بالقوه نسبت به خطرات آتی همراه با احساس فقدان لذت یا نشانه‌های بدنی تنش است که منبع خطر پیش‌بینی‌شده می‌تواند درونی یا بیرونی باشد. اضطراب حین بارداری می‌تواند با نشانه‌های اضطراب فراگیر همراه باشد(14،15). افسردگی پری‌ناتال طی دوران بارداری یا یک سال پس از زایمان رخ می‌دهد و یکی از شایع‌ترین موربیدیتی‌های مادری تلقی می‌شود(1،11). افسردگی پس از زایمان با نشانه‌های خُلق پایین، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار خودکشی همراه است(15). نتایج یک متاآنالیز با مرور 26 مطالعه (2019 تا 2020) طی شیوع عفونت کووید-19 نشان داد شیوع اضطراب فراگیر بیش‌تر از افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان و شیوع افسردگی در دوران بارداری بیش‌تر از دوران پس از زایمان بود. شیوع نشانه‌های اضطراب و افسردگی دوران بارداری به‌ترتیب 40 و 27 درصد و شیوع نشانه‌های افسردگی پس از زایمان 17 درصد بود(16).

مطالعه‌ای برخط در بلژیک طی دورهٔ قرنطینه نشان داد 14 درصد زنان باردار و شیرده معیارهای اضطراب بالا را داشتند(10). نتایج مطالعه‌ای در کانادا تفاوت معنادار بین قبل و بعد از پاندمی کروناویروس در میزان افسردگی (به‌ترتیب 15 و 40/7 درصد) و اضطراب متوسط به بالا (به ترتیب 29 و 72 درصد) در زنان در دوران بارداری و اولین سال پس از زایمان نشان داد(17). محققان ایرانی طی شیوع موج اول کووید-19 (مارس تا ژوئن 2020) سطح اضطراب و استرس مادران باردار را 59-21 درصد و سطح افسردگی را 32/7 درصد گزارش کردند. تحصیلات، شغل همسر و رضایت از زندگی زناشویی از پیش‌گویی‌کننده‌های مهم نشانه‌های افسردگی بود. تعداد بارداری، اضطراب کووید-19، افسردگی و حمایت اجتماعی با اضطراب بارداری ارتباط داشتند(18-24). تشدید اضطراب و یا افسردگی در دوران پری‌ناتال می‌تواند با پیامدهای نامطلوب جسمی، عاطفی، اجتماعی، شناختی و مالی برای مادران، کودکان و خانواده‌ها در طی بارداری و پس از زایمان همراه باشد(11،25،26). در متون موجود تاکنون، ناهمگنی و ابهام در مطالعات مربوط به ارزیابی اضطراب و افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان مشاهده شده است، همان‌طور که برخی محققان در مطالعات متاآنالیز(16،27) اشاره کردند. بر این اساس به نظر می‌رسد پژوهش‌های محدودی درخصوص اضطراب مادر پس از زایمان و شیردهی و عوامل مرتبط در پاندمی کووید-19 انجام

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

شده است. این مطالعه با هدف بررسی نشانه‌های اضطراب فراگیر و افسردگی و عوامل مرتبط با آن در مادران باردار و شیرده مراجعه‌کننده به یک مرکز آموزشی درمانی و مراکز خدمات جامع سلامت شهر رشت طی اپیدمی کووید-19 طراحی شد.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه و مشارکت‌کنندگان

این پژوهش مقطعی در شهرستان رشت/استان گیلان از 20 خرداد تا 20 آبان ماه 1399 با شروع موج دوم تا اواسط موج سوم بحران کووید-19 انجام شد. این استان در شمال ایران از جمله مناطق متأثر از شیوع عفونت کووید-19 بوده است. مادران باردار و شیرده با معیارهای سن بیش‌تر از 18 سال؛ بارداری تک قل؛ تمایل به شرکت در مطالعه؛ ایرانی بودن و قادر به درک، فهم و تکلم به زبان فارسی؛ مصرف‌نکردن داروهای اعصاب و روان و نبود سابقهٔ اعتیاد به مواد مخدر، استعمال دخانیات و مصرف الکل واجد شرایط برای مشارکت در این پژوهش بودند. معیار خروج از مطالعه تمایل نداشتن واحدهای مورد پژوهش به ادامهٔ مصاحبه حین تکمیل پرسشنامه‌ها بود. داده‌ها از طریق مراجعهٔ محقق به یک مرکز آموزشی درمانی مرجع و 6 مرکز خدمات جامع سلامت گردآوری شد. این مراکز خدمات جامع سلامت به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از بین مراکز خدمات جامع سلامت مربوط به هر یک از مناطق پنج‌گانه شهرداری شهر رشت به طور تصادفی انتخاب شدند و در مرحلهٔ بعد در هر مرکز از روش نمونه‌گیری در دسترس جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد. تعداد 225 نفر از مادران باردار و 225 نفر از مادران شیرده (تعداد کل: 450 نفر) واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز مذکور به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گیلان مطرح شده و با کد IR.GUMS.REC.1399.033 به تصویب رسید. در این مطالعه به تمام مشارکت‌کنندگان فرم رضایت کتبی آگاهانه داده شد.

ابزارها

چک‌لیست مشخصات جمعیت‌شناختی و متغیرهای مرتبط با کووید-19

متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، شغل، تحصیلات همسر، شغل همسر، محل سکونت و ابتلا به بیماری‌های مزمن بود. متغیرهای مرتبط با کووید-19 شامل مدت زمان فکرکردن به کووید-19 در طی روز، ابتلای اعضای خانواده، آشنایان یا دوستان به کووید-19، فوت اعضای خانواده، آشنایان یا دوستان به علت ابتلا به کووید-19و داشتن افراد پرخطر (همانند سالمندان، کودکان، فرد مبتلا به بیماری، فرد مبتلا به ناتوانی/کم‌توانی و سایر) در خانواده گردآوری شد. این پرسشنامه توسط محقق از طریق مصاحبه با مشارکت‌کنندگان تکمیل شد.

