Anxiety and Depression and Related Factors in Pregnant Mothers

Ronak Shahoei[1], Asmar Karimi[2], Shahin Mehrnezhadi[3], Sholi Shahgheibi[4], Gohahi Karami[5], Farzaneh Khanpour[6]

1.Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
2.Department of Midwifery, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3.Department of Midwifery, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
4.Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
5.Department of Midwifery, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
6.MSc of Clinical Psychology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

***Corresponding Author:** Farzaneh Khanpour**, Email:** Far.khanpour@gmail.com, **Tel:** 09185079300

Received: 16 August 2022 **Accepted:** 12 October 2022

Abstract

Background & Aim: Anxiety and depression are common during pregnancy, but often ignored and not treated, and this issue causes many problems during and after pregnancy both for the mother and baby. The present study was conducted with the aim of determining the level of anxiety and depression and its related factors in pregnant mothers who referred to clinics in Sanandaj city, 2017.

Material & method: The present study is descriptive-analytical (cross-sectional). The study population included all pregnant women who referred to clinics in Sanandaj in 2017 and in this regard, 580 pregnant women completed the Spielberger Anxiety and Beck Depression Inventory by available sampling method. Data analysis was performed using spssv.18 as well as Pearson and Chi-square correlation coefficient.

Results: The prevalence of overt and covert anxiety in pregnant women was moderate to high 23.4% and 27.9%, respectively, and the rate of moderate to severe depression was 15.3%. There was a significant inverse correlation between age and depression and anxiety ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results of the study, which showed a high prevalence of anxiety and depression in pregnant women, it is required to educate and create appropriate contexts for pregnant mothers to receive psychological treatments

Keywords: Anxiety, Depression, Pregnant women

How to cite this article: Shahoei R, Karimi A, Mehrnezhadi SH, Shahgheibi SH, Karami G, Khanpour F. Anxiety and Depression and Related Factors in Pregnant Mothers. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2022; Vol 8(2), Autumn, pp 77 – 91. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-504-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

اضطراب و افسردگی و عوامل مرتبط در مادران باردار

روناک شاهویی[1]، اثمر کریمی[2]، شهین مهرنژادی[3]، شعله شاه غیبی[4]، گلاله کرمی[5]، فرزانه خان پور[6]*

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲. گروه مامایی، مرکز پزشکی آموزشی و درمانی بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳. گروه مامایی ، مرکز پزشکی آموزشی و درمانی بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴. گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۵. گروه مامایی، مرکز پزشکی آموزشی و درمانی بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۶. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

* **نویسنده مسئول:** فرزانه خان پور، **ایمیل:** Far.khanpour@gmail.com، **تلفن:** ۰۹۱۸۵۰۷۹۳۰۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۰۷/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب و افسردگی در دوران بارداری شایع است اما اغلب نادیده گرفته شده و درمان نمی‌شوند و همین مسئله مشکلات زیادی را در دوران بارداری و بعد از آن برای مادر و نوزاد به همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اضطراب و افسردگی و عوامل مرتبط با آن در مادران باردار مراجعه کننده به درمانگاه‌های شهرسنندج در سال ۱۳۹۶انجام گردید.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی(مقطعی) می‌باشد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سطح شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ بود و در همین راستا ۵۸۰ مادر باردار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر و افسردگی بک را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و کای اسکوئر انجام شد.

یافته‌ها: شیوع اضطراب آشکار و پنهان در زنان باردار به ترتیب ۲۳/۴ و ۲۷/۹ درصد و میزان افسردگی متوسط تا شدید برابر با ۱۵/۳ درصد بود. بین سن با افسردگی و اضطراب همبستگی معنادار مشاهده شد($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش که شیوع بالای اضطراب و افسردگی در مادران باردار را نشان داد، آموزش و ایجاد بسترهای مناسب برای دریافت درمان‌های روان‌شناختی برای مادران باردار ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، زنان باردار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

اضطراب بارداری یک مفهوم نسبتاً جدید است و یک عامل خطر در دوران بارداری است(۱) و اضطراب به عنوان یک احساس ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی تعریف شده است که با یک یا چند علامت جسمانی مثل تپش قلب، تنگی نفس، احساس خالی شدن سردل، تعریق و بی‌قراری و میل به حرکت همراه می‌گردد. مجموعه علایمی که درحین اضطراب وجود دارد اغلب در هر فرد به‌گونه‌ای متفاوت از دیگران است(۲) اضطراب در دوران بارداری شایع است(۳) و اضطراب مربوط به بارداری یکی از نگرانی‌های بهداشت عمومی در سطح جهانی است(۴) و زنان در دوران بارداری به دلایل متعددی از اختلالات روانی در انواع و درجات مختلف رنج می‌برند که در این میان استرس، اضطراب و افسردگی شایع‌ترین آنان است(۵). بهداشت جهانی شیوع اضطراب قبل از تولد در سه ماهه بارداری را به ترتیب ۱۸/۲، ۲۴/۶و ۱۲/۸ تخمین زده است(۵) همچنین در چین، میزان بروز افسردگی در زنان باردار در سنین پایین ۱۲/۴درصد است، درحالی‌که میزان افسردگی در زنان باردار مسن ۱۸درصد گزارش شده است و شیوع اضطراب، افسردگی و استرس در ارومیه در افراد مورد بررسی به ترتیب ۳۱/۷ درصد، ۳۲/۵ درصد و ۴۹/۱ گزارش شده است(۶).

