

The Relationship Between Fear and Anxiety of Corona and Childbirth Experiences in Women Referring to Health Centers in Mazandaran Province: A Longitudinal Study

Zohreh Shahhosseini¹,

Roya Nikbakht²,

Leila Hajipour³,

Negin Salarian⁴,

Monirolsadate Hosseini Tabaghdehi⁵

¹ Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran,

³ Department of Midwifery, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

⁴ MSc Student in Midwifery Counseling, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Midwifery, Health Reproductive Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

(Received August 16, 2023 ; Accepted December 23, 2023)

Abstract

Background and purpose: Although fear and anxiety during pregnancy can be associated with adverse pregnancy outcomes, the existing studies show various results. This study aimed to investigate the relationship between fear and anxiety of COVID-19 and childbirth experiences.

Materials and methods: This longitudinal study was conducted in six cities of Mazandaran province between June 2021 to February of the same year on 278 pregnant women using a multi-stage sampling method. Data were collected using the Fear of COVID-19 questionnaire, the Anxiety of COVID-19 questionnaire, and the Vijima Childbirth Experience questionnaire. Variables were described using descriptive indices and their analysis was done using a multiple linear regression model.

Results: In this study, 135 participants (48.6%) had fear of COVID-19, and 126 (45.3%) had anxiety about COVID-19. Univariate analysis showed that the fear of COVID-19 had a significant relationship with the negative experience of childbirth (P -value <0.001), but the fear and anxiety of COVID-19 were not associated with neonatal outcomes. Multiple linear models show that the fear of COVID-19 has the greatest impact on the domain of lack of positive anticipation of childbirth experience ($B=0.388$).

Conclusion: Considering the fear and anxiety of COVID-19 are associated with a negative experience of childbirth, therefore, health policymakers should focus on appropriate solutions and interventions to reduce the fear and anxiety of this group of women in similar cases in the future.

Keywords: fear, anxiety, COVID-19, outcome, pregnancy

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 33 (228): 35-44 (Persian).

Corresponding Author: Monirolsadate Hosseini Tabaghdehi - Health Reproductive Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (E-mail: mhosseini53@gmail.com)

ارتباط بین ترس و اضطراب کرونا و تجارب زایمانی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی استان مازندران: یک مطالعه طولی

زهرة شاه حسینی^۱رویا نیکبخت^۲لیلا حاجی پور^۳نگین سالاریان^۴منیر السادات حسینی طبقدهی^۵

چکیده

سابقه و هدف: گرچه ترس و اضطراب دوران بارداری می تواند با پیامدهای نامطلوب بارداری همراه باشد، ولیکن مطالعات انجام شده با نتایج متفاوتی همراه می باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط ترس و اضطراب کرونا و تجارب زایمانی بود.

مواد و روش ها: این مطالعه طولی در شش شهر استان مازندران در فاصله زمانی خرداد ۱۴۰۰ تا بهمن ماه همان سال بر روی ۲۷۸ زن باردار انجام شده است. نمونه ها به روش نمونه گیری چند مرحله ای از بین زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انتخاب شدند. گردآوری داده ها با پرسشنامه های ترس از کووید ۱۹، اضطراب از کووید ۱۹ و پرسشنامه تجربه زایمانی ویجیما (Wijma) انجام شد. توصیف متغیرها با استفاده از شاخص های توصیفی و تحلیل آن ها با توسط مدل رگرسیون خطی چندگانه انجام شد.

یافته ها: در این مطالعه ۱۳۵ نفر (۴۸/۶ درصد) ترس از کرونا و ۱۲۶ نفر (۴۵/۳ درصد) اضطراب ناشی از کرونا را ذکر نمودند. آنالیز تک متغیره نشان داد ترس کرونا با تجربه منفی زایمان ارتباط معنی داری داشته است ($P < 0/001$)، ولیکن ترس و اضطراب کرونا با پیامدهای نوزادی همراه نبود. مدل های خطی چندگانه نشان داد که ترس از کرونا بیشترین تاثیر را بر حیطه فقدان پیش بینی مثبت (Lack of positive anticipation) در بین سایر حیطه های تجربه زایمانی دارد ($B = 0/388$).

استنتاج: با توجه به این که ترس و اضطراب زنان باردار در دوران کرونا با تجربه منفی زایمانی همراه می باشد، لذا سیاستگذاران بهداشتی باید بر راهکارها و مداخلات مناسب برای کاهش ترس و اضطراب این گروه از زنان در موارد مشابه در آینده تمرکز نمایند.