اختلال اضطراب فراگیر-7 (GAD-7)

این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی شامل 7 سؤال است که برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه‌های اضطراب بر اساس معیارهای DSM-IV طی دو هفتهٔ گذشته طراحی شده است(28). هر سؤال با مقیاس پاسخ‌گویی لیکرت 4 درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا 3 (تقریباً هر روز) رتبه‌بندی می‌شود. دامنهٔ نمرات برابر با 21-0 است و نمرهٔ بالاتر، اضطراب بیش‌تر را نشان می‌دهد. نمرهٔ 10 یا بیش‌تر، نقطهٔ برش منطقی (حساسیت و ویژگی بالا) برای تشخیص افراد مبتلا به اضطراب فراگیر معرفی شده است. نمرهٔ کل می‌تواند به صورت بدون/حداقل اضطراب(4-0)، اضطراب خفیف(9-5)، اضطراب متوسط(14-10) و اضطراب شدید (21-15) تفسیر شود. نسخهٔ فارسی این مقیاس دارای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

روایی سازه و روایی همگرا و همچنین پایایی سازگاری درونی (ضریب آلفای کرونباخ: 0/876) رضایت‌بخش است(29). این مقیاس در بالین برای غربالگری اضطراب فراگیر میان جمعیت مادران در پری‌ناتال پیشنهاد می‌شود(30). در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس GAD-7 برابر با 0/788 بود.

سلامت پرسشنامهٔ بیمار- 9 (PHQ-9)

این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی شامل 9 سؤال است که برای ارزیابی نشانه‌های افسردگی بر اساس معیارهای DSM-IV طی دو هفتهٔ گذشته طراحی شده است(31). هر سؤال با مقیاس پاسخ‌گویی لیکرت 4 درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا 3 (تقریباً هر روز) رتبه بندی می شود. دامنهٔ نمرات برابر با 27-0 است و نمرهٔ بالاتر افسردگی بیشتر را نشان می دهد. نمرهٔ 10 یا بیشتر نقطهٔ برش منطقی برای شناسایی اختلال افسردگی معرفی شده است. نمرهٔ کل می‌تواند به صورت بدون/حداقل افسردگی (4-0)، افسردگی خفیف (9-5)، افسردگی متوسط (14-10)، افسردگی متوسط شدید (19-15) و افسردگی شدید تفسیر شود. نسخهٔ فارسی این مقیاس دارای روایی سازه و روایی همگرا و همچنین پایایی سازگاری درونی (ضریب آلفای کرونباخ: 0/851 و 0/880) و پایایی آزمون- بازآزمون (ضریب همبستگی درون‌رده‌ای: 0/790) رضایت‌بخش در جمعیت‌های مختلف ایرانی است(32، 33). در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس GAD-7 برابر با 0/721 بود.

تحلیل آماری

در این مطالعه، مقادیر متغیرهای کمی به‌صورت "انحراف معیار ± میانگین" و مقادیر متغیرهای کیفی به‌صورت "(درصد) فراوانی" نشان داده شد. به‌منظور مقایسهٔ اضطراب و افسردگی بین مادران باردار و شیرده و ارزیابی عوامل مرتبط با اضطراب و افسردگی در مادران باردار و شیرده از آزمون‌های t مستقل، کای‌دو، رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شد. نسبت شانس خام و تعدیل‌شده و فاصلهٔ اطمینان 95 درصد محاسبه گردید. تحلیل آماری داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ 16 انجام شد و سطح معنی‌داری 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته ها

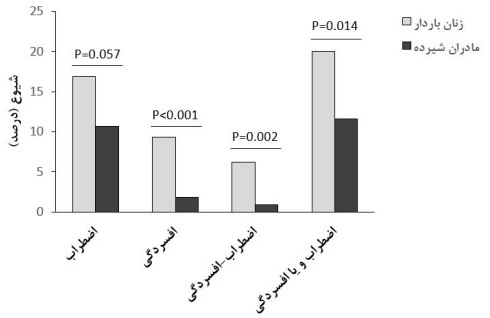
ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مشخصات مرتبط با کووید-19 مشارکت‌کنندگان در جدول شماره 1 آمده است. در این پژوهش اغلب مشارکت‌کنندگان، سن 30 سال یا جوان تر و تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند، خانه دار و ساکن شهر بودند و به بیماری‌های مزمن مبتلا نبودند.

جدول شماره 1: مشخصات جمعیت شناختی زنان باردار و مادران شیرده طی پاندمی کووید-19 در شهر رشت سال 1399

	زنان باردار (225نفر) تعداد(درصد)	مادران شیرده (225نفر) تعداد(درصد)	کل تعداد (درصد)
سن (سال)			
≤30	111 (49/3)	146 (64/9)	257 (57/1)
>30	114 (50/7)	79 (35/1)	193 (42/9)
تحصیلات			
دیپلم و زیر دیپلم	164 (72/9)	160 (71/1)	324 (72/0)
دانشگاهی	61 (27/1)	65 (28/9)	126 (28/0)
شغل			
خانه‌دار	198 (88/0)	206 (91/6)	404 (89/8)
شاغل	27 (12/0)	19 (8/4)	46 (10/2)
تحصیلات همسر			
دیپلم و زیر دیپلم	170 (75/6)	167 (74/2)	337 (74/9)
دانشگاهی	55 (24/4)	58 (25/8)	113 (25/1)
شغل همسر			
شاغل	219 (97/3)	217 (96/4)	436 (96/9)
غیرشاغل	6 (2/7)	8 (3/6)	14 (3/1)
محل سکونت			
شهر	162 (72/0)	155 (68/9)	317 (70/4)
روستا	63 (28/0)	70 (31/1)	133 (29/6)
ابتلا به بیماری های مزمن			
خیر	117 (78/7)	207 (92/0)	384 (85/3)
بله	48 (21/3)	18 (8/0)	66 (14/7)
مدت زمان فکر کردن به کووید-19 در طی روز (ساعت)			
≤1	183 (81/3)	193 (85/8)	376 (83/6)
>1	42 (18/7)	32 (14/2)	74 (16/4)
ابتلای اعضای خانواده، آشنایان و یا دوستان به کووید-19			
خیر	167 (74/2)	162 (72/0)	329 (73/1)
بله	58 (25/8)	63 (28/0)	121 (26/9)
فوت اعضای خانواده، آشنایان و یا دوستان به علت ابتلا به کووید-19			
خیر	206 (91/6)	204 (90/7)	410 (91/1)
بله	19 (8/4)	21 (9/3)	40 (8/9)
داشتن افراد پرخطر در خانواده			
خیر	114 (50/7)	120 (53/3)	234 (52/0)
بله	111 (49/3)	105 (46/7)	216 (48/0)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

