

Research Paper

Association between Social Support and Mental Health in Pregnant Women in Ahvaz




Sakineh Rouhandeh¹, Mitra Tadayon^{2*}, Mojgan Javadnoori³, Mohammad Hosein Haghhighizadeh⁴, Korosh Zarea⁵

1. Master's Student of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
2. Menopause Andropause Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
3. Reproductive Health Promotion Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
4. Department of Biostatistics, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
5. Department of Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Use your device to scan
and read the article online



Citation Rouhandeh S, Tadayon M, Javadnoori M, Haghhighizadeh MH, Zarea K. [Association between Social Support and Mental Health in Pregnant Women in Ahvaz (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2025; 24(3):258-269. 10.32592/jsmj.24.2.114

 <http://www.doi.org/10.32592/jsmj.24.2.114>

ABSTRACT

Background and Objectives Pregnancy involves significant physical and mental changes. One of the most important structures affecting mental health is social support. The purpose of this study was to determine the association between social support and mental health in pregnant women.

Subjects and Methods This descriptive-analytical study utilized random cluster sampling to recruit 399 pregnant women in Ahvaz city during 2022. Data were collected using a demographic information questionnaire, the Goldberg and Hiller Mental Health Scale, and the Sherbourne and Stewart Social Support Questionnaire. Statistical analysis was performed using SPSS 25 software, employing descriptive statistics, independent t-tests, one-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient. A significance level of $P < 0.05$ was adopted.

Results The average total mental health score was 29.19 ± 16.69 , indicating a moderate mental health range. We found a significant relationship between social support and all mental health dimensions, including anxiety and insomnia, social dysfunction, and depression ($P < 0.001$). Specifically, a one-unit increase in tangible support was associated with a decrease of -0.723 units in mean mental health, while a one-unit increase in informational support led to a -1.51 unit decrease ($P < 0.001$). Overall, a one-unit increase in the general social support variable correlated with a -0.35 unit decrease in mean mental health.

Conclusion A significant association exists between social support and various mental health dimensions, such as physical symptoms, anxiety, social dysfunction, and depression, among pregnant women. Furthermore, an increase in social support during pregnancy contributes to the enhancement of mental health in this population.

Keywords Pregnancy, Mental health, Social support

Received: 23 December 2024

Accepted: 17 May 2025

* Corresponding Author:

Mitra Tadayon

Address: Menopause Andropause Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: 091866182793

E-Mail: tadayon-m@ajums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

C Pregnancy and childbirth are significant life events for women, often considered a crucial period alongside puberty and marriage. Like any major physiological change, pregnancy involves both physical and mental transformations. A comprehensive approach to maternal health requires understanding these changes and how they influence one another. While scientific advancements have greatly improved our ability to address the physical challenges of pregnancy, the mental health aspects remain an important area of focus for healthcare.

Studies show that mental health challenges are a significant concern during pregnancy. The prevalence of mental disorders is notably high, with rates of 17% in the first trimester and 13% in the third trimester. The reported prevalence of depression and anxiety during pregnancy ranges from 13.5% to 42%. Research highlights a strong link between environmental stressors during pregnancy and negative outcomes, which have been associated with a range of complications, including low birth weight, pregnancy complications, miscarriage, nausea and vomiting, preeclampsia, and premature birth.

Psychosocial factors, which include stressors, social relationships, and stressful life conditions, as well as anxiety and depression, are a crucial aspect of mental health. These non-medical elements can directly affect a person's well-being. Social support for pregnant women is a multi-faceted construct that includes emotional support (concern, comfort, and encouragement), instrumental support (money, time, and tangible help), and informational support (consultation, training, and knowledge sharing). Research indicates that social support is negatively correlated with depression and anxiety during pregnancy. While some studies have not found a strong link, others suggest that ethnic differences may influence the level of social support received during this period.

Studies have shown that there is a direct relationship between poor levels of perceived social support and increased risk of preterm birth and postpartum depression. Conversely, adequate social support is shown to promote positive health behaviors and lifestyle changes. Especially in women who experience stressful lives, more social support is needed. According to a study in Iran, 50% of Iranian pregnant women do not have adequate social support. While the healthcare system provides extensive physical care for pregnant women, the mental health aspects often receive less attention. For this reason, it is critical to investigate the mental well-being of pregnant women and its connection to the social support they perceive. This study was therefore conducted to determine the relationship between social support and mental health among pregnant women in Ahvaz.

Methods

This is a descriptive-analytical study to determine the relationship between social support and mental health in pregnant women. It involved 399 pregnant women who had met the inclusion criteria. The study was conducted at four health centers in Ahvaz, Iran. The research sites were chosen as a cluster, with two centers selected from the west (Centers 1 and 2) and two from the east (Centers 9 and 12). Researchers identified eligible pregnant mothers through existing databases and then contacted them to schedule in-person meetings at their respective health centers.

At the beginning of the in-person meeting, the mothers were fully briefed on the research objectives and were assured that the information would remain strictly confidential. The questionnaires were completed anonymously by the mother.

Participants for the study needed to be at least 18 years old, in their second or third trimester of pregnancy, and have a low-risk pregnancy. Those with a known history of mental illness, who were taking antidepressants, or who had experienced stressful or unfortunate events in the months preceding the study were excluded. Data was gathered using the Mental Health Scale by Goldberg and Hiller (1979). This self-administered tool, which can be used in a variety of settings including health centers, measures mental health across four subscales: somatization, anxiety and sleep disturbance, social functioning, and depression. A high score on this scale indicated poorer mental health. Social support was measured with the Perceived Social Support Questionnaire (Sherburn & Stewart, 1991), which evaluates five dimensions: emotional support (sympathy, encouragement), informational support (guidance, feedback), tangible support (material assistance), positive social interaction (recreational activities), and kindness (love and affection). A high score on this questionnaire signified a high level of social support. Data were analyzed using descriptive and analytical statistical tests, Pearson's correlation coefficient and multiple linear regression model in SPSS ver. 25.

