

# درک و تجارب زنان باردار در مواجهه با پاندمی

## کووید-۱۹: مطالعه کیفی

دکتر رقیه بایرامی<sup>۱\*</sup>، سمیرا ابراهیمی<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

### خلاصه

**مقدمه:** مادران باردار یکی از گروه‌هایی هستند که باید در پاندمی کووید-۱۹ مورد توجه قرار گیرند. با دانستن تجارب و مصادیق نگران‌کننده برای مادران باردار در این دوره، می‌توان به راهکارهایی برای بهبود سلامت و کیفیت زندگی دست یافت و برنامه‌ریزی لازم را برای ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری انجام داد. مطالعه حاضر با هدف تبیین درک و تجربه زنان باردار در مواجهه با پاندمی کووید-۱۹ انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کیفی از اردیبهشت تا مهر ماه سال ۱۳۹۹ در مراکز جامع سلامت شهر ارومیه ایران انجام گرفت. داده‌ها با انجام ۱۴ مصاحبه تلفنی نیمه ساختار یافته عمیق انفرادی جمع‌آوری شد. مشارکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف تا رسیدن به اشباع اطلاعات از بین زنان باردار انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی با نرم‌افزار MAXqda (نسخه ۱۰) انجام شد.

**یافته‌ها:** از تحلیل داده‌ها ۵۸۰ کد اولیه و چهار طبقه اصلی شامل: تغییر در سبک زندگی (تغییر در فعالیت‌های روزمره، انزوا و فاصله‌گذاری اجتماعی)، آثار روان‌شناختی تجربه شده (نگرانی از سلامت بارداری، ترس از ابتلاء اعضای خانواده به بیماری، استرس مالی، سردرگمی از نشر اطلاعات)، حمایت‌طلبی (نیاز به حمایت اطرافیان، نیاز به حمایت پرسنل بهداشتی) و تغییر در فرآیند مراقبت‌های بارداری (عدم مراجعه به مراکز دولتی، کاهش دفعات مراقبت‌های بارداری) حاصل شد.

**نتیجه‌گیری:** پاندمی کووید-۱۹ پتانسیل قابل‌توجهی در تغییر سبک زندگی، مراقبت‌های روتین بارداری و حالات روان‌شناختی زنان باردار دارد، بنابراین لازم است ماماها به‌صورت غیرحضور و تلفنی، آموزش و مشاوره‌های لازم را در خصوص خودمراقبتی‌ها و کاهش اضطراب و استرس به مادران باردار ارائه دهند.

**کلمات کلیدی:** بارداری، تجربه، کووید-۱۹، مطالعه کیفی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر رقیه بایرامی؛ مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. تلفن:

۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۴، پست الکترونیک: bayrami.r@umsu.ac.ir

## مقدمه

بیماری کووید-۱۹ بیماری عفونی است که توسط ویروس جدیدی که قبلاً شناخته نشده است؛ ایجاد گردیده است (۱). دوران کمون بیماری، ۳-۱۴ روز می‌باشد و به‌طور متوسط در طی ۴-۵ روز پس از تماس، علائم آشکار می‌شود. طیفی از بیماری بی‌علامت تا پنومونی شدید، سندرم دیسترس حاد تنفسی و مرگ ممکن است ایجاد شود. در حدود ۸۰٪ موارد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ به‌صورت بی‌علامت، علائم خفیف تا متوسط دارند و در حدود ۲۰٪ موارد مبتلایان با علائم شدید و نیاز به بستری مراجعه می‌کنند که از این میان، در حدود ۵٪ موارد شرایط بیمار بحرانی شده و ممکن است نیازمند بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه باشد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، میزان مرگ‌ومیر بیماران در فاز شدید حدود ۱۵٪ و در فاز بحرانی در حدود ۵۰٪ می‌باشد (۲). این ویروس مانند سایر بیماری‌های عفونی از طریق قطرات تنفسی یا تماس مستقیم با فرد آلوده منتقل می‌شود (۳). بخش قابل توجهی از افراد آلوده به ویروس کرونا بدون علامت و یا دارای علائم غیراختصاصی بیماری بوده و می‌توانند به‌عنوان منبع بالقوه عفونت، ویروس را در جامعه گسترش دهند (۴). نتیجه مطالعه زو و همکاران (۲۰۲۰) در چین نشان داد که بار ویروس در نواحی نازوفارنکس در افراد بدون علامت به اندازه بیماران علامت‌دار است و این یافته‌ها نشان می‌دهد که بیماران بدون علامت نقش اصلی را در انتقال عفونت در جامعه ایفا می‌کنند (۵). از آنجا که فعلاً دارو و واکسن قابل دسترسی برای این بیماری وجود ندارد؛ بنابراین بهترین راه مبارزه با این ویروس مسری با کشندگی بالا، در نظر گرفتن اقدامات پیشگیرانه و روش‌هایی غیر از واکسن است. اقدامات پیشگیرانه برای کنترل و کاهش خطرات عفونت که توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است شامل: ماندن در خانه، اجتناب از رفتن در مکان‌های شلوغ، شستن مرتب دست‌ها به مدت ۲۰ ثانیه با آب و صابون، عدم لمس دهان، بینی و چشم‌ها با دست‌های کثیف، داشتن فاصله حداقل یک متری، استفاده از ماسک برای پوشاندن دهان و بینی خود می‌باشد (۶). ایران بعد از

