RELATIONSHIP BETWEEN DOMESTIC VIOLENCE WITH WOMEN'S DEPRESSION

Relationship between Socio-Economic Status, Perceived Stress, Social Support and Domestic Violence With Women's Depression In Reproductive Age Using Path Analysis

Sedigheh AmirAli Akbari
PhD Candidate, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran

Roshanak Vameghi
* MD, Pediatrician, Professor of Pediatric Neurorehabilitation Research Center, USWR. Tehran, Iran (Corresponding author) r_vameghi@yahoo.com

Firoozeh Sajedi
MD, Pediatrician, Professor of Pediatric Neurorehabilitation Research Center USWR. Tehran, Iran

Homeira Sajjadi
Associate Professor of Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, USWR. Tehran, Iran

Hamid Alavi Majd
Department of Biostatistics, Faculty of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBUMS), Tehran, Iran.

Soheila Hajighasemali
MSc in Midwifery, Dept. of Midwifery, SBUMS, Tehran, Iran

Received: 02 February 2015
Accepted: 14 July 2015

ABSTRACT

Background and objective: According to the importance of effective social factors on health, in this study a model of the relation between socioeconomic status, perceived stress, social support and domestic violence with women' depression in reproductive age in Tehran the year of 2014 was tested.

Methods: This sectional descriptive-correlative study was performed on 1053 women referred to the medical centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The participants were selected through multi-stage random sampling. For collecting the data, demographic and socio-economic status, perceived stress, perceived social support, domestic violence and Beck depression questionnaires were used. The data were analyzed using SPSS 19 & Lisrel 8.8 software.

Results: Results showed that 49.7% of women had mild to severe degree of depression. The average stress score of perceived stress was 23.22±8.34, and most of them (43.1%) had moderate of social support. 70% had good socioeconomic status. 41.1% were taken domestic violence. The final path model fitted well (GFI=1; RMSEA=0.08) and showed that socioeconomic status had direct (β=- 0.20) and indirect effect (β= - 0.07251), perceived stress had direct effect (β=0.16), social support had direct(β=- 0.22) and indirect effect (β=- 0.0672), domestic violence had direct effect (β=0.20) on depression, and in the overall effect social support had the most effects on depression (β= -0.2872).

Conclusion: According to the relation between all variables that investigated with depression of women, screening of these factors for prevention and diagnosis of depression in order to promote mental health and early intervention is recommended.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Depression, Perceived stress, Social support, Socio-economic statue, Domestic violence, Path Analysis, Tehran.

▶ **Citation:** Akbari SK, Vameghi R, Sajedi F., Sajjadi H, AlaviMajd H, Hajighasee mali S. Relationship between socio-economic status, perceived stress, social support and domestic violence with women's depression in reproductive age using path analysis. *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2016;3*(4): 391-401

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

افسردگی زنان در سنین باروری

ارتباط وضعیت اقتصادی - اجتماعی، استرس درک‌شده، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی با افسردگی زنان در سنین باروری: به‌کارگیری مدل تحلیل مسیر

صدیقه امیرعلی‌اکبری
دانشجوی دکترای پژوهشی، مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

روشنک وامقی
* متخصص کودکان، استاد مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
r_vameghi@yahoo.com

فیروزه ساجدی
متخصص کودکان، استاد مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

حمیرا سجادی
متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. تهران، ایران

حمید علوی‌مجد
دکترای آمار زیستی، استاد گروه آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

سهیلا حاجی‌قاسمعلی
کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی. تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، این تحقیق به آزمون مدل ارتباطی وضعیت اقتصادی-اجتماعی، استرس درک‌شده، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی با افسردگی زنان در سنین باروری در تهران سال ۱۳۹۳ پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی-مقطعی بر روی ۱۰۵۳ زن در سن باروری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. نحوه نمونه‌گیری به‌صورت چندمرحله‌ای و تصادفی بود. ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، افسردگی بک، استرس درک‌شده، حمایت اجتماعی درک‌شده و پرسشنامه خشونت خانگی بود. داده‌ها با SPSS ۱۹ و آزمون مدل پیشنهادی از تحلیل مسیر با نرم‌افزار Lisrel ۸،۸ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از زنان موردبررسی، ۴۹/۷ ٪ درجاتی از خفیف تا شدید افسردگی داشتند. میانگین امتیاز استرس ۸/۳۴ ±۲۳/۲۲ و بیشتر افراد (۴۳/۱ ٪) از حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند. ۷۰ ٪ افراد از وضعیت اقتصادی مطلوب برخوردار بودند و ۴۱/۱ ٪ مورد خشونت قرارگرفته بودند. در تحلیل مسیر وضعیت اقتصادی –اجتماعی هم به‌صورت مستقیم (β= -۰/۲۰) و هم غیرمستقیم (β= -۰/۰۷۲۵۱)، استرس درک‌شده به‌صورت مستقیم (β=۰/۱۶)، حمایت اجتماعی به‌صورت مستقیم (β = -۰/۲۲) و غیرمستقیم (β = -۰/۰۶۷۲) و خشونت خانگی به‌صورت مستقیم (β= ۰/۲۰) و غیرمستقیم (β=۰/۰۱۶) در بروز افسردگی مؤثر بودند و در مقایسه اثرات کل، حمایت اجتماعی بیشترین اثر را بر افسردگی نشان داد (β=-۰/۲۸۷۲). مدل پیشنهادی در تحقیق از برازش مناسبی برخوردار بود (RMSEA=۰/۰۸، GFI =۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به وجود ارتباط تمامی عوامل موردبررسی با بروز افسردگی زنان، غربالگری ازنظر این عوامل به‌منظور پیشگیری و تشخیص زنان افسرده در جهت ارتقاء سلامت روانی آنان توصیه می‌گردد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، استرس درک¬شده، حمایت اجتماعی، وضعیت اجتماعی–اقتصادی، خشونت خانگی، تحلیل مسیر، تهران.

