Iranian Journal of Health Education & Promotion

Volume 15, Issue 1, Winter 2027

Association between Depression Literacy and Health-Promoting Behaviors among Pregnant Women Referred to Health Centers

Kianoosh Yavarmanesh
Professional PhD student, Faculty of Medicine, Student Research Committee, Gonabad, University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.
Farzaneh Kazemi
Kashmar School of Medical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Hadi Tehrani
Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Mashhad, Mashhad University of Medical Sciences, Iran.
Fahimeh Pourhaji
* Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Kashmar School of Medical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
(Corresponding Author)
pourhajif@mums.ac.ir

Received: 2026/05/14
Accepted: 2026/09/25
Doi: 10.22034/ijhep.15.1.6

Abstract

Background and Objective: This study was designed and conducted with the aim of determining the relationship between depression literacy and health-promoting behaviors among pregnant women attending health centers in Kashmar city.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in the first half of 1404. The study population consisted of pregnant women attending health centers in Kashmar City, selected via convenience sampling. The data collection tool was a three-part questionnaire including demographic information, the Depression Literacy Questionnaire, and Walker's Health-Promoting Lifestyle Profile II. Data were analyzed using SPSS version 24.

Results: The mean and standard deviation (±SD) of depression literacy and health-promoting behaviors were 45.52 (±5.35) and 128.95 (±22.79), respectively. According to Pearson correlation coefficient results, there is a significant positive correlation between depression literacy and health-promoting behaviors in pregnant women ($r=0.125$, $p<0.05$). Among the subscales of health-promoting behaviors, the highest mean score belonged to health responsibility (32.87 ± 7.03). Participants with a family history of mental illness had significantly higher levels of depression literacy than others ($p<0.001$).

Conclusion: The results indicated that there may be a relationship between higher depression literacy and health-promoting behaviors in pregnant women referred to health centers in Kashmar County. Overall, both depression literacy and health-promoting behaviors are areas in which pregnant women still require more education.

Keywords: Depression Literacy, Pregnant Women, Health-Promoting Behaviors

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy ofthis licence, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Citation: Yavarmanesh K, Kazemi F, Tehrani H, Pourhaji F. Association between Depression Literacy and Health-Promoting Behaviors among Pregnant Women Referred to Health Centers. *Iran J Health Educ Health Promot.* Winter 2027; 15(1):52-67.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

بررسی ارتباط سواد افسردگی با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی

کیانوش یاورمنش
دانشجوی دکترای حرفه ای، دانشکده پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گناباد، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، ایران.
فرزانه کاظمی
دانشکده علوم پزشکی کاشمر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
هادی طهرانی
گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.
فهیمه پورحاجی
* مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، دانشکده علوم پزشکی کاشمر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
ایران. **(نویسنده مسئول)**
pourhajif@mums.ac.ir

تاریخ دریافت:۱۴۰۵/۰۲/۲۴
تاریخ پذیرش:۱۴۰۵/۰۷/۰۳
نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سواد افسردگی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی در نیمه اول سال ۱۴۰۴ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر کاشمر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه سه بخشی شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سواد افسردگی و پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت واکر بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، میانگین و انحراف معیار (±SD) سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به ترتیب ۴۵/۵۲ (±۵/۳۵) و ۱۲۸/۹۵ (±۲۲/۷۹) بود. بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، بین سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (r = ۰/۱۲۵، p <۰/۰۵). در بین خرده مقیاس های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، بالاترین میانگین نمره مربوط به مسئولیت پذیری در مورد سلامت (۳۲/۸۷±۷/۰۳) بود. شرکت‌کنندگان با سابقه خانوادگی بیماری روانی، به‌طور معنی داری سطوح سواد افسردگی بالاتری نسبت به سایرین داشتند (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که ممکن است بین سواد افسردگی بالا و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر ارتباط وجود داشته باشد. به‌طور کلی سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت هر دو مقوله هایی هستند که زنان باردار هنوز نیازمند آموزش بیشتری در این زمینه می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: سواد افسردگی، زنان باردار، رفتارهای ارتقادهنده سلامت

استناد: یاورمنش ک، کاظمی ف، طهرانی ه، پورحاجی ف. بررسی ارتباط سواد افسردگی با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی. *فصلنامه‌ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*. زمستان ۱۴۰۵;۱۵(۱): ۵۲- ۶۷.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

مقدمه

افسردگی یک مشکل شایع و جدی سلامت روان است (۱). افسردگی اختلالی است که به‌طور فزاینده‌ای بر جمعیت‌های مختلف تأثیر می‌گذارد و نرخ شیوع تخمینی آن ۴/۴ درصد در سراسر جهان تخمین زده شده است (۲). عوامل بیولوژیکی، روانی، فرهنگی و اجتماعی می‌توانند در خطر ابتلا به افسردگی در برخی از مراحل زندگی نقش داشته باشند (۳). دوران بارداری یک دوره لذت بخش برای زنان است، اما زنان در دوران بارداری بیشتر در معرض اختلالات روانی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی قرار دارند و افسردگی یکی از شایع ترین مشکلات بهداشتی در دوران بارداری است (۴). زنان باردار اغلب از مشکلات سلامت روان رنج می‌برند (۵). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی افسردگی در دوران بارداری می‌تواند یک عامل خطرناک برای بروز افسردگی پس از زایمان باشد (۶).

شیوع افسردگی در دوران بارداری در ایران بر اساس نتایج یک مطالعه مرور سیستماتیک و متا آنالیز که بر روی ۴۰ مطالعه شامل ۱۵/۸۷۰ زن باردار ایرانی انجام شده است، ۴۱/۲۲ درصد برآورد شده است. این شیوع بر اساس شدت علائم به صورت افسردگی خفیف (۲۳/۷۱ درصد)، افسردگی متوسط (۱۰/۶۷ درصد) و افسردگی شدید (۴/۳۰ درصد) طبقه‌بندی می‌شود. هم‌چنین شیوع افسردگی بر اساس سه ماهه بارداری به ترتیب ۵۰/۵۲ درصد در سه ماهه اول، ۴۴/۹۶ درصد در سه ماهه دوم و ۴۸/۳۳ درصد در سه ماهه سوم گزارش شده است (۷).

سواد سلامت توانایی دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات سلامت برای تصمیم گیری‌های آگاهانه در مورد سلامت است (۸). سواد سلامت روان (MHL) ساختاری است که از حوزه سواد سلامت برخاسته است و شامل مجموعه‌ای از آگاهی، دانش و باور در مورد همه اختلالات روانی است که به شناخت، مدیریت یا پیشگیری از آن‌ها کمک می‌کند (۹). سواد افسردگی نوع خاصی از سواد سلامت روان است و به عنوان توانایی تشخیص افسردگی و تصمیم گیری آگاهانه در مورد درمان تعریف می‌شود (۱۰). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از عوامل تعیین کننده اصلی برای سلامتی است و نقش مهمی در پیشگیری دارد (۱۱).

در مطالعه حاضر، سواد افسردگی به صورت عملیاتی با استفاده از نمره کل پرسشنامه سواد افسردگی (D-Lit) که توسط هر شرکت کننده کسب می‌شود، اندازه‌گیری می‌گردد. این نمره بر اساس تعداد پاسخ‌های صحیح به ۲۱ سوال پرسشنامه محاسبه شده و نشان دهنده سطح دانش و آگاهی فرد در زمینه تشخیص علائم روانشناختی افسردگی، آگاهی از روش‌های درمانی، شناخت علائم شناختی-رفتاری، آگاهی از مصرف داروها و عوارض آن‌ها و آگاهی از شدت بیماری افسردگی می‌باشد. سواد سلامت روان وسیع و عمومی؛ شامل همه اختلالات روانی (افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی و ...) می‌باشد. سواد افسردگی محدود و تخصصی؛ صرفاً بر اختلال افسردگی متمرکز است. سواد افسردگی در دوره پس از زایمان بسیار محدود و خاص؛ منحصراً بر افسردگی در دوره پس از زایمان متمرکز است.