اضطراب با افسردگی زنان در زمان قبل از تولد فرزند و پس از زایمان همراه است و اختلالات روان‌شناختی دوران بارداری پیامدهای نامطلوب برای مادر و جنین به همراه دارد(۷). از جمله ناهنجاری‌های جنین، وزن کم هنگام تولد، زایمان زودرس، مرده زایی و عوارض زنان و زایمان همچنین تأثیرات ماندگار به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر روی رشد کودکان دارد. فرزندان زنان بارداری که اختلالات روانی را در دوران بارداری تجربه کرده بودند مشکلات رفتاری/عاطفی، اختلال بیش فعالی با کمبود توجه، اوتیسم، افسردگی، تکانش گری و اختلالات شناختی و اسکیزوفرنیا را بیشتر تجربه می‌کنند. علاوه بر این، زنان بارداری که اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی استرس درک شده و اختلال استرس پس از سانحه را در دوره قبل از تولد تجربه کرده‌اند، افسردگی پس از زایمان در آنان بیشتر بود. بنابراین توجه به اختلالات روانی قبل از تولد اولویت تحقیق زیادی دارد. عوامل خطرساز از جمله عدم‌حمایت اجتماعی، سابقه بیماری روانی، سابقه خشونت در خانواده، بارداری ناخواسته و غیرمنتظره و سقط‌جنین، عدم‌حمایت اجتماعی، خشونت خانگی، سو مصرف مواد مخدر و اختلال وحشت، سن کم، سطح پایین

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تحصیلات، ناهماهنگی در روابط خانوادگی، رضایت کم از زندگی و فقدان حمایت اجتماعی بیان شده است(۵). یافته‌ها نقش اصلی متغیرهای روان‌شناختی، اضطراب، ناسازگاری زوجین و همچنین افسردگی بالینی در ترس شدید از زایمان را پیش‌بینی می‌کنند(۸).

برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی در بارداری، یک بررسی سیستماتیک (۲۰۲۱) از اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی در بارداری بر روی ۶۴ مطالعه انجام شد. دلایل اصلی کاهش بهزیستی روان‌شناختی شامل حالت تهوع و استفراغ، خستگی، دلهره بارداری، مشکلات سلامتی خاص مادر باردار مانند خطر زایمان زودرس، پیامدهای نامطلوب بارداری قبلی مانند سقط مکرر و اضطراب مربوط به بارداری است. همچنین ارتباط معنی‌داری بین برخی از عوامل جامعه‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی نشان داده شده است(۹). تحقیق Harrison و همکاران(۲۰۲۱) رابطه بین حمایت اجتماعی درک شده و اضطراب و افسردگی را در زنان باردار در انگلستان بررسی کردند. علاوه بر آن، دو واسطه بالقوه تفکر منفی تکراری و تنهایی را که ممکن است در علائم روان‌شناختی نقش داشته باشند بررسی کردند. مطابق با پیش‌بینی‌ها، حمایت اجتماعی درک شده به‌طور معنی‌داری با افسردگی، اضطراب، تنهایی و تفکر منفی تکراری رابطه منفی داشت. علاوه بر این، تفکر منفی تکراری و تنهایی واسطه رابطه بین حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی و اضطراب است(۱۰). در مطالعه Navarrete و همکاران (۲۰۲۱) ارزیابی فراوانی خشونت شریک زندگی در دوران بارداری و ارتباط بین خشونت شریک زندگی در دوران بارداری و علائم افسردگی و اضطراب و نقش حمایت اجتماعی در رابطه بین خشونت شریک زندگی در دوران بارداری و علائم افسردگی و اضطراب، کنترل عوامل اجتماعی و جمعیت بررسی شد. شیوع خشونت شریک زندگی در دوران بارداری ۱۰/۷ درصد و در دوران پس از زایمان ۱۱درصد بود. زنان با سطح تحصیلات پایین تر و درآمد بیشتر در معرض خطر قربانی شدن در دوران بارداری قرار دارند. سطح بالای حمایت اجتماعی ممکن است تا حدی اثر خشونت شریک زندگی در دوران بارداری را در افسردگی پس از زایمان و علائم اضطراب پری ناتال جبران کند(۱۱). مطالعه Gourounti و همکاران(۲۰۱۳) باهدف بررسی شیوع نگرانی‌ها، اضطراب و افسردگی قبل از زایمان انجام شد. نمونه این مطالعه شامل ۱۶۳ زن باردار بود که در۱۱ تا ۲۶ هفته بارداری بودند. نتایج پژوهش نشان داد علائم افسردگی در ۳۲/۷ درصد از شرکت‌کنندگان وجود دارد و در ۴۴/۴ درصد آنان علائم اضطرابی از اهمیت بالینی برخوردار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بود(۱۲). مطالعه Xuemei و همکاران (۲۰۱۹) باهدف بررسی تأثیر انعطاف‌پذیری در برابر استرس بر اضطراب و افسردگی قبل از تولد در زنان باردار انجام گرفت. نتایج نشان داد ۱۱/۱ درصد و ۱۰/۳ درصد زنان باردار به ترتیب دچار اضطراب و خلق افسردگی بودند و نتایج نشان داد که استرس ناشی از حوادث ذهنی و عینی در هفته‌های ۳۲-۳۶ بارداری کمتر از ۱۲-۱۶ هفته بارداری است(۱۳). مطالعه Liao و همکاران، ۲۰۲۰ با هدف بررسی وضعیت اضطراب، منابع استرس روان‌شناختی و سرمایه روان‌شناختی در زنان باردار با فرزند صورت گرفت. شیوع اضطراب زنان باردار با فرزند دوم ۲۷/۵درصد بود. عوامل خطر اضطراب زنان باردار با فرزند دوم شامل: سطح پایین تحصیلات همسر، انتظار جنسیتی، استرس روان‌شناختی، عدم رضایت از محل سکونت و بارداری برنامه‌ریزی نشده بود و عوامل اصلی تأثیرگذار در سرمایه روان‌شناختی سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان بود. اضطراب و استرس روانی در دوران بارداری در میان زنان باردار با فرزند دوم در این پژوهش ارتباط داشت و سرمایه روان‌شناختی عامل محافظتی برای اضطراب بود(۱۴). در مطالعه Salih Joelsson و همکاران (۲۰۱۷) وجود حداقل یک رفتار سبک زندگی ناسالم (استعمال دخانیات روزانه، مصرف هفتگی الکل، ۲۵ ≤BMI و ورزش بدنی منظم کمتر از۲ ساعت در هفته) نیز با اضطراب همراه بود. با توجه به نتایج پژوهش مشاوره و مدیریت روان‌شناختی اولیه برای رفتارهای ناسالم در زندگی برای زنانی که قصد باروری دارند، به ویژه برای زنانی که سابقه تشخیص روانپزشکی قبلی دارند، توصیه می‌شود(۱۵). با توجه به اهمیت افسردگی و اضطراب در سلامت مادران و بالطبع فرزندان آن‌ها و نقش عوامل مختلف در آن مطالعه حاضر سعی دارد میزان اضطراب و افسردگی را در زنان باردار و عوامل مرتبط با آن را در مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر سنندج را مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی(مقطعی) می‌باشد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سطح شهر سنندج در سال ۱۳۹۶بود. روش انتخاب نمونه‌ها بدین شکل صورت گرفت که از مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر سنندج ۵ مرکز (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) به صورت تصادفی انتخاب و از هر مرکز ۱۲۰ مادر به‌طور تصادفی انتخاب شدند که اطلاعات ۲۰ نفر از آن‌ها مخدوش بود و داده‌های مربوط به ۵۸۰ نفر موردبررسی قرار گرفت. بر اساس مطالعه وربیک، ارجدی، وندریک، بارگر و برگر (۱۶)، با$P=۰/۴۴$ و $d= ۰/۰۵$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد حجم نمونه برابر ۵۰۰ نفر می‌گردد که برای افزایش

