

فرهنگستان علوم پزشکی

گزارش نهایی طرح: (اصلاحیه)

بررسی راه های پیشگیری از افسردگی و اضطراب در زنان (مرور
نظام مند شواهد)

مجری: دکتر مرضیه نجومی

همکار اصلی: دکتر فاطمه ملا رحیمی

۹۵/۸/۱۰

فهرست مطالب

| عنوان | صفحه |
|----------------------------|------|
| فصل اول: کلیات تحقیق | |
| مقدمه | ۲ |
| کلید واژه‌ها | ۷ |
| اهداف و فرضیات | ۸ |
| هدف کلی | ۸ |
| اهداف اختصاصی | ۸ |
| هدف کاربردی | ۹ |
| سوالات و فرضیات | ۹ |
| فصل دوم: مرور متون | |
| پیشینه تحقیق | ۱۲ |
| مفاهیم و تعاریف | ۱۲ |
| سلامت روان | ۱۲ |
| افسردگی | ۱۲ |
| اضطراب | ۱۲ |
| رویکرد جامعه محور | ۱۳ |
| فصل سوم: روش اجرا | |
| جدول متغیرها | ۲۷ |
| نمونه پژوهشی | ۲۸ |
| روش نمونه گیری | ۲۹ |
| نحوه انجام کار | ۳۰ |
| انتخاب منابع اطلاعات | ۳۰ |
| جستجو | ۳۱ |
| کلید واژه های جستجو | ۳۱ |
| غربالگری | ۳۲ |
| بررسی کیفیت مقالات | ۳۲ |
| استخراج نتایج | ۳۳ |
| پیشگیری از تورش | ۳۳ |

| | |
|-----------------------------|----|
| نحوه رعایت نکات اخلاقی..... | ۳۴ |
|-----------------------------|----|

فصل چهارم: نتایج

| | |
|--------------------|----|
| نتایج..... | ۳۵ |
| اطلاعات کلی..... | ۳۶ |
| انواع مداخلات..... | ۳۸ |
| محل مداخلات..... | ۳۹ |

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

| | |
|------------------------------|----|
| بحث..... | ۶۱ |
| نتیجه گیری..... | ۶۹ |
| محدودیت ها و پیشنهادهای..... | ۶۹ |
| منابع..... | ۷۱ |

فهرست جدول ها

| | |
|---|----|
| جدول ۱: متغیرهای مورد بررسی..... | ۲۷ |
| جدول ۲: معیارهای ورود مطالعات..... | ۲۸ |
| جدول ۳: معیارهای خروج مطالعات..... | ۲۹ |
| جدول ۴: مراحل گردآوری اطلاعات..... | ۲۹ |
| جدول ۵: استخراج نتایج و خلاصه کردن شواهد..... | ۳۳ |
| جدول ۶: مشخصات کلی مقالات مورد استفاده..... | ۴۸ |

فهرست نمودارها

| | |
|------------------------|----|
| نمودار ۱: افسردگی..... | ۳۶ |
| نمودار ۲: اضطراب..... | ۳۷ |

فهرست شکل ها

| | |
|---|----|
| شکل ۱: مدل اکولوژیکی تعامل علل اختلالات روان..... | ۲۲ |
| شکل ۲: جایگاه مداخلات پیشگیری..... | ۲۲ |

فصل اول

مقدمه، اهداف و سوالات پژوهش

اضطراب و افسردگی بیماریهایی هستند که انسان همیشه با آنها رو به رو بوده است. این بیماری ها تمام ابعاد جسمانی، روحی، روانی، احساسی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می دهند. اضطراب یکی از مؤلفه های ساختار شخصیت فرد است. پاره ای از اضطرابهای دوران کودکی، نوجوانی و جوانی را میتوان به هنجار دانست و تأثیر مثبت آنها را بر فرآیند تحول پذیرفت. اما، گاهی اضطراب مزمن و مداوم میشود که در این صورت نه تنها پاسخ سازش یافته ای محسوب نمیشود، بلکه باید آن را منبع شکست، سازش نیافتگی و استیصال گستردهای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده امکاناتش محروم می سازد.

از طرف دیگر افسردگی معضلی است که به روح و روان آدمی لطمه میزند و با کاهش توانایی تفکر و تمرکز، عدم توانایی تصمیم گیری، افکار منفی، احساس غمگینی، پوچی و احساس عدم لذت از زندگی همراه است. متخصصین، افسردگی را تجربه حالت ناشادی میدانند که تحمل آن دشوار است. مطالعه ها حاکی از این است که زنان حدود دو سوم مبتلایان به اضطراب و افسردگی را تشکیل می دهند.

اضطراب و افسردگی نه تنها رنج و ناراحتی شدید جسمانی و روانی برای افراد به وجود می آورند، بلکه حتی به صورت غیر مستقیم و به میزان قابل توجهی به مشکلات اجتماعی و اقتصادی جوامع امروز مربوط می شوند (Rahimi and Bavaqar, 2011).

سلامت روان به حالتی از سلامتی گفته می شود که فرد به کمک آن به توانایی های خود پی می برد، بر استرس های طبیعی زندگی اش غلبه می کند، به طور مؤثر کار می کند و قادر به همکاری با اقشار جامعه است (Larun et al., 2006). رفتار بهنجار یا نرمال رفتاریست که منطبق با چارچوب و ارزشهای آن جامعه می باشد (Martinsen, 2008). سلامت روان شامل رفتار اجتماعی مناسب، رهایی از نگرانی و گناه؛ فقدان بیماری روانی، کفایت فردی و خودمهارگری، خویشتن پذیری و خودشکوفایی، ایمان و سازماندهی شخصیت، گشاده نگری و انعطاف پذیری می باشد (Garber and Weersing, 2010).

اختلال های روان پزشکی، شیوعی بالا و باری قابل ملاحظه دارند. در حدود ۹۱۹ میلیون نفر در جهان از اختلالهای روان پزشکی رنج می برند و طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، ۱ نفر از هر ۴ نفر در جهان در طول زندگی به یکی از اختلال های روان پزشکی مبتلا خواهند شد و در هر زمان، حدود ۱۹ درصد از جمعیت بزرگسال به اختلال های روانی مبتلا هستند (NOORBALA et

al., 2014)

علاوه بر آن در سال ۲۰۱۰، «اختلال افسردگی»، دومین علت سال های زندگی با معلولیت در جهان را به خود اختصاص داده بود و ۸/۲ درصد از کل سال های زندگی با معلولیت در جهان به این اختلاط، مربوط بود، همچنین «اختلال افسردگی اساسی» مسئول ۱۶ میلیون از موارد خودکشی و ۴ میلیون از موارد بیماریهای ایسکمیک قلبی در سال ۲۰۱۰ میلادی بود، علاوه بر این، بر اساس پیش بینی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ میلادی دومین علت عمده بیماری ها (پس از بیماری قلبی و عروقی) و تا سال ۲۰۳۰ «اختلال افسردگی اساسی»، رتبه نخست بار بیماریهای در کشورهای توسعه یافته و رتبه دوم در کشورهای در حال توسعه را پس از بیماری «ایدز» از آن خود خواهد کرد. در ایران نیز بر اساس مطالعات انجام شده، شیوع افسردگی در میان جمعیت های مختلف از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد، متغیر بوده است و مقایسه میزان شیوع افسردگی در ایران با سایر کشورهای جهان نشان می دهد که شیوع این اختلال در ایران به صورت نسبی بالاست (MONTAZERI et al., 2013).

پدیده اضطراب نیز یک پدیده فراگیر و جهانی است و در همه انسان ها وجود دارد و حتی سازگارترین افراد نیز آن را تجربه کرده اند. احساس اضطراب، زمانی رخ میدهد که فرد خطری را ادراک می کند که این خطر از قابلیت های فرد، برای مواجهه با آن فراتر باشد. اضطراب عبارت است از نگرانی پیشاپیش نسبت به خطر ها یا بدبختی های توأم با بی لذتی یا نشانه های بدنی تنش، منبع خطر پیش بینی نشده که می تواند درونی یا بیرونی باشد. در بسیاری از افراد، لحظات بحرانی مانند گذراندن امتحان یا شرکت در جمعی که دوست دارد تأثیر خوبی بر دیگران بگذارد، اضطراب فرد را به حد اعلای خود می رساند (Hakak, 2013).

پژوهش ها حاکی از آن است که دامنه وسیعی از جمعیت زنان (۲۰ تا ۶۵٪)، دچار افسردگی و اضطراب می شوند. به طور کلی می توان گفت که همه این تنیدگی ها در بدن زن برنامه ریزی شده اند، اما بعد روان شناختی آن ها به تاریخچه زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی او وابسته است. به عبارت دیگر اینکه، ساختار زیستی بدن زن به گونه ای بنا شده که او بیش از مردان مستعد اضطراب و استرس می شود (مثل تغییرات هورمونی و زایمان)، اما شدت و نحوه آن به مسائل روان شناختی آن مثل تربیت و محیط خانوادگی مربوط می شود (Prenzlau, 2006). دستیابی به توسعه بهداشت در جهان، بدون توجه به اهمیت سلامت زنان و در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی در ابعاد گوناگون سیاست ها و برنامه های بهداشت و توسعه و همچنین اجرای برنامه های توانمندسازی و پیشرفت زنان ممکن نیست. سلامت زنان، مطمئن ترین راه برای رسیدن به زندگی با کیفیت برای همگان است و ظرفیت سازی و توانمندسازی آنها برای مشارکت، پیش نیازهای اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه است.

با بروز و افزایش اضطراب در زنان، بخش وسیعی از سلامت روانی فرد، خانواده و جامعه به خطر خواهد افتاد. بنابراین، ضرورت دارد که پژوهش‌های گسترده‌ای به منظور یافتن راه حل‌های پیشگیرانه و درمانی در این زمینه انجام شود.

بیماری روانی افسردگی و اضطراب زنان متأثر از عوامل متعددی است که در شبکه‌ای از روابط با یکدیگر قرار دارند. در این خصوص چندگانگی وضعیت اجتماعی اقتصادی زنان، دستیابی نابرابر به منابع در خانواده، احساس اضطراب و صفات مربوط به نقش‌های زنانه، مجموعه متغیرهایی هستند که موجب بروز بیماری روانی افسردگی و اضطراب در زنان می‌شود. روابط قدرت در خانواده و اجتماع از عوامل استرس‌زا است. هرچقدر روابط قدرت ساختاری عمودی تر داشته باشد، بر احساس اضطراب نزد زنان افزوده می‌شود و چقدر روابط قدرت در خانواده از ساختاری افقی برخوردار باشد از میزان اضطراب زنان کاسته می‌شود (Melchior et al., 2007).

بین تقسیم جنسیتی کار در خانواده و احساس اضطراب در زنان روابط معناداری وجود دارد. ساختارهای اجتماعی چون خانواده، نهادهای آموزشی باید به تغییرات بنیادی در رویه‌های خود در این زمینه اقدام کنند. به هر میزان حوزه‌های اجتماعی و شخصی زندگی زنان از یکدیگر منفک باشد، بیشتر احتمال دارد که در پی تجرب دوگانه در این دو حوزه، دچار آسیب روانی و اضطراب شوند. احساس کنترل بر زندگی، افسردگی و اضطراب را در زنان کاهش می‌دهد. زنان خودسرپرست یکی از گروه‌های اقلیت زنان هستند که در همه دنیا با مشکلات زیادی دست به گریبان هستند.

بسیاری از زنان کارگر سرپرست خانوار بوده و باید علاوه بر تربیت فرزندان، مخارج خانواده را هم تامین کنند. نوع استخدام بسیاری از زنان کارگر قراردادی یا روزمزد بوده و برخی از کارفرمایان با پرداخت نکردن حق بیمه، پوشش درمانی را از این زنان دریغ می‌کنند که در ایجاد اضطراب و افسردگی در آنان نقش موثری دارد. با وضع قوانین مناسب و نظارت درست بر زنان کارگر و تبدیل امور استخدامی آنان به وضعیت قانونی، بررسی وضعیت بیمه و بازنشستگی این زنان و رسیدگی به فرزندان‌شان می‌توان از اختلالات روانی در آنان جلوگیری نمود.

بسیاری از زنان کارگر در صورت اجرا نشدن قوانین و مقررات مربوط به اشتغال به علت ترس از اخراج اقدام به احقاق حقوق خود نکرده و بسیاری از کارگاه‌ها مانند قالبیافی قوانین را درست اجرا نمی‌کنند (Boyd et al., 2011).

مساله استرس و بررسی عوامل اجتماعی موثر در بروز آن در جوامع پیشرفته بسیار مورد توجه روانشناسان اجتماعی است.

افسردگی اجتماعی نیز متأثر از ابعاد محیطی است و در نتیجه برخورد جوان با مشکلات، تضادهای، تعارضها و بن بست های حل نشده فرهنگی، اجتماعی و سیاسی، اقتصادی جامعه عارض می شود (Beck et al., 1979).

افسردگی از شایعترین اختلالات روانی بزرگسالان می باشد که خلق افسرده و فقدان علاقه یا عدم احساس لذت، از علایم آن به شمار می رود. تقریباً ۹۷ درصد بیماران مبتلا به افسردگی از کاهش انرژی شکایت دارند. بر اساس پژوهشهای آرون بک، بیش از ۸۰ درصد بیماران افسرده، خود را بی ارزش می دانند. علاوه بر این در زمینه های هوش، جذابیت، سلامتی و توانایی که بیشترین ارزش را دارد احساس ناتوانی کرده و از شرکت فعالانه در فعالیت های آموزشی خودداری می نمایند. از علایم افسردگی شدید می توان احساس غمگینی و ناامیدی، کاهش علاقه و لذت، تغییر در وزن و الگوی خواب، خستگی مزمن، احساس بی ارزشی و گناه، اشکال در تمرکز و تفکر را نام برد.

در چند دهه اخیر روش های تحقیق سنتی متداول برای حل مشکلات سلامت مردم به دلیل مشارکت محدود جامعه، دچار چالش شده اند. طراحان دیدگاه نوین، در جستجوی مشارکت جامعه به عنوان شریکی فعال در تمام فرآیند پژوهش هستند و سودمندی هایی را برای اتخاذ این راهبرد برمی شمارند، در پژوهش های مشارکتی مبتنی بر جامعه نقش محققین غیردانشگاهی در روند تولید دانش، ایجاد تغییر و کنترل فرآیند پژوهش حائز اهمیت است. افزون بر این، مشارکت ذینفعان، توانمندسازی، ظرفیت سازی و تقویت اعضای جامعه برای مقابله با تهدیدهای سلامت را موجب می گردد. از این رو امروزه علاقه فزاینده ای برای بکارگیری پژوهش های مشارکتی مبتنی بر جامعه در سطح جوامع دانشگاهی وجود دارد (Safari et al., 2013, Fredland, 2010).

وعده ها، عملکرد و پتانسیل بهداشت عمومی معاصر بر اتخاذ رویکرد مبتنی بر جامعه در برنامه های ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماریها بویژه در حیطه سلامت روانی تاکید دارد.

در این مطالعه تلاش می شود که با گردآوری مطالعات چاپ شده در این حوزه، طی یک مرور نظام مند، روش های پیشگیری از افسردگی و اضطراب مبتنی بر جامعه، در حوزه زنان، استخراج شوند.

کلید واژه ها: افسردگی؛ ویژگی اصلی این اختلال یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی علاقه و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در

اشتها و یا وزن، خواب، و کارهای روانی-حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری، یا افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام برای خودکشی را داشته باشد (Organization, 2004).

اضطراب: اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشاء ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است (Hakak, 2013).

برنامه مبتنی بر جامعه: برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه، یکپارچه و جامع می‌باشند که به مراقبت‌های پزشکی محدود نمی‌شود، و بطور سیستماتیک رهبران جامعه، شبکه‌های اجتماعی، کمپین‌های ارتباطات جمعی، و آموزش مستقیم جمعیت عمومی را در برمی‌گیرند (Turnock, 1998).

اهداف، فرضیات و سوالات پژوهش

هدف کلی

تعیین روش‌های پیشگیری از افسردگی و اضطراب در زنان بر اساس مرور نظام‌مند شواهد

اهداف اختصاصی

۱) تعیین روش‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه از افسردگی در زنان بر اساس مرور نظام‌مند شواهد

۲) تعیین روش‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه از اضطراب در زنان بر اساس مرور نظام‌مند شواهد

اهداف کاربردی

با نتایج حاصل از این مطالعه، می‌توان موثرترین و بهترین روشهای پیشگیری از اضطراب و افسردگی در سطح جهان را شناسایی کرده، موارد دارای قابلیت اجرا در کشور را مشخص کرد و با شواهد معتبر در اختیار سیاست‌گذار برای عملیاتی شدن قرار داد.

