ABSTRACT

Health-promoting behaviors and social and reproductive determinants influencing adherence to these behaviors in prenatal depression

Nastaran Rafat[1], Hajar Adib-Rad[2], Sareh Bakouei[3], Hossein-Ali Nikbakht[4], Fatemeh Bakouei[2*]

1. Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran
2. Infertility and Reproductive Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran
3. Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
4. Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Received: 14 Decemberr 2024
Accepted for publication: 14 May 2025
[EPub a head of print-28 April 2026]
Payesh: 2026; 25(3): 373- 385

Objective(s): Prenatal depression has numerous adverse effects on fetus, mother, and child's future well-being. Given the importance of health-promoting behaviors as potential predictors of depression, the present study aimed to determine the prenatal depression, related health-promoting behaviors and the social and reproductive factors influencing adherence to these behaviors in pregnant women.
Methods: This cross-sectional study was conducted on 308 eligible pregnant women attending the prenatal clinics of teaching hospitals in Babol. The depression variable was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire; while health-promoting behaviors were assessed using the Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLPII) and social and reproductive factors were also evaluated. Data were analyzed using version 23 of SPSS software.
Results: The prevalence of antenatal depression based on the EPDS and the PHQ-9 was 17.9% and 29.2%, respectively. The mean total score of health-promoting behaviors and all dimensions except for interpersonal relationships in non-depressed women (based on two questionnaires) was significantly higher than that of the depressed group. The most significant difference was observed in the spiritual growth between the two groups. In the final analysis in the linear regression model, women's education level (P=0.013) and participation in childbirth preparation classes (P<0.001) were identified as two significant predictors of adherence to health-promoting behaviors.
Conclusion: Attending childbirth preparation classes effectively promotes adherence to health-enhancing behaviors and reduces the incidence of depression. Furthermore, considering the influence of education level on health-promoting behaviors, healthcare providers should pay closer attention to mothers with low or moderate education levels. This approach will help to adequately meet the needs of these mothers, ultimately leading to an improved lifestyle and a reduction in prenatal depression.

Keywords: Depression, Pregnancy, Health-promoting behaviors, Social and reproductive determinants

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

* Corresponding author: Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
E-mail: Bakouei2004@yahoo.com

سال بیست و پنجم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

رفتارهای ارتقادهنده سلامت و عوامل اجتماعی و باروری موثر بر پایبندی به آن در افسردگی دوران بارداری

نسترن رفعت[۱]، هاجر ادیب راد[۲]، ساره باکوئی[۳]، حسینعلی نیکبخت[۴]، فاطمه باکوئی[۲*]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲. مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳. دانشکده پرستاری و مامایی قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

۴. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۲۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۸ اردیبهشت ۱۴۰۵]

نشریه پایش: ۳۸۵- ۳۷۳ :(۳)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: افسردگی دوران بارداری پیامدهای نامطلوب بسیاری بر جنین، مادر و زندگی آینده کودک دارد. با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت به‌عنوان یکی از عوامل احتمالی پیش‌بینی‌کننده افسردگی، مطالعه حاضر با هدف تعیین افسردگی دوران بارداری، رفتارهای ارتقادهنده سلامت مرتبط و عوامل اجتماعی و باروری موثر بر پایبندی به رفتارها در زنان باردار انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی بر ۳۰۸ زن باردار واجد شرایط مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مامایی بیمارستان‌های آموزشی شهر بابل انجام شد. متغیر افسردگی با استفاده از دو ابزار افسردگی ادینبرگ و سلامت بیمار، متغیر رفتارهای ارتقادهنده سلامت با استفاده از پرسشنامه (Health -HPLPII Promoting Lifestyle Profile) و عوامل اجتماعی و باروری نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: فراوانی افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی ادینبرگ و سلامت بیمار به ترتیب ۱۷/۹٪ و ۲۹/۲٪ بود. میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت و همه ابعاد به جز روابط بین‌فردی در زنان غیرافسرده (بر اساس دو پرسشنامه) به طور معنی‌دار بیشتر از گروه افسرده بود. بیشترین تفاوت معنی‌دار در بعد رشد معنوی دو گروه وجود داشت. در تحلیل نهایی در مدل رگرسیون خطی، تحصیلات مادر ($p=۰/۰۱۳$) و شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان ($p<۰/۰۰۱$) دو متغیر پیش‌بینی کننده معنی‌دار در پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت یافت شدند.

نتیجه‌گیری: شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان از عوامل موثر بر پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت و نیز کاهش بروز افسردگی است. همچنین با توجه به تاثیر سطح تحصیلات بر نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت لازم است که ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، توجه بیشتری به مادران با سطح تحصیلات پایین یا متوسط داشته باشند. این رویکرد کمک خواهد کرد تا نیازهای این مادران تا سطح مطلوب مرتفع شده و درنتیجه منجر به ارتقای سبک زندگی و کاهش افسردگی بارداری گردد.

کلیدواژه ها: افسردگی، بارداری، رفتار ارتقادهنده سلامت، عوامل اجتماعی و باروری

کداخلاق: IR.MUBABOL.REC.1401.130

* نویسنده پاسخگو: بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری

E-mail: Bakouei2004@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

مقدمه

بارداری فرایندی پیچیده در زندگی یک زن است که طی آن، بدن متحمل تغییرات متنوع فیزیولوژیک، روانشناختی و هورمونی می‌شود [۱]. این تغییرات می‌توانند احتمال آسیب‌پذیری زن را در برابر مشکلات روانشناختی افزایش دهد که افسردگی از معمول‌ترین آن‌هاست [۲، ۳]. فراوانی افسردگی در دوران بارداری بین ۳۶- ۱۲ درصد متغیر است و می‌تواند متاثر از عوامل بیولوژیک، هورمونی، محیطی و عوامل دیگر باشد [۴]. این فراوانی در کشورهای با درآمد بالا بین ۷ تا ۱۵ درصد و در کشورهای با درآمد پایین و متوسط بین ۱۹ تا ۲۵ درصد گزارش شده است [۵]. البته این احتمال وجود دارد که به دلیل ترس از استیگمای وارده بر سلامت روان افراد در کشورهای با درآمد کم و متوسط، فراوانی گزارش شده با فراوانی واقعی افسردگی متفاوت باشد [۶].

مطالعات مربوط به منطقه آسیایی نشان داد که فراوانی افسردگی دوران بارداری در کشورهای مختلف؛ ۱۴ تا ۱۶/۳ ٪ در ژاپن، ۲۹/۴ ٪ در منطقه جنوب شرق آسیا و ۴ تا ۴۶/۱۱ ٪ در چین متفاوت است [۷]. در مطالعه مروری نظام‌مند نیز گزارش شده است که نرخ بروز افسردگی دوران بارداری در سه ماهه اول ۲۱/۲ ٪، در سه ماهه دوم ۱۵/۸ ٪ و در سه ماهه سوم ۸/۹ ٪ بوده است [۸]. در ایران نیز برحسب منطقه مورد مطالعه، فراوانی افسردگی در استان‌های مختلف در دامنه ۱۷/۳ ٪ تا ۴۰٪ می‌باشد [۹،۱۰].

افسردگی در دوران بارداری بر روند بارداری و بر پیامدهای جنینی و نوزادی تأثیر منفی دارد. مادرانی که در دوران بارداری افسردگی را تجربه می‌کنند، با احتمال بیشتری مبتلا به افسردگی پس از زایمان یا افسردگی در ادامه‌ی طول زندگی فرزندشان خواهند شد [۱۱]. زنانی که افسردگی دوران بارداری را تجربه می‌کنند در معرض خطر بالای پره اکلامپسی، سزارین، لیبر طولانی، دیستوشی، خونریزی پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان قرار دارند [۷]. احتمال بروز اختلال کم‌توجهی بیش فعالی در کودکان متولد شده از مادران افسرده حین بارداری دو برابر بیشتر است [۳]. از دیگر پیامدهای نامطلوب افسردگی بر کودک می‌توان آسفیکسی هنگام تولد، وزن کم زمان تولد، زایمان زودرس، تاخیر در تکامل زبانی-شناختی و حرکتی، اسهال، الگوهای نامطلوب تغذیه نوزاد، نقص در روند ایمن‌سازی و احتمال بیشتر بستری در بیمارستان را نام برد [۱۲-۱۵].

برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت روان یکی از دستور کار اهداف توسعه پایدار ۲۰۳۰ به شمار می‌روند. پیشگیری، درمان و ارتقای سلامت روان در هدف سوم این برنامه اشاره شده است [۱۶]. باتوجه به این سیاست‌های جهانی و تاکید آن بر اهمیت پیشگیری و ارتقای سلامت روان به خصوص در زنان، این جنبه از سلامت اغلب در دوران بارداری نادیده گرفته می‌شود و اختلالات روان از جمله افسردگی، به صورت معضلی مخفی و حل نشده در مراقبت‌های دوران بارداری باقی می‌ماند [۱۷]. در حالیکه تشخیص افسردگی دوران بارداری و عوامل خطر مرتبط با آن به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت این امکان را می‌دهد که با درنظرگیری عوامل موثر، مراقبت‌های دوران بارداری را سازمان‌دهی کنند [۱۸].

مطالعات نشان می‌دهند رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی به شمار می‌روند [۱۹]. این رفتارها مجموعه‌ای از شش بعد سلامت شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، رشد معنوی و روابط بین‌فردی را در بر می‌گیرد [۲۰]. رفتارهای ارتقادهنده سلامت نقش بسیار مهمی در پیشبرد زایمان سالم و نرخ پایین عوارض و مرگ و میر مادر و جنین دارند [۲۱]. رفتارهای مرتبط با سلامت طی دوران بارداری نقش مهمی در سلامت مادر وکودک دارند، می‌توانند پیامدهای تولد را تحت تاثیر قرار دهند و اثرات درازمدتی بر سلامت و کیفیت زندگی مادر و کودک بر جای بگذارند [۲۲، ۲۳].

تاکنون مطالعات متعددی گزارش کرده‌اند که بین افسردگی و سبک زندگی ارتباط معنی‌دار و معکوسی وجود دارد [۲۴، ۲۵] اما نکته‌ی قابل تامل، میزان پایبندی افراد به اتخاذ سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقادهنده سلامت است. پایبندی به رفتارهای پیشگیرانه و رفتارهای سبک زندگی سالم می‌تواند تحت تاثیر عوامل گوناگونی قرار گیرد که عوامل اجتماعی و باروری یکی از آنهاست [۲۶]. بر اساس تعریف سازمان سلامت جهان و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، به عوامل غیرپزشکی اطلاق می‌شود که بر پیامدهای سلامت اثرگذارند، به طوریکه ۵۵-۳۰ درصد از پیامدهای سلامت را تشکیل می‌دهند. این عوامل در واقع شرایطی هستند که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، کار می‌کنند، زندگی می‌کنند و سالخورده می‌شوند و نیز مجموعه وسیعی از سیستم‌هایی هستند که زندگی روزمره را شکل می‌دهند [۲۷، ۲۸].

اخیرا نتایج یک مطالعه مروری نظام‌مند نشان داد برخی عوامل اجتماعی و باروری بر کاهش میزان پایبندی زنان باردار به اقدامات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

پیشگیرانه و رفتارهای ارتقای سلامت موثرند و انجام تحلیل‌های موقعیتی جهت شناسایی عوامل اصلی که می‌توانند منجر به نابرابری‌های سلامت شوند ضروری به نظر می‌رسد [۲۹]. مطالعه دیگری نیز نشان داد شناخت عوامل اجتماعی موثر بر افسردگی دوران بارداری اهمیت بسزایی در توسعه‌ی ابزارهای غربالگری و نوع مداخلات احتمالی دارد [۱]. درواقع ابزار مورد استفاده جهت غربالگری افسردگی دوران بارداری باید علاوه بر دارا بودن پایایی و روایی مطلوب، دقیق و مناسب استفاده در کلینیک‌های بارداری باشد [۳۰]. امروزه ابزارهای گوناگونی جهت ارزیابی افسردگی طراحی شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند که پرسشنامه سلامت بیمار و ادینبرگ نمونه‌هایی از آن به شمار می‌روند. Stefana و همکاران گزارش کردند پرسشنامه سلامت بیمار و افسردگی ادینبرگ هر دو برای غربالگری افسردگی بارداری مورد استفاده قرار می‌گیرند با این تفاوت که پرسشنامه سلامت بیمار بیشتر شامل علائم جسمی است درحالیکه پرسشنامه افسردگی ادینبرگ عمدتا به علائم اضطرابی می‌پردازد. این تفاوت از این جهت دارای اهمیت است که از طرفی وجود علائم جسمی طی بارداری می‌تواند پیشگویی کننده افسردگی پس از زایمان باشد و از طرف دیگر، اضطراب شایعترین علامت روانشناختی است که طی بارداری در کنار افسردگی دیده می‌شود [۳۱].

بنابراین، باتوجه به پیامدهای نامطلوب افسردگی دوران بارداری و اهمیت پیشگیری از آن، به نظر می‌رسد لازم است فراوانی افسردگی در زنان باردار به صورت دوره‌ای ارزیابی و عوامل موثر بر آن شناسایی شوند. زیرا درک میزان افسردگی و همچنین عوامل مرتبط با آن در میان زنان باردار می تواند اطلاعات مهمی را به توسعه و اجرای مداخلات و برنامه‌های مناسب برای ارتقای سلامت روان زنان باردار ارائه دهد. همچنین با استناد به نتایج مطالعات متعدد مبنی بر نقش پیشگیرانه رفتارهای ارتقادهنده سلامت در افسردگی، بررسی میزان پایبندی زنان به این رفتارها جهت شناسایی زمینه‌های نیازمند مشاوره و در صورت نیاز مداخله زودهنگام، حائز اهمیت است. برحسب دانش ما مطالعه‌ای با این رویکرد و با استفاده از دو ابزار در ایران انجام نشده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین افسردگی دوران بارداری، رفتارهای ارتقادهنده سلامت مرتبط و عوامل اجتماعی و باروری موثر بر پایبندی به رفتارها در زنان باردار (در بابل به عنوان یکی از شهرهای بزرگ شمال ایران) انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی پس از تصویب و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل به روش نمونه‌گیری در دسترس بر ۳۰۸ زن باردار واجد شرایط مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مامایی بیمارستان‌های آموزشی شهر بابل انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری کم‌خطر (نداشتن بیماری زمینه‌ای، نداشتن عوارض بارداری مانند جفت سرراهی، پره‌اکلامپسی)، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه نابارروری و استفاده از روش‌های کمک باروری، نداشتن جنین یا فرزند ناهنجار، عدم اعتیاد یا مصرف عادتی الکل و مواد مخدر، نداشتن سابقه افسردگی و سابقه بستری با مشکل روانی بنا بر اظهارات شخصی مادر و داشتن تمایل برای شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه با توجه به اهداف مطالعه، بر اساس مطالعه قبلی [۳۲] و با درنظر گرفتن کمترین درجه همبستگی برای به دست آوردن بیشترین حجم نمونه (r=۰/۲۰) و با در نظرگرفتن سطح اطمینان و توان مطالعه ۹۵ درصد، با استفاده از نرم‌افزار G Power نسخه ۳ با فرض دوسویه، حدود ۳۰۰ نفر محاسبه شد که در این مطالعه برای ۳۰۸ نفر پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. نمونه‌گیری از تاریخ ۱۱ مرداد ۱۴۰۱ لغایت ۱۷ آذر ۱۴۰۱ انجام شد.