بیستگن و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای با عنوان " شیوع و پیش بینی‌کننده‌های افسردگی در زنان باردار در شهر دبرتبور، شمال غربی اتیوپی" نشان دادند که شیوع افسردگی دوران بارداری ۱۱/۸ درصد بود و عواملی مانند بدهی، بارداری ناخواسته، سابقه مرده زایی، سابقه سقط جنین، سه ماهه سوم بارداری، وجود عارضه در بارداری فعلی و سابقه قبلی افسردگی به‌طور قابل توجهی با افسردگی زنان باردار مرتبط بودند (۱۲). این مطالعه از حجم نمونه مناسب (n=۵۲۷) و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده کرده است که نسبت به نمونه‌گیری در دسترس از نظر آماری دقیق تر است. با این حال، مطالعه مورد بررسی، با محدودیت‌های روش شناختی مواجه است:

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

اولاً، در یک منطقه نیمه شهری در اتیوپی با ویژگی‌های فرهنگی خاص انجام شده است که تعمیم پذیری نتایج را به سایر جمعیت‌ها محدود می‌کند. ثانیاً، خود نویسندگان اذعان کرده‌اند که پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرو (EPDS) برای محیط‌های روستایی ابزار مناسبی نیست و از نقطه برش بالاتری در این مطالعه استفاده کرده‌اند که ممکن است بر دقت نتایج تأثیر گذاشته باشد. علاوه بر این، مطالعه مذکور به بررسی عوامل خطر افسردگی بالینی پرداخته است، در حالی‌که مطالعه حاضر به بررسی ارتباط سواد افسردگی (به عنوان یک سازه شناختی) با رفتارهای سلامت پرداخته است.

میرسلیمی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار" نشان دادند که زنان باردار از سطح متوسطی از سواد سلامت روان برخوردار بودند. در این مطالعه، بیشترین میانگین نمره به آگاهی از فعالیت‌های خود مراقبتی و کمترین میانگین نمره به باورها از خدمات بهداشتی موجود اختصاص یافت. هم‌چنین نتایج نشان داد که سواد سلامت روان با عواملی مانند تحصیلات ($p<۰/۰۰۱$)، وضعیت اشتغال ($p=۰/۰۰۱$) و سابقه مشکلات روان در خانواده ($p=۰/۰۴۷$) ارتباط معنی دار دارد (۱۳). با وجود اهمیت این مطالعه، محدودیت‌های روش شناختی قابل توجهی در آن وجود دارد. نخست، این مطالعه به بررسی سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان پرداخته است، در حالی‌که مطالعه حاضر به بررسی سواد افسردگی (به عنوان یک سازه تخصصی تر) در دوران بارداری (بدون محدودیت به دوره پس از زایمان) پرداخته است. دوم، میرسلیمی و همکاران از پرسشنامه استاندارد سواد سلامت روان پس از زایمان (PoDLiS) استفاده کرده اند که به‌طور خاص برای سنجش سواد سلامت روان در خصوص افسردگی پس از زایمان طراحی شده است، در حالی‌که مطالعه حاضر از پرسشنامه تخصصی سواد افسردگی (D-Lit) استفاده کرده است که سواد افسردگی را به‌طور کلی (و نه فقط در دوره پس از زایمان) اندازه‌گیری می‌کند. سوم، مطالعه میرسلیمی به بررسی عوامل مرتبط با سواد سلامت روان پرداخته است، در حالی‌که مطالعه حاضر به بررسی ارتباط سواد افسردگی با رفتارهای عینی ارتقاء دهنده سلامت (شامل تغذیه، فعالیت بدنی، مدیریت استرس و ...) پرداخته است. این تفاوت در پیامد مطالعه، یکی از مهم ترین تفاوت‌های روش شناختی بین دو مطالعه است. چهارم، مطالعه میرسلیمی بر روی زنان باردار در یک منطقه خاص انجام شده است و ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به سایر مناطق ایران نباشد.

یونگ جولی و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای با عنوان"سواد افسردگی، عوامل مرتبط و همبستگی متغیرهای مرتبط در بزرگسالان کره‌ای میانسال: مطالعه مقطعی" نشان دادند که سطح سواد افسردگی شرکت کنندگان متوسط بود و عوامل مرتبط با سواد افسردگی در زنان، داشتن تحصیلات عالی یا داشتن شغل بود. نتایج مطالعه نشان داد که درک سطح سواد افسردگی و عوامل مرتبط با آن می‌تواند بینش هایی را در اختیار پزشکان سلامت روان قرار دهد که برای پیشگیری و مدیریت افسردگی در جوامع خود نیاز دارند. بین سواد افسردگی و رفتارهای مرتبط با سلامت ارتباط وجود دارد (۱۴). هر چند این پژوهش از حجم نمونه مناسب و ابزارهای استاندارد بهره برده است، اما دارای محدودیت روش شناختی قابل توجهی است؛ زیرا بر روی جمعیت عمومی بزرگسالان کره‌ای (۴۰ تا ۶۴ سال) انجام شده و به‌طور خاص به زنان باردار نپرداخته است.

محمودی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با عنوان"بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مادران باردار مراجعه‌کننده به واحد مراقبت‌های دوران بارداری بیمارستان امام خمینی سقز" نشان دادند که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مادران باردار در حیطه رشد معنوی بیشترین نمره و حیطه فعالیت فیزیکی کمترین نمره را

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

داشتند. نتایج نشان داد که باید به حیطه فعالیت فیزیکی، مدیریت تنش و مسئولیت پذیری در دوران بارداری توجه بیشتری شود (۱۵). اگرچه این مطالعه از پرسشنامه استاندارد HPLP-II برای سنجش رفتارهای سلامت استفاده کرده است، اما با محدودیت‌های روش شناختی قابل توجهی مواجه است. نخست، این مطالعه بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به یک بیمارستان خاص (امام خمینی سقز) انجام شده است که ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به سایر مناطق ایران نباشد. دوم، این مطالعه به بررسی رفتارهای سلامت پرداخته است، اما به بررسی ارتباط این رفتارها با متغیرهای شناختی مانند سواد افسردگی نپرداخته است. سوم، این مطالعه از طراحی مقطعی استفاده کرده است که امکان نتیجه‌گیری درباره روابط علّی را نمی دهد. این محدودیت‌ها نشان می‌دهد که برای درک بهتر عوامل مؤثر بر رفتارهای سلامت در دوران بارداری، انجام مطالعات جامع تری با در نظر گرفتن متغیرهای شناختی مانند سواد افسردگی ضروری است.

از آن‌جایی که تشخیص افسردگی اولین گام در جستجوی کمک و درمان است، به نظر می‌رسد آموزش زنان باردار برای شناخت علائم این نوع اختلال و ارتقای سواد افسردگی و اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بسیار مهم است. اگرچه مطالعات متعددی به بررسی سواد سلامت روان در جمعیت‌های مختلف پرداخته اند، اما کمتر پژوهشی به بررسی ارتباط سواد افسردگی (به عنوان نوع خاصی از سواد سلامت روان) با رفتارهای عینی ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار پرداخته است. از سوی دیگر، اکثر مطالعات پیشین به بررسی پیامدهای بالینی مانند شدت علائم افسردگی متمرکز بوده‌اند و ارتباط سواد سلامت روان با رفتارهای روزمره سلامت در دوران بارداری کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به ویژه، مطالعه‌ای که به بررسی مستقیم ارتباط سواد افسردگی با ابعاد مختلف رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار پرداخته باشد، در ایران یافت نشد. همچنین، اکثر مطالعات داخلی از پرسشنامه‌های عمومی سواد سلامت روان استفاده کرده‌اند، در حالی‌که مطالعه حاضر با بهره‌گیری از پرسشنامه تخصصی سواد افسردگی (D-Lit) که به تازگی در ایران اعتبارسنجی شده است، به بررسی این ارتباط پرداخته است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد افسردگی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار طراحی شده است تا ضمن پر کردن این خلأ پژوهشی، بتواند شواهد جدیدی برای طراحی مداخلات آموزشی در مراقبت‌های دوران بارداری فراهم آورد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۴ بین ۲۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر انجام شد. جامعه آماری این پژوهش زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر می‌باشند.