بر اساس نمودار شماره 1، شیوع اضطراب فراگیر در زنان باردار 16/9 درصد و در مادران شیرده 10/7 درصد بود (P=0/057)؛ هم‌چنین در زنان باردار نسبت به مادران شیرده، شیوع نشانه‌های افسردگی (به‌ترتیب 9/3 درصد در برابر 1/8 درصد، P<0/001)، اضطراب - افسردگی (به‌ترتیب 6/2 درصد در برابر 0/9 درصد، P=0/002) و اضطراب و یا افسردگی (به‌ترتیب 20 درصد در برابر 11/6 درصد، P=0/014) بود. نتایج مشابه بر اساس میانگین نمرهٔ کل و شدت مبتنی بر نقطهٔ برش درخصوص اضطراب فراگیر و افسردگی در میان زنان باردار و شیرده در جدول شماره 2 نشان داده شده است.



نمودار شماره 1: شیوع اضطراب فراگیر، افسردگی، اضطراب -افسردگی و اضطراب و یا افسردگی میان زنان باردار و مادران شیرده طی پاندمی کووید-19 در شهر رشت سال 1399

جدول شماره 2: توزیع شدت و نمرهٔ اضطراب فراگیر و افسردگی در زنان باردار و مادران شیرده طی پاندمی کووید-19 در شهر رشت سال 1399

مقیاس	زنان‌باردار (225 نفر)	مادران شیرده (225 نفر)	سطح معنی داری
اختلال اضطراب فراگیر-7			
شدت، فراوانی (درصد)			0/022†
بدون/حداقل اضطراب (4 - 0)	115 (51/1)	124 (55/1)	
اضطراب خفیف (9 - 5)	72 (32/0)	77 (34/2)	
اضطراب متوسط (14 - 10)	24 (10/7)	22 (9/8)	
اضطراب شدید (21 - 15)	14 (6/2)	2 (0/9)	
انحراف معیار ±میانگین	5/52 ± 4/35	4/64 ± 3/35	0/017‡
پرسشنامهٔ سلامت بیمار-9			
شدت، فراوانی (درصد)			<0/001†
بدون/حداقل افسردگی (4 - 0)	140 (62/2)	179 (79/6)	
افسردگی خفیف (9 - 5)	64 (28/4)	42 (18/7)	
افسردگی متوسط (14 - 10)	16 (7/1)	4 (1/8)	
افسردگی متوسط شدید (19 - 15)	5 (2/2)	0 (0)	
افسردگی شدید (27 - 20)	0 (0)	0 (0)	
انحراف معیار ±میانگین	4/29 ± 3/77	2/84 ± 2/44	<0/001‡

†آزمون کای‌دو؛ ‡آزمون t مستقل

برای ارزیابی عوامل مرتبط با اضطراب فراگیر در میان مشارکت‌کنندگان، روش رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندمتغیره انجام شد(جدول شماره3). براساس روش رگرسیون لجستیک تک‌متغیره، شانس داشتن نشانه‌های اضطراب در زنان باردار 1/70 برابر مادران شیرده بود، اگرچه این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. زنانی که همسران‌شان شاغل نبودند، 3/69 برابر نسبت به سایر زنان نشانه‌های اضطراب فراگیر را گزارش کردند. زنانی که ساکن شهر بودند در مقایسه با زنان ساکن در روستا 1/89 برابر شانس اضطراب فراگیر بیش‌تری داشتند، اگرچه این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. ابتلا به بیماری مزمن، شانس داشتن اضطراب را تا 111 درصد افزایش داد. شانس داشتن نشانه‌های اضطراب فراگیر با افزایش زمان فکر کردن به کووید-19 در طی روز 2/43 برابر افزایش معنی‌دار نشان داد. زنانی که اعضای خانواده، آشنایان و یا دوستان‌شان به کووید-19 مبتلا شده بودند، شانس اضطراب بیش‌تری داشتند، اگرچه این تفاوت ازنظر آماری معنی‌دار نبود. اضطراب فراگیر در زنانی که مرگ اعضای خانواده، آشنایان و یا دوستان به علت کووید-19 را گزارش کرده بودند، در مقایسه با سایر زنان به میزان 2/29 برابر بیش‌تر مشاهده شد. هم‌چنین، شانس داشتن نشانه‌های اضطراب فراگیر در زنانی که فرد پرخطر در خانواده داشتند، نسبت به سایر زنان بیش‌تر بود. بر اساس روش رگرسیون لجستیک چندمتغیره، اضطراب فراگیر با داشتن همسر غیرشاغل، ابتلا به بیماری مزمن، زمان طولانی فکرکردن به کووید-19 طی روز و وجود فرد پرخطر در خانواده ارتباط معنادار آماری نشان داد.

برای ارزیابی عوامل مرتبط با افسردگی در میان مشارکت‌کنندگان نیز روش رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندمتغیره انجام شد (جدول شماره 4). بر اساس روش رگرسیون لجستیک تک‌متغیره، شانس نشانه‌های افسردگی در زنان باردار 5/69 برابر مادران شیرده بود. زنانی که همسران‌شان تحصیلات دانشگاهی داشتند نسبت به سایر زنان، نشانه‌های افسردگی کم‌تری گزارش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

کردند. شانس افسردگی در زنانی‌که فرد پرخطر در خانواده داشتند نسبت به سایر زنان بیش‌تر بود. در تحلیل رگرسیون لجستیک تعدیل‌شده، نشانه‌های افسردگی با باردار بودن و وجود فرد پرخطر در خانواده ارتباط معنی‌دار نشان داد. مشابه با تحلیل رگرسیون لجستیک تک‌متغیره، زنانی که همسران‌شان تحصیلات دانشگاهی داشتند نسبت به سایر زنان، نشانه‌های افسردگی کمتری گزارش کردند. به‌علاوه، زنانی که همسران‌شان شاغل نبودند در مقایسه با سایر زنان، نشانه‌های افسردگی بیش‌تری تجربه‌کرده بودند، اگرچه این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=0/050).