برای بررسی متغیرهای مطالعه، پرسشنامه‌های افسردگی ادینبرگ، سلامت بیمار، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و عوامل اجتماعی و باروری پس از شرح اهداف مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه‌ی شفاهی از نمونه‌ها تکمیل شدند. پرسشنامه اطلاعات اجتماعی و باروری شامل سوالاتی شامل سن، سطح تحصیلات، شغل، شاخص توده بدنی، تعداد بارداری و زایمان، سابقه سقط، بارداری برنامه‌ریزی شده، سن بارداری، شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان و معمول‌ترین منبع دریافت اطلاعات سلامت است. پرسشنامه افسردگی ادینبرگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) توسط Cox و همکاران در سال ۱۹۷۸ طراحی و در سال ۱۹۹۴ بازبینی شده‌است [۳۳]. این ابزار شامل ۱۰ گویه چهارگزینه‌ای است که در برخی گویه‌ها، گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (گویه‌های ۱، ۲ و ۴) و در برخی دیگر از شدت زیاد به کم (گویه‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) مرتب شده‌اند. هر گویه دارای امتیاز صفر تا سه، و نمره‌ی کلی بین صفر تا ۳۰ و با نقطه برش ۱۲ است. فرد پاسخ‌هایی را انتخاب می‌کند که طی هفته گذشته احساس کرده است [۳۴].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

روایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ گزارش شده است [۳۵].

پرسشنامه سلامت بیمار (PHQ- Patient Health Questionnaire)، پرسشنامه‌ای کوتاه و مختصر با نه گویه است که با نشانه‌های موجود در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) برای افسردگی مطابقت دارد و ویراست پنجم این راهنما نیز استفاده از این پرسشنامه را جهت ارزیابی افسردگی پیشنهاد می‌کند [۳۶]. این پرسشنامه خودگزارشی، یک ابزار غربالگری جهت تشخیص و اندازه‌گیری شدت افسردگی به شمار می‌رود و فرد براساس وضعیت خود طی دو هفته گذشته به آن پاسخ می‌دهد. محدوده نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۲۷ متغیر بوده و امتیاز هر گویه می‌تواند صفر (اصلا)، یک (چند روز)، دو (بیش از نیمی از روزها) و سه (تقریبا هر روز) باشد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ و پایایی آن را به روش آزمون مجدد یک هفته‌ای ۰/۷۹ گزارش شده است [۳۷]. نمرات این پرسشنامه می‌تواند به صورت ۴-۰ (حداقل)، ۹-۵ (خفیف)، ۱۴-۱۰(متوسط)، ۱۹-۱۵(تقریبا شدید) و ۲۰≤ (شدید) طبقه بندی شود. در مطالعه حاضر، زنانی که براساس نمرات پرسشنامه سلامت بیمار در محدوده‌ی «حداقل» و «خفیف» قرار داشتند «غیرافسرده»، و محدوده‌ی«متوسط»، «تقریبا شدید» و «شدید»، «افسرده» در نظر گرفته شدند [۳۸].

پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده سلامت (HPLPII- Health Promoting Lifestyle Profile)، دارای ۵۲ گویه در قالب شش بعد تغذیه (نه گویه)، فعالیت فیزیکی (هشت گویه)، مسئولیت‌پذیری برای سلامت (نه گویه)، مدیریت استرس (هشت گویه)، روابط بین فردی (نه گویه) و رشد معنوی (نه گویه) است. محدوده نمرات پرسشنامه از ۵۲ تا ۲۰۸ متغیر با روایی ۰/۸۲ است. نمره کل این پرسشنامه در چهار سطح طبقه‌بندی می‌شود: ضعیف برای محدوده ۹۰-۵۲، متوسط برای محدوده ۱۲۹-۹۱، خوب برای محدوده ۱۶۸-۱۳۰ و عالی برای محدوده ۲۰۸-۱۶۹ [۳۹].

برای تجزیه و تحلیل آماری پس از گردآوری داده‌ها و اطمینان از صحت ورود داده‌ها، اطلاعات توصیفی با استفاده از شاخص مرکزی میانگین و شاخص پراکندگی انحراف معیار و یا به شکل تعداد و درصد گزارش شد. برای مقایسه برابری دو میانگین بین متغیرهای کیفی با پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون t مستقل و به منظور بررسی ارتباط دو متغیر کیفی از آزمون کای اسکوئر و در صورت برقرار نبودن شرایط آزمون کای اسکوئر از تست فیشر استفاده شد. جهت بررسی ارتباط‌های خطی بین متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون و همچنین جهت پیش‌بینی عوامل پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت، همه‌ی متغیرهای اجتماعی و باروری در مدل وارد شده و از رگرسیون خطی یک و چند متغیره استفاده گردید. در این تحلیل ضرایب رگرسیونی و فاصله اطمینان ۹۵ درصدی آن ارائه گردید. تمامی آنالیزها بوسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام و سطح معنی‌داری برای تمامی آنالیزها ($P<0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های جدول یک نشان می‌دهد که اکثریت زنان شرکت‌کننده در مطالعه در محدوده سنی ۳۵-۲۰ سال (۸۱/۸ ٪)، با سطح تحصیلات متوسط (۵۵/۲ ٪) و خانه‌دار (۸۹ ٪) بودند. فراوانی افسردگی براساس پرسشنامه افسردگی ادینبرگ و سلامت بیمار به ترتیب ۱۷/۹ ٪ و ۲۹/۲ ٪ بود. فراوانی افسردگی بر اساس پرسشنامه ادینبرگ در زنانی که بارداری برنامه‌ریزی نشده داشتند (۲۸/۲ ٪) و زنانی که در کلاس‌های آمادگی زایمان شرکت نکرده بودند (۲۰/۱ ٪)، به طور معنی‌دار بیشتر بود. همچنین افسردگی بر اساس پرسشنامه سلامت بیمار در زنانی که بارداری برنامه‌ریزی نشده داشتند (۵۰/۷ ٪)، بارداری سوم (یا بیشتر) را تجربه می‌کردند (۴۵/۸ ٪) و در کلاس‌های آمادگی زایمان شرکت نکرده بودند (۳۲/۸ ٪)، به طور معنی‌دار فراوانی بیشتری داشت.

یافته‌های جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت و پنج بعد آن در گروه غیرافسرده (براساس هر دو پرسشنامه) به طور معنی‌دار بیشتر بود؛ به طوریکه گروه غیرافسرده نسبت به گروه افسرده به طور متوسط ۱۱/۲۳ نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت بیشتری داشتند. از ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت، کمترین میانگین نمره در هر دو گروه (افسرده و غیرافسرده بر حسب هر دو پرسشنامه) مربوط به بعد فعالیت فیزیکی بود. بیشترین میانگین نمره در گروه افسرده و غیرافسرده (بر حسب هر دو پرسشنامه) به ترتیب مربوط به بعد روابط بین-فردی و رشد معنوی بود. به جز بعد روابط بین‌فردی، اختلاف بین میانگین نمرات رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن بین دو گروه افسرده و غیرافسرده در همه ابعاد از نظر آماری معنی‌دار بود.

برحسب یافته‌های جدول ۳، در بررسی همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه، یافته‌ها نشان داد همبستگی بین دو پرسشنامه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

افسردگی قوی و معنی‌دار است (P <۰/۰۰۱ ، r= ۰/۵۳). همچنین بین ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت و نمره کل آن همبستگی قوی و معنی‌دار وجود دارد. بر اساس یافته‌ها، همبستگی بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت با پرسشنامه سلامت بیمار (P <۰/۰۰۱ ، r=-۰/۳۳) و پرسشنامه افسردگی ادینبرگ (P <۰/۰۰۱ ، r= -۰/۳۴) متوسط و معنی‌دار است.

در این مطالعه، متغیرهای سن، سطح تحصیلات، شغل، شاخص توده بدنی، سن بارداری، وضعیت بارداری، تعداد بارداری و زایمان، سابقه سقط، شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان و منبع دریافت اطلاعات به عنوان عوامل اجتماعی و باروری در نظر گرفته شدند.

