

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 effect ($\beta = -0.20$) and indirect effect ($\beta = -0.07251$), perceived stress had direct effect ($\beta = 0.16$), social support had direct ($\beta = -0.22$) and indirect effect ($\beta = -0.0672$), domestic violence had direct effect ($\beta = 0.20$) on depression, and in the overall effect social support had the most effects on depression ($\beta = -0.2872$).

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 status, Domestic violence, Path Analysis, Tehran.

► **Citation:** Akbari SK, Vameghi R, Sajedi F., Sajjadi H, AlaviMajd H, Hajighasemali 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

ارتباط وضعیت اقتصادی - اجتماعی، استرس درک شده، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی با افسردگی زنان در سنین باروری: به کارگیری مدل تحلیل مسیر

صدیقه امیرعلی اکبری

دانشجوی دکتری پژوهشی، مرکز تحقیقات توان بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران

روشنک وامقی

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

فیروزه ساجدی

متخصص کودکان، استاد مرکز تحقیقات توان بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران

حمیرا سجادی

متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران

حمید علوی مجد

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

سهیلا حاجی قاسمعلی

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

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، این تحقیق به آزمون مدل ارتباطی وضعیت اقتصادی-اجتماعی، استرس درک شده، 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 مراجعه کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. نحوه نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای و تصادفی بود. ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، افسردگی یک، استرس درک شده، حمایت اجتماعی درک شده و پرسشنامه خشونت خانگی بود. داده‌ها با SPSS ۱۹ و آزمون مدل پیشنهادی از تحلیل مسیر با نرم‌افزار Lisrel ۸٫۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از زنان موردبررسی، ۴۹/۷٪ درجاتی از خفیف تا شدید افسردگی داشتند. میانگین امتیاز استرس ۲۳/۲۲±۸/۳۴ و بیشتر افراد (۴۳/۱٪) از حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند. ۷۰٪ افراد از وضعیت اقتصادی مطلوب برخوردار بودند و ۴۱/۱٪ مورد خشونت قرار گرفته بودند. در تحلیل مسیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی هم به صورت مستقیم (β = -۰/۲۰) و هم غیرمستقیم (β = -۰/۰۷۲۵۱)، استرس درک شده به صورت مستقیم (β = ۰/۱۶)، حمایت اجتماعی به صورت مستقیم (β = -۰/۲۲) و غیرمستقیم (β = -۰/۰۶۷۲) و خشونت خانگی به صورت 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 از نظر این عوامل به منظور 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:** امیرعلی اکبری ص، وامقی ر، ساجدی ف، سجادی ح، علوی مجد و حاجی قاسمعلی، س. ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی، استرس درک شده، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی با افسردگی زنان در سنین باروری: به کارگیری مدل تحلیل مسیر. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، زمستان ۱۳۹۴، ۳(۴): ۴۰۱-۳۹۱.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳

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 به عنوان بحران‌های زندگی زنان به شمار می‌روند؛ که می‌توانند جسم و روان زنان را به طور انکارناپذیری تحت تأثیر قرار دهند (۲). ۱۲/۸٪ ناتوانایی‌های افراد مربوط به مشکلات روانی آن‌هاست. اختلالات روانی، به ویژه اضطراب، استرس و افسردگی، به عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل مرخصی‌های استعلاجی طولانی مدت (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 روان پزشکی آمریکا، احتمال وقوع اختلال افسردگی 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٪ گزارش شده 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 ۳/۲۱٪ در مقایسه با ۷/۱۲٪ 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 آموخته شده مربوط به درمادگی 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، زنان 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 به‌طور کلی، در گروه‌هایی که عوامل روانی- اجتماعی نامطلوب (مانند افراد بی‌خانمان) دارند، نیز بالاتر است (۱۹). سابقه افسردگی در خانواده، بد رفتاری 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 ذکر شده 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 زنان خیلی افسرده از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند (۲۴). پورمحمدرضای تجربی و میرزمانی بافقی (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 به عنوان «امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند» تعریف شده است. همچنین این مفهوم به عنوان «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

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 به تنهایی 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).