جدول شماره 3: ارتباط اضطراب فراگیر با متغیرهای جمعیت‌شناختی و مرتبط با کووید-19 در زنان باردار و مادران شیرده طی پاندمی کووید-19 در شهر رشت سال 1399

	شیوع اضطراب تعداد (درصد)	رگرسیون لجستیک تک‌متغیره OR (95% CI)	سطح معنی داری	رگرسیون لجستیک چندمتغیره aOR (95% CI)	سطح معنی داری
گروه					
مادران شیرده	24 (10/7)	1		1	
زنان باردار	38 (16/9)	1/70 (0/98 – 2/95)	0/057	1/54 (0/85 – 2/78)	0/158
سن (سال)					
≤30	32 (12/5)	1		1	
>30	30 (15/5)	1/29 (0/76 – 2/21)	0/347	1/02 (0/56 – 1/83)	0/961
تحصیلات					
دیپلم و زیر دیپلم	47 (14/5)	1		1	
دانشگاهی	15 (11/9)	0/80 (0/43 – 1/48)	0/473	0/49 (0/20 – 1/20)	0/119
شغل					
خانه‌دار	56 (13/9)	1		1	
شاغل	6 (13/0)	0/93 (0/38 – 2/30)	0/879	0/91 (0/31 – 2/67)	0/862
تحصیلات همسر					
دیپلم و زیر دیپلم	46 (13/6)	1		1	
دانشگاهی	16 (14/2)	1/04 (0/56 – 1/93)	0/892	1/32 (0/56 – 3/14)	0/524
شغل همسر					
شاغل	57 (13/1)	1		1	
غیرشاغل	5 (35/7)	3/69 (1/20 – 11/41)	0/023	4/60 (1/32 – 16/05)	0/017
محل سکونت					
روستا	12 (9/0)	1		1	
شهر	50 (15/8)	1/89 (0/97 – 3/67)	0/061	1/99 (0/98 – 4/03)	0/057
ابتلا به بیماری‌های مزمن					
خیر	47 (12/2)	1		1	
بله	15 (22/7)	2/11 (1/10 – 4/05)	0/025	2/18 (1/07 – 4/43)	0/031
مدت زمان فکر کردن به کووید-19 در طی روز (ساعت)					
≤1	44 (11/7)	1		1	
>1	18 (24/3)	2/43 (1/31 – 4/50)	0/005	2/22 (1/15 – 4/31)	0/018
ابتلای اعضای خانواده، آشنایان و یا دوستان به کووید-19					
خیر	39 (11/9)	1		1	
بله	23 (19/0)	1/75 (0/99 – 3/07)	0/053	1/48 (0/73 – 2/99)	0/273
فوت اعضای خانواده، آشنایان و یا دوستان به علت ابتلا به کووید-19					
خیر	52 (12/7)	1		1	
بله	10 (25/0)	2/29 (1/06 – 4/97)	0/035	2/00 (0/75 – 5/32)	0/167
داشتن افراد پرخطر در خانواده					
خیر	23 (9/8)	1		1	
بله	39 (18/1)	2/02 (1/16 – 3/51)	0/013	1/93 (1/07 – 3/47)	0/028

OR: نسبت شانس؛ aOR: نسبت شانس تعدیل‌شده؛ CI: فاصله اطمینان

جدول شماره 4: ارتباط افسردگی با متغیرهای جمعیت‌شناختی و مرتبط با کووید-19 در زنان باردار و مادران شیرده طی پاندمی کووید-19 در شهر رشت سال 1399

	شیوع افسردگی تعداد (درصد)	رگرسیون لجستیک تک‌متغیره OR (95% CI)	سطح معنی داری	رگرسیون لجستیک چندمتغیره aOR (95% CI)	سطح معنی داری
گروه					
مادران شیرده	4 (1/8)	1		1	
زنان باردار	21 (9/3)	5/69 (1/92 – 16/85)	0/002	6/64 (2/08 – 21/15)	0/001
سن (سال)					
≤30	12 (4/7)	1		1	
>30	13 (6/7)	1/47 (0/66 – 3/31)	0/346	0/79 (0/31 – 2/01)	0/617
تحصیلات					
دیپلم و زیر دیپلم	18 (5/6)	1		1	
دانشگاهی	7 (5/6)	0/80 (0/43 – 1/48)	0/999	3/09 (0/95 – 10/03)	0/061
شغل					
خانه‌دار	22 (5/4)			1	
شاغل	3 (6/5)		0/763	3/32 (0/59 – 18/76)	0/175
تحصیلات همسر					
دیپلم و زیر دیپلم	24 (7/1)	1		1	
دانشگاهی	1 (0/9)	0/12 (0/02 – 0/87)	0/036	0/03 (0/01 – 0/28)	0/002
شغل همسر					
شاغل	23 (5/3)	1		1	
غیرشاغل	2 (14/3)	2/99 (0/63 – 14/17)	0/167	6/30 (1/00 – 39/85)	0/050
محل سکونت					
روستا	9 (6/8)	1		1	
شهر	16 (5/0)	0/73 (0/32 – 1/70)	0/469	0/67 (0/27 – 1/69)	0/398
ابتلا به بیماری‌های مزمن					
خیر	19 (4/9)	1		1	
بله	9 (9/1)	1/92 (0/74 – 5/01)	0/181	1/65 (0/58 – 4/69)	0/031
مدت زمان فکر کردن به کووید-19 در طی روز (ساعت)					
≤1	18 (4/8)	1		1	
>1	7 (9/5)	2/08 (0/84 – 5/17)	0/116	2/25 (0/81 – 6/27)	0/122
ابتلای اعضای خانواده، آشنایان و یا دوستان به کووید-19					
خیر	20 (6/1)	1		1	
بله	5 (4/1)	0/67 (0/24 – 1/82)	0/427	0/77 (0/22 – 2/70)	0/681
فوت اعضای خانواده، آشنایان و یا دوستان به علت ابتلا به کووید-19					
خیر	23 (5/6)	1		1	
بله	2 (5/0)	0/89 (0/20 – 3/90)	0/872	1/05 (0/16 – 6/86)	0/962
داشتن افراد پرخطر در خانواده					
خیر	8 (3/4)	1		1	
بله	17 (7/9)	2/41 (1/02 – 5/71)	0/045	2/55 (1/01 – 6/48)	0/049

