J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/12/17 *Accepted:2025/03/12*

Correlation between Social Support, Pregnancy Distress, and Anxiety with Quality of Life of Primiparous Women in Rafsanjan City in 2024

Mitra Abbasifard(Ph.D.)[1], Sakineh Mirzaei Khalilabadi(Ph.D.)[2], Parvin Aghamohammad Hasani(Ph.D.)[3], Fatemeh Bagheri Parrani(M.D.s)[4], Zahra Kamiab(Ph.D.)[5]

1.Associated Professor of Internal Medicine, Department of Internal Medicine, Ali-Ibn Abi-Talib Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

2.Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Nicknafs Educational and Tretment Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

3.Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, School of Medicine, Moradi Educational and Tretment Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

4.Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

5.Corresponding Author**:** Assistant Professor of Community Medicine, Department of Community Medicine, Ali-Ibn Abi-Talib Hospital, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
Email:dr.kamiab89@gmail.com Tel:09133911009

Abstract

Introduction: Social support during pregnancy can play a very important role in the physical and mental health of mothers. The present study was designed to investigate the correlation between social support, pregnancy distress, and anxiety with health-related quality of life in primiparous women.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 100 primiparous women referring to Ali Ibn Abitaleb and Nik Nafs Hospital in Rafsanjan in 2024 using a convenience sampling method. The data collection tools were a demographic information checklist, questionnaires of social support, pregnancy distress, anxiety, and health-related quality of life. After collection, the data were analyzed with SPSS version 24 software and using statistical tests at a significance level of less than 0/05.

Rusults: The mean age of pregnant women was 30/16±5/65 years. The results showed that distress during pregnancy was inversely and significantly correlated with age (P=0/024) and number of children (P<0/001), and social support was inversely and significantly correlated with number of children (P<0/001). In general, there was a positive and significant correlation between social support and health-related quality of life (P=0/022), and there was an inverse and significant correlation between social support and distress during pregnancy (P<0/001).

Conclusion: Based on the results, social support can act as a key factor in improving health-related quality of life and reducing pregnancy distress in primiparous women. Therefore, it is essential to create strong support networks for pregnant mothers, so that they can spend this sensitive period more calmly.

Keywords: Pregnancy, Pregnancy Distress, Health-Related Quality of life, Social Support, Anxiety

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

This Paper Should be Cited as:
Author: Mitra Abbasifard, Sakineh Mirzaei Khalilabadi, Parvin Aghamohammad Hasani, Fatemeh Bagheri Parrani, Zahra Kamiab. Correlation between Social Support, Pregnancy Distress, and…..……Tolooebehdasht Journal. 2025;24(1)1-16.[Persian]

رابطه بین حمایت اجتماعی، نگرانی و اضطراب دوره بارداری با کیفیت زندگی زنان نخست زا در شهر رفسنجان سال ۱۴۰۲

نویسندگان: میترا عباسی فرد[۱]، سکینه میرزایی[۲]، پروین آقا محمد حسنی[۳]، فاطمه باقری پرانی[۴]، زهرا کامیاب[۵]

۱.دانشیار روماتولوژی، گروه آموزشی بیماری های داخلی، بیمارستان علی ابن ابیطالب ع، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۲.استادیار زنان و زایمان، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی و درمانی نیک نفس، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ایران

۳.استادیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی و درمانی مرادی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۴.دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۵.نویسنده مسئول: استادیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران شماره تماس: ۰۹۱۳۳۹۱۱۰۰۹ Email:dr.kamiab89@gmail.com

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست وچهارم
شماره اول
فروردین و اردیبهشت
شماره مسلسل:۱۰۹

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۰۹/۲۷
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۱۲/۲۲

چکیده

مقدمه: حمایت اجتماعی در دوران بارداری می‌تواند نقش بسیار مهمی در سلامت جسمی و روانی مادران داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی، نگرانی و اضطراب دوره بارداری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان نخست زا طراحی شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-همبستگی بر روی ۱۰۰ زن باردار نخست زا مراجعه‌کننده به بیمارستان علی‌ابن ابیطالب و نیک نفس رفسنجان در سال ۱۴۰۲ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات چک لیست اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه های حمایت اجتماعی، نگرانی های دوره بارداری، اضطراب و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از آزمون‌های آماری در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین سنی زنان باردار ۵/۶۵±۳۰/۱۶ سال بود. نتایج نشان داد به طور کلی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (P =۰/۰۲۲) همبستگی مثبت و معنادار و بین حمایت اجتماعی و نگرانی دورن بارداری همبستگی معکوس و معناداری (P<۰/۰۰۱) وجود داشت. بر اساس نتایج رگرسیون خطی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط معناداری وجود داشت (P=۰/۰۰۶،β=۰/۳۶۴)، اما بین نگرانی و اضطراب دوران بارداری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباطی مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه که تنها حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل در بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و کاهش نگرانی دوران بارداری در زنان نخست زا عمل کند و بنابراین ایجاد شبکه‌های حمایتی قوی برای مادران باردار ضروری است تا آن‌ها بتوانند این دوره حساس را با آرامش بیشتری پشت سر بگذارند.

واژه‌های کلیدی: بارداری، نگرانی های دوره بارداری، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، حمایت اجتماعی، اضطراب

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQOL: Health-Related Quality Of Life) مفهومی چندبعدی است که به ارزیابی تأثیر سلامت، بیماری و درمان بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد می‌پردازد. این مفهوم به‌طور گسترده به مسائل جسمانی، روانی، اجتماعی و حتی معنوی اشاره دارد و تلاش می‌کند تا تمامی ابعاد زندگی مرتبط با سلامت را در برگیرد(۱). بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌ویژه در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن اهمیت دارد؛ چرا که مشکلات سلامتی آن‌ها می‌تواند تأثیرات زیادی بر سایر جنبه‌های زندگی داشته باشد(۲). همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌عنوان یکی از معیارهای مهم برای ارزیابی سلامت جسمی و روانی در دوران بارداری مطرح است. بارداری با وجود اینکه دوره‌ای شاد و امیدبخش است با تغییرات فیزیکی و روانی قابل‌توجهی همراه است که می‌تواند بهزیستی و کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد(۵-۳).