سوالات

۱) روشهای پیشگیری مبتنی بر جامعه، از بیماری افسردگی، در زنان چیست؟

۲) روشهای پیشگیری مبتنی بر جامعه، از بیماری روانی اضطراب، در زنان چیست؟

فصل دوم

بررسی متون و پیشینه پژوهش

سلامت روان

سلامت روان به حالتی از سلامتی گفته می شود که فرد به کمک آن به توانایی های خود پی می برد، بر استرس های طبیعی زندگی اش غلبه می کند، به طور مؤثر کار می کند و قادر به همکاری با اقشار جامعه است

افسردگی

ویژگی اصلی این اختلال یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی علاقه و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها و یا وزن، خواب، و کارهای روانی-حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز یا تصمیم گیری، یا افکار خودکننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام برای خودکشی را داشته باشد.

اضطراب

اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشاء ناشناخته، که به فرد دست می دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است .

رویکرد جامعه محور

برنامه های پیشگیری جامعه محور یکپارچه و جامع، به مراقبت های پزشکی محدود نمی شود، و بطور سیستماتیک رهبران جامعه، شبکه های اجتماعی، کمپین های ارتباطات جمعی، و آموزش مستقیم جمعیت عمومی را در برمی گیرند.

مطالعات مختلف در سراسر دنیا جهت بررسی شیوع، عوامل موثر و مرتبط و راههای درمان و پیشگیری از اضطراب و افسردگی در گروه های سنی و جنسی انجام شده است.

بر اساس پژوهش های انجام شده در ایران، اختلال های رفتاری و روانی در سال ۱۳۸۲، رتبه دوم بار بیماری ها را پس از حوادث عمدی و غیر عمدی به خود اختصاص داده و ۱۶ درصد از کل بار بیماری ها به دلیل این اختلال ها محاسبه شده بودند. در مطالعه

انجام شده دیگری در سال ۱۳۸۴، بار بیماری های مربوط به اختلال های رفتاری و روانی به میزان ۱۴ درصد گزارش شده است (NOORBALA et al., 2014).

آمارها نشان می دهد که از هر ۵ نفر زن یک نفر در مقابل یک نفر از هر ۱۰ مرد در طول زندگی این بیماری را تجربه می کنند (Ballenger et al., 2000).

شیوع اختلالات خلقی را در جهان در جمعیت بزرگسالان ۱۰ درصد برآورد می کنند (Stewart et al., 2001). در سال ۱۹۹۰ میزان افسردگی در جهان نزدیک به ۵ میلیون نفر بوده است که خود نشان دهنده شیوع بالا و اهمیت اختلالات افسردگی است. افسردگی هزینه بالایی را بر جوامع تحمیل می کند (Kessler et al., 2005). برای نمونه هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بیماران افسرده در سال ۱۹۹۰ برای آمریکا ۴۴ میلیارد دلار و برای انگلستان ۲۲۲ میلیون پوند بوده است. طبق گزارش سازمان بین المللی بهداشت روانی هر سال در ایالات متحده آمریکا ۱۲/۴ میلیون زن در مقایسه با ۶/۴ میلیون مرد به اختلال افسردگی مبتلا می شوند. بر اساس مطالعات انجام شده استرس های متفاوت زایمان و آثار هورمونی نهفته در زنان را دلیل فراوانی افسردگی در آنها ذکر کرده اند (Evans and Steptoe, 2002).

افسردگی یکی از علل اصلی مرگ و میر در جهان است و بار اقتصادی قابل توجهی را در جوامع به خود اختصاص می دهد. افسردگی یک بیماری مزمن محسوب می شود و ۸۵٪ افرادی که یکبار افسردگی را تجربه می کنند در طی ۱۵ سال مجدداً دچار افسردگی می شوند. افسردگی اختلالی شایع و رو به رشد است.

میزان اضطراب زنان تحت تاثیر وضعیت اجتماعی اقتصادی سرپرست خانوار می باشد. پیامدهای اجتماعی افسردگی دارای ابعاد سیاسی (عدم مشارکت در جامعه، نبود انگیزه در فعالیت های مدنی، ناتوانی در تصمیم گیری های کلان)، اجتماعی (کم حرفی، انزوا، نظام گسیختگی اجتماعی، اعتیاد، بزهکاری، طلاق، خودکشی)، اقتصادی (ترک خدمت، کاهش عمدی کیفیت یا کمیت تولید، عدم مشارکت اقتصادی، تعدد مشاغل کاذب، ناتوانی در پرداخت هزینه های زندگی و بهای مسکن و بروز فقر، سرقت، تخریب منابع و آلوده سازی محیط زیست) می باشد (Stansfeld et al., 1999).

میزان شیوع اختلالات روانی در ایران با آمارهای جهانی تفاوت چندانی ندارد، افسردگی و اضطراب از مهم ترین اختلالات روانی در کشور هستند که در زنان شایعتر از مردان و در دوران بزرگسالی بسیار بیشتر از دوران کودکی است.

زنان شهری در مقایسه با زنان روستایی پنج تا ۱۴ ماه پس از وضع حمل، بیشتر با خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان مواجه می‌شوند. زنان اگرچه در مقایسه با مردان امید زندگی بیشتری دارند، اما بیشتر از مردان در معرض مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌گیرند. خطرپذیری زنان و مردان در برابر مسایل بهداشت جسمانی و روانی تحت تاثیر عوامل پیچیده و چندگانه زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی است (Cohen, 2004). زنان با اختلال‌های اضطرابی بیشتر احتمال دارد که دچار افسردگی شوند. افسردگی اختلال روانی شایعی است که اثرات ناتوان‌کننده اجتماعی-اقتصادی دارد و این اختلال هم امروزه توجه زیادی را بر حسب مباحث جنسیتی به خود اختصاص داده است.

اضطراب نیز دارای علایمی است که شخص همیشه در موقعیت‌های مختلف بدون دلیل مشخص نگران است، این حالت اضطرابی نیز در میان زنان متداول‌تر است (Noorbala et al., 2004). انجام همزمان وظایف شغلی و خانه داری شیوع افسردگی در زنان را بالا برده است. در جمعیت جوان تا میانسال زنان، افراد بیوه مستعد بیشترین شیوع افسردگی هستند و پس از آن، افراد مطلقه و متأهل بیشترین درصد افسردگی را به خود اختصاص می‌دهند (Sadeghirad et al., 2010).

طبق مطالعه ای که توسط حقدوست و همکاران انجام شده، در جمعیت جوان تا میانسال زنان، افراد بیوه مستعد بیشترین شیوع افسردگی بودند و پس از آن، افراد مطلقه و متأهل بیشترین درصد افسردگی را به خود اختصاص می‌دادند.

در مطالعه ای که توسط دکتر نوربالا و همکاران انجام شده، به بررسی عوامل سبب ساز اختلال‌های روانی، بویژه اختلال افسردگی و ارائه راهکارهایی در جهت اصلاح کسب زندگی با حذف پیشگیری از بروز و شیوع این اختلالات پرداخته شده که عوامل دخیل در سه گروه عوامل «زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی» شناسایی و مطرح شده است. در این مطالعه نشان داده شد اختلال‌های روانپزشکی در مجموع با سبب شناسی چند عاملی سر و کار دارند، بدین معنی که در هر اختلالی علاوه بر جنبه‌های زیستی، عوامل روانی، اجتماعی و معنوی نیز می‌توانند درگیر باشند. و از آنجایی که اغلب عوامل زیستی غیر قابل مداخله هستند بهترین حوزه مداخله مربوط به عوامل اجتماعی و محیطی و روانی باشد (NOORBALA et al., 2014).

طبق مرور سیستماتیک و متاآنالیز انجام شده، بهترین روش پیشگیری از این دو اختلال، رفتار درمانی شناختی در افرادی است که در مراحل اولیه و خفیف افسردگی و اضطراب به سر می‌برند. در کشورهای مختلف آمریکا و اروپایی اثربخشی این روش روی کودکان و نوجوانان ثابت شده است (Richardson et al., 2010).

مطالعه‌ی دیگری که بر روی زنان سرپرست خانوار انجام شده است، به اثر بخشی مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری جهت کاهش اضطراب و افسردگی زنان پرداخته که مطرح کننده، تاثیر مثبت و معنی داری از نظر کاهش موارد افسردگی و اضطراب و استرس در زنان سرپرست خانوار بوده است.

در دنیا برای پیشگیری از افسردگی از همکاری های بین بخشی مختلف در تمام سطوح سیاسی اجتماعی استفاده می شود. دینفعان کلیدی مردم هستند و فعالیتهای افقی و عمودی بین بخش های مختلف باید وجود داشته باشد تا همبستگی اجتماعی، برابری سلامت، رشد اقتصادی، توسعه مداوم بوجود آید. کشورها و شهرهای تابع آنها باید هدف ویژه برای ارتقای سلامت روان داشته باشند. زیربنای پیشگیری از افسردگی و اضطراب از دوران کودکی شروع می شود و با حمایت اجتماعی، آموزش، فرصت شغلی، برنامه ریزی شهری و ناحیه ای، حمل و نقل مناسب شهروندان، میسر می گردد (Salmon, 2001). در مطالعه درمورد اثربخشی انجام فعالیت های فیزیکی و ورزشی در پیشگیری از افسردگی، مشخص شد فعالیت فیزیکی در سلامت قلب و عروق و سلامت روانی بسیار موثر می باشد.

در مطالعه ای که در مشهد بر روی بیماران افسرده انجام گرفت، ترکیبی از درمان شناختی رفتاری

(CBT) و دارودرمانی برای کنترل افسردگی بیماران انجام شد. کلیه بیماران شامل مردان و زنان شرکت کننده در دوره های رفتار درمانی شناختی شرکت نمودند و استقبال خوبی از این جلسات به عمل آمد (Calear et al., 2009). در پژوهش دیگری که در زنان نازای ایرانی با افسردگی خفیف تا متوسط انجام شد، شناخت درمانی روش موثری برای پیشگیری و کنترل افسردگی بود و خانم های نازا بخوبی از این روش درمانی استقبال نمودند (Faramarzi et al., 2008).

مطالعات مختلفی اما پراکنده در سراسر دنیا به منظور بررسی انواع راههای پیشگیری از افسردگی و اضطراب انجام شده است و همچنین چند مطالعه به صورت مرور نظام مند شواهد صورت گرفته که عوامل موثر در بروز افسردگی و اضطراب را بررسی نموده اند، اما مطالعه در راستای راههای پیشگیری بسیار کم است و اغلب مطالعات مربوط به روشهای درمانی دارویی و غیر دارویی است.

لذا این موارد اهمیت پرداختن به موضوع پیشگیری از افسردگی و اضطراب را بیشتر از پیش می کند. در مطالعه ای که اقدام به مرور شواهد مربوط به بررسی مداخلات برپایه اینترنت نموده است، ۲۲٪ میزان کاهش خطر افسردگی را بدنبال مداخلات پیشگیری مطرح نموده است (Van Voorhees et al., 2011).

مطالعه جهت ارزیابی اقتصادی مداخله ای پیشگیری از اختلالات روان صورت گرفته که اثرات بسیار مثبتی را بدنبال برنامه های پیشگیرانه اثبات کرده است اما این مطالعه فقط در سطح بیماران و افراد شرکت کننده بوده است که نیازمند بررسی جامع تر می باشد.

مطالعات مروروی بسیار زیادی در زمینه پیشگیری از افسردگی و اضطراب در بین جوانان و کودکان انجام شده است اما تاکنون مطالعه نظام مندی که بر روی مداخلات مربوط به زنان در معرض خطر بالا و یا سالم باشد صورت نگرفته است.

طبق مرور سیستماتیک و متاآنالیز انجام شده بر روی نوجوانان، سه دسته مداخله با رویکرد پیشگیرانه، بررسی شده است. مداخلات شامل برنامه های پیشگیری از افسردگی و اضطراب "جامع، انتخابی و نشانه ای" می باشد، این مطالعه نشان داد مداخلات همگانی بیشترین تاثیر را در پیشگیری از افسردگی و اضطراب داشته است (Christensen et al., 2010).

مطالعه مرور نظام مند شواهد بر روی زنان صورت گرفته که مربوط به زنان پس از زایمان بوده است. این مطالعه نشان داد، درمان بین فردی، درمان شناختی-رفتاری و درمان روان تحلیلی می توانند درمانهای موثر روان شناختی برای افسردگی پس از زایمان باشند. و بیشترین اندازه اثر برای درمان های روان شناختی برآورد شد (Parker et al., 2003). در این مطالعه نیز مداخلات بر روی زنان سالم و مبتنی بر جمعیت نبوده است.

گروهی از پزشکان دانشگاه شیکاگو مطالعه ای در زمینه مداخلات پیشگیرانه از اختلالات روان انجام داده و در گروههای سنی مختلف این مطالعات را بررسی نموده اند طبق نتیجه گیری این پزشکان مداخلات پیشگیرانه بسیار محدود است و مداخلات اغلب بر روی افراد بیمار انجام شده بود. همچنین به اثر بخشی مداخلات در زمینه های فرهنگی اشاره شده و توصیه بر انجام کارهای فرهنگی اجتماعی جهت کارایی بیشتر مداخلات شده است (Van Voorhees et al., 2011).

مطالعات متعددی در راستای بررسی ارتباط و میزان همراهی افسردگی با بیماریهای روان انجام شده است بطور مثال مطالعه ی نیمه تجربی که توسط دکتر ملکوتی و همکاران در ایران به منظور پیشگیری از خودکشی انجام شده به بررسی همراهی افسردگی در این افراد پرداخته است که این چنین مطالعاتی، اهمیت پیشگیری از افسردگی و اضطراب را با هدف کاهش بیماریهای شایع در بین افراد مستعد را مطرح می کند.

با توجه به اینکه نیمی از جمعیت هر جامعه را زنان تشکیل می دهند، چنانچه زنان شاغل باشند باید به پایین بودن بازده کاری شاغلین افسرده، غیبت از محل کار، افزایش تنش های میان فردی که می توانند زیان های اجتماعی زیادی را به دنبال داشته باشد توجه نمود. یک فرد افسرده در سال به طور متوسط ۲۳ روز بیش از جمعیت عمومی از محل کار یا تحصیل غیبت می کند. گر چه در مورد زنان خانه دار چنین محاسبه ای کمتر ممکن است، ولی به همان اندازه کاهش عملکرد در امور خانه رخ می دهد که باعث افزایش مشکلات و کشمکش های خانوادگی می شود. بنابراین ۵ میلیون بیمار افسرده باعث هدر رفتن ۱۱۵ میلیون روز کاری در سال در ایران می شوند. این ارقام بیانگر ضرورت توجه بیشتر به افسردگی و جستجوی راههایی برای کاهش این هزینه ها می باشد (M et al., 2005).

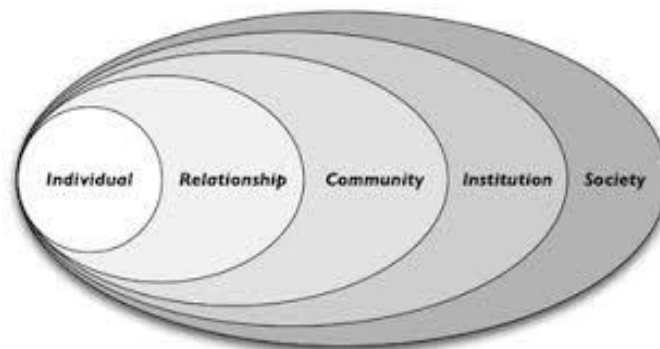
شکاف بین محققان دانشگاهی، اعضای جامعه و سازمان های متولی سلامت منجر به عدم استفاده از نتایج پژوهش در عمل شده است. از کل سرمایه های پژوهشی دنیا تنها ده درصد برای نود درصد مردم به کار گرفته می شود. در کشورهای در حال توسعه این مشکل شدیدتر است و حتی همان پژوهش های اندکی که در این کشورها انجام می شود، جهت برطرف کردن مشکلات بهداشتی و کاهش بار بیماری های عمده آن کشورها نیست. نتیجه یک مطالعه مروری نشان داده است که فقط ۰/۴ درصد از تحقیقات دانشگاهی مربوط به پژوهش های مداخله ای در حیطه سلامت است. هدف از انجام تحقیقات در دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، گسترش مرزهای دانش و انتشار مقالات در مجلات پژوهشی است. اما تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه نه تنها به گسترش دانش در دسترس می افزاید بلکه با درگیر ساختن افراد جامعه در فرآیند پژوهش، منجر به افزایش ظرفیت و توانایی های جامعه می شود (Turnock, 1998).

تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه با ایجاد پل ارتباطی بین مردم، سازمان ها و دانشگاهها امکان ایجاد دیدگاهی متفاوت درباره مسائل پیچیده اجتماعی و سلامت را فراهم کرده است. این رویکرد روش های پژوهش را با راهبردهای ظرفیت سازی جامعه ترکیب می کند. دهه های گذشته تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه بسیاری در حوزه های اجتماعی، آموزشی و خدمات سلامت و بهداشت صورت گرفته است و شاهد افزایش سریع پروژه های تحقیقاتی با رویکرد مشارکتی بوده است. این رویکرد به تحقیق با تشویق مشارکت فعال اعضای جامعه با پژوهشگران دانشگاهی، روش جایگزینی را در عملکرد تحقیقات سنتی ارائه می دهد. پژوهشگران از این رویکرد به تحقیق برای مطالعات مرتبط با گروههای آسیب پذیر جامعه استفاده کرده اند.