OR: نسبت شانس؛ aOR: نسبت شانس تعدیل‌شده؛ CI: فاصله اطمینان

بحث

در این مطالعه، نشانه‌های اضطراب فراگیر و افسردگی و برخی عوامل مرتبط با آن در میان زنان باردار و شیرده در طی موج دوم تا اواسط موج سوم پاندمی بی‌سابقهٔ کووید-19 در استان گیلان/ایران ارزیابی شد. بر اساس نتایج این مطالعه، شیوع نشانه‌های اضطراب فراگیر متوسط و شدید در زنان باردار نسبت به مادران شیرده در طی پاندمی کووید-19 بیش‌تر بود. در مقایسهٔ بین دو

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

گروه مادران باردار و شیرده، شانس داشتن نشانه‌های اضطراب فراگیر در مادران باردار 70 درصد نسبت به مادران شیرده افزایش نشان داد، اگرچه تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد. شانس تجربهٔ نشانه‌های افسردگی در زنان باردار نسبت به مادران شیرده بیش‌تر نشان داده شد و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. به‌علاوه میان زنان باردار در مقایسه با مادران شیرده، فراوانی بیش‌تر نشانه‌های افسردگی متوسط و متوسط رو به شدید در طی پاندمی کووید-19 مشاهده شد. اثرات بالقوهٔ عفونت کووید-19 در مادر باردار بر جنین و نوزاد وی و افزایش خطر پیامدهای نامطلوب در دورهٔ پری‌ناتال سبب شکل‌گیری نگرانی و عدم قطعیت/ بلاتکلیفی و در نتیجه، ترس و اضطراب در مادر یا والدین می‌شود(34،17،9). در مطالعات کیفی احتمال ایجاد اضطراب در زنان باردار و شیرده و افسردگی پس از زایمان به‌واسطهٔ مشغلهٔ ذهنی تحت شرایط پاندمی کروناویروس گزارش شده است(17،3). نتایج مطالعهٔ حاضر در راستای نتایج مطالعه‌ای مقطعی مبتنی بر وب در بلژیک پس از اولین موج پاندمی کووید-19 بود که شیوع نشانه‌های اضطراب فراگیر متوسط و شدید (GAD≥10) و شیوع نشانه‌های افسردگی شدید(Edinburgh Postnatal Depression Scale/EPDS≥13) را در گروه زنان باردار بیش‌تر از مادران شیرده گزارش کرد(6). در مطالعهٔ حاضر در مقایسه با مطالعهٔ مذکور شیوع نشانه‌های اضطراب فراگیر متوسط و شدید در هر دو گروه زنان باردار و شیرده بیش‌تر و و شیوع نشانه‌های افسردگی در مادران باردار اغلب در سطح متوسط و در مادران شیرده تنها در حد متوسط برآورد شد. هم‌چنین در مطالعهٔ حاضر، میانگین اضطراب فراگیر در زنان باردار بیش‌تر و در زنان شیرده تقریباً مشابه با نتایج مطالعهٔ مذکور برآورد شد؛ اما تحلیل مقایسه‌ای بین این دو گروه از جمعیت در مطالعهٔ مذکور گزارش نشد. محققان بلژیکی در مطالعه‌ای دیگر طی دوران قرنطینهٔ کووید-19 میزان اضطراب (GAD≥10) در زنان باردار و شیرده را تقریباً مشابه با شیوع بیش‌تر نسبت به مطالعهٔ قبلی در بلژیک و میزان افسردگی شدید (EPDS≥13) در زنان باردار را بیش‌تر از مادران شیرده با شیوع بیش‌تر نسبت به مطالعهٔ قبلی در بلژیک و مطالعهٔ حاضر نشان دادند(35). این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از روش کار مطالعات، ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار به زبان‌های متفاوت، نوع ابزار و زیرگروه‌ها و امتیازبندی متفاوت یا تفاوت در اقدامات اعمال‌شده در کشورهای مختلف برای کنترل کووید-19 باشد، همان‌طور که محققان در یک مطالعهٔ متاآنالیز به این مسئله اشاره کردند(16).

نتایج یک مطالعهٔ متاآنالیز (2021) با استفاده از داده‌های 15 مطالعه نشان داد در زنان باردار، شیوع اضطراب 34 درصد، شیوع افسردگی 30 درصد و شیوع اضطراب- افسردگی 18 درصد بود، اگرچه محققان، ناهمگنی قال توجهی در این مطالعات شناسایی کردند و پیشنهاد دادند بایستی نتایج را با احتیاط تفسیر کرد، در عین حال که توجه به آن لازم است. این محققان به شیوع بالاتر اضطراب، افسردگی و اضطراب- افسردگی در زنان باردار در طی پاندمی کووید-19 اشاره کردند(26). یک متاآنالیز از 26 مطالعه، شیوع افسردگی در شرایط پاندمی کروناویروس میان زنان باردار را 27 درصد و میان زنان تا 18 ماه پس از زایمان را 17 درصد نشان داد(16). در طی شیوع کووید-19 در مطالعهٔ حاضر به طور کلی در مادران باردار و شیرده، شیوع اضطراب فراگیر (GAD≥5) به‌ترتیب حدود 49 و 45 درصد و شیوع نشانه‌های افسردگی (PHQ≥5) به‌ترتیب حدود 38 و 20 درصد به دست آمد. در مطالعهٔ حاضر شیوع نشانه‌های اضطراب و افسردگیِ همراه نیز در زنان باردار نسبت به مادران شیرده افزایش معنی‌دار داشت. در این ارتباط برخی محققان بیان کردند گزارش سطح اضطراب و عوامل اثرگذار ممکن است براساس شدت شیوع کووید-19 در هر منطقهٔ جغرافیایی متفاوت باشد(9). برخی دیگر نیز به تفاوت در شیوع اضطراب دوران بارداری در مناطق مختلف از جمله اروپا (56 درصد) و آسیا (16 درصد) پی بردند و لزوم انجام مطالعات خاص

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

منطقه‌ای را برای ارزیابی اضطراب پری‌ناتال طی یک پاندمی پیشنهاد کردند(16).

