



Examining the Relationship between Pregnant Women's Anxiety and Their Knowledge and Attitude about the Cause of the Latest Infectious Pandemic in the World; Covid 19 Virus

Shirin Shahbazi Sighaldehy^{1,2*}, Fatemeh Khalili², Shokufeh Maleki³, Shima Haghani⁴,
Abbas Rahimi Foroushani⁵

1-Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran Universities of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3-Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran Universities of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4-Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Esfahan Universities of Medical Sciences, Esfahan, Iran.

5-Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6-Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Shirin Shahbazi Sighaldehy, Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Email: shahbazishirin@yahoo.com

Received: 22 Jan 2024

Accepted: 16 June 2024

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the relationship between pregnant women's anxiety and their knowledge and attitude about COVID-19 in the 2019 Coronavirus pandemic.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 458 pregnant women in Tehran between 2020 and 2021. The research tools included a researcher-made questionnaire and Beck's standard anxiety questionnaire. Questionnaires were provided to pregnant women through social networks and data were analyzed using SPSS software.

Results: In this study, the average scores of women's knowledge and attitude about Corona infection were 18.22 ± 5.13 and 4.62 ± 2.61 , respectively, and their anxiety score was 11.14 ± 6.46 . There was a statistically significant relationship between the average score of awareness with mother's age; the average score of attitude with mother's education and spouse's education and employment; and the average score of anxiety with mother's age, the number and weeks of pregnancy and the type of previous births. Anxiety and awareness ($P=0.15$ and attitude ($P=0.97$) had no statistically significant relationship, but the two variables of awareness and attitude had a significant positive correlation ($P=0.004$). Social media (60.9%) and social networks (43.4%) were the most common sources of COVID-19 information.

Conclusions: This study showed that there was a moderate awareness and attitude about COVID-19 among pregnant women in Tehran and their level of anxiety had increased compared to before the pandemic. Considering that in this study, no significant relationship was found between awareness and attitude with anxiety, there is a need for more research in this field to discover other factors that cause anxiety. Also, considering that in this study, the knowledge of pregnant women about Corona was average, it is suggested to design interventional studies to determine the effectiveness of knowledge transfer and appropriate attitude on reducing the anxiety of pregnant women. The results of this study, which show the needs of pregnant women during pandemics, can be used in planning preventive measures for future pandemics.

Key words: Corona virus pandemic, SARS-CoV-2, Viral disease, Stress in pregnancy, Cross-sectional study.



بررسی ارتباط اضطراب زنان باردار با آگاهی و نگرش آنها در مورد عامل جدیدترین پاندمی عفونی جهان؛ ویروس کوید ۱۹

شیرین شهبازی صیقلده^{۱،۲*}، فاطمه خلیلی^۳، شکوفه ملکی^۴، شیما حقانی^۵، عباس رحیمی فروشانی^۶

۱- گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۶- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: شیرین شهبازی صیقلده: دانشیار گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

ایمیل: shahbazishirin@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۳

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه تعیین ارتباط اضطراب زنان باردار با آگاهی و نگرش آنها در مورد کوید ۱۹ در پاندمی کروناویروس بود. ۲۰۱۹

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۵۸ زن باردار در شهر تهران بین سالهای ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ انجام شده است. ابزارهای پژوهش یک پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه استاندارد اضطراب بک بود. پرسشنامه ها از طریق شبکه های اجتماعی در اختیار زنان قرار گرفت و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در این پژوهش میانگین نمره آگاهی و نگرش زنان در مورد عفونت کرونا به ترتیب ۱۸،۲۲±۵،۱۳ و ۴۶،۲±۲،۶۱ و نمره اضطراب آنها ۱۱،۱۴±۶،۴۶ بود. میانگین نمره آگاهی با سن مادر، میانگین نمره نگرش با تحصیلات مادر و تحصیلات و شغل همسر و میانگین نمره اضطراب با سن مادر، تعداد و سن بارداری و نوع زایمانهای قبلی ارتباط آماری معناداری داشت. اضطراب با آگاهی ($P=0.15$) و نگرش ($P=0.97$) ارتباط آماری معنادار نداشت ولی دو متغیر آگاهی و نگرش همبستگی معنادار مثبتی داشتند ($P=0.004$). صدا و سیما (۶۰.۹٪) و شبکه های اجتماعی (۴۳.۴٪) به ترتیب بالاترین منابع کسب اطلاعات در خصوص ویروس کوید ۱۹ اعلام شدند.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد آگاهی و نگرش متوسطی در مورد کوید ۱۹ در میان زنان باردار تهرانی وجود داشت و میزان اضطراب آنها نسبت به قبل از دوران کرونا افزایش پیدا کرده بود. با توجه به اینکه در این مطالعه ارتباط معناداری بین آگاهی و نگرش با اضطراب یافت نشد نیاز به بررسی بیشتری در این زمینه جهت کشف سایر فاکتورهای ایجاد کننده اضطراب وجود دارد. همچنین با توجه به اینکه در این مطالعه اطلاعات زنان باردار در مورد کرونا متوسط بود نیاز به طراحی مطالعات مداخله ای جهت تعیین اثربخشی انتقال دانش و نگرش مناسب بر کاهش اضطراب زنان باردار پیشنهاد می شود. می توان از نتایج این مطالعه که نیازهای زنان باردار در زمان رخداد پاندمی ها را نشان می دهد در برنامه ریزی اقدامات پیشگیرانه پاندمی های آینده استفاده کرد.

کلیدواژه ها: پاندمی ویروس کرونا، بیماری ویروسی، اضطراب در بارداری، ایران، مطالعه مقطعی.

تا چندی پیش مهم ترین چالش بهداشتی در جهان شیوع عفونت کروناویروس جدید (COVID-19) بود. در دسامبر ۲۰۱۹ این بیماری تنفسی با انتقال انسان به انسان (HHT) از شهر ووهان چین سرچشمه گرفت و منجر به روند گسترده ای از انتقال در سراسر جهان از جمله ایران شد (۱-۲). این عفونت ویروسی فرد را در معرض آسیب آئینولار و نارسایی پیشرونده تنفسی قرار می داد (۳-۴).

در پاندمی عفونت کروناویروس، زنان باردار یکی از مهمترین گروه های جمعیتی بودند که نیاز به اقدامات محافظتی و پیشگیرانه بیشتر در برابر کرونا ویروس داشتند (۴-۵). بدون شک بارداری یک ریسک فاکتور برای دفاع سیستم ایمنی در برابر این ویروس است (۶).

داده های مربوط به همه گیری ویروس های قبلی (SARS-CoV و MERS-CoV) و همچنین تغییرات روحی و جسمی زنان باردار نشان می داد که آنها ممکن است در معرض خطر ابتلا به بیماری شدید، عوارض و مرگ و میر بیشتر در مقایسه با جمعیت عمومی قرار بگیرند (۷،۸). هرچند در طی پاندمی، شواهد محدودی در مورد انتقال عمودی، شیوع و ویژگیهای بالینی کرونا ویروس در دوران بارداری، تولد و دوره پس از زایمان وجود داشت (۹).

بیماری همه گیر کرونا ویروس فقط یک پدیده پزشکی نبود و در همه جنبه های زندگی چالش هایی برای کل نژاد بشر ایجاد کرده بود. از بین همه این جنبه ها سلامت روان بخش مهمی از وضعیت موجود بود (۱۰). این بیماری استرس و اضطراب و افسردگی را برای زنان باردار در نقاط مختلف جهان به ارمغان آورده که به عنوان مسائل شایع بهداشت عمومی در زنان باردار در نظر گرفته شد (۱۱). این واکنشهای روانشناختی ناشی از نگرانی و اضطراب می توانست منجر به پیامدهای نامطلوب مانند سقط، پره اکلامپسی، مرگ جنین، افزایش حالت تهوع و استفراغ در دوران بارداری، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، نمره آپگار پایین و علائم خلقی نامطلوب همراه با ترس از زایمان (۱۲-۱۴). ارائه آموزش بهداشت و ایجاد آگاهی در چنین شرایطی برای پیشگیری مؤثر از شیوع بیماری، بسیار مهم بود. افزایش آگاهی و نگرش مادران در مورد نحوه انتقال ویروس کوید ۱۹، عوامل خطر و همچنین ارائه مشاوره از راه دور برای مراقبت های بارداری می توانست در کاهش اضطراب و نگرانی آنها کمک کننده باشد (۱۴).

در ایران مطالعه ای مقطعی در آوریل ۲۰۲۰ بر روی دانشجویان ایرانی برای بررسی آگاهی، رفتارهای پیشگیرانه و ادراک خطر بر روی استاجرها و اینترنت ها انجام شد که نتایج آن نشان داد سطح بالایی از دانش مرتبط با کروناویروس و رفتارهای پیشگیرانه توسط خود و ادراک خطر متوسط در بین دانشجویان ایرانی یافت شده است (۱۵). Roy و همکاران مطالعه ای مقطعی در مارس ۲۰۲۰ به منظور بررسی آگاهی، نگرش، اضطراب و نیازهای درک شده از مراقبت های بهداشت روان در زمان پاندمی کرونا در جمعیت هند انجام دادند که نتایج آن بیانگر آن بود که شرکت کنندگان سطح آگاهی متوسط و دانش کافی در مورد روش های پیشگیری از عفونت کروناویروس داشتند. هم چنین سطح اضطراب شرکت کنندگان بالا بود (۱۶). در مطالعه ای دیگر که با عنوان اثرات همه گیری کروناویروس بر اضطراب مادر در دوران بارداری انجام شد نشان داده شد که ویروس کوید ۱۹ باعث افزایش اضطراب غیرعادی در زنان باردار شده است (۱۷). Nwafor در آوریل ۲۰۲۰ پژوهشی با عنوان بررسی آگاهی و عملکرد زنان باردار در مورد اقدامات پیشگیری کننده در مقابل کروناویروس در مناطق کم درآمد آفریقا انجام داد که نتایج نشان داد اگر چه آگاهی مادران نسبت به ویروس کوید ۱۹ بالا بود اما عملکرد مناسبی نداشتند (۱۸). طبق مطالعه حمزه گردشی در ایران با عنوان اضطراب مرتبط با بارداری و عوامل مرتبط با آن در طول پاندمی کرونا در بین زنان باردار در سال ۲۰۲۱، ۴۴٪ زنان از اضطراب مرتبط با کرونا رنج می بردند (۱۹).