با توجه به جدول۴، یافته‌ها نشان داد شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان یک متغیر مهم و پیشگویی‌کننده مستقل و قوی در پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت است؛ به طوریکه با افزایش تعداد جلسات حضور در کلاس‌ها از عدم شرکت تا به سطح بالاتر (یعنی تعداد جلسات بیشتر)، نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت در تحلیل‌های رگرسیون تک متغیره و رگرسیون چند متغیره به طور میانگین ۵/۴۱ و ۶/۲۱ افزایش می‌یابد و این تاثیر از نظر آماری معنی‌دار است (P < ۰/۰۰۱). همچنین در بررسی رگرسیون تک - متغیره، سطح تحصیلات اثر معنی‌داری بر نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت داشته است به طوریکه به ازای هر یک مقطع تحصیلی، نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت به طور متوسط ۴/۵۶ نمره افزایش می‌یابد (P =۰/۰۱۳).

در مورد سایر عوامل اجتماعی و باروری، با وجود اینکه ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد، اما یافته‌ها نشان داد که هرچه وضعیت بارداری از برنامه‌ریزی شده به سمت برنامه‌ریزی نشده تغییر یابد، نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت به طور متوسط ۳/۳۴ نمره کاهش می‌یابد، البته معنی‌دار نبود. همچنین یافته‌ها نشان داد نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت در مادران شاغل به طور متوسط ۲/۹۸ نمره بالاتر از مادران خانه‌دار بوده که قابل توجه است (P =۰/۳۵۲).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

جدول ۱: عوامل اجتماعی و باروری زنان در دو گروه زنان باردار افسرده و غیرافسرده

متغیر	فراوانی کل(درصد)	افسردگی EPDS*		P-value	افسردگی PHQ-9**		P-value
		افسرده	غیرافسرده		افسرده	غیرافسرده	
	۳۰۸ (۱۰۰)	۵۵ (۱۷/۹)	۲۵۳ (۸۲/۱)		۹۰ (۲۹/۲)	۲۱۸ (۷۰/۸)	
سن مادر (سال)				۰/۶۹۶			۰/۸۵۸
≤۱۹	۲۱ (۶/۸)	۴ (۱۹/۰)	۱۷ (۸۱/۰)		۷ (۳۳/۳)	۱۴ (۶۶/۷)	
۲۰-۳۵	۲۵۲ (۸۱/۸)	۴۳ (۱۷/۱)	۲۰۹ (۸۲/۹)		۷۲ (۲۸/۶)	۱۸۰ (۷۱/۴)	
> ۳۵	۳۵ (۱۱/۴)	۸ (۲۲/۹)	۲۷ (۷۷/۱)		۱۱ (۳۱/۴)	۲۴ (۶۸/۶)	
تحصیلات مادر (سال)				۰/۱۳۵			۰/۳۹۹
≤۶	۷ (۲/۳)	۳ (۴۲/۹)	۴ (۵۷/۱)		۲ (۲۸/۶)	۵ (۷۱/۴)	
۷-۱۲	۱۷۰ (۵۵/۲)	۳۲ (۱۸/۸)	۱۳۸ (۸۱/۲)		۵۵ (۳۲/۴)	۱۱۵ (۶۷/۶)	
>۱۲	۱۳۱ (۴۲/۵)	۲۰ (۱۵/۳)	۱۱۱ (۸۴/۷)		۳۳ (۲۵/۲)	۹۸ (۷۴/۸)	
شغل مادر				۰/۶۱۱			۰/۷۰۹
خانه‌دار	۲۷۴ (۸۹/۰)	۵۰ (۱۸/۲)	۲۲۴ (۸۱/۸)		۸۱ (۲۹/۶)	۱۹۳ (۷۰/۴)	
شاغل	۳۴ (۱۱/۰)	۵ (۱۴/۷)	۲۹ (۸۵/۳)		۹ (۲۶/۵)	۲۵ (۷۳/۵)	
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)				۰/۷۷۵			۰/۸۷۸
<۱۸/۵	۱۵ (۴/۹)	۲ (۱۳/۳)	۱۳ (۸۶/۷)		۳ (۲۰/۰)	۱۲ (۸۰/۰)	
۱۸/۵-۲۴/۹	۱۲۹ (۴۱/۹)	۲۱ (۱۶/۳)	۱۰۸ (۸۳/۷)		۳۹ (۳۰/۲)	۹۰ (۶۹/۸)	
۲۵-۲۹/۹	۱۱۶ (۳۷/۷)	۲۴ (۲۰/۷)	۹۲ (۷۹/۳)		۳۴ (۲۹/۳)	۸۲ (۷۰/۷)	
>۳۰	۴۸ (۱۵/۶)	۸ (۱۶/۷)	۴۰ (۸۳/۳)		۱۴ (۲۹/۲)	۳۴ (۷۰/۸)	
سن بارداری (هفته)				۰/۶۵۸			۰/۱۷۱
≤۱۴ (سه ماهه اول)	۵۱ (۱۶/۶)	۹ (۱۷/۶)	۴۲ (۸۲/۴)		۲۰ (۳۹/۲)	۳۱ (۶۰/۸)	
۱۵-۲۸(سه ماهه دوم)	۱۳۳ (۴۳/۲)	۲۱ (۱۵/۸)	۱۱۲ (۸۴/۲)		۳۹ (۲۹/۳)	۹۴ (۷۰/۷)	
۲۹-۴۲ (سه ماهه سوم)	۱۲۴ (۴۰/۳)	۲۵ (۲۰/۲)	۹۹ (۷۹/۸)		۳۱ (۲۵/۰)	۹۳ (۷۵/۰)	
بارداری برنامه‌ریزی شده بله				۰/۰۱۰			<۰/۰۰۱
خیر	۲۳۷ (۷۶/۹)	۳۵ (۱۴/۸)	۲۰۲ (۸۵/۲)		۵۴ (۲۲/۸)	۱۸۳ (۷۷/۲)	
	۷۱ (۲۳/۱)	۲۰ (۲۸/۲)	۵۱ (۷۱/۸)		۳۶ (۵۰/۷)	۳۵ (۴۹/۳)	
تعداد بارداری				۰/۰۷۰			۰/۰۰۱
۱	۱۲۷ (۴۱/۲)	۱۷ (۱۳/۴)	۱۱۰ (۸۶/۶)		۲۵ (۱۹/۷)	۱۰۲ (۸۰/۳)	
۲	۱۰۹ (۳۵/۴)	۱۹ (۱۷/۴)	۹۰ (۸۲/۶)		۳۲ (۲۹/۴)	۷۷ (۷۰/۶)	
۳ و بیشتر	۷۲ (۲۳/۴)	۱۹ (۲۶/۴)	۵۳ (۷۳/۶)		۳۳ (۴۵/۸)	۳۹ (۵۴/۲)	
تعداد زایمان				۰/۲۵۵			۰/۰۰۲
۰	۱۵۶ (۵۰/۶)	۲۳ (۱۴/۷)	۱۳۳ (۸۵/۳)		۳۳ (۲۱/۲)	۱۲۳ (۷۸/۸)	
۱	۱۲۱ (۳۹/۳)	۲۷ (۲۲/۳)	۹۴ (۷۷/۷)		۴۲ (۳۴/۷)	۷۹ (۶۵/۳)	
۲ و بیشتر	۳۱ (۱۰/۱)	۵ (۱۶/۱)	۲۶ (۸۳/۹)		۱۵ (۴۸/۴)	۱۶ (۵۱/۶)	
سابقه سقط				۰/۰۸۱			۰/۳۴۴
بلی	۶۸ (۲۲/۱)	۱۷ (۲۵/۰)	۵۱ (۷۵/۰)		۲۳ (۳۳/۸)	۴۵ (۶۶/۲)	
خیر	۲۴۰ (۷۷/۹)	۳۸ (۱۵/۸)	۲۰۲ (۸۴/۲)		۶۷ (۲۷/۹)	۱۷۳ (۷۲/۱)	
شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان				۰/۰۴۶			۰/۰۰۵
خیر	۲۵۹ (۸۴/۱)	۵۲ (۲۰/۱)	۲۰۷ (۷۹/۹)		۸۵ (۳۲/۸)	۱۷۴ (۶۷/۲)	
بلی (کمتر از ۴ جلسه)	۲۰ (۶/۵)	۲ (۱۰/۰)	۱۸ (۹۰/۰)		۱ (۵/۰)	۱۹ (۹۵/۰)	
بلی (۴ جلسه و بیشتر)	۲۹ (۹/۴)	۱ (۳/۴)	۲۸ (۹۶/۶)		۴ (۱۳/۸)	۲۵ (۸۶/۲)	
معمول‌ترین منبع دریافت اطلاعات سلامت				۰/۳۴۸			۰/۰۵۷
پزشک و کادر درمان	۱۶۹ (۵۴/۹)	۳۰ (۱۷/۸)	۱۳۹ (۸۲/۲)		۵۷ (۳۳/۷)	۱۱۲ (۶۶/۳)	
اینترنت	۱۲۷ (۴۱/۲)	۲۱ (۱۶/۵)	۱۰۶ (۸۳/۵)		۲۸ (۲۲/۰)	۹۹ (۷۸/۰)	
سایر منابع اطلاعاتی***	۱۲ (۳/۹)	۴ (۳۳/۳)	۸ (۶۶/۷)		۵ (۴۱/۷)	۷ (۵۸/۳)	

* EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

** PHQ-9: Patient Health Questionnaire

***تلفن گویا، رادیو و تلویزیون، روزنامه و مجلات، پرسیدن از دوستان و آشنایان، کتابچه‌ها و بروشورهای آموزشی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

جدول ۲: رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان در دو گروه زنان باردار افسرده و غیرافسرده

متغیر	گروه زنان باردار EPDS*		(فاصله اطمینان ۹۵ ٪) اختلاف میانگین	P-value
	افسرده (انحراف معیار) میانگین	غیرافسرده (انحراف معیار) میانگین		
تغذیه	۲۴/۳۳(۳/۸۶)	۲۵/۹۲(۳/۸۱)	۱/۵۹(۰/۴۷ - ۲/۷۰)	۰/۰۰۶
فعالیت فیزیکی	۱۲/۶۴(۳/۲۵)	۱۴/۱۴(۳/۹۵)	۱/۵۰(۰/۳۸ – ۲/۶۲)	۰/۰۰۹
مدیریت استرس	۱۸/۵۱(۳/۵۵)	۲۰/۲۵(۳/۵۷)	۱/۷۴(۰/۶۹ – ۲/۷۹)	۰/۰۰۱
مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت	۲۲/۴۴(۴/۸۱)	۲۴/۳۷(۴/۳۱)	۱/۹۳(۰/۶۴ – ۳/۲۲)	۰/۰۰۳
رشد معنوی	۲۳/۰۹(۳/۶۶)	۲۶/۵۹(۴/۲۰)	۳/۵۰(۲/۲۹ – ۴/۷۰)	< ۰/۰۰۱
روابط بین‌فردی	۲۵/۳۳(۳/۷۶)	۲۶/۲۴(۳/۹۲)	۰/۹۱(-۰/۲۳ – ۲/۰۵)	۰/۱۱۷
رفتارهای ارتقادهنده سلامت (کل)	۱۲۶/۳۳(۱۵/۹۰)	۱۳۷/۵۶(۱۷/۰۶)	۱۱/۲۳(۶/۲۹ – ۱۶/۱۷)	< ۰/۰۰۱
متغیر	**گروه زنان باردار PHQ-9****		**(فاصله اطمینان ۹۵ ٪) اختلاف میانگین**	**P-value**
	افسرده (انحراف معیار) میانگین	**غیرافسرده (انحراف معیار) میانگین**		
تغذیه	۲۴/۷۶ (۳/۹۶)	۲۶/۰۰ (۳/۷۷)	۱/۲۴ (۰/۲۹ – ۲/۱۸)	۰/۰۱۰
فعالیت فیزیکی	۱۲/۷۳ (۳/۳۷)	۱۴/۳۴ (۳/۹۷)	۱/۶۱ (۰/۶۷ – ۲/۵۵)	۰/۰۰۱
مدیریت استرس	۱۸/۷۰ (۳/۴۲)	۲۰/۴۵ (۳/۵۹)	۱/۷۵ (۰/۸۸ – ۲/۶۲)	< ۰/۰۰۱
مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت	۲۲/۸۸ (۴/۷۹)	۲۴/۵۰ (۴/۲۳)	۱/۶۲ (۰/۵۳ – ۲/۷۰)	۰/۰۰۴
رشد معنوی	۲۴/۵۲ (۴/۴۳)	۲۶/۵۶ (۴/۱۳)	۲/۰۴ (۱/۰۰ – ۳/۰۸)	< ۰/۰۰۱
روابط بین‌فردی	۲۵/۶۶ (۴/۰۵)	۲۶/۲۵ (۳/۸۳)	۰/۵۹ (-۰/۳۷ – ۱/۵۵)	۰/۲۲۷
رفتارهای ارتقادهنده سلامت (کل)	۱۲۹/۲۴ (۱۶/۵۹)	۱۳۸/۱۶ (۱۷/۰۶)	۸/۹۲ (۴/۷۴ – ۱۳/۰۹)	< ۰/۰۰۱

* EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

** PHQ-9: Patient Health Questionnaire

جدول ۳ : همبستگی افسردگی و رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت

متغیر	افسردگی EPDS*	افسردگی PHQ**	رفتارهای ارتقادهنده سلامت	تغذیه	همبستگی (P-value) فعالیت فیزیکی	مسئولیت‌پذیری سلامت	مدیریت استرس	روابط بین‌فردی	رشد معنوی
افسردگی EPDS*	-								
افسردگی PHQ**	۰/۵۳ (<۰/۰۰۱)	-							
رفتارهای ارتقادهنده سلامت	-۰/۳۴ (<۰/۰۰۱)	-۰/۳۳ (<۰/۰۰۱)	-						
تغذیه	-۰/۲۳ (<۰/۰۰۱)	-۰/۲۱ (<۰/۰۰۱)	۰/۶۸ (<۰/۰۰۱)	-					
فعالیت فیزیکی	-۰/۱۸ (۰/۰۰۱)	-۰/۲۶ (<۰/۰۰۱)	۰/۶۶ (<۰/۰۰۱)	۰/۳۳ (<۰/۰۰۱)	-				
مسئولیت‌پذیری سلامت	-۰/۲۱ (<۰/۰۰۱)	-۰/۲۳ (<۰/۰۰۱)	۰/۷۴ (<۰/۰۰۱)	۰/۴۴ (<۰/۰۰۱)	۰/۴۳ (<۰/۰۰۱)	-			
مدیریت استرس	-۰/۳۲ (<۰/۰۰۱)	-۰/۲۷ (<۰/۰۰۱)	۰/۷۶ (<۰/۰۰۱)	۰/۴۲ (<۰/۰۰۱)	۰/۴۸ (<۰/۰۰۱)	۰/۴۶ (<۰/۰۰۱)	-		
روابط بین‌فردی	-۰/۱۵ (۰/۰۰۵)	-۰/۱۳ (۰/۰۲۰)	۰/۶۷ (<۰/۰۰۱)	۰/۳۳ (<۰/۰۰۱)	۰/۲۵ (<۰/۰۰۱)	۰/۳۸ (<۰/۰۰۱)	۰/۴۵ (<۰/۰۰۱)	-	
رشد معنوی	-۰/۳۸ (<۰/۰۰۱)	-۰/۳۰ (<۰/۰۰۱)	۰/۷۸ (<۰/۰۰۱)	۰/۴۴ (<۰/۰۰۱)	۰/۳۹ (<۰/۰۰۱)	۰/۴۵ (<۰/۰۰۱)	۰/۵۴ (<۰/۰۰۱)	۰/۵۲ (<۰/۰۰۱)	-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