اندازه نمونه

به منظور تعیین حجم نمونه، ابتدا مطالعه‌ای مقدماتی در مورد ۳۰ نفر از زنان باردار انجام شد و در ادامه با توجه به اطلاعات مطالعه مقدماتی و با در نظرگرفتن توان ۸۰ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد در فرمول زیر، حجم نمونه معادل ۲۰۰ نفر برآورد گردید:

$$n=[(Z\alpha+Z\beta)/c]^2 ،C=0/05\times \ln [(1+r)/(1-r)]=0/2$$
$$2 +3=198$$

روش نمونه‌گیری

نمونه‌گیری از کلیه مراکز جامع سلامت شهری و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان کاشمر در نیمه اول سال ۱۴۰۴ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر می‌باشند. جهت جمع آوری داده ها، با توجه به جامعه آماری از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز از بین افرادی دارای تمایل به شرکت در پژوهش و دارای

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شد. برای جمع آوری داده ها، پرسش نامه‌ها بین زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر پخش شد و پس از توضیح هدف مطالعه برای شرکت‌کنندگان، پرسش نامه‌ها به صورت خود گزارشی تکمیل شد. معیارهای ورود شامل امضای رضایت آگاهانه برای مشارکت در مطالعه، توانایی درک مطالب (حداقل تحصیلات ابتدایی) و تکمیل پرسشنامه می‌باشد. معیارهای خروج شامل ترک مطالعه به هر دلیل بود که مانع از شرکت آزمودنی‌ها در مطالعه می‌گردد. محرمانگی و گمنام سازی داده‌ها در تمام مراحل تحقیق رعایت شد.

ابزار جمع آوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه سه قسمتی بوده که بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی، بخش دوم پرسشنامه سواد افسردگی (D-Lit) depression Questionnaire literacy می‌باشد (۱۶). قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک شامل سن، تعداد بارداری، سطح تحصیلات، وضعیت مالی می‌باشد. قسمت دوم پرسشنامه نسخه فارسی شده سواد افسردگی (D-Lit) طهرانی و همکاران (۲۰۲۲) با ۲۱ سوال و ۵ خرده مقیاس آگاهی از علائم روانشناختی (۵ گویه)، آگاهی از اثربخشی روش‌های درمانی موجود (۴ سوال)، آگاهی در مورد علائم شناختی- رفتاری (۶ سوال)، آگاهی در مورد مصرف داروها و عوارض آن‌ها (۴ مورد) و آگاهی از شدت بیماری (۲ مورد) می‌باشد. این پرسشنامه روایی و پایایی بالایی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ و ضریب امگا مک دونالد آن به ترتیب ۰/۸۹۰و ۰/۸۹۱ می‌باشد (۱۶). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مجدداً محاسبه گردید که برابر با ۰،۸۶ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی قابل قبول است. پرسشنامه سواد افسردگی (D-Lit) شامل ۲۱ سوال است که هر سوال دارای سه گزینه (درست، نادرست، نمی دانم) می‌باشد. به پاسخ صحیح ۱ امتیاز و به پاسخ نادرست و نمی دانم ۰ امتیاز تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۰ تا ۲۱ است که بر اساس آن، نمرات ۰-۷ نشان دهنده سواد افسردگی پایین، ۸-۱۴ نشان دهنده سواد متوسط و ۱۵-۲۱ نشان دهنده سواد بالا می‌باشد. قسمت سوم شامل پرسشنامه فارسی شده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت واکر (HPLP-II) که توسط محمدی زید و همکاران (۱۳۹۰) روان سنجی شده است (۱۷). این ابزار شامل ۵۲ گویه است که بر روی مقیاس لیکرت ۴درجه‌ای (هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب = ۳ و همیشه = ۴) ارزیابی می‌شوند و ۶ بُعد را می‌سنجد. هر خرده مقیاس شامل چندین گویه است (تغذیه: ۹ گویه؛ فعالیت بدنی: ۸ گویه؛ مسئولیت پذیری در مورد سلامت: ۹ گویه؛ مدیریت استرس: ۸ گویه؛ روابط بین فردی: ۹ گویه؛ و خود شکوفایی: ۹ گویه). نمره‌ی کل پرسشنامه ی HPLP II در دامنه‌ای از ۵۲ تا ۲۰۸ قرار دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. هم‌چنین ضریب همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ محاسبه شده که نشان دهنده پایایی مطلوب ابزار می‌باشد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های آماری تی مستقل، مجذور کای، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پیش از انجام آزمون‌های پارامتریک، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی و تأیید شد ($p<۰/۰۵$). برای مقایسه میانگین سواد افسردگی در گروه‌های بیش از دو سطح (سطح تحصیلات و وضعیت مالی)، از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) استفاده شد. در صورت معنادار بودن تفاوت بین گروه‌ها ($p<۰/۰۵$)، برای تعیین دقیق محل تفاوت، از پس آزمون توکی (Tukey's HSD) استفاده گردید. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و سطح سواد افسردگی، از آزمون مجذور کای (Chi-square) استفاده شد و در صورت نیاز، از آزمون دقیق فیشر برای سلول‌های با فراوانی کمتر از ۵ بهره گرفته شد. در همه آزمون ها، سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان ۳۰/۰۸ (±۷/۵۵) بود. از نظر سطح تحصیلات، ۳۷/۵ درصد (n=۷۵) دارای مدرک تحصیلی ابتدایی، ۱۴/۵ درصد (n=۲۹) دارای مدرک دیپلم و ۰/۴۸ درصد (n=۹۶) دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی بودند. ۴۲/۵ درصد (n=۸۵) از شرکت‌کنندگان یک بار، بارداری را گزارش کردند. هم‌چنین ۷۱/۵ درصد (n=۱۴۳) از شرکت کنندگان وضعیت مالی خود را متوسط گزارش کردند.

۷/۰ درصد (n=۱۴) گزارش کردند که در بین اعضای خانواده خود سابقه بیماری روانی وجود دارد. اکثریت شرکت کنندگان (۶۲/۰ درصد، n=۱۲۴) گزارش دادند که از منابع اطلاعاتی در باره اختلالات روانی کسب اطلاعات کرده اند. عوامل جمعیت شناختی در **جدول ۱** قابل مشاهده است.

سطح تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه به‌طور معنی داری با سطح D-Lit آن‌ها مرتبط بود و افراد با سطح تحصیلات بالاتر سطح D-Lit بالاتری داشتند (p<۰/۰۰۱). بین تعداد بارداری و سواد افسردگی ارتباط معناداری مشاهده نشد (p=۰/۵۸۳). بین وضعیت مالی و سواد افسردگی نیز رابطه معنی داری وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما این ارتباط به صورت خطی نبود. به گونه‌ای که افراد با وضعیت مالی ضعیف، بالاترین میانگین سواد افسردگی را داشتند (۴۶/۷۰) و افراد با وضعیت مالی خوب، کمترین میانگین را نشان دادند (۴۴/۹۰). شرکت‌کنندگان با سابقه خانوادگی بیماری روانی به‌طور معنی داری سطوح سواد افسردگی بالاتری نسبت به سایرین داشتند (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین، بین دسترسی به منابع اطلاعاتی مرتبط با اختلالات روانی و سطح سواد افسردگی ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت، به‌گونه‌ای که افرادی که از این منابع استفاده کرده بودند، نمرات سواد افسردگی بالاتری کسب کردند (p<۰/۰۰۱).