سه کشور چین، کره جنوبی و ایتالیا جزو ۱۲ کشور نخست ابتلاء به این بیماری می‌باشد (۷). پس از انتشار بیماری کووید-۱۹ در ایران، اقداماتی مانند تعطیلی مدارس، توجه به زنان باردار، افراد مبتلا به بیماری مزمن و سالمندان انجام گرفت است. دورکاری کارمندان، محدودیت سفرهای بین شهری، تبدیل برخی مراکز بهداشتی به مراکز تشخیصی کرونا، قرنطینه خانگی و در برخی موارد منع رفت‌وآمد برای کنترل انجام شده است. عدم درک کافی از بیماری و کسب اطلاعات نادرست منجر به ترس، استرس و اضطراب در افراد می‌شود (۸)، افزایش تعداد بیماران، موارد مشکوک، افزایش مرگ‌ومیر و افزایش استان‌های تحت تأثیر این بیماری و ترس از موارد ناشناخته به دلیل پاندمی، از عوامل ایجاد ترس و استرس در افراد جامعه در نظر گرفته شده است. به دلیل گسترش و تأثیر آن در جهان و ایران، این روند به‌ویژه در زنان باردار در معرض خطر بیشتر افزایش می‌یابد، زیرا آنها نگران امنیت خود و جنین هستند. اطلاعات مربوط به بیماری کووید-۱۹ و عوارض آن در دوران بارداری محدود است (۱۰). با این حال، زنان باردار ممکن است به دلیل سایر بیماری‌های مرتبط با ویروس کرونا (سارس و مرس) و اثرات آن بر بارداری، یک جمعیت پرخطر برای بیماری کووید-۱۹ در نظر گرفته شوند (۱۱). بارداری برای مادران، علی‌رغم انجام مراقبت‌های مربوطه، همواره توأم با چالش روانی بوده است که بر وضعیت روحی- روانی آنان بسیار تأثیرگذار است. مطالعه میزراک و همکار (۲۰۲۱) در کشور ترکیه نشان داد که اغلب مادران در شرایط پاندمی کرونا از جنبه‌های اجتماعی و پزشکی خود در طول دوران بارداری نگران بودند (۱۲). همچنین در مطالعه یان و همکاران (۲۰۲۰) میزان اختلالات روانی زنان در دوره بارداری و پس از زایمان بیشتر بود (۱۳). در این راستا شرایط محیطی می‌تواند تجارب متفاوتی را در زنان ایجاد نماید. بنابراین با توجه به کمبود اطلاعات و تجربه با ویروس‌های دیگر (مانند سارس و مرس)، کوشش در ارزیابی و ارتقاء سلامت مادران باردار ضروری است (۱۴). با توجه به شرایط حرفه‌ای، پژوهشگر در حوزه کاری خود مشاهده می‌کرد که زنان باردار به‌عنوان یکی از

مطالعه مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۱۴ زن باردار انجام یافت. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ به‌گونه‌ای که داده جدیدی از مصاحبه‌ها به‌دست نیامد و داده‌ها فقط تکرار داده‌های جمع‌آوری شده قبلی بودند. به‌دلیل محدودیت‌های ایجاد شده و رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی در شرایط پاندمی کرونا در مراکز جامع سلامت برای حضور محقق و زنان باردار، برای انتخاب مشارکت‌کنندگان در مراکز فراخوان داده شد و جمع‌آوری اطلاعات هم از طریق مصاحبه تلفنی انجام گرفت. با توجه به تقسیم‌بندی مراکز جامع سلامت ارومیه به سه سطح اقتصادی-اجتماعی بالا، متوسط و پایین، از هر سطح یک مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب شد. در فراخوان هدف و روش کار و همچنین شماره تماس پژوهشگر نوشته شد. زنان بارداری که تحت پوشش مراکز بوده و برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به مرکز مراجعه کرده و متمایل به شرکت در پژوهش بودند، به پژوهشگر پیام داده و رضایت خود را اعلام نمودند. سپس محقق با افراد تماس تلفنی گرفته و ضمن معرفی خود و توجیه افراد در مورد اهداف طرح در مورد مشخصات فردی اجتماعی از قبیل سن، سن بارداری، میزان تحصیلات و شغل و همچنین تسلط به زبان فارسی سؤال می‌کرد. مشارکت‌کنندگان از بین داوطلبین به‌صورت هدفمند و با رعایت حداکثر تنوع در مشخصات فردی اجتماعی انتخاب می‌شدند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا به تمام مشارکت‌کنندگان درباره هدف و نحوه انجام مطالعه توضیح داده می‌شد و بعد از توافق، برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه اخذ می‌گردید و اطمینان لازم در مورد حفظ گمنامی و محرمانه بودن اطلاعات و فایل‌های صوتی به آنان داده می‌شد. نمونه‌ها حق کناره‌گیری در طول مطالعه و هر زمان که می‌خواستند را داشتند. سپس محقق با مشارکت‌کنندگان در زمان مناسب برای انجام مصاحبه به توافق می‌رسید و در زمان هماهنگ شده، مصاحبه تلفنی انجام و ضبط می‌شد. از بین داوطلبین با ۴ نفر به‌دلیل عدم تسلط کامل به زبان فارسی و همچنین عدم تنوع در سطح تحصیلات و سن بارداری مصاحبه انجام نشد.

گروه‌های پرخطر با چالش‌های متعددی در دوره پاندمی کرونا مواجه بودند. از طرف دیگر پژوهشگر با توجه به آشنایی و تبحر در پژوهش‌های کیفی دریافت که بررسی تجارب مادران باردار با روش‌های کیفی، درک عمیقی را از تجارب آنان فراهم می‌کند؛ به‌طوری‌که با دانستن مصادیق نگران‌کننده مادران باردار، می‌توان به راهکارهایی برای بهبود سلامت و کیفیت زندگی و ارتقاء مراقبت‌های بارداری دست یافت و برای برنامه‌ریزی در مراقبت‌های دوران بارداری نه تنها برای پیشگیری از خطر، بلکه برای ارتقاء سلامت مادران بهره جست (۱۵). درک عمیق این پدیده در شرایط بحرانی کنونی می‌تواند برای مسئولین بهداشتی درمانی در اتخاذ تصمیمات مناسب در جهت رفع محدودیت‌ها و چالش‌های موجود و ارائه مراقبت‌های باکیفیت و ایمن به مادران کمک کننده باشد. مطالعه حاضر با استفاده از رویکرد کیفی انجام شد؛ چراکه اگرچه تحقیقات کمی قادر به شرح رابطه علت و معلولی می‌باشند، ولی نمی‌توانند داده‌های غنی حاصل از درک پدیده‌ها در شرایط طبیعی را تولید نمایند. کسب درک عمیق در مورد چرایی و چگونگی پدیده‌ها، از طریق مطالعات کیفی قابل دستیابی است (۱۵)، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین درک و تجارب مادران باردار در مواجهه با اپیدمی کووید-۱۹ در شهر ارومیه انجام گرفت.

