

## بررسی ارتباط بین میزان نگرانی و اضطراب دوران بارداری با حمایت همسر و حمایت اجتماعی

سمیرا برجسته<sup>۱</sup>، فاطمه مقدم تبریزی<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۱/۲۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۳/۲۸

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** طیف گسترده‌ای از متغیرهای روانی-اجتماعی ممکن است وضعیت روانی زنان باردار را تحت تأثیر قرار دهد. با این حال ارتباط بین حمایت زناشویی و حمایت اجتماعی با اضطراب و نگرانی دوران بارداری نسبتاً در پژوهش‌ها مورد غفلت قرار گرفته است. لذا هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین حمایت همسر و حمایت اجتماعی با اضطراب و نگرانی دوران بارداری پس از کنترل اثر متغیرهای زمینه‌ای بود.

**مواد و روش کار:** در این مطالعه توصیفی مقطعی ۲۱۴ زن باردار که برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در سال ۱۳۹۴ به مراکز بهداشتی درمانی در شهر ارومیه مراجعه کرده بودند و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اضطراب با استفاده از پرسشنامه اضطراب آشکار اشلایبرگر، نگرانی در دوران بارداری با مقیاس نگرانی کمبریج، حمایت اجتماعی درک شده با پرسشنامه حمایت اجتماعی - ۶ سؤالی و همچنین کیفیت زناشویی با مقیاس کیفیت زناشویی اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و رگرسیون لجستیک رتبه‌ای و رگرسیون خطی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین سنی زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه  $27/62 \pm 5/47$  بود. ۸۶/۴ درصد زنان نگرانی کم و ۱۳/۶ درصد نگرانی زیاد داشتند. ۷ درصد زنان اضطراب متوسط به پایین، ۲۲/۹ درصد اضطراب متوسط به بالا، ۴۴/۴ درصد اضطراب نسبتاً شدید و ۲۵/۷ درصد اضطراب شدید داشتند. سطوح پایین کیفیت ازدواج با افزایش میزان نگرانی بارداری ارتباط معنی‌دار داشت ( $P=0/01$ ). افزایش سن مادر ( $P=0/07$ ,  $OR=0/94$ ,  $CI=0/88-1/00$ )، افزایش سن حاملگی ( $P=0/83$ ),  $OR=0/33$ ,  $CI=0/33$ ، داشتن سابقه سقط ( $P=0/35$ ,  $OR=2/63$ ,  $CI=0/33$ )، داشتن سابقه سقط ( $P=0/71$ ,  $OR=1/17$ ,  $CI=0/50-2/73$ )، افزایش سطوح تحصیلات ( $P=0/87$ ,  $OR=0/87$ ,  $CI=0/87-0/87$ )،  $OR=0/87$ ، همچنین پایین بودن سطح کیفیت ازدواج ( $P=0/08$ ,  $OR=0/08$ )، همچنین پایین بودن سطح کیفیت ازدواج ( $P=0/05$ ,  $OR=0/98$ ,  $CI=0/96-1/00$ )، با افزایش شدت اضطراب ارتباط معنی‌دار داشت. در حالی که زنان پرمیمی پار در مقایسه با نولی پارها به‌طور معنی‌داری شدت اضطراب پایین‌تری داشتند. افزایش هر واحد نمره حمایت اجتماعی بعد شبکه ( $P=0/56$ ),  $OR=1/08$ ,  $CI=1/08$  و حمایت اجتماعی بعد رضایت ( $P=0/02$ ,  $OR=1/66$ ,  $CI=1/18-2/26$ )، با کاهش شدت اضطراب همراه است که از نظر آماری معنی‌دار بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** عوامل خطر در این مطالعه می‌تواند به پزشکان کمک کند تا بتوانند زنان باردار در معرض خطر را مورد غربالگری اضطراب قرار دهند. متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و ماماها باید به‌طور ویژه در رابطه با تشخیص و مدیریت اضطراب و نگرانی آموزش ببینند. همچنین طراحی برنامه‌های حمایتی و پیشگیرانه برای زنان باردار ضروری است.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب دوران بارداری، نگرانی دوران بارداری، رضایت زناشویی، حمایت اجتماعی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره ششم، پی‌درپی ۸۳، شهریور ۱۳۹۵، ص ۵۰۴-۵۱۵

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه- دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۳

Email: fntabrizi@yahoo.com

## مقدمه

زندگی است و تنش‌های فراوانی با آن همراه می‌شود که زوج‌های درگیر باید خود را با آن تطبیق دهند (۲). بنابراین تغییرات زیادی در دوره حاملگی در ابعاد سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع در کیفیت زندگی زنان باردار در سنین مختلف حاملگی

حاملگی یکی از دوره‌های مهم بحرانی و درعین حال ارزشمند در زندگی هر زن است. سلامت جسمی، روحی و روانی زن در این دوره اثرات قابل توجهی بر سلامت جنین، موفقیت در زایمان طبیعی و شیردهی دارد (۱). بارداری تجربه‌ای کاملاً برخلاف تجارب قبلی

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> استادیار بهداشت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

رخ می‌دهد که منجر به افزایش نگرانی، اضطراب و پریشانی می‌گردد (۳).