در کلیه این مطالعات بررسی آگاهی و نگرش و اضطراب در مورد کروناویروس در گروه های متفاوت بررسی شده بود اما مطالعه ای در زنان باردار که هم آگاهی و نگرش آنها نسبت به کروناویروس و هم سطح اضطراب آنها را سنجیده باشد انجام نشده نبود؛ لذا این مطالعه به هدف پاسخگویی به این سوال که چه ارتباطی بین سطح اضطراب زنانی که در دوران پاندمی کرونا ویروس باردار شده بودند، با سطح آگاهی و نوع نگرش آنها نسبت به کروناویروس وجود داشت، طراحی و اجرا شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه ی مقطعی است که از مهر سال ۱۳۹۹ تا تیر ۱۴۰۰ بر روی ۴۸۶ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام

شد. جامعه آماری کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار سالم یعنی زنانی که طبق پرونده بهداشتی شان فاقد هیچ عارضه جسمانی از جمله بیماری کرونا بودند و سابقه ابتلا به بیماری های سایکولوژیک مثل اضطراب یا افسردگی را نیز نداشتند. مراکز بهداشت جنوب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲۸ مرکز جداگانه هستند که اسامی آن ها بر روی کاغذ نوشته شد و ۴ مرکز با روش قرعه کشی انتخاب شدند و سپس زنان دارای معیارهای ورود از این مراکز با نمونه گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. با توجه به شرایط خطرناک بیماری کرونا و پرهیز از رفت و آمدهای غیر ضروری زنان باردار، جمع

آوری اطلاعات با پرسشنامه الکترونیک انجام شد. تکمیل پرسشنامه حدودا به ۲۵ دقیقه زمان نیاز داشت. به دلیل مشارکت داوطلبانه و آنلاین مشارکت کنندگان در این پژوهش، نیازی به رضایت نامه کتبی نبود با این وجود در ابتدای پرسشنامه، اهداف مطالعه به طور شفاف توضیح داده شد.

جهت تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰٪ و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین اضطراب با آگاهی و نگرش زنان باردار ۰.۱۵ باشد تا ارتباط بین دو متغیر از نظر آماری معنی دار تلقی گردد. پس از مقدارگذاری در فرمول زیر حداقل حجم نمونه ۴۷۰ بدست آمد.

$$n = \frac{(\bar{z}_{1-\alpha/2} + \bar{z}_{1-\beta})^2}{w^2} + 3$$

$$w = \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}$$

$$n = \frac{(1/96 + 1.28)^2}{(0/15)^2} + 3 = 470$$

$$w = \frac{1}{2} \ln \frac{1+0/15}{1-0/15} = 0/15$$

لازم به ذکر است در انتها ۴۵۸ نفر از طریق لینک به طور کامل پرسشنامه پاسخ دادند و در مطالعه حضور داشتند. ابزار مطالعه یک پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه ۲۱ سوالی اضطراب بک BAI – Beck Anxiety Inventory بود. پرسشنامه محقق ساخته شامل ۴ بخش است: بخش اول حاوی ۱۲ سوال در مورد اطلاعات دموگرافیک و سابقه باروری مادر؛ بخش دوم پرسشنامه دارای ۱۷ سوال مرتبط با آگاهی مادر در مورد بیماری کرونا؛ بخش سوم شامل ۱۳ سوال در مورد نگرش بیمار در مورد بیماری کرونا و بخش آخر شامل شامل ۲ سوال در مورد سابقه ابتلا و مرگ در خانواده و فامیل به علت بیماری کرونا بود. بررسی روایی پرسشنامه محقق ساخته از طریق روایی صوری و محتوای کیفی انجام شد. روایی صوری توسط ۱۰ از زنان باردار انجام شد و آسانی، شفافیت و وضوح سوالات مورد بررسی قرار گرفت. به این ترتیب که بعد از مراجعه به مراکز بهداشت و دسترسی به شماره موبایل زنان باردار، لینک پرسشنامه از

طریق واتساپ برای زنان باردار فرستاده شد. جهت روایی محتوا، پرسشنامه به تعدادی از اساتید و متخصصین رشته های سلامت باروری و متخصصین زنان و زایمان ارسال شد تا کفایت، وضوح، شفافیت و سادگی سوالات را ارزیابی کنند. نمره دهی سوالات آگاهی به این صورت انجام شد که به گزینه های نادرست نمره منفی-۱، به گزینه های درست نمره +۱ و به گزینه های خنثی نمره صفر داده شده به عنوان مثال در مورد سوال «ویروس کرونا از چه راهی منتقل می شود؟»، فقط گزینه غلط که در این سوال کلمه «غذا» بود، نمره -۱ و اگر هر یک از گزینه های دیگر انتخاب می شد، نمره +۱ به ازای هر گزینه درست دریافت می کرد. بالاترین نمره بخش آگاهی ۲۸ در نظر گرفته شد. در مورد سوالات نگرش، گزینه موافقم نمره +۱ و مخالفم نمره -۱ و گزینه نمی دانم نمره صفر می گرفت. در سوالات معکوس گزینه مخالفم نمره +۱ دریافت می کرد. بالاترین نمره بخش نگرش ۱۲ در نظر گرفته شد. در

شیرین شهبازی صیقلده و همکاران

پژوهش با مشخصات فردی استفاده شد. لازم به ذکر است در کلیه آزمون ها سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

بر اساس یافته های پژوهش، ۶۶,۱ درصد افراد در دامنه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال قرار داشتند. عمدتاً مادران و همچنین همسران آنها دیپلم بودند (به ترتیب ۵۰,۷٪ و ۵۰٪). شغل اکثر مادران خانه داری بود (۷۶,۹٪) و همسرانشان نیز عمدتاً شغل آزاد داشتند (۷۲,۷٪). اکثر مادران در بارداری اول خود بوده (۴۵,۲٪) و سابقه زایمان قبلی نداشتند (۵۷٪). عمدتاً مادران در سن بارداری ۱۵ تا ۲۸ هفته بودند (۴۴,۸٪). اگرچه عمدتاً به صورت برنامه ریزی شده باردار شده بودند (۴۴,۱٪) اما یک سوم آنها نیز به صورت برنامه ریزی نشده باردار شده بودند (۳۴,۱٪) (جدول ۱).

پرسشنامه بک گزینه ها به صورت عبارت چهار حالتی از اصلاً تا شدید عنوان شده اند. هر سوال به عنوان بازتاب یکی از علائم اضطراب است که افراد مضطرب در وضعیت های اضطراب برانگیز با آن مواجه اند. شیوه امتیاز بندی پاسخ ها به صورت اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است (۲۰). مطالعات انجام شده بیانگر آن است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰,۹۲ می باشد (۲۱).

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی از جدول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش و میانگین، انحراف معیار و کمینه و بیشینه برای متغیرهای کمی پژوهش استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون برای همبستگی بین آگاهی و نگرش و اضطراب و آزمون های تی مستقل و آنالیز واریانس برای بررسی ارتباط هر کدام از متغیرهای

جدول ۱: توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک و سابقه باروری زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد
سن مادر	۱۵-۲۰	۱۷,۷٪	نوع بارداری اخیر	۰-۱۴	۷۳
	۲۱-۲۵	۳۴,۹٪		۱۵-۲۸	۲۰,۵
	۲۶-۳۰	۳۱,۲٪		۲۹-۴۲	۱۸,۰
	۳۱-۴۰	۱۶,۲٪		خودبخود	۸,۰
تحصیلات مادر	زیردیپلم	۲۱,۸٪	نوع بارداری ها	برنامه ریزی شده	۲۰,۲
	دیپلم	۵۰,۷٪		برنامه ریزی نشده	۱۵,۶
	دانشگاهی	۲۷,۵٪		روش های کمک باروری	۲,۰
	زیردیپلم	۱۸,۱٪		زیر یک سال	۲۱,۳
تحصیلات همسر	دیپلم	۵۰٪	فاصله بارداری ها	زیر سه سال	۱۶,۲٪
	دانشگاهی	۳۱,۹٪		۳-۵ سال	۱۸,۶٪
	خانه دار	۷۶,۹٪		بیشتر از ۵ سال	۱۸,۸٪
	شاغل آزاد	۱۷,۹٪		بدون سابقه زایمان	۵۷٪
شغل مادر	شاغل اداری	۵,۲٪	نوع زایمان	زایمان طبیعی	۲۳,۸٪
	بیکار	۱۰,۹٪		زایمان سزارین	۱۹,۲٪
	شاغل آزاد	۷۲,۷٪	سابقه ناباروری	بله	۵,۲٪
	شاغل اداری	۱۶,۴٪		خیر	۹۴,۸٪
تعداد بارداری	اول	۴۵,۲٪	سابقه سقط	بله	۲۱,۸٪
	دوم	۳۹,۵٪		خیر	۷۸,۲٪
	سوم و بیشتر	۳,۱۵٪			

بعدی انتخاب شده «زود به دنیا آمدن نوزاد» (۱۰٪) و «کم وزنی نوزاد» (۱۰٪) بود. تنها ۳٪ شرکت کنندگان آن را با ایجاد ناهنجاری مرتبط می دانستند. عمدتاً مادران بیماری کرونا در مادر را برای مادر خطرناک ندانسته (۶۲٪) و آن را با یک عفونت تنفسی خفیف مرتبط دانستند (۱۹٪) اما عمدتاً زنان باردار را در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به کرونا می دانستند (۶۲،۷٪). اکثر شرکت کنندگان شیر مادر مبتلا به کرونا را حاوی ویروس بیان کردند (۴۰،۴٪) اما به این سوال که آیا مادر مبتلا به کرونا می تواند با رعایت بهداشت به نوزاد شیر بدهد، پاسخ مثبت دادند (۵۹،۸٪). همچنین ۲۱٪ شرکت کنندگان نیز در پاسخ به این سوال که شیر مادر حاوی ویروس است یا خیر یا در مورد امکان شیردهی مادر مبتلا به نوزاد، پاسخ «نمی دانم» را انتخاب کردند (جدول ۲).