در یک مطالعهٔ ایرانی، اثر پاندمی کووید-19 بر اضطراب و استرس مادران باردار با استفاده از مقیاس استرس درک‌شده ارزیابی شد و اکثر مادران، اضطراب بالا و متوسط داشتند و 86/4 درصد احساس نگرانی می‌کردند(22). در یک مطالعهٔ مقطعی دیگر در ایران با استفاده از پرسشنامهٔ اضطراب سلامت، نیمی از مادران باردار، اضطراب متوسط و شدید را گزارش کردند(21). در مطالعهٔ حاضر در طی موج دوم و سوم شیوع کروناویروس، اضطراب فراگیر متوسط و شدید در مادران باردار کمتر از دو مطالعهٔ مذکور بود، درحالی‌که در مطالعهٔ حاضر ابزار مورد استفاده (GAD-7) و زمان بررسی با دو مطالعهٔ مذکور متفاوت بود. دو مطالعهٔ مذکور در ایران طی موج اول شیوع کووید-19 (مارس تا آوریل 2020) انجام شد. در طی مراحل مختلف شیوع یک پاندمی، اثر بر سلامت روان در گروه‌های مختلف جمعیتی از جمله مادران باردار می‌تواند متفاوت باشد، همان‌طور که دیگر مطالعات نشان دادند(9). در این راستا، مطالعهٔ دیگر در تبریز/ایران با استفاده از مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس -(21) نشان داد بیش از 60 درصد مادران باردار به‌لحاظ افسردگی و استرس طبیعی بودند و بیش از نیمی از مادران نشانه‌های اضطراب را داشتند که این میزان به‌لحاظ اضطراب زنان باردار بیش‌تر از مطالعهٔ حاضر بود. محققان مطالعهٔ مذکور این شدت افسردگی و استرس را تقریباً مشابه با مطالعهٔ خود در شرایط غیر کرونا بیان کردند و به عقیدهٔ آن‌ها مادران باردار به سبب اهمیت جنین خود و دلبستگی عاطفی به‌طور جدی با رعایت توصیه‌های بهداشتی در شرایط پاندمی از خود مراقبت می‌کنند و لذا آرامش ذهنی و اطمینان بیش‌تر برای ایشان توصیه می‌شود(20). در راستای مطالعهٔ حاضر یک بررسی مروری نیز بر روی داده‌های کشورهای با درآمد بالاتر در آسیا، اروپا و آمریکای شمالی، شیوع افسردگی در دوران بارداری را نسبت به دورهٔ پس از زایمان در شرایط عفونت کروناویروس بیش‌تر نشان داد. در این مطالعهٔ مروری، یافته‌های دو پژوهش حاکی از شیوع بیش‌تر نشانه‌های اضطراب میان زنان غیرباردار نسبت به زنان باردار بود که با برخی مطالعات قبلی مغایرت داشت. این مسئله در طی پاندمی کووید-19 ممکن است به سبب افزایش حمایت کارکنان مراقبت سلامت، مراقبت و حمایت عاطفی بیش‌تر خانواده و کمک بیش‌تر از سوی برخی دولت‌ها برای زنان باردار باشد. محققان اذعان کردند داده‌های مرتبط با سطح اضطراب و افسردگی در دوران پس از زایمان و شیردهی طی شیوع عفونت کووید-19 برای تحلیل کافی نیست(16) و پژوهش‌های بیش‌تر به‌منظور تحلیل پیامدهای روان‌شناختی کووید-19 در مادران شیرده لازم است. محققان انگلیسی نشان دادند اگرچه 13/2 درصد زنان مورد بررسی، نگرانی در مورد امن بودن تغذیه با شیر مادر در طی این پاندمی را ابراز کرده بودند، اکثر آن‌ها در این خصوص احساس نگرانی نمی‌کردند و بر این عقیده بودند زمان بیشتری برای برآورده شدن انتظارات نقش مادری خود داشتند(36). در مطالعه‌ای اغلب مادران، اثر کووید-19 را بر قصد و عمل شیردهی خود نسبت نمی‌دادند و این یافته، نشان از توانمندبودن برخی مادران شیرده در کنارآمدن با مسایل ناشی از کووید-19 بیان شد که می‌تواند با پیامدهای بهتر سلامت روان در ایشان همراه باشد. این محققان، نمرهٔ نشانه‌های افسردگی در مادران شیرده در شرایط قرنطینهٔ کووید-19 را در مقایسه با مادرانی که شیرخوار خود را با روش دیگر تغذیه می‌کردند، کم‌تر و سطح اضطراب را در دو گروه مشابه نشان دادند(17). لذا در دوران پاندمی یک عفونت، بررسی عوامل منفی اثرگذار بر شیردهی مادر ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد بی‌کار بودن همسر، ابتلا به بیماری مزمن، فکرکردن طولانی‌مدت به کووید-19 در طی روز و وجود افراد پرخطر در خانواده با نشانه‌های اضطراب فراگیر در مادران باردار و شیرده