Results

This study included 399 participants. The average age was 27.53 ± 6.49 years, and the average number of pregnancies was 2.49 ± 1.32 . Most of the pregnant women were homemakers (86.7%), while their husbands were primarily market workers (56.6%) or laborers (24.1%). The majority of both the women (51.3%) and their husbands (46.3%) had an education level below a high school diploma.

The mean mental health score was 29.19 ± 16.69 , falling within the moderate range. A significant relationship was found between social support and mental health, specifically with dimensions like anxiety, insomnia, social dysfunction, and depression ($P < 0.001$). Specifically, for every one-unit increase in tangible and informational support, the mean mental health score decreased by -0.723 and -1.51 units, respectively, indicating an improvement in mental health. Overall, a one-unit increase in total social support was associated with a -0.35 unit decrease in the mean mental

health score. However, a one-unit increase in the social interaction variable was associated with a 0.887 unit increase in the mean mental health score ($P = 0.035$), suggesting a negative effect on mental health.

Conclusion

The results of this study indicated that overall social support had a significant relationship with mental health. Furthermore, each individual dimension of social support—emotional, informational, tangible, positive social interaction, and kindness—was also significantly related to mental health.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences (registration number: IR.AJUMS.REC.1400.G49).

Funding

This project was carried out with the financial support of the Vice President for Research and Technology of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.

Author's contributions

The contribution of each author to this study was as follows: Sakineh Roohandeh: study design, proposal writing; Mitra Tadayon (corresponding author): study design, article writing; Mojgan Javad nori (third author): article review, Hossein haghghi zadeh (fourth author) data analysis, Korosh zarea; article review.

Conflicts of interest

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Acknowledgements

We would like to thank the Deputy for Research and Technology, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, as well as the esteemed staff of the East and West Health Centers of Ahvaz, and all the participants in the research.

بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت روان در زنان باردار شهر اهواز

سکینه روهنده^۱، میترا تدین^{۲*}، مژگان جوادنوری^۳، محمدحسین حقیقی زاده^۴ و کوروش زارع^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۲. گروه مامایی، مرکز تحقیقات منوبوز و آندروپوز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۳. گروه مامایی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۴. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۵. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

Use your device to scan
and read the article online



Citation Rouhandedeh S, Tadayon M, Javadnoori M, Haghhighizadeh MH, Zarea K. [Association between Social Support and Mental Health in Pregnant Women in Ahvaz (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2025; 24(3):222-230. 10.32592/jsmj.24.2.114

 <http://www.doi.org/10.32592/jsmj.24.2.114>

چکیده



زمینه و هدف: بارداری به عنوان بحرانی فیزیولوژیک، دارای دو دسته تغییرات عمده جسمی و روانی است و کمک به سلامت مادران در گرو درک این تغییرات و آثار متقابل آن‌ها است. علی‌رغم پیشرفت‌های علمی در زمینه مشکلات جسمی دوره بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوعی مهم در بهداشت زنان باردار به شمار می‌آید. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان در زنان باردار شهر اهواز انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه، توصیفی تحلیلی است که با نمونه‌گیری خوشه‌ای روی ۳۹۹ زن باردار شهر اهواز در سال ۱۴۰۱ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل مقیاس سلامت روان گلدبرگ و هیلر و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی شربورن و استوارت بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی تحلیلی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل سلامت روان $16/69 \pm 29/19$ بود که در حد متوسط قرار داشت. بین حمایت اجتماعی و ابعاد سلامت روان (اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/001$)؛ به طوری که با افزایش یک واحد در متغیر حمایت ملموس و حمایت اطلاعاتی میانگین سلامت روان، به ترتیب $0/723-$ واحد و $1/51-$ واحد کاهش دیده شد ($P < 0/001$) و به طور کلی، با افزایش یک واحد در متغیر حمایت اجتماعی میانگین سلامت روان، $0/35-$ واحد کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: بین حمایت اجتماعی و ابعاد سلامت روان (شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) در زنان باردار، رابطه‌ای وجود دارد و افزایش میزان حمایت اجتماعی، منجر به بهبود ابعاد سلامت روان در زن باردار می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بارداری، سلامت روان، حمایت اجتماعی

تاریخ دریافت: ۳ دی ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۷ اردیبهشت ۱۴۰۴

* نویسنده مسئول:

میترا تدین

نشانی: گروه مامایی، مرکز تحقیقات منوبوز و آندروپوز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

تلفن: ۰۹۱۶۶۱۸۲۷۹۳

رایانامه: tadayon-m@ajums.ac.ir

جندی شاپور

اجتماعی، شرایط زندگی پرتنش، اضطراب، افسردگی و حمایت اجتماعی عواملی غیرپزشکی هستند که ممکن است مستقیماً سلامت افراد را مختل کنند یا بر دسترسی به منابع حیاتی لازم برای حفظ و ارتقای سلامت تأثیر بگذارند (۸).

حمایت اجتماعی به فرایندی گفته می‌شود که در آن، تقابل‌های بین‌فردی از طریق افزایش حس تطابق، عزتمندی، وابستگی عاطفی و توانمندی، وضعیت جسمی و روحی روانی افراد را بهبود می‌بخشد و توسط اشخاصی ارائه می‌شوند که فرد به آن‌ها علاقه‌مند است یا برایشان ارزش قائل می‌شود. به بیان دیگر، این افراد از جمله همسر، بستگان، دوستان و حتی نهادهای مذهبی بخشی از شبکه اجتماعی او به شمار می‌روند (۹). حمایت اجتماعی زنان باردار به عنوان ساختاری سه‌بعدی شامل حمایت‌های عاطفی (نگرانی، آسایش و تشویق)، پشتیبانی ابزار (پول، زمان و کمک ملموس) و حمایت اطلاعاتی (مشاوره، آموزش و به اشتراک گذاری دانش) انجام می‌شود (۱۰).

نتایج برخی مطالعات نشان داده است که بین سطوح نامطلوب حمایت اجتماعی درک‌شده با زایمان زودرس و افسردگی پس از زایمان رابطه مستقیم وجود دارد. برعکس، برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب در ایجاد تغییر مثبت در رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی مؤثر بوده است. به‌خصوص زنانی که زندگی تنش‌زایی را تجربه می‌کنند، حمایت اجتماعی بیشتری نیاز دارند. با وجود این، ۵۰ درصد زنان باردار از حمایت اجتماعی مناسبی برخوردار نیستند (۱۱).