◀ **استناد:** امیرعلی‌اکبری ص، وامقی ر، ساجدی ف، سجادی ح، علوی‌مجد و حاجی‌قاسمعلی، س. ارتباط وضعیت اقتصادی –اجتماعی، استرس درک‌شده، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی با افسردگی زنان در سنین باروری: به‌کارگیری مدل تحلیل مسیر. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۴؛۳ (۴): ۳۹۱- ۴۰۱.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

مقدمه

حیطه سلامت روان یکی از مسائل اساسی سلامت عمومی برای زنان در سن باروری در تمام جهان است (۱). بلوغ، قاعدگی، روابط جنسی، بارداری و بالاخره زایمان به‌عنوان بحران‌های زندگی زنان به شمار می‌روند؛ که می‌توانند جسم و روان زنان را به‌طور انکارناپذیری تحت تأثیر قرار دهند (۲). ۱۲/۸ ٪ ناتوانایی‌های افراد مربوط به مشکلات روانی آن‌هاست. اختلالات روانی، به‌ویژه اضطراب، استرس و افسردگی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل مرخصی‌های استعلاجی طولانی‌مدت (بیش از ۱۲ ماه) است؛ که ۳۳ ٪ آن در بین زنان و ۲۵ ٪ در بین مردان شایع است (۳). سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری شایع در سرتاسر جهان خواهد شد (۴-۵). بر اساس آمار انجمن روان‌پزشکی آمریکا، احتمال وقوع اختلال افسردگیِ اساسی، در طول زندگی یک فرد، در آقایان ۵-۱۰٪ و در زنان ۱۰-۲۵٪ است. در هر برهه‌ای از زمان، شیوع نقطه‌ای، نیز ۲-۳ ٪ از مردان و ۵-۹ ٪ از زنان از افسردگی اساسی رنج می‌برند (۶). در مطالعات مختلف، شیوع علائم افسردگی در ایران نیز ۵/۶۹ تا ۷۳ ٪ گزارش‌شده است (۷-۹). میزان بیماری افسردگی در زنان، در سنین باروری، دو تا سه برابر مردان است (۵، ۱۰). کسلر و همکاران (۱۱) این میزان را ۲۱/۳ ٪ در مقایسه با ۱۲/۷ ٪ گزارش کردند.

میزان بالای شیوع افسردگی در زنان از زمان بلوغ تا بعد از زمان یائسگی به دلایلی متعددی است: مانند استعداد ژنتیکی، نوسانات هورمونی اثرات زایمان، داشتن حوادث محیطی پراسترس، تفاوت فشارهای روانی- اجتماعی، الگوهای رفتاری آموخته‌شده مربوط به درماندگی و عکس‌العمل‌های زنان نسبت به استرس. از طرف دیگر، تأثیرات عاطفی- روانی مشکلات خانوادگی در زنان نسبت به مردان بیشتر است و اثرات پایدارتری را در دگرگونی بهداشت روان ایجاد می‌کند (۱۲-۱۴). یکی از نگرانی‌های سلامت عمومی، افسردگی به علت اثرات نامطلوب بر روی زنان، همسر، خانواده و در درازمدت بر تکامل عاطفی و شناختی کودک است (۱۵-۱۶). بیشتر اوقات، زنانِ افسرده قادر به برآوردن نیازهای اجتماعی و عاطفی خانواده خود نیستند و فرزندان آنان بیشتر در معرض خطر اختلالات اضطرابی و افسردگی قرار دارند (۱۷). عوامل خطر زیادی در بروز افسردگی تأثیرگذار هستند (۱۸). اختلالات افسردگی در مناطق شهری شایع‌تر از مناطق روستایی است. و به‌طورکلی، در گروه‌هایی که عوامل روانی- اجتماعی نامطلوب (مانند افراد بی‌خانمان) دارند، نیز بالاتر است (۱۹). سابقه افسردگی در خانواده، بدرفتاری با کودک در دوران کودکی، نداشتن همسر، داشتن بیش از سه فرزند، سابقه مصرف سیگار، الکل و داروهای غیرمجاز، درآمد کم، سن کم‌تر از ۲۰ سال، حمایت اجتماعی ناکافی، خشونت خانگی، وضعیت شغلی، تحصیلات پایین و استرس‌ها (مثل کشمکش و اختلافات با همسر) نیز جزو سایر عوامل خطر دیگر اختلالات افسردگی ذکرشده است (۷، ۲۰-۲۲).

مطالعات اخیر نشان داده است که بین وقایع استرس‌زای زندگی، اضطراب، افسردگی، مشاغل استرس‌زا، سوءاستفاده فیزیکی و حمایت اجتماعی پایین ارتباط وجود دارد (۲۳). مطالعات نشان می‌دهند که زنانِ خیلی افسرده از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند (۲۴). پورمحمدرضای‌تجریشی و میرزمانی‌بافقی (۲۵) رابطه منفی بین حمایت اجتماعی و بروز افسردگی را در دانشجویان دختر گزارش کردند. عبدالله‌زاده و همکاران (۲۶) نیز رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی را نشان دادند.

تحقیقاتی که در سال‌های اخیر حمایت‌های اجتماعی را موردبررسی قرار داده‌اند، نشانگر این نکته مهم هستند که روابط نزدیک و صمیمی می‌تواند جنبه‌های مثبت و مفید داشته باشد. حمایت اجتماعی به‌عنوان «امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند» تعریف شده است. همچنین این مفهوم به‌عنوان «معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند که مورداحترام و علاقه دیگران بوده، عنصری ارزشمند و دارای شان به شمار آمده و به یک شبکه اجتماعی روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد» در نظر گرفته می‌شود (۲۷-۲۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که از حمایت

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، سلامت بهتری دارند. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به استرس، تحت تأثیر حمایت اجتماعی تغییر می‌کند؛ یعنی شدت واکنش فرد در حضور دوستان و آشنایان کمتر از زمانی است که فرد به‌تنهایی با استرس روبه‌رو می‌شود (۲۹).