نتایج آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر برای بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با سطح سواد افسردگی در جدول ۱ گزارش شده است. بر اساس نتایج، ارتباط متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت مالی و کسب اطلاعات با سطح سواد افسردگی در هر دو آزمون معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در مورد متغیر سابقه خانوادگی بیماری روان، آزمون کای دو ارتباط معناداری را نشان داد (p<۰/۰۰۱)، اما آزمون دقیق فیشر این ارتباط را تأیید نکرد (p=۰/۱۲۵). این تفاوت در نتایج، به دلیل انجام آزمون فیشر بر اساس ۳ سطح سواد افسردگی (به جای ۴ سطح) در این متغیر بود.

نتایج جدول ۱ وضعیت پاسخ‌های شرکت کنندگان به پرسشنامه سواد افسردگی D-Litرا نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، ۲۶/۵ درصد (n= ۵۳) از شرکت کنندگات توانستند به ۱ تا ۷ سؤال به درستی پاسخ دهند، ۶۳/۰ درصد (n=۱۲۶) توانستند به ۸ تا ۱۴ سؤال به درستی پاسخ دهند و تنها ۱۰/۵ درصد (n=۲۱) توانستند به ۱۵ سوال و بیشتر به درستی پاسخ دهند. اطلاعات بیشتر در **جدول ۱** قابل مشاهده است.

در این مطالعه، ۳۷/۵ درصد (n=۷۵) از شرکت‌کنندگان به تمام سوالات خرده مقیاس آگاهی از علائم روانی پاسخ صحیح دادند. ۹/۵ درصد (n=۱۹) به تمام سوالات خرده مقیاس آگاهی از اثربخشی روش‌های درمانی موجود پاسخ صحیح دادند. ۵/۰ درصد (n=۱۰) به تمام سوالات خرده مقیاس آگاهی از علائم شناختی-رفتاری پاسخ صحیح دادند. ۷/۰ درصد (n=۱۴) به تمام سوالات خرده مقیاس آگاهی از مصرف داروها و عوارض جانبی آن‌ها پاسخ صحیح دادند و ۷/۵ درصد (n=۱۵) به تمام سوالات خرده مقیاس آگاهی از شدت بیماری پاسخ صحیح دادند **(جدول ۲)**. بر اساس نتایج **جدول ۳**، میانگین و انحراف معیار نمره کل سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

ترتیب ۴۵/۵۲(±۵/۳۵) و ۱۲۸/۹۵ (±۲۲/۷۹) بود. در بین خرده مقیاس‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، بالاترین میانگین نمره مربوط به مسئولیت پذیری در مورد سلامت (۷/۰۳±۳۲/۸۷) و پایین ترین میانگین نمره مربوط به مدیریت استرس (۱۲/۷۷ ±۳/۳۶) بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون **(جدول ۴)** نشان داد که بین نمره کل سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (r=۰/۱۲۵، p<۰/۰۵). فاصله اطمینان ٪۹۵ برای این ضریب همبستگی برابر با (۰/۲۶- تا ۰/۰۱-) برآورد گردید که با توجه به قرارگیری عدد صفر در این بازه، هر چند همبستگی از نظر آماری معنادار است. بر اساس معیارهای کوهن (۱۸)، مقدار ۰/۱۲۵ در محدوده اندازه اثر کوچک قرار دارد. هم‌چنین ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰/۰۱۵ محاسبه گردید که نشان می‌دهد سواد افسردگی به تنهایی حدود ۱/۵درصد از تغییرات رفتارهای سلامت را تبیین می‌کند.

جدول ۱. توزیع فراوانی عوامل جمعیت شناختی و مقایسه سطح سواد افسردگی بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی در زنان باردار (n=۲۰۰)

متغیرها	تعداد (درصد)	وضعیت سواد افسردگی				D- Lit	*P-value	**P-value
		پاسخ نادرست / نمی دانم	پاسخ صحیح به ۱-۷سوال	پاسخ صحیح به ۸ تا ۱۴ سوال	پاسخ صحیح به ۱۵ سوال و بیشتر	میانگین (انحراف استاندارد) نمره سواد افسردگی	P-value (Chi-square)	P-value (Fisher's Exact)
وضعیت تحصیل	ابتدایی	۷۵ (۳۷/۵)	۰ (۰)	۲۷ (۳۶/۰)	۴۵ (۶۰/۰)	۳ (۴/۰)	۴۴/۸۸ (۴/۶۴)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	دیپلم	۲۹ (۱۴/۵)	۲ (۶/۹)	۷ (۲۴/۱)	۲۰ (۶۹/۰)	۰ (۰)	۴۵/۵۱ (۴/۶۰)		
	دانشگاهی	۹۶ (۴۸/۰)	۰ (۰)	۲۲ (۲۲/۹)	۶۰ (۶۲/۵)	۱۴ (۱۴/۶)	۴۶/۰۳ (۶/۰۱)		
تعداد بارداری	۰ بار	۱۵ (۷/۵)	۰ (۰)	۵ (۳۳/۳)	۹ (۶۰/۰)	۱ (۶/۷)	۴۶/۲۰ (۵/۱۰)	/۵۸۳	۰/۶۱۲
	۱ بار	۸۵ (۴۲/۵)	۱ (۱/۲)	۲۵ (۲۹/۴)	۵۲ (۶۱/۲)	۷ (۸/۲)	۴۵/۴۰ (۵/۲۵)		
	۲ بار	۶۰ (۳۰/۰)	۱ (۱/۷)	۱۸ (۳۰/۰)	۳۷ (۶۱/۷)	۴ (۶/۷)	۴۵/۷۰ (۵/۵۰)		
	۳ بار و بیشتر	۴۰ (۲۰/۰)	۰ (۰)	۱۲ (۳۰/۰)	۲۴ (۶۰/۰)	۴ (۱۰/۰)	۴۴/۹۰ (۵/۴۰)		
وضعیت مالی	خوب	۲۰ (۱۰/۰)	۰ (۰)		۷ (۳۵/۰)	۱۱ (۵۵/۰)	۴۴/۹۰ (۴/۴۷)	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲
	متوسط	۱۴۳ (۷۱/۵)	۲ (۱/۴)	۴۴ (۳۰/۸)	۸۷ (۶۰/۸)	۱۰ (۷/۰)	۴۵/۳۰ (۵/۷۹)		
	ضعیف	۳۷ (۱۸/۵)	۰ (۰)	۷ (۱۸/۹)	۲۸ (۷۵/۷)	۲ (۵/۴)	۴۶/۷۰ (۳/۷۰)		
سابقه خانوادگی بیماری روان	بله	۱۴ (۷/۰)	۰ (۰)	۴ (۲۸/۶)	۹ (۶۴/۳)	۱ (۷/۱)	۴۵/۷۱ (۵/۲۹)	<۰/۰۰۱	۰/۱۲۵
	خیر	۱۸۶ (۹۳/۰)	۲ (۱/۱)	۵۳ (۲۸/۵)	۱۱۲ (۶۰/۲)	۱۹ (۱۰/۲)	۴۵/۵۱ (۵/۳۷)		
کسب اطلاعات در مورد بیماری‌های روان	بله	۱۲۴ (۶۲/۰)	۰ (۰)	۲۶ (۲۱/۰)	۸۸ (۷۱/۰)	۱۰ (۸/۱)	۴۵/۹۳ (۴/۸۱)	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۴
	خیر	۷۶ (۳۸/۰)	۲ (۲/۶)	۲۹ (۳۸/۲)	۴۴ (۵۷/۹)	۱ (۱/۳)	۴۴/۷۷ (۶/۰۹)		

* P-value بر اساس آزمون مجذور کای (Chi-square) برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و سطح سواد افسردگی محاسبه شده است.

