

A Phenomenological Study of Pregnancy Anxiety among Pregnant Women in Tabriz

Shalaleh Hosseinezhad Hallaji¹ , Marziyeh Alivandi Vafa^{2*} 

- 1) Ph.D. in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University Urmia, Urmia, Iran
2) Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University Tabriz, Tabriz, Iran

Received: 03/27/2025 Revised: 07/07/2025 Approved: 09/22/2025

Abstract

Background: Pregnancy anxiety, as one of the most prevalent psychological challenges during gestation, can adversely affect maternal health, fetal development, and long-term developmental outcomes. Given the complexity and multidimensional nature of this phenomenon, exploring the lived experiences of pregnant women is essential for a deeper understanding of its various dimensions and contributing factors.

Aim: This study aimed to elucidate the phenomenological experiences of pregnancy anxiety among pregnant women in Tabriz, Iran.

Methods: A qualitative descriptive phenomenological approach was adopted. Twenty pregnant women residing in Tabriz were selected through purposive sampling until theoretical saturation was achieved. Data were collected via semi-structured in-depth interviews (averaging 45-60 minutes) and analyzed using Colaizzi's thematic analysis method in MAXQDA software. The analytical process included open, axial, and selective coding, culminating in the extraction of main and sub-themes. To ensure trustworthiness, Guba and Lincoln's criteria, including member checking and participant diversity, were adhered to.

Results: Data analysis revealed four main themes and 12 sub-themes: 1) Physiological dimension (physical symptoms, history of specific diseases, harmful habits); 2) Psychological dimension (personality traits, emotions, thoughts, recent stressful experiences); 3) Cultural dimension (lack of educational-support groups, stereotypical beliefs/misconceptions, need for spirituality enhancement guided by specialists); 4) Socioeconomic dimension (social connections/support, financial constraints and economic hardship). These themes interacted dynamically to shape the unique experience of pregnancy anxiety.

Conclusion: The findings confirm the necessity of managing pregnancy anxiety through a multidimensional and holistic approach encompassing physiological, psychological, cultural, and socioeconomic dimensions. Designing comprehensive educational-supportive interventions and revising health and social policies based on these dimensions represent a critical step toward reducing pregnancy anxiety, promoting maternal mental health, and improving pregnancy outcomes.

Keywords: women, pregnancy anxiety, lived experiences, pregnant women, phenomenology

* **Corresponding:** Marziyeh Alivandi Vafa, m.alivand@iaut.ac.ir

- **Article type:** research article

- **Article APA Reference**

Hosseinezhad Hallaji, Sh., & Alivandi Vafa, M. (2025). A phenomenological study of pregnancy anxiety among pregnant women in tabriz. *Qualitative Research in Behavioral Sciences*, 4(1), 109-122.
<https://doi.org/10.22077/qrebs.2025.9074.1090>

Extended Abstract

Introduction

Pregnancy is a period accompanied by extensive physiological and psychological changes. Pregnancy related anxiety, as one of the most common psychological challenges during this time, has negative short term and long term consequences for both maternal and fetal health. Studies indicate that more than 50 percent of pregnant women experience some degree of anxiety, which is associated with an increased risk of preterm birth, behavioral problems in children, and maternal mental health difficulties.

While previous studies have mainly examined pregnancy anxiety using quantitative methods, the present study adopts an interpretative phenomenological approach to explore the subjective meanings and lived experiences of women regarding pregnancy-related anxiety. The main distinction of this study lies in its methodology and the use of a qualitative design (in contrast to the predominantly quantitative studies) to allow for an in-depth exploration of the hidden dimensions of the phenomenon; its theoretical framework and focus on interpreting experiences within Iran's specific socio-cultural context; and its geographical scope, examining this phenomenon within a community with unique cultural characteristics (the city of Tabriz).

A systematic review of the literature indicates that although the factors influencing pregnancy anxiety (such as hormonal changes, personality traits, and social support) have been well identified, the qualitative understanding of these experiences in non-Western societies has received less attention. By addressing this research gap, the present study contributes to the development of the existing literature on maternal mental health.

Method

This qualitative study was conducted using a descriptive phenomenological approach. The study population consisted of 20 pregnant women attending women's health and obstetric centers in the city of Tabriz, who were selected through purposive sampling until data saturation was achieved. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Colaizzi's seven-step method.

The main interview questions focused on defining the experience of anxiety, its influencing factors, and coping strategies. Each interview lasted between 45 and 60 minutes and was conducted in two sessions. To ensure the trustworthiness of the study, Lincoln and Guba's four criteria (credibility, transferability, dependability, and confirmability) were applied. This included participant validation of the extracted themes, sample diversity in terms of age and social background, and minimizing bias during the interview process. After transcription, the data were coded and categorized, and main themes and subthemes were identified.

Results

In this study, 20 female participants aged 21-40 years took part. Among them, seven had a high school diploma, eleven were housewives, and five were in the third month of pregnancy. The findings consisted of four main themes and twelve subthemes:

1. Physiological dimensions: physical symptoms (heart palpitations, shortness of breath, muscle pain), history of specific illnesses (anxiety disorders, diabetes), and unhealthy habits (smoking);
2. Psychological dimensions: personality traits (perfectionism, pessimism), negative emotions (fear, hopelessness), disturbed thoughts (worry about fetal abnormalities),

and life stressors (history of miscarriage, marital problems); 3.Cultural dimensions: lack of educational support, superstitious beliefs (seeking help from faith healers), and the need to strengthen spirituality; 4.Socioeconomic dimensions: lack of social support (spousal neglect) and financial difficulties (unemployment, medical expenses).

Discussion

The findings indicated that pregnancy anxiety is a multidimensional phenomenon shaped by the interaction of physiological, psychological, cultural, and economic factors. Consistent with previous studies, hormonal changes and underlying medical conditions were found to intensify anxiety symptoms. Personality traits such as perfectionism, as well as inaccurate cultural beliefs, were also identified as risk factors.

In addition, inadequate social support and economic pressures played a significant role in exacerbating pregnancy-related anxiety. These findings are in line with studies such as (McCarthy, 2021; Dunkel Schetter, 2022), which emphasize the importance of psychosocial support during pregnancy. By focusing on Iran's specific cultural context, the present study identified a unique multidimensional pattern of factors influencing pregnancy anxiety, which may serve as a foundation for designing culturally tailored interventions.

Conclusion

Pregnancy anxiety is influenced by physiological, psychological, cultural, and economic factors. Addressing these dimensions is essential in designing comprehensive interventions to reduce anxiety and improve maternal and fetal health.

Limitations

Focusing on a specific cultural context (Tabriz) allowed for a deeper analysis; however, generalizing the results to other communities requires additional studies.

Future Studies

It is recommended that future studies adopt two main approaches: (1) designing multifaceted interventions aligned with the four identified dimensions (biological, psychological, social, and economic), and (2) conducting cross-cultural comparative studies within Iran. In addition, a systematic evaluation of existing prenatal care programs in terms of their effectiveness in reducing anxiety is essential.