بین شروع افسردگی و وقوع استرس‌های منفی نیز ارتباط مثبتی وجود دارد. اما علی‌رغم وجود چنین ارتباطی بین استرس و افسردگی، تنها حدود ۲۰ تا ۵۰ ٪ از افراد، که استرس شدید را تجربه می‌کنند، دچار افسردگی می‌شوند. به نظر می‌رسد عواملی نظیر حمایت اجتماعی پایین و راهبردهای مقابله‌ای فرد در برابر رویدادهای استرس‌زا، افراد را برای ابتلا به افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد (۳۰). از طرفی، زنانی که حمایت کمی از طرف خانواده خود دریافت می‌کنند، بیشتر تحت خشونت خانگی قرار می‌گیرند (۳۱). خشونت خانگی، به خشونت جسمی، جنسی، روانی یا عاطفی که توسط همسر و بستگان نزدیک به زن تحمیل می‌گردد اطلاق می‌شود. پژوهشگران بیان می‌کنند زنانی که قربانی خشونت هستند، سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند (۳۲). علیرغم اینکه همه زنان در معرض خطر خشونت قرار دارند، اما برخی از گروه‌ها همانند نوجوانان و زنان با وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین در معرض خطر بیشتری هستند (۳۳). وضعیت اقتصادی و اجتماعی یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت و میرایی است (۳۴). زنان در شرایط اقتصادی و اجتماعی پایین از آسیب‌پذیری بیشتری برخوردارند. مطالعات نشان داده‌اند زنان به خاطر در معرض قرار گرفتن آسیب‌های روانی در وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین از افسردگی بیشتری برخوردار هستند (۳۵).

سلامتِ زنان یک عامل اساسی برای سلامت خانواده و جامعه است. زنان ۵۱٪ جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. زنان، به‌عنوان عضو اصلی خانواده و تصمیم‌گیری در امور مهم، نقش دارند. با در نظر گرفتن این امر که زنان علاوه بر نقش همسری و مادری دارای نقش‌های متعدد دیگری در جامعه، همچون مسئولیت‌های شغلی و اجتماعی نیز هستند، استرس زیادی به آن‌ها تحمیل می‌شود و در نتیجه همه این موارد می‌تواند استرس زیادی را بر آنان وارد کند و زمینه را برای ابتلا به انواع بیماری‌ها و اختلالات جسمی و روانی فراهم آورد (۳۶-۳۸). توجه به سلامت روحی و روانی زنان حائز اهمیت است و تحقیق در مورد سلامت روان آنان از اولویت خاصی برخوردار است (۳۹). لذا در این تحقیق به بررسی ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی، استرس درک‌شده، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی با افسردگی زنان در سنین باروری با به‌کارگیری مدل تحلیل مسیر پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش مقطعی-توصیفی بود؛ که بر روی ۱۰۵۳ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ابتدا فهرست درمانگاه‌ها در مناطق تحت پوشش آن دانشگاه تهیه گردید. سپس از هر منطقه، مراکزی به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و بر اساس جمعیت تحت پوشش در هر مرکز سهمیه‌ای به آن اختصاص یافت. زنان ایرانی ۱۸ تا ۳۵ ساله که دچار بیماری‌های شناخته‌شده نبودند و همچنین سابقه اختلالات روانی در خود و خانواده خود نداشتند، در مطالعه شرکت داده شدند. قبل از توزیع پرسشنامه، هدف از پژوهش به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آنان کسب گردید.

از پرسشنامه جمعیت‌شناختی جهت اطلاعات فردی با ۱۵ سؤال استفاده شد. روایی ابزار با روش روایی محتوایی سنجیده شد. جهت سنجش وضعیت اقتصادی و اجتماعی از پرسشنامه طراحی‌شده گرمارودی و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال است: میزان تحصیلات زن، تحصیلات همسر، مساحت زیربنا برحسب افراد خانوار، قیمت هر مترمربع زمین منزل مسکونی، تسهیلات و وسایل رفاهی (مانند داشتن خودروی شخصی و رایانه) و درآمد خانواده. پاسخ‌ها در هر بخش امتیازات متفاوت داشتند؛ برای مثال، برای تحصیلات ابتدایی ۲ امتیاز و مدرک دکتری ۱۷ امتیاز می‌گرفتند. در این پرسشنامه، همبستگی

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

این عوامل با نمره کل ۰/۸۷ به‌دست‌آمد. بنابراین، بر اساس تطابق امتیازها، نقطه مذکور برای ایجاد یک متغیر دوحالتی و دسته‌بندی خانوارها به دو گروه شامل وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامناسب و مناسب به‌وسیله شاخص خلاصه‌شده، ۱۶ تعیین‌شده بود. حداکثر امتیاز بالقوه در شاخص خلاصه‌شده، ۴۸ امتیاز بود (۴۰). پایایی ابزار در این پژوهش ۰/۸۸ به‌دست‌آمد.

برای سنجش استرس عمومی درک‌شده، در یک ماه گذشته، از از نسخه ۱۴ سؤالی پرسشنامه کوهن و همکاران استفاده شد. پاسخ‌ها بر اساس لیکرت (صفر-۵) نمره‌گذاری شد. درنتیجه، هر فرد نمره‌ای بین صفر تا ۵۶ کسب می‌کرد و نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر بود. لذا نقطه برش برای این پرسشنامه تعیین نشده است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سایر مطالعات ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به‌دست‌آمده است (۴۱-۴۲). پایایی آن در مطالعه حاضر ۰/۸۹ به‌دست‌آمد.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی درک‌شده استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال است؛ که در سه بخش حمایت دوستان، خانواده و همسر را می‌سنجد. کمترین و بیشترین نمره ۱۲ و ۸۴ است. این پرسشنامه در مطالعات مختلف بارها به‌کارگرفته شده و در ایران پایایی آن ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است (۴۳-۴۵). پایایی در این مطالعه ۰/۸۷ به‌دست‌آمد.

برای سنجش افسردگی از پرسشنامه «بِک» استفاده شد. این پرسشنامه ۲۱ سؤال سه گزینه‌ای دارد؛ که پاسخ‌ها بر اساس لیکرت (صفر-۳) نمره‌گذاری شده است و در نهایت هر فرد نمره‌ای بین صفر تا ۶۳ کسب می‌کند. پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف ثابت شده است. در ایران هنجاریابی آن نیز سنجیده شده است و عدد ۹ به‌عنوان حد مرز شناخته‌شده است. پایایی درونی این ابزار با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی ۰/۷۴ در جامعه ایرانی مورد تائید قرارگرفته است (۴۶-۴۷). پایایی ابزار در این مطالعه ۰/۸۶ به‌دست‌آمد. تمامی افرادی که درجاتی از افسردگی متوسط تا شدید را نشان دادند، برای بررسی بیشتر به متخصص امر ارجاع داده شدند.