اضطراب عبارت است از یک حالت ناخوشایند و ناشناخته که به فرد دست می‌دهد و با علائمی مثل احساس خستگی، بی‌قراری و تپش قلب همراه می‌گردد. در سبب‌شناسی اضطراب عوامل ژنتیکی، ارثی، محیطی، روانی، اجتماعی و بیولوژیکی مطرح می‌باشند همچنین نگرانی یکی از اجزای مهم اضطراب است و به‌صورت پیش‌بینی و انتظار وقایع ناخوشایند در آینده پیش‌بینی می‌شود (۴). ترس و نگرانی بخشی از تجربه‌های زندگی روزمره همه انسان‌هاست. نگرانی در بین گروه‌های مختلف اجتماعی حاکی از تهدیدهای پنهان روان‌شناختی است و این فشارها می‌تواند در طبقات خاصی از جامعه افزون‌تر باشد. زنان باردار از این گروه‌ها هستند (۵). اضطراب، نگرانی و دیگر احساسات استرس‌زا در دوران بارداری می‌تواند برای مادر و جنین مضر باشد. شواهد اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که استرس روانی - اجتماعی مادر یک عامل خطرزای اثرگذار برای تولد زودرس، نوزاد کم‌وزن (۶) حاملگی‌های پرخطر، افزایش تهوع، استفراغ، محدودیت رشد جنینی و آسفیکیسی جنین و در نهایت افزایش میزان سزارین می‌باشد (۷، ۸). نگرانی با افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اختلالات اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه همراه است (۵). مقاومت بدن در برابر عفونت را کاهش می‌دهد و همچنین موجب تحریک تیروئید، پانکراس و هیپوفیز می‌شود. به‌طور کلی، جنبه‌های جسمانی و روانی متعددی تحت تأثیر نگرانی قرار می‌گیرند و این می‌تواند به عوارض جسمانی منجر شود. یافته‌های مطالعات بیانگر آن است که اضطراب و نگرانی طولانی‌مدت منجر به تحریک سیستم عصبی اتونوم و به دنبال آن منجر به انقباض عضلات صاف شریان‌ها شده و کاهش جریان خون رحمی - جفتی و نتیجتاً اکسیژن‌رسانی به رحم کاهش یافته، الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی گردیده و احتمال زایمان زودرس افزایش می‌یابد (۹). از سویی رشد سیستم ایمنی جنین را متوقف‌شده که در نتیجه شیوع بالاتری از عفونت‌های تنفسی و دیگر عفونت‌ها در نوزادان زنان مضطرب دیده می‌شود (۱۰، ۱۱) تأثیر اضطراب مادران بر روی نوزادان فراتر از تأخیر در رشد روانی - اجتماعی آنان است که شامل وزن کم تولد، کاهش شیردهی، کاهش رشد، سوء‌تغذیه شدید، افزایش اسهال و کاهش تطابق با برنامه‌های ایمن‌سازی می‌باشد (۱۲).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۴۰۰ میلیون نفر در جهان به اضطراب و نگرانی مبتلا هستند (۱۳). مطالعاتی که در زمینه

شیوع نگرانی در جامعه آمریکا توسط کلی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳) انجام گرفت درصد شیوع نگرانی را تا ۲۵ درصد برآورد کرده‌اند (۱۴). مطالعه هابل<sup>۲</sup> و همکاران در آمریکا نشانگر آن بود که حدود ۱۵-۱۰ درصد زنان از اختلالات روانی رنج می‌برند که اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشد (۱۵). مطالعه‌های دیگر توسط بارون<sup>۳</sup> و همکاران در سال (۲۰۱۱) بیانگر آن بود که بیش از ۵۰ درصد از زنان باردار دچار درجاتی از اضطراب می‌شوند (۱۶). مطالعه دیگری توسط کیوا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در چین بیانگر آن بود که نرخ شیوع اضطراب و نگرانی در دوران قبل از تولد در زنان باردار چینی ۶/۸ درصد بود (۱۷). میزان شیوع بالاتر اضطراب و نگرانی بیشتر در کشورهای درحال توسعه (۱۸) و یا کشورهایی که از نظر اقتصادی در وضعیت نابسامانی قرار دارند گزارش شده است (۳، ۱۳، ۱۹). مصلی نژاد و همکاران (۱۳۸۶) در چهارم طی مطالعه‌های بیان داشتند ۹۰ درصد زنان باردار دارای درجاتی از اضطراب و نگرانی بودند (۲۰). در مطالعه‌ی دیگری که علی پور و همکاران (۱۳۹۰) در قم انجام دادند، ۶۳/۳ درصد نمونه‌ها دارای اضطراب آشکار متوسط و ۴/۴۰ درصد آن‌ها دارای اضطراب شدید بودند (۲۱). علاوه بر این، دامنه شیوع گسترده‌ی مشاهده‌شده ممکن است به دلیل عوامل اجتماعی و اقتصادی و روانی باشد (۲۲).

حمایت اجتماعی به‌عنوان منبع دریافت حمایت از طرف یک نفر در مقابله با یک عامل استرس‌زا تعریف می‌شود. حمایت اجتماعی و زناشویی به‌طور گسترده در رابطه با افسردگی دوران بارداری مورد مطالعه قرار گرفته است. با توجه به نتایج یک بررسی سیستماتیک مطالعات بیان کرده‌اند که بین حمایت اجتماعی و نشانه‌های افسردگی در دوران بارداری رابطه وجود دارد (۲۳). با این حال مطالعات اندکی نقش حمایت اجتماعی و زناشویی در اضطراب و نگرانی دوران بارداری را مورد بررسی قرار داده‌اند (۲۲، ۲۴). عوامل زمینه‌ساز اضطراب قبل از تولد عبارت‌اند از: سطح سواد پایین، سطح درآمد پایین، بیکاری، فقدان حمایت اجتماعی، مشکلات زناشویی، و عدم حمایت همسر می‌باشد (۱۷، ۲۲، ۲۵). از آنجایی که نیاز به پژوهش بیشتر در مورد اضطراب قبل از تولد تأکید می‌شود و همچنین بررسی عوامل خطر اضطراب قبل از تولد نسبتاً در پژوهش‌ها مورد غفلت واقع شده است. لذا این مطالعه باهدف تعیین رابطه بین حمایت همسر و حمایت اجتماعی با اضطراب و نگرانی پیش از بارداری پس از کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند (سن، سطح سواد و...) و متغیرهای بالینی (به‌عنوان مثال تعداد زایمان، سابقه سقط قبلی، روش لقاح) که ممکن است در ایجاد و

<sup>3</sup> Avni-Barron

<sup>4</sup> Qiao

<sup>1</sup> Kelly

<sup>2</sup> Hobel

گسترش اضطراب و نگرانی دوران بارداری دخیل باشند پرداخته است.

### مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۱۴ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ارومیه به روش نمونه‌گیری در دسترس، با سن بارداری ۱۸-۳۳ هفته که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه کرده بودند انجام شد. پس از کسب معرفی‌نامه و ارائه آن به مسئولین مراکز بهداشتی موردنظر و بیان اهداف مطالعه و جلب رضایت زنان باردار و در نظر گرفتن اصول اخلاقی، اقدام به نمونه‌گیری و انجام پژوهش شد.

با در نظر گرفتن سطح خطای ۵ درصد و توان ۸۰ درصد مقدار  $R^2 = 0.309$  و ۱۰ متغیر پیشگویی‌کننده و نمره نگرانی، در مطالعه انجام‌شده توسط گارنتی و همکاران (۳۸) باهدف تعیین پیشگویی‌کننده‌های نگرانی دوران بارداری حجم نمونه ۲۱۴ نفر در نظر گرفته شد. در محاسبه‌ی حجم نمونه از نرم‌افزار استیت تو دو<sup>۱</sup> استفاده شد.