## روش کار

این مطالعه کیفی به‌روش تحلیل محتوا از فروردین تا مهر ماه ۱۳۹۹ در شهر ارومیه ایران انجام گرفت. این روش به‌عنوان روشی سیستماتیک به‌منظور توصیف عمیق پدیده به‌کار رفته است و برای بررسی تجارب افراد نسبت به موضوعی خاص مناسب است و زمانی بیشتر کاربرد دارد که تئوری و مطالعات موجود در رابطه با پدیده مورد مطالعه محدود باشد (۱۶، ۱۷).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت ارومیه بودند که تسلط به زبان فارسی داشته و متمایل به شرکت در پژوهش و بیان اطلاعات خود بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز انصراف مشارکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش از همکاری و شرکت در مصاحبه بود. در این

جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه با سؤال آغازین لطفاً در مورد بیماری کووید برام بگید؟ شروع میشد و سپس با سؤال لطفاً در مورد تجاربانتان در این دوره صحبت کنید؛ ادامه می‌یافت. سؤالات بعدی با توجه به توصیف‌های ارائه شده توسط شرکت‌کنندگان و به‌منظور عمق بخشیدن به آنها پرسیده می‌شد. پرسش‌های زیر نمونه‌ای از این گونه سؤالات می‌باشد: ممکن است در این مورد توضیح بیشتری بدهید؟ منظور شما از این جمله چیست؟ در پایان مصاحبه از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد تا اگر حرف نگفته‌ای دارد، بیان نماید و در نهایت پس از تشکر و قدردانی از مشارکت‌کننده در خصوص احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی نیز صحبت می‌شد. طول مدت هر مصاحبه کامل به‌طور متوسط ۴۷ دقیقه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به‌روش تحلیل محتوای قراردادی بر اساس روش پیشنهادی گرانهیم و لاندمن با نرم‌افزار MAXqda (نسخه ۱۰) انجام شد. در این روش ۵ مرحله را برای تحلیل داده‌های کیفی به شرح ذیل پیشنهاد کرده‌اند ۱- مکتوب کردن کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، ۲- خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن، ۳- تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، ۴- طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و ۵- تعیین محتوای نهفته در داده‌ها (۱۷). پس از اتمام هر مصاحبه، متن آن در اولین فرصت به‌صورت کلمه به کلمه دست‌نویس و تایپ می‌شد و سپس چندین بار متن‌های نوشته شده مطالعه و کدهای اولیه استخراج می‌گردید. پس از آن، کدهای اولیه‌ای که مربوط به هم بودند با هم ادغام و بر اساس شباهت‌ها، طبقات را تشکیل دادند که در نهایت مفاهیم نهفته در داده‌ها استخراج شد. روند کار بدین‌صورت بود که پس از مطالعه دقیق و تحلیل اولیه متن هر مصاحبه، جهت انجام مصاحبه بعدی برنامه‌ریزی می‌شد. کدهای توسط نویسنده اول انجام می‌گرفت.

در این مطالعه جهت تأیید صحت یافته‌ها، از معیارهای بیان شده توسط اعتبار یا مقبولیت گوبا و لینکلن

قابلیت اعتماد یا همسان بودن<sup>۱</sup>، انتقال‌پذیری<sup>۲</sup> و تأییدپذیری<sup>۳</sup> استفاده شد (۱۸). برای افزایش اعتبارپذیری<sup>۴</sup> یافته‌ها از روش‌های مختلفی مانند تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و چک کردن یافته‌ها با شرکت‌کنندگان استفاده شد؛ بدین‌صورت که پژوهشگر با مشارکت‌کنندگان ارتباط طولانی‌مدت داشت که به جلب اعتماد آنها کمک می‌کرد. بعد از تشکیل کدهای اولیه از نظرات شرکت‌کنندگان جهت صحت کدها و تفاسیر، اطمینان حاصل می‌شد و در صورتی که کدها با نظرات شرکت‌کنندگان مغایرت داشت، اصلاح صورت می‌گرفت. بازنگری توسط همکار، روش دیگری بود که برای تأیید اعتبار پژوهش‌های کیفی به‌کار گرفته شد؛ بدین‌صورت که تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیئت علمی آشنا با نحوه پژوهش‌های کیفی که ارتباطی با این مطالعه ندارند، قرار داده شد تا تحت نظارت و ارزیابی قرار گیرند. برای تأمین اعتماد یافته‌ها از روش ناظر خارجی برای بررسی احتمال درک مشابه او با پژوهشگر و جستجو برای موارد مغایر استفاده شد. این مسأله از طریق ارائه کدهای اولیه از تفسیر تجارب شرکت‌کنندگان، مثال‌هایی از چگونگی استخراج طبقات و گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات صورت گرفت. به‌منظور تأمین انتقال‌پذیری تحقیق، نتایج به افرادی که در تحقیق شرکت نداشتند، ارائه گردید تا درباره وجود تشابه بین نتایج پژوهش و تجارب خود اعلام نظر نمایند. جهت حصول تأییدپذیری، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده، چگونگی شکل‌گیری طبقات و درون‌مایه ارائه گردید تا ناظران خارجی و افرادی که در تحقیق شرکت نداشتند، بتوانند تأییدپذیری داده‌ها را بررسی نمایند. مطالعه حاضر در کمیته منطقه‌ای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد IR.UMSU.REC.1399.056 مورد تأیید قرار گرفت.

<sup>1</sup> Crediability

<sup>2</sup> Dependability

<sup>3</sup> Transferability

<sup>4</sup> Confirmability

## یافته‌ها

پس از تحلیل داده‌ها و استخراج کدهای اولیه، اطلاعات در ۴ طبقه اصلی و ۱۰ زیرطبقه جای گرفتند (جدول ۲) که ذیلاً به شرح آنها پرداخته می‌شود.