واژه های کلیدی: ترس، اضطراب، کووید ۱۹، پیامد، بارداری

مقدمه

بیماری کووید ۱۹ به سرعت در جهان گسترش یافت و زندگی روزمره را در سراسر جهان به شدت تحت تاثیر قرار داد و با تغییر در آموزش، اشتغال، مراقبت های بهداشتی، فعالیت های اوقات فراغت و رویدادهای

بیماری کووید ۱۹ به سرعت در جهان گسترش

یافت و زندگی روزمره را در سراسر جهان به شدت تحت

مؤلف مسئول: منیر السادات حسینی طبقدهی - ساری: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مرکز تحقیقات باروری سالم E-mail: mhosseinit53@gmail.com

۱. گروه سلامت باروری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. گروه مامایی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. گروه مامایی، مرکز تحقیقات باروری سالم، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۸/۱۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۲/۱۰/۲

محدود می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان ترس و اضطراب کرونا طی بارداری و ارتباط آن با تجارب زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی استان مازندران در سال ۱۴۰۰ انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه طولی در شش شهر استان مازندران در فاصله زمانی خرداد ۱۴۰۰ تا بهمن ماه همان سال بر روی ۲۷۸ زن باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی انجام شده است.

معیارهای ورود و خروج مطالعه

معیار ورود شامل زنان باردار با حاملگی تک قلو با سن حاملگی بالای ۳۲ هفته بود که تا ۴۲ روز پس از زایمان مورد پیگیری قرار گرفتند و رضایت برای شرکت در پژوهش داشتند. معیار خروج شامل زنانی بود که مرگ یکی از نزدیکان را طی شش ماه گذشته تجربه کرده بودند، در بارداری فعلی مبتلا به کرونا شده بودند، داشتن هرگونه عارضه طبی بارداری، زنان دارای اختلال روانی و جسمی به تشخیص پزشک، زنان با سابقه زایمان زودرس و سقط‌های مکرر بود.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه قبلاً منتشر شده و در نظر گرفتن فراوانی اضطراب ناشی از کووید ۱۹ در بارداری ۴۳/۹ درصد (۲۴) با اندازه اثر (effect size) ۰/۰۸، سطح اطمینان ۹۵ درصد، سطح دقت ۰/۰۵ و خطای قابل قبول ۰/۰۵ تعداد نمونه ۳۰۰ نفر برآورد گردید. در این مطالعه نمونه‌گیری چند مرحله ای استفاده شد. در ابتدا استان به سه منطقه شرق، غرب و مرکز تقسیم شد (نمونه‌گیری طبقه‌ای). سپس از هر طبقه دو شهر به تصادف انتخاب شد (نمونه‌گیری خوشه‌ای). از قسمت شرق نکا و بهشهر، قسمت غرب تنکابن و نور و از قسمت مرکز ساری و میانرود انتخاب شدند. مرحله بعد با توجه به حجم

اجتماعی بر سلامت روان انسان‌ها بخصوص زنان باردار اثر سوء گذاشته است (۱-۳). ۲۰ تا ۳۰ درصد زنان طی بارداری و پس از زایمان دچار حداقل یک اختلال روان‌پزشکی از جمله ترس و اضطراب می‌شوند (۴). به دنبال همه‌گیری کرونا و تغییر در دستورالعمل‌های مراقبت از بیماران مانند لغو کلاس‌های آمادگی زایمان (۵) لغو مراقبت پری‌ناتال (۷،۶)، کاهش فعالیت بدنی و کیفیت زندگی به دنبال قرنطینه، کاهش حمایت اجتماعی و مالی خانواده (۸) و دریافت اطلاعات از رسانه جمعی (۹)، میزان اضطراب زنان باردار افزایش یافته و در مطالعات از ۲۶ تا ۵۷ درصد گزارش شده است (۴).

مطالعات متعددی در رابطه با اختلال سلامت روان در زنان باردار طی کرونا صورت گرفته است که نشان می‌دهد میزان اختلال روحی از جمله افسردگی و اضطراب در زنان باردار طی کرونا نسبت به قبل کرونا افزایش داشته است (۱۰-۱۲).