همه شرکت‌کنندگان در این مطالعه از اهداف آن مطلع شدند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده تنها به‌منظور مطالعه استفاده خواهد شد. همچنین رضایت آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان به دست آمد. پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان تکمیل و برای افراد بی‌سواد با کمک و راهنمایی محقق تکمیل گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، ساکن شهر ارومیه بودن، سن ۱۵-۴۵ ساله، شروع نیمه دوم حاملگی، آشنایی با زبان فارسی، عدم ابتلای زن باردار به بیماری‌های روانی و اختلالات روان‌پزشکی و نداشتن تجربه حادثه استرس‌زای دیگر در ۶ ماه اخیر و افسردگی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات فردی حاوی اطلاعات عمومی دموگرافیک و بالینی شامل سن، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد فرزندان، سابقه سقط، سن حاملگی برحسب هفته، عوارض دوران بارداری قبلی، مشکلات قبلی ناباروری و سابقه بارداری با روش‌های کمک باروری، مدت ازدواج، سطح تحصیلات، سطح وضعیت اقتصادی بودند. میزان تحصیلات به‌صورت بی‌سواد، زیر دیپلم و دیپلم و بالاتر طبقه‌بندی گردیده بود و همچنین سطح درآمد به‌صورت کم‌درآمد (دخل کم‌تر از خرج) درآمد متوسط (دخل برابر خرج) و درآمد بالا (دخل بیشتر از خرج) طبقه‌بندی گردید.

نگرانی در بارداری با مقیاس نگرانی کمبریج<sup>۲</sup> اندازه‌گیری شد (۲۶). پرسشنامه نگرانی کمبریج حاوی ۱۶ سؤال برای سنجش

میزان نگرانی مادران باردار بوده که پاسخ‌دهی به سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای از بدون نگرانی (نمره صفر) تا نگرانی شدید (نمره پنج) بود. حداقل نمره کسب‌شده صفر و حداکثر نمره ۸۰ محاسبه شد. نمره نگرانی به دو بخش تقسیم شد (۲۶، ۲۷). امتیاز بالا (۴-۵، نشان‌دهنده نگرانی عمده) و امتیاز کم (۰-۳، نشان‌دهنده نگرانی کم‌تر) بود. این پرسشنامه دارای چهار ساختار اصلی که شامل: جنبه‌های اجتماعی - پزشکی بچه‌دار شدن شامل: موارد تولد، رفتن به بیمارستان، معاینات داخلی و سازگاری با تولد نوزاد جدید، مسائل اجتماعی و اقتصادی از قبیل پول، مشکلات اشتغال، مسکن و قانون و مسائل مربوط به سلامت مادر و نوزاد که موارد سقط‌جنین، و مسائلی که برای سلامت بچه و مادر مشکل‌ساز هستند و روابط با همسر، خانواده و دوستان می‌باشد را شامل می‌شد. ویرایش فارسی پرسشنامه نگرانی کمبریج توسط یوسفی و همکاران (۱۳۹۴) تأیید شده است. همچنین پایایی پرسشنامه نگرانی کمبریج توسط گرین (۲۰۰۳) در انگلیس با روش‌های آزمون - باز آزمون و همسانی درونی با  $F = 0.7$  مورد تأیید قرار گرفت (۳۷). همچنین پایایی پرسشنامه نگرانی کمبریج با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ  $F = 0.90$  در مطالعه کردی و همکاران (۱۳۹۴) به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر<sup>۳</sup> STAI نیز حاوی ۴۰ سؤال برای اضطراب آشکار (۲۰ سؤال) و اضطراب پنهان (۲۰ سؤال) بوده که پاسخ‌ها از نوع ۴ درجه‌ای لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد بود. روایی ویرایش فارسی پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر نیز توسط مهram (۱۳۷۲) تأیید شده است (۴۰) و پایایی پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر در سال ۱۳۸۷ با روش آلفای کرونباخ توسط زارع مبینی برابر  $0.889$  محاسبه شد (۴۱). همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ  $F = 0.82$  در مطالعه کردی و همکاران (۱۳۹۴) به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زناشویی (MQS<sup>۴</sup>) حاوی ۵۰ سؤال برای سنجش میزان کیفیت زناشویی بوده که پاسخ‌دهی به سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای از، دامنه نمره کل ۵۰-۱۰۰ را شامل می‌گردد که امتیاز بالا بیانگر کیفیت زندگی بدتری در افراد می‌باشد. این پرسشنامه همچنین دارای ۱۲ بعد می‌باشد محبت، تصمیم‌گیری، ناامیدی، احتمال انحلال، نارضایتی، تسلط، رد، تابع نقش، رضایت، ایفای نقش، اعتماد و درک است.

<sup>۳</sup>Spielberger state- trait anxiety inventor

<sup>۴</sup>marital quality scale

<sup>۱</sup>Stats To Do

<sup>۲</sup>CambridgeWorry Scale

شدند. تحلیل داده با استفاده از نرم افزار SPSS 20 و Stata 11 انجام شد.

### یافته‌ها

جدول شماره ۱ توزیع ویژگی‌های جمعیت شناختی- باروری، نگرانی، اضطراب، رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴ را نشان می‌دهد. میانگین سنی زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه  $27/62 \pm 5/47$  بود. ۳۲/۷ درصد اولین حاملگی راتجربه می‌کردند و ۷۷/۶ درصد سابقه‌ی سقط نداشتند. در بررسی سطح تحصیلات زنان باردار شرکت‌کننده یافته‌های حاصل نشان داد ۷ درصد آنان بی‌سواد، ۴۰/۲ درصد زیر دیپلم و ۵۲/۸ درصد آنان تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. نتایج حاصل از بررسی وضعیت اقتصادی بیانگر آن بود که ۱۶/۴ درصد افراد دخل کم‌تر از خرج، ۵۶/۵ دخل برابر خرج و ۲۷/۱ درصد دخل بالاتر از خرج داشتند. در بررسی شدت اضطراب نتایج نشان داد ۷ درصد زنان اضطراب متوسط به پایین، ۲۲/۹ درصد اضطراب متوسط به بالا، و ۴۴/۴ اضطراب نسبتاً شدید و ۲۵/۷ اضطراب شدید داشتند. ۸۶/۴ درصد زنان باردار اضطراب کم و ۱۳/۶ درصد نگرانی زیادی داشتند. همچنین به علت کم بودن فراوانی متغیرهای سابقه‌ی تولد فرزند ناهنجار و سابقه‌ی نازایی و استفاده از روش‌های کمک باروری این متغیرها وارد آنالیز نشدند.