در این پژوهش میانگین نمره آگاهی و نگرش زنان در مورد عفونت کرونا به ترتیب $18,22 \pm 5,13$ و $4,62 \pm 2,61$ و نمره اضطراب آنها، $11,14 \pm 6,46$ بود. در سنجش آگاهی زنان نسبت به ویروس کوید ۱۹، در پاسخ به این سوال که چقدر خود را در معرض ابتلا به ویروس کوید ۱۹ می دانید؟ اکثر زنان خود را در معرض خطر متوسط (۲۷،۳٪) و یا کم (۲۵،۱٪) می دانستند اما با اختلاف کمی از این موارد، خود را در معرض خطر بالایی برای ابتلا می دانستند (۲۱،۲٪). در مورد نحوه انتقال ویروس کوید ۱۹ عمدتاً گزینه «سرفه و عطسه در تماس نزدیک» (۵۳،۱٪) را انتخاب کرده و زدن ماسک را راه بسیار موثری برای پیشگیری از انتقال کرونا بیان کردند (۹۲،۸٪). در پاسخ به این سوال که ویروس کوید ۱۹ ممکن است چه مشکلی برای جنین داشته باشد عمدتاً پاسخ «نمی دانم» را انتخاب کرده بودند (۵۳٪) اما گزینه های

جدول ۲: آگاهی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران در مورد بیماری کرون

متغیر	گزینه	تعداد	درصد	متغیر	گزینه	تعداد	درصد
چقدر خود را در معرض ابتلا به ویروس کوید ۱۹ می دانید؟	خیلی کم	۵۰	۱۰،۹٪	ابتلا به ویروس کوید ۱۹ باعث چه خطراتی برای جنین می شود؟	هیچ کدام	۴۲	۸،۸٪
	کم	۱۱۵	۲۵،۱٪		نمی دانم	۴۴۴	۵۳٪
	متوسط	۱۲۵	۲۷،۳٪				
	زیاد	۹۷	۲۱،۲٪				
	خیلی زیاد	۷۱	۱۵،۵٪				
ویروس کوید ۱۹ عمدتاً از چه راهی منتقل می شود؟	عطسه یا سرفه در تماس نزدیک	بله ۲۴۳	۵۳،۱٪	آیا پوشاندن دهان و بینی با ماسک در جلوگیری از انتقال ویروس کوید ۱۹ موثر است؟	بله	۴۱۲	۹۰٪
	بوسیدن	خیر ۲۱۵	۴۶،۹٪		خیر	۴۶	۱۰٪
	در آغوش گرفتن	بله ۱۵۸	۳۴،۵٪	آیا رعایت فاصله (۱ متر، ۱،۵ متر، ۲ متر) از دیگران در جلوگیری از انتقال ویروس کوید ۱۹ موثر است؟	بله	۳۸۶	۸۴،۳٪
	رابطه جنسی	خیر ۳۰۰	۶۵،۵٪		خیر	۷۲	۱۵،۷٪
	همه موارد	بله ۱۳۶	۲۹،۷٪				
		خیر ۳۱۸	۶۹،۴٪	آیا مادران باردار بیشتر از سایر افراد در معرض ابتلا به عفونت ویروس کوید ۱۹ هستند؟	بله	۴۲۵	۹۲،۸٪
		بله ۱۸	۳،۹٪		خیر	۳۳	۷،۲٪
		خیر ۴۴۰	۹۶،۱٪				
بیماری تنفسی خفیف		بله ۵۳،۹	۵۳،۹٪	بیماری تنفسی شدید	بله	۲۸۷	۶۲،۷٪
		خیر ۲۱۱	۴۶،۱٪		خیر	۱۱۷	۲۵،۵٪
					نمی دانم	۵۴	۱۱،۸٪

شیرین شهبازی صیقلده و همکاران

آیا پوشاندن دستها با دستکش در جلوگیری از انتقال ویروس کوید ۱۹ موثر است؟	بله خیر نمی دانم	۹۳ ۱۵۲ ۲۱۳	۲۰.۱٪ ۳۳.۲٪ ۴۶.۷٪	آیا نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) باعث ابتلای جنین به عفونت ویروس کوید ۱۹ می شود؟	بله خیر نمی دانم	۱۸۰ ۱۲۷ ۱۵۱	۳۹.۳٪ ۲۷.۷٪ ۳۳٪
سردرد				آیا عفونت ویروس کوید ۱۹ از طریق شیر به نوزاد یا شیرخوار منتقل می شود؟	بله خیر نمی دانم	۱۸۵ ۱۷۷ ۹۶	۴۰.۴٪ ۳۸.۶٪ ۳۱٪
استفراغ	بله خیر	۱۵۲ ۳۰۶	۳۳.۲ ۶۶.۸				
اسهال	بله خیر	۱۰۴ ۳۵۴	۲۲.۷ ۷۷.۳				
آبریزش	بله خیر	۱۱۷ ۳۴۱	۲۵.۵ ۷۴.۵				
کپیر و راش پوستی	بله خیر	۴۴ ۴۱۴	۹.۶ ۹۰.۴				
درد قفسه سینه	بله خیر	۱۲۴ ۴۴۰	۲۷.۱ ۹۶.۱				
از علائم ابتلا به عفونت ویروس کوید ۱۹ کدام است؟	خیر بله	۳۳۴ ۱۶۲	۷۲.۹ ۲۵.۴				
تنفس مشکل	خیر بله	۲۹۶ ۱۸۴	۶۴.۶ ۴۰.۲	آیا مادر مبتلا به عفونت ویروس کوید ۱۹ در صورت رعایت موارد بهداشتی مانند ماسک زدن، شستن دست ها می تواند شیردهی را انجام دهد؟	بله خیر نمی دانم		
سرفه خشک	خیر بله	۲۷۴ ۲۰۵	۵۹.۸ ۴۴.۸				
از دست دادن بویایی	خیر بله	۲۵۳ ۱۷۹	۵۵.۲ ۳۹.۱				
احساس خستگی شدید	بله خیر	۲۷۹ ۶۶	۶۰.۹ ۱۴.۴				
همه موارد	خیر بله	۲۲۹ ۳۹۲	۵۰ ۸۵.۶				
آیا عدم تماس دست ها با چشم ها، بینی و دهان می تواند در پیشگیری از ویروس کوید ۱۹ موثر باشد؟	بله خیر	۴۱۶ ۴۲	۹۰.۸٪ ۹.۲٪				
آیا رعایت قرنطینه خانگی در پیشگیری از انتقال ویروس کوید ۱۹ موثر است؟	بله خیر	۴۰۴ ۵۴	۸۸.۲٪ ۱۱.۸٪				
در صورت ابتلا به کرونا ویروس، شدت علائم آن را چطور ارزیابی می کنید؟	خیلی خفیف خفیف متوسط شدید خیلی شدید	۵۶ ۱۲۶ ۱۱۳ ۱۱۰ ۵۳	۱۲.۲ ۲۷.۵ ۲۴.۷ ۲۴ ۱۱.۶				

می شود عمدتاً پاسخ «نظری ندارم» (۴۳,۷٪) و سپس گزینه «موافقم» را انتخاب کردند (۳۳,۸٪). همچنین در مورد ابتلای جنین به ناهنجاری در صورت ابتلای مادر به عفونت کرونا عمدتاً گزینه «نظری ندارم» (۴۸,۷٪) و سپس گزینه «مخالفم» را انتخاب کرده بودند (۳۸,۹٪). در مورد احتمال پیامد منفی در مادر باردار مبتلا به عفونت کرونا اکثراً گزینه «نظری ندارم» (۴۵,۲٪) و سپس گزینه «موافقم» را انتخاب کردند (۳۷٪). در مورد شیردهی مادر مبتلا، عمدتاً با شیردهی موافق بودند (۵۹,۲٪) (جدول ۳).

در سنجش نگرش مادران در مورد عفونت کرونا، دیده شد که اکثر مادران (۴۴,۵٪) معتقد بودند حتی علیرغم رعایت اصول بهداشتی، اگر برای انجام مراقبتهای بارداری به بیرون از خانه بروند، باز در معرض خطر ابتلا به عفونت کرونا هستند. در مورد این سوال که عفونت کرونا در مادر باردار با شدت بیشتری بروز می کند اکثراً پاسخ «موافقم» را انتخاب کرده (۴۰٪) و در پاسخ به این مورد که ابتلای مادر به کرونا خطری برای مادر ندارد اکثراً گزینه «مخالفم» را انتخاب کردند (۴۶,۳٪). در همین راستا در مورد اینکه مادر باردار به عفونت خفیف تری مبتلا

جدول ۳: نگرش زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران در مورد بیماری کرونا^۱