اختلال سلامت روان بر روی جنین، نوزاد و مادر اثرات سوء می‌گذارد، به طوری که در جنین باعث کاهش دلبستگی مادر و جنین (۱۵،۱۴)، مشکلات عاطفی، کم توجهی و اختلال رشد شناختی کودک (۱۵-۱۳) می‌شود و هم چنین در مادران منجر به زایمان زودرس، فشارخون حاملگی، تجربه منفی زایمان (۱۳) و افزایش استرس پس از تروما می‌شود. تجارب زایمان فرایندی است که طی آن انتظارات زنان در فرایند تولد نوزاد برآورده شود (۱۶). برآورده نشدن انتظارات زنان طی زایمان باعث اضطراب و تجربه منفی زایمان می‌شود. تجربه زایمان چند وجهی می‌باشد و عوامل متعددی بر روی آن موثر می‌باشد. از جمله عوامل سایکولوژی ترس (۱۸،۱۷) و اضطراب (۱۹) می‌باشد. زایمان یک تجربه مطلوب و ترسناک است (۲۰) که اثرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی بر زنان دارد (۲۱). با توجه به اهمیت سلامت روان، طی دوران کرونا مطالعات زیادی در رابطه با اثرات جسمی کووید ۱۹ بر پیامد بارداری انجام شده است (۲۳،۲۲) اما مطالعه در زمینه اثرات روانشناختی کووید ۱۹ بر تجارب زایمانی

نمرات ۷ الی ۳۵ می‌باشد. پایایی آن با آلفا کرونباخ ۰/۸۲ بوده است (۲۶). آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه به‌طور کلی ۰/۸۹ و برای هر سوال نیز محاسبه شد که حداقل مقدار آن ۰/۸۷ بود. برای تعیین نقطه برش این ابزار، ابتدا جمع نمرات پرسشنامه محاسبه شد. سپس با استفاده از فرمول زیر نمره کل هر پرسشنامه استاندارد شد. پس از استاندارد سازی نمرات به صورت ۲/۴۶ تا ۲/۰۸ تغییر یافتند. نمرات مثبت به‌عنوان شرکت‌کنندگانی که ترس داشتند و نمرات منفی به‌عنوان افراد بدون ترس در نظر گرفته شد.

$$z - score = \frac{score - mean}{SE}$$

۳- پرسشنامه اضطراب کووید ۱۹

(corona disease anxiety scale: CDAS)

این پرسشنامه شامل ۱۸ آیتم در در طیف لیکرت از صفر تا سه می‌باشد. نمره هر مشارکت‌کننده از صفر تا ۵۴ می‌باشد. پایایی و روایی این ابزار با آلفا کرونباخ ۰/۹۱۹ مورد تایید است (۲۷). آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه به‌طور کلی ۰/۹۶ و برای هر سوال نیز محاسبه شد که حداقل مقدار آن ۰/۹۵ بود. برای ایجاد نقطه برش برای این مقیاس، امتیاز آن با فرمول فوق استاندارد شد. نمره اضطراب کرونا از ۱/۵۲ تا ۲/۸۵ تغییر یافت و نمرات مثبت به‌عنوان شرکت‌کنندگانی که اضطراب داشتند و نمرات منفی به‌عنوان افراد بدون اضطراب در نظر گرفته شد.

۴- پرسشنامه تجارب زایمانی ویجیما:

(the Wijma Delivery Expectancy/ Experience)

(Questionnaire: W-DEQ

پرسشنامه ویجیما دارای ۳۳ گویه در ۶ حیطه کمبود خودکارآمدی، تنهایی، فقدان پیش‌بینی مثبت، ترس و از دست دادن کنترل می‌باشد، که بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای نمره‌گذاری شد نمره صفر نشان‌دهنده "بسیار" و نمره پنج نشان‌دهنده "اصلاً" می‌باشد. نمره