پایایی این مقیاس توسط آنیشا<sup>۱</sup> و همکاران حاوی همسانی درونی ۰/۹۱ و یک آزمون باز آزمون با قابلیت اطمینان ۰/۸۳ می‌باشد (۴۳). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه حاضر ۰/۹۱ بود.

رضایتمندی از حمایت اجتماعی درک شده با پرسشنامه حمایت اجتماعی - ۶ سؤالی اندازه‌گیری شد (۴۴). پرسشنامه مورد استفاده برای اندازه‌گیری در دسترس بودن حمایت اجتماعی / تعداد حمایت‌کنندگان (پرسشنامه حمایت اجتماعی بعد شبکه) و رضایت از حمایت اجتماعی با استفاده از پرسشنامه حمایت اجتماعی بعد رضایت اندازه‌گیری شد. ۶-SSQ شامل شش آیتم و هر یک از آیتم‌ها شامل دو بخش است که در بخش اول از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا فهرستی از تمام افرادی که کمک و حمایتشان می‌کنند تهیه کنند (پرسشنامه شبکه‌های حمایت اجتماعی). و در بخش دوم رضایت آن‌ها از دسترسی به حمایت اجتماعی (پرسشنامه رضایت از حمایت اجتماعی) سنجیده می‌شود. آیتم‌های آن در مقیاس ۶ امتیازی و در محدوده‌ی بسیار نازایی (۱) تا بسیار راضی (۶) می‌باشد. نمره کل برای این پرسشنامه در محدوده ۶-۳۶ قرار دارد و نمره بالاتر نشان‌دهنده رضایت بالاتر می‌باشد. ضریب آلفا کرونباخ به دست آمده در مطالعه حاضر ۰/۸۶ بود.

جهت تجزیه و تحلیل ابتدا هر یک از متغیرها با نمره نگرانی در آنالیز رگرسیون خطی تک متغیره مورد ارزیابی قرار گرفته و با سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۱ وارد مدل رگرسیون خطی چند متغیره

**جدول (۱):** توزیع ویژگی‌های جمعیت شناختی- باروری، نگرانی، اضطراب، رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی در زنان باردار مراجعه‌کننده

به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴

فراوانی		متغیر مورد بررسی	
درصد	تعداد		
۳۲/۷	۷۰	۱	تعداد حاملگی
۳۲/۲	۶۹	۲	
۲۹	۶۲	۳	
۶	۱۳	۴ و بالاتر	
۳۰/۴	۶۵	۰	تعداد زایمان
۴۴/۴	۹۵	۱	
۲۵	۵۴	۲	
۷۷/۶	۱۶۶	ندارد	سابقه سقط
۲۲/۴	۴۸	دارد	
۹۰/۷	۱۹۴	ندارد	عوارض بارداری قبلی
۹/۳	۲۰	دارد	
۹۳/۵	۲۰۰	ندارد	سابقه نازایی و روش‌های کمک باروری
۶/۵	۱۴	دارد	
۹۷/۷	۲۰۹	ندارد	سابقه تولد نوزاد قبلی با ناهنجاری

<sup>2</sup> Social Support Questionnaire-

<sup>1</sup> Anisha

فراوانی		متغیر مورد بررسی	
درصد	تعداد		
۲/۳	۵	دارد	
۷	۱۵	بی سواد	
۴۰/۲	۸۶	زیر دیپلم	میزان تحصیلات
۵۲/۸	۱۱۳	دیپلم و بالاتر	
۱۶/۴	۳۵	کم درآمد	
۵۶/۵	۱۲۱	درآمد متوسط	وضعیت اقتصادی
۲۷/۱	۵۸	درآمد بالا	
۷	۱۵	متوسط به پایین	
۲۲/۹	۴۹	متوسط به بالا	شدت اضطراب
۴۴/۴	۹۵	نسبتاً شدید	
۲۵/۷	۵۵	شدید	
۸۶/۴	۱۸۵	نگرانی کم	نگرانی
۱۳/۶	۲۹	نگرانی زیاد	
میانگین $\pm$ انحراف معیار		متغیر مورد بررسی	
۲۷/۶۲	۵/۴۷	سن	
۲۴/۸۶	۵/۸۱	سن بارداری برحسب هفته	
۱/۲۷	۰/۷۰	حمایت اجتماعی بعد شبکه	
۴/۹۲	۰/۹۹	حمایت اجتماعی بعد رضایت	
۱/۸۰	۰/۳۹	رضایت زناشویی	
۲/۷۲	۱/۰۰	نگرانی	
۲/۹۰	۰/۴۹	اضطراب	

افزایش هر واحد تعداد زایمان با افزایش ۰/۱۶ برابر نمره نگرانی ( $P=۰/۵۷$ ) همراه است. همچنین افزایش تعداد فرزندان با کاهش ۰/۳ برابر نمره نگرانی ( $P=۰/۰۳۲$ ) همراه است. افزایش هر واحد نمره رضایت زناشویی با افزایش نمره نگرانی همراه است که این افزایش از نظر آماری معنی دار بود ( $P=۰/۰۱$ ).

جدول شماره ۲ یافته‌های مدل رگرسیون خطی تک و چند متغیره تأثیر متغیرهای مورد بررسی بر نمره نگرانی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴ را نشان می‌دهد. یافته‌های حاصل نشان می‌دهد که افزایش هر واحد حاملگی با کاهش ۰/۱۱ برابر نمره نگرانی ( $P=۰/۴۱$ ).