عوامل جسمانی و روانی مرتبط با بارداری مانند پیامدهای نامطلوب بارداری از قبیل زایمان زودرس، سقط جنین و اضطراب بارداری نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی زنان باردار دارند. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که این عوامل می‌توانند نه تنها بر سلامت جسمی، بلکه بر سلامت روانی زنان نیز اثرات منفی بگذارند(۶،۷). در این دوران زنان باردار با چالش‌های جسمانی مانند حالت تهوع، استفراغ، خستگی و همچنین چالش های روان‌شناختی شامل اضطراب و نگرانی به‌عنوان عوامل مهم در کاهش کیفیت زندگی روبرو هستند (۶،۸،۹).از طرفی نگرانی به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی روزمره در دوران بارداری ظاهر می‌شود. نگرانی می‌تواند به‌عنوان یک انگیزه مثبت عمل کند یا در صورت افزایش بیش از حد موجب اختلال در عملکرد روزانه، خواب، اشتها و خلق و خوی مادر باردار شود(۱۰).

بسیاری از زنان باردار به دلیل تغییرات جسمانی و روانی دچار اضطراب و نگرانی می‌شوند که این عوامل می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی و حتی بروز عوارض جدی برای مادر و جنین شوند. اضطراب نیز از جمله عواملی است که می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اضطراب بارداری یک اختلال روانی مادر است که به عنوان اضطراب مربوط به مادر، نوزاد و زایمان تعریف می‌شود(۱۱). این بیماری با پیامدهای نامطلوب بارداری مانند زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، ناراحتی جنین و برخی ناهنجاری‌های نوزاد از جمله شکاف کام و تنگی پیلور(۱۲)، تهوع و استفراغ، پره اکلامپسی، سیستم ضعیف، افزایش اپیزیوتومی و عفونت‌های نوزادی همراه است. اضطراب شدید در دوران بارداری می تواند به رابطه مادر و نوزاد آسیب برساند و توانایی مادر را برای ایفای نقش مادری کاهش دهد(۱۳).

نتایج یک مطالعه ی مروری همچنین نشان داد که اضطراب بارداری و مشکلات بالینی در دوران بارداری سلامت نوزاد همانند کاهش دو سر نوزاد را پیشگویی می کند(۱۴). از آنجا که در نوزادان مادران مضطرب احتمال تولد نارس و وزن کم هنگام تولد وجود دارد می‌تواند در آینده با اختلال خلق و خوی و ناهنجاری در ساختار و عملکرد مغزی همراه باشد(۱۵). اختلال عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و علائم افسردگی در نوجوانی(۱۶) آسم و بیماری های آلرژیک از دیگر عوارض

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

اضطراب بارداری است که ممکن است کودکان از آن رنج ببرند(۱۷،۱۸). در مطالعه‌ای که بر روی زنان باردار انجام شد، نشان داده شد که علائم اضطرابی در زنان باردار می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت منجر شود و باعث کاهش عملکردهای جسمانی و اجتماعی شود(۱۹). این تحقیق بر اهمیت شناسایی و مدیریت به موقع اضطراب در دوران بارداری تأکید می‌کند تا از کاهش کیفیت زندگی زنان جلوگیری شود. شرایط خاص دوران بارداری مانند حالت تهوع و استفراغ نیز به عنوان عوامل مؤثر در کاهش کیفیت زندگی زنان شناخته می‌شوند. این علائم به‌ویژه در سه‌ماهه اول بارداری رایج هستند و می‌توانند باعث کاهش انرژی و افزایش احساس خستگی در زنان باردار شوند(۲۰).

حمایت اجتماعی می‌تواند اثرات مثبتی بر کاهش استرس و نگرانی دوران بارداری داشته باشد. از طرفی حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل کلیدی در بهبود سلامت و رفاه مادران و نوزادان در دوران بارداری شناخته می‌شود. این حمایت می‌تواند از منابع مختلفی از جمله خانواده، دوستان و همسران فراهم شود(۲۱،۲۲). خانواده و دوستان به‌عنوان دو منبع مهم حمایت اجتماعی در دوران بارداری می‌توانند به مادران باردار کمک کنند تا با تغییرات فیزیکی و روانی که در این دوره تجربه می‌کنند بهتر کنار بیایند. فراهم کردن حمایت عاطفی، مادی و اطلاعاتی از طریق این منابع می‌تواند به مادران کمک کند تا بهزیستی جسمانی و روانی خود را حفظ کنند(۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی نه تنها استرس‌های روانی ناشی از بارداری را کاهش می‌دهد؛ بلکه با تشویق مادران به اتخاذ رفتارهای سالم و انجام تغییرات مناسب در سبک زندگی به بهبود وضعیت جسمی و روانی آنان کمک می‌کند(۲۱). به عنوان مثال مطالعاتی نشان داده‌اند که مادرانی که سطح بالاتری از حمایت اجتماعی را تجربه می‌کنند، در دوران بارداری سطوح پایین‌تری از نگرانی و اضطراب را گزارش کرده‌اند(۲۴،۲۵). این نتایج به‌طور خاص نشان می‌دهند که روابط مثبت و حمایت همسر نقش مهمی در کاهش استرس و اضطراب مادران باردار دارد.