نمونه برآورد شده تعدادی نمونه برای هر شهر به صورت سهمیه‌ای برآورد شد و در هر شهر مراکز بهداشتی به صورت تصادفی انتخاب شد. پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم به مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شده مراجعه نمود و پس از بیان اهداف مطالعه برای زنان واجد شرایط با رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله کسب رضایت آگاهانه کتبی، پرسشنامه را در اختیار آن‌ها قرار داد. پرسشنامه مرحله اول که شامل پرسشنامه ترس و اضطراب مرتبط با بارداری بود توسط ۳۰۰ زن باردار بالای ۳۲ هفته که برای دریافت خدمات پری‌ناتال مراجعه می‌کردند، تکمیل شد. سپس پرسشنامه دوم را ۲۷۸ زن که پرسشنامه مرحله اول را قبلاً تکمیل کرده بودند و ۷۲ ساعت تا ۴۲ روز پس از زایمان برای دریافت خدمات پس از زایمان مراجعه می‌کردند، تکمیل نمودند. از آن جایی که بررسی تجربیات زایمان بلافاصله پس از زایمان به دلیل استفاده از مسکن و شادی تولد، اکثراً مثبت گزارش می‌شود و تجربه منفی زایمان و تاثیر حمایت‌های ارائه دهنده خدمات نیز مستلزم زمان بیش‌تری است (۲۵)، بنابراین در این مطالعه حداقل ۷۲ ساعت از زایمان گذشته بود و تجربیات زایمان بررسی شد.

پرسشنامه‌ها

در این مطالعه علاوه بر متغیرهای جمعیتی-اجتماعی برای سنجش متغیرهای اضطراب و ترس کرونا و تجارب زایمانی از پرسشنامه‌های اختصاصی مرتبط استفاده شد.

۱- فرم اطلاعات جمعیتی-اجتماعی-بارداری شامل

سوالاتی مانند سن، سن همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، تعداد بارداری، نوع زایمان و رضایت از جنسیت نوزاد می‌باشد.

۲- پرسشنامه ترس از کووید ۱۹

(Fear of Covid-19 Scale: FCV-Scale)

این پرسشنامه شامل ۷ آیتم در طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که طیف آن از ۱ تا ۵ است. مجموع

سنی ۳۰-۲۶ سال داشتند و اکثر همسران مشارکت کنندگان گروه سنی ۳۵-۳۱ سال داشتند (۳۸/۱ درصد). سایر ویژگی‌های جمعیتی در جدول شماره ۱ نشان داده شد.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیتی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی استان مازندران سال ۱۴۰۰ (تعداد=۲۷۸)

متغیر	تعداد (درصد)
سطح تحصیلات	غیر دانشگاهی ۱۶۸(۶۰/۴)
	دانشگاهی ۱۱۰(۳۹/۶)
سطح تحصیلات همسر	غیر دانشگاهی ۱۷۰(۶۱/۲)
	دانشگاهی ۱۰۸(۳۸/۸)
شغل	خانه دار ۲۱۹(۷۸/۸)
	غیر خانه دار ۵۹(۲۱/۲)
شغل همسر	آزاد ۱۹۲(۶۹/۱)
	کارمند ۷۶(۲۷/۳)
	بیکار ۱۰(۳/۶)
تعداد بارداری	۱ ۱۲۳(۴۴/۲)
	۲ ۱۱۰(۳۹/۶)
	>۳ ۴۵(۱۶/۲)
نوع زایمان	طبیعی ۱۲۵(۴۵)
	سزارین ۱۵۳(۵۵)
رضایت از جنسیت نوزاد	خیر ۸(۲/۹)
	بلی ۲۷۰(۹۷/۱)
رضایت همسر از جنسیت نوزاد	خیر ۱۵(۵/۴)
	بلی ۲۶۳(۹۴/۶)
ترس کرونا	خیر ۱۴۳(۵۱/۴)
	بلی ۱۳۵(۴۸/۶)
اضطراب کرونا	خیر ۱۵۲(۵۴/۷)
	بلی ۱۲۶(۴۵/۳)
تجربه زایمانی	مثبت ۱۵۱(۵۴/۳)
	منفی ۱۲۷(۴۵/۷)

در این مطالعه ۱۳۵ نفر (۴۸/۶ درصد) ترس از کرونا، ۱۲۶ نفر (۴۵/۳ درصد) اضطراب ناشی از کرونا و ۱۲۷ نفر (۴۵/۷ درصد) تجربه منفی زایمان داشتند. نتایج مدل خام نشان داد که هر یک از عوامل ترس و اضطراب به تنهایی نمره تجربه زایمانی را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۴۴ واحد افزایش دادند ($P < 0/05$). هم‌چنین اثر ترس و اضطراب به صورت همزمان بر تجارب زایمانی با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه بررسی شد، که نتایج نشان داد با هر واحد افزایش در نمره ترس، نمره تجارب زایمانی با کنترل اثر اضطراب ۰/۶۳ واحد افزایش می‌یابد که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$), در حالی که اضطراب کرونا با تجربه زایمانی ارتباط معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$) (جدول شماره ۲).