پژوهش‌ها نشان دادند که حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب دوره بارداری رابطه منفی دارد (۱۲)؛ اگرچه بعضی از محققان این رابطه را دریافت نکردند و برخی هم بیان داشتند که تفاوت‌های قومی در میزان حمایت اجتماعی در دوره بارداری تأثیر دارد. مثلاً ساگرستانو^۱ و همکارانش بیان کردند که زنان سفیدپوست آمریکایی حمایت اجتماعی و حمایت شبکه‌ای بیشتری نسبت به زنان آفریقایی‌آمریکایی و آمریکای لاتین داشتند. زنان آمریکای لاتین بیشتر حمایت خود را از شوهر و مادرشان دریافت می‌کردند؛ در صورتی که زنان آفریقایی‌آمریکایی بیشترین حمایت را از خویشاوندانشان دریافت می‌کردند (۱۳). از این رو، نتایج مطالعات درباره ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان زنان باردار متناقض است.

در دوره بارداری مراقبت‌های بسیاری از سمت سیستم بهداشتی‌درمانی برای مادران باردار انجام می‌شود، اما حفظ و ارتقای سلامت روانی مادران باردار کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بنا بر مسائل مطرح‌شده و عنایت به آنکه زنان باردار یکی از گروه‌های حساس بهداشتی هستند و سلامت روان آنان، سلامت خانواده و جامعه را تضمین می‌کند و این زنان تربیت‌کنندگان فرزندان و نسل آینده‌اند، بررسی وضعیت سلامت روانی زنان باردار و ارتباط آن با حمایت اجتماعی انجام‌شده در دوره بارداری بسیار اهمیت دارد و باید برای اعتلای این هدف، از همه امکانات حمایتی و

مقدمه

بارداری و زایمان در نقش یکی از بحران‌های سه‌گانه زندگی همانند بلوغ و ازدواج اهمیت دارد و قابل بررسی است. بارداری نیز مانند هر بحران دیگری دو دسته تغییرات عمده جسمی و روانی را دربردارد و کمک به سلامت مادران در گرو درک این تغییرات و آثار متقابل آن‌ها است (۱). سلامت روان موضوع بسیار مهمی است که بی‌توجهی به آن ممکن است منجر به مشکلات فراوانی در دوره بارداری شود (۲).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان وضعیتی است که در آن، فرد به توانایی‌های خود پی می‌برد و به‌طور مثمر فعالیت، و به دیگران نیز کمک می‌کند. علاوه بر آن، می‌توان گفت سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به نفس، برخورداری از ظرفیت رقابت، و شکوفا ساختن توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی است. در واقع، سلامت روان مفهومی گسترده و چندوجهی دارد (۳).

سازمان بهداشت جهانی بیان کرده که در سال ۲۰۲۰، مشکلات سلامت روانی جهان به ۱۵ درصد رسیده است؛ به این معنا که وجود انسان‌های مضطرب و ناامید بار سنگینی بر دوش جوامع خواهد گذاشت و نشانگر این است که اجتماع جهانی برای بهبود زندگی فردی و اجتماعی، کارها و راه‌های ناپیموده فراوانی پیش رو دارد (۴).

علی‌رغم پیشرفت‌های علمی در زمینه مشکلات جسمی دوره بارداری، مشکلات روانی همچنان موضوعی مهم در بهداشت زنان باردار به شمار می‌آید. درباره علت هم‌زمانی اختلالات روانی با بارداری، اطلاعات کمی وجود دارد، اما می‌توان پیش‌بینی کرد که بی‌ثباتی عاطفی و افزایش نیازهای شخصی اجتماعی و روانی در این دوره، زمینه‌ساز مشکلات روانی باشد. بارداری برای بسیاری از زنان، دوره‌ای پر از استرس و نیازمند نوعی سازگاری روانی است (۱).

بنا به گزارش‌های متعدد، شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در دوره بارداری افسردگی و اضطراب است که با زایمان‌های قبل از موعد، فشار خون بالا و افسردگی‌های پس از زایمان ارتباط دارد (۲). مطالعات تجربی نشان می‌دهند که ۳-۳۹ درصد از زنان، اضطراب یا افسردگی زیادی در دوره بارداری تجربه می‌کنند (۵). در مطالعه‌ای دیگر میزان شیوع اختلالات روانی با پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) در سه ماهه اول حاملگی ۱۷ درصد و سه ماهه سوم ۱۳ درصد و شیوع افسردگی و اضطراب در طی بارداری از ۱۳/۵ تا ۴۲ درصد گزارش شد (۲). علاوه بر این، مشخص شد که تنش‌های محیطی از جمله استرس، در طول بارداری با پیامدهای منفی بارداری و زایمان (وزن کم بدو تولد، عوارض بارداری، سقط جنین، حالت تهوع و استفراغ، پره‌اکلامپسی، و زایمان زودرس) همراه است (۶، ۷).