از سال ۱۳۷۵ رویکرد پیشگیری از بین سایر مداخلات بوجود آمد، این رویکرد به دلیل بسترهای اجتماعی آن دهه رویکردی اقتداری، جامع نگر و متخصص گرا داشت و رویکرد غالب محسوب می گردید. طی ۵ سال غلبه ی این رویکرد، نتایج تجربی مختلفی از کارآمدی و ناکارآمدی آن کسب گردید. همانگونه که در حیطه تعریف سلامتی به ابعاد مختلفی توجه شده است در بحث پیشگیری پدیده های روانی اجتماعی، ابعاد گسترده ایی را به خود اختصاص می دهد. این موضوع با تغییراتی که در قرن بیست و یکم در سیر همه گیرشناسی بیماری ها ایجاد شده است از اهمیت بیشتری برخوردار است (Safari et al., 2013).

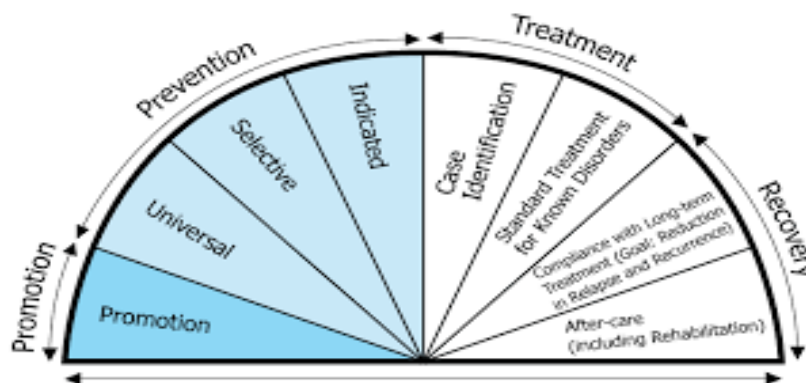
سال ۱۳۸۰ در ایران پژوهش های مشارکتی مبتنی بر جمعیت به عنوان راهکاری جهت حل مشکلات و کاربردی کردن نتایج تحقیقات با ایجاد پایگاه تحقیقات جمعیتی به عنوان بستری مناسب جهت توانمند شدن جامعه و انتقال مدیریت پژوهش به جامعه، تغییر دیدگاه پژوهشگران و توانمندسازی مدیران برای مشارکت در پژوهش و استفاده از نتایج تحقیقات، پیشنهاد گردید و در این زمینه تجربه هایی نیز در عمل به دست آمد (Fredland, 2010).

رویکرد رایج در عرصه ارتقاء سلامت تاکید بر برنامه های مبتنی بر جامعه با استفاده از مداخلات متعدد به عنوان استراتژی اصلی دستیابی به تغییر در سطح رفتارهای پر خطر و سلامت جامعه می باشد. این تاکید بر رویکرد مبتنی بر جامعه و جمعیت در طول چند دهه گذشته تکامل یافته است، که نشان دهنده تغییر در تاکید از توصیف رفتار های بهداشتی در سطح فردی به تاکید بر سطوح اجتماعی و زیست محیطی، همانطور که در مدل های اکولوژیکی سلامت منعکس شده است می باشد (Organization, 2004). مدل های اکولوژیکی (شکل ۱) مبتنی بر این فرض می باشند که رفتار فرد در نتیجه تعامل پویا با محیط اجتماعی، که در برگیرنده سطوح تأثیرات فردی، سازمانی، اجتماعی و سیاسی است شکل می گیرد (Organization, 2004).



شکل ۱: مدل اکولوژیکی تعامل علل اختلالات روان

ادغام شدن مفهوم مشارکت و مالکیت جامعه با مدل‌های ارتقاء سلامت جامعه محور برای ایجاد حمایت جامعه و ظرفیت سازی به منظور درگیر شدن در فعالیتهای پیشگیرانه (شکل ۲) ضروری است (Van Voorhees et al., 2011).



شکل ۲: جایگاه مداخلات پیشگیری در سلامت روان

مدل‌های مبتنی بر جامعه در برنامه‌های پیشگیرانه متعدد توسط سازمان‌های بهداشتی بین‌المللی و بنیادهای خصوصی که جامعه را به طور کامل مورد هدف مداخله قرار داده‌اند دیده می‌شوند. با وجود تاکید بر ارتقاء سلامت جامعه محور، هنوز درک کاملی از عوامل تعیین‌کننده و فرایندهای تغییر در سطح جمعیت بدست نیامده است. اگر چه مشارکت جامعه و مدل زیست محیطی چند سطحی چارچوب‌های مفید برای پرداختن به مسائل مربوط به سلامت جامعه ارائه می‌نماید، نیاز به شناسایی بهتر روشهای دقیقی که در آن نتایج برنامه را تحت تاثیر قرار می‌دهند وجود دارد.

با توجه به اهمیت تلاش‌های پیشگیرانه جامعه در فعالیت و سیاستهای بهداشت عمومی، به دست آوردن شواهد علمی معتبر در خصوص موثرترین راه‌تحریک تغییر جامعه برای برنامه‌ریزی برنامه‌های ارتقاء سلامت بعدی و بهبود دستورالعمل پیشگیری ملی ضروری بنظر می‌رسد.

بررسی شواهد موجود در خصوص مداخلات ارتقاء سلامت جامعه محور می‌تواند منجر به درک بهتر از اثر متقابل عوامل مربوط به طراحی مطالعه، روشهای ارزشیابی، استراتژی‌های برنامه‌ریزی شده، و فاکتورهای زمینه‌ای و تمام فاکتورهایی که بر نتایج و اثربخشی تلاش‌های ارتقاء سلامت مبتنی بر جامعه تاثیر می‌گذارند گردد. هدف اصلی از این مطالعه ارزیابی سهم مداخلات مبتنی بر جامعه در ارتقاء سلامت عمومی و آنچه که از آنها آموخته می‌شود با هدف ارائه درک و بینش کلی نسبت به ماهیت تغییر جامعه، به عنوان یک فرایند و نتیجه تلاش‌های ارتقاء سلامت می‌باشد.

رویکرد مبتنی بر جامعه به ارتقاء سلامت مبتنی بر جامعه، نشان دهنده یک چارچوب مفهومی با تاکید بر پیشگیری اولیه و یک رویکرد مبتنی بر جمعیت می باشد. برنامه های پیشگیری جامعه محور یکپارچه و جامع، به مراقبت های پزشکی محدود نمی شود، و بطور سیستماتیک رهبران جامعه، شبکه های اجتماعی، کمپین های ارتباطات جمعی، و آموزش مستقیم جمعیت عمومی را در برمی گیرند. برنامه های مبتنی بر جامعه، از مداخلات متعدد استفاده می کنند، تغییر در میان افراد، گروه ها و سازمان ها را مورد هدف قرار می دهند و آنها اغلب ترکیبی از استراتژی ها را برای ایجاد تغییرات سیاست و اکولوژیکی استفاده می نمایند (Blas and Kurup, 2010).

عناصر کلیدی برنامه های ارتقاء سلامت جامعه محور عبارتند از: بسیج جوامع به منظور شرکت فعال در دستیابی به اهداف برنامه، اجرای مداخلات در محیط های متعدد، از جمله محل های کار، مکان های عبادت، محل ارائه مراقبتهای بهداشتی اولیه، و مدارس با استفاده از استراتژی های متعدد مداخله در سطح فردی، از جمله مسابقات و رقابت ها، برنامه های خودیاری، رسانه های جمعی، و برنامه های غربالگری و ایجاد مداخلات اکولوژیکی (ایجاد منوی غذا در رستوران، برچسب قفسه برای غذاهای قلب سالم در سوپر مارکت، و تصمیمات سیاسی) (Blas and Kurup, 2010).

برنامه های پیشگیرانه مبتنی بر جامعه از تلاش هایی که در آغاز دهه ۱۹۶۰ به منظور کاهش میزان بالای بیماری های قلبی و عروقی در ایالات متحده و دیگر کشورهای صنعتی انجام گرفت سرچشمه می گیرد. به طور کلی این برنامه در اوایل براساس مدل پزشکی و با تمرکز بر شناسایی و درمان افراد در معرض خطر بالا طراحی شدند. با این حال، شناخت تأثیرات رفتار بر سلامت نیز به علت نتایج حاصل از شواهد اپیدمیولوژیک ارائه شده توسط مطالعه قلب فرامینگهام در مورد استعمال دخانیات در آن زمان در حال افزایش بود. در دهه ۱۹۷۰، یک رویکرد جدید به پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در فنلاند و مطالعه سه جمعیتی در ایالات متحده توسط دانشگاه استنفورد آغاز بکار کرد. این برنامه ها کل جامعه را مورد هدف قرار داد و از نظریه های علوم اجتماعی به منظور ایجاد مداخلات متعدد طراحی شده برای تغییر رفتارها و تغییر محیط اجتماعی که این رفتارها در آن شکل می گیرد استفاده نمودند. CDC در اواسط دهه ۱۹۸۰ رویکرد مبتنی بر جامعه را طراحی با رویکرد برنامه ریزی شده به بهداشت جامعه (PATCH) و برنامه های اجتماعی پیشگیری از بیماری های مزمن، که با تمرکز بر ایجاد شبکه های اجتماعی داوطلبانه به منظور شرکت در فعالیت های ارتقاء سلامت بود را آغاز نمود. در ۱۹۹۰، CDC برنامه ریزی جامعه محور برای پیشگیری از اچ آی وی را ایجاد کرد. با پایان سال ۱۹۹۰، تمرکز بر روی "شیوه زندگی" و رفتارهای فردی که استراتژی اصلی پیشگیری در زمینه

ارتقاء سلامت بود رو به کاهش نهاد و تاکید بر یک الگوی اجتماعی- زیست محیطی و مشارکت فعال جوامع به عنوان وسیله ای برای تغییر محیط اجتماعی جایگزین آن شد (Turnock, 1998).

منطق ارتقاء سلامت مبتنی بر جامعه بر این تصور است که افراد نمی توانند جداگانه از محیط اجتماعی خود در نظر گرفته شوند و برنامه هایی که ترکیبی از مداخلات متعدد و فراتر از سطح فردی را اجرا می نمایند پتانسیل بیشتری برای موفقیت در تغییر رفتار برخوردار خواهند بود. اساس مبانی اپیدمیولوژیک بر این اصل استوار است که تعداد زیادی از افراد در معرض خطر کم می تواند بار بیماری بیشتری را در مقایسه با تعداد کمی از افراد در معرض خطر بالا ایجاد کنند. یک استراتژی پیشگیری جمعیتی موثر تر از یک "راهبرد در معرض خطر است، زیرا حتی یک تغییر کوچک در اوج منحنی خطر می تواند اثرات قابل ملاحظه ای بر جمعیت داشته است. بنابراین، استراتژیهای جامعه محور پایه ای برای هدف قرار دادن کل جامعه، از جمله افراد در معرض خطر پایین، به عنوان بهترین وسیله برای رسیدن به تاثیر سلامت عمومی بر روی میزان بیماریها را فراهم می کند. دلایل ایجاد اثر نسبتا کم با وجود طراحی قوی و پایه مفهومی، عمده برنامه های مبتنی بر جامعه در خصوص پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی انجام شده در ۱۹۸۰ منجر به تغییر محدودی در رفتارهای بهداشتی و وضعیت سلامت جامعه شده اند..

علیرغم تمام فواید اثبات شده برنامه های پیشگیری اما استفاده از این برنامه هنوز محدود است. بنابراین در مطالعات و تحقیقات مربوط به بهداشت عمومی مبتنی بر جمعیت، معرفی ویژگی مداخلات و برنامه های موثر جهت پیشگیری از این دو اختلال شایع، هدفی مهم است.

فصل سوم

روش اجرا

| ردیف | عنوان متغیر | متغیر از نظر نقش در تحقیق | | | | متغیر از نظر نوع | | تعریف علمی – عملی | نحوه اندازه گیری | مقیاس | | |
|------|-----------------------------|---------------------------|--------|----------|-----------|------------------|-------|-------------------|------------------|--|---------------------------------|---------|
| | | کمی | | کیفی | | | | | | | | |
| | | مستقل | وابسته | زمینه ای | مداخله گر | پیمایش | گسسته | | | | اسمی | رتبائی |
| ۱ | نویسنده اول | | | * | | | | * | | فرد اول نویسندگان بر اساس رکورد خلاصه مقاله نام خانوادگی، حرف اول نام | چک لیست | |
| ۲ | سال انتشار مقاله | | | * | | | * | | | سال انتشار مندرج در رکورد خلاصه مقاله | مشاهده | |
| ۳ | زمان مطالعه | | | * | | * | | | | سال اجرای مطالعه براساس مندرج در رکورد خلاصه مقاله / مقاله | سال | |
| ۴ | مکان مطالعه | | | * | | | | * | | کشوری که در آن مطالعه انجام شده | ایران، ترکیه، آمریکا و ... | چک لیست |
| ۵ | نوع مطالعه | | | * | | | | * | | نحوه طراحی و اجرای مطالعه بر اساس مندرجات مقاله | بررسی تجربی، مشاهده ای | چک لیست |
| ۶ | حجم نمونه | | | * | | | * | | | تعداد افراد مورد بررسی در مطالعه | نفر | سال |
| ۷ | عرصه اجرای مطالعه | | | * | | | | | | محل اجرای مطالعه | مدرسه، مراکز مراقبت اولیه و ... | چک لیست |
| ۸ | نوع پرسشنامه‌ی مورد استفاده | | | * | | | | * | | پرسشنامه سنجش امتیاز افسردگی یا اضطراب | نام پرسشنامه (بک و ...) | چک لیست |

نمونه پژوهش

کلیه مطالعات حایز معیارهای ورود که از نظر کیفیت قابل قبول بودند (بر اساس چک لیست ارزیابی نقادانه) و شاخص قابل استخراج جهت بررسی نتایج مطالعه را گزارش کرده بودند برای مرور نهایی انتخاب شدند.

جدول ۲: معیارهای ورود

| معیار | توضیح |
|-----------------------------|---|
| نوع مطالعه | مطالعات مداخله ای |
| جمعیت مورد مطالعه | زنان |
| گروه سنی مورد مطالعه | بالغین بالای ۱۵ سال و زیر ۶۰ سال |
| ویژگی های جمعیت مورد مطالعه | جمعیت بدون بیماری زمینه ای |
| مکان مطالعه | بدون محدودیت |
| زمان مطالعه | بدون محدودیت |
| محتوای مطالعه | مطالعات پیشگیرانه ی مبتنی بر جمعیت (اعم از روش های تغذیه، ورزش و) |
| کیفیت مطالعه | کسب حداقل امتیاز قابل قبول، بر اساس چک لیست ارزیابی نقادانه (critical appraisal) |
| سایر موارد | مطالعات گزارش دهنده ی شاخص |

جدول ۳: معیارهای خروج

| معیار | توضیح |
|-----------------------------|---|
| نوع مطالعه | مطالعات غیرمداخله ای اعم از مطالعات مروری، مورد شاهدهی، بررسی بیماران و ... |
| جمعیت | مردان و کودکان و سالمندان |
| ویژگی های جمعیت مورد مطالعه | جمعیت دارای هرگونه بیماری زمینه ای |
| محتوای مطالعه | مطالعات فردی، و مطالعات درمانی و بازتوانی |
| سایر موارد | مطالعات بدون هیچگونه گزارشی از شاخص اندازه گیری شده |

روش نمونه گیری

جمع آوری کلیه مطالعات منتشر شده حائز معیارهای ورود، از طریق جستجوی منابع ذکر شده در قسمت "نحوه انجام کار" با استفاده از کلمات کلیدی ذکر شده در همان قسمت.

جدول ۴: روش گردآوری اطلاعات و مشخصات ابزار گردآوری اطلاعات

| مراحل گردآوری اطلاعات | ابزار |
|--|--|
| جستجوی اولیه | ← منابع اطلاعاتی مندرج در بخش "نحوه انجام کار" |
| ذخیره و دسته بندی نتایج جستجو | ← نرم افزار Endnote X7 |
| ارزیابی نقادانه | ← فرم ارزیابی نقادانه |
| استخراج داده ها | ← فرم استخراج داده ها (Data extraction sheet) |
| ثبت اطلاعات فرم های ارزیابی نقادانه و استخراج داده ها و تهیه گزارش | ← نرم افزار MS EXCEL 2007 |

نحوه انجام کار

طراحی سوال ساختار یافته (PICO)

جمعیت هدف مطالعه (P): زنان سالم بالای ۱۵ سال و زیر ۶۵ سال

مداخله مطالعه (I): هرگونه مداخله ی پیشگیرانه در سطح فرد و جمعیت از قبیل: ورزش و فعالیت فیزیکی، روان درمانی، شناخت درمانی و تغذیه و ...