متغیر	گزینه	تعداد	درصد	متغیر	گزینه	تعداد	درصد
اگر تب یا سرفه داشته باشم خودم را قرنطینه می کنم.	موافقم	۴۱۵	۹۰,۷٪	من فکر می کنم اگر زن باردار ویروس کوید ۱۹ بگیرد فقط به یک بیماری خفیف مبتلا خواهد شد.	موافقم	۱۵۵	۳۳,۸٪
	مخالقم	۳۴	۷,۳٪	من فکر می کنم اگر زن باردار ویروس کوید ۱۹ بگیرد جنین او ناهنجار خواهد شد.	مخالقم	۱۰۳	۲۲,۵٪
	نظری ندارم	۹	۲٪	نظری ندارم	نظری ندارم	۲۰۰	۴۳,۷٪
به نظر من شستن مکرر دست ها می تواند خطر عفونت با ویروس کوید ۱۹ را پایین بیاورد.	موافقم	۴۱۱	۹۰٪	من فکر می کنم ابتلای به ویروس کوید ۱۹ برای زن باردار هیچ خطری ندارد.	موافقم	۶۶	۱۴,۴٪
	مخالقم	۲۳	۴,۹٪	نظری ندارم	مخالقم	۲۱۲	۴۶,۲٪
	نظری ندارم	۲۴	۵,۱٪	نظری ندارم	نظری ندارم	۱۸۰	۳۹,۳٪
به نظر من رعایت فاصله ی اجتماعی برای توقف انتشار ویروس کوید ۱۹ ضروری است.	موافقم	۴۱۱	۹۰٪	من فکر می کنم اگر زن باردار ویروس کوید ۱۹ بگیرد بارداری او به یک نتیجه نامطلوب (سقط، زایمان زودرس، مرگ جنین، ناهنجاری و...) خواهد انجامید.	موافقم	۱۷۰	۳۷,۱٪
	مخالقم	۳۶	۷,۸٪	نظری ندارم	مخالقم	۸۱	۱۷,۷٪
	نظری ندارم	۱۱	۲,۲٪	نظری ندارم	نظری ندارم	۲۰۷	۴۵,۲٪
به نظر من رعایت قرنطینه خانگی در پیشگیری از ویروس کوید ۱۹ موثر است.	موافقم	۳۹۰	۸۵,۲٪	من فکر می کنم مادر مبتلا به ویروس کوید ۱۹ می تواند با شیر خود نوزادش را تغذیه کند.	موافقم	۲۷۲	۵۹,۲٪
	مخالقم	۴۴	۹,۶٪	نظری ندارم	مخالقم	۸۷	۱۹٪
	نظری ندارم	۲۴	۵,۲٪	نظری ندارم	نظری ندارم	۹۹	۲۱,۸٪
حتی در صورت رعایت اصول حفاظت فردی بیرون آمدن از خانه برای انجام آزمایش یا مراقبت های دوران بارداری مرا نگران ابتلا به ویروس کوید ۱۹ می کند.	موافقم	۲۰۴	۴۴,۵٪	مادر مبتلا به ویروس کوید ۱۹ بهتر است با شیر خود نوزادش را تغذیه کند.	موافقم	۲۴۲	۵۲,۸٪
	مخالقم	۱۱۹	۲۶٪	نظری ندارم	مخالقم	۱۰۰	۲۱,۸٪
	نظری ندارم	۱۳۵	۲۹,۵٪	نظری ندارم	نظری ندارم	۱۱۶	۲۵,۳٪
من فکر می کنم اگر زن باردار ویروس کوید ۱۹ بگیرد بیماری او شدید خواهد شد.	موافقم	۱۸۳	۴۰٪	مادر مبتلا به ویروس کوید ۱۹ بهتر است نوزادش را با شیر خود تغذیه نکند زیرا در شیر مادر ویروس وجود دارد.	موافقم	۱۲۲	۲۶,۴٪
	مخالقم	۱۱۷	۲۵,۵٪	نظری ندارم	مخالقم	۱۲۷	۲۷,۷٪
	نظری ندارم	۱۵۸	۳۴,۵٪	نظری ندارم	نظری ندارم	۲۰۹	۴۵,۹٪

متوسط به ترتیب ترس از وقوع حادثه بد (۴۵,۲٪)، داشتن حالتهای متغیر (۳۱,۴٪) و ناتوانی در آرامش (۲۶٪) بود. در سطح خفیف بیشترین علایم شامل ناتوانی در آرامش (۵۳,۵٪)، احساس داغی و گرما (۴۳,۹٪) و احساس عصبی بودن (۴۱,۹٪) بود. هیچ کدام از شرکت کنندگان اضطراب در سطح شدید را گزارش نکردند (جدول ۵). طبق اطلاعات جدول شماره ۶ در مورد ارتباط آگاهی و

در مورد ابتلای اعضای خانواده به عفونت کرونا عمدتاً پاسخ خیر (۴۵,۴٪) و سپس بله (۴۰,۲٪) را انتخاب کردند و در مورد منبع اطلاعاتی خود در مورد عفونت کرونا، عمدتاً منبع خود را صدا و سیما (۶۰,۹٪) و سپس شبکه های اجتماعی (۴۳,۴٪) اعلام کردند (جدول ۴).

در مورد سطح اضطراب زنان باردار شرکت کننده در مطالعه دیده شد که بیشترین مشکل بیمار در سطح اضطراب

شیرین شهبازی صیقلده و همکاران

و مدرک دانشگاهی ($P=0.018$)، نمره نگرش زنان زیر دیپلم و دیپلم پایین تر بود. مقایسه دو به دو نگرش با تحصیلات همسران نیز نشان داد تحصیلات زیر دیپلم با تحصیلات دانشگاهی تفاوت آماری معناداری دارند ($P=0.021$) و نمره نگرش زنانی که همسران آنها مدرک دانشگاهی دارند در سطح بالاتری قرار دارد. طبق جدول ۷ آگاهی با مشخصات باروری مادر ارتباط آماری معناداری نداشت. هرچند نگرش با وضعیت بارداری ارتباط آماری معنادار داشت ($P=0.001$) و در مقایسه دو به دو نگرش در دو سطح بارداری طبیعی و بارداری برنامه ریزی نشده ($P=0.026$) و بارداری برنامه ریزی شده با بارداری برنامه ریزی نشده ($P=0.001$) همچنان ارتباط آماری معناداری وجود داشت. به طوریکه نمره نگرش در بارداری برنامه ریزی نشده، نسبت به بارداری طبیعی و بارداری برنامه ریزی شده، کمتر بود.

نگرش زنان در مورد عفونت کرونا با اضطراب آنها دیده شد که میانگین نمره آگاهی تنها با سن مادر اختلاف آماری معنادار داشت ($P=0.049$). به طوری که در مقایسه دو به دو آگاهی در زنان با دامنه سنی ۲۱ تا ۲۵ به طور معنی داری بالاتر از آگاهی زنان ۳۱ تا ۴۰ سال بود. ($P=0.028$) نگرش نیز با سن ($P=0.025$)، شغل همسر ($P=0.03$)، تحصیلات مادر ($P=0.014$) و تحصیلات همسر ($P=0.016$) ارتباط آماری معناداری داشت. هرچند مقایسه دو به دو نگرش در ارتباط با سن اختلاف معنی دار آماری را در سطوح مختلف سنی نشان نداد. هم چنین مقایسه دو به دو توکی نشان دهنده ی آن بود که نمره نگرش در زنان با همسران بیکار به طور معنی داری پایین تر از زنانی که همسران آنها شاغل اداری بودند، می باشد ($P=0.023$). در مقایسه دو به دو نگرش با تحصیلات مادر دیده شد در مادران با تحصیلات زیر دیپلم و تحصیلات دانشگاهی ($P=0.047$) و همچنین در زنان با مدرک دیپلم

جدول ۴: توزیع فراوانی اطلاعات مربوط به میزان ابتلا و مرگ و نحوه کسب اطلاعات در مورد ویروس کوید ۱۹

متغیر			
بله	خیر	نمیدانم	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۸۴ (۴۰.۲٪)	۲۰۸ (۴۵.۴٪)	۱۶۶ (۱۴.۴٪)	سابقه ویروس کوید ۱۹ در خانواده
۱۲۶ (۲۷.۵٪)	۲۰۸ (۴۵.۴٪)	۱۲۴ (۲۷.۱٪)	مرگ در اثر ویروس کوید ۱۹ در فامیل
۲۵۹ (۴۳.۴٪)	۱۹۹ (۴۳.۳٪)	-	شبکه های اجتماعی
۲۰۸ (۴۵.۴٪)	۲۵۰ (۵۴.۶٪)	-	دوستان
۱۱ (۲.۴٪)	۴۴۷ (۹۷.۶٪)	-	خانواده
۲۷۹ (۶۰.۹٪)	۱۷۹ (۳۹.۱٪)	-	صدا و سیما

در مورد ارتباط اضطراب با مشخصات دموگرافیک مادر، مطابق جدول ۶، اضطراب با سن ارتباط آماری معناداری داشت ($P<0.001$). در مقایسه دو به دو دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ با ۱۵-۲۰ ($P<0.001$)، ۲۵-۳۱ ($P=0.01$) و ۳۰-۳۶ ($P<0.001$) نتایج نشان داد اضطراب در زنان با دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ کمتر است. تحصیلات همسر متغیر دیگری بود که با اضطراب ارتباط آماری معنی دار داشت ($P=0.031$). مقایسه دو به دو نشان دهنده آن بود که اضطراب در زنان با همسران زیر دیپلم از زنانی که همسرانشان دیپلم ($P=0.042$) و یا دانشگاهی ($P=0.042$) هستند، کمتر می باشد.

در مورد ارتباط اضطراب با سابقه باروری مادر، مطابق جدول ۷، نتایج نشان داد اضطراب با سابقه ناباروری ($P=0.039$)، تعداد بارداری ($P=0.022$)، سن بارداری ($P=0.001$)، وضعیت بارداری ($P<0.001$)، فاصله بارداری ها ($P=0.038$) و نوع زایمان ($P=0.022$) ارتباط آماری معناداری داشت. در مقایسه دو به دو در ارتباط با تعداد بارداری اختلاف معنادار آماری در سطوح مختلف دیده نشد. در مقایسه دو به دو سن بارداری، سن بارداری ۰ تا ۱۴ هفته ($P=0.001$) و سن بارداری ۱۵ تا ۲۸ هفته ($P=0.015$) در مقایسه با سن بارداری ۲۹ تا ۴۲ هفته میزان اضطراب بیشتری داشتند.