یکی از ساختارهای مهم و مؤثر بر سلامت روان، عوامل روانی اجتماعی است. عوامل تعیین‌کننده سلامت مثل عوامل ایجاد استرس، روابط

1. Sagrestano

$$Z_{1-\alpha/2} = 2.58$$

$$Z_{1-\beta} = 1.65$$

$$R = 0.26$$

$$n = \frac{(2.58 + 1.65)^2}{\frac{1}{2} \ln \frac{1 + 0.26}{1 - 0.26}} + 3 = 266$$

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس سلامت روان و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی بود. پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی (اطلاعات دموگرافیک) شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، شغل همسر، تحصیلات همسر، محل سکونت، کفایت مالی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزند زنده، تعداد فرزند مرده، سابقه حاملگی مولار، سابقه حاملگی نابجا، سابقه حاملگی چندقلو، نوع زایمان قبل، جنسیت نوزاد، رضایت از زندگی زناشویی، سابقه درمان ناباروری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و سابقه بستری در بیمارستان طی بارداری بود. مقیاس سلامت روان را گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساختند و ابزاری است با ماهیت چندگانه و خوداجرا که قابلیت اجرا در سطح جامعه، مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف دیگر را دارد و دربرگیرنده چهار خرده‌مقیاس جسمانی‌سازی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است (۱۴). این پرسش‌نامه شامل ۲۸ گویه و ۴ مؤلفه است که هر یک از این مؤلفه‌ها هفت سؤال دارد که چهار دسته از اختلالات شامل نشانه‌های بدنی (جسمانی)، اضطراب و بی‌خوابی، علائم اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را ارزیابی می‌کند. در همه گزینه‌ها، درجات پایین نشان‌دهنده سلامت، و درجات بالا حاکی از نبود سلامت و وجود ناراحتی در فرد است (۱۵).

مقیاس حمایت اجتماعی براساس پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده شربورن و استوارت (۱۹۹۱) بود. این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت‌شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، ۱۹ عبارت و ۵ زیرمقیاس دارد. این مقیاس، ابزاری خودگزارشی است و آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای مشخص می‌سازد. این پرسش‌نامه در پنج بعد طراحی شده است: ۱. حمایت هیجانی، که عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را ارزیابی می‌کند؛ ۲. حمایت اطلاعاتی، که راهنمایی، اطلاع‌رسانی یا دادن بازخورد را می‌سنجد؛ ۳. حمایت ملموس، که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد؛ ۴. تعامل اجتماعی مثبت، که پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را ارزیابی می‌کند؛ ۵. مهربانی، که ابراز عشق و علاقه را می‌سنجد. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس، بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است (۱۶). در ایران تمنائی‌فر و منصوری‌نیک (۱۳۹۳) ضمن به تأیید رساندن روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روان‌شناسی، پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ اعلام کردند (۱۷).

برای تحلیل داده‌ها متناسب با هدف مطالعه و نوع متغیرها، از آمارهای توصیفی شامل جدول‌ها، و برای گزارش تعداد (درصد) و تحلیل شاخص‌های مربوطه شامل آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب هم

اجتماعی برای ارتقای آن‌ها استفاده شود. از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی این عوامل در بارداری نپرداخته است، هدف از این مطالعه، تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان در زنان باردار شهر اهواز بود.

روش بررسی

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی است که در سال ۲۰۲۲، با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی شهر اهواز انجام شد. پژوهشگر پس از کسب کد اخلاق به شماره IR.AJUMS.RES.1400.G49 و اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور، برای جمع‌آوری داده‌ها به مراکز موردنظر مراجعه کرد. تعداد ۳۹۹ زن باردار که دارای معیارهای ورود بودند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. محیط پژوهش شامل دو مرکز از مراکز بهداشتی غرب (مراکز شماره ۱ و ۲) و دو مرکز از شرق (مراکز شماره ۹ و ۱۲) اهواز بود که به‌صورت خوشه‌ای انتخاب شد. پژوهشگر با در اختیار داشتن اطلاعات مادران باردار از طریق سامانه سیب، با مادرانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند تماس گرفت و از آن‌ها دعوت کرد تا در زمان‌های مقرر برای شرکت در یک جلسه حضوری در مرکز بهداشتی حاضر شوند. در ملاقات حضوری، پس از توضیحات کامل و کسب رضایت‌نامه آگاهانه به صورت کتبی و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، پرسش‌نامه‌ها در اختیار مادران قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: حداقل سن هجده سال، حاملگی در سه ماهه دوم و سوم، موافقت برای شرکت در مطالعه، حاملگی کم‌خطر و داشتن سواد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل این موارد بود: بیماری شناخته‌شده روانی، مصرف داروهای ضدافسردگی و آرام‌بخش طی سه ماه گذشته، وجود اختلاف خانوادگی شدید یا در شرف جدایی بودن، سابقه نازایی، وجود افکار خودکشی و آسیب به خود، ابتلا به اختلالات و بیماری‌های زمینه‌ای، داشتن سابقه حوادث تنش‌زا یا حوادث ناگوار مثل فوت همسر یا نزدیکان طی شش ماه گذشته، و داشتن سابقه مصرف مواد مخدر و سیگار. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و در صورت عدم تمایل می‌توانند در هر زمان که بخواهند، از مطالعه خارج شوند.

حجم نمونه براساس یافته‌های مطالعات پیشین، باتوجه‌به نوع نمونه‌گیری، که تصادفی و خوشه‌ای است، تعداد ۲۶۶ مورد در ۱/۵ ضرب و ۳۹۹ مورد تعیین شد. در این مطالعه، نمونه‌ها از بین زنان باردار مراجعه‌کننده به دو مرکز از مراکز بهداشتی غرب و دو مرکز از مراکز بهداشتی شرق اهواز انتخاب شدند.

به‌منظور تعیین حجم نمونه (با اطمینان ۹۹ درصد و توان ۹۵ درصد) از این فرمول استفاده شد:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}\right)^2} + 3$$