** P-value (Fisher's Exact) بر اساس آزمون دقیق فیشر برای تأیید نتایج در مواردی که بیش از ۲۰ درصد سلول‌ها دارای فراوانی کمتر از ۵ بودند، محاسبه شده است.

به‌منظور کنترل اثر متغیرهای مخدوش‌کننده بر رابطه بین سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره انجام شد. متغیرهای وارد شده در مدل شامل سواد افسردگی (به عنوان متغیر مستقل اصلی)، سن، تعداد بارداری، سطح تحصیلات و وضعیت مالی بودند. نتایج این تحلیل (جدول ۵) نشان داد که پس از کنترل اثر سایر متغیرها، سواد افسردگی در آستانه معناداری آماری قرار دارد (β =۰/۱۳۱ , p= ۰/۰۶۸)؛ هم‌چنین ضریب تعیین تعدیل شده ($AdjustedR^2$) مدل برابر با ۰/۰۰۷ به دست آمد که نشان می‌دهد متغیرهای وارد شده در مدل، مجموعاً حدود ۰/۷ درصد از تغییرات رفتارهای سلامت را تبیین می‌کنند **(جدول ۵)**.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

جدول ۲. پاسخ شرکت‌کنندگان به پرسشنامه سواد افسردگی D-Lit

مقیاس فرعی	گویه	تعداد (درصد)		
		پاسخ صحیح	پاسخ نادرست	نمی دانم
الف) آگاهی از علائم روانی	۱. افراد مبتلا به افسردگی ممکن است زمانی که هیچ کار اشتباهی نکرده اند، احساس گناه کنند. (درست)	۱۵۷ (۷۸/۵)	۱۰ (۵/۰)	۳۳ (۱۶/۵)
	۲. از دست دادن اعتماد به نفس و عزت نفس پایین ممکن است نشانه افسردگی باشد. (درست)	۱۶۸ (۸۴/۰)	۸ (۴/۰)	۲۴ (۱۲/۰)
	۳. ازجمله نشانه‌های افسردگی می‌تواند خواب بیش از حد یا خیلی کم باشد. (درست)	۱۷۳ (۸۶/۵)	۱۰ (۵/۰)	۱۷ (۸/۵)
	۴. خوردن بیش از حد یا از دست دادن علاقه به مواد غذایی ممکن است نشانه افسردگی باشد. (درست)	۱۲۷ (۶۳/۵)	۲۲ (۱۱/۰)	۵۱ (۲۵/۵)
	۵. ازجمله نتایج افسردگی ممکن است خیلی آهسته حرکت کردن و یا مظطرب شدن افراد باشد. (درست)	۱۴۳ (۷۱/۵)	۱۶ (۸/۰)	۴۱ (۲۰/۵)
ب) آگاهی در مورد اثربخشی روش‌های درمانی موجود	۶. روانشناسان بالینی می‌توانند داروهای ضد افسردگی تجویز کنند.	۳۹ (۱۹/۵)	۵۰ (۲۵/۰)	۱۱۱ (۵۵/۵)
	۷. بسیاری از روش‌های درمانی افسردگی تاثیر بیشتری نسبت به داروهای ضد افسردگی دارند.	۱۲۶ (۶۳/۰)	۱۰ (۵/۰)	۶۴ (۳۲/۰)
	۸. تاثیر مشاوره درمانی بر افسردگی همانند تاثیر درمان‌های شناختی- رفتاری بر افسردگی است.	۱۰۰ (۵۰/۰)	۱۰ (۵/۰)	۹۰ (۴۵/۰)
	۹. تاثیر درمان‌های شناختی – رفتاری همانند تاثیر داروهای ضد افسردگی برای افسردگی خفیف تا متوسط است.	۶۰ (۳۰/۰)	۱۸ (۹/۰)	۱۲۲ (۶۱/۰)
ج) آگاهی در مورد علائم شناختی- رفتاری	۱۰. افراد مبتلا به افسردگی اغلب به صورت پراکنده و بی ربط صحبت می‌کنند..	۷۸ (۳۹/۰)	۶۳ (۳۱/۵)	۵۹ (۲۹/۵)
	۱۱. رفتار جسورانه و عاری از مسئولیت یک علامت معمول افسردگی است.	۴۶ (۲۳/۰)	۷۷ (۳۸/۵)	۷۷ (۳۸/۵)
	۱۲. قدم نگذاشتن روی قسمت‌های ترک خورده و شکسته پیاده رو، ممکن است نشانه افسردگی باشد.	۲۲ (۱۱/۰)	۹۶ (۴۸/۰)	۸۲ (۴۱/۰)
	۱۳. افرادی که مبتلا به افسردگی هستند اغلب صداهایی را می‌شنوند که در حالت طبیعی شنیده نمی شوند.	۸۶ (۴۳/۰)	۴۸ (۲۴/۰)	۶۶ (۳۳/۰)
	۱۴. افسردگی حافظه و تمرکز شما را تحت تاثیر قرار نمی دهد.	۳۸ (۱۹/۰)	۱۴۰ (۷۰/۰)	۲۲ (۱۱/۰)
	۱۵. داشتن چندین شخصیت متمایز ممکن است نشآن‌های از افسردگی باشد.	۸۶ (۴۳/۰)	۴۷ (۲۳/۵)	۶۷ (۳۳/۵)
د) آگاهی در مورد مصرف داروها و عوارض جانبی آن‌ها	۱۶. از بین همه درمان‌های طب مکمل/جایگزین و شیوه زندگی برای افسردگی، مصرف ویتامین‌ها مفیدتر خواهد بود.	۷۷ (۳۸/۵)	۴۲ (۲۱/۰)	۸۱ (۴۰/۵)
	۱۷. افراد مبتلا به افسردگی باید مصرف داروهای ضد افسردگی را به محض احساس بهتر شدن قطع کنند.	۴۳ (۲۱/۵)	۱۱۸ (۵۹/۰)	۳۹ (۱۹/۵)
	۱۸. داروهای ضد افسردگی اعتیادآور هستند.	۹۷ (۴۸/۵)	۵۵ (۲۷/۵)	۴۸ (۲۴/۰)
	۱۹. داروهای ضد افسردگی معمولا بعد از مصرف بلافاصله تاثیر خود را نشان می‌دهند.	۵۰ (۲۵/۰)	۸۷ (۴۳/۵)	۶۳ (۳۱/۵)
ر) آگاهی از شدت بیماری	۲۰. اکثر افراد مبتلا به افسردگی باید در بیمارستان بستری شوند.	۱۶ (۸/۰)	۱۵۶ (۷۸/۰)	۲۸ (۱۴/۰)
	۲۱. بسیاری از افراد معروف از افسردگی رنج برده اند.	۹۲ (۴۶/۰)	۳۶ (۱۸/۰)	۷۲ (۳۶/۰)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

جدول ۳. آمار توصیفی نمرات پرسشنامه سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان زنان باردار