مقایسه (C): زنان گروه بدون مداخله

نتیجه (O): پیشگیری از افسردگی یا اضطراب به صورت کاهش امتیاز پرسشنامه مربوطه یا کاهش بروز یا شیوع

انتخاب منابع اطلاعات

به منظور دستیابی به مطالعات منتشر شده در قالب مقالات مجلات علمی، پایان نامه ها و گزارش ها، جستجوی الکترونیک و دستی با استفاده از منابع زیر صورت گرفت.

Pubmed

IranMedex

EMBASE

SID

Web of Knowledge (ISI)

Scopus

Cochrane

PsycInfo

مجموعه مجلات الکترونیک

Science direct, Elsevier, Proquest

سایر منابع

- پایگاه اطلاعاتی سازمان بهداشت جهانی (WHO)
- پایگاه اطلاعاتی و ایزاری Community Tool Box
- مراجعه به فهرست منابع مقالات استخراج شده

جستجو

در جستجوی حساس اولیه، کلیه مطالعات منتشر شده تا تاریخ ژوئیه ۲۰۱۵، بدون محدودیت در سال انتشار، زبان مقاله و نوع مقاله استخراج شدند که با ترکیب کلید واژه‌های زیر انجام شد (استراتژی جستجو در هر منبع اطلاعاتی، با توجه به ویژگیهای مربوط به منبع مورد جستجو با ترکیب کلید واژه‌های مربوطه انجام شد).

کلید واژه‌های مربوط به مداخله (I) :

Community health planning, community health services, community medicine, social planning, community-based participatory research, community trial, population based, community, community program, community-based, program, programme, field trial.

کلید واژه‌های مربوط به نتیجه (O) :

برای دستیابی به دامنه گسترده‌ای از مطالعات، در مرحله استخراج، کلید واژه‌های مربوط به محتوای مداخلات (I) و نتیجه (O)، به صورت مجزا برای افسردگی و اضطراب مورد جستجو قرار گرفت.

آخرین به روزرسانی جستجو، در تاریخ ۳۱ دسامبر ۲۰۱۵ صورت گرفت.

غربالگری

عنوان و خلاصه مطالعات بدست آمده در مرحله جستجو، از جهت انطباق با ۵ عنوان اول از مجموعه معیارهای ورود بررسی شد. بدین ترتیب مطالعات کمی که جمعیت تحت مطالعه آنها زنان سالم و یا زیرآستانه لازم برای تشخیص افسردگی و اضطراب بودند که مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر جمعیت یا جامعه برای آنها اجرا شده بود.

بررسی کیفیت مقالات (ارزیابی نقادانه)

متن کامل مطالعات گزینش شده در مرحله غربالگری سوم، از نظر کیفیت انجام مطالعه و کیفیت گزارش نتایج، بر اساس معیارهای مندرج در فرم ارزیابی نقادانه، مورد بررسی قرار گرفت. کیفیت مقالات از طریق یک ابزار ارزیابی کیفیت استاندارد تحت عنوان ابزار مؤثر ارزیابی کیفیت پروژه اجرایی سلامت عمومی برای مطالعات کمی (www.ehphp.ca/tools) . که برای سنجش هر دو نوع مطالعات تصادفی و غیر تصادفی در حیطه سلامت عمومی و جامعه محور، کارایی دارد، بررسی شد (Thomas et al., 2004). این ابزار، کیفیت مقاله را با استفاده از شش مؤلفه محاسبه می کند و در نهایت به درجات "قوی"، "متوسط" و "ضعیف" تقسیم بندی می نماید. مؤلفه ها عبارتند از: الف) موضع انتخاب، ب) طرح مقاله، پ) مخدوشگرها، ت) کورسازی، ث) روشهای جمع آوری داده ها و ج) ترک مطالعه از سوی شرکت کنندگان.

اگر در یک مقاله، هیچکدام از این مؤلفه ها ضعیف برآورد نشود، سیستم درجه بندی کلی، کیفیت آنرا "قوی" قلمداد می کند؛ اگر یکی از مؤلفه ها ضعیف باشد، کیفیت مقاله "متوسط" است و اگر دو مؤلفه یا بیشتر ضعیف باشند، مرتبه کیفی مقاله "ضعیف" است (Bellicha et al., 2015).

استخراج نتایج و خلاصه کردن شواهد

در این مرحله اطلاعات مورد نیاز از مطالعاتی که امتیاز کیفی لازم را کسب نموده بودند، استخراج و ثبت شد. نحوه طبقه بندی متغیرها در فرم استخراج داده ها به ترتیب زیر می باشد.

جدول ۵: استخراج نتایج

| Documentary information | Paper's code Reviewer code |
|---------------------------|---|
| Bibliographic information | First author Publication date (year) |
| General information | Study date (year) Country Field of study Sample size Study design |
| Statistics | Score of questionnaire |

پیشگیری از تورش

جهت به حداقل رساندن احتمال تورش در این مطالعه، در صورتیکه دو یا چند مقاله حاوی اطلاعات تکراری از یک مطالعه واحد بودند، فقط یک مقاله وارد مطالعه حاضر شدند. و اگر اطلاعات متفاوت از یک مطالعه واحد در دو یا چند مقاله ارائه شده بود، تمام مقالات مورد استفاده قرار گرفتند. در صورتیکه در مقاله ای اطلاعات دو یا چند دوره زمانی مستقل بصورت جداگانه ارائه شده بود [اطلاعات هر دوره بصورت یک مطالعه مجزا ثبت گردید. به دلیل ناهمگن بودن اطلاعات استخراج شده (هر شاخص بوسیله یک پرسشنامه های متفاوت اندازه گیری شده بودند)، متاآنالیز انجام نشد.

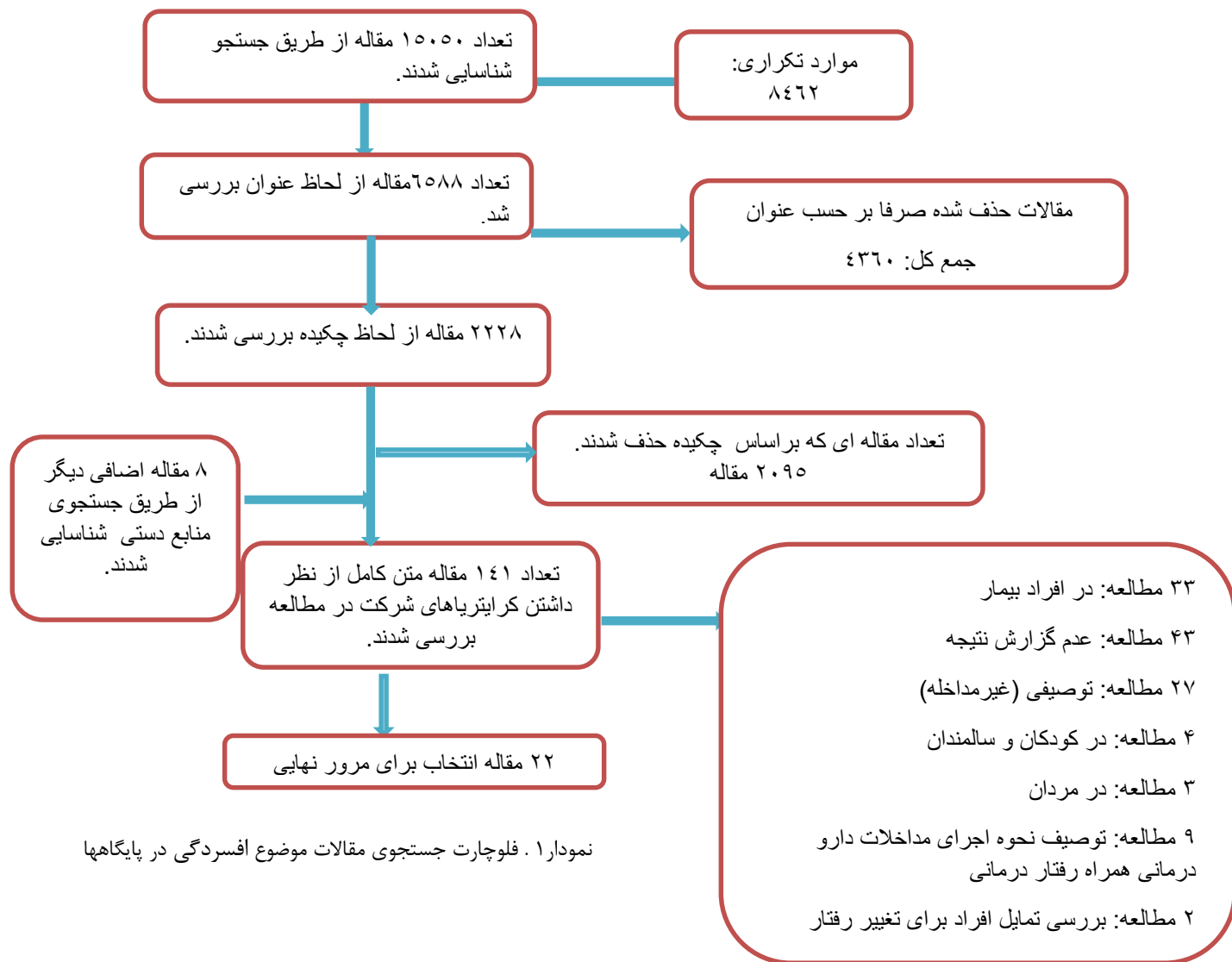
نحوه رعایت نکات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در مراحل انتخاب موضوع و بیان مساله، بازنگری مدارک موجود، انتخاب نوع مطالعه و روش جمع آوری اطلاعات، برنامه ریزی و اجرای تحقیق، نیروی انسانی و مدیریت، گزارش و انتشار نتایج، رعایت می گردد.

فصل چہارم

نتائج

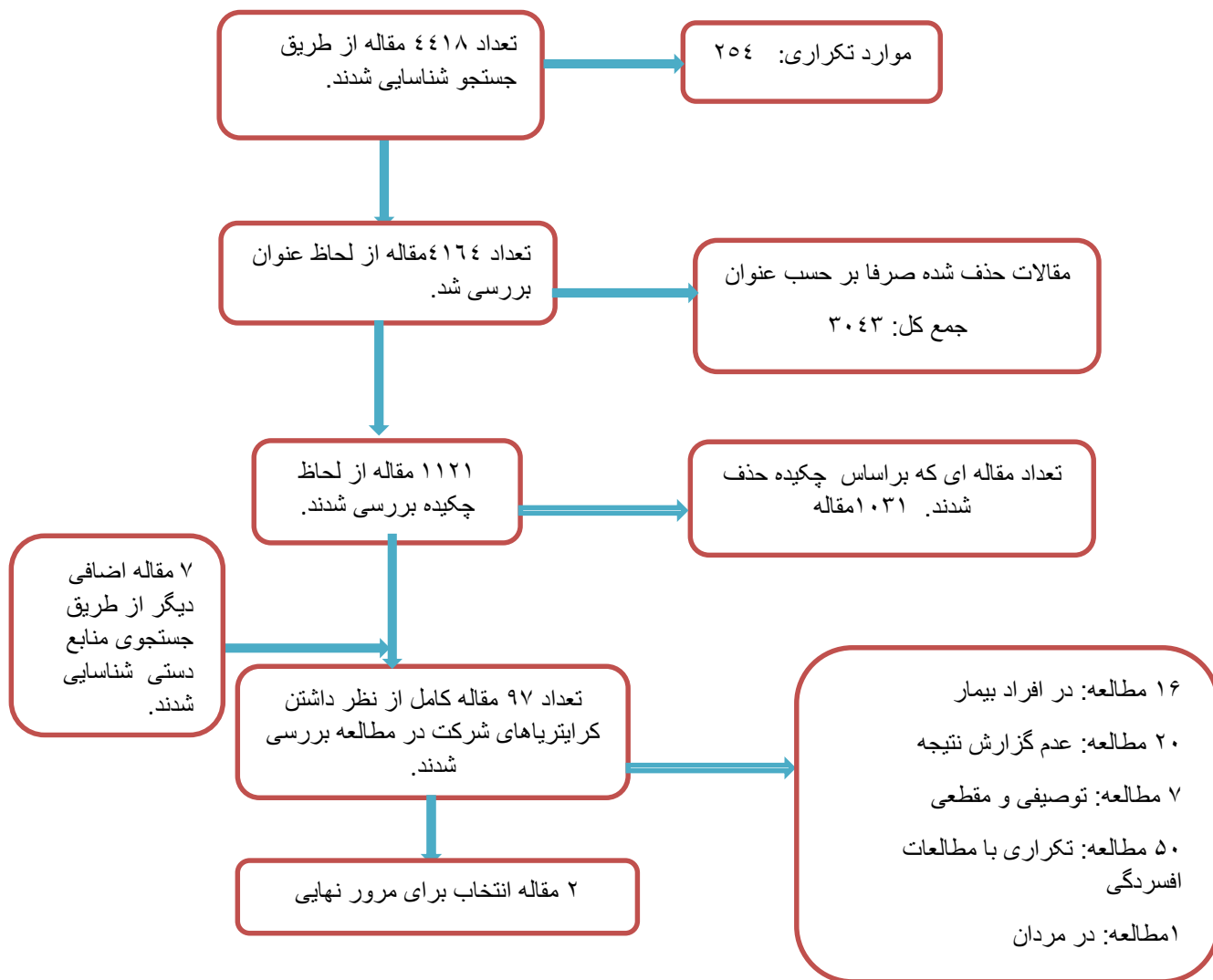
الف - افسردگی: از مجموع ۱۵۰۵ مقاله اولیه بدست آمده در موضوع افسردگی، پس از حذف موارد تکراری، ۶۵۸۸ مورد باقی ماند. سپس عناوین، برای تطبیق ارتباط با معیارهای ورود به مطالعه بررسی شد، که منجر به حذف ۴۳۶۰ مقاله از مطالعه گردید. مقالات باقی مانده برای اولین بار چکیده شان مورد ارزیابی قرار گرفت و ۲۰۹۵ مقاله در طی غربالگری مرحله دوم حذف شد. در نهایت ۱۳۳ مقاله به اضافه ۹ مقاله حاصل جستجوی دستی، برای ورود به مرحله غربالگری سوم (مطالعه متن کامل) انتخاب شدند (نمودار ۱).



نمودار ۱. فلوچارت جستجوی مقالات موضوع افسردگی در پایگاهها

ب - اضطراب: از مجموع ۴۴۱۸ مقاله اولیه بدست آمده در موضوع اضطراب، پس از حذف موارد تکراری، ۴۱۶۴ مورد باقی ماند. سپس عناوین، برای تطبیق ارتباط با معیارهای ورود به مطالعه بررسی شد، که منجر به حذف ۳۰۴۳ مقاله از مطالعه

گردید. مقالات باقی مانده برای اولین بار چکیده شان مورد ارزیابی قرار گرفت و ۱۰۳۱ مقاله در طی غربالگری مرحله دوم حذف شد. در نهایت ۹۷ مقاله به اضافه ۷ مقاله حاصل جستجوی دستی، برای ورود به مرحله غربالگری سوم (مطالعه متن کامل) انتخاب شدند (نمودار ۲).



نمودار ۲. فلوچارت جستجوی مقالات موضوع اضطراب در پایگاهها

در نهایت، تعداد ۲۴ مقاله برای تحلیل نهایی باقی ماندند.

تعداد دو مطالعه بصورت اختصاصی به موضوع اضطراب پرداخته اند و ۱۳ مطالعه فقط موضوع افسردگی را و ۹ مطالعه به صورت مشترک افسردگی و اضطراب را بررسی کرده اند.

مطالعات در کشورهای مختلف صورت گرفته است. اغلب آنها در ایالات متحده آمریکا (۱۳ مطالعه) و استرالیا (۴) و بقیه در آلمان، ایران، کانادا، سوئد، هلند، فنلاند و کره جنوبی انجام شده اند.

کیفیت مطالعات به صورت قوی، متوسط و ضعیف رده بندی شدند. تعداد ۱۲ مطالعه از نظر کیفیت مطالعه قوی و ۱۰ مطالعه متوسط و ۲ مطالعه ضعیف بودند.

تمام مطالعات بلافاصله پس از اتمام برنامه، شاخص های مد نظر را ارزیابی و بیش از نیمی از مطالعات انجام شده (۱۸ مطالعه از ۲۴ مطالعه) در دوره پیگیری پس از برنامه و ۴ مطالعه کارایی طولانی مدت مداخله را در طول دوره های بیشتر از یکسال از اتمام برنامه، ارزیابی و سنجیده است.