کل از ۰ تا ۱۶۵ متغیر است. پایایی کلی این ابزار ۰/۹۳ می‌باشد (۲۸) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه به‌طور کلی ۰/۷۸ و برای هر سوال نیز محاسبه شد، که حداقل مقدار آن ۰/۷۶ بود. برای ایجاد نقطه برش برای این مقیاس، امتیاز آن هم‌چنین با فرمول فوق استاندارد شد. نمره تجربه زایمانی از ۳/۴۶- تا ۴/۱۱ تغییر یافت و نمرات مثبت به عنوان شرکت کنندگانی که تجربه منفی داشتند و نمرات منفی به عنوان افراد با تجربه مثبت در نظر گرفته شد.

روش تجزیه و تحلیل

در این مطالعه داده‌ها با استفاده از تحت نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در توصیف متغیرها از شاخص‌های آماری تعداد و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل روابط بین متغیرهای اصلی از مدل خطی چندگانه (multiple Linear regression Model) استفاده گردید. در مدل مذکور، تجربه زایمان، قد، وزن و دور سر به عنوان متغیر وابسته، متغیرهای ترس و اضطراب کرونا به عنوان متغیرهای مستقل بودند.

ملاحظات اخلاقی

اخذ رضایت کتبی آگاهانه، توضیح در مورد طرح و اهداف آن، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، کسب کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.MAZUMS.REC.1400.174) از جمله ملاحظات اخلاقی بود که در این مطالعه به آن‌ها توجه شد.

یافته‌ها

از ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده در مرحله اول (دورن بارداری)، ۲۷۸ نفر مرحله دوم (پس از زایمان) را تکمیل نمودند. میزان پاسخدهی ۹۲/۶ درصد بود، که از این تعداد، اکثر مشارکت کنندگان (۲۸/۸ درصد) گروه

با توجه به این که بین ترس و تیاریب زایمانی ارتباط معنی دار وجود داشت، برای مشخص کردن این که ترس بر کدام حیطة تیاریب زایمانی تاثیر بیشتری گذاشته است از مدل رگرسیون خطی چند گانه (Multivariate Linear Regression Model) استفاده شد. براساس نتایج گزارش شده در جدول شماره ۳ ضریب برآورد شده برای حیطة فقدان پیش بینی مثبت (Lack of positive anticipation) از بقیه حیطه ها بزرگ تر است که نشان دهنده تاثیر بیش تر ترس بر این حیطة می باشد (B=۰/۳۸۸).

بحث

در این مطالعه ترس و اضطراب کووید ۱۹ و اثرات آن بر تیاریب زایمانی بررسی شد. نتایج مطالعه نشان داد که ۴۵/۳ درصد زنان دارای اضطراب بالا می باشند، که همراستا با مطالعه Fan و همکاران بوده است (۴). در بررسی ها نشان داده شد که میزان اضطراب زنان طی دوران کووید از ۶/۸ درصد تا ۷۷ درصد متفاوت بوده است (۲۹، ۳۰) که علت تفاوت در نتایج مطالعات تفاوت فرهنگی، نوع و کیفیت خدمات بهداشتی که طی بارداری دریافت کردند و هم چنین نوع پرسشنامه ها و حجم نمونه می باشد. نتایج این مطالعه هم چنین نشان داد که میزان ترس از کرونا در زنان باردار ۴۸/۶ درصد بوده است.

مطالعه ای در پاکستان میزان ترس کرونا در زنان باردار را ۶۰ درصد (۳۱) و در ایران ۷۱ درصد گزارش نمود، که علت تفاوت در نتایج نمونه می باشد (۳۲). ترس، سردرگمی در حوزه های پزشکی، اجتماعی و اقتصادی در دوران کووید ۱۹ (۳۳)، نداشتن اطلاعات کافی از ماهیت ویروس، حمایت ناکافی از طرف ارائه دهنده خدمات و افراد کلیدی زندگی زنان باردار، ایزوله بودن و محدودیت های اجتماعی که در دوران کووید ۱۹ وجود داشته نقش موثری در ایجاد ترس و اضطراب کووید ۱۹ در زنان باردار دارند (۳۴). در این مطالعه ۴۵/۷ درصد دارای تجربه منفی بودند، مطالعه ای در انگلیس میزان تجربه منفی را ۴۶/۹ درصد گزارش کرده است که تغییر در برنامه زایمان، کاهش احساس کنترل، کمبود کمک و حمایت اطرافیان، مشکل در دسترسی به مسکن ها و اضطراب از علل آن بوده است (۱۳).