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

دقت ۵۸۰ مادر باردار در مطالعه مورد بررسی قرار می‌گیرند. معیارهای ورود شامل سواد خواندن برای تکمیل پرسشنامه و باردار بودن(کل سنین بارداری) می‌باشد و معیار خروج عدم تمایل به پژوهش و ختم بارداری بود. بعد از کسب کد اخلاق و اجازه از مسئولین شروع به نمونه‌گیری شد و با کسب رضایت مادران باردار و توجیه اهداف مطالعه ضمن ثبت ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها در یک فرم اطلاعاتی با استفاده از پرسشنامه‌های زیر اقدام به گردآوری داده‌های مورد نیاز شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 و ضریب همبستگی پیرسون(نرمال بودن توزیع داده‌های کمی با آزمون اسمیرونف بررسی شد و P> ۰/۰۵ بود) و کای اسکوئر انجام شد(درمواردیکه رابطه دو متغییر به صورت کمی مطرح بود از ضریب همبستگی و در مواردیکه رابطه دو متغیر کیفی بررسی شد از آزمون کای دو استفاده شده است).

پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر[1] برای اندازه‌گیری اضطراب بیماران در مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌طور گسترده‌ای مورداستفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال است که مقیاس اول شامل ۲۰ سوال بوده که اضطراب موقعیتی (آشکار) را اندازه‌گیری کرده و۲۰ سوال که اضطراب سرشتی(پنهان) را اندازه‌گیری می‌کند. اضطراب موقعیتی (آشکار)، یک واکنش هیجانی است که از موقعیتی به موقعیت دیگر تفاوت می‌کند و اضطراب سرشتی (پنهان) فراوانی و شدت واکنش هیجانی شخص نسبت به فشار را منعکس می‌کند(۱۷) به عبارت دیگر اضطراب آشکار اضطراب در مورد یک رویداد بوده و اضطراب پنهان یک ویژگی شخصیتی است(۱۸). نمره بندی این مقیاس شامل امتیازی بین ۱ تا ۴ می‌باشد. امتیاز۴ نشان‌دهنده بالاترین میزان اضطراب و امتیاز ۱ نشان‌دهنده پایین‌ترین میزان اضطراب می‌باشد. برای سوالات معکوس نمرات معکوس محسوب می‌گردد(۱۹) دامنه نمره برا ی هر مقیاس بین ۷۵ تا ۰ در نظر گرفته شد به گونه‌ای که امتیاز از ۲۰ تا ۳۱ در سطح خفیف قرار می‌گیرد، امتیاز بین ۴۲ تا ۳۲ در سطح متوسط به پایین و ۴۳ تا ۵۳ امتیاز در سطح متوسط به بالا، ۵۴ تا ۶۴ امتیاز نسبتاً شدید، ۶۵ تا ۷۵ در سطح شدید و ۷۶ به بالا در سطح اضطراب بسیار شدید قرار می‌گیرد(۲۰). نتایج پژوهش Vitasaria و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان داد که پایایی و روایی پرسشنامه اضطراب اشپیل‌برگر مناسب و قابل قبول است(۲۱). مهرام در سال ۱۳۷۲ ضریب پایایی آزمون را در دو گروه هنجار و ملاک به طور مجزا مورد بررسی قرارداد. میزان پایایی برای گروه هنجار، در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۰۸۴

1 Spielberger State-Trail Inventory (STAI)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

و۰/۹۰۲۵ بود و این میزان در گروه ملاک برابر با ۰/۹۴۱۸ به دست آمد(۲۲).

پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تهیه شد. یک آزمون ۲۱ سوالی است که هر کدام از سوالات به ترتیب موارد زیر را می‌سنجند: غمگینی، بدبینی، احساس شکست خوردگی، نارضایتی، احساس گناهکاری، انتظار تنبه شدن، از خود بیزاری، تهمت زدن به خود، افکار خودکشی، گریه کردن، تحریک‌پذیری، کناره‌گیری، بی تصمیمی، تغییر خود پنداره، دشواری در کار، بیخوابی، خستگی‌پذیری، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، اشتغال ذهنی درباره بدن و افت تمایلات جنسی. هر سوال دارای ارزش ۳ نمره است که پاسخ‌ها از شدت کم به زیاد درجه‌بندی شده‌اند. برای محاسبه نتایج نمرات هر سوال را طبق پاسخ‌های آزمودنی جمع‌بندی کرده و نمره کل را به دست می‌آوریم. نمره آزمون از ۰ تا ۶۳ متغییر است. در تفسیر نتایج درجات افسردگی به صورت زیر تعیین می‌شود: نمره ۴-۰ انکار احتمالی، نمره ۵-۹ افسردگی خیلی خفیف، نمره ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط ، نمره ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و نمره بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید(۲۳) Beck و همکارانش دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، از ۰/۴۸تا ۰/۸۶ متغیر بوده است و پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است(۲۴).

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که؛ میانگین سن جمعیت مورد مطالعه ۵/۳۰±۲۹/۳۵ سال در دامنه ۱۶ تا ۴۵ سال بود. از نظر تحصیلات ۳۸/۱ درصد دیپلم، میزان درآمد ۶۹/۸ درصد درحد متوسط و ۸۴/۶ درصد آن‌ها خانه‌دار بوده‌اند. ۸۲/۴ درصد بارداری خواسته داشتند و ۵۹/۸ درصد شغل همسرشان آزاد بود و ۴۲ درصد بارداری اول داشتند. ۸۴/۶ درصد اظهار نمودند؛ قبلا سابقه اضطراب و افسردگی نداشته‌اند. دیگر نتایج نشان داد؛که ۱۲/۴ درصد دارای اضطراب آشکار نسبتاً شدید و ۸/۶ درصد نیز دارای اضطراب پنهان نسبتاً شدید بوده‌اند. اضطراب آشکار متوسط به پایین(۳۵/۵ ٪) بیش‌ترین درصد و اضطراب آشکار شدید کمترین درصد(۱/۷ ٪) را داشت و در اضطراب پنهان بالاترین درصد مربوط به متوسط به پایین(۴۱/۲ ٪) و کمترین درصد(۱/۴٪) مربوط به اضطراب پنهان شدید بود(جدول شماره۱).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره۱: میزان اضطراب آشکار و پنهان در جمعیت مورد مطالعه

نوع اضطراب و شدت		فراوانی(نفر)	درصد نسبی	درصد تجمعی
آشکار	خفیف	۱۵۶	۲۶/۹	۱۹/۱
	متوسط به پایین	۲۰۶	۳۵/۵	۵۷/۲
	متوسط به بالا	۱۳۶	۲۳/۴	۶۴/۳
	نسبتاً شدید	۷۲	۱۲/۴	۹۲/۹
	شدید	۱۰	۱/۷	۱۰۰/۰
پنهان	خفیف	۱۲۱	۲۰/۹	۲۰/۹
	متوسط به پایین	۲۳۹	۴۱/۲	۶۲/۱
	متوسط به بالا	۱۶۲	۲۷/۹	۹۰/۰
	نسبتاً شدید	۵۰	۸/۶	۹۰/۶
	شدید	۸	۱/۴	۱۰۰/۰

یافته‌های مربوط به وضعیت افسردگی نشان می‌دهد که ۳۰/۳ درصد دارای افسردگی خفیف تا متوسط بودند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند ۲۷/۲ درصد وضعیت نرمال و ۳/۸ درصد افسردگی شدید داشتند(جدول شماره۲).

جدول شماره۲: میزان افسردگی در جمعیت مورد مطالعه

میزان افسردگی	فراوانی(نفر)	درصد نسبی	درصد تجمعی
نرمال	۱۵۸	۲۷/۲	۲۷/۲
خیلی خفیف	۱۳۵	۲۳/۴	۵۰/۶
خفیف تا متوسط	۱۷۶	۳۰/۳	۸۰/۹
متوسط تا شدید	۸۹	۱۵/۳	۸۶/۲
شدید	۲۲	۳/۸	۱۰۰/۰
جمع	۵۸۰	۱۰۰/۰	-------

دیگر یافته‌ها نشان دادند که بین سن و افسردگی با (P=۰/۰۱۹) و با اضطراب آشکار با (P=۰/۰۲۹) و با اضطراب پنهان با (P= ۰/۰۰۹) همبستگی معنادار معکوس وجود دارد، درحالی‌که بین تعداد زایمان‌ها با افسردگی و اضطراب همبستگی معناداری مشاهده نشد(P>۰/۰۵) و مشخص گردید با افزایش سن، میزان افسردگی در حیطه‌های مختلف کاهش یافته است. ولی افسردگی با تعداد زایمان همبستگی نداشته است(جدول شماره۳).