مطالعه پدیدارشناختی اضطراب بارداری در میان زنان باردار شهر تبریز

شالاه حسین نژاد حلاجی^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۲*}(۱) دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه
(۲) دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۰۷ تجدیدنظر: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۳۱

چکیده

زمینه: اضطراب بارداری به‌عنوان یکی از شایع‌ترین چالش‌های روان‌شناختی دوران بارداری، می‌تواند پیامدهای نامطلوبی بر سلامت مادر، جنین و رشد بلندمدت کودک برجای بگذارد. با توجه به پیچیدگی و چندبعدی بودن این پدیده، بررسی تجربیات زیسته زنان باردار برای درک عمیق‌تر ابعاد و عوامل مؤثر بر آن ضروری است.

هدف: هدف این پژوهش، واکاوی اضطراب بارداری بر اساس تجربیات زیسته زنان باردار شهر تبریز بود.

روش: این پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی انجام شد. تعداد ۲۰ نفر از زنان باردار ساکن شهر تبریز به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس اصل اشباع نظری (تا زمانی که داده‌های جدید مضمون جدیدی ایجاد نکردند) انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق (با میانگین زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه) جمع‌آوری و با روش تحلیل مضمون کلاسی در نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند. فرآیند تحلیل شامل کدگذاری باز، محوری و گزینشی و استخراج مضامین اصلی و فرعی بود. جهت اطمینان از اعتبار پژوهش، معیارهای چهارگانه (Guba & Lincoln) از جمله تأیید مضامین توسط مشارکت‌کنندگان و تنوع نمونه رعایت شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی چهار مضمون اصلی و ۱۲ مضمون فرعی شد: ۱- بُعد فیزیولوژیکی (علائم جسمانی، سابقه بیماری‌های خاص و عادات غلط)؛ ۲- بُعد روان‌شناختی (ویژگی‌های شخصیتی، احساسات، افکار و تجارب استرس‌زای اخیر)؛ ۳- بُعد فرهنگی (نبود گروه‌های آموزشی-حمایتی، تفکرات قالبی و باورهای نادرست، و ضرورت تقویت معنویت با کمک متخصصان)؛ ۴- بُعد اجتماعی-اقتصادی (ارتباطات و حمایت‌های اجتماعی، و مشکلات مالی و عدم رفاه اقتصادی). این مضامین در تعامل با یکدیگر، تجربه منحصربه‌فرد اضطراب بارداری را شکل می‌دادند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها ضرورت مدیریت اضطراب بارداری با رویکردی چندوجهی و کل‌نگر را تأیید می‌کنند که ابعاد فیزیولوژیک، روان‌شناختی، فرهنگی-اجتماعی و اقتصادی را همزمان پوشش دهد. طراحی مداخلات آموزشی-حمایتی جامع و بازنگری سیاست‌های بهداشتی و اجتماعی مبتنی بر این ابعاد، می‌تواند گامی اساسی در کاهش اضطراب بارداری، ارتقای سلامت روان مادران و بهبود پیامدهای بارداری باشد.

کلید واژه‌ها: اضطراب بارداری، تجربیات زیسته، زنان باردار، پدیدارشناسی

* نویسنده مسئول مکاتبه: مرضیه علیوندی وفا، m.alivand@iaut.ac.ir

- نوع مقاله: پژوهشی

- ارجاع APA مقاله

حسین نژاد حلاجی، شالاه و علیوندی وفا، مرضیه (۱۴۰۴). مطالعه پدیدارشناختی اضطراب بارداری در میان زنان باردار شهر تبریز. پژوهش‌های کیفی در علوم رفتاری، ۴(۱)، ۱۰۹-۱۲۲.
<https://doi.org/10.22077/qrebs.2025.9074.1090>

حسین نژاد حلاجی، ش. و علیوندی وفا، م. (۱۴۰۴). مطالعه پدیدارشناختی اضطراب بارداری در میان زنان باردار شهر تبریز. پژوهش‌های کیفی در علوم رفتاری، ۴(۱)، ۱۰۹-۱۲۲.
<https://doi.org/10.22077/qrebs.2025.9074.1090>

مقدمه

بارداری وضعیتی منحصر به فرد است که در آن، زنان تغییرات گسترده‌ای را از نظر فیزیولوژیکی و روان‌شناختی تجربه می‌کنند. هورمون‌های حاملگی می‌توانند زمینه‌ساز تغییرات روانی و به‌ویژه پریشانی‌های هیجانی باشند؛ تغییراتی که برای آمادگی کامل جسمی و ذهنی جهت بارداری از اهمیت بالایی برخوردارند (Ladekarl et al., 2022; Kazma et al., 2020). تغییرات جسمی و ذهنی دوران بارداری می‌تواند بر سطح استرس زنان تأثیر گذاشته و آن‌ها را با مجموعه‌ای از نگرانی‌ها، چه واقع‌بینانه و چه غیرواقع‌بینانه، مواجه سازد. افزون بر این، نگرانی‌های مرتبط با بارداری ممکن است با سطح بالای اضطراب در این دوره، که به‌عنوان اضطراب ویژه بارداری شناخته می‌شود، ارتباط داشته باشد (McCarthy et al., 2021).

اضطراب بارداری، یک وضعیت هیجانی خاص است که به نگرانی‌های مرتبط با این دوره، از جمله نگرانی درباره سلامت جنین و فرآیند زایمان، مربوط می‌شود. به‌طور کلی، برای بسیاری از افراد، بارداری تجربه‌ای مثبت است و اضطراب و نگرانی زنان باردار نسبت به آینده خود و فرزندشان پدیده‌ای طبیعی محسوب می‌شود. با این حال، بارداری با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به شرایط هیجانی و روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی همراه است و شیوع اختلالات و علائم اضطرابی در این دوره، بالا گزارش شده است (Dunkel et al., 2022; Shariatpanahi et al., 2023).

اگرچه پژوهش‌های گسترده‌ای در زمینه ماهیت و تأثیرات روان‌شناختی اضطراب بارداری انجام نشده است، شواهد موجود نشان می‌دهد که اختلالات اضطرابی در این دوره از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند؛ زیرا بیش از ۵۰٪ از زنان باردار درجانی از اضطراب را تجربه می‌کنند (McCarthy et al., 2021). در پژوهشی که Shariatpanahi et al. (2023) به بررسی شیوع و عوامل خطر اختلالات اضطرابی در زنان باردار شهر بابل پرداختند، ۳۰/۵٪ از زنان باردار دارای اختلالات اضطرابی تشخیص داده شدند. این اختلالات شامل ۴۷/۷٪ اختلال سازگاری بارداری، ۴۰/۶٪ اختلال اضطراب عمومی و ۱۱/۷٪ فوبیای خاص مربوط به زایمان بود. همچنین، نتایج نشان داد که با افزایش سن و سن حاملگی، احتمال بروز اختلالات اضطرابی در بارداری کاهش می‌یابد، و تحصیلات دانشگاهی و بارداری پرخطر به‌عنوان عوامل خطر در توسعه اختلالات اضطرابی دوران بارداری شناسایی شدند.