متغیر	خرده مقیاس‌ها	آیتم	دامنه	میانگین	انحراف معیار
سواد افسردگی	الف) آگاهی از علائم روانی	۵	۵-۱۵	۱۳/۵۱	۱/۷۱
	ب) آگاهی در مورد اثربخشی روش‌های درمانی موجود	۴	۴-۱۲	۹/۱۸	۱/۴۸
	ج) آگاهی در مورد علائم شناختی- رفتاری	۶	۶-۱۸	۱۱/۴۲	۲/۹۴
	د) آگاهی در مورد مصرف داروها و عوارض جانبی آن‌ها	۴	۴-۱۲	۷/۸۲	۲/۰۷
	ر) آگاهی از شدت بیماری	۲	۲-۶	۳/۵۸	۱/۰۵
	امتیاز کل سواد افسردگی	۲۱	۲۱-۶۳	۴۵/۵۲	۵/۳۵
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت واکر	تغذیه	۹	۹-۳۶	۱۹/۷۶	۴/۳۲
	فعالیت بدنی	۸	۸-۳۲	۱۴/۲۱	۴/۵۹
	مسئولیت پذیری در مورد سلامت	۹	۹-۳۶	۳۲/۸۷	۷/۰۳
	مدیریت استرس	۸	۸-۳۲	۱۲/۷۷	۳/۳۶
	روابط بین فردی	۹	۹-۳۶	۲۰/۲۷	۴/۳۴
	خود شکوفایی	۹	۹-۳۶	۲۹/۰۶	۶/۰۶۸
	نمره کل HPLP	۵۲	۵۲-۲۰۸	۱۲۸/۹۵	۲۲/۷۹

جدول ۴. ماتریس همبستگی پیرسون بین خرده مقیاس‌های سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
آگاهی از علائم روانی	۱						
آگاهی در مورد اثربخشی روش‌های درمانی موجود	۰/۲۰۴	۱					
آگاهی در مورد علائم شناختی- رفتاری	۰/۲۱۴	۰/۱۷۷*	۱				
آگاهی در مورد مصرف داروها و عوارض جانبی آن‌ها	-۰/۲۶۲	۰/۱۳۱	۰/۲۵۰	۱			
آگاهی از شدت بیماری	۰/۱۰۸	۰/۰۴۰	۰/۳۱۶	۰/۰۶۳	۱		
امتیاز کل سواد افسردگی	۰/۴۱۴	۰/۴۹۸	۰/۸۲۶	۰/۴۹۰	۰/۴۰۴	۱	
رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	۰/۰۷۲	۰/۲۱۲	۰/۰۶۲	۰/۰۱۰	۰/۰۲۸	۰/۱۲۵*	۱

** ۰/۰۱ ≥ P * ۰/۰۵ ≥ P

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره برای پیش بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

متغیر	B	خطای استاندارد	β (Beta)	t	سطح معنی‌داری(p)	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای B
(مقدار ثابت)	۸۷/۱۹۰	۱۶/۲۵۰	-	۵/۳۶۶	۰/۰۰۰	۱۱۹/۲۳۹ - ۵۵/۱۴۲
سن	۰/۰۶۳	۰/۲۳۵	۰/۰۲۱	۰/۲۶۶	۰/۷۹۰	۰/۵۲۷ -۰/۴۰۱
تعداد بارداری	۰/۷۲۲	۲/۰۳۲	۰/۰۲۷	۰/۳۵۵	۰/۷۲۳	۴/۷۳۰ -۳/۲۸۶
سطح تحصیلات	۱/۶۹۸	۱/۸۳۷	۰/۰۶۹	۰/۹۲۵	۰/۳۵۶	۱/۹۲۴- ۵/۳۲۱
وضعیت مالی	۵/۱۴۳	۳/۱۹۳	۰/۱۱۹	۱/۶۱۱	۰/۱۰۹	۱/۱۵۵- ۱۱/۴۴۰
سواد افسردگی	۰/۵۵۷	۰/۳۰۴	۰/۱۳۱	۱/۸۳۴	۰/۰۶۸	۱/۱۵۷ -۰/۰۴۲

* متغیر وابسته: نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (HPLP-II)

** B: ضریب رگرسیون غیراستاندارد؛ β: ضریب رگرسیون استاندارد شده

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سواد افسردگی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر طراحی و انجام شد. با توجه به نتایج این مطالعه، اکثر شرکت کنندگان سطح سواد افسردگی متوسط داشتند. مطالعات

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

دیگری نیز سطح سواد افسردگی را متوسط گزارش کردند (۳, ۴). این یافته با نتایج مطالعات دیگر ازجمله مطالعه میرسلیمی و همکاران (۱۳۹۸) که سطح سواد سلامت روان زنان باردار را متوسط گزارش کردند (۱۳) و هم‌چنین مطالعه یونگ جولی و همکاران (۲۰۲۳) که سطح سواد افسردگی بزرگسالان کره‌ای را متوسط توصیف کردند، همخوانی دارد (۱۴). هم‌چنین میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار (۱۲۸/۹۵ از ۲۰۸) نشان دهنده سطح متوسط این رفتارها بود که با مطالعه عنبری و همکاران (۱۳۹۴) که میانگین نمره رفتارهای سلامت را ۱۲۹/۲ گزارش کردند، هم‌خوانی دارد (۱۹).

نتایج مطالعه‌ای نشان داد که شرکت کنندگان به ۶۷ درصد از سؤالات پاسخ صحیح دادند (۵). نتایج یک مطالعه دیگر نشان داد که شرکت کنندگان به ۵۷ درصد از سؤالات پاسخ دادند (۶). بر اساس نتایج این مطالعه همبستگی مثبت و معناداری بین سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر وجود دارد. هر چند همبستگی بین سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مطالعه حاضر از نظر آماری معنادار بود ($p<۰/۰۵$)، اما ضریب همبستگی به دست آمده ($r = ۰/۱۲۵$) از نظر بالینی بسیار ضعیف است. این مقدار نشان می‌دهد که تنها حدود ۱/۵ درصد از تغییرات رفتارهای سلامت ($R^2 \approx ۰/۰۱۵$) توسط سواد افسردگی قابل تبیین است. هم‌چنین این معناداری آماری به معنای اهمیت بالینی نیست. معناداری آماری صرفاً نشان می‌دهد که احتمال رخداد یافته به صورت تصادفی کمتر از ۵ درصد است و این موضوع تا حد زیادی تحت تأثیر حجم نمونه قرار دارد. در مقابل، اهمیت بالینی به میزان تأثیر واقعی و عملی یک یافته اشاره دارد. بنابراین ممکن است متغیرهای دیگری نظیر حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سطح تحصیلات نقش تعیین کننده تری در رفتارهای سلامت دوران بارداری داشته باشند. به عبارت دیگر، سواد افسردگی به تنهایی نمی تواند پیش بینی‌کننده قوی برای رفتارهای سلامت باشد و احتمالاً مسیرهای میانجی‌گری یا تعامل با سایر متغیرها در این رابطه دخیل هستند. این یافته با مطالعه‌ای که نشان داد سواد افسردگی با رفتارهای مرتبط با سلامت ارتباط دارد، همسو است (۱۴).

در مطالعه حاضر، میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان باردار ۱۲۸/۹۵ (±۲۲/۷۹) بود که نشان دهنده این است که زنان باردار از نظر انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سطح متوسطی قرار دارند. در مطالعه‌ای دیگر میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۱۲۹/۲ (±۲۰/۹) به دست آمد (۱۹) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. با این حال، یافته اصلی این مطالعه، بین سواد افسردگی و رفتارهای سلامت همبستگی ضعیفی را نشان می‌دهد که برای درک بهتر این رابطه، بررسی متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود.