سلامت 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

در این پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونت اعمال شده 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 هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی می‌داد، خشونت‌دیده در نظر گرفته می‌شد. پایایی پرسشنامه در ایران توسط بسیاری از محققان بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن برای سه حیطه پرسشنامه، یعنی خشونت فیزیکی ($\alpha = 0/92$)، روانی ($0/89$) و جنسی ($\alpha = 0/88$) به دست آمده است ($0/48$). در این مطالعه ضریب پایایی سه حیطه به ترتیب $0/98$ و $0/91$ و $0/95$ به دست آمد.

در مطالعه حاضر از شاخص‌های خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)،^۱ نیکویی برازش (GFI)،^۲ برازش نرمال شده (NFI)،^۳ و برازش مقایسه‌ای (CFI)^۴ جهت تعیین برازندگی مدل استفاده گردید. این شاخص‌ها از لحاظ مطلوبیت به ضریب همبستگی شباهت دارند. به عبارتی مقدار آن‌ها بین صفر تا یک، متغیر است. RMSEA به عنوان اندازه تفاوت برای هر درجه آزادی تعریف شده است. مقداری که به واقع همان آزمون انحراف هر درجه آزادی است، برای مدل‌هایی که برازندگی خوبی داشته باشد، کمتر از $0/05$ است. مقادیر بالاتر از آن تا $0/08$ قابل قبول است گرچه برخی منابع تا $0/11$ را قابل قبول می‌دانند. شاخص‌های CFI، IFI، GFI، NFI هرچه به یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده شده بیشتر است. مقادیر برابر یا بزرگ‌تر از $0/9$ در مقایسه با مدل صفر به عنوان 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

این عوامل با نمره کل $0/87$ به دست آمد. بنابراین، بر اساس تطابق امتیازها، نقطه مذکور برای ایجاد یک متغیر دو حالتی و دسته‌بندی خانوارها به دو گروه شامل وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامناسب و مناسب به وسیله شاخص خلاصه شده، ۱۶ تعیین شده بود. حداکثر امتیاز بالقوه در شاخص خلاصه شده، ۴۸ امتیاز بود ($0/40$). پایایی ابزار در این پژوهش $0/88$ به دست آمد.

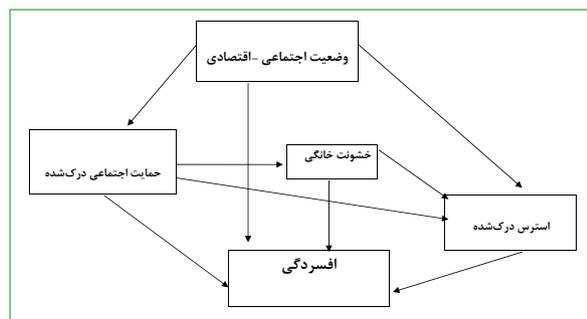
برای سنجش استرس عمومی درک شده، در یک ماه گذشته، از از نسخه ۱۴ سؤالی پرسشنامه کوهن و همکاران استفاده شد. پاسخ‌ها بر اساس لیکرت (صفر-۵) نمره‌گذاری شد. در نتیجه، هر فرد نمره‌ای بین صفر تا ۵۶ کسب می‌کرد و نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر بود. لذا نقطه برش برای این پرسشنامه تعیین نشده است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سایر مطالعات $0/84$ تا $0/86$ به دست آمده است ($0/41-0/42$). پایایی آن در مطالعه حاضر $0/89$ به دست آمد.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده 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 به کار گرفته شده و در ایران پایایی آن $0/89$ به دست آمده است ($0/43-0/45$). پایایی در این مطالعه $0/87$ به دست آمد.

برای سنجش افسردگی از پرسشنامه «بک» 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 هنجاریایی آن نیز سنجیده شده است و عدد ۹ به عنوان حد مرز شناخته شده است. پایایی درونی این ابزار با ضریب آلفا کرونباخ $0/87$ و پایایی $0/74$ در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است ($0/46-0/47$). پایایی ابزار در این مطالعه $0/86$ به دست آمد. تمامی افرادی که درجاتی از افسردگی متوسط تا شدید را نشان دادند، برای بررسی بیشتر به متخصص امر ارجاع داده شدند.