جندی شاپور

F مناسب بودن مدل خطی را نشان می‌دهد که معنادار است ($P < 0/001$). با افزایش یک واحد در متغیر حمایت اجتماعی میانگین سلامت روان، $-0/35$ واحد کاهش می‌یابد ($P < 0/001$). با افزایش یک واحد در متغیر تحصیلات همسر میانگین سلامت روان، $-2/37$ واحد کاهش می‌یابد ($P = 0/001$). با افزایش یک واحد در متغیر تعداد بارداری میانگین سلامت روان، $4/52$ واحد افزایش می‌یابد ($P = 0/004$). باتوجه به مقدار ضریب استاندارد بیشترین اثر بر سلامت روان، حمایت اجتماعی بوده است. باتوجه به جدول ۵، $31/8$ درصد تغییرات متغیر وابسته سلامت روان با حمایت ملموس، حمایت اطلاعاتی، سطح تحصیلات همسر، تعداد زایمان و تعامل اجتماعی تبیین شده است. مقدار نسبت F مناسب بودن مدل خطی را نشان می‌دهد که معنادار است ($P < 0/001$). با افزایش یک واحد در متغیر حمایت ملموس میانگین سلامت روان، $-1/51$ واحد کاهش می‌یابد ($P < 0/001$). با افزایش یک واحد در متغیر حمایت اطلاعاتی میانگین سلامت روان، $-0/723$ واحد کاهش می‌یابد ($P < 0/001$). با افزایش یک واحد در متغیر تحصیلات همسر میانگین سلامت روان، $-2/05$ واحد کاهش می‌یابد ($P = 0/002$). با افزایش یک واحد در متغیر تعداد زایمان میانگین سلامت روان، $3/62$ واحد افزایش می‌یابد ($P = 0/028$). با افزایش یک واحد در متغیر تعامل اجتماعی میانگین سلامت روان، $0/887$ واحد افزایش می‌یابد ($P = 0/035$). باتوجه به مقدار ضریب استاندارد بیشترین اثر بر سلامت روان، حمایت ملموس بوده است.

بستگی پیرسون استفاده شد. سطح معناداری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۹۹ نفر از مادران باردار دارای شرایط وارد مطالعه شدند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش را نشان می‌دهد. جدول ۲ مشخصات مامایی و سوابق بارداری‌های واحدهای پژوهش را نشان می‌دهد. طبق یافته‌های این جدول، اکثر مادران ($67/7$ درصد) در حاملگی اول یا دوم بودند و $70/2$ درصد سابقه سقط نداشتند. همچنین، $90/5$ درصد بارداری‌ها خواسته بوده است. در غالب آن‌ها، تعداد مراقبت بارداری ۴ تا ۶ جلسه ($54/6$ درصد) بود. در جدول ۳، توزیع میانگین نمره هریک از ابعاد حمایت اجتماعی و نمره کل حمایت اجتماعی گزارش شده که نتیجه می‌گیریم به طور متوسط، میزان برخورداری زنان باردار از حمایت اجتماعی بسیار است (نمره ۵۷ به بالا). همچنین، توزیع میانگین نمره هریک از ابعاد سلامت روان و نمره کل سلامت روان گزارش شده است که نتیجه می‌گیریم نمره سلامت روان زنان باردار در حد متوسط قرار دارد (جدول ۳). باتوجه به جدول ۳، بین ابعاد حمایت اجتماعی و ابعاد سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). باتوجه به جدول ۴، ضریب تبیین اصلاح شده $26/6$ درصد به دست آمد؛ یعنی $26/6$ درصد تغییرات متغیر وابسته سلامت روان توسط متغیر حمایت اجتماعی، تحصیلات همسر و تعداد بارداری تبیین شده است. مقدار نسبت

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر	گروه	انحراف معیار \pm میانگین
سن	---	$27/53 \pm 6/49$
تعداد بارداری	---	$2/49 \pm 1/32$
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۳۴۶ (۸۶/۷)
سطح تحصیلات	شاغل	۴۲ (۱۰/۵)
وضعیت اشتغال همسر	زیر دیپلم	۲۰۵ (۵۱/۴)
سطح تحصیلات همسر	دیپلم	۱۴۸ (۳۷/۱)
وضعیت اشتغال همسر	دانشگاهی	۴۶ (۱۱/۵)
وضعیت اشتغال همسر	کارمند	۵۵ (۱۳/۸)
وضعیت اشتغال همسر	کارگر	۹۶ (۲۴/۱)
وضعیت اشتغال همسر	بازاری	۲۲۶ (۵۶/۶)
وضعیت اشتغال همسر	بیکار	۲۲ (۵/۵)
سطح تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۸۵ (۴۶/۳)
سطح تحصیلات همسر	دیپلم	۱۶۳ (۴۰/۹)
سطح تحصیلات همسر	دانشگاهی	۵۰ (۱۲/۵)
وضعیت مسکن	شخصی	۸۱ (۲۰/۳)
وضعیت مسکن	اجارهای	۱۴۳ (۳۳/۶)
کفایت مالی	منزل والدین	۱۷۶ (۴۴/۱)
کفایت مالی	کافی	۹۰ (۲۲/۶)
کفایت مالی	ناکافی	۱۱۵ (۲۸/۸)
کفایت مالی	نسبتاً کافی	۱۷۸ (۴۴/۶)

جدول ۲: مشخصات مامایی واحدهای مورد پژوهش

متغیر	گروه	تعداد (درصد)
تعداد زایمان	نداشته	۶۷ (۱۶/۸)
	۱-۲	۲۷۰ (۶۷/۷)
	۳-۵	۲۷ (۶/۸)
تعداد سقط	نداشته	۲۸۰ (۷۰/۲)
	۱	۱۰۸ (۲۷/۱)
	۲	۸ (۲)
نوع زایمان قبلی	-	۱۲ (۳)
	طبیعی	۱۶۵ (۴۱/۴)
	سزارین	۷۹ (۱۹/۸)
جنسیت نوزاد	دختر	۱۷۹ (۴۴/۹)
	پسر	۱۷۱ (۴۲/۹)
	دختر و پسر	۳ (۰/۸)
خواسته یا ناخواسته	ناخواسته	۳۳ (۸)
	خواسته	۳۶۱ (۹۰/۵)
مراقبت دوره بارداری	خیر	۶ (۱/۵)
	۱-۳ جلسه	۶۶ (۱۶/۵)
	۴-۶ جلسه	۱۸۲ (۴۵/۶)
	۷-۹ جلسه	۶۰ (۱۵)
	بیشتر از ۹ جلسه	۵ (۱/۳)