مدت زمان اجرای برنامه ها از دو روز در هفته تا ۶ سال متغیر بوده است. بیشتر مداخلات به شکل یک مرحله ای طراحی شده اند.

انواع مداخلات

از ۲۴ مطالعه، ۱۰ مطالعه روش شناختی-رفتاری (CBT)، ۵ مطالعه مداخله ورزشی، ۳ مطالعه آموزش مهارت های زندگی، ۲ مطالعه مصاحبه انگیزشی و مشاوره، یک مطالعه رژیم غذایی و یک مطالعه سرویس های حمایت خانواده و کودک را آزمون کرده اند و یک مطالعه بصورت پیمایشی فاکتورهای دخیل در بروز افسردگی را به مدت ۹ سال پیگیری و بررسی کرده است. یک مطالعه نیز افزایش اطلاعات و دانش افراد را به عنوان مداخله مورد نظر بررسی کرده است.

محل مداخلات

از ۲۴ مقاله بررسی شده، تعداد ۵ مطالعه در محل های کار، ۷ مطالعه در دانشگاه، ۵ مطالعه در مدرسه، ۲ مطالعه در مراکز مراقبت اولیه و ۴ مطالعه در سطح جامعه عمومی و یک مطالعه هم در سازمان کمیته امداد انجام شده است. و در کل تعداد ۶ مطالعه از ۲۴ مطالعه، بر پایه کامپیوتر و اینترنت بود.

دو مطالعه ای که تمرکز آنها بر روی مسئله اضطراب بود (Kenardy et al., 2003, Schmidt et al., 2007)، مداخلات مبتنی بر کامپیوتر و اینترنت طراحی شده بودند. یکی از مداخلات شامل، ارزیابی برنامه پیشگیری طولانی مدت به منظور بررسی ورزش های کاهش اضطراب. مداخله شامل جلسات مبتنی بر کامپیوتر ۳۰ دقیقه ای که آموزش موارد کاهش دهنده استرس مثل حرکات بدنی و تقویت رفتارهای مثبت مد نظر بود و بعد از اتمام جلسه ۳۰ دقیقه ای، ۱۰ دقیقه به مجموعه سئوالات مربوط به کاهش اضطراب و افسردگی بایستی پاسخ می دادند (عنوان برنامه ASAT). پیگیری ها در ۱۲ و ۲۴ ماه پس از شروع مداخله انجام گرفت.

در نتیجه برنامه ASAT، گروه مداخله، کاهش قابل توجهی در سطح اضطراب نسبت به گروه کنترل نشان دادند. و مطالعه دوم، بررسی اثر بخشی برنامه شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت برای افراد در معرض خطر ابتلا به اضطراب به مدت ۶ هفته، هفته ای ۵-۷ جلسه انجام شد. نسبت به گروه کنترل، شرکت کنندگان کاهش قابل توجه و معنی داری در نمرات پرسشنامه اضطراب (ACQ و CCQ) در هر دو مرحله بعد از آزمون نشان دادند.

مطالعاتی که تمرکز آنها بر موضوع افسردگی بود شامل:

مطالعه ای که بر روی ۳۴۱ نفر افراد بین ۱۹-۱۴ ساله انجام شده است در ابتدا تمام شرکت کنندگان از نظر وجود علائم افسردگی غربال شده و سپس افراد سالمی که احتمال می رفت در آینده دچار افسردگی شوند وارد مطالعه شده به سه گروه مداخله و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروههای مداخله شامل ۱- گروه شناختی رفتاری (CB)، ۲- گروه حمایتی، ۳- گروه کتاب درمانی شناختی رفتاری و گروه کنترل (گروه برشور) (Rohde et al., 2012).

در نتیجه در هر سه گروه مداخله، کاهش امتیاز پرسشنامه CESD و کاهش بروز افسردگی مشاهده شد. همچنین بهترین نتیجه بدنبال مداخله کتاب درمان شناختی- رفتاری بدست آمده است. OR حاصل از مقایسه گروهها نیز این نتایج را اثبات می کند (OR بروشور به CB = ۲/۲۳ و OR بروشور به کتاب درمانی = ۸/۱۳ با p معنی دار).

مطالعه دیگری که بطور اختصاصی در گروه هدف دختران بالای ۱۵ ساله انجام شده و مدرسه محور می باشد مطالعه Noel در سال ۲۰۱۳ میلادی هست که هم در زمینه بروز علائم افسردگی و هم میزان دانش معلمان و دانش آموزان کار کرده است (Noel et al., 2013). در این مطالعه ۱۱ مدرسه دخترانه روستایی وارد مطالعه شدند، در ابتدا افرادی بصورت مجری و همکار طرح آموزش دیدند و سپس در مدارس کوریکولوم درسی TALKn TIME تدریس شد برای ایجاد تغییر در مهارتهای شناختی-رفتاری با هدف کاهش علائم افسردگی و افکار منفی و افزایش اطلاعات دانش آموزان. در پایان مداخله تفاوت معنی دار بین امتیازهای قبل و بعد پرسشنامه ی شناختی-رفتاری (CB) و همچنین در اطلاعات دانش آموزان و آموزگاران مشاهده شد.

در مطالعه ی فنلاند به تاثیر ورزش بر روی افراد شاغل دارای علائم تحت بالینی افسردگی پرداخته شده، که مداخله یک برنامه ورزشی ۱۰ هفته ای همراه با یک جلسه آموزش ورزش در هفته بوده است (De Zeeuw et al., 2010). بعد از اتمام مداخله،

تجزیه و تحلیل نتایج کاهش معنی دار در تعداد افراد افسرده و میزان علائم افسردگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مشاهده را نشان داد.

در مطالعه RCT دیگر، که شرکت کنندگان زنان سیاه پوست آمریکایی بودند با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، از سرویس های سلامتی فراخوان به شرکت در برنامه مداخله ای Shape با هدف کاهش وزن (رژیم کم چربی همراه ورزش) برای پیشگیری از بیماریهای روانی شدند(Steinberg et al., 2014). برنامه به مدت ۱۲ و ۱۸ ماه اجرا شد سپس پرسشنامه PHQ-8 به صورت قبل و بعد در هر دو گروه، تکمیل شد اختلاف میانگین بین گروه مداخله و کنترل، واضح و معنی دار بود.

برای ارزیابی آموزش ورزش های ایروبی با آموزش تمرینات آرام سازی، در کاهش اثرات منفی استرس زندگی بر سلامت روان، جلسات ۳۰ دقیقه ای ۳ بار در هفته به مدت ۱۱ هفته انجام گرفت(Roth and Holmes, 1987). طبق پرسشنامه بک از بین دو گروه مداخله و یک گروه کنترل، کاهش قابل توجهی در نمرات BDI در گروه مداخله (ورزش های ایروبی) پس از دوره پیگیری بدست آمد.

یک مطالعه تجربی آینده نگر، شامل ۵۶۶ نفر با میانگین سنی ۵۰ سال و ۹۰٪ خانم شاغل از ۴۳ سازمان بزرگ و کوچک وارد مطالعه شده و به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شدند(Ahola et al., 2012). برنامه مداخله ای نیز شامل ۳۴ کارگاه آموزشی در ۱۷ سازمان به منظور تقویت مدیریت خود کنترلی و افزایش آمادگی در برابر شکست و افسردگی بود. گروه مقایسه فقط یک بسته آموزشی دریافت کردند. پرسشنامه بک قبل از مداخله و هفت ماه بعد از مداخله توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. سپس برای هر کدام از گروهها OR محاسبه شده است که OR افسردگی در گروه مداخله پایین تر از گروه مقایسه و همچنین در گروه مداخله کمتر از OR پایه بوده است. یک برنامه مداخله ای موثر در راستای پیشگیری از افسردگی بالقوه به صورت اقدام "جامع" یا "انتخابی" می تواند مطرح باشد.

مطالعه دیگر که با هدف پیشگیری از افسردگی بر روی ۹۶ زن سیاه پوست ساکن روستا در کشور استرالیا انجام شده است(Day et al., 2003)، مقایسه دو مداخله ۶ هفته ای، شامل ۳۸ نفر گروه مداخله استاندارد شناختی-رفتاری و گروه مداخله کارگاه - کلاسی با ۳۸ نفر و همچنین یک گروه کنترل بدون هیچ برنامه ای با ۲۰ نفر شرکت کننده بود. پرسشنامه SDS، قبل و بعد از مداخله و بعد از ۶ ماه پیگیری تکمیل شد. گروه مداخله استاندارد بلافاصله بعد از اتمام برنامه، کاهش علائم افسردگی را نشان دادند

اما بعد از ۶ ماه پیگیری (از زمان اتمام برنامه) تفاوت معنی دار در علائم افسردگی دیده نشد. در مجموع ۹۷٪ شرکت کنندگان در هر دو گروه مداخله کاهش علائم افسردگی را گزارش کرده بودند.

در مطالعه آینده نگر دیگری که در استرالیا بر روی ۱۱۵ زن دارای فرزند زیر یکسال انجام شده است پروژه DSP (سرویس نگهداری کودکان) بود شامل نگهداری روزانه کودک زیر یکسال به مدت ۷ ساعت در روز برای ۴ ماه (Rowe et al., 2012). در نهایت پیامدهای سلامت روان مادران و رفتارهای کودکان با پرسشنامه های EPDS و BBS قبل و بعد از مداخله (بعد از ۴ و ۸ ماه) سنجیده شد. که یک اختلاف معنی دار بین امتیازهای تمام پرسشنامه ها (قبل و بعد و بعد از دوره پیگیری) هم مربوط به مادران و هم پرسشنامه رفتاری کودکان دیده شده است.

اما مطالعه دیگری که بر پایه اینترنت طراحی شده بود، شامل درمان شناختی رفتاری اینترنتی با مشارکت گروهی با حداقل تماس با درمانگر، در مقابل گروه بحث تنها و بدون درمان شناختی رفتاری بود (Andersson et al., 2005). گروه مداخله: درمان شناختی رفتاری بر پایه اینترنت با مشارکت و بحث گروهی، گروه مقایسه: مشارکت و بحث گروهی اینترنتی بدون محتویات برنامه درمان شناختی رفتاری. که نتایج حاصل شده، باز هم اهمیت برنامه درمان شناختی رفتاری را بیشتر از پیش نشان داده و کاهش معنی دار در نتایج گروه مداخله بعد از اتمام مداخله و همچنین ۶ ماه بعد از پیگیری بدست آمده است.

یکی از مطالعات روی دانش و اطلاعات افراد در خصوص علائم و موارد نیاز به درمان افسردگی در افراد سالم صورت گرفته است. در این مطالعه گروهی از افراد سالم بصورت قبل و بعد از مداخله، با پرسشنامه ADKQ، با هدف بررسی دانش و اطلاعات ۳۵۳۸ دانش آموز ۱۵ تا ۲۴ ساله طی برنامه درسی ADAP به مدت ۶ هفته و پیگیری ۴ ساله آزمون شدند (Swartz et al., 2010). نتیجه حاصل شده اینکه: دانش علائم و تشخیص و نیاز به درمان در مورد افسردگی از ۱۹٪ به ۸۰٪ ارتقاء یافته بود.

مطالعه دیگری که شامل مداخلاتی بر پایه اینترنت در سطوح مراکز مراقبت اولیه (PCP) با عنوان پروژه CATCH-IT که در چندین فاز با حضور ۸۳ شرکت کننده اجرا شده است می باشد (Saulsberry et al., 2012). مطالعه دو برنامه را مقایسه می کند: ۱- مصاحبه انگیزشی، ۲- مشاوره مختصر.

قبل از شروع مداخله پرسشنامه CESD-10 توسط شرکت کنندگان تکمیل شده که افراد با علائم زیر آستانه تشخیص افسردگی (سالم)، وارد مطالعه شدند. و در نهایت در هر دو گروه مداخله نسبت به وضعیت پایه علائم افسردگی و افکار منفی کاهش معنی

داری مشاهده شد و در مقایسه بین دو گروه مداخله، در گروه مصاحبه انگیزشی بعد از یک سال پیگیری، کاهش معنی دار علائم افسردگی یافت شد.

مطالعه دیگری که هدفش بررسی برنامه شناختی- رفتاری پیشگیری از بروز افسردگی می باشد، برنامه مداخله ای CBT شامل ۸ هفته جلسه ۹۰ دقیقه ای به مدت ۶ ماه و سپس پیگیری علائم و تکمیل پرسشنامه پس از اتمام برنامه و همچنین ۶ سال بعد از اتمام برنامه می باشد و گروه کنترل نیز شامل درمان بیماریهای روانی موجود در خانواده می باشد (Brent et al., 2015). پس از پایان برنامه و ۶ سال بعد از پیگیری، پرسشنامه تکمیل شده، بیانگر کاهش بسیار زیاد در روزهای دارای علائم افسردگی و میزان افسردگی در شرکت کنندگان و همچنین والدین شان بوده است.

بقیه مطالعات بر روی هر دو اختلال افسردگی و اضطراب تمرکز داشتند. در مطالعه ای که در ایران بر روی ۴۰ نفر از زنان سرپرست خانوار با هدف بررسی اثر بخشی مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان انجام شده است، گروه مداخله ۱۰ جلسه آموزش مدیریت استرس دریافت کرده اند و طی بررسی های نهایی، اختلاف قابل توجهی در امتیاز پرسشنامه اضطراب و افسردگی بین گروه مداخله با کنترل مشاهده شده که اختلاف معنی دار بوده است (و نمرات اضطراب و افسردگی کاهش قابل توجهی داشتند) (HABIBI et al., 2013).

مطالعه کار آزمایی تصادفی شده ی دیگری نیز مبتنی بر مدرسه می باشد که شامل بررسی تاثیر برنامه درمان شناختی- رفتاری با عنوان پروژه Mood GYM (بر پایه اینترنت) در راستای پیشگیری و کاهش علائم اضطراب و افسردگی می باشد با مشارکت ۳۰ مدرسه از سراسر استرالیا (۱۴ مدرسه گروه مداخله و ۱۶ مدرسه گروه کنترل) با تکمیل پرسشنامه ها قبل و یک ماه و ۶ ماه بعد از مداخله. پروژه شامل موضوعات، تغییر افکار و باورهای منفی، ارتقا اعتماد به نفس و روابط میان فردی، آموزش مهارت های مهم زندگی (حل مسئله و تقویت آرامش) تحت آموزش معلم های آموزش دیده بود (Calea et al., 2009). بدنبال مداخله و ۶ ماه بعد مداخله سطوح اضطراب در گروه مداخله زنان بطور معنی داری بسیار کاهش داشت اما در سطح امتیازات افسردگی تفاوت معنی دار در گروه زنان نبود.

در مطالعه Van Voorhees نیز یک مطالعه RCT طراحی شده است با دو گروه مداخله بر پایه اینترنت (به مدت ۵۲ هفته) شامل: ۱- مصاحبه انگیزشی (BA)، ۲- مشاوره مختصر (MI)

که در نتیجه بدست آمده، علائم افسردگی و اضطراب در هر دو گروه طبق پرسشنامه CESD بطور قابل توجهی کاهش یافته است (Van Voorhees et al., 2008). در تجزیه و تحلیل دوره پیگیری بدنبال حمایت اجتماعی و گروهی دوستان در هر گروه مداخله کاهش افسردگی داشتیم مخصوصاً در گروه BA، این کاهش علائم بیشتر بود.

مطالعه ی نیمه تجربی برای پیشگیری اولیه از اضطراب و افسردگی، در سال ۲۰۰۱ در آلمان انجام شده که مداخله صورت گرفته برنامه ای است بنام GO! : شامل افزایش شناخت علائم اضطراب و افسردگی و مهارتهای اجتماعی و مقابله با استرس، مهارتهای حل مسئله می باشد همراه با تکرار مداخله، بازخورد و مشاهده (Manz et al., 2001). مداخله ای مدرسه محور که شامل ۶۲۷ دانش آموز ۱۵ تا ۱۸ ساله بودند. و در نتیجه فقط دانش و اطلاعات دانش آموزان ارتقاء یافته بود و معیارهای پرسشنامه های افسردگی و اضطراب معنی دار نشده بود.

به منظور بررسی اثربخشی یک برنامه کلاسی مختصر بر اساس کارگاههای رفتاری در پیشگیری از افسردگی و اضطراب در افراد در معرض خطر مداخله ی ۲ ساعته در هفته به مدت ۸ هفته همراه با ارتباط اینترنتی با مربیان و مشاوره چهره به چهره در استرالیا انجام شده است (Seligman et al., 2007). در مقایسه با گروه کنترل، در گروه مداخله کاهش قابل توجهی در نمرات BAI و BDI در دوره پیگیری دیده شد.

مطالعه مداخله ای در راستای بررسی اثر بخشی برنامه های Eprep و CBASP در آمریکا انجام شده است (Braithwaite and Fincham, 2007). Eprep: محور برنامه ها پیشگیری از افسردگی و اضطراب، تمرکز بر افزایش ارتباطات شرکت کنندگان و مداخله دوم CBASP : محور برنامه شامل روش درمان شناختی- رفتاری می باشد. در هر گروه مداخله (قبل و بعد) کاهش علائم افسردگی و اضطراب قابل توجه و معنی دار بود اما اختلاف بین دو گروه معنی دار نبود.