در این پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونتِ اعمال‌شده توسط همسر بود؛ که با استفاده از پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت سنجیده شد. در ارزیابی خشونت خانگی، خشونت فیزیکی با ۹ سؤال، خشونت جنسی با ۸ سؤال و خشونت عاطفی با ۱۵ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت. پاسخ‌ها در هر سه بعد بر اساس لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری شده بود. فردی که حداقل یک پاسخ مثبت به هرکدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی می‌داد، خشونت‌دیده در نظر گرفته می‌شد. پایایی پرسشنامه در ایران توسط بسیاری از محققان بررسی‌شده و ضریب آلفای کرونباخ آن برای سه حیطه پرسشنامه، یعنی خشونت فیزیکی (α= ۰/۹۲)، روانی (۰/۸۹ =α) و جنسی (α= ۰/۸۸) به‌دست‌آمده است (۴۸). در این مطالعه ضریب پایایی سه حیطه به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۹۱ و ۰/۹۵ به‌دست‌آمد.

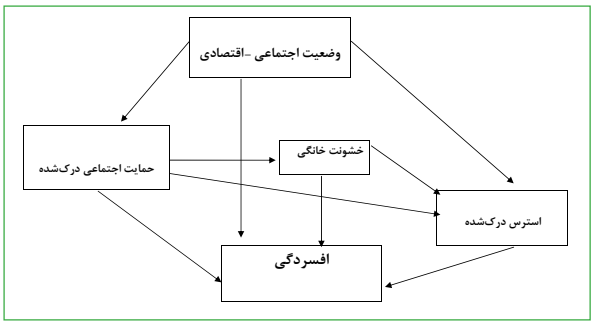
در مطالعه حاضر از شاخص‌های خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)،[1] نیکویی برازش (GFI)،[2] برازش نرمال شده (NFI)،[3] و برازش مقایسه‌ای (CFI)[4] جهت تعیین برازندگی مدل استفاده گردید. این شاخص‌ها ازلحاظ مطلوبیت به ضریب همبستگی شباهت دارند. به عبارتی مقدار آن‌ها بین صفر تا یک، متغیر است. RMSEA به‌عنوان اندازه تفاوت برای هر درجه آزادی تعریف‌شده است. مقداری که به‌واقع همان آزمون انحراف هر درجه آزادی است، برای مدل‌هایی که برازندگی خوبی داشته باشد، کمتر از ۰/۰۵ است. مقادیر بالاتر از آن تا ۰/۰۸ قابل‌قبول است گر چه برخی منابع تا ۰/۱۱ را قابل‌قبول می‌دانند. شاخص‌های IFI، CFI، GFI، NFI هرچه به یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده‌شده بیشتر است. مقادیر برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ در مقایسه با مدل صفر به‌عنوان شاخص خوبی برای برازندگی مدل‌های نظری است. شاخص دیگر برازش کای دو نسبی است که عبارت است از نسبت کای دو به درجه آزادی که مقادیر کمتر از

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
2. Goodness of Fit Index (GFI)
3. Normed Fit Index (NFI)
4. Comparative Fit Index (CFI)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

۳، نشان‌دهنده برازش خوب مدل است گر چه برخی آن را با مقدار ۴ و حتی ۵ نیز نشانه برازش خوب می‌دانند (۴۹).

داده‌ها با SPSS ۱۹ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند و آزمون مدل پیشنهادی از تحلیل مسیر با نرم‌افزار Lisrel ۸٫۸ انجام شد.



نمودار ۱. مدل مفهومی عوامل مرتبط با افسردگی زنان

یافته‌ها

بین میانگین سنی زنان افسرده و غیرافسرده تفاوت معنادار وجود نداشت. ولی بین تحصیلات آنان و همسرانشان به لحاظ آماری اختلاف معنادار وجود دارد (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه ویژگی جمعیت‌شناختی به تفکیک زنان افسرده و غیر افسرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

متغیرها	افسرده (N=۴۹۲)	غیرافسرده (N=۵۶۱)	نوع آزمون؛ نتیجه آزمون
میانگین سن زن	۲۸/۹۳±۵/۲۶	۲۹/۰۴±۵/۱۱	تی مستقل t=-۰/۳۳۳؛ p=۰/۷۳۹
میانگین سن همسر	۳۳/۳۲±۵/۷۲	۳۳/۵۳±۵/۴۷	تی مستقل t=-۰/۶۰۴ p=۰/۵۴۶
تحصیلات زن (اکثریت) دبیرستان	۳۱۰ (٪ ۵۰/۲)	۳۰۸ (٪ ۴۹/۸)	من‌ویتنی p=۰/۰۰۱
تحصیلات همسر (اکثریت)دبیرستان	۳۲۹ (٪ ۵۱/۱)	۳۱۵ (٪ ۴۸/۹)	من‌ویتنی p=۰/۰۰۱
شغل زن (اکثریت) خانه‌دار	۴۶۷ (٪ ۴۷/۴)	۵۱۹ (٪ ۵۲/۶)	کای‌دو p=۰/ ۱۱۱
شغل همسر (اکثریت) آزاد	۲۹۲ (٪ ۴۸/۲)	۳۹۴ (٪ ۵۱/۸)	من‌ویتنی p=۰/۱۲۵

از بین زنان موردبررسی ۴۶/۷ ٪ آنان از درجاتی از خفیف تا شدید افسردگی داشتند (۲۶/۴ ٪ افسردگی خفیف، ۱۴/۸ ٪ متوسط و ۵/۵ ٪ شدید و خیلی شدید) و اکثریت افراد، یعنی ۴۳/۱ ٪، از حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند. میانگین امتیاز حمایت همسر ۵۰/۵۴±۲۲/۲۷، حمایت خانواده ۵/۵۱ ±۲۲/۵۴، حمایت دوستان ۷/۶۳ ±۶۲/۱۲ به دست آمد. ۷۰ ٪ افراد از وضعیت اقتصادی مطلوب برخوردار بودند و ۴۱/۱ ٪ مورد خشونت قرارگرفته بودند (جدول ۲و ۳).