جدول ۳: توزیع میانگین نمره ابعاد حمایت اجتماعی

دامنه تغییرات	انحراف معیار \pm میانگین	متغیر	ابعاد حمایت اجتماعی
(۸-۴۳)	$29/29 \pm 6/69$	حمایت اطلاعاتی	ابعاد حمایت اجتماعی
(۸-۴۳)	$29/29 \pm 6/69$	حمایت هیجانی	
(۴-۲۳)	$13/59 \pm 3/91$	حمایت ملموس	
(۳-۱۸)	$12/18 \pm 2/64$	تعامل اجتماعی	
(۳-۲۰)	$12/11 \pm 2/78$	مهربانی	
(۲۳-۹۲)	$67/18 \pm 13/80$	نمره کل حمایت اجتماعی	ابعاد سلامت روان
(۰-۲۲)	$9/03 \pm 5/15$	نشانه‌های بدنی	
(۰-۲۲)	$9/03 \pm 5/15$	اضطراب و بی‌خوابی	
(۰-۳۴)	$8/20 \pm 4/50$	اختلال کارکرد اجتماعی	
(۰-۵۶)	$3/79 \pm 5/20$	افسردگی	
(۰-۹۲)	$29/19 \pm 16/69$	نمره کل سلامت روان	

جدول ۴: مدل رگرسیونی متغیرهای حمایت اجتماعی، تحصیلات همسر و تعداد بارداری بر سلامت روان

هم‌بستگی چندگانه	ضریب تعیین	نسبت F	الف) stepwise
MR	$RS(R^2)$	(خطی بودن رگرسیون)	شاخص‌های آماری
۰/۵۲۳	۰/۲۶۶	۳۹/۵۰۲	احتمال P (برای خطی بودن رگرسیون)
			$< 0/001$
P-value	خطای استاندارد	ضریب استاندارد (ثابت)	ضریب (β)
$< 0/001$	۵/۵۶	---	۶۴/۶۷۶
$< 0/001$	۰/۰۴۲	-۰/۳۷	-۰/۳۵
۰/۰۰۱	۰/۷۱۱	-۰/۱۴	-۲/۳۷
۰/۰۰۴	۱/۵۸	۰/۱۳	۴/۵۲
			تعداد بارداری

جدول ۵: مدل رگرسیونی متغیرهای حمایت ملموس، حمایت اطلاعاتی، سطح تحصیلات همسر، تعداد زایمان و تعامل اجتماعی بر سلامت روان

الف) stepwise	نسبت F	ضریب تعیین	همبستگی چندگانه
شاخص‌های آماری	(خطی بودن رگرسیون)	RS(R ²)	MR
احتمال P (برای خطی بودن رگرسیون)	۳۰/۶۵۵	۰/۳۱۸	۰/۵۷۳
<۰/۰۰۱			
متغیر	ضریب (β)	ضریب استاندارد (ثابت)	P-value
ثابت (استاندارد)	۶۳/۵۲	---	<۰/۰۰۱
حمایت ملموس	-۱/۵۱	-۰/۳۵۵	<۰/۰۰۱
حمایت اطلاعاتی	-۰/۷۲۳	-۰/۲۹۲	<۰/۰۰۱
تحصیلات همسر	-۲/۰۵	-۰/۱۳۹	۰/۰۰۳
تعداد زایمان	۳/۶۲	۰/۱۰۹	۰/۰۲۸
تعامل اجتماعی	۰/۸۸۷	۰/۱۳۷	۰/۰۳۵

بحث

نتایج مطالعه آنان نیز هم‌راستا با نتایج این پژوهش نشان داد بین متغیر اضطراب و معنویت و مؤلفه‌های حمایت، رابطه منفی معناداری وجود دارد (۲۳). گلازیر^۲ و همکارانش در پژوهشی با عنوان رابطه استرس و حمایت اجتماعی با فشارهای هیجانی در زنان باردار، ۲۰۵۲ زن را بررسی کردند و نتیجه گرفتند زمانی که از سطوح پایین‌تر حمایت اجتماعی برخوردار بودند نسبت به زمانی که از سطوح بالاتر حمایت اجتماعی برخوردار بودند، اضطراب بیشتری داشتند و تفاوت بین این دو گروه نیز معنادار بود (۲۴).

حمایت اجتماعی موجب افزایش روابط اجتماعی فرد با دیگران می‌شود، از انزوای اجتماعی می‌کاهد و می‌تواند منجر به کاهش اختلال در کارکرد اجتماعی افراد شود (۱۸). نتایج نشان داد که بین ابعاد حمایت اجتماعی و کارکرد اجتماعی در زنان باردار شهر اهواز همبستگی غیرمستقیم و معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش تاگاس و همکارانش، که نشان دادند حمایت اجتماعی پایین مشکلات سلامت روان از جمله اختلال در کارکرد اجتماعی را در افراد پیش‌بینی می‌کند، همسو و هماهنگ است (۱۹). مطالعه مکاولی^۳ و همکاران و همچنین مطالعه تمپر^۴ و همکاران نشان دادند که با افزایش عملکرد اجتماعی، افراد در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و ضمن به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی شبکه ارتباطی‌شان برخوردار می‌شوند (۲۵، ۲۶). خرسندی و همکارانش نیز در مطالعه‌ای، که با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان زنان انجام دادند، نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در بعد اختلال عملکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد (۲۷).

طبق نظریه سپر و نظریه اثر مستقیم، حمایت اجتماعی رویدادهای استرس‌زای زندگی را کاهش می‌دهد و از بروز آن جلوگیری می‌کند یا حتی در غیاب رویدادهای استرس‌زا منجر به بهبود و ارتقای استانداردهای زندگی فرد

این مطالعه نشان داد بین ابعاد حمایت اجتماعی و ابعاد سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. از آنجا که حمایت اجتماعی استرس را در افراد کاهش می‌دهد، می‌تواند نشانه‌های جسمانی را که نوعی از علائم اختلال روانی محسوب می‌شوند بهبود ببخشد. از این‌رو، نتایج نشان داد که بین ابعاد حمایت اجتماعی با علائم جسمانی در زنان باردار شهر اهواز همبستگی غیرمستقیم و معناداری وجود دارد. در همین راستا، در مطالعه نبوی، که همسو با نتایج این پژوهش بود، مشخص شد که بین حمایت اجتماعی و متغیرهای جسمانی سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد (۱۸). همچنین، تاگاس و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که حمایت اجتماعی پایین منجر به مشکلات سلامت روان از جمله در متغیرهای جسمانی می‌شود (۱۹). میرسمعی و همکارانش نیز در مطالعه خود، که به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان و سلامت روان دانشجویان پرداختند، نشان دادند که بین نمره‌های حمایت اجتماعی با ابعاد جسمانی سلامت روان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، بیان کردند که هرچه حمایت اجتماعی از فرد بیشتر باشد، احتمال اختلال در ابعاد جسمانی سلامت روان آنان کمتر خواهد بود (۲۰).