**جدول (۲):** یافته‌های مدل رگرسیون خطی تک و چند متغیره تأثیر متغیرهای مورد بررسی بر نمره نگرانی در زنان باردار مراجعه کننده به

مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴

متغیر مورد بررسی	ضریب رگرسیونی تک متغیره	سطح معنی داری	ضریب رگرسیونی چند متغیره	سطح معنی داری
سن	-۰/۰۱	۰/۳۶		
تعداد حاملگی	-۰/۱۶	۰/۰۳	-۰/۱۱	۰/۴۱
تعداد زایمان	-۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۵۷
تعداد فرزندان	-۰/۰۲	۰/۰۳	-۰/۰۳	۰/۳۲
سابقه سقط	-۰/۰۲	۰/۲۹		
سابقه عوارض بارداری قبلی	۰/۲۷	۰/۲۴		
سن حاملگی برحسب هفته	-۰/۰۰۲	۰/۸۷		
سطح تحصیلات	-۰/۱۰	۰/۳۵		
مدت ازدواج برحسب سال	-۰/۰۱	۰/۵۵		
وضعیت اقتصادی	۰/۰۵	۰/۶۰		
حمایت اجتماعی - بعد شبکه	-۰/۱۳	۰/۱۹		
حمایت اجتماعی - بعد رضایت	-۰/۰۱	۰/۱۸		
کیفیت ازدواج	۰/۳۲	۰/۰۶	۰/۴۵	۰/۰۱

است. ( $P=0/71$ ) از طرفی با افزایش سن بارداری شانس شدت اضطراب افزایش می‌یابد ( $P=0/08$ ) که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود. سطح تحصیلات زیر دیپلم در مقایسه با بی‌سوادی با افزایش شانس شدت اضطراب همراه است که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار است ( $P=0/04$ ). سطح تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم در مقایسه با بی‌سوادی با افزایش شانس ابتلا همراه است که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار است ( $P=0/08$ ). در نتیجه افزایش سطح تحصیلات با افزایش شانس شدت اضطراب همراه است و این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود. با افزایش هر واحد نمره کیفیت ازدواج (که بیانگر سطح پایین کیفیت ازدواج است) با کاهش شدت اضطراب همراه است و این کاهش از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P=0/05$ ). با افزایش هر واحد نمره حمایت اجتماعی بعد شبکه شانس شدت اضطراب کاهش می‌یابد و این کاهش از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P=0/02$ ). با افزایش هر واحد نمره حمایت اجتماعی بعد رضایت شانس شدت اضطراب کاهش می‌یابد و این کاهش از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P=0/03$ ).

جدول شماره ۳ ارتباط متغیرهای مورد بررسی با شدت اضطراب در مدل رگرسیون لجستیک رتبه‌ای تک متغیره و چند متغیره در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴ را نشان می‌دهد.

افزایش سن مادر با افزایش شانس شدت اضطراب همراه بود و این افزایش نیز از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ( $P=0/07$ ) حاملگی دوم در مقایسه با حاملگی اول با افزایش شانس شدت اضطراب همراه بوده ( $P=0/5$ ) و همچنین حاملگی بار سوم در مقایسه با زایمان اول با افزایش شانس شدت اضطراب همراه بوده است ( $P=0/47$ ) و حاملگی بار چهارم در مقایسه با زایمان اول با افزایش شانس شدت اضطراب توأم بوده است ( $P=0/35$ ) در نتیجه افزایش تعداد حاملگی با افزایش شانس شدت اضطراب همراه بود و همچنین زایمان بار اول در مقایسه با نداشتن زایمان قبلی با کاهش شانس شدت اضطراب توأم بود که این کاهش از نظر آماری معنی‌دار است ( $P=0/05$ ) با اینحال این بررسی نشان داد شانس شدت اضطراب در افراد با زایمان دوم در مقایسه با نداشتن سابقه زایمان افزایش می‌یابد ( $P=0/46$ ). همچنین سابقه سقط نشان‌دهنده ی افزایش شانس شدت اضطراب

**جدول (۳):** ارتباط متغیرهای مورد بررسی با شدت اضطراب در مدل رگرسیون لجستیک رتبه‌ای تک متغیره و چند متغیره در زنان باردار

مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴

متغیرهای مورد بررسی	نسبت شانس تک متغیره	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	نسبت شانس تعدیل شده	سطح معنی‌داری
سن	۰/۹۴	۰/۰۱	۰/۹-۰/۹۸	۰/۹۴(۰/۸۸-۱/۰۰)	۰/۰۷
تعداد حاملگی	۲	۰/۸۳	۰/۵۱-۱/۷۳	۱/۴۹(۰/۴۴-۵/۰۴)	۰/۵۱
	۳	۰/۱	۰/۳۱-۱/۱۲	۱/۹۵(۰/۳۰-۱۲/۳۲)	۰/۴۷
	۴	۰/۴۱	۰/۱۸-۲/۰۱	۲/۶۳(۰/۳۳-۲۰/۸۳)	۰/۳۵
تعداد زایمان	۱	۰/۹۵	۰/۵۶-۱/۸۳	۰/۶۵(۰/۱۶-۲/۵۱)	۰/۵۳
	۲	۰/۰۳	۰/۲۴-۰/۹۵	۳/۴۲(۰/۱۲-۹۲/۶۸)	۰/۴۶
تعداد فرزندان	۱	۰/۸۳	۰/۵۳-۱/۶۷	۱/۶۲(۰/۳۶-۷/۲۴)	۰/۵۲
	۲	۰/۰۱	۰/۲۳-۰/۸۴	۰/۱۷(۰/۰۰-۸/۵۲)	۰/۳۷
سابقه سقط	۱/۷۵	۰/۰۵	۰/۹۸-۳/۱۴	۱/۱۷(۰/۵۰-۲/۷۳)	۰/۷۱
	۰/۵۲	۰/۱۳	۰/۲۲-۱/۲۴		
عوارض حاملگی قبلی	۱/۰۰	۰/۸۲	۰/۹۶-۱/۰۵	۱/۰(۰/۹۹-۱/۰۹)	۰/۰۸
سن بارداری برحسب هفته	زیر دیپلم	۴/۱۵	۱/۵۴-۱۱/۱۳	۳/۰۹(۱/۰۲-۹/۳۲)	۰/۰۴
	دیپلم و بالاتر	۵/۷۶	۲/۱۷-۱۵/۳۰	۲/۶۰(۰/۸۷-۷/۷۶)	۰/۰۸
وضعیت اقتصادی	درآمد متوسط	۰/۸۹	۰/۴۵-۱/۸		
	درآمد بالا	۰/۷۳	۰/۳۴-۱/۶۱		
	کیفیت ازدواج	۰/۹۶	۰/۰۱	۰/۹۵-۰/۹۸	۰/۹۸(۰/۹۶-۱/۰۰)
حمایت اجتماعی	بعد شبکه	۱/۸۹	۱/۳۱-۲/۷۲	۱/۶۶(۱/۰۸-۲/۵۶)	۰/۰۲
	بعد رضایت	۱/۹۵	۱/۴۸-۲/۵۷	۱/۶۳(۱/۱۸-۲/۲۶)	۰/۰۰