اضطراب بارداری و هورمون‌هایی که در پاسخ به آن ترشح می‌شوند، پیامدهای منفی قابل توجهی به همراه دارند. در بلندمدت، این وضعیت با فعال‌سازی سیستم عصبی خودمختار موجب انقباض عضلات صاف در شریان‌ها شده و در نتیجه، جریان خون و اکسیژن‌رسانی به رحم کاهش می‌یابد. این فرآیند می‌تواند به بروز الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین و افزایش احتمال زایمان زودرس منجر شود (Murray & Hendley, 2020). علاوه بر این، اضطراب دوران بارداری و زایمان بر الگوی خواب نوزاد و مشکلات رفتاری دوران اولیه کودکی تأثیرگذار است و ممکن است کودک را در معرض خطر ابتلا به اختلالات رفتاری همچون بیش‌فعالی، درخودماندگی، اختلالات سازگاری، اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی در آینده قرار دهد. این شرایط همچنین می‌توانند موجب بروز مشکلات جسمی و تحریک‌پذیری در دوره نوزادی شود (Vizzini et al., 2019; Dunkel Schetter et al., 2022).

مادرانی که در پیش از بارداری یا در حین آن سابقه اضطراب یا افسردگی دارند، یا افرادی که در معرض تنش‌زاهای محیطی مانند رویدادهای پرسترس زندگی، مشکلات رابطه‌ای، انتظارات غیرواقع‌بینانه درباره نقش مادری، فقدان حمایت اجتماعی و نگرانی‌های مرتبط با سلامت جنین قرار گرفته‌اند، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اضطراب مرتبط با بارداری را نشان می‌دهند (Wade-Kane et al., 2015; Dubber et al., 2024). با وجود اهمیت این موضوع، اضطراب پیش از زایمان و دوران بارداری عمدتاً در چارچوب ارتباط آن با افسردگی پس از زایمان بررسی شده و توجه تخصصی به اختلالات اضطرابی طی حاملگی، با کندی همراه بوده است (Vizzini et al., 2019; Qi et al., 2021).

در این میان، اضطراب بارداری به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی‌تر نسبت به سایر اختلالات دوران بارداری برای پیامدهای رشدی و زایمانی شناخته شده است و در میان بسیاری از زنان، پدیده‌ای شایع محسوب می‌شود (Fawcett et al., 2019). در دنیای امروز، علاوه بر ضرورت درک تجارب دیگران در مواجهه با درد و رنج، توجه به مسائل دوران بارداری باید فراتر از جنبه‌های بیولوژیکی و فیزیولوژیکی گسترش یابد و ابعاد معنایی، ذهنی و وجودی آن نیز مدنظر قرار گیرد. در این راستا، پدیدارشناسی به عنوان نقطه آغاز «بازگشت به ذات اشیاء» معرفی می‌شود و بر شناسایی معانی حاصل از تجربه زیسته، تأمل‌ورزی و تصمیم‌گیری آگاهانه تأکید دارد (Husserl & Moran, 2012).

در ادبیات رشد و تکامل انسان نیز، دوره بارداری مرحله‌ای بنیادین در آغاز زندگی محسوب می‌شود و پژوهش‌ها بر اهمیت این دوره در رشد رفتاری و روان‌شناختی تأکید کرده‌اند (Nuño de la Rosa et al., 2021). با این حال، مطالعات اندکی اضطراب بارداری را به‌طور مستقل و با رویکرد پدیدارشناختی مورد تحلیل قرار داده‌اند. در ایران نیز پژوهش‌های محدود کمی و کیفی به موضوعاتی همچون

ترس از زایمان و تجربه زایمانی زنان باردار نخست‌زا (Rahimi et al., 2023)، زایمان طبیعی به عنوان هراس اجتماعی، و نگرانی‌های مرتبط با سلامت جنین (Taghadosi et al., 2022) پرداخته‌اند؛ اما این مطالعات عمدتاً از منظر پدیدارشناسی و تحلیل محتوا بوده و به‌طور خاص بر اضطراب بارداری تمرکز نداشته‌اند.

بنابراین، خلأهای پژوهشی در خصوص اطلاعات و تجارب پدیدارشناسی اضطراب بارداری احساس می‌شود و این موضوع مبنای پژوهش حاضر قرار گرفته است. در نتیجه، این پژوهش با هدف واکاوی عمیق اضطراب بارداری از منظر تجارب زیسته زنان باردار شهر تبریز طراحی و اجرا شد.

روش

این پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی در سال ۱۴۰۳ بر روی ۲۰ زن باردار ۲۱ تا ۴۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز سلامت زنان و زایمان شهر تبریز انجام شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند با معیارهای دوره بارداری (ماه اول تا نهم)، تشخیص اضطراب توسط متخصص و تمایل به مشارکت داوطلبانه، تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق (۴۵-۶۰ دقیقه) در محیط خصوصی مراکز بهداشتی جمع‌آوری، ضبط و متن‌نگاری شدند. تحلیل داده‌ها با روش کلایزی در نرم‌افزار MAXQDA و طی مراحل کدگذاری باز، محوری و استخراج مضامین انجام پذیرفت. ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، حفظ محرمانگی و امکان خروج از مطالعه در هر مرحله بود.

پس از مراجعه به هر یک از شرکت‌کنندگان، اهداف پژوهش و نحوه انجام آن توضیح داده شد. قبل از آغاز مصاحبه، اجازه ضبط صدا اخذ و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. در ابتدای مصاحبه از شرکت‌کنندگان خواسته شد به پرسش‌هایی نظیر: تعریف کلی شما از دوران بارداری چیست؟، تجربه زیسته شما از اضطراب بارداری چیست؟، نکات منفی و چالش‌های مرتبط با دوره بارداری که موجب اضطراب شما می‌شوند، کدامند؟ شما چه راهکارهایی برای مقابله با اضطراب بارداری در پیش گرفته‌اید؟ آیا شما آموزش‌های رسمی و غیررسمی در مورد مقابله با پدیده اضطراب در دوران بارداری گذرانده‌اید؟ پاسخ دهند. زمانی که شرکت‌کنندگان بدون نیاز به توضیح تکمیلی تجربه خود را شرح می‌دادند، مصاحبه پایان یافته تلقی می‌شد. هر مصاحبه طی دو جلسه و به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه انجام شد. پیش‌فرض‌های پژوهشگر که ناشی از تجربه و پژوهش‌های قبلی بود مشخص و کنار گذاشته شد و مرور پژوهش‌ها تا پس از پایان تحلیل داده‌ها به تعویق افتاد. سپس محتوای مصاحبه‌ها به‌صورت کامل پیاده‌سازی و با فایل‌های ضبط شده مطابقت داده شد.