جدول ۵: سطوح مختلف اضطراب در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران در مورد بیماری کرونا

متغیر	گزینه		
	اصلا تعداد (درصد)	خفیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)
کری و گز شدن (مور مور شدن)	۲۶۶ (۵۸,۱٪)	۱۲۷ (۲۷,۷٪)	۶۵ (۱۴,۲٪)
احساس داغی (گرما)	۲۳۶ (۵۱,۵٪)	۲۰۱ (۴۳,۹٪)	۲۱ (۴,۶٪)
لرزش پاها	۳۰۸ (۶۷,۲٪)	۱۲۶ (۲۷,۵٪)	۲۴ (۵,۲٪)
ناتوانی در حفظ آرامش	۹۴ (۲۰,۵٪)	۲۴۵ (۵۳,۵٪)	۱۱۹ (۲۶٪)
ترس از وقوع حادثه بد	۵۴ (۱۱,۸٪)	۱۹۷ (۴۳٪)	۲۰۷ (۴۵,۲٪)
سرگیجه و منگی	۲۸۸ (۶۲,۹٪)	۱۵۰ (۳۲,۸٪)	۲۰ (۴,۴٪)
تپش قلب و نفس نفس زدن	۲۳۰ (۵۰,۲٪)	۱۸۵ (۴۰,۴٪)	۴۳ (۹,۴٪)
حالت متغیر (بی ثبات)	۱۴۷ (۳۲,۱٪)	۱۶۷ (۳۶,۵٪)	۱۴۴ (۳۱,۴٪)
حالت وحشت زدگی	۳۱۰ (۶۷,۷٪)	۱۱۹ (۲۶٪)	۲۹ (۶,۳٪)
احساس عصبی	۲۴۱ (۵۲,۶٪)	۱۹۲ (۴۱,۹٪)	۲۵ (۵,۵٪)
احساس خفگی	۳۳۷ (۷۳,۶٪)	۱۲۱ (۲۶,۴٪)	-
لرزش دست	۳۴۳ (۷۴,۹٪)	۱۱۵ (۲۵,۱٪)	-
لرزش بدن	۲۷۵ (۶۰٪)	۱۸۳ (۴۰٪)	-
ترس از دست دادن کنترل	۲۵۵ (۵۵,۷٪)	۱۷۶ (۳۸,۴٪)	۲۷ (۵,۹٪)
به سختی نفس کشیدن	۲۷۴ (۵۹,۸٪)	۱۸۴ (۴۰,۲٪)	-
ترس از مردن	۲۵۵ (۵۵,۷٪)	۱۷۴ (۳۸٪)	۲۹ (۶,۳٪)
ترسیده (حالت ترس)	۳۰۳ (۶۶,۲٪)	۱۵۵ (۳۳,۸٪)	-
سوء هاضمه و ناراحتی در شکم	۳۰۳ (۶۶,۲٪)	۱۵۵ (۳۳,۸٪)	-
غش کردن (از حال رفتن)	۲۹۶ (۶۴,۶٪)	۱۳۹ (۳۰,۳٪)	۲۳ (۵٪)
سرخ شدن صورت	۳۴۸ (۷۶٪)	۱۱۰ (۲۴٪)	-
عرق کردن (نه در اثر گرما)	۲۲۸ (۴۹,۶٪)	۱۶۵ (۳۶٪)	۶۵ (۱۴,۱٪)

($P=0.025$) و زیر سه سال با بیشتر از پنج سال ($P=0.090$) اختلاف آماری معناداری وجود داشت به طوری که اضطراب در فاصله بارداری زیر سه سال بیشتر بود. در مقایسه دو به دو نوع زایمان، نداشتن سابقه زایمان با داشتن سابقه زایمان طبیعی ($P=0.017$) ارتباط آماری معناداری داشت و زنانی که سابقه زایمان طبیعی داشتند، اضطراب بیشتری داشتند.

در مقایسه دو به دو وضعیت بارداری، بارداری طبیعی با برنامه ریزی نشده ($P=0.005$)، برنامه ریزی شده با برنامه ریزی نشده ($P=0.006$) و برنامه ریزی نشده با IVF ($P=0.024$) ارتباط آماری معنادار داشت بطوریکه در بارداری برنامه ریزی نشده اضطراب بیشتری وجود داشت. هم چنین در مقایسه دو به دو فاصله بارداری، فاصله زیر یک سال با زیر سه سال

شیرین شهبازی صیقلده و همکاران

جدول ۶: توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران و ارتباط آن با آگاهی، نگرش و اضطراب آنها

متغیرها	رنج	فراوانی (درصد)	آگاهی M±SD F/T (P)	نگرش M±SD F/T (P)	اضطراب M±SD F/T (P)
سن مادر	۱۵-۲۰	۸۱ (۱۷,۷٪)	۱۸,۰۲±۵,۱۹	۴,۱۸±۲,۵۴	۱۰,۰۸±۶,۵۳
	۲۱-۲۵	۱۶۰ (۳۴,۹٪)	۱۸,۹۱±۵,۳۱	۵,۰۳±۲,۴۰	۱۲,۶۳±۵,۸۴
	۲۶-۳۰	۱۴۳ (۳۱,۲٪)	۱۸,۲۴±۴,۸۶	۴,۶۹±۲,۷۰	۱۲,۲۰±۶,۵۹
	۳۱-۴۰	۷۴ (۱۶,۲٪)	۱۶,۹۱±۴,۹۸	۴,۱۰±۲,۸۱	۷,۰۰±۵,۴۹
تحصیلات مادر	زیردیپلم	۱۰۰ (۲۱,۸٪)	۱۷,۳۸±۴,۴۲	۴,۳۸±۲,۵۴	۱۰,۰۶±۶,۸۴
	دیپلم	۲۳۲ (۵۰,۷٪)	۱۸,۳۱±۵,۲۸	۴,۴۲±۲,۵۶	۱۱,۶۴±۶,۱۹
	دانشگاهی	۱۲۶ (۲۷,۵٪)	۱۸,۷۳±۵,۳۱	۵,۲۰±۲,۶۷	۱۱,۰۷±۶,۵۸
	زیر دیپلم	۸۳ (۱۸,۱٪)	۱۷,۹۰±۴,۵۸	۴,۱۵±۲,۵۶	۹,۴۵±۶,۴۹
تحصیلات همسر	دیپلم	۲۲۹ (۵۰,۰٪)	۱۸,۲۰±۵,۰۹	۴,۴۹±۲,۶۵	۱۱,۴۴±۶,۴۷
	دانشگاهی	۱۴۶ (۳۱,۹٪)	۱۸,۴۵±۵,۴۸	۵,۱۰±۲,۵۱	۱۱,۶۱±۶,۳۱
	خانه دار	۳۵۲ (۷۶,۹٪)	۱۷,۹۷±۴,۹۸	۴,۶۳±۲,۵۸	۱۱,۰۸±۶,۵۷
	شاغل آزاد	۸۲ (۱۷,۹٪)	۱۸,۶۵±۵,۰۶	۴,۳۰±۲,۷۵	۱۱,۶۳±۶,۱۵
شغل مادر	شاغل اداری	۲۴ (۵,۲٪)	۲۰,۴۱±۶,۸۷	۵,۵۸±۲,۲۸	۱۰,۳۳±۶,۰۳
	بیکار	۵۰ (۱۰,۹٪)	۱۷,۶۴±۴,۵۹	۳,۸۴±۲,۵۰	۱۰,۰۴±۶,۳۲
	شاغل آزاد	۳۳۳ (۷۲,۷٪)	۱۸,۳۸±۵,۲۶	۴,۶۴±۲,۵۵	۱۱,۲۹±۶,۳۹
	شاغل اداری	۷۵ (۱۶,۴٪)	۱۷,۹۰±۴,۸۵	۵,۰۹±۲,۸۱	۱۱,۲۱±۶,۸۷

جدول ۷: توزیع فراوانی اطلاعات باروری زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران و ارتباط آن با آگاهی، نگرش و اضطراب

فراوانی (درصد)		آگاهی M±SD	F/T (P)	نگرش M±SD	F/T (P)	اضطراب M±SD	F/T (P)
سابقه سقط	بله	۱۰۰ (۲۱,۸٪)	۱۸,۲۰±۴,۹۶	۰,۰۳۲	۴,۶۵±۲,۵۸	۰,۰۶۳	۱۰,۷۹±۶,۶۰
	خیر	۳۵۸ (۷۸,۲٪)	۱۸,۲۳±۵,۱۸	۰,۰۸۵	۴,۶۲±۲,۶۲	۰,۰۸۰	۱۱,۲۴±۶,۴۳
سابقه ناباروری	بله	۲۴ (۵,۲٪)	۱۷,۳۷±۴,۷۶	۰,۰۵۶	۴,۵۸±۲,۲۴	۰,۰۳۵	۱۲,۸۷±۵,۰۸
	خیر	۴۳۴ (۹۴,۸٪)	۱۸,۲۷±۵,۱۵	۰,۰۴۵۴	۴,۶۳±۲,۶۳	۰,۰۵۴	۱۱,۰۴±۶,۵۲
تعداد بارداری	بارداری اول	۲۰۷ (۴۵,۲٪)	۱۸,۵۹±۵,۵۷		۴,۵۸±۲,۵۶		۱۰,۶۴±۶,۴۰
	بارداری دوم	۱۸۱ (۳۹,۵٪)	۱۸,۰۳±۴,۷۷	۱,۱۵ (۰,۳۱۷)	۴,۵۶±۲,۷۲	۰,۰۵۴ (۰,۵۷۹)	۱۲,۱۳±۶,۳۶
	بارداری سوم و بیشتر	۷۰ (۱۵,۳٪)	۱۷,۶۲±۴,۶۱		۴,۹۲±۲,۴۶		۱۰,۰۲±۶,۶۳
	۰-۱۴	۷۳ (۱۵,۹٪)	۱۸,۲۷±۴,۷۱		۴,۸۶±۲,۳۷		۱۲,۹۳±۵,۵۶
سن بارداری	۱۵-۲۸	۲۰۵ (۴۴,۸٪)	۱۸,۰۸±۵,۳۰	۰,۰۱۵ (۰,۰۸۵۶)	۴,۶۰±۲,۴۳	۰,۰۳۵ (۰,۷۰۱)	۱۱,۶۵±۶,۵۶
	۲۹-۴۲	۱۸۰ (۳۹,۳٪)	۱۸,۳۷±۵,۱۱		۴,۵۶±۲,۸۹		۹,۸۳±۶,۴۶
	خودبه خود	۸۰ (۱۷,۵٪)	۱۸,۳۷±۵,۵۱		۴,۹۳±۲,۴۴		۱۲,۳۷±۶,۷۴
	بارداری برنامه ریزی شده	۲۰۲ (۴۴,۱٪)	۱۸,۶۴±۵,۲۹	۱,۰۱۶	۵,۰۲±۲,۶۳	۰,۰۶۹	۱۱,۶۹±۶,۴۸
وضعیت بارداری	بارداری برنامه ریزی نشده	۱۵۶ (۳۴,۱٪)	۱۷,۶۳±۴,۷۲	۰,۰۳۲۱	۳,۹۴±۲,۶۰	۰,۰۰۰۱	۹,۴۵±۶,۱۵
	روش های کمک باروری	۲۰ (۴,۴٪)	۱۸,۰۵±۴,۷۸		۴,۷۵±۲,۱۷		۱۳,۷۵±۴,۷۰
	زیر یک سال	۲۱۳ (۴۶,۵٪)	۱۸,۴۷±۵,۴۸		۴,۵۵±۲,۵۶		۱۰,۶۵±۶,۳۱
فاصله بارداری ها	زیر سه سال	۷۴ (۱۶,۲٪)	۱۸,۸۷±۵,۳۶	۱,۰۳۴	۴,۹۵±۲,۶۲	۰,۰۶۴	۱۳,۱۰±۵,۸۳
	سه تا پنج سال	۸۵ (۱۸,۶٪)	۱۷,۶۷±۳,۸۸	۰,۰۲۶۰	۴,۷۱±۲,۶۷	۰,۰۵۸۷	۱۱,۰۷±۶,۱۸
	بیشتر از پنج سال	۸۶ (۱۸,۸٪)	۱۷,۵۹±۵,۰۷		۴,۴۳±۲,۶۷		۱۰,۷۲±۷,۳۵