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه که به بررسی ارتباط بین حمایت زناشویی، حمایت اجتماعی و اضطراب و نگرانی دوران بارداری با استفاده از تکنیک‌های آماری تک متغیره و چند متغیره و با کنترل اثرات متغیرهای پس زمینه دموگرافیک و بالینی پرداخته بود. رضایت زناشویی را قوی‌ترین متغیر پیش بین اضطراب و نگرانی بارداری نشان داد، یعنی هر چه میزان رضایت زناشویی بالاتر باشد، میزان اضطراب و نگرانی بارداری کم‌تر است. این رابطه قاطعانه گویای نقش بسیار مؤثر همسر در تعدیل و یا وخامت اضطراب و نگرانی بارداری است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های گلریز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۸) و دیمتروسکی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۹)، بابانظری و همکاران (۳۰) هماهنگ است. در این راستا می‌توان گفت که رابطه استرس‌زا و یا مورد آزار قرار گرفتن توسط همسر، می‌تواند موجب افزایش خطر مشکلات روانی برای زن باردار شود (۳۱). بنابراین یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سازگاری زن با فشارهای روانی این دوران حمایت عاطفی همسر و امن بودن محیط زناشویی است (۳۲). نداشتن دلبستگی به محیط خانواده و به‌طور کلی اختلال در روابط زناشویی می‌تواند باعث افزایش اضطراب، بی‌بزاری از بارداری و به دنبال آن کاهش سلامت روان زن باردار گردد (۳۳).

دومین عامل پیش‌بینی اضطراب بارداری، سن مادر بود. هر چه سن مادر در هنگام بارداری پایین‌تر باشد، اضطراب به‌طور معنی‌داری بالاتر است. این یافته با یافته‌های گرین و همکاران (۲۶)، گلریز و همکاران (۲۸)، نیاز و همکاران (۳۴)، داکوستا و همکاران (۳۵)، بابا نظری و همکاران (۳۰) هماهنگ با پژوهش گارنتی و همکاران (۳۶) و منگلی و همکاران (۳۷) و ناهمسو است و نشان می‌دهد باردار شدن در سن بالا یکی از عوامل تهدید کننده سلامت روان مادر است. چرا که افزایش سن با افزایش بیماری‌های مزمن زمینه‌ای و همچنان افزایش خطر بیماری‌های همراه با بارداری و افزایش خطر ناهنجاری جنین، سقط و همچنین با افزایش میزان ناباروری همراه است از سویی مادر باردار با سن بالا و مادران بسیار کم سن دو گروه پرخطری که با حاملگی ناخواسته روبه‌رو هستند که گروه اول به‌دلیل داشتن فرزندان کافی و گروه دوم به‌دلیل عدم آمادگی برای بارداری و تأمین نیازهای نوزاد خود با مشکل رو به رو می‌شوند (۳۸). این امر می‌تواند علت ناهمسو بودن این یافته با سایر پژوهش‌های مرتبط باشد. کارشناسان بر این باورند که زنان حامله با سنین بالا آماده ابتلا به انواع بیماری‌های روانی می‌باشند. این امر موجب بروز

احساسات دوگانه نسبت به نوزاد و تجربه اضطراب و آشفتگی روانی در آنان خواهد شد (۳۹).

سومین عامل پیش‌بینی اضطراب زنان باردار میزان تحصیلات آنان بوده است. هر چه میزان تحصیلات بالاتر باشد، میزان اضطراب بیشتر است. این یافته با یافته‌های رینی<sup>۳</sup> و همکاران (۴۰)، گرین و همکاران (۲۶)، گارنتی و همکاران (۳۶) منگلی و همکاران (۳۷)، بابانظری و همکاران (۳۰) ناهمسو است؛ و با پژوهش‌های نیاز و همکاران (۳۴) و استاتهام و همکاران (۴۱) که رابطه معنی‌داری در این زمینه به دست نیاوردند و پژوهش هاوکینز<sup>۴</sup> و همکاران (۴۲) که در آن تحصیلات بالا با اضطراب بالاتر مربوط بود، هماهنگ است. با توجه به این یافته می‌توان گفت افرادی که تحصیلات بالاتری دارند در صدد دریافت اطلاعات زیادی در مورد بارداری می‌باشند آنها با هجومی از اطلاعات خود را غرق در انبوهی از اطلاعات ضد و نقیص می‌بینند احتمالاً دامنه‌ی وسیعی از این اطلاعات از طریق اینترنت دریافت می‌شود و حجم عظیمی از اطلاعاتی در فضای مجازی که ممکن است هیچگونه مبنی علمی نداشته باشد انتشار می‌گردد و این مباران اطلاعات خود می‌تواند دلیلی بر افزایش اضطراب و نگرانی در زنان باردار تحصیل کرده گردد. گفتنی است چنانچه آگاهی و اطلاعات بیشتر می‌تواند زمینه را برای افزایش اضطراب آماده کند، همانگونه ناآگاهی نسبت به پدیده‌ای می‌تواند اضطراب را باشد. این امر می‌تواند علت ناهم سو بودن این یافته با سایر پژوهش‌های مرتبط باشد.

قابل توجه است که تأثیر حمایت اجتماعی بر اضطراب در یافته‌های ما تأیید شده است و این هم سو با تحقیقاتی است که ارتباط معنی‌داری بین سطوح حمایت اجتماعی کم و اضطراب دوران یافته‌اند بوده است (۲۲، ۲۴). در بین شبکه‌های اجتماعی، همسر به‌عنوان قوی‌ترین عامل یافت شد (۲۲). با توجه به سه بررسی سیستماتیک اخیر که به بررسی شیوع و عوامل خطر اختلالات روانی قبل از تولد در شرق آسیا (۴۳)، در افریقا (۴۴)، و در کشورهای کم‌درآمد (۴۵)، ارتباط بین اختلالات روانی دوران بارداری و کم بودن سطح حمایت همسر در هر دو جمعیت غربی و شرقی، در هر دو کشورهای با درآمد بالا و پایین (۴۳) و در کشورهای توسعه یافته (۴۳) و کشورهای آفریقایی (۴۴) رابطه یافت شد. همچنین در این مطالعه با افزایش زمان ازدواج نمره نگرانی در بررسی تک متغیره کاهش پیدا کرد. می‌توان چنین نتیجه گرفت که مستقل از عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی پشتیبانی شریک زندگی در دوران بارداری یکی از حیاتی‌ترین عوامل مؤثر بر اضطراب و نگرانی دوران