جدول ۴ : عوامل اجتماعی و باروری موثر بر پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت

	Univariate effects			Multivariate effects		
	B(SE)	95%CI	P-value	B(SE)	95%CI	P-value
سن مادر (سال)	۰/۰۳(۰/۱۶)	۰/۳۵ تا ۰/۲۹-	۰/۸۴۷	۰/۰۲(۰/۱۷)-	۰/۳۲ تا ۰/۳۶-	۰/۹۱۰
سطح تحصیلات مادر (به ازای هر مقطع (ابتدایی/راهنمایی-دبیرستان/دانشگاهی)	۴/۵۶(۱/۸۳)	۸/۱۸ تا ۰/۹۵	۰/۰۱۳	۳/۸۲(۲/۰۰)	۷/۷۶ تا ۰/۱۱-	۰/۰۵۷
شغل مادر (غیرشاغل/شاغل) غیرشاغل: رفرنس	۴/۴۶(۳/۱۵)	۱۰/۶۷ تا ۱/۷۴-	۰/۱۵۸	۲/۹۸(۳/۲۰)	۹/۲۹ تا ۳/۳۲-	۰/۳۵۲
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	۰/۳۱(۰/۲۰)	۰/۷۱ تا ۰/۰۹-	۰/۱۳۲	۰/۳۹(۰/۲۰)	۰/۸۰ تا ۰/۰۱-	۰/۰۵۴
سن بارداری (هفته)	۰/۰۵(۰/۱۱)-	۰/۱۶ تا ۰/۲۶-	۰/۶۵۰	۰/۱۶(۰/۱۱)-	۰/۰۵ تا ۰/۳۸-	۰/۱۳۹
بارداری برنامه‌ریزی شده (بله/خیر) بله: رفرنس	۳/۶۱(۲/۳۴)-	۱/۰۰ تا ۸/۲۳-	۰/۱۲۵	۳/۳۴(۲/۵۰)-	۱/۵۹ تا ۸/۲۷-	۰/۱۸۳
تعداد بارداری (۱و۲/۳و بیشتر) ۱و ۲: رفرنس	۰/۴۷(۲/۳۴)-	۴/۱۴ تا ۵/۰۸-	۰/۸۴۱	۲/۱۹(۴/۰۴)	۱۰/۱۵ تا ۵/۷۷-	۰/۵۸۸
تعداد زایمان (۰و۱/۲و بیشتر) ۰و۱: رفرنس	۰/۳۳(۳/۲۹)-	۶/۱۵ تا ۶/۸۱-	۰/۹۲۰	۰/۷۴(۴/۷۵)	۱۰/۰۹ تا ۸/۶۱-	۰/۸۷۶
سابقه سقط (خیر/بله) خیر: رفرنس	۰/۸۲(۲/۳۹)-	۳/۸۸ تا ۵/۵۳-	۰/۷۳۰	۱/۱۳(۳/۲۸)-	۵/۳۳ تا ۷/۵۹-	۰/۷۳۱
شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان (خیر/کمتر از ۴ جلسه/۴ جلسه و بیشتر) خیر: رفرنس	۵/۴۱(۱/۵۸)	۸/۵۳ تا ۲/۲۹	۰/۰۰۱	۶/۲۱(۱/۶۸)	۹/۵۲ تا ۲/۹۰	<۰/۰۰۱
منبع دریافت اطلاعات (کارکنان/سایر*) کارکنان: رفرنس	۰/۲۶(۱/۹۹)-	۳/۶۵ تا ۴/۱۸-	۰/۸۹۵	۰/۶۴(۱/۹۷)-	۳/۲۴ تا ۴/۵۲-	۰/۷۴۶

*اینترنت، تلفن گویا، رادیو و تلویزیون، روزنامه و مجلات، پرسیدن از دوستان و آشنایان، کتابچه‌ها و بروشورهای آموزشی

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر به منظور بررسی فراوانی افسردگی دوران بارداری، دو پرسشنامه ادینبرگ و سلامت بیمار مورد استفاده قرار گرفت که فراوانی افسردگی دوران بارداری بر اساس پرسشنامه ادینبرگ و سلامت بیمار به ترتیب ۱۷/۹٪ و ۲۹/۲٪ بود. در مقایسه این دو پرسشنامه مطالعات متعددی همسویی این دو ابزار را تایید کرده‌اند [۴۱ ، ۴۰]. با توجه به اینکه پرسشنامه ادینبرگ بیشتر بر علائم روانشناختی و پرسشنامه سلامت بیمار بیشتر بر علائم جسمی افسردگی متمرکز است [۴۲]، ممکن است برخی افراد به جای گزارشاتی از احساس غم و اندوه، بر شکایت از علائم جسمی تاکید کنند [۴۳]. همچنین با توجه به نقطه برش متفاوت، اختلاف در فراوانی قابل توجیه است. در مطالعه‌ای که در شهر بابل انجام شد فراوانی افسردگی براساس پرسشنامه ادینبرگ ۱۹/۸ ٪ گزارش شد [۴۴]. در مطالعه دیگری فراوانی افسردگی براساس پرسشنامه ادینبرگ و سلامت بیمار به ترتیب ۳۰/۲ ٪ و ۲۸/۲ ٪ بود [۴۲]. یافته‌های مطالعه Zhong و همکاران نشان داد این دو پرسشنامه در شناسایی علائم افسردگی بارداری قابل مقایسه هستند، ولی یکسان نیستند چون دو جنبه متمایز از افسردگی را می‌سنجند [۴۵]. یافته‌های مطالعه Stefana و همکاران نیز نشان داد که EPDS و PHQ-9 بیانگر جنبه‌های متمایزی از علائم افسردگی بارداری هستند و توصیه شد از نظر بالینی به منظور به حداقل رساندن نتایج مثبت و منفی کاذب، از هر دو مقیاس در بررسی‌های حیطه مامایی و زنان استفاده شود [۴۰].

یافته‌های این مطالعه نشان داد فراوانی افسردگی در زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده، زنانی که بارداری سوم یا بیشتر را تجربه می‌کردند و در کلاس‌های آمادگی زایمان شرکت نکرده‌اند به طور معنی‌دار بیشتر است. در راستای این یافته‌ها، نتایج مطالعات دیگری نشان داد فراوانی افسردگی دوران بارداری در زنان با حاملگی ناخواسته بیشتر بوده‌است [۱۲ ،۱]. در حالیکه در مطالعه دیگری ارتباط معنی‌دار بین حاملگی ناخواسته و افسردگی بارداری گزارش نشد [۴۶]. Niazi و همکاران نیز دریافتند که حاملگی ناخواسته از عوامل موثر بر فراوانی افسردگی دوران بارداری است [۴۷]. همچنین در راستای یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج مطالعات دیگر نیز نشان داد فراوانی افسردگی در زنانی که در کلاس‌های آمادگی زایمان شرکت نکردند بیشتر است [۴۹،۴۸]. باتوجه به این یافته‌ها لازم است توجه ویژه‌ای به این گروه از مادران معطوف گردد و راهکارهای مناسب و موثر در نظر گرفته شود.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت و پنج بعد آن در گروه غیرافسرده به طور معنی-دار بیشتر بود. به عبارت دیگر، بالا بودن سطح رفتارهای ارتقادهنده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

سلامت می‌تواند نقش پیشگیرانه‌ای در بروز افسردگی ایفا کند. مطالعات دیگری نیز نتایج مشابهی گزارش کردند [۵۰-۵۲]. بنابراین می‌توان از این رویکرد ساده و در دسترس برای کاهش افسردگی بارداری در برنامه‌های مشاوره استفاده نمود.