برای سنجش روایی و پایایی در این پژوهش کیفی، از معیارهای (Guba (1981) شامل اعتبارپذیری (Credibility)، انتقال‌پذیری (Transferability)، تأییدپذیری (Dependability) و اطمینان‌پذیری (Confirmability) استفاده شد. این معیارها از طریق تأیید شرکت‌کنندگان (ارزش واقعی)، انتخاب شرکت‌کنندگان از طیف نسبتاً متنوع سنی، فرهنگی و اجتماعی (کاربردی بودن)، دریافت پاسخ‌های همسان به سؤالات مشابه (ثبات)، و پرهیز از هرگونه تعصب و جهت‌گیری در هنگام مصاحبه (اعتبار) رعایت گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از استراتژی هفت مرحله‌ای (Colaizzi (1978) استفاده شد. پس از انجام مصاحبه‌ها و نوشتن اطلاعات ضبط شده بر روی کاغذ، جهت درک عقاید شرکت‌کنندگان و کسب فهم عمیق‌تری از تجارب آنان، همه مطالب به دقت خوانده شد و عبارات مهم (حاوی مفاهیم غنی در مورد پدیده اضطراب بارداری) استخراج شد. در مرحله بعد، معنای هر عبارت مهم توضیح داده شد و معانی به‌صورت کد یادداشت شدند. کدها در قالب دسته‌هایی سازماندهی و برای اعتباربخشی با توصیفات اصلی شرکت‌کنندگان مقایسه شدند. در ادامه، نتایج به‌صورت توصیف کاملی از تجربه اضطراب بارداری شرکت‌کنندگان ترکیب و برای رفع ابهام بازنگری شد. در پایان یافته‌ها برای تعیین اعتبار به شرکت‌کنندگان ارجاع داده شد و موثق بودن نتایج به دست آمده در مصاحبه پایانی به تأیید آنان رسید.

یافته‌ها

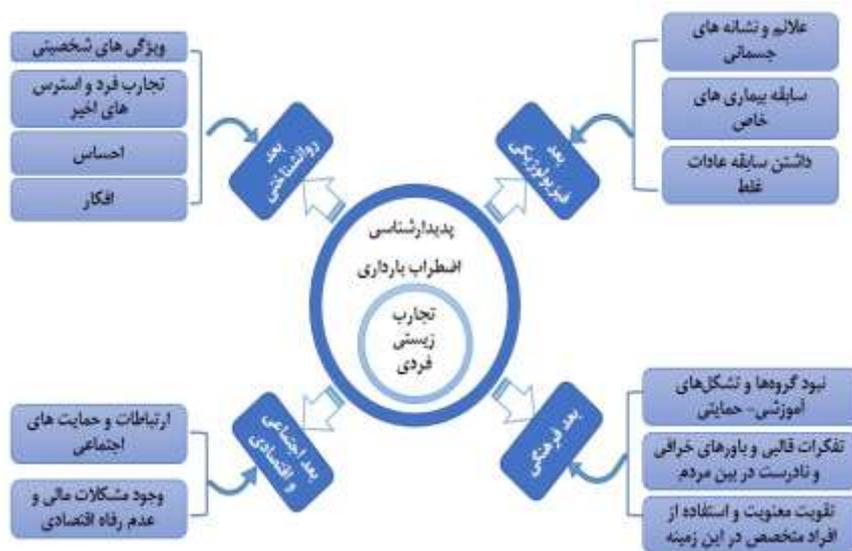
اطلاعات دموگرافیکی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. شرکت‌کنندگان پژوهش در دامنه سنی ۲۱-۴۰ سال قرار داشتند و بیشتر افراد نمونه دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۷ نفر)، خانه‌دار (۱۱ نفر) و در ماه سوم بارداری (۵ نفر) بودند.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

ردیف	نام	سن	تحصیلات	وضعیت اشتغال	بارداری
۱	سپیده	۳۶	کارشناسی	خانه‌دار	ماه هشتم
۲	فاطمه	۳۰	کاردانی	کارمند	ماه نهم
۳	محدثه	۲۹	کارشناسی	مدرس زبان	ماه هفتم
۴	سمانه	۲۲	دیپلم	فرش‌باف	ماه هفتم
۵	مهسا	۴۰	کارشناسی	کارمند	ماه ششم
۶	زهرا	۲۱	کاردانی	دانشجو	ماه سوم
۷	المیرا	۴۰	دکتری	پزشک	ماه پنجم
۸	هانیه	۳۰	دیپلم	خانه‌دار	ماه هشتم
۹	مریم	۲۵	سیکل	خانه‌دار	ماه سوم
۱۰	فریبا	۲۳	سیکل	خانه‌دار	ماه چهارم
۱۱	سارا	۲۷	دیپلم	کارمند	ماه سوم
۱۲	فریده	۲۷	سیکل	خانه‌دار	ماه هشتم
۱۳	فاطمه	۳۴	سیکل	خانه‌دار	ماه پنجم
۱۴	الناز	۳۰	دیپلم	خانه‌دار	ماه اول
۱۵	طاهره	۲۱	دیپلم	خانه‌دار	ماه هفتم
۱۶	هاجر	۳۵	سیکل	خانه‌دار	ماه سوم
۱۷	فرناز	۳۰	کارشناسی	شاغل	ماه هفتم
۱۸	نسترن	۳۳	دیپلم	خانه‌دار	ماه پنجم
۱۹	مهین	۲۷	کارشناسی	شاغل	ماه دوم
۲۰	معصومه	۲۵	دیپلم	خانه‌دار	ماه سوم

در واکاوی تجارب زنان باردار از اضطراب بارداری، ۴ مضمون اصلی و ۱۸ مضمون فرعی استخراج شد (نمودار ۱).

نمودار ۱: نمای شماتیک مضامین اصلی و فرعی



مضمون اول بُعد فیزیولوژیکی: این بُعد شامل سه زیرمضمون علائم جسمانی، سابقه بیماری‌های خاص و عادات غلط است که تأثیرات مستقیمی بر اضطراب بارداری زنان دارد.

الف) علائم جسمانی: تجربیات مشارکت‌کنندگان نشان داد که علائمی چون تپش قلب، درد قفسه سینه، لرزش و ضعف، بازتابی فیزیولوژیک از اضطراب تجربه شده در دوران بارداری هستند. این علائم به دلیل تغییرات هورمونی و فیزیولوژیکی بدن زنان در این دوران بروز می‌کنند. به‌عنوان مثال، هاجر می‌گوید: «مثل سابق نیستم... نفسم هم که در نمی‌آید حس می‌کنم دارم خفه می‌شوم». این احساسات فیزیکی می‌توانند به ترس و نگرانی از سلامت خود و جنین منجر شوند، و در نتیجه بر وضعیت روانی زن تأثیر بگذارند.

ب) سابقه بیماری‌های خاص: وجود سابقه اختلالات روانی یا فیزیکی در خانواده یا در خود فرد می‌تواند به افزایش احساس اضطراب در دوران بارداری منجر شود. این مسئله اغلب به دلیل نگرانی از تکرار مشکلات گذشته در شرایط جدید است. هانیه می‌گوید: «نگرانم که مثل مادرم دچار افسردگی شوم»، که نشان‌دهنده نگرانی‌های عمیق و تأثیرات ارثی بر سلامت روانی اوست. بنابراین، این سوابق می‌توانند فشار روانی به بدن وارد کنند و در نتیجه بر بخش فیزیولوژیکی مانند خواب، انرژی و سلامت عمومی اثر بگذارند.