بر اساس مطالعه حاضر، در بین خرده مقیاس‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، بالاترین میانگین نمره مربوط به مسئولیت پذیری در مورد سلامت (۷,۰۳±۳۲,۸۷) و پایین ترین میانگین نمره مربوط به مدیریت استرس (۳,۳۶±۱۲,۷۷) بود. در مطالعه‌ای که بر روی زنان باردار نوجوان در ترکیه انجام شد، الگوی مشابهی گزارش شده است. بالاترین نمرات مربوط به خود شکوفایی (۳۴/۶۶) و پایین ترین نمرات مربوط به فعالیت بدنی (۷/۳۲) و مدیریت استرس (۱۴/۳۰) بود که با یافته‌های مطالعه ما مطابقت دارد (۲۰). مطالعه‌ای دیگر بر روی زنان باردار در ایران نشان داد که پایین ترین نمرات در خرده مقیاس‌های مدیریت استرس (۱۹/۸۰) و فعالیت بدنی (۱۶/۷۱) بوده است (۲۱).

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

تحقیقات نشان داده اند که علت بسیاری از بیماری‌های مزمن، سبک زندگی و رفتارهای انسان است و در صورت عدم اصلاح شیوه زندگی با عواقب جبران ناپذیری در آینده مواجه خواهیم بود (۱۲).

بر اساس نتایج این مطالعه، سطح تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه به‌طور معنی داری با سطح سواد افسردگی آن‌ها مرتبط بود و افراد با سطح تحصیلات بالاتر سطح سواد افسردگی بالاتری داشتند. این یافته با مطالعات دیگر که تحصیلات بالاتر را با سواد افسردگی بالاتر مرتبط دانسته‌اند، همسو است (۲۲).

مطالعات دیگر نشان دادند که وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر و سطح تحصیلات بیشتر، دسترسی بالاتر به اطلاعات افسردگی را به همراه دارد (۱۰). و افسردگی در افرادی که تحصیلات کمتری دارند، به‌طور قابل توجهی بیشتر شناسایی می‌شود (۲۲).

در این مطالعه بین وضعیت مالی و سواد افسردگی نیز ارتباط معنی داری مشاهده شد. اما این ارتباط به صورت خطی نبود. به گونه‌ای که افراد با وضعیت مالی ضعیف، بالاترین میانگین سواد افسردگی را داشتند. این یافته غیر منتظره ممکن است به این دلیل باشد که افراد با وضعیت مالی ضعیف به دلیل مواجهه بیشتر با استرس‌های روانی-اجتماعی، تجربه بیشتری در زمینه مشکلات روانی داشته و در نتیجه آگاهی بیشتری در مورد افسردگی کسب کرده‌اند. هم‌چنین ممکن است این افراد به دلیل دسترسی بیشتر به خدمات بهداشتی عمومی، اطلاعات بیشتری در زمینه سلامت روان دریافت کرده باشند.

مطالعات دیگر علائم افسردگی را با وضعیت اجتماعی-اقتصادی مرتبط دانسته اند (۱۱, ۱۲). مطالعات رابطه معناداری بین فشار روانی و پایگاه اجتماعی/ اقتصادی زنان نشان دادند و بهبود وضعیت اقتصادی/ اجتماعی و دست یابی بیشتر زنان به منابع ارزشمند اجتماعی و اقتصادی را از عوامل کاهش فشار روانی بر زنان دانستند (۲۲).

در مطالعه حاضر، بین تعداد بارداری و سواد افسردگی ارتباط معناداری مشاهده نشد (p=۰/۵۸۳). در مطالعات دیگر تعداد بارداری ارتباط معناداری با سواد سلامت روان زنان باردار نداشت و عواملی مانند تحصیلات و وضعیت اشتغال با سواد سلامت روان در زنان باردار مرتبط هستند و نه تعداد دفعات بارداری (۱۳).

تحلیل رگرسیون چند متغیره در مطالعه حاضر با متغیرهای سواد افسردگی، سن، تعداد بارداری، سطح تحصیلات و وضعیت مالی، تنها توانست حدود ۰/۷درصد از تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین کند. این میزان تبیین پایین تر از یافته‌های برخی مطالعات دیگر است. در یک مطالعه که به بررسی رفتارهای بهبود سبک زندگی سالم در زنان باردار پرداخته بود، ضریب تعیین (R^2) مدل ۰/۴۲ گزارش شده است که نشان می‌دهد متغیرهای آن مطالعه، سهم بسیار بیشتری در تبیین رفتارهای سلامت داشتند (۲۳). این تفاوت احتمالاً به دلیل ماهیت متفاوت متغیرهای پیش بینی کننده در آن مطالعه است که ممکن است شامل عواملی مانند تعداد مراقبت‌های بارداری و سن بارداری بوده باشد. این موضوع نشان می‌دهد که مطالعه ما نتوانسته است عوامل تعیین‌کننده اصلی رفتارهای سلامت را به‌طور کامل در برگیرد و متغیرهای مهم دیگری در این زمینه وجود دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با استفاده از متغیرهای گسترده‌تر (ازجمله حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، کیفیت زندگی و ...) به بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای سلامت در دوران بارداری بپردازند.

مقایسه نتایج مطالعه حاضر با پژوهش‌های مشابه نشان می‌دهد که در برخی مطالعات نیز ارتباط سابقه خانوادگی با سلامت روان معنادار بوده است. برای مثال، در مطالعه‌ای که توسط دل آرام و همکاران (۱۳۹۴) بر روی

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

زنان باردار ایرانی انجام شد، از آزمون دقیق فیشر برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید و ارتباط معناداری بین سابقه خانوادگی و سلامت روان مادر گزارش شد (۲۴). با این حال، در مطالعه دیگری که بر روی زنان باردار در غنا انجام شد، آزمون فیشر نشان داد که سابقه خانوادگی ارتباط معناداری با سواد سلامت روان ندارد (۲۵) که با یافته‌های آزمون فیشر مطالعه حاضر همسو است. با توجه به این تفاوت ها، به نظر می‌رسد که تأثیر سابقه خانوادگی بر سواد افسردگی تحت تأثیر عواملی مانند حجم نمونه، نحوه دسته بندی متغیرها و بافت فرهنگی قرار دارد. بنابراین، با وجود عدم معناداری آزمون فیشر برای سابقه خانوادگی، با توجه به معناداری آزمون کای دو (بر اساس ۴ سطح و داده‌های کامل) و هم‌چنین همسویی سایر متغیرها با نتایج فیشر، می‌توان نتیجه گرفت که یافته‌های مطالعه حاضر از انسجام درونی برخوردار است و نتایج کای دو به عنوان تحلیل اصلی، مبنای قضاوت نهایی قرار گرفته است.

نقاط‌قوت و محدودیت‌های پژوهش: ازجمله نقاط قوت در این مطالعه، استفاده از ابزارهای استاندارد و معتبر سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌باشد که کاهش سوگیری‌ها در اندازه گیری را به همراه دارد. مطالعه ما هم‌چنین دارای محدودیت هایی است. یکی از مهمترین محدودیت‌ها طراحی مقطعی مطالعه است. سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت فقط به صورت مقطعی مورد مطالعه قرار گرفتند، بنابراین ما نتوانستیم اطلاعاتی در مورد روابط علی موجود بدست آوریم. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، روش نمونه‌گیری در دسترس است که احتمال سوگیری نمونه گیری را افزایش داده و قابلیت تعمیم پذیری یافته‌ها را به کل جمعیت زنان باردار محدود می‌سازد. بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر مناطق یا جمعیت‌های متفاوت باید با احتیاط عمل کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده با استفاده از روش‌های نمونه گیری تصادفی و در سایر شهر ها، علاوه بر بررسی همبستگی، به تحلیل مسیرهای میانجی‌گری و تعامل سواد افسردگی با سایر متغیرهای روانی-اجتماعی مانند حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی پرداخته شود تا مدل جامع تری از عوامل تعیین‌کننده رفتارهای سلامت دوران بارداری ارائه گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بین سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان کاشمر ارتباط وجود دارد. به‌طور کلی، سواد افسردگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت هر دو مقوله هایی هستند که زنان باردار هنوز نیازمند آموزش بیشتری در این زمینه می‌باشند. با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه، نمی توان رابطه علّی بین سواد افسردگی و رفتارهای سلامت را نتیجه‌گیری کرد؛ با این حال، به نظر می‌رسد توجه به سواد افسردگی در برنامه‌های آموزشی مرتبط با ارتقاء سلامت زنان باردار می‌تواند مفید باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با طراحی طولی یا مداخله ای، به بررسی تأثیر آموزش سواد افسردگی بر رفتارهای سلامت بپردازند. همچنین، انجام تحقیقات بیشتر در زمینه نقش مراکز بهداشتی و منابع اطلاعاتی معتبر در ارتقاء سواد افسردگی و رفتارهای سلامت توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی: این مقاله بر اساس طرح تحقیقاتی مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد اخلاق (IR.MUMS.REC.1404.207) انجام شده است. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