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۲۷/۹۲±۰/۹ سال (محدوده سنی ۲۰-۳۸) و میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان از راهنمایی تا لیسانس بود (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات زنان شرکت‌کننده در پژوهش

شماره مشارکت‌کننده	سن	تعداد بارداری	تحصیلات	شغل	سن بارداری
۱	۲۶	۲	دبیرستان	خانه‌دار	۳۹ هفته
۲	۳۱	۳	راهنمایی	خانه‌دار	۲۷ هفته
۳	۳۸	۳	راهنمایی	خانه‌دار	۱۳ هفته
۴	۳۸	۱	دیپلم	خانه‌دار	۳۱ هفته
۵	۲۸	۱	لیسانس	شاغل	۱۳ هفته
۶	۲۰	۱	راهنمایی	خانه‌دار	۳۶ هفته
۷	۲۸	۳	ابتدایی	خانه‌دار	۱۳ هفته
۸	۲۷	۲	دیپلم	خانه‌دار	۳۶ هفته
۹	۳۰	۱	لیسانس	دانشجو	۳۰ هفته
۱۰	۲۳	۱	لیسانس	شاغل	۲۳ هفته
۱۱	۲۳	۲	راهنمایی	خانه‌دار	۳۲ هفته
۱۲	۲۸	۲	دیپلم	خانه‌دار	۲۳ هفته
۱۳	۱۸	۱	راهنمایی	خانه‌دار	۲۰ هفته
۱۴	۳۳	۲	دبیرستان	خانه‌دار	۱۶ هفته

جدول ۲- طبقات و زیرطبقات استخراج شده از داده‌ها

زیرطبقات	طبقات
تغییر در فعالیت‌های روزمره انزوا و فاصله‌گذاری اجتماعی	تغییر در سبک زندگی
ترس از ابتلاء اعضای خانواده به بیماری نگرانی از سلامت بارداری استرس مالی سردرگمی از نشر اطلاعات	آثار روان‌شناختی تجربه شده
نیاز به حمایت اطرافیان نیاز به حمایت از جانب پرسنل بهداشتی	حمایت‌طلبی
عدم مراجعه به مراکز دولتی کاهش دفعات مراقبت‌های بارداری	تغییر در مراقبت‌های روتین بارداری

جدول ۳- نحوه استخراج طبقات از واحدهای معنایی

زیرطبقه	نمونه‌ای از کدهای اولیه	نمونه‌ای از نقل قول	طبقه
ترس از ابتلاء اعضای خانواده به بیماری	ترس از ابتلاء شوهر به کرونا، ترس از ابتلاء مادر به کرونا	"ترس من از اینکه شوهرم که پرستاره آلوده بشه. اگه اتفاقی برای اون بیفته من چیکار کنم؟ خیلی نگرانم...". مشارکت‌کننده دیگری گفته بود: "من خودم خیلی رعایت می‌کردم و هیچ استرسی از اینکه خودم کرونا بگیرم نداشتم. من نگران بقیه بودم. مادرم بیماری قلبی داره دائم نگرانم اگه بگیره چیکار کنیم"	آثار روان‌شناختی تجربه شده
نگرانی از سلامت بارداری	نگرانی از آلوده شدن جنین به ویروس کرونا، دیدن	"من دائم نگران بودم که نکنه جنین آلوده و در نهایت سقط بشه. شب‌ها همه‌اش کابوس می‌دیدم" (مشارکت‌کننده ۳۸ ساله، تعداد	نگرانی از سلامت بارداری

کابوس شبانه، داشتن استرس زیاد، نگرانی از اتفاق ناگوار برای خود و جنین

بارداری ۲، تحصیلات دبیرستان). مشارکت کننده دیگری گفته بود: "خیلی استرس می‌گرفتم با خودم می‌گفتم خدایا چه بلایی قراره سر من و بچه‌ام بیاد، چون من به مدت ۳ ساله هم باردار نمی‌شدم، استرسم خیلی بیشتر بود"

## الف- تغییر در سبک زندگی

تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان به این موضوع اشاره کرده بودند که پاندمی کووید-۱۹ بر فعالیت‌های روزمره و همچنین زندگی اجتماعی آنها تأثیر گذاشته بود. این طبقه شامل دو زیرطبقه به شرح زیر بود:

### ۱- تغییر در فعالیت‌های روزمره

آنالیز داده‌ها نشان داد فعالیت‌های روزمره زنان در منزل در دوره پاندمی کووید-۱۹ تغییر پیدا کرده بود. مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت: "من برای پیشگیری از بیماری، شستشوی مکرر دست‌ها با آب و صابون و الکل را انجام می‌دادم، سطوح، دستگیره‌ها را با وایتکس ضدعفونی می‌کردم و هر چی از بیرون می‌خریدیم، می‌شستم و ضدعفونی می‌کردم" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، تعداد بارداری ۱، تحصیلات لیسانس).

برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار کردند به دلیل شرایط کرونایی فعالیت‌هایی مانند پیاده‌روی روزانه را کنسل کرده بودند. مشارکت‌کننده‌ای گفته بود: "من هر روز برای گردش و پیاده‌روی بیرون می‌رفتم که در این وضعیت این کارو انجام نمی‌دادم" (مشارکت‌کننده ۳۰ ساله، تعداد بارداری ۱، تحصیلات لیسانس).

### ۲- انزوا و فاصله‌گذاری اجتماعی

در مطالعه حاضر اکثریت زنان باردار از محدودیت رفت‌وآمد اجتماعی صحبت کرده بودند؛ به طوری که یکی از آنها گفت: "رفت‌وآمد رو قدغن کردیم. الان برادر شوهر و پدرشوهرم همگی تو یه ساختمون هستیم، ولی هیچکس خونه اون یکی نمیره، هرکی تو واحد خودش. در واقع هر کی تو واحد خودش حبس شده" (مشارکت‌کننده ۳۸ ساله، تعداد بارداری ۲، تحصیلات دبیرستان).

مشارکت‌کننده دیگری اظهار داشت: "صبح تا شب خونه بودم. اولش با خودم می‌گفتم خوبه فصل بهار رو با دوستان و فامیلم میرم گردش. میرم پارک و بیرون، روزام رو با تفریح شب می‌کنم، اما به خاطر کرونا نرفتم،

دیگه موندم خونه" (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، تعداد بارداری ۲، تحصیلات دیپلم).

بنا به اظهار مشارکت‌کنندگان، دوره بارداری مرحله‌ای است که زن دوست دارد اطرافیان را در کنار خود ببیند و ارتباطش با آنها بیشتر باشد، ولی پاندمی کرونا این موقعیت را برای آنها حذف کرده بود. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: "آدم دوست داره اطرافیانش کنارش باشه و اونا رو زود به زود ببینه. اصلاً به اونا نیاز داره. تو این دوران واقعاً دوست دارم نزدیک‌ترین کسم که خواهرمه پیشم باشه، ولی خب نمیشه تو این شرایط" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، تعداد بارداری ۱، تحصیلات لیسانس).