به طور کلی مطالعات موجود نشان می‌دهند که نگرانی و اضطراب دوران بارداری و میزان حمایت اجتماعی دریافتی توسط مادران باردار با پیامدهای بارداری به‌طور مستقیم در ارتباط هستند. با این حال، بیشتر این مطالعات به بررسی اثرات این متغیرها بر سلامت نوزادان پرداخته‌اند و تأثیرات آن‌ها بر سلامت و کیفیت زندگی مادران کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لذا با توجه به اهمیت موضوع بر آن شدیم تا در این مطالعه به تعیین همبستگی بین حمایت اجتماعی، نگرانی های دوره بارداری و اضطراب با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان در زنان نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان علی‌ابن ابیطالب و نیک نفس رفسنجان در سال ۱۴۰۲ بپردازیم.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-همبستگی، جامعه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان علی‌ابن ابیطالب و نیک نفس رفسنجان در در بازه زمانی فرودین تا اسفند ۱۴۰۲ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این زنان باردار جهت انجام مراقبت های دوران بارداری به این مراکز مراجعه کردند. پس از انتخاب آنها بر اساس معیار ورود و خروج و توضیح اهداف مطالعه، رضایت نامه آگاهانه برای تمام

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

افراد تکمیل شد و سپس چک لیست اطلاعات مطالعه توسط محقق تکمیل گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان با بارداری اول، دارای یک جنین سالم، عدم سابقه بیماری‌های روحی و روانی، عدم مصرف سیگار و مواد مخدر، عدم وجود مشکلات و بیماری‌های دوران بارداری (شامل سقط و نازایی و استفاده از روش‌های کمک باروری) و انجام کامل مراقبت‌های بارداری همچنین معیارهای عدم ورود به مطالعه فوت همسر و وجود فرزند با معلولیت در خانواده، ابتلا به هر گونه عارضه و بیماری در طی بارداری و ختم بارداری بود.

حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول همبستگی و اطلاعات مطالعه Bushra Gul و همکاران با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آماری ۹۰ درصد و همبستگی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بارداری (r=۰/۲۷۰)، ۱۰۰ نفر برآورد شد(۲۶).

$$n=\left[\frac{Z_{\alpha}+Z_{\beta}}{c}\right]^2$$
$$c=0.5*Ln\left[(1+r)/(1-r)\right]$$

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل چک لیست اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات، سن بارداری، تعداد فرزند و میزان درآمد)، پرسشنامه حمایت اجتماعی، پرسشنامه استاندارد نگرانی دوره بارداری آلدرسی و لین، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بود که از طریق مصاحبه به صورت رودررو، توسط محقق پس از توضیح اهداف مطالعه و تکمیل فرم رضایت آگاهانه انجام شد. در صورت عدم تکمیل پرسنامه یا نقص در اطلاعات پرشنامه، زن باردار دیگری بر اساس معیار های ورود و عدم ورود جایگزین گردید.

پرسشنامه حمایت اجتماعی (SS-A: social support appraisals) توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب از حمایت اجتماعی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است که سه حیطه حمایت خانوادگی (۸ سوال)، حمایت دوستان (۷ سوال) و حمایت اجتماعی (۸ سوال) را در نظر می‌گیرد. نمره گذاری این مقیاس به صورت چهار درجه‌ای بسیار موافق (۴ نمره)، موافق (۳ نمره)، مخالف (۲ نمره) و بسیار مخالف (۱ نمره) و نمره گذاری سولات ۳،۱۰،۱۳،۲۱ و ۲۲ به شکل وارونه است. رنج امتیازات این پرسشنامه از ۲۳ تا ۹۲ می باشد که نمره بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی بیشتر است. عسگری این آزمون را در سال ۱۳۹۰ بر روی کارکنان شرکت ملی حفاری ایرانی اجرا کرده و روایی و پایایی آن را به دست آورده است. در این مطالعه ضریب پایایی ۰/۷۸ بدست آمد(۲۷).

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (SF-36: The 36-Item Short Form Health Survey) توسط ویر در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است(۲۸). این آزمون به منظور ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و به طور کلی ارزیابی حالت سلامت از نظر وضعیت جسمانی و روانی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال و ۸ مؤلفه می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملا نادرست است=۱، تا حدود زیادی درست است=۲، نمی‌دانم=۳، تا حدود زیادی درست است=۴، کاملا درست است=۵) نمره گذاری می‌شود. ابعاد هشت گانه مورد بررسی در این پرسشنامه شامل عملکرد جسمانی (۳-۴-۵-۶-۷-

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲)، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی (۱۳-۱۴-۱۵-۱۶)، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (۱۷-۱۸-۱۹)، انرژی و نشاط (۲۳-۲۷-۲۹-۳۱)، سلامت عاطفی (۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۳۰)، عملکرد اجتماعی (۲۰-۳۲)، درد (۲۱-۲۲) و سلامت عمومی (۱-۳۴-۳۵-۳۶) است. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه کوشیار و همکاران بررسی و میزان ضریب آلفای آن برای بعد جسمانی ۰/۹۱، بعد اجتماعی ۰/۸۷، بعد روانی ۰/۷۱ و برای نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ۰/۹۱ بدست آمد(۲۹).

پرسشنامه اضطراب بک (BAI: Beck Anxiety Inventory) یک پرسشنامه خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است که با استفاده از لیکرت چهار گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. هر عبارت بازتاب یکی از علایم اضطراب است که معمولا افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می‌گیرند تجربه می‌کنند. شیوه‌ی امتیازدهی به این صورت است که اصلا امتیاز صفر، خفیف امتیاز یک، متوسط دو و شدید امتیاز سه را می‌گیرد. بنابراین دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ خواهد بود. در صورتی که نمره به دست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشند، فرد مورد بررسی هیچ اضطرابی ندارد، اگر بین ۱۵-۸ باشد اضطراب خفیف، اگر بین ۲۵-۱۶ باشد اضطراب متوسط و اگر بین ۶۳-۲۶ باشد، نشان‌دهنده اضطراب شدید است(۳۰). این ابزار قبلا از لحاظ روایی و پایایی مورد بررسی قرار گرفته به طوری که در مطالعه رفیعی و همکاران پایایی پرسشنامه ۰/۹۰۲ بدست آمد که بیانگر پایایی مناسب پرسشنامه‌ی اضطراب بک است (۳۱).