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

ارتباط دارد. هم‌چنین باردار‌بودن و تحصیلات غیردانشگاهی همسر با نشانه‌های افسردگی در مادران باردار و شیرده تحت شرایط اپیدمی کووید-19 ارتباط داشت. هم‌چنین در این مطالعه، مادرانی که همسران‌شان تحصیلات دانشگاهی داشتند، نشانه‌های افسردگی کم‌تری تجربه کرده بودند. این یافته با مطالعه‌ای در ایران مغایرت داشت. محققان ایرانی در این مطالعه نشان دادند زنان بارداری که همسران‌شان تحصیلات غیردانشگاهی داشتند، کم‌تر با نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس مواجه شده بودند. همان‌طورکه این محققان اشاره کردند، به‌نظر می‌رسد سطح تحصیلات بالا از یک سو می‌تواند با درک بیشتر از موقعیت به‌ویژه در شرایط بحرانی مانند کووید-19 همراه باشد و از سوی دیگر به دلیل آگاهی بیش‌تر در مورد پیامدهای احتمالی و نداشتن مهارت‌های مقابله‌ای در شرایط بحرانی منجر به نگرانی بیش‌تر و تغییر خلق شود(20) که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود. داشتن بیماری مزمن احتمال داشتن نشانه‌های اضطراب در مشارکت‌کنندگان را در مطالعهٔ حاضر تا 111 درصد افزایش داد. این یافته با مطالعات قبلی هم‌راستا به‌نظرمی‌رسد. این بررسی‌ها نشان دادند برخی گروه‌ها به‌واسطهٔ بیماری‌ها یا تغییرات خاص با احتمال بیش‌تری در معرض خطر عفونت هستند(37). به‌علاوه در مطالعهٔ حاضر مدت زمان تمرکز بر کووید-19 در طی روز در مادران شرکت‌کننده با اضطراب فراگیر ارتباط داشت. تاکنون مطالعات به دل‌مشغولی هر چه بیش‌تر مادران در دورهٔ پری‌ناتال در مورد احتمال اثر کووید-19 بر خود و جنین و نوزادشان اشاره کردند. محققان بر این باور هستند رسانه‌های ملی و بین‌المللی و شبکه‌های اجتماعی می‌توانند بر این مشغولیت ذهنی و احساس نگرانی اثرگذار باشند، اگرچه در این خصوص تاکنون در متون علمی موجود شکاف احساس شده است. شواهد نشان می‌دهد این مسئله هم‌چنان با ایجاد اضطراب و نگرانی بالقوه در مادران به‌ویژه مادران نخست‌زا در مورد انتقال ویروس به جنین و نوزاد در دوران بارداری و شیردهی همراه بوده است(3،17،19). علاوه بر عوامل ذکرشدهٔ فوق در مطالعهٔ حاضر، مادران باردار و شیردهی که افراد پرخطر در خانواده داشتند، احتمال بیشتری برای نشانه‌های اضطراب نشان دادند. در این راستا محققان ایرلندی در مطالعه‌ای نشان داد اغلب نگرانی‌های زنان باردار در مورد خویشاوندان یا نزدیکان مسن خود و 67 درصد نگرانی‌های آن‌ها در مورد فرزندان‌شان و 63 درصد در مورد فرزند متولد نشدهٔ آن‌ها بود(9،38).

در مطالعهٔ حاضر می‌توان به چند نقطهٔ قوت اشاره کرد: 1) ارزیابی نشانه‌های اضطراب و افسردگی در مادران باردار و شیرده هم‌زمان و تحلیل وضعیت سلامت روانی از این منظر در مقایسهٔ بین این دو گروه جمعیت، 2) گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبهٔ چهره به چهره، نه از طریق فرم‌های الکترونیک برخط یا تلفن؛ حضور محقق در محیط پژوهش و راهنمایی مشارکت‌کنندگان برای تکمیل پرسشنامه‌ها و پاسخ‌گویی به سؤالات احتمالی از سوی ایشان به‌طوری‌که مادران به تمام سؤالات در پرسشنامه‌های مورد نظر پاسخ دادند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به ماهیت مقطعی مطالعهٔ حاضر اشاره کرد که استنباط علیتی بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و مرتبط با کووید-19 و اضطراب و افسردگی را غیر ممکن می‌سازد. دیگر محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر شامل عدم انتخاب مادران شیرده و باردار مشکوک یا مبتلا به کووید-19 در مراکز مورد مطالعه و عدم امکان انجام نمونه‌گیری بیش‌تر در مرحله گردآوری داده‌ها با توجه به شرایط کووید-19 و هم‌چنین شرایط خاص جمعیت‌های مورد مطالعه بود.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد شیوع نشانه‌های اضطراب و افسردگی متوسط و شدید در زنان باردار بیش‌تر از مادران شیرده در طی پاندمی کووید-19 بوده است. این تفاوت در سطح نشان‌های افسردگی بین مادران شیرده و زنان باردار قابل توجه بود. توجه به اهمیت مسایل مرتبط با سلامت روان به‌ویژه نشانه‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

اضطراب و افسردگی میان جمعیت عمومی و زنان باردار و شیرده در طی شرایط اضطراری مرتبط با سلامت عمومی ضروری به‌نظرمی‌رسد. شاغل‌نبودن همسر، داشتن بیماری مزمن، مدت طولانی فکر کردن به کووید-19 و وجود افراد پرخطر در خانواده احتمال اضطراب فراگیر متوسط و شدید در زنان باردار و همین‌طور، باردار بودن، سطح تحصیلات پایین همسر و وجود افراد پرخطر در خانواده احتمال نشانه‌های افسردگی متوسط و متوسط رو به شدید را افزایش داد. از آن‌جایی‌که هنوز موارد جدید کووید-19 در ایران در حال شناسایی هستند، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مراقبان سلامت، ماماها، متخصصان زنان و روان‌شناسان/ روان‌پزشکان، سلامت روانی زنان در دوران پری‌ناتال به‌ویژه زنان باردار را در اولویت قرار دهند و با تدوین راهنمای غربالگری و مداخلات به‌موقع در خصوص شناسایی و تشخیص پیامدهای نامطلوب سلامت روان و عوامل اثرگذار بر آن در حین ارایهٔ خدمات سلامت به این گروه از جمعیت در معرض خطر، هم‌چنان در جهت تقویت و شکل‌گیری احساسات قوی‌تر در مادران در دورهٔ بارداری و پس از زایمان برای رویارویی ایشان با بحران مرتبط با سلامت قدم بردارند.

سپاسگزاری

ما از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان برای تصویب و حمایت مالی این طرح پژوهشی و همین‌طور از معاونت درمان، معاونت بهداشتی و مراکز تابعهٔ ارایه‌دهندهٔ خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی گیلان برای همکاری در گردآوری داده‌های این طرح پژوهشی و نیز از مادران باردار و شیرده که در این مطالعه مشارکت کردند، قدردانی می‌کنیم.