ج) عادات غلط: عادات مضرمانند مصرف سیگار و الکل، نه تنها سلامت جسمانی زنان را به خطر می‌اندازد بلکه بر جنین نیز تأثیر منفی خواهد گذاشت. سارا می‌گوید: «من سیگار می‌کشتم و این نگران‌ترم می‌کند»، که بیانگر آگاهی او از پیامدهای جسمانی و فیزیولوژیکی این عادات بر خود و جنین است. این عادات می‌توانند به تشدید اضطراب و استرس منجر شوند و بر کیفیت زندگی زنان باردار تأثیر بگذارند.

مضمون دوم بُعد روان‌شناختی: این مضمون با چهار زیرمضمون ویژگی‌های شخصیتی، احساسات، افکار و تجارب استرس‌زای اخیر، نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری اضطراب بارداری ایفا می‌کند.

الف) ویژگی‌های شخصیتی: صفات شخصیتی مانند بدبینی، کمال‌گرایی، وسواس، امیدواری و انعطاف‌پذیری به‌طور مستقیم بر تجربه اضطراب تأثیر می‌گذاشتند. به‌عنوان مثال، فاطمه با شخصیتی بدبین و خودسرزنش‌گر اظهار داشت: «دکترها می‌گویند بچه مشکل دارد... همه تقصیر فامیل شوهرم است! من همیشه بدشانسم». در مقابل، فریده با ویژگی‌های مثبت مانند امیدواری و مقاومت، با وجود چالش‌های شدید زندگی (جدایی از همسر معتاد)، اضطراب خود را مدیریت می‌کرد: «می‌دانم می‌توانم از پس این مشکلات برآیم... برای حفظ آبرویم مبارزه می‌کنم». از سوی دیگر، شخصیت وسواسی مهسا (اصرار بر انجام کارها به شیوه خودش) به فرسودگی روانی می‌انجامید: «هیچکس نمی‌تواند مثل من تمیز کار کند... ظرف‌ها را سه بار می‌شویم تا مطمئن شوم».

ب) احساسات: شرکت‌کنندگان احساسات متضادی مانند ترس، ناامیدی و بی‌ثباتی هیجانی را تجربه می‌کردند. سپیده از ترس‌های غیرمنطقی گفت: «از تاریکی، آدم‌ها و هر چیز کوچکی می‌ترسم... مدام فکر می‌کنم اتفاق بدی می‌افتد». نوسانات خلقی نیز شایع بود؛ فرناز توضیح داد: «گاهی خوشحالم، گاهی غرق غم می‌شوم... صدهای بلند غیرقابل تحملند».

ج) افکار: افکار منفی متمرکز بر نگرانی از ناهنجاری‌های جنینی، از دست دادن جذابیت جسمانی و ترس از زایمان غالب بودند. مهین با سابقه سقط جنین بیان کرد: «ترس از تکرار آن اتفاق، خواب را از چشمانم ربوده». فرناز نیز به اشتغال ذهنی با تغییرات بدن اشاره کرد: «چاقی ناشی از بارداری، بزرگترین چالش من است». حتی افکار به ظاهر منطقی (مانند نگرانی برای سلامت جنین) در صورت افراط، اضطراب را تشدید می‌کردند. الناز افزود: «تمام فکرم مشغول آینده بچه است... دیگر وقتی برای زندگی خودم ندارم».

د) تجارب استرس‌زای اخیر: رویدادهای گذشته (مانند سقط جنین) و شرایط فعلی (بارداری ناخواسته، مشکلات ناشویی) به‌عنوان محرک‌های کلیدی شناسایی شدند. مهین با یادآوری خاطرات سقط گفت: «استرس آن دوران هنوز همراه من است». زهرا نیز با اشاره به بارداری ناخواسته در سن پایین اظهار داشت: «درس، خانه‌داری و بارداری با هم غیرممکن است، خانواده اجازه سقط ندادند». در مواردی مانند سارا، خشونت خانگی و اجبارهای جنسی، اضطراب را به سطح بحرانی می‌رساند: «همسرم مرا آزار می‌دهد... نمی‌دانم چطور از این کابوس رها شوم».

مضمون سوم بُعد فرهنگی: این مضمون با سه زیرمضمون نبود گروه‌های آموزشی - حمایتی، تفکرات قلبی و باورهای نادرست، و ضرورت تقویت معنویت با کمک متخصصان، نقش فرهنگ را در شکل‌گیری اضطراب بارداری نشان می‌دهد.

الف) نبود گروه‌های آموزشی - حمایتی: کمبود دسترسی به برنامه‌های آموزشی (مانند مدیریت استرس و خودمراقبتی) و نبود شبکه‌های حمایتی، اضطراب زنان باردار را تشدید می‌کند. به‌عنوان مثال، طاهره با ترس از زایمان طبیعی گفت: «از نوجوانی شنیده‌ام زایمان درد وحشتناکی دارد... حتی تحمل دردهای کوچک را هم ندارم». از سوی دیگر، سمانه به دلیل عدم آگاهی و حمایت مالی اظهار داشت: «هیچ

اطلاعاتی درباره بارداری ندارم ... شوهرم پول آزمایش‌ها را نمی‌دهد». کمبود آموزش پرسنل پزشکی در شناسایی اختلالات روانی و نبود کلاس‌های آموزشی برای زوجین نیز تنش‌ها را افزایش می‌دهد.

ب) تفکرات قالبی و باورهای نادرست: باورهای خرافی و فشارهای فرهنگی، بار اضطراب را سنگین‌تر می‌کنند. مریم توضیح داد: «تا نزد دکانویس نرفته بودم، بچه‌دار نشدیم ... حالا هم به او اعتماد دارم». برخی خانواده‌ها باور دارند فرزندآوری مسئولیت‌پذیری را افزایش می‌دهد، اما این تفکر اغلب نتیجه معکوس دارد. طاهره افزود: «فکر می‌کردند با بچه‌دار شدن، شوهرم تغییر می‌کند. اما او حتی حالا هم به من توجهی ندارد». فشار برای تعیین جنسیت فرزند نیز اضطراب مضاعف ایجاد می‌کند. المیرا که تحت فشار برای پسردار شدن بود، گفت: «کارم را رها کردم ... ماه‌ها از فرزندانم دور بودم و رنج کشیدم».

ج) تقویت معنویت با کمک متخصصان: باورهای معنوی می‌توانند تکیه‌گاه روانی قدرتمندی باشند. فاطمه بیان کرد: «راز و نیاز با خدا تنها چیزی است که مرا آرام می‌کند. به رضای او توکل کرده‌ام». فریبا نیز تأکید کرد: «عبادت و توکل به خدا، گذر از سختی‌ها را آسان می‌کند». با این حال، ضرورت حضور متخصصان برای هدایت این باورها به صورت سازنده آشکار است. مهسا اشاره کرد: «شرکت در جلسات معنوی با راهنمایی مشاور، آرامش خاصی به من می‌دهد».

مضمون چهارم بعد اجتماعی و اقتصادی: این بعد شامل دو زیرمضمون اصلی ارتباطات و حمایت‌های اجتماعی و مشکلات مالی و عدم رفاه اقتصادی بود که هر دو به‌طور مستقیم بر اضطراب زنان باردار تأثیر می‌گذارند.