پرسشنامه نگرانی های دوره بارداری (PDQ: Prenatal Distress Questionnaire) توسط آلدرسی و لین در سال ۲۰۱۱ به منظور سنجش نگرانی‌های دوران بارداری طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال و شامل ۳ مولفه درباره نگرانی درباره تولد و نوزاد (سوالات ۳-۶-۹-۱۰-۱۱)، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی (سوالات ۱-۲-۷) و نگرانی درباره هیجان و روابط (۴-۵-۸-۱۲) می باشد و براساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (اصلا نگران نیستم=۱، نگران نیستم=۲، تا حدودی نگرانم=۳، نگرانم=۴ و خیلی نگرانم=۵) نمره‌گذاری می‌شود(۳۲). برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس را با هم جمع می‌شوند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شوند. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر نگرانی در دوره بارداری خواهد بود و بالعکس. طبقه‌بندی نمرات به این صورت بود که نمرات بین۲۰-۱۲ (میزان نگرانی در دروه بارداری در حد پایینی می‌باشد)، نمرات بین ۴۰-۲۰ (میزان نگرانی در دروه بارداری در حد متوسطی می‌باشد) و نمره بالاتر از ۴۰ (میزان نگرانی در دروه بارداری در حد بالایی می‌باشد) را نشان می‌دهد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه یوسفی و همکارانش ارزیابی و تایید شده است و همچنین میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمده است(۳۳).

داده‌ها با استفاده از میانگین و انحراف معیار و فراوانی و درصد

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

توصیف شدند. برای ارزیابی توزیع نرمال متغیرهای پیوسته از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (Kolmogorov–Smirnov test) و هم‌چنین با محاسبه شاخص‌های چولگی (skewness) و کشیدگی (kurtosis) استفاده شد که این پیش فرض برقرار بود. برای بررسی توزیع نمرات حمایت اجتماعی، نگرانی های دوره بارداری، اضطراب و کیفیت زندگی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب و نیک نفس رفسنجان در زیر گروه متغیرهای تحصیلات و سطح درآمد از One-way ANOVA و درصورت معنی‌داری از آزمون مقایسات چندگانه توکی (Tukey's multiple comparisons test)، به منظور مقایسه میانگین زوج گروه‌ها استفاده شد. همبستگی بین حمایت اجتماعی، نگرانی دوره بارداری و اضطراب با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با استفاده از همبستگی پیرسون سنجیده شد. برای بررسی تاثیر حمایت اجتماعی، نگرانی دوره بارداری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از رگرسیون خطی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح ($p<۰/۰۵$) معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر از زنان باردار مورد مطالعه قرار گرفتند که مشخصات دموگرافیک آنها در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱: مشخصات مادران باردار شرکت کننده (n= ۱۰۰)

متغیرها		
سن (سال)		۳۶/۱۶±۵/۶۵
(رنج)		(۱۸–۴۳)
سن بارداری (هفته)		۲۶/۷۱±۴/۵۴
(رنج)		(۷–۴۰)
تعداد فرزند (نفر)		۱/۲۳±۰/۹۹
(رنج)		(۰–۵)
تحصیلات	بیسواد	۶ (۶٪)
	زیر دیپلم	۲۰ (۲۰٪)
	دیپلم و فوق دیپلم	۴۶ (۴۶٪)
	لیسانس و فوق لیسانس	۲۰ (۲۰٪)
	دکتری	۸ (۸٪)
درآمد	کمتر از ۲ برابر حداقل اداره کار	۲۴(۲۴٪)
	۲ تا ۴ برابر حداقل اداره کار	۵۲ (۵۲٪)
	بیش از ۴ برابر حداقل اداره کار	۲۴ (۲۴٪)
سه ماهه بارداری	اول	۵ (۵٪)
	دوم	۵۲ (۵۲٪)
	سوم	۴۳ (۴۳٪)

داده ها به صورت میانگین ± انحراف معیار (رنج) و فراوانی (درصد) بیان شدند

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

CC BY-NC 4.0

نتایج آزمون ANOVA در جدول ۲ نشان داد که میانگین نمره پرسشنامه نگرانی های دوران بارداری PDQ اختلاف معنی‌داری در بین زنان بر حسب تحصیلات دارد(P =۰/۰۱۴).

نتایج مقایسه میانگین زوج گروه‌ها با از آزمون مقایسات چندگانه توکی (comparisons test Tukey's multiple) نشان داد که میانگین نگرانی های دوران بارداری در زنان بی سواد به طور معناداری کمتر از زنان دارای مدرک لیسانس و بالاتر است (P<۰/۰۵) اما اختلاف معنی‌داری در میانگین اضطراب، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات وجود نداشت (P=۰/۳۶۷). همچنین نتایج آزمون ANOVA نشان داد که میانگین نمره پرسشنامه نگرانی های دوران بارداری PDQ، اضطراب، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان مورد مطالعه بر حسب سطح درآمد خانوار و سه ماهه بارداری تفاوت معناداری ندارد. بر اساس نتایج آزمون همبستگی، بین نگرانی دوران بارداری با سن مادر و همچنین بین نگرانی دوران بارداری و حمایت اجتماعی با تعداد فرزند همبستگی معکوس و معناداری وجود داشت.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات حمایت اجتماعی، نگرانی دوره بارداری، اضطراب و کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای دموگرافیک (n= ۱۰۰)