بیشترین و کمترین میانگین نمره بین ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت در زنان باردار غیرافسرده به ترتیب مربوط به رشد معنوی و فعالیت فیزیکی بود. در مطالعات دیگری نیز نتیجه مشابهی گزارش شد [۵۴، ۵۳ ، ۲۱]. زنان باردار باید تشویق شوند درصورت عدم ممنوعیت پزشکی، در اکثر روزهای هفته به ورزش با شدت متوسط بپردازند [۵۵]. طبق توصیه انجمن متخصصان زنان و زایمان آمریکا (ACOG- American College of Obstetrics and Gynecology)، ۳۰ دقیقه ورزش روزانه با شدت متوسط می‌تواند مزایای فراوانی برای زنان باردار داشته باشد که از جمله اثرات آن می‌توان به درمان دیابت بارداری، بهبود خواب، افزایش استقامت بدن و کاهش عوارض بارداری همچون کمردرد، یبوست، نفخ و ادم اشاره کرد [۵۶]. بنابراین لازم است ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و به ویژه ماماها تشویق و توجه به انجام فعالیت فیزیکی را بیش از پیش در مراقبت‌های دوران بارداری مدنظر قرار دهند.

داده‌های مطالعه حاضر تایید کرد که افسردگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت با هم مرتبط هستند؛ اما با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر کاهش فراوانی افسردگی، سوالی که مطرح می‌شود این است که چه عواملی می‌تواند در پایبندی افراد به رفتارهای ارتقادهنده سلامت موثر باشد. در این راستا، یافته‌های ما نشان داد شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان یک متغیر مهم و پیشگویی‌کننده مستقل و قوی در پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت است؛ مطالعات دیگری نیز اثر مثبت کلاس‌های آمادگی زایمان بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت را تایید نموده‌اند [۵۸، ۵۷]. بنابراین می‌توان گفت کلاس‌های دوران بارداری فرصتی ایده‌آل برای ارتقای آگاهی و بهبود سبک زندگی در زنان باردار به شمار می‌رود. زنان باردار در این کلاس‌ها با تغذیه مناسب، فعالیت‌های فیزیکی مناسب در دوران بارداری، مسئولیت‌هایی که در مورد سلامت‌شان دارند و نیز با نحوه مواجهه با ترس‌ها و مدیریت استرس آشنا می‌شوند. ماماها می‌توانند از این فرصت طلایی برای ارتقای سبک زندگی زنان استفاده کنند. بنابراین تشویق و ترغیب کافی برای مشارکت در این کلاس‌ها می‌تواند گام موثری در ارتقای سلامت مادران باشد.

همچنین طبق یافته‌های این مطالعه، سطح تحصیلات اثر معنی‌داری بر نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت داشته است که همسو با نتایج مطالعات دیگر در ایران بود [۵۹، ۵۴]. به نظر می‌رسد در طول دوران تحصیل و در محیط‌های آموزشی، آشنایی با سبک زندگی سالم (رفتارهای ارتقادهنده سلامت) بهتر محقق می‌شود. لذا به نظر می‌رسد لازم است ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت توجه بیشتری به مادران با سطح تحصیلات پایین یا متوسط داشته باشند تا نیازهای این گروه از مادران تا سطح مطلوب مرتفع شده و درنتیجه منجر به ارتقای سبک زندگی و سلامت مادر و کودک گردد. بر اساس دانش حاضر، این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که در ایران فراوانی افسردگی دوران بارداری را با استفاده از دو ابزار مورد سنجش قرار داده است. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت کل و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی اشاره نمود. همچنین باتوجه به نوع مطالعه مقطعی، در مورد ارتباط علیتی بین متغیرها نمی‌توان قضاوت کرد. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کمک کند تا با نگاهی جامع‌تر به وضعیت سلامت روان و سبک زندگی زنان باردار بپردازند و در صورت نیاز اصلاحاتی در حیطه مشاوره یا مداخلات خود در نظر بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌گردد در آینده مطالعاتی با هدف بررسی اثر مداخلات مشاوره‌ای بر میزان پایبندی زنان به رفتارهای ارتقادهنده سلامت و همچنین عوامل مشوق و نیز بازدارنده انجام شود.

سهم نویسندگان

نسترن رفعت: جستجوی مطالعات، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، ارزشیابی کیفیت مقالات، نگارش مقاله

هاجر ادیب راد: طراحی پژوهش، همکاری در فرایند تحقیق، نگارش مقاله

ساره باکوئی: طراحی پژوهش، همکاری در فرایند تحقیق، نگارش مقاله

حسینعلی نیک‌بخت: طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

فاطمه باکوئی: طراحی پژوهش، ارزشیابی کیفیت مقالات، نظارت بر جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه تقدیر و تشکر می‌گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

منابع

1. Insan N, Weke A, Forrest S, Rankin J. Social determinants of antenatal depression and anxiety among women in South Asia: A Systematic Review & Meta-Analysis. PLOS ONE 2022; 17:e0263760
2. Gong M, Zhang S, Xi C, Luo M, Wang T, Wang Y, et al. Comprehensive intervention during pregnancy based on short message service to prevent or alleviate depression in pregnant women: A quasi-experimental study. Early Intervention in Psychiatry 2021; 15:352-359
3. Wegbom AI, Edet CK, Ogba AA, Osaro BO, Harry AM, Pepple BG, et al. Determinants of Depression, Anxiety, and Stress among Pregnant Women Attending Tertiary Hospitals in Urban Centers, Nigeria. Women 2023; 3:41-52
4. Atak M, Sezerol MA, Koçak EN, Değer MS, Kurubal H. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in immigrant pregnant women in Türkiye: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore) 2023; 102: e36616
5. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. The Lancet Psychiatry 2016; 3:973-982
6. Williams A, Sarker M, Ferdous ST. Cultural Attitudes Toward Postpartum Depression in Dhaka, Bangladesh. Medical Anthropology 2018; 37:194-205
7. Huang X, Wang Y, Wang Y, Guo X, Zhang L, Wang W, et al. Prevalence and factors associated with trajectories of antenatal depression: a prospective multi-center cohort study in Chengdu, China. BMC Pregnancy Childbirth 2023; 23:358
8.Yin X, Sun N, Jiang N, Xu X, Gan Y, Zhang J, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. Clinical Psychology Review 2021; 83:101932
9.Firouzbakht M, Rahmani N, Sharif Nia H, Omidvar S. Coping strategies and depression during the COVID-19 pandemic in pregnant women: a cross sectional study. BMC Psychiatry 2022; 22:153
10.Mirsalimi F, Montazeri A, Noroozi A. The Prevalence of Depression and Associated Factors among Primigravid Women. Health Education and Health Promotion 2020; 8:189-195
11.Frankham LJ, Thorsteinsson EB, Bartik W. The Impact of COVID-19 Related Distress on Antenatal Depression in Australia. International Journal of Environmental Research And Public Health 2023; 20:4783
12.Oljira L, Abdissa E, Lema M, Merdassa E, Wakoya Feyisa J, Desalegn M. Antenatal depression and associated factors among pregnant women attending antenatal care at public health facilities in the Gida Ayana district, Oromia Region, West Ethiopia, in 2022. Frontiers in Public Health 2023; 11:1176703
13.Al-Abri K, Edge D, Armitage CJ. Prospective analysis of factors associated with perinatal depression. Midwifery 2024; 128:103871
14.Dosani A, Arora H, Mazmudar S. mHealth and Perinatal Depression in Low-and Middle-Income Countries: A Scoping Review of the Literature. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17:7679
15.Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A. The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. PLOS ONE 2017; 12: e0169907
16. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. New York, NY: UN; 2015 [cited 2024 May 8]. Available from: https:// wedocs.unep.org/20.500.11822/9814
17.Silva MMJ, Serrano TBM, Porcel GDS, Monteiro BB, Clapis MJ. Risk of depression during pregnancy in usual risk antenatal care. Revista Latino-Americana De Enfermagem 2023; 31: e3962
18.Xiao J, Xiong R, Wen Y, Liu L, Peng Y, Xiao C, et al. Antenatal depression is associated with perceived stress, family relations, educational and professional status among women in South of China: a multicenter cross-sectional survey. Frontiers in Psychiatry 2023; 14:1191152
19.Rehman A U, Kazmi S. Psychopathology, health promoting and health impairing behavior among pregnant women. Pakistan Journal of Social Research 2023; 5:69-75
20.Abdolkarimi M, Mobini Lotfabad M, Khodadadi H,ُ Shahabinejad E, Shakoeizadeh A. The survey of health-promoting behaviors among students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2022: A Descriptive Study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2024; 22:1191-1204 [Persian]
21.Kara P, Evsen N, Yıkar S, Var E, Akçayüzlü Ö, Özdemir F. Health-Promoting Lifestyles in Pregnant Adolescents and the Affecting Factors. Journal of Midwifery and Health Research 2024; 7:125-134
22.Montazeri M, Shabani F, Rezaie R, Mirghafourvand M. Relationship between health practices with attitudes towards pregnancy and