References

1. Wu YT, Zhang C, Liu H, Duan CC, Li C, Fan JX, et al. Perinatal depression of women along with 2019 novel coronavirus breakout in China. Am J Obstet Gynecol 2020; 223(2): 240. e1-240.e9.
2. Khoury JE, Atkinson L, Bennett T, Jack SM, Gonzalez A. COVID-19 and mental health during pregnancy: The importance of cognitive appraisal and social support. J Affect Disord 2021; 282: 1161-1169.
3. Sahin BM, Kabakci EN. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. Women Birth 2021; 34(2): 162-169.
4. Egede J, Campbell JA, Walker RJ, Garacci E, Dawson AZ, Egede LE. Relationship between physical and mental health comorbidities and COVID-19 positivity, hospitalization, and mortality. J Affect Disord 2021; 283: 94-100.
5. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. Int J Biol Sci 2020; 16(10): 1732-1738.
6. Ceulemans M, Foulon V, Ngo E, Panchaud A, Winterfeld U, Pomar L, et al. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. Acta Obstet Gynecol Scand 2021; 100(7): 1219-1229.
7. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. Lancet Psychiatry 2020; 7(10): 883-892.
8. Chen H, Selix N, Nosek M. Perinatal anxiety and depression during COVID-19. J Nurse Pract 2021; 17(1): 26-31.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

9. Nomura R, Tavares I, Ubinha AC, Costa ML, Opperman ML, Brock M, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Maternal Anxiety in Brazil. J Clin Med 2021; 10(4): 620.
10. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. Annu Rev Clin Psychol 2015; 11: 99-137.
11. de la Fe Rodríguez-Muñoz M, Le HN, de la Cruz IV, Crespo MEO, Méndez NI. Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2017; 215: 101-105.
12. Fakari FR, Simbar M. Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; a letter to editor. Arch Acad Emerg Med 2020; 8(1): e21.
13. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? Lancet 2020; 395(10226): 760-762.
14. Azami M, Badfar G, Shohani M, Mansouri A, Soleymani A, Beigom Bigdeli Shamloo M, et al. The prevalence of depression in pregnant Iranian women: A systematic review and meta-analysis. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2018; 12(3): e9975.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: Am Psychiatric Assoc. 2013.
16. Shorey SY, Ng ED, Chee CY. Anxiety and depressive symptoms of women in the perinatal period during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Scand J Public Health 2021; 49(7): 730-740.
17. Pacheco F, Sobral M, Guiomar R, de la Torre-Luque A, Caparros-Gonzalez RA, Ganho-Ávila A. Breastfeeding during covid-19: A narrative review of the psychological impact on mothers. Behav Sci 2021; 11(3): 34.
18. Salehi L, Rahimzadeh M, Molaei E, Zaheri H, Esmaelzadeh-Saeieh S. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. Brain Behav 2020; 10(11): e01835.
19. Mehdizadehkashi A, Chaichian S, Haghighi L, Eshraghi N, Bordbar A, Hashemi N, et al. The Impact of COVID-19 Pandemic on Stress and Anxiety of Non-infected Pregnant Mothers. J Reprod Infertil 2021; 22(2): 125-132.
20. ffati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Ghasemi Yngyknd S, Mirghafourvand M. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. BMC Psychol 2020; 8(1): 1-10.
21. aadati N, Afshari P, Boostani H, Beheshtinasab M, Abedi P, Maraghi E. Health anxiety and related factors among pregnant women during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from Iran. BMC Psychiatry 2021; 21(1): 1-7.
22. Hamzehgardeshi Z, Omidvar S, Amoli AA, Firouzbakht M. Pregnancy-related anxiety and its associated factors during COVID-19 pandemic in Iranian pregnant women: a web-based cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth 2021; 21(1): 1-9.
23. Mirzaei N, Sadatmahalleh SJ, Khomami MB, Moini A, Kazemnejad A. Sexual function, mental health, and quality of life under strain of COVID-19 pandemic in Iranian pregnant and lactating women: a comparative cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes 2021; 19(1): 1-8.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

24. Karimi L, Makvandi S, Mahdavian M, Khalili R. Relationship between social support and anxiety caused by COVID-19 in pregnant women. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2021; 23(10): 9-17.
25. Mudra S, Göbel A, Barkmann C, Goletzke J, Hecher K, Schulte-Markwort M, et al. The longitudinal course of pregnancy-related anxiety in parous and nulliparous women and its association with symptoms of social and generalized anxiety. J Affect Disord 2020; 260: 111-118.
26. Al Nasr RS, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, et al. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. Plos One 2020; 15(2): e0228666.
27. Sun F, Zhu J, Tao H, Ma Y, Jin W. A systematic review involving 11,187 participants evaluating the impact of COVID-19 on anxiety and depression in pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2021; 42(2): 91-99.
28. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006; 166(10): 1092-1097.
29. Omani-Samani R, Maroufizadeh S, Ghaheri A, Navid B. Generalized anxiety Disorder-7 (GAD-7) in people with infertility: a reliability and validity study. Middle East Fertility Society Journal 2018; 23(4): 446-449.
30. Simpson W, Glazer M, Michalski N, Steiner M, Frey BN. Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. Can J Psychiatry 2014; 59(8): 434-440.
31. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatr Ann 2002; 32(9): 509-515.
32. Maroufizadeh S, Omani-Samani R, Almasi-Hashiani A, Amini P, Sepidarkish M. The reliability and validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and PHQ-2 in patients with infertility. Reprod Health 2019; 16(1): 137.
33. Dadfar M, Kalibatseva Z, Lester D. Reliability and validity of the Farsi version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) with Iranian psychiatric outpatients. Trends Psychiatry Psychother 2018; 40(2): 144-151.
34. Takemoto M, Menezes M, Andreucci C, Knobel R, Sousa L, Katz L, et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. BJOG 2020; 127(13): 1618-1626.
35. Ceulemans M, Hompes T, Foulon V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action. Int J Gynaecol Obstet 2020; 151(1): 146-147.
36. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. Matern Child Nutr 2021; 17(1): e13088.
37. Liu D, Ren Y, Yan F, Li Y, Xu X, Yu X, et al. Psychological impact and predisposing factors of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on general public in China. Lancet Psychiatry 2020.
38. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020; 249: 96-97.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]