شاخص ها / متغیرهای دموگرافیک		نگرانی دوره بارداری	اضطراب	حمایت اجتماعی	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
تحصیلات	بیسواد	۳۰/۶۷±۵/۹۸	۱۶/۰۰±۳/۸۹	۵۸/۱۷±۸/۳۵	۱۱/۸۳ ± ۲/۹۲
	زیر دیپلم	۳۵/۹۵±۵/۰	۱۴/۹۰±۳/۶۹	۵۸/۹۰±۹/۶۸	۱۰/۴۵ ± ۲/۶۸
	دیپلم و فوق دیپلم	۳۵/۱۳±۴/۶۷	۱۶/۲۴±۳/۱۳	۵۸/۸۵±۸/۲۱	۱۱/۵۹ ± ۲/۸۸
	لیسانس و بالاتر	۳۷/۶۴±۵/۲۰	۱۵/۴۳±۲/۷۵	۶۱/۱۱±۱۱/۱۱	۱۰/۰۷ ± ۲/۳۵
P-Value*		۰/۰۱۴	۰/۳۶۷	۰/۷۴۵	۰/۰۸۵
درآمد	کمتر از ۲ برابر حداقل اداره کار	۳۵/۳۸±۵/۸۷	۱۶/۵۸±۳/۲۹۶	۵۹/۳۸ ± ۱۰/۵۳	۱۰/۲۵ ± ۳/۲۰
خانوار	۲ تا ۴ برابر حداقل اداره کار	۳۵/۳۷±۵/۲۳	۱۵/۸۷±۲/۹۹	۵۸/۴۸ ± ۹/۳۷	۱۱/۱۲ ± ۲/۴۸
	بیش از ۴ برابر حداقل اداره کار	۳۶/۸۸±۴/۲۱	۱۴۷/۵۸±۲/۳۹	۶۱/۶۳ ± ۷/۸۴	۱۱/۲۹ ± ۲/۸۵
P-Value*		۰/۰۴۶۵	۰/۰۶۱	۰/۳۹۷	۰/۳۵۴
سه ماهه	اول (n= ۵)	۳۶/۰۰±۵/۶۱	۱۷/۸۰±۵/۱۱	۵۸/۶۰±۶/۰۶	۸۱/۴±۵/۲۷
بارداری	دوم (n= ۵۲)	۳۵/۳۵±۵/۲۰	۱۵/۹۰±۲/۹۹	۵۸/۹۶±۸/۸۵	۸۱/۲۶±۶/۳۷
	سوم (n= ۴۳)	۳۶/۱۶±۵/۱۶	۱۵/۲۸±۲/۶۵	۶۰/۱۴±۱۰/۲۶	۸۲/۹۰±۷/۸۹
P-Value*		۰/۷۴۴	۰/۱۷۲	۰/۸۱۴	۰/۵۲۲
سن مادر (سال)		r=-۰/۲۲۶	r=-۰/۱۴۰	r=-۰/۰۹۹	۰/۱۰۲
P-Value**		۰/۰۲۴	۰/۱۶۵	۰/۳۲۷	۰/۳۱۴
سن بارداری (هفته)		r= ۰/۱۰۵	r=-۰/۱۸۵	r=۰/۱۵۵	۰/۰۳۴
P-Value**		۰/۲۹۸	۰/۰۶۵	۰/۱۲۳	۰/۷۳۷
تعداد فرزند		r=-۰/۶۰۸	r=-۰/۰۰۶	r=-۰/۳۷۵	۰/۱۲۴
P-Value**		<۰/۰۰۱	۰/۹۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۱۸

داده ها به صورت میانگین ± انحراف معیار یا ضریب پیرسون بیان شدند

* آزمون One Way ANOVA

** آزمون Correlation

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

در بررسی همبستگی بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با نگرانی دوران بارداری، اضطراب و حمایت اجتماعی نتایج آزمون همبستگی نشان داد بین حمایت اجتماعی وکیفیت زندگی مرتبط با سلامت همبستگی مثبت و معنادار (r=۰/۲۲۹،P=۰/۰۲۲) و بین حمایت اجتماعی و نگرانی دورن بارداری همبستگی معکوس و معنـاداری (P<۰/۰۰۱، r=-۰/۶۴۸) وجود دارد. سایر موارد همبستگی معناداری نداشتند(جدول ۳). جهت بررسی همزمان متغیرهای نگرانی دوره بارداری، اضطراب و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از رگرسیون خطی چند گانه استفاده شد. همانطور که در جدول ۴ گزارش شده است حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول ۳: همبستگی بین نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با نگرانی دوره بارداری، اضطراب و حمایت اجتماعی (n= ۱۰۰)

	نگرانی دوران بارداری	اضطراب	حمایت اجتماعی
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	r=۰/۰۳۳	r=- ۰/۰۰۷	r= ۰/۲۲۹
	P=۰/۷۴۲	P =۰/۷۴۲	P=۰/۰۲۲
نگرانی دوران بارداری	-	r=۰/۰۳۸	r=-۰/۶۴۸
	-	P=۰/۷۰۵	P<۰/۰۰۱
اضطراب	–	-	r=-۰/۰۶۵
	–	-	P=۰/۵۲۳

آزمون Correlation

جدول ۴: تعیین عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (n= ۱۰۰)

متغیرها	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	p
	B	خطای استاندارد	Beta	
نگرانی دوران بارداری	-۰/۲۷۷	۰/۱۷۶	-۰/۲۰۴	۰/۱۱۸
اضطراب	-۰/۰۹۱	۰/۲۳۱	-۰/۰۳۹	۰/۶۹۵
حمایت اجتماعی	۰/۲۷۴	۰/۰۹۸	۰/۳۶۴	۰/۰۰۶
عرض از مبدأ	۸۹/۷۸	۶/۲۷		<.۰/۰۰۱

رگرسیون خطی

بحث و نتیجه گیری

دوران بارداری یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین دوره‌ها در زندگی یک زن است که می‌تواند با تغییرات فیزیکی، عاطفی و اجتماعی همراه باشد. این تغییرات ممکن است موجب بروز نگرانی و اضطراب در مادران شود. در این مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان علی‌ابن ابیطالب و نیک نفس رفسنجان در سال ۱۴۰۲ مورد مطالعه قرار گرفتند.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین دریافت حمایت اجتماعی زنان باردار برابر با ۳۳/۹ ±۴۵/۵۹ است. بررسی‌های آماری نشان داد که اختلاف معنی‌داری در متغیر حمایت اجتماعی در بین زنان مورد مطالعه بر حسب سطح تحصیلات، میزان درآمد و سن حاملگی وجود ندارد. نتایج بررسی همبستگی بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان باردار نشان داد که بین حمایت اجتماعی با تعداد فرزندان همبستگی معکوس و معنی داری

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

وجود داشت. بدین معنی که با افزایش تعداد فرزندان و حمایت اجتماعی کاهش می یابد.