جدول شماره۳: میزان همبستگی بین سن و تعداد زایمان با افسردگی و اضطراب

متغیر		افسردگی	اضطراب آشکار	اضطراب پنهان
سن	r	-۰/۰۹۷	-۰/۰۹۱	-۰/۱۰۸
	p	۰/۰۱۹	۰/۰۲۹	۰/۰۰۹

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تعداد زایمان	r	۰/۰۶۴	۰/۰۲۴	۰/۰۰۹
	P	۰/۱۳۴	۰/۵۷۷	۰/۸۳۲

در خصوص رابطه سطح تحصیلات با افسردگی و اضطراب، نتایج حاکی از آن بود؛ تنها با اضطراب پنهان ارتباط معناداری وجود داشت(P<۰/۰۵) بطوریکه هرچه سطح تحصیلات بالاتر رفته اضطراب پنهان شدید بیشتر بوده است. در سایر موارد رابطه معناداری مشاهده نشد(جدول شماره۴).

جدول شماره ۴: رابطه سطح تحصیلات با افسردگی و اضطراب

افسردگی و اضطراب	سطح تحصیلات	راهنمایی		دیپلم		فوق دیپلم		لیسانس		ارشد		X^2	P
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
افسردگی	نرمال	۲۹	۲۶/۱	۵۴	۲۴/۴	۱۰	۲۴/۴	۵۰	۳۰/۱	۱۵	۳۶/۶	۲۰/۳۴	۰/۲۰۵
	خیلی خفیف	۱۷	۱۵/۳	۵۳	۲۴/۰	۱۲	۲۹/۳	۴۳	۲۵/۹	۱۰	۲۴/۴		
	خفیف تامتوسط	۳۳	۲۹/۷	۶۷	۳۰/۳	۱۴	۳۴/۱	۵۱	۳۰/۷	۱۱	۲۶/۸		
	متوسط تا شدید	۲۵	۲۲/۵	۳۹	۱۷/۶	۳	۷/۳	۱۷	۱۰/۲	۵	۱۲/۲		
	شدید	۷	۶/۳	۸	۳/۶	۲	۴/۹	۵	۳/۰	۰	۰		
اضطراب آشکار	خفیف	۲۲	۱۹/۸	۵۷	۲۵/۸	۶	۱۴/۶	۵۷	۳۴/۳	۱۴	۳۴/۱	۱۸/۴۳	۰/۲۹۹
	متوسط به پایین	۴۲	۳۷/۸	۸۴	۳۸/۰	۱۳	۳۱/۷	۵۲	۳۱/۳	۱۵	۳۶/۶		
	متوسط به بالا	۲۸	۲۵/۲	۴۷	۲۱/۳	۱۵	۳۶/۶	۳۸	۲۲/۹	۸	۱۹/۵		
	نسبتاً شدید	۱۷	۱۵/۳	۲۹	۱۳/۱	۷	۱۷/۱	۱۶	۹/۶	۳	۷/۳		
	شدید	۲	۱/۸	۴	۱/۸	۰	۰	۳	۱/۸	۱	۲/۴۱		
اضطراب پنهان	خفیف	۱۷	۱۵/۳	۴۰	۱۸/۱	۹	۲۲/۰	۴۳	۲۵/۹	۱۲	۲۹/۳	۲۸/۲۴	۰/۰۳۰
	متوسط به پایین	۴۱	۳۶/۹	۹۶	۴۳/۴	۱۰	۲۴/۴	۷۴	۴۴/۶	۱۸	۴۳/۹		
	متوسط به بالا	۴۰	۳۶/۰	۶۴	۲۹/۰	۱۷	۴۱/۵	۳۴	۲۰/۵	۷	۱۷/۱		
	نسبتاً شدید	۱۱	۹/۹	۲۰	۹/۰	۵	۱۲/۲	۱۲	۷/۲	۲	۴/۹		
	شدید	۲	۱/۸	۱	۰/۵	۰	۰	۳	۱/۸	۲	۴/۹		

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان داده است سطح تحصیلات تنها با اضطراب پنهان رابطه داشته و گروه با سطح تحصیلات فوق‌دیپلم فاقد اضطراب شدید بود و بیش‌ترین اضطراب شدید(۴/۹ ٪) در افراد با تحصیلات فوق‌لیسانس بوده است.

بحث

گذار به مادر شدن مرحله مهمی از زندگی است و آسیب‌پذیری مادر را برای افسردگی و اضطراب افزایش می‌دهد(۲۶). بنابراین پژوهش حاضر باهدف بررسی میزان اضطراب و افسردگی و عوامل مرتبط با آن در مادران باردار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۱۲/۴درصد مادران باردار دارای اضطراب آشکار نسبتاً شدید و۸/۶ درصد نیز دارای اضطراب پنهان نسبتاً شدید بوده‌اند. در مورد وضعیت افسردگی نیز یافته‌ها نشان داد که ۳۰/۳ درصد مادران باردار دارای افسردگی خفیف تا متوسط هستند. بین سن و افسردگی با اضطراب آشکار و اضطراب پنهان همبستگی معنادار معکوس وجود داشته است و با افزایش سن میزان آن‌ها کاهش نشان می‌دهد. درحالی‌که بین تعداد زایمان‌ها با افسردگی و اضطراب همبستگی معنادار مشاهده نشد. در پژوهش حاضر وجود سابقه افسردگی در فرد قبل از بارداری در خود و اعضای خانواده بررسی گردید که این مسئله در پژوهش‌های همسو(۲۶-۲۸) بررسی نگردیده است. در پژوهش حاضر ۸۴/۶ درصد مادر باردار بیان داشتند قبلاً سابقه اضطراب و افسردگی نداشته‌اند و ۸۴/۳ درصد بیان کردند در خانواده آنان سابقه افسردگی و اضطراب وجود ندارند.