الف) ارتباطات و حمایت‌های اجتماعی: حمایت اجتماعی، به‌ویژه از سوی همسر، خانواده و تیم پزشکی، یکی از عوامل کلیدی در کاهش اضطراب زنان باردار است. ارتباطات قوی و سالم با اطرافیان می‌تواند احساس امنیت و آرامش را افزایش دهد. به‌عنوان مثال، الناز از حمایت مادر و خواهرانش گفت: «خانواده‌ام همیشه کنارم هستند و این من را آرام می‌کند». این حمایت‌ها به او کمک می‌کرد تا با نگرانی‌های دوران بارداری بهتر کنار بیاید. در مقابل، نسترن از بی‌توجهی همسرش گلایه داشت: «شوهرم در ماه‌های آخر بارداری از من دور شده و حتی مرا تحقیر می‌کند». این رفتارها اضطراب او را تشدید می‌کرد و باعث می‌شد احساس تنهایی و بی‌پناهی کند. همچنین، نقش تیم پزشکی در کاهش اضطراب بسیار مهم است. الناز در این باره گفت: «پرسنل بیمارستان شرایط ما را درک نمی‌کنند و هیچ توضیحی نمی‌دهند». این عدم ارتباط مؤثر با تیم پزشکی، نگرانی‌های او را درباره سلامت جنین و فرآیند زایمان افزایش می‌داد.

ب) مشکلات مالی و عدم رفاه اقتصادی: مشکلات مالی یکی از عوامل اصلی ایجاد اضطراب در زنان باردار، به‌ویژه در خانواده‌های کم‌درآمد، است. سمانه، که مجبور بود در دوران بارداری کار کند، گفت: «مجبورم کار کنم، حتی با وجود توصیه پزشک به استراحت». این فشار مالی و جسمی باعث می‌شد او دائماً نگران سلامت خود و جنین باشد. فریبا نیز از مشکلات مالی خانواده گفت: «گاهی برای سیر کردن شکم خودمان در مضافه هستیم». این نگرانی‌های معیشتی، اضطراب او را درباره آینده فرزندش افزایش می‌داد.

از دست دادن شغل به دلیل بارداری نیز یکی دیگر از عوامل استرس‌زا بود. محدثه بیان کرد: «بعد از بارداری مجبور شدم شغلم را ترک کنم و این برایم بسیار سخت بود». این موضوع نه تنها اضطراب مالی او را افزایش می‌داد، بلکه باعث می‌شد احساس بی‌ارزشی و ناامیدی کند. فقدان حمایت مالی از سوی نهادهای دولتی نیز به این مشکلات دامن می‌زند. مهسا گفت: «اگر تسهیلات دولتی برای زنان باردار وجود داشت، خیلی از مشکلات ما حل می‌شد». این عدم حمایت، اضطراب زنان را درباره آینده فرزند و توانایی‌های خود برای تأمین نیازهای خانواده افزایش می‌داد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف واکاوی عمیق اضطراب بارداری از منظر تجارب زیسته زنان باردار شهر تبریز انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که چهار مضمون اصلی شامل ابعاد فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در ارتباط با اضطراب بارداری زنان شناسایی شد. یافته‌ها نشان دادند که بعد فیزیولوژیکی با سه زیرمضمون علائم و نشانه‌های جسمانی، سابقه بیماری‌های خاص و وجود عادات غلط، از عوامل مؤثر بر اضطراب بارداری در زنان باردار شهر تبریز بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Kazma et al., 2020; Siagian et al., 2020) همسو است که تأثیر تغییرات فیزیولوژیک بارداری (مانند افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک، ترشح هورمون‌های استرس و اختلال در عملکرد عضلات رحم) را بر تشدید اضطراب گزارش کرده‌اند. همچنین، این یافته‌ها با پژوهش‌های (Bao et al., 2024) که تغییرات سیستم‌های قلبی-عروقی و غدد درون‌ریز را با چالش‌های اضطرابی مرتبط دانسته‌اند، هم‌خوانی دارد.

در تبیین این ارتباط می‌توان اشاره کرد که تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری از جمله افزایش حجم خون، نوسانات هورمونی و نیازهای متابولیک افزوده، موجب افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (Hypothalamic- Pituitary- Adrenal) و افزایش ترشح کورتیزول و کاتکولامین‌ها می‌شود. این فرآیند، همان‌گونه که Siagian et al. (2020) تأیید کرده‌اند، نه تنها پاسخ‌های اضطرابی را تشدید می‌کند، بلکه از طریق تأثیر بر گیرنده‌های بتا آدرنرژیک (Beta- adrenergic receptors) در عضلات صاف رحم، می‌تواند کارایی زایمان را کاهش دهد. پیچیدگی این سازوکارها به‌ویژه با نقش تعدیل‌گری جفت تشخیص مرز بین سازگاری طبیعی و پاتولوژی را دشوار می‌سازد (Kazma et al., 2020; Bao et al., 2024). این ابهام تشخیصی خود به‌عنوان یک استرسور ثانویه، چرخه معیوب اضطراب را تقویت می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بُعد روان‌شناختی با چهار زیرمضمون ویژگی‌های شخصیتی، تجارب فردی و استرس‌های اخیر، الگوهای فکری و طیف احساسات نقش محوری در شکل‌گیری اضطراب بارداری زنان دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است. برای مثال، پژوهش Ladekarl et al. (2022) نشان می‌دهد که بارداری به‌عنوان یک "گذار هویتی" فشار روانی چندبعدی ایجاد می‌کند که فعال‌سازی مکانیسم‌های اضطرابی و نگرانی‌های مرتبط با بارداری را تسهیل می‌کند. همسو با نتایج پژوهش حاضر، پژوهش‌های (McCarthy et al., 2021; Gutiérrez Hermoso et al., 2023) نشان داده‌اند که صفات شخصیتی روان‌رنجورخوبی (حساسیت به تهدید) و تجارب استرس‌زای اخیر (مثل از دست دادن شغل یا تعارضات خانوادگی) همچون فیلترهای ادراکی عمل کرده و رویدادهای معمول بارداری را به محرک‌های اضطراب تبدیل می‌کنند.

همچنین، Yilmaz et al. (2021) به دوسوگرایی روانی عمیق در زنان باردار اشاره می‌کنند؛ همزمانی شوق مادر شدن با ترس از تغییرات جسمانی، از دست دادن استقلال و مسئولیت‌پذیری ناگهانی، سیستم‌های عصبی هیجانی (مثل آمیگدال) را در حالت هشدار دائمی قرار می‌دهد که با نتایج پژوهش حاضر هم‌سو است. بارداری دوره‌ای بسیار خاص و پیچیده در زندگی زن است که با محدود کردن تغییرات همراه آن فقط به ابعاد بیولوژیکی- فیزیولوژیکی، می‌تواند درک و فهم ما را از این پدیده دچار خطا کند. عملکرد روانی تغییر یافته از همان ابتدا تا انتهای بارداری، ممکن است رخ دهد.