سابقه زایمان ندارد	۲۶۱ (۵۷٪)	۱۸,۴۴±۵,۴۲	۰,۵۸	۴,۵۱±۲,۶۲	۰,۹۶	۱۰,۵۸±۶,۳۴	۳,۸۴
طبیعی	۱۰۹ (۲۳,۸٪)	۱۷,۸۴±۴,۹۰	(۰,۵۵۷)	۴,۹۲±۲,۳۷	(۰,۳۸۱)	۱۲,۶۰±۶,۴۴	(۰,۰۲۲)
سزارین	۱۸۸ (۱۹,۲٪)	۱۸,۰۵±۴,۴۷		۴,۶۰±۲,۸۲		۱۰,۹۸±۶,۶۵	

همچنین طبق جدول ۸ آگاهی با نگرش همبستگی معنی دار آماری مثبت داشتند. به عبارتی با افزایش آگاهی، نمره نگرش نیز افزایش می یابد و برعکس. هرچند این

همبستگی در سطح ضعیف بود. اما اضطراب با متغیرهای آگاهی ($P=0.15$) و نگرش ($P=0.97$) همبستگی معنادار آماری نداشت.

جدول ۸: همبستگی اضطراب، نگرش و آگاهی در مورد ویروس کوید ۱۹ در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران

متغیرها	نگرش	اضطراب
آگاهی	$r=0.134$ $P=0.004$	$r=0.114$ $P=0.15$
نگرش	-----	$r=0.78$ $P=0.97$

با توجه به جدول ۹، زنانی که سابقه ابتلا به کوید ۱۹ در خانواده یا فامیل را داشتند نمره اضطراب بالاتری داشتند اما ارتباط این دو متغیر با اضطراب معنادار نبود. همچنین در مقایسه دو به دو در مورد مرگ در اثر ویروس کوید ۱۹

گزینه بله با نمی دانم ($P=0.20$) ارتباط آماری معنادار داشتند و کسانی که گزینه بله و نمی دانم را انتخاب کرده بودند اضطراب بیشتری داشتند.

جدول ۹: اطلاعات مربوط به میزان ابتلا و مرگ در خانواده و فامیل و ارتباط آنها با اضطراب زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت جنوب شهر تهران

متغیرها	فراوانی (درصد)	اضطراب $M\pm SD$	F/T (P)
سابقه ابتلا به ویروس کوید ۱۹ در خانواده یا فامیل	بله	۱۱,۱۵±۶,۵۹	۰,۲۵۱
	خیر	۲۰۸ (۴۵,۴٪)	
	نمی دانم	۱۲,۲۸±۶,۴۲	
	بله	۱۳,۱۳±۶,۰۹	
مرگ در اثر ویروس کوید ۱۹ در خانواده یا فامیل	خیر	۸,۶۹±۶,۳۰	۰,۰۰۰
	نمی دانم	۱۳,۲۱±۵,۶۸	

شباهت هایی با سندرم حاد تنفسی و سندرم تنفسی خاورمیانه دارد، اما طبق مطالعات انجام شده از سایر ویروس ها مسری تر است (۲۲). در حیطه دانش اکثر زنان بیماری کرونا در مادر را به صورت یک بیماری تنفسی خفیف بیان کردند اما حدودی نیمی از آنها معتقد بودند در صورت ابتلای مادر به کرونا، او در وضعیت خطرناکی قرار می گیرد (۴۶,۳٪) که احتمالاً نوع شدید آن را مدنظر داشته اند. براساس یافته های مطالعات انجام شده نیز زنان بارداری که به عفونت کرونایی شدید مبتلا می شوند در مقایسه با سایر زنان در معرض خطر پیامدهای منفی و حتی مرگ و میر قرار دارند (۲۳-۲۴) اما پیامد بارداری در زنانی که علایم خفیف داشته و یا در اواخر بارداری به بیماری کرونا

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط اضطراب زنان باردار با سطح آگاهی و نگرش از پاندمی ویروس کوید ۱۹ در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر تهران انجام شد. براساس نتایج، اکثر زنان باردار خود را در معرض خطر ابتلای متوسط (۲۷,۳٪) و یا کم (۲۵,۱٪) می دانستند با اینحال معتقد بودند اگر مادر برای انجام مراقبتهای بارداری به خارج از منزل برود حتی در صورت رعایت اصول بهداشتی، در معرض خطر ابتلا قرار می گیرد (۴۴,۵٪). این موضوع کاملاً با آنچه از ویروس کوید ۱۹ شناخته شده است مطابقت دارد؛ این که اگرچه ویروس کوید ۱۹

مطالعه ای در ترکیه، زنان باردار در ابزار اضطراب و افسردگی مرتبط با بیمارستان، نمره بالایی کسب کردند. اکثر آنها نسبت به تاثیر بیماری بر جنین خود نگران بودند (۸۲،۵٪). محققین بر همین اساس توصیه کرده اند که در پاندمی ها برقراری ارتباط و اطمینان بخشی به مادران نسبت به مراقبتهای روتین بارداری در اولویت قرار بگیرد تا از افزایش سطح اضطراب و یا حتی افسردگی مادران جلوگیری شود (۳۶). در مطالعه Corbett و همکاران نیز گزارش شده است که پاندمی ویروس کوید ۱۹ میزان اضطراب زنان باردار را افزایش داده و نگرانی در مورد سلامتی خود، اعضای خانواده و نوزاد، علت این اضطراب می باشد (۳۷). شاید میزان کمتر اضطراب در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات دیگر این باشد که آن مطالعات در زمان بحرانی بیماری کرونا که در اوایل شیوع ناشناخته می نمود انجام شده و با گذشت زمان افراد فرصت کسب اطلاعات در خصوص این بیماری و روش های پیشگیری از آن را داشته اند.

در مطالعه ای در ایتالیا با عنوان اثرات همه گیری کروناویروس بر اضطراب مادر در دوران بارداری، از پرسشنامه اضطراب حالت-صفت (STAI) استفاده شد. مقادیر مساوی یا کمتر از ۴۰ برای این پرسشنامه غیر طبیعی در نظر گرفته شد که ۳۸،۲٪ زنان باردار شرکت کننده نمره بالاتر از ۴۰ کسب کردند (۱۷). اگرچه پرسشنامه اضطراب در این مطالعه و مطالعه فعلی متفاوت می باشد ولی میزان اضطراب تقریباً مشابه است. در مطالعه فعلی بین متغیرهای سن و اضطراب ارتباط آماری معنادار وجود داشت ($P=0,00$) و بالاترین میزان اضطراب در رنج سنی ۲۵-۲۱ سال بود. در حالی که در مطالعه Mappa و همکاران اضطراب و سطح تحصیلات از بین متغیرهای دموگرافیک با هم اختلاف آماری معنادار داشتند و وضعیت تحصیلی بالاتر با افزایش شیوع اضطراب همراه بود. همچنین در این مطالعه اضطراب با متغیرهای باروری مانند تعداد بارداری و حمایت اجتماعی ارتباط معنادار داشت (۱۷). در مطالعه حاضر اضطراب با سطح تحصیلات همسر، سابقه ناباروری، تعداد بارداری، سن بارداری، وضعیت بارداری، فاصله بارداری ها و نوع زایمان قبلی ارتباط معنادار داشت. نقطه اشتراک، معنادار بودن اضطراب و تعداد بارداری در هر دو مطالعه بود بطوریکه زنان نولی پار اضطراب بیشتری را گزارش داده بودند. در مطالعه Effati Daryani و همکاران (۲۰۲۰) اضطراب با شغل همسر، میزان حمایت همسر، تعداد بارداری و رضایت از زندگی زناشویی

مبتلا شده اند، مناسب گزارش شده است (۲۷-۲۵). مادران تحت مطالعه عمدتاً از اینکه کرونا ممکن است چه خطری برای جنین داشته باشد اظهار بی اطلاعی کردند اما از بین گزینه های پیشنهادی، زود به دنیا آمدن نوزاد و کم وزنی نوزاد را جزو عوارض آن می دانستند (۱۰٪). براساس مقالات موجود، زایمان زودرس جزو شایع ترین عارضه ابتلا به ویروس کوید ۱۹ شناخته شده است (۲۹، ۲۴-۲۷). این موضوع نیز با آگاهی و نگرش مادران این مطالعه در مورد تاثیر کرونا بر مادر و بر پیامد بارداری مطابقت دارد. زیرا علت زایمان زودرس می تواند افزایش اضطراب مادران باردار باشد (۳۰).