همچنین بین حمایت اجتماعی و نگرانی دورن بارداری همبستگی معکوس و معناداری وجود داشت. بدین معنی که با افزایش حمایت اجتماعی، نگرانی دوران بارداری کاهش می یابد. همچنین بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود داشت(۳۴).

در مطالعه فرامرزی و پاشا (۱۳۹۴) میانگین دریافت حمایت اجتماعی زنان باردار تک قل ۴۰-۱۸ سال مراجعه کننده به دو بیمارستان آموزشی بابل در سال ۱۳۹۲، (۱۲/۸۷±۴/۱۸) با دامنه نمرات ۲۵-۰ بود که در این مطالعه میانگین دریافت حمایت اجتماعی زنان باردار بیشتر از تحقیق ما بود که این امر می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی باشد(۳۵). نتایج این پژوهش، بیانگر وجود همبستگی منفی حمایت اجتماعی بر استرس دوران بارداری بوده است. در این مطالعه حمایت خانواده، قوی ترین پیش بینی کنندۀ منفی استرس زنان باردار بود.

عبدالله زاده و همکارانش در این زمینه گزارش کردند که سه منبع حمایت اجتماعی، خانواده، دوستان و آشنایان به طور معنی داری می تواند ۱۶٪ از تغییرات افسردگی سه ماهه سوم بارداری را تبیین‌کنند(۳۶). از آنجایی که دوران حاملگی، پراسترس ترین دوران زندگی زن می‌باشد و خانواده نقش کلیدی در گذراندن این دوره پراسترس دارند؛ لذا نیاز به حمایت اجتماعی بخصوص حمایت خانواده جهت کاهش استرس بیشتر احساس می‌شود. اصولا حمایت اجتماعی بالا با کاهش سطح کورتیزول خون و در نتیجه کاهش اضطراب همراه می‌باشد(۳۷).

بررسی‌ها نیز نشان داده که حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد باعث کاهش تنش، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود(۳۸).

در این زمینه بهرامی و همکاران (۲۰۲۳) اظهار می‌دارند که یکی از عوامل کمک‌کننده برای مبارزه با استرس، حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان است. بدیهی است کسانی که از خانواده منسجم برخوردارند عوامل استرس‌زا و فشار کمتری بر آنها وارد می‌شود(۳۹). از طرف دیگر شیشه گر و همکاران دریافتند که بین حمایت اجتماعی و میزان استرس در بارداری ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد و حمایت اجتماعی و استرس با هم همبستگی ندارند(۴۰).

اصولا حمایت اجتماعی به عنوان منابعی که توسط دیگران مخصوصاً خانواده و دوستان ایجاد می‌شود تعریف شده است. تغییرات بدنی شدید در اواخر بارداری می‌تواند منجر به کاهش روابط با دوستان و آشنایان شود. نتایج مطالعه نشان داد که نگرانی دوران بارداری اختلاف معنی داری در بین زنان بر حسب تحصیلات دارد و میزان نگرانی ترس دوران بارداری در زنان بیسواد به طور معنی‌داری کمتر از زنان دارای مدرک لیسانس و بالاتر بود. نگرانی دوران بارداری با سن و تعداد فرزندان همبستگی معکوس و معنی‌داری داشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با افزایش سن و تعداد فرزندان، نگرانی دوران بارداری کاهش معنی‌داری پیدا می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های وو و همکاران (۴۱)، هایئون و همکاران (۲۰۲۲) (۴۲)مطابقت دارد. همچنین نتایج ما نشان داد که اختلاف معنی داری بین میزان اضطراب زنان باردار مورد مطالعه بر حسب تحصیلات، میزان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

CC BY-NC 4.0

درآمد خانوار و سن حاملگی وجود ندارد. سایر نتایج بیانگر آن بود که بین اضطراب با متغیرهای سن، تعداد فرزندان و سن بارداری و همچنین کیفیت زندگی در زنان باردار همبستگی معنی داری مشاهده نشد. این نتایج با یافته مطالعه های شوبرت و همکاران (۲۰۱۷) (۴۳)، فاتح نژاد و همکاران (۲۰۲۱) (۴۴) و چهره زای و همکاران (۲۰۲۱) (۴۵)غیرهمسو بود. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی افراد شرکت کننده در مطالعات باشد؛ زیرا کیفیت زندگی یکی از سازه‌های روانشناسی مثبت‌نگر است که شامل ادراک شناخت، شادی، علاقه انتظار، عاطفه مثبت و منفی و غیره می‌شود. از آنجا که این مؤلفه‌ها در کاهش اضطراب مؤثر هستند؛ لذا می‌توانند در دوره بارداری نیز اضطراب زنان را کاهش دهند. همچنین افرادی که کیفیت زندگی مطلوب‌تری دارند از سلامت روان و بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردار هستند که این عوامل خود نقش مهمی در مقابله با مشکلات مرتبط با سلامت روان و کاهش اضطراب از جمله اضطراب حاملگی دارند.