در مطالعه Cukrowicz نیز یک RCT طراحی شده است برای بررسی روان درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر کامپیوتر. بصورت جلسات اینترنتی یک ساعته در روز همراه با یاد آوری محتوای آموزشی بوسیله ایمیل های هفتگی به مدت ۸ هفته. گروه کنترل بدون هیچگونه برنامه مداخله ای بودند. بعد از مداخله، در علائم افسردگی و اضطراب طبق پرسشنامه های بک، کاهش قابل توجهی به چشم می خورد (Cukrowicz and Joiner Jr, 2007).

به منظور بررسی اثرات ورزش در میانه روز بر اضطراب و افسردگی دانش آموزان دختر، برنامه ورزشی ۳۰ دقیقه ای ۲ بار در هفته به مدت ۶ هفته در کره جنوبی طراحی شد که بین گروه مداخله و کنترل، تفاوت معنی داری در کاهش علائم افسردگی و اضطراب دانش آموزان بدست آمد (Kim et al., 2004).

تنها مطالعه ای که منحصرًا به مداخله تغذیه به عنوان پیشگیری مبتنی بر جامعه در این بررسی پرداخته، یک مطالعه نیمه تجربی است و تاثیر رژیم غذایی بر سلامت روانی افراد شاغل را بررسی کرده است (بر روی افراد شاغل در شرکت های بیمه که ۸۰٪ خانم و سنین بالای ۱۸ سال بودند) (Agarwal et al., 2015). مداخله شامل یک برنامه آموزش رژیم غذایی گیاهی هفته ای یکبار به مدت ۱۸ هفته برای ۱۴۲ نفر و ۱۵۰ نفر گروه کنترل بدون برنامه آموزشی بود. پس از اتمام برنامه (۱۸wk)، پرسشنامه SF-36 بکار برده شد که نتایج با مقادیر SF-36 پایه قبل از مداخله مقایسه شده و تفاوت چشم گیر و معنی دار بین دو گروه مداخله و کنترل و همچنین امتیازهای پایه و بعد از مداخله مشاهده شده است.

و آخرین مقاله مورد بررسی، مطالعه ای است که در کانادا به صورت پیمایشی انجام شده و تعداد ۱۱۳۷ نفر را در گروه سنی ۲۳-۱۸ سال به مدت ۹ سال پیگیری کرده است، برای تعیین فاکتورهای محافظتی دخیل در بروز افسردگی (HABIBI et al., 2013). از پرسشنامه های DSM-IV و CIDI-SF استفاده شده است. در کل ۵ دسته فاکتور محافظتی بررسی شده که برای هر کدام در طول زمان OR (نسبت شانس) محاسبه شده و همچنین ۴ مورد استرس نیز بررسی شده که شامل استرس های شخصی، محل کار، مالی و حوادث زندگی می باشند. نتیجه حاصل شده اینکه، تمام فاکتورهای محافظتی، OR قابل توجهی داشتند که دلیل قطعی محافظتی بودن آن فاکتورها را در برداشت.

جدول ۶- مشخصات کلی مقالات مورد استفاده برای شناسایی روشهای پیشگیری از افسردگی و اضطراب در زنان (مرور نظام مند شواهد)

| Number | Study : First author, Year, Country | Study design/ description | Sample demographics/ setting | Outcome measures | Outcomes of research | Analytic details | Quality assessment |
|--------|--|---|---|---------------------|--|---|-----------------------|
| 1 | Agarwal, U 2015 USA | RCT: A quasi-experimental study examined the impact of diet on emotional well-being and productivity. Either weekly instruction in following a vegan diet or no instruction was given for 18 weeks. I=142 C=150 | -292 participants (80% female) -Age: >18 y -In 10 major U.S. insurance company | SF-36 | Improvements in depression and anxiety are consistent with previous findings that, while limited, suggest that vegetarian and vegan diets may improve mood. | SF-36: Within-Group Difference Depression: 4.80 (15.04) p<0.001 Anxiety: 5.22 (15.87) p<0.001 | Strong |
| 2 | Ahola, K 2012 Finland | RCT: To investigate whether participation in a structured resource-enhancing group intervention at work would act as primary prevention against depression. The intervention was delivered by two trainers, one from occupational health services and one from human resources, strictly according to the structured program. I=296 C=270 | -566 participants (75% female) -Age: 50 (6.5) -A total of 43 medium-sized and large-sized organizations | Beck (BDI) | The resource-enhancing group intervention appeared to be successful as universal and selective prevention of potential depression. | Odds of depression: OR=0.40 (95% CI 0.19 to 0.85) | Strong |
| 3 | Calear, A. L 2009 Australia | RCT: To investigate the effectiveness of an online, self-directed cognitive-behavioral therapy program (MoodGYM) in preventing and reducing the symptoms of anxiety and depression in an adolescent school-based population (with 30 schools). | -1477 students (63% female) -Age: 12 – 17y - school-based | RCMAS CES-D | At post intervention and 6-month follow-up, participants in the intervention had significantly lower levels of anxiety than did participants in the control condition (Cohen's d = 0.15–0.25). | RCMAS: F =12.94 P<0.001 (sig) CES-D: F =2.15 P=0.12 (no sig: female) | Strong |

| | | | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|---|---|---|----------|
| | | I=563 C=914 | | | | | |
| 4 | Day, C 2003 Australia | RCT: At preventing depressive symptoms in women living in rural communities were evaluated against a no-intervention control condition. The standard intervention was based upon traditional cognitive-behavior treatments for depression; the experimental intervention was based upon prevention strategies derived from the learned helplessness model of depression, 76 women were randomly assigned to either the standard (CBT) or the experimental group (workshop). I: St=38, Ex=38, C: 20 | -96 woman -Age: 41.1 (11.1) - Five Rural Towns | SDS ASQ | Ninety-seven per cent of the participants reported 6-month follow-up scores lower than their pre-test scores, and a smaller proportion of participants reported severe levels of symptoms at the 6-month follow-up (2.6%) than at pre-test (36.8%). | SDS: F= 11.84 P<0.001 | Moderate |
| 5 | Rowe, H 2012 Australia | A prospective cohort: To examine the health, social circumstances and presenting needs of clients attending the Tweddle Day Stay Program (DSP) with infants under 12 months old) to assess the parent mental health and infant behavior outcomes and the factors associated with program success. A prospective longitudinal cohort, or single group pre-and post-test design. Participants were assessed twice: once prior to admission to the DSP and once 4 – 8 weeks after discharge from the program. | -115 Mothers -Age: 32.3(4.9) -Tweddle Child & Family Health Service (TCFHS) parenting center | -EPDS -Kessler 6 -Baby Behavior Scale (BBS) -General self-reported health (GSRH) | Participants' mental health and their infants' behaviors were significantly improved after DSP admission. In multivariate analysis, higher depression score at baseline and greater educational attainment were significantly associated with improvements in parents' mental health. Worse unsettled infant behaviors and longer time between discharge and follow up were significantly associated with improve in infant sleep and settling. | EPDS= -0.59 P<0.001 BBS= -0.39 P<0.001 | Moderate |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--|-----------------------|--|--|----------|
| | | | | | | | |
| 6 | Andersson, G 2005 Sweden | RCT: To investigate the effect of an internet-administered self-help program including participation in a monitored, web-based discussion group, compared with participation in web-based discussion group only (to compare the effects of internet-based cognitive-behavior therapy with minimal therapist contact). I=57 C=60 | -117 participants (75% female) -Age: 36.3 (11.5) -Universal (newspapers) | MADRS-S BDI BAI | Internet-based therapy with minimal therapist contact, combined with activity in a discussion group, resulted in greater reductions of depressive symptoms compared with activity in a discussion group only. At 6 months' follow-up improvement was maintained to a large extent. | MADRS-S: F=7.77 P=0.007 BDI: F=14.22 P<0.001 BAI: F=5.27 P=0.019 | Moderate |
| 7 | Swartz, K. L 2010 USA | A single group pre-and post-test design: To assess the effectiveness of the ADAP curriculum in improving high school students' knowledge about depression. From 2001 to 2005, were surveyed on their knowledge about depression before and after exposure to the ADAP curriculum. | -3538 students -Age: 15-24 y - School-based | ADKQ | The number of students scoring 80% or higher on the assessment tool more than tripled from pretest to posttest (701 to 2,180). | Pretest ADKQ score =12.96 Posttest ADKQ score =15.76 P<0.001 | Moderate |
| 8 | Saulsberry, A 2012 USA | RCT: A primary care/Internet-based intervention for adolescents at risk for depression (CATCH-IT). This phase II clinical trial compares two forms of primary care provider (PCP) engagement (motivational interview [MI] and brief advice [BA]) for adolescents using the Internet program, PCP MI + Internet program or PCP BA + Internet program. | -83 participants (57% female) -Age: 17.26 (1.85) - Five major healthcare organizations (PCP) | CESD-10 PHQ-A | Both groups demonstrated significant within-group decreases in depressed mood, loneliness, and self-harm ideation. Fewer participants in the MI group had experienced a depressive episode. Greater participant automatic negative thoughts and more favorable ratings of a component of the Internet-based training | ES=0.96, (95% CI: 0.63, 1.17) | Moderate |

| | | | | | | | |
|----|---------------------------------------|---|---|-------|--|---|----------|
| | | BA=40 MI=43 | | | experience predicted declines depressed mood. | | |
| 9 | De Zeeuw, E. L 2010 Netherlands | RCT: To evaluates an exercise program to employee's subclinical depression (30 white-collar employees). PHQ-9 were randomly assigned to a 10-week in-company fitness program with two supervised training sessions per week or to a control group. I=15 C=15 | -30 participants (40% female) -Age: 41.3 (6.5) -Insurance company | PHQ-9 | Participation in the exercise program resulted in a larger average decrease in depression scores compared to the control group that approached significance. More importantly, 86% of the participants in the exercise group no longer experienced minimal symptoms of depression, compared to 31% of the participants in the control group. | Effect size (SE)= -0.90 (0.40) | Strong |
| 10 | Noel, L. T 2013 USA | Pre-and post-test design: Discusses the use of a participatory action research model to develop and inform a culturally adapted intervention to reduce depressive symptoms and prevent the onset of major depression among middle school girls. A mixed-methods design that included a pretest-posttest to measure changes in CB (TALKnTIME) and youth development knowledge (with Facilitator Training). | -11 School (Female) -Age: 13-15 y - School-based | CESD | The pre- and posttest survey findings indicated a statistically significant improvement in the peer facilitators' CB and youth development knowledge after completing the TALKnTIME training. | The mean score of peer facilitators: pretest =10.22 (2.33), as 12(1.73) the posttest. CB and youth development knowledge [t(8) = -2.78, p < .05]: was significant | Moderate |

| | | | | | | | |
|----|--------------------------------|---|--|----------------|--|---|--------|
| 11 | Rohde, P 2012 USA | RCT: To identify subgroups of adolescents with elevated depressive symptoms who had the highest likelihood of developing future depressive disorder on the basis of depression risk factors and participation in three depression prevention programs, with the goal of evaluating the preventive effect of indicated prevention interventions in the context of known risk factors: group CB (n=89), supportive-expressive (n=88), CB bibliotherapy (n=80), brochure control (n=84). | -341 students (56% female) -Age: 14-19 y - School-based | CESD DSM-IV | In one of three depression prevention interventions, each of which was previously shown to significantly reduce depressive symptoms or onset of depressive disorder to varying degrees. | Group CB and bibliotherapy: significantly lower risk for onset of depressive episodes than brochure controls. (P= .033 OR=2.23; 95% CI=1.07–4.67) (p= .004; OR=8.13; 95% CI=1.89–34.96) | Strong |
| 12 | Van Voorhees, B 2008 USA | RCT: To determine which primary care approach is more efficacious in reducing vulnerability of major depressive disorder as measured by pre/post changes in vulnerability factors: A randomized controlled trial comparing BA + Internet program versus MI + Internet program (52 weeks). (MI=44; BA=40) | -84 participants (57% female) -Age: 14-21y -Primary Care center | CESD PHQ-A | The percentage of those reporting symptoms of panic disorder and generalized anxiety symptoms declined significantly in the BA group but not in the MI group. Depressed mood declined significantly in both groups. | MI: effect size= - 0.44 BA: effect size= - 0.56 | Strong |
| 13 | Brent, D. A 2015 USA | RCT: To determine whether a cognitive-behavioral prevention (CBP) program reduced the incidence of depressive episodes, increased depression-free days, and improved developmental competence 6 years after implementation. The CBP program consisted of 8 weekly 90-minute | -316 participants -Age: 18-25y -At a health maintenance organization, university medical centers, and a community mental health. | DFDs | The effect of CBP on new onsets of depression was strongest early and was maintained throughout the follow-up period; developmental competence was positively affected 6 years later. The effectiveness of CBP may be enhanced by additional booster | HR=0.71 (95% CI:0.53-0.96) | Strong |

| | | | | | | | |
|----|-----------------------------|---|---|------------|---|--|----------|
| | | group sessions followed by 6 monthly continuation sessions. Usual care consisted of any family-initiated mental health treatment. I=159 C=157 | | | sessions and concomitant treatment of parental depression. | | |
| 14 | Steinberg, D 2014 USA | RCT: To evaluated the effect of a weight gain prevention intervention (Shape Program) on depression among socioeconomically disadvantaged overweight and obese Black women, analyzed change in depression score from baseline to 12- and 18-month follow-up across groups with mixed models. I=91 C=94 | -185 woman -Age: 35.4 (5.5) - Five community health centers | PHQ-8 | There was a significant reduction in the proportion of intervention participants with depression at 12 months with usual-care group (11% vs. 19%; P = .035). The Shape Program, which includes no mention of mood, improved depression among socioeconomically disadvantaged Black women. | Mean difference = -1.85; (95% CI = -3.08, -0.61; P = .004) | Strong |
| 15 | Manz, R. 2001 Germany | A Quasi-experimental intervention: The development and application of a program for the primary prevention of anxiety and depression in adolescents is presented. The treatment targets anxious and depressive symptoms, cognitive distortions and attribution styles as well as social skills in 15 to 18 year old high-school students (the prevention program „GO!“ by session: the programme includes the modification of dysfunctional thinking and attribution styles). I=325 C=302 | -627 students (59% female) -Age: 15-18 y - Four high school | BDI BAI | First results on the efficacy of the prevention treatment are reported. Small but positive effects on cognitive and social risk factors found over a 6 months period. The effects of the prevention programme depend on the fidelity of the treatment implementation. | Psychological knowledge before and after the prevention programme GO!: (F = 111.1, p = .000) BDI, BAI: No sig | Moderate |

| | | | | | | | |
|----|----------------------------------|--|--|--------------------------|---|--|--------|
| | | | | | | | |
| 16 | Kenardy, J. 2003 Australia | RCT: To evaluate the efficacy of an internet-based cognitive behavioral preventive intervention for individuals at risk of developing anxiety. Instructor: automated/computer based; Duration: 6 computer 'sessions' (5–7 days). Follow-up points: 6 w I=36 C=38 | -74 participants (68% female) -Age: 17-51y -University students | ASI ACQ BSQ CCQ | Compared to controls, intervention participants showed a significant reduction in ACQ and CCQ scores at both posttest. Significant treatment effects were found for anxiety related cognitions and symptoms of depression, and a non-significant trend for anxiety sensitivity. | ACQ = 0.25 CCQ = 0.38 BSQ = 0.29 | Strong |
| 17 | Seligman, M 2007 USA | RCT: To evaluate the efficacy of a brief classroom based cognitive behavioral workshop in preventing depression and anxiety amongst individuals at risk for depression, 2 h per week for 8 weeks and an individual session with group leader early on in workshop (plus 6 emails from trainers, web-based material always available, and a face-to-face booster. I=102 C=125 | -227 participants (65% female) -Age: 17-20y -University/ College | BDI BAI | Compared to controls, the participants in the intervention group showed a significant reduction in BAI and BDI scores at posttest (and 6 m follow-up). | Effect size for BDI: Post= 0.65 BAI: Post = 0.34 | Strong |
| 18 | Braithwaite 2007 USA | RCT: To examine the efficacy of a relationship focused Prevention and Relationship Enhancement Program (e.prep), and a depression and anxiety based preventive intervention (Cognitive Behavioral Analysis: CBASP) I and C: not stated | -91 participants (59% female) -Age: 18-28y -University/ College | BDI BAI | Compared to attention placebo controls, participants in both the ePREP and CBASP conditions had significantly reduced symptoms of depression and anxiety. There were no significant differences on either of these measures between the two intervention conditions. | Insufficient information to calculate for BDI and BAI. | Weak |