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

motherhood and pregnancy symptoms in Iranian pregnant women: a cross-sectional study. BMJ Open 2023; 13: e074048
23.Fathnezhad-Kazemi A, Aslani A, Hajian S. Association between perceived social support and health-promoting lifestyle in pregnant women: A cross-sectional study. Journal of Caring Sciences 2021; 10:96-102
24.Van Lee L, Chia A, Phua D, Colega M, Padmapriya N, Bernard JY, et al. Multiple modifiable lifestyle factors and the risk of perinatal depression during pregnancy: Findings from the GUSTO cohort. Comprehensive Psychiatry 2020; 103:152210
25.Bae HS, Kim SY, Ahn HS, Cho YK. Comparison of nutrient intake, life style variables, and pregnancy outcomes by the depression degree of pregnant women. Nutrition Research and Practice 2010; 4:323-331
26.Seixas A, Connors C, Chung A, Donley T, Jean-Louis G. A pantheoretical framework to optimize adherence to healthy lifestyle behaviors and medication adherence: The use of personalized approaches to overcome barriers and optimize facilitators to achieve adherence. Journal of Medical Internet Research Mhealth Uhealth 2020 8: e16429
27.World Health Organization. Available online: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health (accessed on 8 May 2024)
28.Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. [cited 2024 May 8]. Available from: https://www.cdc.gov/about/sdoh/index.html
29.Romero-Barranca J, Garcia-Cabrera E, Román E, Quintero-Flórez A, Luque-Romero LG, Vilches-Arenas Á. Influential social determinants of adherence to preventive and health promotion activities during pregnancy and the first year of life: Systematic Review. Children (Basel, Switzerland) 2024; 11:331
30.Chorwe-Sungani G, Chipps J. Validity and utility of instruments for screening of depression in women attending antenatal clinics in Blantyre district in Malawi. South African Family Practice 2018; 60:114-120
31.Stefana A, Langfus JA, Palumbo G, Cena L, Trainini A, Gigantesco A, et al. Comparing the factor structures and reliabilities of the EPDS and the PHQ-9 for screening antepartum and postpartum depression: a multigroup confirmatory factor analysis. Archives of Women's Mental Health 2023; 26:659-668
32.Rashan N, Sharifi N, Fathnezhad-Kazemi A, Golnazari K, Taheri S. The association between social support and psychological factors with health-promoting behaviours in pregnant women: A cross-sectional study. Journal of Education and Health Promotion 2021; 10:9
33.Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science 1987; 150:782-786
34.Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR, Foresti K. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. African Journal of Psychiatry 2010; 13:357-365
35. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the iranian version. BMC Psychiatry 2007; 7:11
36. Sun Y, Fu Z, Bo Q, Mao Z, Ma X, Wang C. The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital. BMC psychiatry 2020; 20:474
37. Dadfar M, Kalibatseva Z, Lester D. Reliability and validity of the Farsi version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) with Iranian psychiatric outpatients. Trends in Psychiatry and Psychotherapy 2018; 40:144-151
38. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine 2001; 16:606-613
39. Baygi F, Jensen OC, Mohammadi-Nasrabadi F, Qorbani M, Mansourian M, Mirkazemi R, et al. Factors affecting health-promoting lifestyle profile in Iranian male seafarers working on tankers. International Maritime Health 2017; 68:1-6
40. Stefana A, Cena L, Trainini A, Palumbo G, Gigantesco A, Mirabella F. A Screening for antenatal maternal depression: comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9. Annali Dell'istituto Superiore Di Sanità 2024; 60:55-63
41. Wang L, Kroenke K, Stump TE, Monahan PO. Screening for perinatal depression with the Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9): A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry 2021; 68:74-82
42. Liu W, Li W, Wang Y, Yin C, Xiao C, Hu J, et al. Comparison of the EPDS and PHQ-9 in the assessment of depression among pregnant women: Similarities and differences. Journal of Affective Disorders 2024; 351:774-781

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]

43. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition, American Psychiatric: USA, 2022
44. Barat S, Shahrokhi S, Mirtabar SM, Kheirkhah F, Basirat Z, Shirafkan H, et al. Prevalence and risk factors of prenatal and postnatal depressive symptoms in Babol pregnancy mental health registry: A cross-sectional study. International Journal of Fertility & Sterility 2024; 18:271-277
45. Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, Sánchez SE, García PJ, Sánchez E, et al. Comparative performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. Journal of Affective Disorders 2014; 162:1-7
46. Insan N, Forrest S, Jaigirdar A, Islam R, Rankin J. Social determinants and prevalence of antenatal depression among women in rural Bangladesh: A cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2023; 20:2364
47. Niazi AU, Alekozay M, Osmani K, Najm AF. Prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among pregnant women in Herat, Afghanistan: A cross-sectional study. Health Science Reports 2023; 6: e1490
48. Ciochoń A, Apanasewicz A, Danel DP, Galbarczyk A, Klimek M, Ziomkiewicz A, et al. Antenatal classes in the context of prenatal anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19:5073
49. Kuo TC, Au H-K, Chen SR, Chipojola R, Lee GT, Lee PH, et al. Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomized controlled trial. Midwifery 2022; 113:103438
50. Zhao Y, Yang L, Sahakian BJ, Langley C, Zhang W, Kuo K, et al. The brain structure, immunometabolic and genetic mechanisms underlying the association between lifestyle and depression. Nature Mental Health 2023; 1:736-750
51. Roldán-Espínola L, Riera-Serra P, Roca M, García-Toro M, Coronado-Simsic V, Castro A, et al. Depression and lifestyle among university students: A one-year follow-up study. The European Journal of Psychiatry 2024; 38:100250
52. Xiong T. Association between psychosocial, obstetric, and lifestyle factors and antenatal depression. Walden Dissertations and Doctoral Studies 2023; 11891 https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/11891
53. Ören EDT, Ertem G, Yaşar Ö. The effects of depressive symptoms on healthy lifestyle behaviors during pregnancy depression and healthy lifestyle behaviors during pregnancy. Journal of Basic & Clinical Medical Sciences 2023; 7:376-386
54. Rafat N, Bakouei F, Adib-Rad H, Nikbakht HA, Bakouei S. Predicting the health-promoting lifestyle profile of pregnant women based on their health literacy levels: A cross-sectional study. Nursing Open 2025; 12: e70136
55. Kaiser LL, Campbell CG. Practice paper of the Academy of Nutrition and Dietetics abstract: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 2014; 114:1447
56. American College of Obstetrics and Gynecology [ACOG]. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstetrics and Gynecology 2020; 135:178-188
57. Rashed MS, Nour SA, Mohamed HSE-D, Ragab AR, Nasr EH. Effectiveness of childbirth preparation classes on primigravida womens health behavior. Port Said Scientific Journal of Nursing 2023; 10:76-94
58. Imancioglu N, Uyar Hazar H. Effect of participation in the pregnant information class on healthy lifestyle behaviors of pregnant women: Case-control study. Archives of Health Science and Research (Online) 2021; 8:131-138
59. Pazandeh F, Banihashem F, Mohseni S, Mohseni M, Firouzi H. Social determinants of health and health-promoting lifestyle of pregnant women in Hormozgan Province, southern Iran. Journal of Preventive Medicine 2024; 10:398-411 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.66224/payesh.25.3.373]