این تحقیق به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی، نگرانی دوران بارداری و اضطراب با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان باردار نخست زا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های علی‌ابن ابیطالب و نیک نفس رفسنجان در سال ۱۴۰۲پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در کاهش نگرانی دوران بارداری دارد. یافته‌ها نشان داد که میانگین دریافت حمایت اجتماعی در زنان باردار نخست زا مورد مطالعه به طور کلی رضایت‌بخش بوده است. همچنین نتایج نشان داد که با افزایش تعداد فرزندان، حمایت اجتماعی کاهش می‌یابد که این موضوع می‌تواند به دلیل افزایش مسئولیت‌ها و فشارهای روانی ناشی از نگهداری از چند فرزند باشد. در زمینه نگرانی دوران بارداری، نتایج نشان داد که زنان بی سواد دارای نگرانی بیشتری نسبت به زنان دارای تحصیلات بالاتر هستند. این یافته‌ها می‌توانند نشان‌دهنده نیاز به آموزش و افزایش آگاهی در میان زنان باردار باشند.

به طور کلی این تحقیق تأکید می‌کند که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل کلیدی در کاهش نگرانی دوران بارداری عمل کند و بنابراین ایجاد شبکه‌های حمایتی قوی برای مادران باردار ضروری است تا آن‌ها بتوانند این دوره حساس را با آرامش بیشتری پشت سر بگذارند.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود؛ ازجمله حجم نمونه محدود که تنها بر روی ۱۰۰ نفر از زنان باردار نخست زا مراجعه‌کننده به دو بیمارستان خاص در رفسنجان انجام شد و ممکن است قابلیت تعمیم آن به جمعیت‌های بزرگ‌تر را محدود کند. از طرفی انتخاب دو بیمارستان خاص در یک منطقه جغرافیایی محدود نیز ممکن است تعمیم پذیری نتایج را مختل کند. همچنین با توجه به مقطعی بودن طراحی مطالعه روابط علت و معلولی را نمی توان از نتایج این مطالعه استخراج کرد. یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه عدم پیگیری طولانی‌مدت شرکت‌کنندگان پس از جمع‌آوری داده‌ها می‌تواند که منجر به از دست دادن اطلاعات مهم درباره تغییرات در وضعیت روانی و کیفیت زندگی آن‌ها در طول دوران بارداری شد.

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، نتایج این تحقیق باید با احتیاط تفسیر شوند و برای تحقیقات آینده پیشنهاد می‌شود که حجم نمونه بزرگ‌تر، تنوع جغرافیایی بیشتر و استفاده از

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

طراحی‌های طولی مورد بررسی قرار گیرد تا بتوانند اطلاعات جامع‌تری درباره تأثیر حمایت اجتماعی، نگرانی دوران بارداری و اضطراب بر کیفیت زندگی زنان باردار ارائه دهند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با کد IR.RUMS.REC.1401.197 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان مطابق با بیانیه هلسینکی تایید و به ثبت رسیده است.در طی انجام مطالعه اطلاعات مربوط به افراد محرمانه ثبت شد و رضایت آگاهانه از همه مادران اخذ گردید.

سهم نویسندگان

زهرا کامیاب؛ ایده پردازی، طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها، آماده سازی پیش نویس نسخه خطی، بازبینی نسخه نهایی، میترا عباسی فرد؛ ایده و طراحی مطالعه، بازبینی نسخه نهایی، سکینه میرزایی خلیل آبادی؛ جمع اوری اطلاعات، بازبینی نسخه نهایی، پتروین آقا محمدحسنی؛ جمع آوری اطلاعات، بازبینی نسخه نهایی، فاطمه باقری پرانی؛ جمع آوری اطلاعات را برعهده داشتند. تمامی نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

در انجام این پایان نامه هیچگونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافعی در این مقاله گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان برای حمایت و همکاری تشکر می کنند.

References

1-Kaplan RM, Hays RD. Health-Related Quality of Life Measurement in Public Health. Annual Review of Public Health. 2022;43(Volume 43, 2022):355-73.

2-Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA & et al. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. 2009;18:873-80.

3-Soares PRAL, Calou CGP, Martins ES & et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e fatores associados. Acta Paulista de Enfermagem. 2021;34.

4-Pobee RA, Setorglo J, Kwashie Klevor M & et al. High levels of depressive symptoms and low quality of life are reported during pregnancy in Cape Coast, Ghana; a longitudinal study. BMC Public Health. 2022;22(1):894.

5-Yin X, Sun N, Jiang N & et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. Clinical Psychology Review. 2021;83:101932.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

CC BY-NC 4.0

6-Dokuhaki S, Dokuhaki F, Akbarzadeh M. The relationship of maternal anxiety, positive and negative affect schedule, and fatigue with neonatal psychological health upon childbirth. Contraception and Reproductive Medicine. 2021;6(1):12.

7-Nishigori H, Nishigori T, Suzuki T & et al. Maternal prenatal and postnatal psychological distress trajectories and impact on cognitive development in 4-year-old children: the Japan Environment and Children's Study. Journal of Developmental Origins of Health and Disease. 2023;14(6):781-94.

8-Li P, Haiyan W, Gengdong C & et al. Association Between Nausea and Vomiting During Pregnancy and Sleep Quality: Mediating Effect of Depressive Symptoms. International Journal of General Medicine. 2021;14(null):41-9.

9-Branquinho M, Canavarro MC, Fonseca A. Profiles of women with postpartum depressive symptoms: A latent profile analysis using the Edinburgh Postnatal Depression Scale factors. Journal of Clinical Psychology. 2022;78(7):1500-15.

10-Tung I, Keenan K, Hipwell AE. Resilience to stress during pregnancy: Biopsychosocial mechanisms and implications for offspring emotional and behavioral outcomes in toddlerhood. Developmental Psychology. 2024;60(9):1733-45.