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

۳، نشان‌دهنده برازش خوب مدل است گرچه برخی آن را با مقدار ۴ و حتی ۵ نیز نشانه برازش خوب می‌دانند (۴۹). داده‌ها با SPSS ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل 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
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٪)	من ویتنی p=۰/۰۰۱
تحصیلات همسر (اکثریت) دبیرستان	۳۲۹ (۵۱/۱٪)	۳۱۵ (۴۸/۹٪)	من ویتنی p=۰/۰۰۱
شغل زن (اکثریت) خانه‌دار	۴۶۷ (۴۷/۴٪)	۵۱۹ (۵۲/۶٪)	کای دو p=۰/۱۱۱
شغل همسر (اکثریت) آزاد	۲۹۲ (۴۸/۲٪)	۳۹۴ (۵۱/۸٪)	من ویتنی p=۰/۱۲۵

از بین زنان مورد بررسی 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 ۵۴/۵۰±۲۲/۲۷، حمایت خانواده ۵۱/۵±۲۲/۵۴، حمایت دوستان ۶۳/۷±۶۲/۱۲ به دست آمد. ۷۰٪ افراد از وضعیت اقتصادی مطلوب برخوردار بودند و ۴۱/۱٪ مورد خشونت قرار گرفته بودند (جدول ۲ و ۳).

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

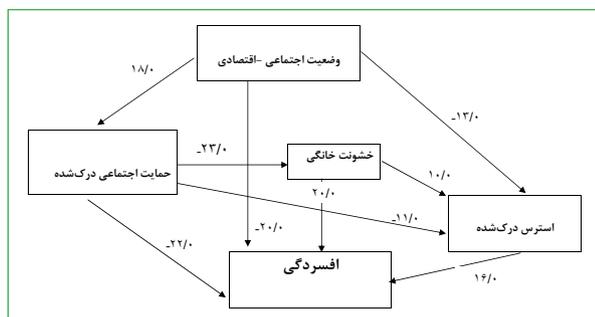
متغیرهای مورد بررسی	میانگین و انحراف معیار	حداقل امتیاز کسب شده	حداکثر امتیاز کسب شده
افسردگی	۱۱/۴۰±۹/۶۳	۰	۵۷
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۱۹/۸۸±۷/۱۱	۶	۴۶
حمایت اجتماعی	۶۲/۵۲±۱۵/۰۸	۱۲	۸۴
استرس درک‌شده	۲۳/۲۲±۸/۳۴	۰	۴۲
خشونت	۴/۷۶±۲/۲۷	۰	۳۶

جدول ۳. ارتباط وضعیت اجتماعی-اقتصادی، حمایت اجتماعی،

استرس درک‌شده و خشونت خانگی با افسردگی با آزمون دومتغییره

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

*ضریب همبستگی، از تباط معناداری در سطح ۰/۰۱



نمودار ۱. مدل آزمون شده: ضرایب مسیر استاندارد شده

میزان افسردگی را در بین نمونه‌های موردبررسی ۵۴/۷٪ گزارش کردند. مشکلی و همکاران (۵۱) این میزان را ۲۱/۵٪ و آیین پرست 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).

میچ 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 خطر ساز مرتبط با بروز افسردگی معرفی کرده‌اند.

آیین پرست 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

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

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

در برازش مدل با بکارگیری 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

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

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. درستی مطلق و همکاران (۵۰)

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 مورد توجه قرار گرفته 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 علی 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 - هیپوفیز و آدرنال موجب ترشح غالب هورمون‌های کورتیکوتروپین، آدرنوکورتیکوتروپین و کورتیزول می‌شوند. این دو مکانیسم نه تنها 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 از جمله 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

مقاله از رساله دکتری پژوهشی با عنوان «طراحی و آزمون مدل ارتباطی عوامل تعیین کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت مادر با فرآیند اختلالات تکاملی شیرخواران» استخراج شده مصوب مرکز تحقیقات توان بخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی به راهنمایی سرکار خانم دکتر روشک وامقی است.

غربالگری به منظور تشخیص بهنگام و درمان لازم به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

نویسندگان از روسا و سایر همکاران درمانگاه‌ها و نیز مادران شرکت کننده در تحقیق کمال قدردانی و تشکر را دارند. این

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 I, Roshanaie Y. *Motherhood and mental health*. 1ed, Vol 2. Tehran: Roshan book publications; 2004.
3. Tehrani H, Shojayzade 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-Esmaili 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, Mohgheghie 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, Shojaezadeh D, Maleki Z, Esfandiarpour 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](#)

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): 20-28 [Abstract/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, Hosseini 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, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-

- 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. Seyyedani 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](#)