در این مطالعه ترس از کووید ۱۹ با تجربه زایمان ارتباط داشته است، به طوری که زنانی که ترس بیش تر از کووید ۱۹ داشتند، دارای تجربه منفی بیش تری بودند و از بین حیطه ها کمبود مشارکت زنان بیش ترین نقش را در تجربه منفی زنان داشته است که این یافته مطابق با نتایج مطالعات قبلی بوده است که نشان داده اند کمبود مشارکت زنان در فرایند زایمان در تجربه منفی زایمان نقش موثری دارد (۳۵). عدم مشارکت زنان باعث می شود زنان

جدول شماره ۲: بررسی ارتباط بین تجربه زایمانی با ترس و اضطراب کرونا در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران با استفاده از مدل رگرسیون خطی چند گانه

متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضریب (سطح اطمینان ۹۵ درصد)	خط	ضریب (سطح اطمینان ۹۵ درصد)	تطبیق داده شده
تجربه زایمانی	ترس	۰/۶۶-۱/۲۴/۰/۹۴	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۸
اضطراب	اضطراب	۰/۳۰-۰/۵۸/۰/۴۴	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۱۰۶

جدول شماره ۳: رگرسیون چند گانه حیطه های تجربه زایمانی با ترس کرونا در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران

متغیر مستقل	coefficient	SD	T	سطح معنی داری	سطح اطمینان ۹۵ درصد	کرانه بالا	کرانه پایین
کمبود خود کارآمدی	-۰/۰۵۱	۰/۰۹۱	-۰/۵۵۹	۰/۵۷۷	-۰/۲۲۹	۰/۱۲۸	-۰/۲۲۹
تنهایی	۰/۰۸۰	۰/۰۴۰	۲/۰۲۶	۰/۰۴۴	۰/۰۰۲	۰/۱۵۸	۰/۰۰۲
فقدان پیش بینی مثبت	۰/۳۸۸	۰/۰۶۵	۵/۹۸۶	۰/۰۰۰	۰/۲۶۰	۰/۵۱۵	۰/۲۶۰
ترس	۰/۲۱۳	۰/۰۳۹	۵/۴۰۶	۰/۰۰۰	۰/۱۳۶	۰/۲۹۱	۰/۱۳۶
از دست دادن کنترل	۰/۱۶۷	۰/۰۲۸	۵/۹۹۲	۰/۰۰۰	۰/۱۱۲	۰/۲۲۱	۰/۱۱۲
نگرانی برای کودک	۰/۱۲۷	۰/۰۲۶	۵/۲۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۸۵	۰/۱۸۹	۰/۰۸۵

به دنبال آن تجربه منفی زایمان شد، لذا سیاستگذاران بهداشتی باید از راهکارها و مداخلات مناسب برای کاهش ترس و نگرانی مرتبط با کرونا و ارتقای تجارب مثبت زایمان استفاده نمایند.

مطالعه ما در معرض محدودیت‌هایی است. اولاً، به دلیل ماهیت مقطعی این مطالعه، تعیین رابطه علت و معلولی بین ترس و اضطراب از کرونا و پیامدهای بارداری شرکت‌کنندگان به دلیل سوگیری زمانی غیرممکن است (Temporal bias). در این مطالعه ترس و اضطراب زنان از طریق پرسشنامه و به صورت خود گزارش دهی تکمیل شد که ممکن است زنان ترس و اضطراب را خوب گزارش نکرده باشند و در مقایسه با یافته‌های بالینی کم‌تر قابل اعتماد هستند (Information bias). از محدودیت‌های دیگر این که مطالعه ماهیت کمی داشت، رویکرد کیفی یا ترکیبی می‌تواند به ما در درک معنای عمیق‌تر کمک کند.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله نهایت تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت تصویب این طرح با شماره ۹۰۶۵ اعلام می‌دارند.