11-Priyadarshanie MN, Waas DA, Goonewardena S & et al. Association of antenatal anxiety disorders with antenatal comorbidities and adverse pregnancy outcomes among clinic attendees at a tertiary-care hospital in Sri Lanka. Heliyon. 2023;9(3).

12-Wang S-W, Chen J-L, Chen Y-H & et al. Factors Related to Psychological Distress in Multiparous Women in the First Trimester: A Cross-Sectional Study. Journal of Nursing Research. 2022;30(3).

13-Chan CY, Lee AM, Lam SK & et al. Antenatal anxiety in the first trimester: Risk factors and effects on anxiety and depression in the third trimester and 6-week postpartum. Open Journal of Psychiatry. 2013.

14-Grigoriadis S, Graves L, Peer M & et al. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry. 2018;79(5).

15-Ding X-X, Wu Y-L, Xu S-J & et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Journal of affective disorders. 2014;159:103-10.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

16-Senter CC, Bush NR, Loftus CT & et al. Maternal Stressful Life Events during Pregnancy and Atopic Dermatitis in Children Aged Approximately 4–6 Years. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021; 18(18).

17-van der Leek AP, Bahreinian S, Chartier M & et al. Maternal Distress During Pregnancy and Recurrence in Early Childhood Predicts Atopic Dermatitis and Asthma in Childhood. Chest. 2020;158(1):57-67.

18-Socolovsky C, Phipatanakul W. Maternal Distress and Allergic Disease: Early Childhood Stressors Shape Long-Term Health. Chest. 2020;158(1):5-6.

19-Pascal R, Casas I, Genero M & et al. Maternal Stress, Anxiety, Well-Being, and Sleep Quality in Pregnant Women throughout Gestation. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2023; 12(23).

20-Bai G, Korfage IJ, Groen EH-d & et al. Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: the generation R study. 2016;11(11):e0166133.

21-Bedaso A, Adams J, Peng W & et al. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Reproductive Health. 2021;18(1):162.

22-Fatahi Ardakani M, Anoosheh VS, Sotoudeh A & et al. Investigating Health Promotion Behaviors of Pregnant Women Referring to comprehensive Health Services centers of Bushehr city in 2016. SSU. 2019;8(1):38-45.

23-Al-Mutawtah M, Campbell E, Kubis H-P & et al. Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2023;23(1):782.

24-Rajani F, Sharifi N, Tayebi N & et al. Comparison of the correlation of postpartum stress disorder in vaginal and cesarean delivery with social support and fertility characteristics of mothers. Urmia-University-of-Medical-Sciences. 2023;20(10):842.

25-Nabipour Hosseini ST, Abbasalizadeh F, Hakimi S & et al. The effect of family support on anxiety and depression in pregnant women with high-risk pregnancies hospitalized in the third trimester of pregnancy: Results of randomized controlled trial. Med J Tabriz Uni Med Sciences. 2023;44(6):478-88.

26-Gul B, Riaz MA, Batool N & et al. Social support and health related quality of life among pregnant women. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2018;68(6):872-5.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

27-Ebrahimi Ghavam S. Assessing the validity of the three concepts of source of control, self-esteem and social support dissertation. Tehran: Islamic Azad university. 1992.

28-Ware J E. SF-36 health survey. Manual and interpretation guide. The Health Institute. 1993:6:1-6: 22.

29-Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z & et al. Surveying health-related quality of life and related factors in the diabetic elderly in Mashhad in 2013. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015;14(3):175-88.

30-Qu J, Weng X-l, Gao L-l. Anxiety, depression and social support across pregnancy in women with a history of recurrent miscarriage: A prospective study. International Journal of Nursing Practice. 2021;27(5):e12997.

31-Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of beck anxiety inventory among the university students. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2013;7(27):37-46.

32-Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the prenatal distress questionnaire. Midwifery. 2011;27(4):553-9.

33-Yousefi R. Psychometric properties of Persian version of renataldistressquestionnaire (PDQ). Nursing and Midwifery Journal. 2015;13(3):215-25.

34-Bahrami N, Farahani E, Yousefi B & et al. Association of social capital with mental health and quality of life among low- and high-risk pregnant women. Midwifery. 2023;123:103727.

35-Faramarzi M, Pasha H. The role of social support in prediction of stress during pregnancy. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2015;17(11):52-60.

36-Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Hosseini M. Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy. Iranian journal of Nursing research. 2012;7(26):1-10.

37-Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR & et al. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstetrics & Gynecology. 2001;97(6):988-93.

38-Riahi M, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. Social Welfare Quarterly. 2011;10(39):85-121.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

39-Bahrami-Samani S, Omidvar S, Mohsenzadeh-Ledari F & et al. The relationship between perceived stress and pregnancy distress with self-care of pregnant women: The mediating role of social support—A cross-sectional study. Health Science Reports. 2023;6(11):e1730.

40-Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA. A survey of relationship between social support with quality of life as well as stress among pregnant women referred to Shahryar hospital affiliated to social security organization in 1391. Advances in Nursing & Midwifery. 2014;23(81):27-32.

41-Wu H, Sun W, Chen H & et al. Health-related quality of life in different trimesters during pregnancy. Health and Quality of Life Outcomes. 2021;19(1):182.

42-Cho H, Lee K, Choi E & et al. Association between social support and postpartum depression. Scientific Reports. 2022;12(1):3128.

43-Schubert KO, Air T, Clark SR & et al. Trajectories of anxiety and health related quality of life during pregnancy. PloS one. 2017;12(7):e0181149.

44-Fathnezhad-Kazemi A, Aslani A, Hajian S. Association between Perceived Social Support and Health-Promoting lifestyle in Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. Journal of caring sciences. 2021;10(2):96-102.

45-Chehrazi M, Faramarzi M, Abdollahi S & et al. Health promotion behaviours of pregnant women and spiritual well-being: Mediatory role of pregnancy stress, anxiety and coping ways. Nursing Open. 2021;8(6):3558-65.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18925]

 CC BY-NC 4.0