### ب- آثار روان‌شناختی تجربه شده

در پاندمی کووید-۱۹ اکثر مشارکت‌کنندگان نگران سلامتی بارداری خود بودند. همچنین می‌ترسیدند مبادا عزیزانشان مبتلا به بیماری شده و بمیرند. شرایط بد اقتصادی خانواده هم به دلیل متأثر شدن اکثر مشاغل از پاندمی و همچنین پراکندگی اطلاعات در زمینه بیماری باعث نگرانی و استرس‌های متعدد در اکثر زنان باردار بود. این طبقه شامل چهار زیرطبقه به شرح زیر بود:

#### ۱- نگرانی از سلامت بارداری

یکی از زیرطبقات آثار روان‌شناختی تجربه شده در دوره پاندمی کووید-۱۹، نگرانی از سلامت بارداری بود. مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که با سیلی از ترس‌ها و نگرانی‌ها در مورد بیماری کرونا مواجه بوده‌اند. آنها نگران بودند که خود و یا جنین‌شان آلوده به ویروس شده و در نتیجه پیامد بارداری بدی داشته باشند.

تعدادی از نقل‌قول‌ها به قرار زیر بودند: "من دائم نگران بودم که نکنه جنین آلوده و در نهایت سقط بشه. شب‌ها همه‌اش کابوس می‌دیدم" (مشارکت‌کننده ۳۸ ساله، تعداد بارداری ۲، تحصیلات دبیرستان).

گذاشته بود. مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت: "حالا به‌علت شرایط کرونا اکثر کسب‌وکارها و درآمدها کم شده. هزینه زندگی به کنار، قسط وام و کرایه منزل یه مشکل بزرگی برامون شده، هم من و هم همسرم خیلی استرس کشیدیم" (مشارکت‌کننده ۳۸، ساله، تعداد بارداری ۲، تحصیلات دبیرستان).

#### ۴- سردرگمی از نشر اطلاعات

بنا به اظهار اکثریت مشارکت‌کنندگان، شرایط فعلی و دنیای پسا کرونا، مشحون از نااطمینانی‌هاست؛ به‌طور مشخص نااطمینانی شرایط فعلی از آن جهت بود که چشم‌اندازی در مورد مدت، ماهیت بیماری، روش‌های انتقال و ماندگاری و بازگشت‌پذیری آن وجود ندارد، لذا همه این مسائل و پراکندگی اطلاعات و نبود منابع معتبر، باعث سردرگمی افراد مورد پژوهش شده بود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "من همون اوایل بارداریم در مورد کرونا شنیدم. چون منابع هم معتبر نبود، از تلویزیون از رسانه‌های مجازی می‌شنیدم. از هر طرف هم یک چیزی می‌شنیدم" (مشارکت‌کننده ۳۰، ساله، تعداد بارداری ۱، تحصیلات لیسانس).

همین شرکت‌کننده در ادامه گفته بود: "منابع اطلاعاتیم هم کم بود هم هیچ‌کس از این بیماری ناشناخته چیزی نمیدونستن، هم هر چی میگفتن و ما میفهمیدیم، ناقص بود. هر روز به مطلبی در مورد ویروس می‌گفتند. برخی اطلاعات هم ضدونقیض بودند و این باعث می‌شد استرس بیشتری داشته باشم" (مشارکت‌کننده ۳۰، ساله، تعداد بارداری ۱، تحصیلات لیسانس).

#### ج- حمایت‌طلبی

بنا به اظهار مشارکت‌کنندگان، آنها برای سپری کردن بارداری خود علاوه بر نیازهای صرفاً مراقبت‌طبی و مامایی، نیاز به حمایت اطرافیان و پیگیری تلفنی و دادن اطلاعات لازم مرتبط با بیماری داشتند. این طبقه شامل دو زیرطبقه به شرح زیر بود:

##### ۱- نیاز به حمایت اطرافیان

اکثر مشارکت‌کنندگان به نیاز به حمایت اطرافیان در دوره پاندمی کووید-۱۹ اشاره کرده بودند. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: "می‌دونید توی بارداری ادم حساس میشه. در این شرایط هم واقعاً مشکل

مشارکت‌کننده دیگری گفته بود: "خیلی استرس می‌گرفتم، با خودم می‌گفتم خدایا چه بلایی قراره سر من و بچه‌ام بیاد چون من به‌مدت ۳ ساله هم باردار نمی‌شدم، استرسم خیلی بیشتر بود" (مشارکت‌کننده ۳۰، ساله، تعداد بارداری ۱، تحصیلات لیسانس).

#### ۲- نگرانی از ابتلاء اعضای خانواده به بیماری

نگرانی مشارکت‌کنندگان از ابتلاء سایر اعضای خانواده به بیماری از مفاهیم دیگر بود. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که آنها نگرانند که همسر، فرزند بزرگ، پدر و مادرشان به بیماری مبتلا شوند و یا بمیرند. مشارکت‌کننده‌ای که همسرش پرستار بود و نکات بهداشت فردی و فاصله‌گذاری اجتماعی را رعایت کرده بود اظهار داشت: "من خودم نهایت دقت رو می‌کنم که تمام پروتکل‌ها را رعایت کنم. ترس من از اینه که شوهرم که پرستاره آلوده بشه. اگه اتفاقی برای اون بیفته من چیکار کنم؟ خیلی نگرانم". مشارکت‌کننده دیگری گفته بود: "من خودم خیلی رعایت می‌کردم و هیچ استرسی از اینکه خودم کرونا بگیرم نداشتم. من نگران بقیه بودم. مادرم بیماری قلبی داره، دائم نگرانم اگه بگیره چیکار کنم؟" (مشارکت‌کننده ۳۸، ساله، تعداد بارداری ۱، دیپلم).