حمایت اجتماعی مستقیماً به صورت یک عامل ضربه‌گیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روان‌شناختی ظاهر می‌شود و از طریق اثرگذاری بر متغیرهای مداخله‌کننده، با آثار موقعیت‌های منفی یا رخدادها استرس‌زا و اضطراب‌آور مقابله می‌کند (۲۱). تأثیر حمایت اجتماعی بر میزان اضطراب در یافته‌های این مطالعه تأیید شده و این امر، همسو با نتایج مطالعاتی است که ارتباط معناداری بین سطح حمایت اجتماعی کم و اضطراب دوره بارداری یافته‌اند (۲۲). بدقی و همکارانش نیز در مطالعه خود به نقش معنویت و حمایت اجتماعی در نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار پرداختند و

حامی مالی

این طرح با حمایت مالی معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد.

مشارکت نویسندگان

مشارکت هر یک از نویسندگان به این شرح می باشد، سکینه روهنده جمع آوری اطلاعات و تهیه گزارش نهایی، میترا تدین طراحی و نظارت بر طرح اجرای طرح و نویسنده مقاله، مزگان جواد نوری نظارت بر طرح و مشاور علمی، محمد حسین حقیقی زاده انجام آنالیز آماری و کیفیت داده ها، کوروش زارع مشاوره علمی و بازنگری مقاله.

تعارض منافع

هیچیک از نویسندگان این پژوهش، درباره نتایج تحقیق تعارض منافی گزارش نکرده اند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، بخشی از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد. بدین وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم و همچنین گروه مامایی و بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و نیز پرسنل محترم مراکز بهداشتی شرق و غرب شهر اهواز و تمام افراد شرکت کننده در پژوهش تقدیر و تشکر می شود.

می شود (۲۸). همچنین، موجب ارتقای سلامت روان افراد می شود و افزایش ارتباطات اجتماعی و کاهش افسردگی را در آن ها به دنبال خواهد داشت. حمایت اجتماعی همچنین موجب افزایش احساس امنیت و خودارزشمندی در افراد می شود و امکان رشد و پویایی را برای آن ها فراهم می کند و هنگامی که فرد مورد حمایت دیگران قرار می گیرد، احساس امنیت خاطر می کند و کمتر به افسردگی دچار می شود (۱۸). نتایج مطالعه نشان داد که بین ابعاد حمایت اجتماعی و افسردگی در زنان باردار شهر اهواز همبستگی غیرمستقیم و معنادار وجود دارد.

السنبراج^۵ و همکارانش در پژوهشی با هدف بررسی آثار حمایت اجتماعی بر افسردگی زنان باردار نشان دادند در زنانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند نشانه های افسردگی بیشتر بود (۲۹). نتایج مطالعه ما همراستا با نتایج مطالعه السنبراج و همکارانش بود. همچنین، در همین راستا، رافی و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و افسردگی در سه ماهه سوم بارداری رابطه معناداری وجود داشت (۳۰).

ویستر^۶ و همکارانش دریافتند زنانی که در دوره بارداری حمایت اجتماعی کمتری دریافت کردند نسبت به زنانی که حمایت اجتماعی خوبی در همین دوره کسب کردند، از سلامت کمتری برخوردار بودند و حتی پس از زایمان این تفاوت مشاهده شد (۳۱). یافته های مطالعه ما نیز همراستا با نتایج این مطالعه بود. اسپوزاک^۷ و همکارانش دریافتند که حمایت اجتماعی بالا با افسردگی پایین مرتبط است (۳۲). مک^۸ و همکارانش نیز رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی را در ۱۰۹ زن باردار بررسی کردند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که حمایت اجتماعی با سلامت ذهنی رابطه مثبت، و با افسردگی دوره بارداری رابطه منفی و معناداری دارد. همچنین، افسردگی دوره بارداری با تمام خرده مقیاس های حالات عملکردی مرتبط با سلامت (عملکرد بدن، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، نقش هیجانی و علائم حیاتی) رابطه منفی و معناداری داشت (۳۳).

نتیجه گیری

بین حمایت اجتماعی و ابعاد سلامت روان شامل نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی در زنان باردار رابطه معناداری وجود دارد و افزایش میزان حمایت اجتماعی در دوره بارداری منجر به بهبود ابعاد سلامت روان در زن باردار می شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره IR.AJUMS.RES.1400.G49 از کمیته اخلاق دانشگاه جندی شاپور اهواز می باشد و در آن کلیه حقوق شرکت کننده رعایت شده است.