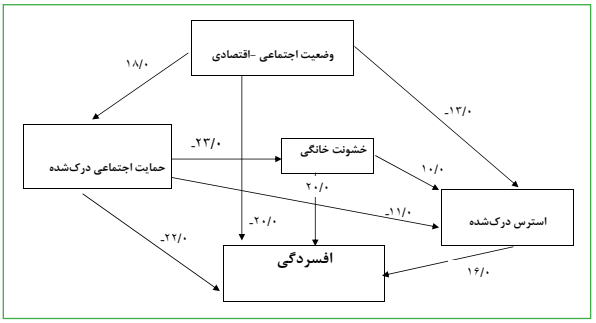
جدول ۲. میانگین امتیازات متغیرهای موردبررسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

متغیرهای موردبررسی	میانگین و انحراف معیار	حداقل امتیاز کسب‌شده	حداکثر امتیاز کسب‌شده
افسردگی	۱۱/۴۰±۹/۶۳	۰	۵۷
وضعیت اجتماعی- اقتصادی	۱۹/۸۸±۷/۱۱	۶	۴۶
حمایت اجتماعی	۶۲/۵۲±۱۵/۰۸	۱۲	۸۴
استرس درک‌شده	۲۳/۲۲±۸/۳۴	۰	۴۲
خشونت	۴/۷۶±۲/۲۷	۰	۳۶

جدول ۳. ارتباط وضعیت اجتماعی-اقتصادی، حمایت اجتماعی، استرس درک‌شده و خشونت خانگی با افسردگی با آزمون دومتغییره

	افسردگی	خشونت	وضعیت اجتماعی اقتصادی	حمایت اجتماعی	استرس درک‌شده
افسردگی	۱	۰/ ۲۸۷*	-۰/۲۴۹*	-۰/۳۱۵*	۰/۱۸۴*
خشونت		۱	- ۰/۱۲۵*	- ۰/۲۳۲*	۰/۱۰۶*
وضعیت اجتماعی اقتصادی			۱	۰/۱۸۴*	۰/۰۹۶*
حمایت اجتماعی				۱	- ۰/۱۰۵*
استرس درک‌شده					۱

*ضریب همبستگی، ارتباط معناداری در سطح ۰/۰۱



نمودار ۱. مدل آزمون شده: ضرایب مسیر استانداردشده

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

در تحلیل مسیر وضعیت اقتصادی -اجتماعی هم به‌صورت مستقیم و هم غیرمستقیم، استرس درک‌شده به‌صورت مستقیم، حمایت اجتماعی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم و خشونت خانگی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم در بروز افسردگی مؤثر بودند؛ و در مقایسه اثرات کل، حمایت اجتماعی بیشترین اثر را بر افسردگی نشان داد (جدول ۴).

جدول ۴. ضرایب استانداردشده اثر مستقیم و غیرمستقیم وضعیت اجتماعی -اقتصادی، حمایت اجتماعی، استرس درک‌شده و خشونت خانگی و اثر کل آن‌ها

متغیرها	تأثیر متغیرها بر افسردگی			T Value
	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	
وضعیت اجتماعی -اقتصادی	-۰/۲۰	-۰/۰۷۲۵۱	-۰/۲۷۲۵	-۷/۱۰
استرس درک‌شده	۰/۱۶	-	۰/۱۶	۵/۷۱
حمایت اجتماعی	-۰/۲۲	- ۰/۰۶۷۲	-۰/۲۸۷۲	۷/۴۶
خشونت خانگی	۰/۲۰	۰/۰۱۶	۰/۲۱۶	۶/۸۵

در برازش مدل با بکار گیری شاخص‌ها مشخص شد که. مدل پیشنهادی در تحقیق از برازش مناسبی برخوردار است. میزان کای دوی نسبی ۳/۸۴ کسب شد (جدول ۵).

جدول ۵. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

RMSEA	GFI	CFI	NFI	p	df	χ^2
۰/۰۸۱	۱	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۰۵	۱	۳/۸۴

بحث

یافته‌ها نشان دادند که وضعیت اجتماعی -اقتصادی، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی هم به‌صورت مستقیم و هم غیرمستقیم و استرس درک‌شده به‌صورت مستقیم با بروز افسردگی زنان ارتباط دارند. در مقایسه، اثرات کل حمایت اجتماعی بیشتر ارتباط را در بروز افسردگی نشان داد.

بین زنان شرکت‌کننده در این مطالعه ۴۶/۷ ٪ نمره خفیف تا شدید افسردگی را کسب کردند. درستی‌مطلق و همکاران (۵۰) میزان افسردگی را در بین نمونه‌های موردبررسی ۵۴/۷ ٪ گزارش کردند. مشکی و همکاران (۵۱) این میزان را ۲۱/۵ ٪ و آیین‌پرست و همکاران (۲۲) افسردگی شدید و بسیار شدید ۸/۳ ٪ گزارش کردند. شاید تفاوت‌های موجود به دلیل حجم نمونه موردبررسی و ابزارهای به‌کارگرفته‌شده جهت سنجش افسردگی باشد.

در این پژوهش، وضعیت اجتماعی-اقتصادی با بروز افسردگی هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم از طریق تأثیر بر حمایت اجتماعی و استرس درک‌شده ارتباط نشان داد. رحمانی و همکاران (۵۲) نشان دادند که بین وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده و میزان استرس درک‌شده و میزان تحصیلات با بروز افسردگی ارتباط وجود دارد. ولی خرم‌آبادی و همکاران (۵۳) ارتباطی به دست نیاوردند. با بهبود درآمد، پایگاه شغلی و وضعیت تحصیلی سرپرست خانوار از فشار روانی بر زنان کاسته می‌شود (۵۴).

میج و شانان‌هان (۵۵) مشخص کردند که بین حمایت اجتماعی، میزان درآمد و وضعیت اجتماعی-اقتصادی و بروز افسردگی ارتباط وجود دارد. صالحی و همکاران (۵۶) سطح تحصیلات، اجاره‌ای بودن مسکن و دریافت خدمات بیمه‌ای را در میان عوامل خطرساز مرتبط با بروز افسردگی معرفی کرده اند.