#### ۳- استرس مالی

با شیوع کرونا و کاهش گردش مالی و از بین رفتن بسیاری از مشاغل، جامعه شاهد افزایش استرس در بین بیکاران و افرادی بود که به نحوی امرار معاش آنها به خطر افتاده بود. تقریباً اکثر زنان مشارکت‌کننده از مشکل مالی و نگرانی برای تأمین هزینه و تسهیلات زندگی صحبت کرده بودند. مشکلات مالی ناشی از پاندمی عامل استرس‌زای دیگری بود که اکثر زنان مشارکت‌کننده در پژوهش به آن اشاره کرده بودند. مشارکت‌کننده‌ای گفته بود: "شوهرم شغل آزاد داره، تو اون اوج کرونا مجبور بود کار نکنه. خیلی بد شد، به هر حال خونه با دو تا بچه و یک خانم باردار خرج داره، دیگه ما فقط با پول یارانه امرار معاش می‌کردیم" (مشارکت‌کننده ۳۱، ساله، تعداد بارداری ۳، تحصیلات راهنمایی). علاوه بر قرنطینه، مسائل دیگری مانند گردش مالی بر روی وضعیت معیشتی اکثر مردم تأثیر

مضاعف شده بود. لازمه که اطرافیان همسر، پدر، مادر، خواهر و ... حمایتت کنه. چه از نظر روحی، چه از نظر انجام برخی کارها، مثلاً آگه کار ضروری پیش می‌اومد و همسر سرکار بود، پدرم منو با ماشین این‌ور اون‌ور می‌برد یا وسایلی که نیاز داشتم می‌خرید و می‌آورد" (مشارکت‌کننده ۳۹ ساله، تعداد بارداری ۲، تحصیلات دبیرستان).

مشارکت‌کننده دیگری گفت: "والا قرنطینه بودم دیگه کار دیگه‌ای که از دستم برنمی‌ومد، علی‌الخصوص که دورو برمون یکی دو نفر اینا گرفتن که ما هم باهاشون در ارتباط بودیم، قرنطینه بودیم، حتی برای خرید مایحتاج هم بیرون نرفتیم، دیگه مامانم اینا برامون غذا می‌آوردن" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، تعداد بارداری ۱، لیسانس).

#### ۲- نیاز به حمایت پرسنل بهداشتی

اکثر مشارکت‌کنندگان انتظار داشتند در دوره پاندمی از طرف پرسنل بهداشتی بیشتر مورد حمایت و توجه قرار بگیرند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفته بود: "خودتون می‌دونید یه شرایطی پیش اومد که ادم می‌ترسید حتی به مراکز بهداشتی یا بیمارستان بره. ولی این انتظار و نیاز رو داشتم که با ما تماس بگیرند، از بهداشت و توصیه‌های لازم رو بکنند، آموزش لازم رو بدن و بگن که ما در این شرایط چیکار بکنیم" (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، تعداد بارداری ۲، دیپلم). مشارکت‌کننده دیگری گفته بود: "من انتظار داشتم حداقل هر وقت می‌ریم بهداشت، یه ماسکی برای ما رایگان بدن که تشویق بشیم برای استفاده از اون" (مشارکت‌کننده ۳۹ ساله، تعداد بارداری ۲، تحصیلات دبیرستان).

#### د- طبقه تغییر در مراقبت‌های روتین بارداری

آنالیز اطلاعات نشان داد پاندمی کرونا باعث شده بود که در مراقبت‌های بارداری روتین زنان تغییراتی ایجاد شود. این طبقه شامل دو زیرطبقه به شرح زیر بود:

##### ۱- عدم مراجعه به مراکز دولتی

پاندمی کووید-۱۹ و لزوم فاصله‌گذاری اجتماعی باعث شده بود که الگوی مراجعه به مراکز ارائه خدمات مراقبتی بارداری تغییر پیدا کند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "قبلاً می‌رفتم مرکز بهداشت،

ولی الان مطب دکتر می‌رم. چون در مراکز خصوصی به‌خاطر اینکه حق ویزیت می‌گیرند، بیشتر به مریض رسیدگی میکنند. منشی رعایت فاصله رو در بین مراجعین الزامی می‌کنه. دائم مکان‌ها رو ضدعفونی می‌کنه، مرکز بهداشت شاید یه کم ضدعفونی‌اش کمتر بشه، چون جمعیت زیاده. مراکز خصوصی خیلی تمیز و مرتب هستش" (مشارکت‌کننده ۲۰ ساله، تعداد بارداری ۱، تحصیلات راهنمایی). مشارکت‌کننده دیگری گفته بود: "چون مرکز بهداشتی که من می‌رفتم شلوغ بود، من دیگه اونجا نرفتم" (مشارکت‌کننده ۳۳ ساله، تعداد بارداری ۲، تحصیلات دبیرستان).

#### ۲- کاهش دفعات مراقبت‌های بارداری

پاندمی همچنین باعث شده که تعداد مراقبت‌های روتین بارداری چه به‌دلیل ترس خود زن باردار از شرایط کرونایی و چه توصیه کادر بهداشتی درمانی کاهش پیدا کند.

مشارکت‌کننده‌ای گفت: "کادر بهداشت بهم گفتن که تعداد مراقبت‌ها در دوران کرونا کم شده و کمتر به بهداشت مراجعه کنم، مثلاً وقتی آزمایش دارم یا سونو یا کار خیلی مهم دارم، به اونجا برم" (مشارکت‌کننده ۳۱ ساله، تعداد بارداری ۳، تحصیلات راهنمایی).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان دلیل کاهش مراقبت را ترس از بیرون رفتن از منزل و در نتیجه ابتلاء به بیماری را در مرکز اعلام کرده بود. وی اظهار داشت: "من می‌ترسیدم که چون در جاهای شلوغ امکان ابتلاء بیشتر است و چون مشکلی نداشتم، برای مراقبت یک ماه در میان می‌رفتم" (مشارکت‌کننده ۳۳ ساله، تعداد بارداری ۲، تحصیلات دبیرستان).

#### بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، زنانی که در دوره پاندمی کووید-۱۹ باردار بودند، تغییر در سبک زندگی، آثار روان‌شناختی ناشی از پاندمی، حمایت‌طلبی و تغییر در فرآیند مراقبت‌های بارداری را درک و تجربه کرده بودند. در مطالعه بروک و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده شد که در شرایط پاندمی، فعالیت‌های روزمره، زندگی اجتماعی و برنامه‌های اوقات فراغت زنان باردار می‌تواند



به دلیل رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه خانگی تغییر کند (۱۹). نتایج یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد اکثریت مشارکت‌کنندگان در طول بارداری قادر به انجام فعالیت‌های روزانه مانند پیاده‌روی خود نبودند، همچنین به دلیل احساس مسئولیت در قبال سلامتی خود و جنین، در قرنطینه خانگی به سر می‌بردند و اقدامات حفاظتی و بهداشتی را برای پیشگیری از ابتلاء به عفونت انجام می‌دادند. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات همسو می‌باشد (۱۹، ۲۰). اگرچه چنین اقدامات حفاظتی و بهداشتی برای پیشگیری از ابتلاء به بیماری توصیه می‌شود، ولی چاترجی و همکاران (۲۰۲۰) و گیردهار و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعات خود نشان دادند که برخی زنان باردار ممکن است به دلیل استرس و اضطراب بالا در برابر خطر انتقال ویروس، این رفتارهای حفاظتی را بیشتر از خود نشان دهند که افراط در این رفتارها ممکن است نتایج منفی در سلامت روان آنها داشته باشد (۲۱، ۲۲). زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه حاضر ابراز نگرانی از سلامت بارداری و ترس از ابتلاء افراد خانواده به بیماری کووید را داشتند. بروک و همکاران (۲۰۲۰) از جمله عوامل استرس‌زا را طولانی‌تر بودن قرنطینه، ترس از ابتلاء به بیماری، بی‌حوصلگی، منابع ناکافی، اطلاعات ناکافی و خسارت مالی عنوان کردند (۲۳). همچنین نشان دادند که ترس از بیماری و نگرانی از آلوده شدن به ویروس و انتقال بیماری به دیگران در شرایط بحرانی و همه‌گیری بیماری به‌طور چشمگیری افزایش پیدا می‌کند و این نگرانی در خانواده‌هایی که فرزند کوچک دارند یا زنان باردار بسیار بیشتر از خانواده‌های دیگر است که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۲۳). از طرف دیگر در پاندمی‌ها، افراد و به‌ویژه زنان باردار با یک سری بلا تکلیفی‌ها و مسائل ناشناخته روبرو هستند (۲۳، ۲۴) می‌شود (۲۵). اسموندسون و همکار (۲۰۲۰) نیز همسو با مطالعه حاضر، نشان دادند به دلیل اینکه در دوران قرنطینه دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی و مطب پرشکان محدود است و امکان دریافت آموزش و مشاوره حضوری برای زنان باردار وجود ندارد و از طرف دیگر

به دلیل ناشناخته ماندن رفتار ویروس، اطلاعات دایما در رسانه‌ها تغییر می‌یابد که این سردرگمی در نهایت باعث استرس و ترس زنان باردار بیشتر می‌شود (۲۶). در مطالعه حاضر اکثر زنان شرکت‌کننده در مطالعه استرس مالی به دلیل تعطیلی مشاغل پرخطر در دوره قرنطینه را تجربه کرده بودند. پژوهش بروک و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد دغدغه‌های مالی و ترس از نگرانی‌های اقتصادی از پیامدهای روان‌شناختی منفی تعطیلی به دلیل قرنطینه خانگی بود. بنابراین ایشان عقیده داشتند که دولت و سیاست‌گذاران باید به افراد جامعه اعتماد متقابل لازم و پیشنهاد و جبران خسارت‌های مالی را بدهند (۲۷). همچنین نتایج مطالعه بروکس و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بیشترین مشکل روانی که پس از سارس در کشور چین بروز کرد، ناشی از کاهش منابع مالی و درآمدهای خانوارها بود؛ به طوری که بالاترین میزان پیش‌بینی کننده کاهش سلامت روان در نظر گرفته شد که در این راستا نتایج آن با مطالعه حاضر همسو بود (۲۷). استرس‌های روانی دوران بارداری از پدیده‌های مهم است که متأسفانه در مراقبت‌های معمول دوران بارداری سنجیده نمی‌شود. استمرار عامل استرس‌زا باعث آسیب‌پذیر شدن فرد در مقابل بیماری می‌شود و بر پیامد بارداری نیز تأثیر دارد؛ به طوری که مطالعه مروری می‌های و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد استرس در بارداری با پره‌اکلامپسی ارتباط دارد که در این راستا توجه به مشاوره‌های روان‌شناختی در طول مراقبت‌های روتین بارداری ضرورت پیدا می‌کند (۲۸). در مطالعه حاضر اکثر زنان مشارکت‌کننده نیاز به حمایت اطرافیان و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی را بیان کرده بودند. بایرامی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند حمایت همسر، مادر، سایر اعضای خانواده و همسالان زن باردار در کاهش استرس، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، جلوگیری از افسردگی و سازگاری با نقش‌های جدید مادر در دوران بارداری و پس از زایمان مهم است (۳۰). اوکانل و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه خود نشان دادند بسیاری از زنان باردار به حمایت‌های بیشتر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در

دوران بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان نیاز دارند که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۳۱). همچنین نتایج مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری در مواقع بحرانی ضروری است و حمایت اجتماعی ضعیف با پیامدهای روانی منفی مانند احساس قرنطینه‌ت‌نهایی در بیماری‌های همه‌گیر همراه است (۲۷). البته در حوزه حمایت‌های اجتماعی، نکته قابل تأمل آن است که بیشتر از همه، طبقات پایین و گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله زنان باردار، قربانیان تبعات کرونا خواهند بود. این گروه‌ها به واسطهٔ تغذیه نامناسب و به تبع آن ضعف سیستم ایمنی بدن، محدودیت دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی، شرایط کار، محیط زندگی و مناسبات اجتماعی، استعداد بیشتری جهت ابتلاء به بیماری دارند؛ از این رو، در مواقع شیوع بیماری‌های همه‌گیر همانند وضعیت کنونی، اخذ تدابیر حمایتی و مراقبتی مناسب و به‌موقع توسط دولت و نهادهای حمایت‌گر جهت حمایت و مراقبت ویژه از گروه‌های محروم و آسیب‌پذیر جامعه در مقابل اپیدمی در اولویت است. بدیهی است در دوره پاندمی ممکن است از کارکنان در سایر بخش‌های سیستم بهداشتی درمانی استفاده شود و یا برنامه کاری آنها تغییر پیدا کند که مراقبت روتین زنان باردار را با مشکل مواجه سازد. در این شرایط زنان تمایل دارند مراقبت و مشاوره آنها توسط پرسنل ادامه یابد و پیگیری تلفنی و مشاوره‌های غیرحضوری برای آنها انجام شود. علاوه بر این، ممکن است در محل خدمت کارکنان نیز تغییراتی ایجاد شود مانند کارمندی که به زنان باردار خدمت می‌کنند، بنا به شرایط ایجابی در بخش‌های دیگر به کار گرفته شوند که البته برای حل این مشکل می‌توان زنان باردار را به مراکز خصوصی ارجاع داد تا خللی به مراقبت‌ها وارد نشود. نتایج در این مورد با نتایج سایر مطالعات همسو می‌باشد (۳۲، ۳۳).