مطالعه Zhou و همکاران(۲۰۲۰) باهدف درک اضطراب مربوط به بارداری در میان زنان باردار چینی در دوران بارداری انجام شد. میانگین نمرات مقیاس اضطراب مربوط به بارداری در اواسط و اواخر بارداری به ترتیب ۱/۶۰ و ۱/۵۸بود. بارداری برنامه‌ریزی نشده، اواسط بارداری، اواخر حاملگی و جنسیت فرزند اول که پسر است با اضطراب مربوط به بارداری در زنان باردار در اواسط و اواخر بارداری ارتباط معنی‌داری داشت. زندگی با پدر و مادر همسر با اضطراب مربوط به بارداری نمره کلی رابطه معناداری نداشت(۴). درحالی‌که در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که ۱۲/۴ درصد مادران باردار دارای اضطراب آشکار نسبتاً شدید و ۸/۶ درصد نیز دارای اضطراب پنهان نسبتاً شدید بوده‌اند. در مطالعه حاضر استرس و اضطراب اندازه‌گیری و بررسی شده است درحالی‌که در مطالعه Zhou و همکاران تنها اضطراب بررسی شده است و میزان اضطراب در مادران باردار ایرانی بسیار بیشتر از مادران چینی بوده است.

در مطالعه Lebelو همکاران(۲۰۲۰) تعداد ۱۹۸۷ مادر باردار در کانادا مورد بررسی قرار گرفتند. ارزیابی شامل سوالات مربوط به استرس، افسردگی، اضطراب وحمایت اجتماعی در دوران بارداری بود. نتایج پژوهش نشان داد که ۳۷ درصد علائم مربوط به افسردگی را از نظر بالینی و ۵۷ درصد علائم اضطراب مربوط به بالینی را گزارش کردند. علائم بالاتر افسردگی و اضطراب با نگرانی در مورد عدم مراقبت‌های لازم قبل از تولد و انزوای اجتماعی همراه بود. پاندمی سطوح بالاتر حمایت اجتماعی و اثربخشی پشتیبانی و همچنین فعالیت بدنی بیشتر، با علائم روان‌شناختی پایین‌تری همراه بود. این پژوهش نشان داد که عوامل محافظتی بالقوه شامل افزایش حمایت اجتماعی و ورزش هستند، زیرا این موارد با علائم کمتری همراه بوده و بنابراین می‌توانند به کاهش نتایج منفی درازمدت کمک کنند(۲۹). درحالی‌که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۱۲/۴ درصد مادران باردار دارای اضطراب آشکار نسبتاً

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

شدید و ۸/۶ درصد نیز دارای اضطراب پنهان نسبتاً شدید بوده-اند. در مورد وضعیت افسردگی نیز یافته‌ها نشان داد که ۳۰/۳ درصد مادران باردار دارای افسردگی خفیف تا متوسط هستند. بین سن و افسردگی با اضطراب آشکار و اضطراب پنهان همبستگی معنادار معکوس وجود داشته است و با افزایش سن میزان آن‌ها کاهش نشان می‌دهد. درحالی‌که بین تعداد زایمان‌ها با افسردگی و اضطراب همبستگی معنادار مشاهده نشد.میزان اضطراب و افسردگی در مادران ایرانی کمتر از مادران کانادایی برآورد شده است از دلایل احتمالی این کاهش میتوان به تفاوت در پرسشنامه‌های استفاده‌شده در دو پژوهش اشاره کرد. نزدیکی نمره افسردگی که دارای پرسشنامه یکسان هستند از یکسانی نسبی متوسط نمره افسردگی در دو جامعه حکایت می‌کند

قرار گرفتن در معرض عوامل نامطلوب شامل رژیم غذایی نادرست مادر و سیگار کشیدن و همچنین اختلالات خلقی مادر مانند افسردگی قبل از زایمان یا اضطراب و اختلالات عاطفی فصلی (SAD) عود علائم افسردگی اساسی در زمستان در پژوهش موردبررسی قرار گرفت. بالاترین میزان افسردگی را در زمستان و کمترین را در تابستان نشان دادند(۳۰). Verbeek و همکاران (۲۰۱۵) پژوهشی با عنوان اضطراب و افسردگی در دوران بارداری در آمریکای مرکزی انجام دادند. در این مطالعه شیوع اضطراب و افسردگی در زنان هلندی و نیکاراگوئه و ارتباط میزان در دسترس بودن خدمات روان‌شناختی با شیوع اضطراب و افسردگی بررسی گردید. نتایج نشان داد ۴۱درصد از زنان نیکاراگوئه دارای علایم اضطراب و ۵۷درصد علایم افسردگی داشتند و اضطراب در زنان هلندی ۱۵درصد و افسردگی ۶ درصد بود(۳۱). پژوهش حاضر با پژوهش فوق همسو است و بالا بودن اضطراب و افسردگی در مادران باردار کشورهای کمتر توسعه‌یافته را در مقابل کشورهای توسعه‌یافته نشان می‌دهد و لزوم بررسی مادران باردار در کشورهای کمتر توسعه‌یافته را نمایان می‌سازد. همچنین پژوهش Shaunak و همکاران(۲۰۱۳) با عنوان، افسردگی در بارداری: شیوع و عوامل خطر زایمان در میان زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان در نوای مومبای صورت گرفت و ۱۸۵ زن باردار در معاینه معمول دوران بارداری به صورت تصادفی برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. پرسشنامه افسردگی بک برای تشخیص علایم استفاده گردید. نتایج پژوهش شیوع افسردگی را در دوران بارداری ۹/۱۸ درصد نشان داد (۳۲). در پژوهش حاضر ۳۰/۳ درصد مادران باردار افسردگی بالا داشتند که نسبت به میزان افسردگی در پژوهش Shaunak و همکاران بسیار بیشتر است و از دلایل احتمالی این افزایش می‌توان به عوامل