در دوران بارداری، تغییرات قابل مشاهده در ظاهر بدن، همچنین در زنانگی، عواطف و رفتارهای جنسی رخ می‌دهد، که این‌ها برای اکتساب و آمادگی برای ویژگی‌های جدید می‌باشد. به میزان بیشتر یا کمتری، هر مادری دوسوگرایی و بی‌ثباتی روان‌شناختی، تغییرات خلق و خو از خستگی تا حالت‌های بالا، آشفته‌گی‌های هیجانی و یا اختلال اضطرابی/ افسردگی آمیخته را تجربه می‌کند. علاوه بر این، حاملگی موجب بروز برخی از دغدغه‌ها و نگرانی‌های خاص درباره‌ی روند و پیامد آن می‌شود که آسیب‌پذیری زن را افزایش داده و او را نیازمند به درمان متناسب با ظرفیت‌های سازگاری شخصیت در او می‌شود (Yilmaz et al., 2021; Gutiérrez Hermoso et al., 2023).

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مضمون بُعد فرهنگی با سه زیرمضمون نبود شبکه‌های حمایتی آموزشی، شیوع باورهای نادرست سنتی و ضرورت مداخلات تخصصی معنوی نقش مهمی در اضطراب بارداری زنان دارد. این یافته با پژوهش‌های پیشین هم‌خوانی دارد. به‌عنوان مثال، پژوهش Taghadosi et al. (2022) در ایران نشان می‌دهد که نگرانی‌های فرهنگی درباره "مسئولیت سلامت جنین" و "ترس از قضاوت اجتماعی" موجب تشدید افکار فاجعه‌ساز می‌شود. همچنین پژوهش Felisian et al. (2023) در تانزانیا نشان داده است باورهای خرافی مانند مصرف گیاهان خطرناک برای تسهیل زایمان نه‌تنها اضطراب را افزایش می‌دهد، بلکه با ایجاد خطرات پزشکی عینی، چرخه معیوب ترس رفتار پرخطر را تقویت می‌کند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فقدان ساختارهای حمایتی رسمی، مانند کلاس‌های آموزشی دولتی، موجب انزوای اطلاعاتی زنان می‌شود (Ramos et al., 2022). این خلأ، زمینه رشد باورهای نادرست سنتی را فراهم می‌کند، مانند ترس از "چشم‌زخم" یا "تعیین جنسیت با روش‌های غیرعلمی" (Yilmaz et al., 2021). چنین باورهایی از طریق دو مسیر شناختی تحریف ادراک خطر مثلاً تفسیر حرکات طبیعی جنین به‌عنوان "نشانه بیماری" (Taghadosi et al., 2022)؛ و مسیر رفتاری که شامل گرایش به راهکارهای مخاطره‌آمیز است (مانند پناه بردن به عطاری‌های غیرمجاز) اضطراب را تشدید می‌کنند (Felisian et al., 2023). شکستن این چرخه معیوب نیازمند مداخلات نظام‌مند و ادغام خدمات معنوی تخصصی در نظام سلامت است؛ مداخلاتی که ضمن تقویت تاب‌آوری، می‌توانند نیاز به رفتارهای پرخطر را کاهش دهند (Maasoumi et al., 2023; Rahimi et al., 2023).

یافته‌های این پژوهش به‌وضوح نشان می‌دهد که ابعاد اجتماعی و اقتصادی به‌عنوان یکی دیگر از مضامین اصلی، نقش اساسی در شکل‌گیری اضطراب بارداری زنان دارند. این بعد در دو زیرمضمون مشکلات مالی و نبود رفاه اقتصادی از یکسو، و کمبود ارتباطات و حمایت‌های اجتماعی از سوی دیگر طبقه‌بندی می‌شوند. تجارب زیسته زنان نشان می‌دهد که محرومیت‌های اقتصادی مانند درآمد ناکافی،

بیکاری و تحصیلات محدود، با ایجاد احساس ناامنی زیستی، سطح استرس را افزایش داده و آنان را در چرخه‌ای از اضطراب و تشدید فقر گرفتار می‌کند. این یافته با پژوهش (Simoncic et al. (2022) همسو است که رابطه معکوس میان وضعیت اقتصادی نامطلوب و سلامت روان مادران باردار را گزارش کرده‌اند.

همچنین سن پایین مادران که معمولاً با محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی همراه است، به‌عنوان یک عامل خطر مکمل عمل کرده و از طریق کاهش دسترسی به مراقبت‌های پیشگیرانه، نگرانی‌های مربوط به سلامت جنین را تشدید می‌کند. از سوی دیگر کمبود حمایت‌های اجتماعی به‌ویژه از سوی همسر و شبکه خویشاوندی با کاهش خودکارآمدی مادران در مدیریت استرس و انجام رفتارهای سلامت‌محور، به تشدید اضطراب می‌انجامد. همان‌گونه که (Wade- Kane et al. (2024 نشان داده‌اند، فقدان حمایت اجتماعی، مشارکت زنان را در فعالیت‌های سلامت‌محور مانند رعایت رژیم غذایی متعادل یا ورزش منظم کاهش می‌دهد. این الگو در پژوهش (Cheraghi & Jamshidimanesh (2022 نیز تأیید شده است؛ جایی که ترکیب عوامل اقتصادی (تحصیلات پایین) و اجتماعی (حمایت ناکافی همسر) در مادران جوان، علاوه بر ایجاد دلبستگی افراطی به جنین، آسیب‌پذیری روانی آنان را افزایش می‌دهد. برای گسست این چرخه، پیشنهاد می‌شود کلینیک‌های سیار ارائه‌دهنده خدمات سلامت روانی - اقتصادی در مناطق محروم توسعه یابد، برنامه‌های آموزشی جامعه‌محور برای ارتقای سواد مالی و فرزندپروری اجرا شود و مشاوره‌های پیش از بارداری برای زوج‌های کم‌درآمد با تمرکز بر مدیریت منابع و حل تعارضات خانوادگی الزامی گردد، تا تاب‌آوری زنان در برابر فشارهای اقتصادی افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری کلی پژوهش حاضر مؤید آن است که بارداری، پدیده‌ای چندبعدی و پیچیده است که در تعامل عوامل فیزیولوژیک، روان‌شناختی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی شکل می‌گیرد. این تعامل پویا، تجربه‌ای منحصر به فرد برای هر زن باردار ایجاد می‌کند و می‌تواند همزمان به‌عنوان عاملی برای آسیب‌پذیری و هم عاملی برای محافظت در برابر اضطراب بارداری باشد. یافته‌ها به روشنی نشان می‌دهند که مدیریت اضطراب بارداری صرفاً یک مسئولیت فردی نیست، بلکه نیازمند عزم و اقدام جمعی در سطوح خانواده، جامعه و نهادهای سیاست‌گذار در حیطه‌های بهداشتی، فرهنگی و اقتصادی است.