آیین‌پرست و همکاران (۲۲) عوامل پیشگویی‌کننده در بروز افسردگی را میزان درآمد خانوار، بیکاری همسر، استرس‌های زندگی و اضطراب مشخص کردند؛ همچنین در این تحقیق افسردگی در بین زنان خانه‌دار بیشتر از زنان شاغل بود. زنان با درآمد کم استرس‌های بیشتری را تحمل می‌کنند و این امر می‌تواند عامل پیشگویی‌کننده برای سلامت روانی باشد (۵۷).

در این مطالعه رابطه مستقیمی بین حمایت اجتماعی با بروز افسردگی به دست آمد. تام‌چک (۵۸) در مطالعه خود نشان داد که بین حمایت اجتماعی دریافت‌شده در گروه زنان با افسردگی و بدون افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. مسعودنیا (۵۹) نیز نشان داد که بین بروز افسردگی در زنان با حمایت ادراک‌شده از سوی خانواده و افراد مهم در زندگی زنان و دوستان ارتباط وجود

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

دارد. ولی عزتی و همکاران (۲۷) نیز فقط بین حمایت اجتماعی از سوی خانواده و بروز افسردگی ارتباط نشان دادند و در سایر حیطه‌های حمایت ارتباط به دست نیاوردند.

برای تعیین تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت دو فرآیند موردتوجه قرارگرفته است. اولین فرآیند، بیانگر تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی بر سلامت است. مطابق با این سازوکار، اثرات مثبت حمایت یا نبود حمایت ناشی از انزوای اجتماعی مستقیماً بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. فرآیند دوم از طریق آنچه اصطلاحاً «اثر تعدیل‌کننده» نامیده می‌شود عمل می‌کند. مطابق این فرآیند حمایت اجتماعی به تعدیل اثر فشارهای عصبی حاد و مزمن بر سلامتی افراد کمک می‌کند. در تبیین این مسئله فرض بر این است که اثر علّی حوادث زندگی بر شکل‌گیری بیماری از طریق عوامل حمایتی نظیر حمایت اجتماعی تعدیل می‌شود (۲۸-۲۹).

حمایت اجتماعی در این پژوهش به‌طور غیرمستقیم با تأثیر بر استرس و نیز خشونت خانگی با بروز افسردگی ارتباط نشان داد. به این مفهوم که زنانی که از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بودند، بیشتر تحت تأثیر استرس و نیز خشونت خانگی قرار می‌گرفتند و از این طرق میزان افسردگی در این زنان بیشتر بود. حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشم‌گیری در سلامت دارند. این امر تأثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد. روابط حمایتی می‌تواند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردد. افرادی که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند، بیش‌تر در معرض مشکلات روانی و جسمی هستند (۶۰).

رویدادهای استرس‌زا واکنش‌های متفاوتی را تحت تأثیر عوامل فردی و اجتماعی گوناگون در افراد ایجاد می‌کند. حمایت اجتماعی دارای نقش تعیین‌کننده در این امر است و مانند یک سد مهم در برابر افسردگی عمل می‌کند. و در سازگاری با استرس‌ها می‌تواند مداخله مثبت داشته باشد. به عبارت دیگر، حمایت اجتماعی می‌تواند در سازگاری روان‌شناختی افرادی که با استرس‌های عمده سلامتی مواجه می‌شوند، مداخله کند و با افزایش درک صحیح از رویدادهای استرس‌زا، باعث کاهش تأثیر فشار روانی گشته و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل برساند (۲۷).

در این پژوهش، بین استرس و بروز افسردگی رابطه مستقیمی وجود داشت. زمانی که فردی با عوامل استرس‌زا مانند نیازها و یا تهدیدها مواجه می‌شود، دو رخداد اساسی فیزیولوژیک رخ می‌دهد. اولین رخداد شامل دستگاه عصبی اتونومیک و ترشح کاتکول‌آمین‌ها، به‌ویژه، نوراپی‌نفرین و اپی‌نفرین است. رخداد بعدی در محور هیپوتالاموس ـ هیپوفیز و آدرنال موجب ترشح غالب هورمون‌های کورتیکوتروپین، آدرنوکورتیکوتروپین و کورتیزول می‌شوند. این دو مکانیسم نه‌تنها سبب ایجاد پاسخ‌های فیزیولوژیک می‌شوند بلکه موجب تغییر در رفتار نیز می‌شوند؛ که شامل کاهش اشتها، کاهش فعالیت جنسی، افزایش احساس افسردگی و اضطراب و افزایش خشونت و برانگیختگی می‌شود (۶۱-۶۲). در تحقیق کادرمایدن و همکاران (۶۳) مشخص شد زنانی که در معرض استرس بالا قرار دارند ۴/۹ برابر بیشتر در خطر ابتلا به افسردگی هستند.

در مطالعه حاضر بین خشونت خانگی و بروز افسردگی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم ارتباط وجود داشت. لاگدون و همکاران (۶۴) نشان دادند که زنانی که تحت خشونت شریک خود قرار می‌گیرند، بیشتر با مشکلات روانی ازجمله استرس درک‌شده و افسردگی مواجه هستند. کادرمایدن و همکاران (۶۳) نشان دادند افرادی که تحت خشونت قرار گرفتند، ۷/۰۹ برابر نسبت به افراد خشونت‌ندیده دچار افسردگی می‌شوند. همچنین افرادی که تحت خشونت قرار می‌گیرند، از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند و افسردگی بیشتری از خود نشان می‌دهند (۶۵). سایر مطالعات نیز با نتایج این مطالعه همخوانی داشتند (۶۶-۶۸).

نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج مطالعه و تأثیر عواملی چون وضعیت اجتماعی-اقتصادی، حمایت اجتماعی، استرس و خشونت خانگی بر بروز افسردگی، به عنوان یکی از مشکلات مهم سلامت روان بخصوص در زنان، توجه به این عوامل تأثیرگذار به‌منظور پیشگیری و

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

غربالگری به‌منظور تشخیص بهنگام و درمان لازم به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

نویسندگان از روسا و سایر همکاران درمانگاه‌ها و نیز مادران شرکت‌کننده در تحقیق کمال قدردانی و تشکر را دارند. این مقاله از رساله دکتری پژوهشی با عنوان «طراحی و آزمون مدل ارتباطی عوامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت مادر با فرآیند اختلالات تکاملی شیرخواران» استخراج‌شده مصوب مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی به راهنمایی سرکار خانم دکتر روشنک وامقی است.

References:

1. Tehrani H, Rakhshani T, Zadeh DS, Hosseini SM. Analyzing the relationship between job stress to mental health, personality type and stressful life events of the nurses occupied in tehran 115 emergency. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2013;15(3):272-3.View link
2. Ashkani H, Mossalanejad l, Roshanaie Y. Motherhood and mental health. 1ed,Vol 2. Tehran: Roshan book publications; 2004.
3. Tehrani H, Shojayizade D, Hoseiny S, Sh A. Relationship between Mental Health, personality Trait and Life Events in Nurses Working in Tehran Emergency Medical Service (Tehran 115). Iran Journal of Nursing. 2012;25(75):52-9. Abstract/FREE Full Text
4. Kalia M. Assessing the economic impact of stress-the modern day hidden epidemic. Metabolism. 2002; 51(6):49-53. Abstract
5. Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. The Scientific World Journal. 2012;653098. Abstract/FREE Full Text
6. Beck AT, Alford BA. Depression: causes and treatments. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009. View link
7. Montazeri A, Mousavi S.J, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T.Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). Payesh. 2013; 12(6): 567-594. Abstract/
8. Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaeili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghhar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Preventive Medicine. 2010; 1(2): 81-91. Abstract/FREE Full Text
9. Dorosty Motlagh A.R, Nooraliey P, Sadrzade Yegane H, Hossein M, Karimi J. Determination of Economic - Social factors associated with weight status and depression and the relationship between obesity and depression with regard to these factors in high school girls. Payesh. 2015; (14)3: 305-313. Abstract
10. Sajadi H, Vameghi M, Forozan A. S, Rafiey H, Mohgheghee Kamal SH, Nosrat abadi M. Prevalence, risk factors and interventions of depression during pregnancy in Iranian Studies (1997-2011): A systematic review. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2013; 5(2):521-530. Abstract/FREE Full Text
11. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. Journal of affective disorders. 2003;74(1):5-13.Abstract
12. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. Journal of affective disorders. 2003;74(1):67-83. Abstract
13.Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007. View link
14. Zammit S, Owen MJ. Stressful life events, 5-HTT genotype and risk of depression. The British Journal of Psychiatry. 2006;188(3):199-201. Abstract
15. Saber M TH, Shojaeizadeh D, Maleki Z, Esfandiyarpoor R. Mental Health and Exposure to Stressful Life Events of Nurses Working in Emergency Medical Service (ER 115). Journal Health System Research. 2013;9(3):294-300. Abstract
16. Reay R, Matthey S, Ellwood D, Scott M. Long-term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program. Journal of Affective Disorders. 2011;129(1–3):94-103. Abstract
17. Ordway MR. Depressed mothers as informants on child behavior: Methodological issues. Research in nursing & health. 2011;34(6):520-32. Abstract
18. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. BMC Psychiatry. 2008; 3;8:1. Abstract/FREE Full Text
19. Gelder MG, Gelder M, Mayou R, Geddes J. Psychiatry: An Oxford Core Text. 3 ed. new york: Oxford University Press; 2005. 20. Salehi L, Tavafian S, Salehi F. Demographic features affecting on postpartum depression. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery. 2009;19(64): 25-31. Abstract/FREE Full Text
21. Edge D. Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression _a comparative study among inner-city women in the United Kingdom. Journal of Psychosomatic Research. 2007;63(3):291-295. Abstract