| | | | | | | | |
|----|----------------------------------|---|--|----------------------|---|--|----------|
| | | | | | | | |
| 19 | Cukrowicz, K 2007 USA | RCT: To evaluate the efficacy of a computer-based preventive intervention for depression and anxiety symptoms, based on the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy vs. attention placebo controls. 1□2h computer session, plus 8 weekly emails (reminding of content). I=81 C=71 | -152 participants (73% female) -Age: 18-21y -University/ College | BDI BAI | Compared to controls, intervention participants reported significantly symptom ratings of depression and anxiety at baseline. | Effect size: for BDI = 0.50 for BAI = 0.57 | Strong |
| 20 | Kim, Kwuy 2004 South Korea | RCT: To evaluate the effects of meridian exercise on the anxiety, depression, and self-esteem of students: 30 min, 2 per week for 6 weeks. I=26 C=28 | -54 female students -Age: 19-24y -University/ College | STAI-S DSI SEI | The effects of exercise on anxiety, depression, and self-esteem were statistically significant ($t = -7.982$, $t = -8.814$, $t = 9.649$; $P = .000$) between the experimental and control group. | Insufficient information to calculate for DSI. | Moderate |
| 21 | Roth, D 1987 USA | RCT: To evaluate whether aerobic exercise training or relaxation training can be effective in reducing the negative effects of life stress on physical and psychological health 30 min sessions, 3 per week for 11 weeks. I=18 C=19 | -37 students (51% female) -Age: 18.9 (1.3) -University/ College | STAI BDI | Compared to both controls and participants in the relaxation condition, participants in the exercise condition showed a significant reduction in BDI scores at the mid-point of the intervention. | Effect size for BDI: Exercise (Mid-point = 0.47 Post = 0.20), Relaxation (Mid-point = 0.02 Post = -0.08) | Moderate |
| 22 | Schmidt, N 2007 USA | RCT: To evaluate a longitudinal prevention program targeting anxiety sensitivity. Anxiety Sensitivity | -404 participants (61% female) | BDI ASI | Findings indicate that ASAT produced greater reductions in ASI levels compared with the | Effect size for BDI: 12 m FU = 0.15 | Moderate |

| | | | | | | | |
|----|------------------------------|--|--|-------------------|--|---|--------|
| | | Amelioration Training; a presentation on the nature and effects of stress, and descriptions of behavioural exercises vs. attention placebo controls: 30 min computer presentation and 10 min questions. Follow-up: 12 and 24 m I=189 C=215 | -Age: 19-23y -University/ College | | control condition. Moreover, reductions were specific to anxiety sensitivity relative to related cognitive risk factors for anxiety. | 24m FU = 0.12 | |
| 23 | Colman, I. 2014 Canada | Cohort: To identify factors protective, 1137 members of Canada's National Population Health Survey were followed in 1994/95. Protective factors measured at age 16/17 included social support, physical activity, mastery, self-esteem, and education level, (the relationship between the protective factors and 5 assessments of depression, including interactions between protective factors and four types of stress: stressful life events, and work, financial, and personal stress). | -1137 participants -Age: 18-23y - Canada's National Population Health Survey | CIDI-SF DSM-IV | The findings indicate that the negative effects of stress on depression were mitigated by key factors such as social support, physical activity, and education. | Social support: OR= 0.76 (0.43, 1.34) Physical activity: OR= 0.99 (0.71, 1.40) | Weak |
| 24 | HABIBI, M 2013 IRAN | RCT: Effectiveness of cognitive-behavioral management of stress on reducing anxiety, stress, and depression in head-families women. With a pre-test and post-test control group design, the subjects in the intervention group underwent 10 sessions of cognitive-behavioral stress management training, but the control group did not. 90 min, 3 per week for 10 sessions. I=20 C=20 | -40 head-families women -Age: not stated -Community based | DASS | Cognitive-behavioral stress management training, significantly decreased depression, anxiety, and stress scores in the experimental group. The cognitive behavioral stress management training could be an intervention program in target groups and general population. | Effect size for: DASS (depression) = 0.81 DASS (anxiety) =0.44 | Strong |

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

اختلالات روانپزشکی، در مجموع با سبب شناسی چند عاملی سروکار دارند بدین معنی که در هر اختلالی، علاوه بر جنبه های زیستی، عوامل روانی اجتماعی و معنوی نیز می توانند هم در بعد زمینه ای، آشکارساز و تداوم بخش یا حفاظتی، نقش ایفا کنند. بنابراین به منظور پیشگیری از این اختلالات نیز مداخلات در برگیرنده تمام سطوح طیف مدل اکولوژیک مطرح است (Organization, 2004). در مجموع می توان گفت که برنامه های جامعه محور موفق تر بوده اند و اثرات مثبت زیادی داشته اند.

پیشگیری جزء مهم ترین اقدامات در سلامت روان است اما متأسفانه هزینه کمتری صرف پیشگیری میشود. برای پیشگیری، تدوین و آماده ساختن مشاغل بهداشتی مخصوصاً در زمینه مشاوره و برنامه ریزی، سازماندهی برنامه های خاص فعالیت بدنی در سیستم بهداشتی، تشویق به انجام فعالیت های بدنی در جامعه و خانواده نقش مهمی در پیشگیری از اختلالات روانی خصوصاً در زنان دارد. تأمین سرمایه گذاریهای دارای بازده و جهت دهی منابع برای فعالیت بدنی و مشارکت در برنامه های جهانی در زمینه ورزش خانمها ضروری است. سیاستگذاران باید خدمات سلامت روان را به صورت ارزان و قابل دسترس در اختیار زنان ایرانی قرار داده و پوشش بیمه ای مناسبی برای آنان فراهم کنند. چراکه بسیاری از خانم ها به دلیل هزینه های درمانی ممکن است به متخصص مراجعه نکنند (Richardson et al., 2010). "خدمات مبتنی بر جامعه" در پیشگیری نقش مهمی دارد و باید در بخش خدمات سلامت روان جاری شود. اقدامات همزمان و رفتاردرمانی شناختی در افراد با علائم خفیف، به کاهش بار افسردگی و اضطراب منجر خواهد شد (Khlat et al., 2013, Weissman et al., 1996).

برای پیشگیری از اختلالات روانی، باید توجه داشت که مغفول واقع شدن مبحث سلامت روان در ایران و جهان، خسارت بار است و متأسفانه این موضوع برای دولتها و سیاست گذاران، مبحثی جذاب نیست، بایستی تلاش شود تا این دیدگاه برای سیاست گذاران تقویت شده و همان حساسیتی که در مورد سلامت جسمی وجود دارد، درباره سلامت روان نیز اعمال شود.

در این مطالعه، هدف ما تمرکز بر روی برنامه های پیشگیری موثر در درمان افسردگی و اضطراب بود. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، مداخلات با رویکردهای پیشگیری از اختلالات روانی، به دسته رویکرد تقسیم می شوند (Organization, 2004). که شامل رویکردهای "جامع"، "انتخابی" و "نشانه ای" می باشند. رویکردهای جامع، آن دسته از رویکردها هستند که بر روی عموم مردم اجرا می شوند و رویکردهای انتخابی شامل رویکردهایی که در زیرگروهی از افراد دارای خطر بالای افسردگی و اضطراب

هستند اجرا می شوند. رویکردهای نشانه ای (indicated) نیز شامل رویکردهایی است که در گروهی از افراد که علائم پیش درآمد افسردگی و اضطراب را دارند و هنوز بیماریشان تثبیت نشده است اجرا می شود. از رویکردهای جامع می توان به مداخلات مدرسه محور و مداخلات افزایشده مهارت‌های اجتماعی اشاره کرد.

آنچه در بررسی مقالات اضطراب و افسردگی بدست آمده است حاکی از این می باشد که اغلب برنامه های پیشگیرانه موفقیت آمیز عمل کرده اند (بیش از ۷۰ درصد مداخلات). در مورد مداخلات افسردگی برنامه های جامع و نشانه ای (indicated) با درصد بالاتری از موفقیت نهایی روبرو بوده اند تا برنامه های انتخابی. و در هر دو موضوع افسردگی و اضطراب، برنامه های پیشگیرانه جامع و انتخابی کارآمد و موثر هستند. گرچه محتوای برنامه های داخل این طبقه بندی ها با هم فرق داشت و همین باعث می شد تا رسیدن به نتایجی محکم کمی سخت شود. تا حد زیادی رایج ترین راه برای درمان اختلال افسردگی و اضطراب، CBT به معنای رفتار درمانی شناختی بوده است، رویکردی که همیشه پیامدهای مثبتی به همراه داشته است. آموزش مدیریت استرس به روش رفتار درمانی شناختی، رویکردی چند وجهی است که طی تکنیکهایی از قبیل آرامش آموزی، تنفس دیافراگم، شناسایی افکار منفی و جایگزین کردن آنها با افکار منطقی، مراقبه، آموزش مقابله کارآمد، مدیریت خشم و ابرازگری به افراد آموزش داده می شود (HABIBI et al., 2013). نحوه انجام رفتار درمانی شناختی در تعدادی از مطالعات به صورت حضوری و در کلاس آموزشی بوده و در بعضی موارد به صورت اینترنتی و برپایه کامپیوتر برگزار شده است موضوعی مهم این است که در تمام موارد تاثیر مثبت چشمگیری داشته است پس این مداخله می تواند به صورت حضوری و غیرحضوری هم موثر باشد.

از دو مطالعه ای که برنامه‌های مصاحبه انگیزشی و مشاوره مختصر را به عنوان مداخله بررسی کرده اند در هر دو گروه اثرات مثبت مشاهده شده است و از آنجایی که هر دو مطالعه مداخلاتشان بر پایه اینترنت بوده جزء برنامه های مقرون به صرفه محسوب می شوند.

یک مطالعه پیمایشی که در کانادا انجام شده، ۵ دسته عامل محافظتی حمایت اجتماعی، فعالیت فیزیکی، آموزش، عزت نفس و مهارت زندگی و ۴ مورد عامل استرس که شامل استرس های شخصی، محل کار، مالی و حوادث زندگی می باشند شناسایی شده اند. در پایان دوره پیگیری به این نتیجه رسیده اند، که تمام فاکتورهای محافظتی، OR قابل توجهی داشتند و این دلیل قطعی محافظتی بودن این ۵ عامل را در برداشت. بروز اضطراب و افسردگی را می توان با فاکتورهای کلیدی حمایت اجتماعی و فعالیت فیزیکی و

آموزش، بطور چشمگیری کاهش داد. و کاهش یا حذف عوامل استرس شناسایی شده نیز بروز این اختلالات را بطور چشمگیری کاهش خواهد داد.

برنامه های کامپیوتری برای هر دو بیماری افسردگی و اضطراب بسیار کارآمد و مفید واقع شده اند مانند برنامه (Mood GYM). در این مطالعه می توان به اهمیت مقایسه برنامه های حضوری با مداخله های اینترنتی و مبتنی بر کامپیوتر اشاره کرد و چون مداخله های اینترنتی و مبتنی بر کامپیوتر می توانند راه ساده ای برای اشاعه برنامه ها با کمترین هزینه باشد بسیار موثرتر است. اگر برنامه های مبتنی بر تکنولوژی (کامپیوتری) اجرا شود انگ ناشی از بیماری تقریباً از بین رفته و پیگیری ها و جلسات مشاوره منظم تر خواهد شد (Van Voorhees et al., 2011) و اگر برنامه ای برای مقیاس بزرگتری به کار گرفته شود می تواند مفید واقع شود.

البته بایستی تفاوت محتوای برنامه ها، مخاطبان هدف و نوع اجرای برنامه ها مدنظر باشند. قابلیت تعمیم این یافته ها به مناطق مختلف، محدود است چرا که اکثریت مداخله های بررسی شده در آمریکا انجام شده اند.

بیشترین محل انجام مداخلات، مدرسه و دانشگاه بودند که دلیل آن می تواند به علت دسترسی راحت به جمعیت تحت مطالعه و کاهش ریزش حجم نمونه باشد و از طرفی برای شروع برنامه های مداخلات رفتاری شروع از مدرسه بسیار مهم است چرا که مانند واکسیناسیون علیه بیماریهای واگیر، واکسیناسیون رفتاری نیز پیاده شده و از بروز این همه اختلالات روانی در جامعه کاسته خواهد شد (Van Voorhees et al., 2011). اما بایستی میزان شیوع و شدت اختلالات روانی در این گروه سنی را مد نظر داشت تا باعث سوگیری در نتایج مداخلات نشود.

حدود ۲۱ درصد مطالعات بدست آمده مداخلات ورزشی را شامل می شد. از آنجایی که ورزش آثار روانی زیادی دارد از جمله، کاهش اضطراب و افسردگی، مقابله با فشار روانی، افزایش عزت نفس، بهبود خلق و خو و ارتقاء سلامت روان اشاره نمود. از طرفی عاداتی مناسب بهداشتی مانند فعالیتهای حرکتی و ورزش منظم، بر روی سلامتی و کیفیت زندگی آثار مثبتی دارد، به گونه ای که زمینه اختلالات روانی و جسمانی را کاهش می دهد. تمرین بدنی از دو راه مستقیم، یکی رها شدن آندروفین و دوم کاهش سطح کورتیزول، باعث بهبود خلق و خوی فرد می شود. همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس و احساس خودتوانمندی می شود (Clapp et al., 1999). و از آنجایی که در چند سال اخیر به اهمیت ورزش و فعالیت بدنی توجه شده است و افزایش دانش برای بهره مندی از

ورزش و فعالیت بدنی در حال انجام هست بایستی به تقویت و تاکید بیشتر دروس تربیت بدنی و آمادگی جسمانی در مدارس و دانشگاهها پرداخته شود و ایجاد محیط های مناسب ورزشی مخصوص بانوان و ظرفیت سازی اجتماعی، یک استراتژی و رویکرد مناسب، آسان و مقرون به صرفه تر در راستای افزایش سلامت روحی مادران و فرزندانشان (نسل بعد) خواهد بود.

در متا آنالیز انجام شده برای کشف ارتباط بین خلق و خو، افسردگی و اضطراب با ورزش مشخص شد که در ورزشکاران اختلالات خلقی کمتر است و مدت کوتاهی نسبت به انسان های دیگر دارد. در واقع ورزش از اضطراب و افسردگی پیشگیری می کند و ورزشکاران جامعه سلامت روانی بیشتری دارند اعمال سیاست های لازم برای تشویق زنان به انجام فعالیتهای ورزشی و تهیه بستر مناسب اقتصادی اجتماعی در ورزش زنان، در کاهش و کنترل افسردگی بسیار موثر است (Beedie et al., 2000).

عوامل تغذیه ای نقش مهمی در بروز افسردگی دارند. از طرف دیگر، کسانی که دچار افسردگی هستند غالباً تغذیه نامناسبی دارند و بنابراین از این جهت در معرض خطر هستند و یک چرخه معیوب ایجاد می شود. هنگامی که فردی دچار افسردگی باشد سطح انرژی در او کمتر از حد معمول است و اشتیاق و اشتها برای بسیاری از چیزها از جمله غذا در او از بین می رود و در نتیجه تغذیه فرد دچار اختلال می شود. کاهش یا افزایش وزن ناخواسته و جذب ناکافی ویتامین ها و مواد معدنی غالباً با افسردگی ارتباط دارد. طبق نتایج حاصله از این مطالعه، مصرف بیشتر سبزی، میوه، مغزها، حبوبات و غلات کامل (سبوس دار)، روغن زیتون، دانه های خوراکی، ماهی و لبنیات کم چرب در مقایسه با مصرف گوشت قرمز پرچرب، لبنیات پرچرب، کره و روغن های حیوانی، الگوی غذایی مناسب تری برای پیشگیری و درمان افسردگی هستند.

آگاهی در مورد سلامت روان و پیامدهای اختلالات روانی جزء الویتهای رسانه ای و فرهنگی کشور باید باشد تا مردم سواد و مهارتهای لازم را کسب نموده و به دنبال پیشگیری از اختلالات و ارتقا سلامت روان خود باشند در نهایت نیز این موضوع منجر خواهد شد به ارتقاء سلامت روان در کل جامعه.

رسانه های ارتباط جمعی با قابلیت ها و توانایی های خاص خود می توانند در پیشگیری از افسردگی و اضطراب در جامعه بشری موثر بوده و در گسترش سلامت روان خانم ها کوشا باشند. یکی از کارکردهای مهم رسانه "جامعه پذیر کردن" است، در گذشته فرایند جامعه پذیر کردن افراد از طریق خانواده، مدرسه، گروه همسالان و محیط های مرجع صورت می گرفت، ولی امروزه رسانه ها بطور تدریجی و مستمر از بدو تولد تا بزرگسالی، ارزشها و هنجارهای جوامع کنونی را به اعضای جامعه منتقل می

سازند (Wakefield et al., 2010). امروزه عمده ترین نقشی رسانه ها در پیشگیری از اختلالات روانی، فرهنگ سازی، آموزش، اطلاع رسانی، ایجاد مشارکت اجتماعی و آموزش است. رسالت رسانه ها ارتقای معلومات عمومی افراد و آموزش عمومی است. پیش از نهاده شدن یک کار سینمایی یا تلویزیونی و بهره برداری از ثمره کارشان، یک مشاور روانپزشکی و یک جامعه شناس آگاه در این زمینه باید در کنار عوامل حضور مستمر داشته باشد تا بتواند راهکارهای موثری را برای ارتقای سلامت روان در زنان و تولید محصولات فرهنگی جهت پیشگیری از افسردگی و اضطراب معرفی کنند (Brown and Walsh-Childers, 2002). رادیو، تلویزیون، روزنامه ها با پخش پیام های مناسب در پیشگیری از اختلالات روانی نقش موثری دارند. تلویزیون در صورت برنامه های نامناسب میتواند نقش موثری در ایجاد رفتارهای پرخطرانه و استرس و افسردگی خصوصا در نوجوانان داشته باشد (Primack et al., 2009) (Wakefield et al., 2010).