براساس سایر نتایج این مطالعه، تنها ۳ درصد از زنان مورد مطالعه ابتلا به کرونا را با ناهنجاری جنین مرتبط دانستند. اما در یک مطالعه گذشته نگر مقایسه ای در ایران، بروز همه انواع آنومالی زمان تولد در نوزادانی که در فاصله سالهای ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱ به دنیا آمده بودند در مقایسه با سال ۲۰۱۹ بطور معناداری افزایش یافته، گزارش شده است؛ به ویژه ناهنجاریهای سیستم عصبی مرکزی و ناهنجاری اداری تناسلی (۳۱). همچنین اکثراً مادران شرکت کننده در مطالعه حاضر در مورد وجود یا عدم وجود ویروس کوید ۱۹ در شیر مادران مبتلا به کرونا اظهار بی اطلاعی کردند اما حدود ۶۰٪ به این سوال که مادر مبتلا می تواند به نوزاد خود شیر بدهد یا خیر پاسخ مثبت دادند و معتقد بودند مادر می تواند به نوزاد خود شیر بدهد (۵۹،۲٪). براساس مطالعات مرتبط، شیردهی مستقیم از سینه در مادران مبتلا به کوید ۱۹ مجاز بوده و حتی مادرانی که به دلیل شرایط جسمانی قادر به شیردهی مستقیم نبودند می توانستند نوزاد خود را با شیر دوشیده شده تغذیه کنند (۳۴-۳۲). در مورد اضطراب مادران نیز در سطح متوسط بیشترین علامت «ترس از وقوع حادثه بد» (۴۵،۲٪) و در سطح خفیف «ناتوانی در حفظ آرامش» گزارش شد (۵۳،۵٪). اگر چه اضطراب در دوران بارداری، در حالت عادی و بدون شیوع همه گیری کرونا ۱۵-۱۰٪ گزارش شده است (۳۵). در مطالعه فعلی بالاترین سطح اضطراب در زنان باردار در پاندمی کرونا ۳۸،۹٪ بود که این میزان مربوط به اضطراب خفیف می باشد. در مطالعه Roy و همکاران بیش از ۸۰٪ شرکت کنندگان درجاتی از اضطراب را گزارش کرده بودند (۱۶). در مطالعه عابدزاده کلهرودی و همکاران نیز ۱۸۲ نفر (۵۰٪) زنان باردار اضطراب خفیف را گزارش کرده بودند (۳۵). در

ارتباط داشت (۳۸). براساس سایر مطالعات نیز زنانی که همسران آنها دارای شغل و درآمد بالاتری هستند، اضطراب کمتر (۳۹) و زنانی که بارداری اول خود را تجربه می کنند اضطراب بیشتری دارند (۳۵). میزان حمایت خانوادگی (۴۰) و شادی زنان در بارداری نیز با کاهش اضطراب آنها ارتباط دارد (۴۱).

در مطالعه حاضر میانگین آگاهی و نگرش زنان باردار به ترتیب $5,13 \pm 18,22$ و $4,62 \pm 2,61$ بود که این میزان با مطالعه Roy و همکاران مشابه بود. در این مطالعه شرکت کنندگان آگاهی متوسطی در مورد عفونت کروناویروس و دانش کافی در مورد جنبه های پیشگیری داشتند (۱۶). در مطالعه ای در نیجریه آگاهی زنان باردار در مورد اقدامات پیشگیری کننده بالا بود به این دلیل که از زمان اولین مورد ثابت شده ی بیماری، دولت این کشور اقدامات سختگیرانه ای از طریق رسانه ها برای آموزش مردم انجام داد. اگرچه شرکت کنندگان آگاهی کافی (۶۰,۹٪) در مورد روش های پیشگیرانه داشتند، ولی سطح عملکرد آن ها پایین بود که براساس نظر این محقق این می تواند به علت ویژگی های دموگرافیک و اجتماعی اشخاصی که در این منطقه از آفریقا زندگی می کنند، مربوط باشد (۱۸). در مطالعه Taghrir و همکاران در قسمت آگاهی میانگین پاسخ های صحیح ۸۶,۹۶٪ بود. ۷۹,۶٪ شرکت کنندگان اطلاعات بالا، ۱۳,۸٪ اطلاعات متوسط و ۶,۷٪ اطلاعات کمی در مورد کروناویروس داشتند (۱۵). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر متفاوت است که شاید علت آن متفاوت بودن نمونه ها در دو مطالعه باشد. در مطالعه Taghrir و همکاران بر روی دانشجویان پزشکی، این دانشجویان به علت مواجهه با بیماران کرونایی و مطالعه جدیدترین دستورالعمل ها اطلاعات بالایی در مورد کرونا داشتند (۱۵). در مطالعه Firouzbakht و همکاران میانگین نمره آگاهی و عملکرد به ترتیب $9,17 \pm 2,02$ و $2,59 \pm 0,63$ بود. بیشتر زنان باردار شرکت کننده در این مطالعه (۵۳,۱٪) اطلاعات محدودی داشتند. همچنین نگرش و عملکرد آن ها در برابر ویروس کوید ۱۹ ضعیف بود (به ترتیب ۶۵,۱٪ و ۶۶,۷٪) که این نتیجه بر خلاف نتایج مطالعه حاضر می باشد (۴۲). در مطالعه فعلی آگاهی و نگرش متوسط، غالب بود شاید علت این تفاوت به دلیل متفاوت بودن زمان انجام مطالعه باشد که با گذشت زمان اطلاعات مردم در خصوص ویروس کوید ۱۹ افزایش یافته است. همچنین در مطالعه Firouzbakht

و همکاران نگرش و عملکرد در برابر کرونا با سطح اطلاعات همبستگی مثبت داشت (۴۲). در مطالعه فعلی نیز آگاهی و نگرش همبستگی مثبت ولی ضعیفی داشتند. براساس سایر نتایج این مطالعه آگاهی با نگرش همبستگی معنی دار آماری داشت. به عبارتی با افزایش آگاهی، نمره نگرش نیز افزایش می یافت و برعکس. هرچند این همبستگی در سطح ضعیف بود. اما اضطراب با متغیرهای آگاهی و نگرش همبستگی معنادار آماری نداشت. در مطالعه ای در کشور ترکیه که در اوایل سال ۲۰۲۰ انجام شده است، سطح اطلاعات زنان باردار در مورد ویروس کوید ۱۹ خوب (بالای ۸۰ درصد) اما سطح استرس، اضطراب و افسردگی آنها مانند قبل از بروز پاندمی گزارش شده است. در این مطالعه از ابزار استرس و اضطراب طراحی شده در این کشور استفاده شده است (۴۳). برخلاف این دو مطالعه، در مطالعه ای که در اواخر سال ۲۰۲۰ در اندونزی جهت بررسی ارتباط بین دانش و اضطراب بر روی ۵۲ زن باردار انجام شده است، این ارتباط معنادار گزارش شده است. در این مطالعه به نظر می رسد از ابزار محقق ساخته استفاده شده باشد (۴۴). در مطالعه Ding در چین که در سال ۲۰۱۹ از ابزار SAS انجام شده است، یکی از فاکتورهای موثر بر اضطراب زنان باردار نمره دانش آنها بیان شده است (۴۵). ممکن است علت تفاوت نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات به دلیل استفاده از ابزارهای متفاوتی باشد که در مطالعات مختلف استفاده شده است.

براساس سایر نتایج مطالعه حاضر، صدا و سیما (۶۰,۹٪) و شبکه های اجتماعی (۴۳,۴٪) به ترتیب بالاترین منبع کسب اطلاعات در خصوص ویروس کوید ۱۹ بودند. در مطالعه ابراهیمی و همکاران ۳۷,۵٪ اطلاعات خود را از صدا و سیما، ۵۳,۹٪ از شبکه های اجتماعی و اینترنت و ۴۷,۸٪ از دوستان و آشنایان دریافت کردند. لازم به ذکر است این مطالعه بر روی عموم مردم مشهد انجام شده بود (۴۶). در مطالعه Mappa ۶۴٪ زنان باردار از طریق تلویزیون و روزنامه ۲۹٪ از طریق اینترنت و شبکه های اجتماعی و ۷٪ از طریق پزشک خانواده و سیستم اورژانس اطلاعات کسب کرده بودند (۱۷). براساس این نتایج و با توجه به فراگیری استفاده از شبکه های اجتماعی، پیشنهاد می شود با معرفی سایت ها و منابع مورد تایید وزارت بهداشت، زنان باردار به کسب اطلاعات از این منابع سوق داده شوند. از نقاط قوت پژوهش حاضر حجم بالای نمونه و ساخت

زنان باردار در زمان رخداد پاندمی ها را شناسایی کرد و با معرفی و ارزیابی منابع اطلاعاتی درست، باعث افزایش آگاهی و نگرش و کاهش اضطراب آنها شد. به ویژه استفاده بیشتر و بهینه تر از پتانسیل صدا و سیما که در این مطالعه مهمترین منبع دریافت اطلاعات زنان عنوان شد می تواند یکی از پیشنهادات این مطالعه جهت تسهیل دسترسی مردم به یک منبع موثق اطلاع رسانی در پاندمی های آینده باشد. بدیهیست برنامه ریزی و سیاست های مناسب در این زمینه باعث ارتقا سلامت جسم و روان زنان باردار و بهبود عملکرد و نهایتا بهبود پیامدهای بارداری می شود.

سیاسگزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند از کلیه کارکنان مرکز بهداشت جنوب و کلیه خانم های باردار شرکت کننده در این پروژه تشکر و قدردانی نمایند.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق IR.TUMS.VCR.REC.1399.507 به تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران رسیده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند که تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

پرسشنامه اختصاصی در خصوص آگاهی و نگرش نسبت به کرونا در دوران بارداری می باشد. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به این موضوع اشاره کرد که با توجه به اینکه برای جمع آوری اطلاعات از طریق ارسال آدرس پرسشنامه بوسیله شبکه های اجتماعی انجام شده است، ممکن است امکان سوگیری افزایش یابد. از این جهت که افرادی که وضعیت اقتصادی، اجتماعی بالاتری دارند احتمال استفاده بیشتر از اینترنت و شبکه های اجتماعی را دارند.

نتیجه گیری

مطالعه فعلی نشان داد که زنان باردار تحت مطالعه، آگاهی و نگرش متوسطی در مورد ویروس کوید ۱۹ داشتند و میزان اضطراب آنها نسبت به قبل از دوران کرونا افزایش پیدا کرده بود. همچنین اطلاعات مادران در مورد بعضی از جنبه های مرتبط با این بیماری و بررسی نادرست و یا ناقص بوده است. بین آگاهی و نگرش زنان نسبت به کرونا، همبستگی مثبتی وجود داشت هرچند این همبستگی ضعیف بود. همچنین مشخص شد از میان مشخصات دموگرافیک و سابقه باروری، اضطراب با سطح تحصیلات همسر، سابقه ناباروری، تعداد بارداری، سن بارداری، وضعیت بارداری، فاصله بارداری ها و نوع زایمان ارتباط معنا داری دارد. می توان از نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه نیازهای

retrospective review of medical records. The Lancet 2020; 395(10226):809-15. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)

References

1. Takian A, Raoofi A, Kazempour-Ardebili S. COVID-19 battle during the toughest sanctions against Iran. Lancet (London, England 2020; 395(10229):1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30668-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30668-1)
2. Khedmat L, New coronavirus (2019-nCoV): An insight toward preventive actions and natural medicine. Int J Travel Med Glob Health 2020;8(1):44-5. <https://doi.org/10.34172/ijtmgh.2020.07>
3. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. American journal of obstetrics and gynecology 2020; 222(5):415-426. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>
4. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. The Lancet 2020; 395(10226):809-15. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
5. Liu W, Wang Q, Zhang Q, Chen L, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy: A case series. 2020. Preprints,2020020373.
6. Shojaei S, Koucheh M, Miri MM, Salarian S, et al. Twin pregnant woman with COVID-19: a case report. Journal of Cellular & Molecular Anesthesia 2020; 9;5(1):43-6.
7. Swartz D, Graham A. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. Virus 2020; 12:194. <https://doi.org/10.3390/v12020194>
8. Centers for Disease Control and Prevention, Interim infection prevention and control recommendations for patients with confirmed 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) or persons

- under investigation for 2019-nCoV in healthcare settings, 2020.
9. Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Daştgheib SA, Abbasi H, et al. Vertical transmission of coronavirus Disease 19 (COVID-19) from infected pregnant mothers to neonates: a review. *Fetal and Pediatric Pathology* 2020 1:1-5. <https://doi.org/10.1080/15513815.2020.1747120>
10. World Health Organization, 2019. Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 3.
11. World Health Organization, 2019. Report of the who-china joint mission on coronavirus disease 2019 (covid-19).
12. Qiao Y, Wang J, Li J, Wang J. Effects of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: a follow-up study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2012;32(3):237-40. <https://doi.org/10.3109/01443615.2011.647736>
13. Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *American Journal of obstetrics and gynecology* 2007; 196(5):424-32. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.03.042>
14. Fakari FR, Simbar M. Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy; a Letter to Editor. *Archives of Academic Emergency Medicine* 2020; 8(1):e21.
15. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. COVID-19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related-Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception. *Archives of Iranian Medicine* 2020;23(4):249. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.06>
16. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 8:102083. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
17. Mappa I, DiStefano FA, Rizzo G. Effects of coronavirus 19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: a prospective observational study. *Journal of Perinatal Medicine* 2020;48(6):545-50. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0182>
18. Nwafor JI, Aniukwu JK, Anozie BO, Ikeotuonye AC et al. Pregnant women's knowledge and practice of preventive measures against COVID-19 in a low-resource African setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2020;150(1):121-123. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13186>
19. Hamzehgardeshi Z, Omidvar S, Amoli AA, Firouzbakht M. Pregnancy-related anxiety and its associated factors during COVID-19 pandemic in Iranian pregnant women: a web-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2021; 21(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03694-9>
20. Beck AT, Steer RA. The beck anxiety inventory manual. 1990. San Antonio, TX; Psychological Corporation.
21. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal TUMS Publications* 2008; 66(2):136-40.
22. Liu H, Wang L-L, Zhao S-J, Kwak-Kim J, et al. Why are pregnant women susceptible to viral infection: an immunological viewpoint? *Journal of reproductive immunology* 2020;139. <https://doi.org/10.1016/j.jri.2020.103122>
23. Akbarzadeh, H, Saadati Rad, MT, Ebrahimi, M et al. Maternal and neonatal outcomes of COVID-19: a systematic review, *Journal of Nursing and Midwifery* 2020;18(10):785-794.
24. Poursliman, L Sadeghi, M. Investigating the impact of COVID-19 on the condition of pregnant women and its complications on the fetus and babies born from them (in the period of March 2018 to February 2019), *Paramedical sciences and military health* 2020; 15(3): 65-72.
25. Yang, Z, Min, W, Ziyu, Z, Yi, L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine* 2022;35(8):1619-1622. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1759541>
26. Zaigham, M, Andersson, O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2020; 99(7):823-829. <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>
27. Shariatzadeh, Maryam, Sarafraz, Zahra, Al-Azmani Nodeh, Farshid et al. Investigating the condition of pregnant women infected with COVID-19 and their babies (a systematic review), *Nursing Management Quarterly* 2020;9(1):5-14.
28. Meybodi Kalantari, MS, Alizadeh, S. The impact of corona disease on pregnancy: a review study, *Journal of Midwifery Nursing* 2020;18(12):933-941.
29. Smith, V, Seo, D, Warty, R, Payne, O, et al. Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection: A systematic

- review. PLOS ONE 2020; 15(6), e0234187. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234187>
30. Kramer, MS, Lydon, J, Séguin, L, Goulet, L, et al. Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. American Journal of epidemiology 2009; 169(11), 1319-1326. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp061>
31. Heidarzadeh, M, Taheri, M, Mazaheripour, Z, Abbasi-Khameneh, F. The incidence of congenital anomalies in newborns before and during the Covid-19 pandemic. Italian Journal of Pediatrics 2022; 48(1):174. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01368-6>
32. Cheema, R, Partridge, E, Kair, LR, Kuhn-Riordon, et al. Protecting breastfeeding during the COVID-19 pandemic. American journal of perinatology 2020; 40(03):260-266. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714277>
33. Shahbazi Sighaldeh, S, Ebrahimi Kalan, M. Care of newborns born to mothers with COVID-19 infection; a review of existing evidence. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2022, 35(11), 2203-2215. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1777969>
34. Lubbe, W, Botha, E, Niela-Vilen, H, Reimers, P. Breastfeeding during the COVID-19 pandemic-a literature review for clinical practice. International Breastfeeding Journal 2020;15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00319-3>
35. Abedzadeh-Kalahroudi, M, Karimian, Z, Nasiri, S, Khorshidifard, MS. Anxiety and perceived stress of pregnant women towards Covid-19 disease and its related factors in Kashan (2020), Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2021;24(5):8-18.
36. Akgor, U, Fadiloglu, E, Soyak, B, Unal, et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic, Archives of gynecology and obstetrics 2021;304:125-130. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05944-1>
37. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology 2020; 249:96-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.022>
38. Effati-Daryani, F., Zarei, S., Mohammadi, A., Hemmati, E., et al. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. BMC psychology 2020; 8, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00464-8>
39. Yaqoubi, T, Pourbrar, F, Shahriari, F. A review of the factors that aggravate the anxiety of pregnant women during the COVID-19 pandemic, Quarterly Journal of assessment and research in applied counseling 2020;2(4):52-60
40. Karimi, L, Makvandi, S, Mahdavian, M, Khalili, R. Relationship between social support and anxiety caused by COVID-19 in pregnant women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2020;23(10), 9-17.
41. Salehi, L, Rahimzadeh, M, Molaei, E, Zaheri, H, et al. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. Brain and behavior 2020;10(11), e01835. <https://doi.org/10.1002/brb3.1835>
42. Firouzbakht, M, Omidvar, S, Hamzegardeshi, Z, Amoli, AA. COVID-19 and Pregnancy-Related Anxiety in Iranian Pregnant Women: a Web-Based Cross-Sectional Study, 2021.
43. Dikmen, HA. An investigation COVID-19 related knowledge, attitude, depression, anxiety, and stress levels of pregnant women. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2021; 7(1), 80-93. <https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.816066>
44. Septiasari, RM, Viandika, N. The correlation between covid-19 knowledge and anxiety of pregnant women during covid-19 pandemic. JI-KES (Jurnal Ilmu Kesehatan) 2021;4(2):71-74. <https://doi.org/10.33006/ji-kes.v4i2.197>
45. Ding, W, Lu, J, Zhou, Y, Wei, W et al. Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of COVID-19: a cross-sectional study. BMC pregnancy and childbirth 2021;21(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03561-7>
46. Ebrahimi, M, Khodabakhshian, Z, Rihani, HR, Habibzadeh, SR et al. Assessment the awareness, attitude and performance of residents of Mashhad towards the new COVID-19 virus (COVID 19) in 2019, Navid Man 2020;24(77): 69-83.