7. Spoozak
8. Mckee

5. Elsenbruch
6. Webster

References

- [1] Talebi M. Pregnancy depression and insomnia in pregnant women: The predictive role of nocturnal rumination and mindfulness. *Quarterly Journal of Women and Society* Spring. 2022 Apr 21;13(49).
- [2] Noorbala AA, Afzali HM, Abedinia N, Akhbari M, Moravveji A, Vaseghi F, Nakhi Z, Shariat M, Mirzaeeneyestani M, Ghoreishi FS. Mental health status and marital satisfaction of pregnant women referring to health centers in Kashan, Iran.
- [3] Montazeri M, Mirghafourvand M, Esmaeilpour K, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Amiri P. Effects of journal therapy counseling with anxious pregnant women on their infants' sleep quality: a randomized controlled clinical trial. *BMC pediatrics*. 2020 May 18;20(1):229. [[10.1186/s12887-020-02132-7](https://doi.org/10.1186/s12887-020-02132-7)] [[PMID](#)]
- [4] Witt WP, Litzelman K, Cheng ER, Wakeel F, Barker ES. Measuring stress before and during pregnancy: a review of population-based studies of obstetric outcomes. *Maternal and child health journal*. 2014 Jan;18(1):52-63. [[10.1007/s10995-013-1233-x](https://doi.org/10.1007/s10995-013-1233-x)] [[PMID](#)]
- [5] Faramarzi M, Pasha H. The role of social support in prediction of stress during pregnancy. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2015 Nov 10;17(11):52-60.
- [6] Abdollahnezhad F, Andam R, Rajabi M. The impact of COVID 19 concerns on the mental health of athlete students with the modifying role of social support in a multi-group analysis by gender.
- [7] AZADI S, AZAD H. The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. *Iranian journal of war and public health (tebe-e-janbaz)*. 2011; 3(12):48-58.
- [8] Iranifard E, Akbari N, Montazeri A. Perceived social support and pregnancy outcomes in vulnerable women. *Payesh (Health Monitor)*. 2019 Oct 15;18(5):517-24.
- [9] Masoudnia E. Relationship between perceived social support and risk of postpartum depression disorder. *Iran J Nurs*. 2011;24(70):8-18.
- [10] Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient education and counseling*. 2012 Jun 1;87(3):405-10. [[10.1016/j.pec.2011.09.011](https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.011)] [[PMID](#)]
- [11] Naghizadeh S. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress in low-risk and high-risk groups. *Journal of Health and Care*. 2019 Mar 10;21(1):16-25.
- [12] Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh 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.
- [13] Sagrestano LM, Feldman P, Rini CK, Woo G, Dunkel-Schetter C. Ethnicity and social support during pregnancy. *American journal of community psychology*. 1999 Dec;27(6):869-98. [[10.1023/a:1022266726892](https://doi.org/10.1023/a:1022266726892)] [[PMID](#)]
- [14] Saadatnegad M, Dalir M. Relationship between Perceived Social Support with Secondary Stress and Mental Health of the Wives of Psychiatric Veterans. *Military Psychology*. 2021 Nov 22;12(47):45-62.
- [15] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979 Feb;9(1):139-45. [[10.1017/s0033291700021644](https://doi.org/10.1017/s0033291700021644)] [[PMID](#)]
- [16] Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social science & medicine*. 1991 Jan 1;32(6):705-14. [[10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)] [[PMID](#)]
- [17] Tamannaefar MR, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university students' academic performance. *Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education*. 2023 Mar 6;20(1):149-66.
- [18] Nabavi S, Sohrabi F, Afrouz G, Delavar A, Hosseini S. Predicting the mental health of teachers based on the variables of self-efficacy and social support. *Health Education and Health Promotion*. 2017 Jan 1;5(2):129-38.
- [19] Togas C, Mavrogiorgi F, Alexias G. Examining the relationship between coping strategies, perceived social support and mental health in psychosocial and environmental problems. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*. 2018 Nov 1;1(3).
- [20] Mirsamiei M, EBRAHIMI GS. A study on the relationship between self-efficiency, social support and exam anxiety and the psychological health of the men and women students in Allameh Tabatabaei University.
- [21] Shin H, Lee J, Kim SJ, Jo M. Associations of symptoms of depression, social support, and quality of life among Korean women who experience infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2021 Nov 1;50(6):e1-2. [[10.1016/j.jogn.2021.06.007](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.06.007)] [[PMID](#)]
- [22] Barjasteh S, Moghaddam Tabrizi F. Antenatal Anxiety And Pregnancy Worries In Association With Marital And Social Support. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*.14(6):504-15.
- [23] Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. *Community Health Journal*. 2017 May 9;10(2):72-82.
- [24] Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2004 Jan 1;25(3-4):247-55. [[10.1080/01674820400024406](https://doi.org/10.1080/01674820400024406)] [[PMID](#)]
- [25] McAuley E, Jerome GJ, Marquez DX, Elavsky S, Blissmer B. Exercise self-efficacy in older adults: social, affective, and behavioral influences. *Annals of behavioral medicine*. 2003 Jan;25(1):1-7. [[10.1207/S15324796ABM2501_01](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_01)] [[PMID](#)]
- [26] Tempier R, Balbuena L, Garety P, Craig TJ. Does assertive community outreach improve social support?

- Results from the Lambeth Study of early-episode psychosis. *Psychiatric Services*. 2012 Mar;63(3):216-22. [[10.1176/appi.ps.20110013](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20110013/)] [PMID]
- [27] Khorsandi Z, Hosseinian S, Khodabakhshi Koolaei A. An Investigation of the Relationship Between Social Support and Mental Health Addicted Women. *Quarterly Journal of Social Work*. 2017 Dec 10;6(3):5-13.
- [28] Rajabi GR, Alibazi H, Jamali A, Abassi G. Relationship between self-esteem, social support with mental health in Shahid Chamran university students of Ahvaz. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2015 Mar 21;12(21):83-104.
- [29] Eisenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human reproduction*. 2007 Mar 1;22(3):869-77. [[10.1093/humrep/del432](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1693432/)] [PMID]
- [30] Abdollahzade Rafi M, Hassanzadeh M, Ahmadi S, Taheri M, Hosseini M. Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy. *IJNR*. 2012;7(26):1-10.
- [31] Webster J, Linnane JW, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful?. *Birth*. 2000 Jun;27(2):97-101. [[10.1046/j.1523-536x.2000.00097.x](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11523536x/2000.00097.x/)] [PMID]
- [32] Spoozak L, Gotman N, Smith MV, Belanger K, Yonkers KA. Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *Journal of affective disorders*. 2009 Apr 1;114(1-3):216-23. [[10.1016/j.jad.2008.07.015](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18016116/j.jad.2008.07.015/)] [PMID]
- [33] Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics & Gynecology*. 2001 Jun 1;97(6):988-93. [[10.1016/s0029-7844\(01\)01377-1](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/110161016/s0029-7844(01)01377-1/)] [PMID]



Authors retain the copyright and full publishing rights.

Published by [ahvaz_jundishapur university of medical science](http://www.ahvaz-jundishapur-university-of-medical-science.ir/). This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).