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تأثیرگذار در افسردگی اشاره کرد. نتایج مقایسه پژوهش حاضر با پژوهش‌های هم موضوع نشان می‌دهد در پژوهش حاضر میزان افسردگی بسیار بیشتر از پژوهش ذکر شده است و لزوم توجه هر چه بیشتر به مسایل روان‌شناختی در مادران باردار در ایران را مشخص می‌کند.

در پژوهش Ajinkya و همکاران(۲۰۱۳)در بررسی شیوع افسردگی در زنان باردار و عوامل مرتبط با آن، ۱۸۵ مادر باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل نمودند. شیوع افسردگی در دوران بارداری ۱۸/۱۸ درصد بود و به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای با چندین فاکتور خطرناک مرتبط با زایمان، بارداری ناخواسته سابقه سقط جنین و سابقه عوارض زایمان، هم در حال حاضر و هم در گذشته ارتباط معنی‌داری داشته است(۳۳). این در حالی است که میزان شیوع افسردگی در مادران باردار جامعه ایرانی ۳۰/۳ درصد می‌باشد و بیشتر از پژوهش Ajinkya و همکاران می‌باشد. در پژوهش حاضر بین سن و افسردگی با اضطراب همبستگی معنادار معکوس وجود داشته است و با افزایش سن میزان آن‌ها کاهش نشان می‌دهد.درحالی‌که بین تعداد زایمان‌ها با افسردگی و اضطراب همبستگی معنادار مشاهده نشد. همچنین در پژوهش Akçalı و همکاران(۲۰۱۳) در بررسی شیوع اختلالات افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان سه ماهه اول بارداری در ترکیه، نتایج نشان داد که میزان اختلال افسردگی در سه ماهه اول بارداری ۱۶/۸درصد بود. ۱۲/۳ درصد اختلال افسردگی، ۱/۵ درصد افسردگی دوگانه، ۲/۶درصد اختلال افسردگی جزئی داشتند(۳۴) میزان نمونه مورد بررسی در پژوهش فوق بیشتر از پژوهش‌های هم راستا در زمینه اضطراب و افسردگی در زنان باردار در داخل و خارج از کشور است. در پژوهش حاضر پرسش‌نامه‌ها در فصل زمستان از مراکز بهداشت جمع‌آوری گردید و پیشنهاد می‌شود برای بررسی دقیق‌تر تاثیر فصل بر میزان افسردگی و اضطراب مادران باردار در پژوهش‌های آتی این مهم بررسی گردد. در پژوهش حاضر وجود یا عدم وجود اضطراب و افسردگی در فرد و خانواده بنا به گفته خود فرد صورت گرفته است و تشخیص پزشک متخصص را دارا نمی‌باشد و توصیه می‌شود این وجود یا عدم وجود با بررسی پرونده پزشکی صورت گرفته و رابطه آن با اضطراب و افسردگی در دوران بارداری مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به عدم حضور ثابت پرسنل پژوهش در درمانگاه‌های شهرستان سنندج نمونه‌گیری به کمک روانشناسان مستقر در مراکز درمانی انجام گرفته است.

نتیجه‌گیری

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پژوهش حاضر نشان داد در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان سنندج شیوع اضطراب آشکار و پنهان در حد متوسط به بالا و میزان افسردگی متوسط تا شدید بود و بین سن با افسردگی و اضطراب همبستگی معکوس معنادار مشاهده شد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص بالا بودن اضطراب و افسردگی در مادران باردار، می‌توان در کنار مراقبت‌های روتین دوران بارداری برای کاهش اضطراب و افسردگی اقدامات لازم را انجام و مشکلات روان‌شناختی دوران بارداری راکاهش داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه کردستان با شماره کمیته اخلاق IR.MUK.REC.1395.180 می‌باشد. بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از همه کسانی که به نحوی در انجام مطالعه ما را یاری کردند اعلام می‌نماییم و امید است نتایج این پژوهشی باری از مشکلات مادران باردار بردارد.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