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که به نظر می‌رسد بر اساس بررسی‌های متون، اولین مطالعه‌ای است که به بررسی درک و تجارب زنان باردار در دوره پاندمی کووید ۱۹ پرداخته است. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، انجام مصاحبه تلفنی بود که به دلیل شرایط حاکم به دلیل همه‌گیری و لزوم رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی انجام شد. همچنین ممکن بود مشارکت‌کنندگان تمایل به پنهانکاری و عدم بیان برخی تجارب و احساسات را داشته باشند. اگرچه مصاحبه‌کننده با تلاش بسیار سعی کرد با ارائه توضیحات و جلب اطمینان و اعتماد مشارکت‌کنندگان از محرمانه بودن مصاحبه‌ها تا حدودی بر این مشکلات غلبه کند.

### نتیجه‌گیری

پاندمی کووید-۱۹ دارای پتانسیل قابل توجهی در ایجاد تغییرات روان‌شناختی، تغییر در زندگی روزمره و مراقبت‌های زنان باردار دارد. بنابراین مهم است که پرسنل بهداشتی این پتانسیل را داشته باشند که به مادران باردار به‌صورت غیرحضوری و تلفنی آموزش و مشاوره‌های لازم را در خصوص خودمراقبتی‌ها و همچنین مشاوره و حمایت‌های لازم در راستای کاهش اضطراب و استرس ارائه دهند. ارائه آموزش‌های ضمن خدمت مجازی برای ماماها نه تنها در مورد سلامت جسمانی زنان باردار، بلکه سلامت روانی آنها و همچنین همکاری با متخصصان بهداشت روان در صورت نیاز مفید خواهد بود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش که صبورانه در این مطالعه مشارکت داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

- Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the Coronavirus Study Group. *bioRxiv* 2020.
- Ministry of Health and Medical Education. Flowchart for diagnosis and treatment of COVID-19 at outpatient and inpatient levels. Available online at: [https://vct.iuims.ac.ir/files/vct/files/flow\\_tashkhis\\_darman\\_covid19.pdf](https://vct.iuims.ac.ir/files/vct/files/flow_tashkhis_darman_covid19.pdf)
- Tomasi D. Coronavirus disease (COVID-19). A socioepidemiological analysis. Bennington, VT: Vermont Academy of Arts and Sciences LV; 2020.
- Hendrix MJ. Absence of apparent transmission of SARS-CoV-2 from two stylists after exposure at a hair salon with a universal face covering policy—Springfield, Missouri, May 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 2020; 69.
- Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine* 2020; 382(12):1177-9.
- Centers for disease control and prevention. How to Protect Yourself & Others. Available online at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>.
- worldometers. COVID-19 Coronavirus Outbreak 2020. Available online at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
- Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222(5):415-26.
- Kassie BA, Asratie MH, Abate AT. The Effects of Fear and Knowledge of COVID-19 on Preventive Practice Among Pregnant Women Who Attend Antenatal Care in Northwest Ethiopia, 2020: Institution-Based Cross-Sectional Study. *International Journal of Women's Health* 2021; 13:95-100.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). Available online at: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Advisories/Practice-Advisory-Novel-Coronavirus2019?IsMobileSet=false>
- Jomeen J, Martin CR. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *Journal of evaluation in clinical practice* 2008; 14(3):391-8.
- Mizrak Sahin B, Kabakci EN. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women Birth* 2021; 34(2):162-69.
- Yan H, Ding Y, Guo W. Mental health of pregnant and postpartum women during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology* 2020; 11:3324.
- Puente CP, Monge FJ, Abellán IC, Morales DM. Effects of personality on psychiatric and somatic symptoms in pregnant women: The role of pregnancy worries. *Psychology of Women Quarterly* 2011; 35(2):293-302.
- Munhall P. Nursing research: A qualitative perspective. Jones & Bartlett Learning; 2012.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing* 2008; 62(1):107-15.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research* 2005; 15(9):1277-88.
- Burns N, Grove SK. Understanding nursing research-eBook: Building an evidence-based practice. Elsevier Health Sciences; 2010.
- Brooks SK, Weston D, Greenberg N. Psychological impact of infectious disease outbreaks on pregnant women: rapid evidence review. *Public health* 2020; 189:26-36.
- Fakari FR, Simbar M. Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; a letter to editor. *Archives of academic emergency medicine* 2020; 8(1):e21-.
- Chatterjee SS, Malathesh Barikar C, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian journal of psychiatry* 2020; 51:102071.
- Girdhar R, Srivastava V, Sethi S. Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *J Geriatr Care Res* 2020; 7:32-5.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-20.
- Sasaki TK, Yoshida A, Kotake K. Attitudes about the 2009 H1N1 influenza pandemic among pregnant Japanese women and the use of the Japanese municipality as a source of information. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2013; 44(3):388-99.
- Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing research* 2006; 55(5):356-65.
- Asmundson GJ, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders* 2020; 70:102196.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet* 2020; 395(10227):912-20.
- Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychology* 2009; 28(1):91-100.
- Haji Khani NA, Ozgoli G, Pour Ebrahim T, Hamzeh Gardeshi Z. The relationship between mental stress and hypertensive disorders during pregnancy: A review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(7):61-70.

30. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H. Experience of unplanned pregnancy in women attending to health centers of Mashhad, Iran: a phenomenological study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(87):15-23.
31. O'Connell M, Crowther S, Ravaldi C, Homer C. Midwives in a pandemic: A call for solidarity and compassion. *Women and birth* 2020; 33(3):205-6.
32. Dodgson JE, Tarrant M, Chee YO, Watkins A. New mothers' experiences of social disruption and isolation during the severe acute respiratory syndrome outbreak in Hong Kong. *Nursing & health sciences* 2010; 12(2):198-204.
33. Walton G. COVID-19. The new normal for midwives, women and families. *Midwifery* 2020; 87:102736.