<sup>3</sup>Rini

<sup>4</sup> Hawkins

<sup>1</sup>Glazire

<sup>2</sup>Dimitrovsky

و نگرانی بارداری، تا حد امکان علت پایان بارداری و ارادی یا خود به خودی بودن سقط مشخص شود. از جمله محدودیت‌های طراحی مطالعه، این که از نوع مقطعی بود و مانع نتیجه‌گیری قطعی در مورد جهت روابط و روابط بین علت و معلولی متغیرها بود و همچنین شرکت‌کنندگان این مطالعه زنان واقع در نیمه دوم بارداری را شامل می‌شد که خود می‌توانست باعث سطوح اضطراب و نگرانی بیشتر گردد. از طرفی طولانی بودن پرسشنامه‌ها، وقت زیادی از مادران باردار را به خود اختصاص می‌داد و با توجه به وضعیت جسمی این دوره، برخی از تکمیل آزمون‌ها خودداری می‌کردند. از نقاط قوت این مطالعه نخست، به حداقل رساندن هرگونه اعمال نظر در انتخاب نمونه‌ها و یک اندازه نمونه کافی برای ارائه قدرت آماری رضایت‌بخش بود. اطلاعات به‌دست آمده از این مطالعه می‌تواند کمکی در جهت شناسایی زنان در معرض خطر تجربه استرس بالا و نیازمند به حمایت و پشتیبانی داشته باشد.

به نظر می‌رسد متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید با بررسی کیفیت ارتباط زوج و شناسایی زمینه‌های تعارضات زناشویی و به‌ویژه شامل ارتباط ضعیف در مورد مسائل حاملگی و بارداری و مشکلات تصمیم‌گیری‌های مربوط به آن باید آگاه باشند عوامل خطر در این مطالعه می‌تواند پزشکان را برای مورد هدف قرار دادن زنان باردار در معرض خطر یاری کند. بنابراین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و ماماها باید آموزش‌های خاصی در جهت تشخیص و مدیریت اضطراب و نگرانی دوران بارداری را دریافت کنند و با افزایش اجرای مداخلات و خدمات مشاوره برای زنان باردار در جهت کاهش بار روانی در دوران بارداری تلاش کنند. که اجرای مداخلات مشاوره به‌جز در موارد مربوط به مسائل مالی و فقر ممکن است در کاهش اضطراب مؤثر باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با IR.umsu.rec.1394.75 دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و تمامی مادرانی که در این مطالعه شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

بارداری است. باین‌حال در سایر مطالعاتی که نتایج حاصل از یک بررسی سیستماتیک که به بررسی عوامل خطر افسردگی دوران بارداری پرداخته بود به این نتیجه رسیدند که بین سطوح کم حمایت اجتماعی و افسردگی ارتباط ضعیفی وجود دارد (۲۳). فقدان ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و نگرانی دوران بارداری ممکن است به دلیل این واقعیت است که زنان باردار ترجیح می‌دهند وضعیت و یا مشکل خود را پنهان کنند (به‌عنوان مثال تست غربالگری مثبت برای سندرم داوون) که در این صورت واکنش دریافتی از شبکه‌های اجتماعی نه تنها به‌عنوان وضعیت حمایتی نخواهد بود بلکه به نظر می‌رسد که شبکه‌های اجتماعی ممکن است به‌طور هم‌زمان منبع فشار و تشدید استرس نیز باشند.

تحلیل رگرسیون چند متغیره رابطه‌ای بین اضطراب و نگرانی دوران بارداری با سطح اقتصادی نشان نداد. شاید بتوان گفت سطح اجتماعی - اقتصادی به خودی خود سبب تجربه اضطراب بارداری نمی‌شود، بلکه سایر مسائل روانی - اجتماعی چون رضایت زناشویی ضعیف، سن و تحصیلات پایین در ایجاد تفاوت در میزان اضطراب اثرگذار باشد.

همچنین افزایش تعداد زایمان و بارداری و تعداد فرزندان با افزایش نگرانی دوران بارداری و اضطراب همراه بود، این یافته همسو با مطالعه بابانظری و همکاران (۳۰)، در این مطالعه مادرانی که بارداری چندم را تجربه می‌کردند، به‌طور معنی‌داری اضطراب بالاتری از مادران اول‌زا داشتند. چنان که پژوهش فیگوردو<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) نشان داده است که نشانه‌های اضطراب و افسردگی در مادرانی که برای بار دوم باردار شده‌اند بیشتر از مادرانی است که برای بار اول باردار شده‌اند، همچنین شواهدی وجود دارد که چند زها در معرض خطر سطح اضطراب بالاتر در بارداری هستند (۴۶، ۴۷). اما با پژوهش گارنتی و همکاران که رابطه معنی‌داری در این زمینه به دست نیاوردند ناهمسو است (۳۶).

همچنین مطالعه حاضر بیانگر ارتباط بین سابقه سقط و میزان اضطراب بود. این در حالی است که در این پژوهش، علت سقط‌ها مورد پرسش قرار نگرفته و خودبه‌خودی یا ارادی بودن آن پرسیده نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده اضطراب

### References:

1. Burroughs A, Leifer G. Maternity nursing: an introductory text: Saunders; 2001.

2. Cahill HA. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. J Adv Nurs 2001;33(3):334-42.

<sup>5</sup> Figueiredo



3. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K, Griva F, Vaslamatzis G. Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2012;40(4):581-3.
4. Spielberger CD. *Anxiety and behavior*: Academic Press; 2013.
5. Kelly WE. Worry and sleep length revisited: Worry, sleep length, and sleep disturbance ascribed to worry. *J Genetic Psychol* 2002;163(3):296-304.
6. Littleton HL, Bye K, Buck K, Amacker A. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *J Psychosomatic Obstet Gynecol* 2010;31(4):219-28.
7. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2004;104(3):467-76.
8. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Könönen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001;98(5):820-6.
9. Arai y, Ueda W, Ushida T, Kandatsu N, Ito H, Komatsu T. Increased heart rate variability correlation between mother and child immediately pre-operation. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53(5):607-10.
10. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol* 2004;159(9):872-81.
11. Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32(6):1073-86.
12. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: Hearing before the genva:World Health Organization Report; 2008.
13. group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1403-9.
14. Kelly WE. An investigation of worry and sense of humor. *J Psychol* 2002;136(6):657-66.
15. Hobel CJ, Dunkel-Schetter C, Roesch SC, Castro LC, Arora CP. Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(1):S257-S63.
16. Avni-Barron O, PS. W. Understanding the Causes to Make Better Treatment Decisions. *Psychiatr Times* 2011; Sep;47-50 (Treating Anxiety Disorders in Pregnancy).
17. QIAO YX, Wang J, Li J, Ablat A. The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49(2):185-90.
18. Faisal-Cury A, Menezes PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Women's Mental Health* 2007;10(1):25-32.
19. Organization WH. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting, Geneva, Switzerland: 30 January-1 February, 2008.
20. Mosalanezhad L, Khakbazan Z, Gholami E. The Assessing Mental Health in Pregnancy And Relative Psychopathologic Factor in Jahrom. 2007.
21. 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.
22. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population