References

1. Kane HS, Dunkel Schetter C, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA. Pregnancy anxiety and prenatal cortisol ajectories. Biological Psychology. 2014;100(1): 13–19
2. Vaghaderi S. Anxiety in pregnant women. Department of clinical psychology. Kordistan, Sanandaj, Islamic Azad University Publications.1387. [Persian]
3. Gong Y, Zhou H, Zhang Y, Zhu X, Wang Z, BeibeiShen, Xian J, Ding Y. Validation of the 7-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) as a screening tool for anxiety among pregnant Chinese women. Journal of Affective Disorders. 2021; 282(1): 98-10
4. Zhou C, Weng J, Tan F, Wu S, Ma J, Zhang B, Yuan Q. Pregnancy-related anxiety among Chinese pregnant women in mid-late pregnancy under the two-child policy and its significant correlates. Journal of Affective Disorders. 2020; 276(1):272-78.
5. Xian T, Zhuo L, Dihui H, Xiaoni Z. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. Journal of Affective Disorders. 2019;253(1):292-302
6. Zareipour MA, Sadaghianifar A, Amirzehni J, Parsnezhad M, Rahnema MA. Exploring of Depression, Anxiety and Stress in Pregnant Women Referred to Health Centers of Urmia.Rahavard salamat. 1396; 2(3):20-30. [Persian]
7. Chuanxiao Li, Huo L, Wang R, Qi L ,Wang W, Zhou X, Zhou Y , Zhang X. The prevalence and risk factors of depression in prenatal and postnatal women in China with the outbreak of Corona Virus Disease 2019. Journal of Affective Disorders. 2019;282(1):1203-9.
8. Molgora S, Fenaroli V, ElviraPrino L, Rollè L, Sechi C , Trovato L, Vismara L, Volpi B, Brustia P, Lucarelli L, Tambelli R, Saita E. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. Women and Birth. 2018;31(2):117-23.
9. Vahideh MH, Monika G, Alexandra M, Vargad K, Hashemiane M, Várnagy Á. Prenatal health-related quality of life assessment among Hungarian pregnant women using PROMIS-43. Clinical Epidemiology and Global Health 9. 2021; 237-44.
10. Harrison V, Michelle L.M, Jones K. Perceived social support and prenatal wellbeing; The mediating effects of loneliness and repetitive negative thinking on anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. Women and Birth. 2021; 35(3):232-241.
11. Navarrete L, NietoMa L. Intimate partner violence and perinatal depression and anxiety: Social support as moderator among Mexican women. Sexual & Reproductive Healthcare. 2021;27(1):100569.
12. 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. 2013;40(4):581-83.
13. Xuemei MA, Ying W, Hua H, Xuguang Grant T, Yunhui Z, Huijing S. The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. Journal of Affective Disorders. 2019;250(1):57-64.
14. Liao M, Fang F, Liu G, Zhang Y, Deng C, Zhang X. Influencing factors and correlation of anxiety, psychological stress sources, and psychological capital among women pregnant with a second child in Guangdong and Shandong Province. Journal of Affective Disorders. 2020;264(1):115-22.
15. Salih Joelsson L, Tydén T, Anggren KW, Georgakis MK, Stern J, Berglund A, Skalkidou A. Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. European Psychiatry.2017;45(1):212-19.
16. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik J, Burger H, Berger M.Y. Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. BMC Psychiatry. 2015;15(1):292-98
17. Granmayeh M, Akhundzad A, Haqqani H, Rezaeipour A. The effect of education on the use of non-pharmacological methods to reduce labor pain. Journal of School of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences (Hayat). 2006;12(2):13-21. [Persian]
18. DelAram M, Sultanpour F. The effect of counseling in the third trimester of pregnancy on the level of anxiety in primiparous women at the beginning of labor. Zahedan Journal of Medical Research. 2012;14(2):115-25. [Persian]
19. Narimani M, Seyed Musavi Kh. effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on anxiety,stress and depression of pregnant youths. A randomized clinical trial. 2014;115(12):50-60.
20. Taheri F, Yousefi A. The effect of coping therapy on anxiety in pregnant women. Master Thesis. Ministry of Public Research and Technology 1389, Payame Noor University of Tehran. [Persian]
21. Kane HS, Dunkel Schetter C, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA. Pregnancy anxiety and prenatal cortisol ajectories. Biological Psychology. 2014;100(1):13–19
22. Taheri F, Yousefi A. The effect of coping therapy on anxiety in pregnant women. Master Thesis. Ministry of Public Research and Technology 1389, Payame Noor University of Tehran. [Persian]
23. Saatchi M, Kamkari K, Asgarian M. Psychological tests.Tehran: Edited. 2012. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

24. Azkhosh, M. Application of psychological tests and clinical diagnosis, Tehran: Ravan Publications. 2008;25(1):226-24. [Persian]
25. Shah Hosseini Z, Abedian K, Azimi H. Investigating the relationship between pregnancy anxiety and preterm delivery. Scientific Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 2008; 16(63):85-92. [Persian]
26. Pazandeh F, Tomians J, Afshar F, Velayati N. Prevalence of depression and its related factors in pregnant women referred to teaching hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. Feyz Magazine. 1375;21(66). [Persian]
27. Ahmadzadeh Gh, Sadeghizadeh A, Amanat S, Omrani Fard, Afshar H. Prevalence of depression in pregnant women and its relationship with some socio-economic factors. Hormozgan Medical Journal. 1385;10(4): 324-29. [Persian]
28. Shaunak A, Pradeep R. Jadhv, Nimisha N. Srivastava Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. Ind Psychiatry J. 2013;22(1):37–40.
29. Lebel C, Kinnon AM ,Bagshawe M,Tomfohr-Madsen L,Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. Journal of Affective Disorders. 2020;277(1):5-13.
30. Samantha M.G, Katrina A.S, Lorna A.S, Richard J.A. Penkethb, Ian R.J, Anna B.J, Rosalind M.J. Seasonal variation in salivary cortisol but not symptoms of depression and trait anxiety in pregnant women undergoing an elective caesarean section. Psychoneuroendocrinology. 2019; 108(91):14-19.
31. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik J.J, Burger H, Berger M.Y. Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. BMC Psychiatry. 2015;15(1):292-98.
32. Shaunak A, Pradeep R. Jadhv, Nimisha N. Srivastava Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. Ind Psychiatry J. 2013;22(1):37–40.
33. Ajinkya S, Jadhav PR, Srivastava NN. Depression during pregnancy:Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. Ind Psychiatry J. 2013;22(1):37-40.
34. Akçalı A.P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy A.N, Kirkan T.S, Daloglu G.A. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. Int J Soc Psychiatry. 2014;60(8):809-17.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]