محدودیت‌ها

تمرکز بر یک بافت فرهنگی خاص (تبریز) اگرچه امکان تحلیل عمیق‌تر را فراهم کرد، اما تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جوامع نیازمند انجام پژوهش‌های تکمیلی است. همچنین، محدودیت‌های روش‌شناختی، ماهیت کیفی پژوهش و حساسیت موضوع، ممکن است به خودسانسوری در بیان برخی تجارب منجر شده باشد.

پژوهش‌های آینده

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با دو رویکرد اصلی انجام شود: ۱. طراحی مداخلات چندوجهی منطبق بر ابعاد چهارگانه شناسایی شده (زیستی، روانی، اجتماعی و اقتصادی)، و ۲. انجام پژوهش‌های تطبیقی بین فرهنگ‌های مختلف جامعه ایران. همچنین ارزیابی نظام‌مند برنامه‌های مراقبت بارداری موجود از منظر میزان اثربخشی آن‌ها در کاهش اضطراب، ضرورتی اساسی به‌شمار می‌آید.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

References

- Bao, Y., Xue, M., Gohumpu, J., Cao, Y., Weng, S., Fang, P., ... & Yu, B. (2024). Prenatal anxiety recognition model integrating multimodal physiological signal. *Scientific Reports*, 14(1), 21767. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-72507-8>
- Cheraghi, P., & Jamshidimanesh, M. (2022). Relationship between maternal- fetal attachment with anxiety and demographic factors in high-risk pregnancy primipara women. *Iran Journal of*

- Nursing*, 34(134), 46-59. <http://dx.doi.org/10.32598/ijn.34.6.4>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology/Oxford University Press Inc.* New York: Oxford University Press. <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 187-195. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
- Dunkel Schetter, C., Rahal, D., Ponting, C., Julian, M., Ramos, I., Hobel, C. J., & Coussons- Read, M. (2022). Anxiety in pregnancy and length of gestation: Findings from the healthy babies before birth study. *Health Psychology*, 41(12), 894-903. <https://doi.org/10.1037/hea0001210>
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A multivariate Bayesian meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(4), 1181. <https://doi.org/10.4088/jcp.18r12527>
- Felisian, S., Mushy, S. E., Tarimo, E. A., & Kibusi, S. M. (2023). Sociocultural practices and beliefs during pregnancy, childbirth, and postpartum among indigenous pastoralist women of reproductive age in Manyara, Tanzania: a descriptive qualitative study. *BMC Women's Health*, 23(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02277-4>
- Gutiérrez Hermoso, L., Catalá Mesón, P., Écija Gallardo, C., Marín Morales, D., & Peñacoba Puente, C. (2023). Mother- child bond through feeding: A prospective study including neuroticism, pregnancy worries and post-traumatic Symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2115. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032115>
- Husserl, E., & Moran, D. (2012). *Ideas: General introduction to pure phenomenology*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203120330>
- Kazma, J. M., van den Anker, J., Allegaert, K., Dallmann, A., & Ahmadzia, H. K. (2020). Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *Journal of Pharmacokinetics and Pharmacodynamics*, 47(4), 271-285. <https://doi.org/10.1007/s10928-020-09677-1>
- Ladekarl, M., de Wolff, M. G., Nøhr, E. A., Olsen, N. J., Specht, I. O., Heitmann, B. L., & Brødsgaard, A. (2022). I would never be able to forgive myself if it ended up having consequences for the child: A qualitative study of perceptions of stress and worries among healthy first- time pregnant Danish women. *Midwifery*, 112, 103421. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103421>
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Ectj*, 29(2), 75-91. <https://doi.org/10.1007/BF02766777>
- Maasoumi, R., Dastaran, F., Faghiniya, F., Haghani, S., & Sabetghadam, S. (2023). The effect of spiritual self- care intervention with a blended learning approach on anxiety in women with preterm labor: A randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 11(2), 85-95. <https://doi.org/10.30476/ijcbbnm.2023.96119.2106>
- McCarthy, M., Houghton, C., & Matvienko- Sikar, K. (2021). Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04271-w>
- Murray, I., & Hendley, J. (2020). Change and adaptation in pregnancy. *Myles' Textbook for Midwives E-Book: Myles' Textbook for Midwives E- Book*. <https://www.elsevier.com/books/myles-textbook-for-midwives/marshall/978-0-7020-5145-6>
- Nuño de la Rosa, L., Pavličev, M., & Etxeberria, A. (2021). Pregnant females as historical individuals: An insight from the philosophy of Evo- Devo. *Frontiers in Psychology*, 11, 572106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572106>
- Qi, W., Zhao, F., Liu, Y., Li, Q., & Hu, J. (2021). Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: A meta- analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 147. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03657-0>
- Rahimi, F., Rabiepor, E., & Alinejad, V. (2023). A comparative study of the fear of childbirth and childbirth experience of pregnant women with primiparous pregnancies in turkish and kurdish ethnicities referring to comprehensive health centers in naqdeh city in 2021. *Nursing and Midwifery Journal*, 21(1), 25-36. <http://dx.doi.org/10.61186/unmf.21.1.25>
- Ramos, I. F., Campos, B., & Schetter, C. D. (2022). Pregnancy anxiety and beliefs surrounding motherhood in Latinas: A qualitative study. *Journal of Latinx Psychology*, 10(4), 277-290. <https://doi.org/10.1037/lat0000208>

- Shariatpanahi, M., Faramarzi, M., Barat, S., Farghadani, A., & Shirafkan, H. (2023). Prevalence and risk factors of prenatal anxiety disorders: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, 6(8), e1491. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1491>
- Siagian, D. S., Meirani, A., Cahyati, N., & Lestari, L. (2020). The influence of labor environment settings on labor progression. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(4), 7914-7921. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i4.12896>
- Simoncic, V., Deguen, S., Enaux, C., Vandentorren, S., & Kihal-Talantikite, W. (2022). A comprehensive review on social inequalities and pregnancy outcome- identification of relevant pathways and mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16592. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416592>
- Taghadosi, M., Fahimifar, A., Hajirezaee Kashan, F., & Sadat, Z. (2022). Pregnancy worries in nulliparous women: A qualitative content analysis study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 9(4), 409-422. <http://dx.doi.org/10.52547/ijhehp.9.4.409>
- Vizzini, L., Popovic, M., Zugna, D., Vitiello, B., Trevisan, M., Pizzi, C., ... & Richiardi, L. (2019). Maternal anxiety, depression and sleep disorders before and during pregnancy, and preschool ADHD symptoms in the ninfea birth cohort study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(5), 521-531. <https://doi.org/10.1017/s2045796018000185>
- Wade- Kane, R., Camara, M., Nwachukwu, C. C., Koundoul, A., Faye, P. L., Ndongo, N. D. N., & Sylla, A. (2024). Pregnancy-related psychological reactions among pregnant women followed-up at the Mermoz improved health post. *Annals of Psychiatry and Treatment*, 8(1), 001-008. <https://doi.org/10.17352/apt.000056>
- Yılmaz, M., Değirmenci, F., & Yılmaz, D. V. (2021). A psychosocial examination of feelings and thoughts about pregnancy: A qualitative study. *Midwifery*, 103, 103106. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103106>
- Zappas, M. P., Becker, K., & Walton- Moss, B. (2021). Postpartum anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.017>