نتوانند به خوبی مراحل زایمان را کنترل و سازگاری خوبی با فرایند زایمان ندارند که در تجربه منفی زایمان نقش دارند. در این راستا مطالعه‌ای توسط Morgan و همکاران نشان داد که ترس و اضطراب بالای زنان باردار بر توانایی زنان برای مقابله با فرایند زایمان تاثیر گذاشته که منجر به تجربه منفی زنان شده است (۳۶). همچنین در بررسی مطالعات نشان داده شد که ترس از ابتلا به ویروس، نداشتن اطلاعات کافی در رابطه با ماهیت ویروس، تعبیر سیاست‌های بیمارستان طی همه‌گیری کرونا، کاهش حمایت همسر و افراد کلیدی و عدم تماس فوری مادر و نوزاد بعد از زایمان باعث احساس ناامنی در زنان می‌گردد که در تجربه منفی زایمان نقش موثری دارند (۳۷-۳۹). فعالیت روزمره و بدنی زنان باردار (۴)، حمایت همسر، خانواده و ارائه دهنده خدمات (۴۰) ارائه آموزش آنلاین پیش از زایمان در طول همه‌گیری کووید ۱۹ به علت افزایش آگاهی زنان و تعامل بهتر زنان با همدیگر در کاهش ترس و نگرانی و ایجاد آمادگی برای زایمان موثر است (۴۱).

در دوره پاندمی کرونا افراد با وضعیت بحرانی مواجهه شدند که باعث ترس و اضطراب زنان باردار و

References

1. Fisher J, Mello MCd, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012; 90(2): 139-149.
2. Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RP, Schumacher L, Akbari E, et al. A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018; 57(9): 645-57. e8.
3. Goulet MH, Larue C, Lemieux AJ. A pilot study of "post- seclusion and/or restraint review" intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspect Psychiatr Care* 2018; 54(2): 212-220.
4. Fan S, Guan J, Cao L, Wang M, Zhao H, Chen L, et al. Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with meta-analysis. *Asian J Psychiatr* 2021; 56: 102533.
5. Biviá-Roig G, La Rosa VL, Gómez-Tébar M, Serrano-Raya L, Amer-Cuenca JJ, Caruso S, et al. Analysis of the impact of the confinement resulting from COVID-19 on the lifestyle and psychological wellbeing of Spanish pregnant women: an internet-based

- cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(16): 5933.
6. Groulx T, Bagshawe M, Giesbrecht G, Tomfohr-Madsen L, Hetherington E, Lebel CA. Prenatal care disruptions and associations with maternal mental health during the COVID-19 pandemic. *Front Glob Women's Health* 2021; 2: 1-8.
 7. Liu CH, Goyal D, Mittal L, Erdei C. Patient satisfaction with virtual-based prenatal care: implications after the COVID-19 pandemic. *Matern Child Health J* 2021; 25(11): 1735-1743.
 8. Luo Y, Zhang K, Huang M, Qiu C. Risk factors for depression and anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic: Evidence from meta-analysis. *PloS One* 2022; 17(3): e0265021.
 9. Diamanti A, Sarantaki A, Kalamata N, Vivilaki V, Varnakioti D, Lykeridou A. Pregnancy during the pandemic: The psychological impact of COVID-19 on pregnant women in Greece. *Eur J Midwifery* 2023; 7: 2.
 10. King LS, Feddoes DE, Kirshenbaum JS, Humphreys KL, Gotlib IH. Pregnancy during the pandemic: the impact of COVID-19-related stress on risk for prenatal depression. *Psychol Med* 2023; 53(1): 170-180.
 11. Farrell T, Reagu S, Mohan S, Elmidany R, Qaddoura F, Ahmed EE, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women. *J Perinat Med* 2020; 48(9): 971-976.
 12. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord* 2020; 277: 5-13.
 13. Aydin E, Glasgow KA, Weiss SM, Khan Z, Austin T, Johnson MH, et al. Giving birth in a pandemic: women's birth experiences in England during COVID-19. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2022; 22(1): 304.
 14. Adamson B, Letourneau N, Lebel C. Prenatal maternal anxiety and children's brain structure and function: A systematic review of neuroimaging studies. *J Affect Disord* 2018; 241: 117-126.
 15. Van den Bergh BR, Dahnke R, Mennes M. Prenatal stress and the developing brain: Risks for neurodevelopmental disorders. *Dev Psychopathol* 2018; 30(3): 743-762.
 16. Organization WH. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience: World Health Organization; 2018.
 17. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M, Group BS. Factors related to a negative birth experience—a mixed methods study. *Midwifery* 2017; 51: 33-39.
 18. Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth* 2013; 40(4): 289-296.
 19. Hildingsson I, Nilsson J, Merio E, Larsson B. Anxiety and depressive symptoms in women with fear of birth: A longitudinal cohort study. *Eur J Midwifery* 2021; 5: 1-9.
 20. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. Correction: what matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One* 2018; 13(5): e0197791.
 21. Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PloS One* 2020; 15(4): e0231415.
 22. Gurol-Urganci I, Jardine JE, Carroll F, Draycott T, Dunn G, Fremeaux A, et al. Maternal and perinatal outcomes of pregnant women with SARS-CoV-2 infection at the