- based study in rural Bangladesh. *BMC women's Health* 2011;11(1):22.
23. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(1):5-14.
  24. Roos A, Faure S, Lochner C, Vythilingum B, Stein D. Predictors of distress and anxiety during pregnancy. *Afr J Psychiatry* 2013;16(2):118-22.
  25. Faisal-Cury A, Savoia MG, Menezes PR. Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *Spanish J Psychol* 2012;15(01):295-305.
  26. Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol* 2003;8(6):753-64.
  27. Öhman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian J Caring Sci* 2003;17(2):148-52.
  28. Glazier R, Elgar F, Goel V, Holzzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosomatic Obstet Gynecol* 2004;25(3-4):247-55.
  29. Dimitrovsky L, Levy-Shiff R, Schattner-Zanany I. Dimensions of depression and perfectionism in pregnant and nonpregnant women: Their levels and interrelationships and their relationship to marital satisfaction. *J Psychol* 2002;136(6):631-46.
  30. Babanazari L, Kafi M. Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;14(2):206-13.
  31. Romans SE, Seeman MV. *Women's mental health: A life-cycle approach*: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
  32. Bahadoran P, Asefi F, Oreyzi H, Valiani M. The effect of participating in the labor preparation classes on maternal vitality and positive affect during the pregnancy and after the labor. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010;15(Suppl1):331.
  33. Bahadoran P, Mohamad Alibeigi N. Stress and anxiety in pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010;10(2).
  34. Niaz S, Izhar N, Bhatti M. Anxiety and depression in pregnant women presenting in the OPD of a teaching hospital. *Pakistan J Med Sci* 2004;20(2):117-9.
  35. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J Psychosom Res* 1999;47(6):609-21.
  36. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Sandall J. Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women. *Midwifery* 2014;30(6):628-35.
  37. Mangoli M, Ramezani T, Mohammad Alizadeh S. Screening mental disorders in pregnancy. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2003;8(4):45-55.
  38. Davies S. Teenage pregnancy, teenage sex and the consequences. Retrieved June 2000;30:2008.
  39. Betts KS, Williams GM, Najman JM, Alati R. The relationship between maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy and adult offspring behavioral and emotional problems. *Depression and anxiety* 2015;32(2):82-90.
  40. Rini CK, Dunkel-Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychol* 1999;18(4):333.
  41. Statham H, Green JM, Kafetsios K. Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth* 1997;24(4):223-33.
  42. Hawkins M, Dipietro JA, Costigan KA. Social class differences in maternal stress appraisal during

- pregnancy. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1999;896(1):439-41.
43. Schatz DB, Hsiao M-C, Liu C-Y. Antenatal depression in East Asia: a review of the literature. *Psychiatry Invest* 2012;9(2):111-8.
44. Sawyer A, Ayers S, Smith H. Pre-and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *J Affect Disord* 2010;123(1):17-29.
45. 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):139-49.
46. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J Affect Disord* 2011;132(1):146-57.
47. 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):142-8.

## ANTENATAL ANXIETY AND PREGNANCY WORRIES IN ASSOCIATION WITH MARITAL AND SOCIAL SUPPORT

Samira Barjasteh<sup>1</sup>, Fatemeh Moghaddam Tabrizi<sup>\*2</sup>

Received: 18 Apr, 2016; Accepted: 28 Jun, 2016

### Abstract

**Background & Aims:** A wide range of psychosocial variables may influence pregnant women's psychological status. However the association between marital and social support, anxiety and worries during pregnancy is a relatively neglected area of research. Therefore, the aim of this study was to examine the relationship between marital support, social support, antenatal anxiety and pregnancy worries after controlling for the effects of background variables.

**Material & Methods:** In a descriptive cross-sectional study, 214 pregnant women attending in Health Centers for prenatal care in the city of Urmia, Iran were selected using convenience sampling, then they were evaluated using Spielberger state- Trait Anxiety Inventor) STAI). Pregnancy worries were measured with the Cambridge Worry Scale, social support with the Social Support Questionnaire-6 and marital satisfaction with the marital quality scale. Data were analyzed using liner regression and ordinal logistic regression.

**Results:** The average age of participating in the study was  $27/62 \pm 5/47$ . 86/4% of women had low concern, and 13/6% had high concern. 7% of women had lower-middle anxiety, 22/9% moderate to high anxiety, and 4.44% moderately severe anxiety, and 25.7% had severe anxiety. Low marital satisfaction was significantly related to pregnancy worries ( $P=0/01$ ). In addition, age ( $Pvalue=0/07, OR=0/94$ ,  $CI=0/88-1/00$ ), gestational age ( $Pvalue=0/35, OR=2/63$ ,  $CI= 0/33 -20/83$ ), abortion ( $Pvalue=0/71$ ,  $OR=1/17$ ,  $CI= 0/50 -2/73$ ), education ( $Pvalue=0/08$ ,  $CI=2/60$ ,  $OR=0/87 - 7/76$ ) and marital satisfaction ( $Pvalue=0/05$ , ( $OR= 0/98$   $CI= 0/96 - 1/00$ ) were significantly related to anxiety. Primiparus in comparison with nulliparus women were significantly related to lower anxiety. And low marital satisfaction was significantly related to anxiety and high social support (SSQ-Network ( $Pvalue=0/02$ ,  $OR=1/66$   $CI= 1/08 - 2/56$ ) and SSQ-Satisfaction ( $Pvalue=0/003$ ,  $OR=1/63$ ,  $CI= 1/18-2/26$ ) were significantly related to low anxiety.

**Conclusion:** The risk factors found in this study could help clinician's target anxiety screening to high-risk populations of pregnant women. Health care professionals and midwives in particular should be trained in the detection and management of anxiety and worries during pregnancy. Planning preventive and supportive programs for pregnant women is necessary.

**Keywords:** Antenatal anxiety, Pregnancy worries, marital satisfaction, Social support

**Address:** Urmia, Urmia University of Medical Sciences

**Tel:** (+98) 04432754963

**Email:** fntabrizi@yahoo.com

<sup>1</sup> Student of Counseling in Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor of Maternal and Child Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran  
(Corresponding Author)