حمایت مالی: حمایت مالی خاصی از سوی نهادهای عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه توسط کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (ID:

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

IR.MUMS.REC.1404.207) انجام شد. ابتدا اهداف مطالعه برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آن‌ها اخذ شد. محرمانگی و گمنام‌سازی اطلاعات رعایت شد.

سهم نویسندگان: نویسندگان پورحاجی، یاورمنش و کاظمی مطالعه را طراحی کردند. یاورمنش و طهرانی در مفهوم مطالعه شرکت کردند. پورحاجی تجزیه و تحلیل‌ها را مدیریت و و داده‌ها را تفسیر کرد. پورحاجی و یاورمنش اولین پیش‌نویس را نوشتند و پورحاجی، یاورمنش، کاظمی و طهرانی آن را برای ساختن نسخه نهایی اصلاح کردند. همه نویسندگان مقاله نهایی را خوانده و تایید کرده‌اند.

References

1. Nguyen Thai QC, Nguyen TH. Mental health literacy: knowledge of depression among undergraduate students in Hanoi, Vietnam. International journal of mental health systems. 2018;12(1):1-8. https://doi.org/10.1186/s13033-018-0195-1 PMid:29760770 PMCid:PMC5937829

2. Friedrich MJ. Depression is the leading cause of disability around the world. Jama. 2017;317(15):1517. https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826

3. Remes O, Mendes JF, Templeton P. Biological, psychological, and social determinants of depression: a review of recent literature. Brain sciences. 2021;11(12):1633. https://doi.org/10.3390/brainsci11121633 PMid:34942936 PMCid:PMC8699555

4. Isfahani P, Afshin M, Rasulkhani F, Azizi N. The Prevalence of Depression in Iranian Pregnant Women: A Meta-Analysis. Health_Based Research. 2020;6(1):51-65. https://doi.org/10.1155/2020/5871402 PMid:32455010 PMCid:PMC7240657

5. Abbaszadeh F, Atrian MK, Alavi NM, Bagheri A, Sadat Z, Karimian Z. Relationship between quality of life and depression in pregnant women. Nursing and midwifery studies. 2013;2(2):193. https://doi.org/10.5812/nms.8518 PMid:25414858 PMCid:PMC4228552

6. Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health. 2003;4:289. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006 PMid:15234824

7. Azami M, Badfar G, Shohani M, Mansouri A, Soleymani A, Shamloo MBB, et al. The Prevalence of Depression in Pregnant Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2018;12(3):e9975. https://doi.org/10.5812/ijpbs.9975

8. Pourhaji F, Delshad MH, Yavarmanesh K. Gastric Cancer Literacy and Related Factors in Iran: A Cross-Sectional Study. Cancer Rep (Hoboken). 2026;9(5):e70486. https://doi.org/10.1002/cnr2.70486 PMid:42049695 PMCid:PMC13124448

9. Pourhaji F, Pourhaji F, Delshad MH, Tehrani H. Mental Health Literacy and Health Promoting Behaviors among Patients with Multiple Sclerosis: A Cross-Sectional Study. J Health Lit. 2025;10(3):27-41.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

10. Ram D, Benny N, Gowdappa B. Relationship between depression literacy and medication adherence in patients with depression. Psychiatry and Behavioral Sciences. 2016;6(4):183. https://doi.org/10.5455/jmood.20161123023646

11. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The healthpromoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Research.1987; 36(2):76-81. https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002 PMid:3644262

12. Bisetegn TA, Mihretie G, Muche T. Prevalence and Predictors of Depression among Pregnant Women in Debretabor Town, Northwest Ethiopia. PLoS One. 2016;11(9):e0161108. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161108 PMid:27618181 PMCid:PMC5019395

13. Mirsalimi F, Ghofranipour F, Montazeri A, Noroozi A. Postpartum depression literacy among pregnant women. Payesh (Health Monitor). 2019;18(5):525-33. https://doi.org/10.1037/t96008-000

14. Lee YJ. Depression Literacy, Associated Factors, and Correlation of Related Variables in Middle-Aged Korean Adults: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(11):6021. https://doi.org/10.3390/ijerph20116021 PMid:37297625 PMCid:PMC10252880

15. Mahmoodi H, Asghari-Jafarabadi M, Babazadeh T, Shirzadi S, Mohammadi Y, Sharifi-Saqezi P, et al. Health Promoting Behaviors in Pregnant Women Admitted to the Prenatal Care Unit of Imam Khomeini Hospital of Saqqez. Journal of Education and Community Health. 2015;1(4):59-65. https://doi.org/10.20286/jech-010458

16. Tehrani H, Nejatian M, Moshki M, Jafari A. Psychometric properties of Persian version of depression literacy (D-Lit) questionnaire among general population. International Journal of Mental Health Systems. 2022;16(1):1-11. https://doi.org/10.1186/s13033-022-00550-x PMid:35962416 PMCid:PMC9372931

17. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012;21(86):102-113.

18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

19. Anbari K, Mostafavi SM, Ghanadi K. Health Promoting Behaviors in Women of Khorramabad City in Western Iran in 2013. Women's Health Bull. 2015;2(1):1-5. https://doi.org/10.17795/whb-22162

20. Kara P, Nazik E, Karaçay Yıkar S, Var E, Akçayüzlü Ö, Özdemir F. Health-Promoting Lifestyles in Pregnant Adolescents and the Affecting Factors. J Midwifery Health Sci. 2024;7(1):110-119.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]

21. Fathnezhad-Kazemi A, Aslani A, Hajian S. Association between Perceived Social Support and Health-Promoting lifestyle in Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. J Caring Sci. 2021;10(2):96-102. doi: 10.34172/jcs.2021.018. https://doi.org/10.34172/jcs.2021.018 PMid:34222119 PMCid:PMC8242291

22. Kheirabadi D, Kheirabadi GR, Tarrahi MJ. Depression literacy and the related factors among a group of hospitals' staff in Iran. International Journal of Social Psychiatry. 2021;67(4):369-75. https://doi.org/10.1177/0020764020954886 PMid:32907439

23. Maulina R, Kuo SC, Liu CY, Lu YY, Khuzaiyah S, Caparros-Gonzalez RA. Does attachment and prenatal depression affect maternal health-promoting lifestyle during pregnancy? A cross-sectional study. Clin Epidemiol Glob Health. 2025;31:101904. https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101904

24. Delaram M, SoltaniPoor F, Jafarzadeh L. Effects of fetal movement counting on mental health of mother in third trimester: A randomized controlled trial. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2015;18(139):8-14.

25. Frempong AB. Mental Health Literacy and Help-Seeking Behaviour among Pregnant women in the New Juaben Municipality, Eastern Region [MPhil. Nursing thesis]. Accra, Ghana: University of Ghana; 2022.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22034/ijhep.15.1.6]