- time of birth in England: national cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2021; 225(5): 522. e1-522. e11.
23. Epelboin S, Labrosse J, De Mouzon J, Fauque P, Gervoise-Boyer MJ, Levy R, et al. Obstetrical outcomes and maternal morbidities associated with COVID-19 in pregnant women in France: A national retrospective cohort study. *PLoS Med* 2021; 18(11): e1003857.
 24. Effati-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: 99.
 25. Waldenström U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth* 2004; 31(2): 102-107.
 26. Ahuja KK, Banerjee D, Chaudhary K, Gidwani C. Fear, xenophobia and collectivism as predictors of well-being during Coronavirus disease 2019: An empirical study from India. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67(1): 46-53.
 27. Alipour A, Ghadami A, Farsham A, Dorri N. A new self-reported assessment measure for COVID-19 anxiety scale (CDAS) in Iran: A Web-Based Study. *Iran J Public Health* 2020; 49(7): 1316-1322.
 28. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19(2): 84-97.
 29. Zhou Y, Shi H, Liu Z, Peng S, Wang R, Qi L, et al. The prevalence of psychiatric symptoms of pregnant and non-pregnant women during the COVID-19 epidemic. *Transl Psychiatry* 2020; 10(1): 319-326.
 30. Mappa I, Distefano FA, Rizzo G. Effects of coronavirus 19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: a prospective observational study. *J Perinat Med* 2020; 48(6): 545-550.
 31. Nausheen S, Bhamani S, Makhdoom A, Sheikh L. Fear of COVID-19 among pregnant women in Pakistan: A cross-sectional study. *Int J Community Med Public Health* 2020; 7(12): 4749-4755.
 32. Torkian S, Torkian F, Torkian S, Mokhtari F. Mental health and fear of COVID-19 in Iranian pregnant women: A multi-center study. *Nurs Midwifery Stud* 2022; 11(4): 269-275.
 33. Chen H, Selix N, Nosek M. Perinatal anxiety and depression during COVID-19. *J Nurse Pract* 2021; 17(1): 26-31.
 34. Huynh T, Boise C, Kihntopf ME, Schaefer AA, Schafer M. "Fear and anxiety is what I recall the best.": A phenomenological examination of mothers' pregnancy experiences during COVID-19 in the United States. *Midwifery* 2023; 122: 103700.
 35. Hosseini Tabaghdehi M, Kolahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020; 33(22): 3849-3856.
 36. Molgora S, Accordini M. Motherhood in the time of coronavirus: the impact of the pandemic emergency on expectant and postpartum women's psychological well-being. *Front Psychol* 2020; 11: 567155.
 37. Liu CH, Koire A, Erdei C, Mittal L. Unexpected changes in birth experiences during the COVID-19 pandemic: Implications for maternal mental health. *Arch Gynecol Obstet* 2022; 306(3): 687-697.
 38. Ajayi KV, Harvey IS, Panjwani S, Uwak I, Garney W, Page RL. Narrative analysis of childbearing experiences during the COVID-

- 19 pandemic. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2021; 46(5): 284-292.
39. Cruz-Ramos MC, Resurrección DM, Hernández-Albújar Y. Childbirth experience during the COVID-19 pandemic: A qualitative thematic analysis. *Midwifery* 2023; 121: 103669.
40. Ingrit BL, Cathryne J, Sihalo SMJ, Quisessa A. Women's Childbirth Experiences During COVID-19 Pandemic in Indonesia. *Rev Bras Enferm* 2023;76(Suppl 1): e20220640.
41. Uludağ E, Serçekuş P, Vardar O, Özkan S, Alataş SE. Effects of online antenatal education on worries about labour, fear of childbirth, preparedness for labour and fear of covid-19 during the covid-19 pandemic: A single-blind randomised controlled study. *Midwifery* 2022; 115: 103484.