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

22. Aeenparast A, Farzadi F, Maftoon F, Azin A, Omidvari S, Jahangiri K, Sadighi J,et al. Depression among the general population in Iran: Iranian health perception survey. Payesh. 2012; 11 (2): 221-226. Abstract
23. Ceballo, R. and McLoyd, V. C. Social Support and Parenting in Poor Dangerous Neighborhoods. Child Development.2002; 73(4): 1310–1321. Abstract
24. Senturk1 V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. BMC Psychiatry.2011; 24; 11:48. Abstract/FREE Full Text
25. PourMohammad Rezaei, Myrzmany Bafghi M. The Relationship Among Brain/Behavioral System, Social Support and Depression. Journal of Social Welfare. 2007; 7(26): 223-246. Abstract
26. Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Ahmadi S, Taheri 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. Abstract
27. Ezzati A,Nouri R,Hasani J. Structural Relationship Model between Social Support, Coping Strategies, Stigma and Depression in Infertile Women in Tehran, Iran. 2010. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.2013; 16(45): 20-28Abstract/FREE Full Text
28. Marmot MG, Wilkinson RG. Social determinants of health: Oxford University Press, USA.2006. View link
29. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. Quality of Life Research. 2004; 13(1):161-170. Abstract
30. Noury R, Jazayeri AR, Mazinani R, Qazi Tabatabaee M. The role of stress and sociotroy and autonomy in depression. Social Welfare. 2005; 5(20):1-18. Abstract
31. Naved RT, Persson LÅ. Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh. International family planning perspectives.2008;34(2):71-78. Abstract/FREE Full Text
32. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between violence during pregnancy and postpartum depression. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2010;12(4):377-383. Abstract/FREE Full Text
33. Behnam H, Moghadam Hoseini V, Soltanifar A. Domestic violence against the Iranian pregnant women. Horizon of Medical Science. 2008;14(2):70-6. Abstract/FREE Full Text
34. Genereux M, Auger N, Goneau M, Daniel M. Neighborhood socioeconomic status, maternal education and adverse birth outcomes among mothers living near highways. Journal of epidemiology and community health. 2008; 62(8):695-700. Abstract
35. Petterson S.M, Albers A. Effects of Poverty and Maternal Depression on Early Child Development. Child Development.2001; 72(6).1794-1813. Abstract
36. Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E, Montazeri A, Hosseni M. The Social Determinants of Health in Association with Women's Health Status of Reproductive Age: A Population-Based Study. Iranian journal of public health. 2015;44(1):119-129 Abstract/FREE Full Text
37. Reid S, Petrie E, Guzys D. Women's health nursing. An Introduction to Community and Primary Health Care in Australia. 2013:242.View link
38. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC, Alden KR. Study Guide for Maternity and Women's Health Care: Elsevier Health Sciences; 2015.View link
39. Kamerman SB. From maternity to parental leave policies: women's health, employment, and child and family well-being. Journal of the American Medical Women's Association (1972). 1999;55(2):96-9.View link
40. Garmaroudi GH, Moradi A. Socio-Economic status in Iran: a study of measurement index. Payesh. 2010; 9(2):137-44. Abstract
41. Leung D, Lam T, Chan S. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. BMC public health. 2010; 10(1):513. Abstract/FREE Full Text
42. Mirabzadeh A, Dolatian M, Forouzan A S, Sajjadi H, Alavi Majd H, Mahmoodi Z. Path Analysis Associations Between Perceived Social Support, Stressful Life Events and Other Psychosocial Risk Factors During Pregnancy and Preterm Delivery. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2013; 15(6): 507- 14. Abstract/FREE Full Text
43. Ekbäck M, Benzein E, Lindberg M, Arestedt K. The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) - a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. Health Qual Life Outcomes. 2013; 10;11:168. Abstract/FREE Full Text
44. Guan NC, Seng LH, Ann AYH, Hui KO. Factorial validity and reliability of the Malaysian simplified Chinese version of multidimensional scale of perceived social support (MSPSS-SCV) among a group of university students. Asia-Pacific Journal of Public Health. 2015;27(2):225-31.. Abstract
45. Ng C, Siddiq AA, Aida S, Zainal N, Koh O. Validation of the Malay version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS-M) among a group of medical students in Faculty of Medicine, University Malaya. Asian Journal of Psychiatry. 2010;3(1):3-6.Abstract
46. Jakšić N, Ivezić E, Jokić-Begić N, Surányi Z, Stojanović-Špehar S. Factorial and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in Croatian primary health care. Journal of clinical psychology in medical settings. 2013;20(3):311-22. Abstract
47. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depress Anxiety. 2005; 21(4):185-192. Abstract

48. Hajian S, Vakilian K, Mirzaii Najm-abadi K, Hajian P, Jalalian M. Violence against Women by Their Intimate Partners in Shahroud in Northeastern Region of Iran. Global journal of health science. 2014; 6(3):117-130. Abstract/FREE Full Text
49. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. 2008;2(1):414-433. View link
50. Dorosty Motlagh A.R, Nooraliey P, Sadrzade yegane H, Hossein M, Karimi J. Determination of Economic - Social factors associated with weight status and depression and the relationship between obesity and depression with regard to these factors in high school girls. Payesh 2015; 14(3): 305-313. Abstract
51. Moshki M, Baloochi Beydikhti T, Cheravi K. The Relationship of Postpartum Depression to Health Control Beliefs and Demographic Factors. ZUMS Journal. 2014; 22 (92):74-85. Abstract/FREE Full Text
52. Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing Factors of Postpartum Depression. Iran Journal of Nursing. 2011; 24 (72):78-87.Abstract/FREE Full Text
53. Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. Prevalence of Postpartum Depression and Related Factors in Qom. Pajoohandeh Journal. 2010; 15(2):62-6. Abstract/FREE Full Text
54. Seyyedan F. Multiplicity socio-economic status of women with mental disorders. Women's studies (Sociological & Psychological).2004; 2(6), 31-59. Abstract/FREE Full Text
55. Miech R.L,Shanahan M.J. Socio-economic status and depression over the life course.Journal of health and social behavior.2000;41(2):162-176. Abstract/FREE Full Text
56. Salehi L, Tavafian S, Salehi F. Demographic features affecting on postpartum depression. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery. 2009;19(64).25-31 Abstract/FREE Full Text
57. Murata C, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Ojima T. Association between depression and socio-economic status among communitydwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). Health Place. 2008; 14(3): 406-414. Abstract
58. Tomczak-Witych A. [The level of social support parameters in relation to coping with stress caused by a disease among female patients suffering from depression]. Psychiatria polska. 2005;40(3):503-14.Abstract
59. Masoudnia E. Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder. Iran Journal of Nursing. 2011; 24 (70):8-18. Abstract
60. Wilkinson RG, Marmot MG. Social determinants of health: the solid facts: World Health Organization; 2003. View link
61. Wang X,Cai L,Qian J,Peng J. Social support moderate stress effects on depression. International Journal of Mental Health Systems. 2014; 13; 8(1):41. Abstract/FREE Full Text
62. Booij SH, Bos EH, Bouwmans ME, van Faassen M, Kema IP, Oldehinkel AJ, de Jonge P. Cortisol and α-Amylase Secretion Patterns between and within Depressed and Non-Depressed Individuals.PLoS ONE. 2015; 10(7):e0131002. Abstract
63. Kader Maideen SF, Mohd. Sidik S, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, Associated Factors and Predictors of Depression among Adults in the Community of Selangor, Malaysia. PLoS ONE.2014;9(4): e95395. Abstract
64. Lagdon S, Armour CH, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. European Journal of Psychotraumatology.2014; 5,24794. Abstract/FREE Full Text
65. Teng P, Hall B.J, Ling Li.The association between social resources and depression among female migrants affected by domestic violence. European Journal of Psychotraumatology.2014; 5, 26528. Abstract/FREE Full Text
66. Illangasekare SL, Burke JG, McDonnell KA, Gielen AC. The impact of intimate partner violence, substance use, and HIV on depressive symptoms among abused low-income urban women. Journal of interpersonal violence. 2013;28(14):2831-48.Abstract
67. Kabir Z.N, Nasreen H.E, Edhborg M. Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6-8 months after childbirth in rural Bangladesh. Glob Health Action 2014, 7: 24725. Abstract/FREE Full Text
68. Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F. A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. Archives of women's mental health. 2014;17(2):145-54.Abstract/FREE Full Text

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]