از راهکارهای پیشگیری از افسردگی و اضطراب، حمایت اجتماعی، ارتقا دادن سواد سلامت مردم، مشاوران در دسترس و غربالگری اختلالات روانی ادواری قابل ذکر هستند و این اقدامات نیازمند همکاری بین بخشی و سازمانهای فرابخشی (بویژه سازمانهای مردم نهاد) هستند.

اطلاع رسانی درباره شیوع، بار و هزینه اقتصادی و اجتماعی افسردگی و اضطراب، راهکاری موثر برای افزایش حساسیت سیاست گذاران نسبت به اهمیت سلامت روان باشد.

تفاوت زیاد در شیوع اختلالات روانی در داخل و بین کشورهای مختلف، بیانگر این موضوع هست که شاخصهای اجتماعی مهمی در این تفاوت نقش دارند. پس شناسایی عوامل دخیل اجتماعی و مداخلات جامعه محور و ضروری هست (Blas and Kurup, 2010).

ارائه خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه: براساس مستندهایی که سازمان جهانی بهداشت منتشر کرده، ارائه خدمات سلامت مبتنی بر جامعه توسط کارکنان غیرمتخصص بخش سلامت، یکی از روشهای اصلی برای افزایش دسترسی افراد به خدمات بهداشتی در کشورهای با درآمد کم و متوسط است (NOORBALA et al., 2014).

این گونه خدمات می توانند نقشی عمده در پیشگیری از اختلالات روانی در این کشورها ایفا کنند. در کشور ایران نیز استفاده از بهروزان و ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC)، راهکاری مناسب برای پیشگیری از اختلالات روانی و کاهش نابرابری در ارائه خدمات سلامت روان باشد.

شناسایی جامعه با ویژگی های قابل مقایسه امری دشوار است، به خصوص با توجه به پیچیدگی جوامع به عنوان یک واحد اجتماعی و توانایی محدود برای بررسی دقیق و کامل تاثیرات زیست محیطی که می تواند بر نتایج برنامه داشته باشد. یکی دیگر از محدودیتهای بسیاری از برنامه های ارتقاء سلامت مبتنی بر جامعه عدم تناسب مداخلات با شرایط جامعه و عدم در بر گرفتن تمام بخشهای جامعه می باشد. در برنامه های جامعه محور مداخلات هم افراد سالم و هم افراد بیمار را در برمی گیرند و احتمال اینکه در طول زمان عوامل غیرمرتبط بر آن اثر بگذارند زیاد است مانند وقایع تاریخی و یا حوادث طبیعی، لذا بررسی همه جانبه این موارد و توجه به همکاریهای بین بخشی از ملزومات پیاده سازی و ماندگاری برنامه هاست (Turnock, 1998).

چالش های مربوط به مشارکت جامعه، محل برنامه در جامعه و میزان درگیری اعضای جامعه در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه می تواند یک استراتژی موثر در بهبود سلامت جامعه باشد. با این حال، بسیاری بر این باورند که برنامه های تاکید کننده بر مشارکت و همکاری جامعه تاثیرات مطلوبی بر رفتار و وضعیت سلامتی نشان می دهند. فاکتور اصلی در پویایی برنامه های مبتنی بر جامعه، تفاوت در اهداف و اولویت های محققان و جوامع است. این اختلاف در اولویت ها و ارزش ها اغلب منجر به بحث هایی بر سر قدرت و کنترل برنامه می گردد و منعکس کننده نیاز به ایجاد اعتماد و احترام متقابل و ترویج مشارکت واقعی می باشد. یک مشکل مشترک که بسیاری از برنامه های ارتقاء سلامت با آن مواجه می باشند، زمان کافی برای مشارکت گروه های مختلف از ذینفعان با اولویت های متفاوت می باشد. محدودیت های زمانی اغلب برنامه ها را از پرداختن به میزان آمادگی جامعه برای اتخاذ فعالیت های ارتقاء سلامت و جلوگیری از توقف تدریجی باز می دارد.

پیشگیری همه جانبه از افسردگی و اضطراب در زنان، از طریق فعالیتی که تمام طیف هر چهار سطح مدل اکولوژیک را پوشش دهد امکانپذیر است. لذا مطالعات بیشتر در سطوح محیطی و شرایط اجتماعی مورد نیاز است.

سلامت و پیشرفت هر جامعه بر سلامت زنان استوار است. خشونت‌های فرهنگی، اجتماعی از دیرباز زنان را به عنوان نیمی از جامعه جهانی در معرض شیوع بالای مشکلات روانی قرار داده است. گرچه افسردگی اپیدمی خاموش قرن نام گرفته و علیرغم این واقعیت که مونث بودن خود یک عامل افسردگی محسوب می شود، اما متأسفانه زمانی که بحث بهداشت و سلامت زنان مطرح می شود، بیشتر به مواضع تنظیم خانواده، بارداری و زایمان توجه می شود. موضوع بهداشت روانی زنان به حمایت و اطلاع رسانی بیشتری نیاز دارد. جوامع ملی از یک سو و جامعه جهانی از سوی دیگر بایستی حق مسلم زنان را در راستای بهداشت محقق کرده و به عنوان موضوع حقوق بشر از آن دفاع نماید.

محدودیت ها و پیشنهادها

بیشترین محدودیت در انجام این مطالعه، پایین بودن نسبی تعداد مطالعات بود و همچنین مقالات بدست آمده ناهمگون بودند. همچنین مطالعات در زمینه "پیشگیری"، "درمان زود هنگام" و یا "پیشگیری از عود بیماری" را اغلب خیلی سخت می توان از هم تمیز داد خصوصاً زمانی که اطلاعات کامل از مطالعه در دسترس نباشد. در جستجو برای یافتن منابع مورد استفاده در این مطالعه، مشخص شد مطالعاتی که اثربخشی و کارایی سه دسته رویکرد جامع، انتخابی و نشانه ای را با هم مقایسه کند بسیار محدود است لذا انجام مطالعات تکمیلی پیشنهاد می گردد.

- AGARWAL, U., MISHRA, S., XU, J., LEVIN, S., GONZALES, J. & BARNARD, N. D. 2015. A multicenter randomized controlled trial of a nutrition intervention program in a multiethnic adult population in the corporate setting reduces depression and anxiety and improves quality of life: The GEICO study. *American Journal of Health Promotion*, 29, 245-254.
- AHOLA, K., VUORI, J., TOPPINEN-TANNER, S., MUTANEN, P. & HONKONEN, T. 2012. Resource-enhancing group intervention against depression at workplace: Who benefits? A randomised controlled study with a 7-month follow-up. *Occupational and Environmental Medicine*, 69, 870-876.
- ANDERSSON, G., BERGSTRÖM, J., HOLLÄNDARE, F., CARLBRING, P., KALDO, V. & EKSELIUS, L. 2005. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- BALLENGER, J. C., DAVIDSON, J., LECRUBIER, Y., NUTT, D. J., KIRMAYER, L. J., LÉPINE, J.-P., LIN, K.-M., TAJIMA, O. & ONO, Y. 2000. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*, 62, 47-55.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. 1979. Cognitive therapy of depression. The Guilford clinical psychology and psychotherapy series. *Cognitive therapy of depression: The Guilford clinical psychology and psychotherapy series*.
- BEEDIE, C. J., TERRY, P. C. & LANE, A. M. 2000. The Profile of Mood States and athletic performance: Two meta-analyses. *Journal of applied sport psychology*, 12, 49-68.
- BELLIHA, A., KIEUSSEIAN, A., FONTVIEILLE, A.-M., TATARANNI, A., CHARREIRE, H. & OPPERT, J.-M. 2015. Stair-use interventions in worksites and public settings—A systematic review of effectiveness and external validity. *Preventive medicine*, 70, 3-13.
- BLAS, E. & KURUP, A. S. 2010. *Equity, social determinants and public health programmes*, World Health Organization.
- BOYD, R. C., MOGUL, M., NEWMAN, D. & COYNE, J. C. 2011. Screening and referral for postpartum depression among low-income women: a qualitative perspective from community health workers. *Depression research and treatment*, 2011.
- BRAITHWAITE, S. R. & FINCHAM, F. D. 2007. ePREP: Computer based prevention of relationship dysfunction, depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 609-622.
- BRENT, D. A., BRUNWASSER, S. M., HOLLON, S. D., WEERSING, V. R., CLARKE, G. N., DICKERSON, J. F., BEARDSLEE, W. R., GLADSTONE, T. R., PORTA, G., LYNCH, F. L., IYENGAR, S. & GARBER, J. 2015. Effect of a Cognitive-Behavioral Prevention Program on Depression 6 Years After Implementation Among At-Risk Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 1-9.
- BROWN, J. D. & WALSH-CHILDERS, K. 2002. Effects of media on personal and public health. *Media effects: Advances in theory and research*, 2, 453-488.
- CALEAR, A. L., CHRISTENSEN, H., MACKINNON, A., GRIFFITHS, K. M. & O'KEARNEY, R. 2009. The YouthMood Project: A Cluster Randomized Controlled Trial of an Online Cognitive Behavioral Program With Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1021-1032.
- CHRISTENSEN, H., PALLISTER, E., SMALE, S., HICKIE, I. B. & CALEAR, A. L. 2010. Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *The journal of primary prevention*, 31, ۱۷۰-۱۳۹ ,
- CLAPP, L. L., RICHARDSON, M. T., SMITH, J. F., WANG, M., CLAPP, A. J. & PIERONI, R. E. 1999. Acute effects of thirty minutes of light-intensity, intermittent exercise on patients with chronic fatigue syndrome. *Physical therapy*, 79, 749-756.
- COHEN, S. 2004. Social relationships and health. *American psychologist*, 59, 676.
- CUKROWICZ, K. C. & JOINER JR, T. E. 2007. Computer-based intervention for anxious and depressive symptoms in a non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 677-6.۹۳
- DAY, C., KANE, R. T. & ROBERTS, C. 2003. The Prevention of Depressive Symptoms in Rural Australian Women. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 13, 1-14.

- DE ZEEUW, E. L. E. J., TAK, E. C. P. M., DUSSELDORP, E. & HENDRIKSEN, I. J. M. 2010 .Workplace exercise intervention to prevent depression: A pilot randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity*, 3, 72-77.
- EVANS, O. & STEPTOE, A. 2002. The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male-and female-dominated occupational groups. *Social science & medicine*, 54, 481-492.
- FARAMARZI, M., ALIPOR, A., ESMAELZADEH, S., KHEIRKHAH, F., POLADI, K. & PASH, H. 2008. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of affective disorders*, 108, 159-164.
- FREDLAND, N. M. 2010. Nurturing healthy relationships through a community-based interactive theater program. *Journal of community health nursing*, 27, 107-118.
- GARBER, J. & WEERSING, V. R. 2010. Comorbidity of anxiety and depression in youth: implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 293-306.
- HABIBI, M., GHANBARI, N., KHODAEI, E. & GHANBARI, P. 20 .١٢EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL MANAGEMENT OF STRESS ON REDUCING ANXIETY, STRESS, AND DEPRESSION IN HEAD-FAMILIES WOMEN.
- HAKAK, N. M. 2013. Effectiveness of Group Reality Therapy in Increasing the Students' Happiness. *Life Science Journal*, 10.
- KENARDY, J., MCCAFFERTY, K. & ROSA, V. 2003. Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 279-289.
- KESSLER, R. C., CHIU, W. T., DEMLER, O. & WALTERS, E. E. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62, 617-627.
- KHLAT, M., LEGLEYE, S. & SERMET, C. 2013. Factors influencing report of common mental health problems among psychologically distressed adults. *Community mental health journal*, 1-7.
- KIM, K. B., COHEN, S. M., OH, H. K. & SOK, S. R. 2004. The Effects of Meridian Exercise on Anxiety, Depression, and Self-esteem of Female College Students in Korea. *Holistic Nursing Practice*, 18, 230-234.
- LARUN, L., NORDHEIM, L., EKELAND, E., HAGEN, K. & HEIAN, F. 2006. Exercise in prevention and treatment of anxiety and de-pression among children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- M, H., S., A .T. & M, H. 2005. The prevalence of depression in women referred to health centers in Rafsanjan.
- MANZ, R., JUNGE, J., NEUMER, S. & MARGRAF, J. 2001. Primary prevention of anxious and depressive symptoms in adolescents: First results from a quasi-experimental study. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften*, 9, 229-241.
- MARTINSEN, E. W. 2008. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic journal of psychiatry*, 62, 25-29.
- MELCHIOR, M., CASPI, A., MILNE, B. J., DANESE, A .,POULTON, R. & MOFFITT, T. E. 2007. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, 37, 1119-1129.
- MONTAZERI, A., MOUSAVI, S. J., OMIDVARI, S., TAVOUSHI, M., HASHEMI, A. & ROSTAMI, T. 2013. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010).
- NOEL, L. T., ROST, K. & GROMER, J. 2013. A depression prevention program for rural adolescents: Modification and design. *Children and Schools*, 35, 199-211.
- NOORBALA, A., DAMARI, B. & RIAZI, S .٢٠١٤ .LIFESTYLE MODIFICATIONS IN THE PREVENTION OF COMMON MENTAL DISORDERS, ESPECIALLY DEPRESSIVE DISORDERS.
- NOORBALA, A., YAZDI, S. B., YASAMY, M. & MOHAMMAD, K. 2004. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- ORGANIZATION, W. H. 2004. Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report.
- PARKER, G., ROY, K. & EYERS, K. 2003. Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. *American Journal of Psychiatry*.
- PRENZLAU, S. 2006. Using Reality Therapy to Reduce PTSD-Related Symptoms. *International journal of reality therapy*, 25.
- PRIMACK, B. A., SWANIER, B., GEORGIOPOULOS, A. M., LAND, S. R. & FINE, M. J. 2009. Association between media use in adolescence and depression in young adulthood: a longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 66, 181-188.
- RAHIMI, E. & BAVAQAR, S. 2011. Comparing the effects of Hatha yoga and physical fitness on anxiety and depression in women.
- RICHARDSON, T .,STALLARD, P. & VELLEMAN, S. 2010. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 13, 275-290.

- ROHDE, P., STICE, E. & GAU, J. M. 2012. Effects of Three Depression Prevention Interventions on Risk for Depressive Disorder Onset in the Context of Depression Risk Factors. *Prevention Science*, 13, 584-593.
- ROTH, D. L. & HOLMES, D. S. 1987. Influence of aerobic exercise training and relaxation training on physical and psychologic health following stressful life events. *Psychosomatic Medicine*, 49, 355-365.
- ROWE, H., MCCALLUM, S., LE, M. T. & VITTORINO, R. 2012. Admission to day stay early parenting program is associated with improvements in mental health and infant behaviour: A prospective cohort study. *Int J Ment Health Syst*, 6, 11.
- SADEGHIRAD, B., ALI-AKBAR, H., AMIN-ESMAEILI, M., ANANLOO, E. S., GHAEI, P., RAHIMI-MOVAGHAR, A., TALEBIAN, E., POURKHANDANI, A., NOORBALA, A. A. & BAROOTI, E. 2010. Epidemiology of major depressive disorder in iran: a systematic review and meta-analysis. *International journal of preventive medicine*, 1.
- SAFARI, M., BAHREINI, F., VAFAEE, F., SALARI, M., YOUSEFI, M., REZAEI, M., HOSSEINI, A., HABIBIAN, M. & MORADIAN, F. 2013. Community Based Participatory Research, a model for health promotion. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 11, 17-28.
- SALMON, P. 2001. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*, 21, 33-61.
- SAULSBERRY, A. M., MA, M. M.-H., MA, K. B., MA, C. H. M., PHD, J. F., PHD, T. G., MD, C. B., PHD, M. R., ; MARYA CORDEN MPH, C. & ; BENJAMIN W. VAN VOORHEES MD, M. 2012. Randomized Clinical Trial of a Primary Care Internet-based Intervention to Prevent Adolescent Depression: One-year Outcomes
Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 30, 23-37.
- SCHMIDT, N. B., EGGLESTON, A. M., WOOLAWAY-BICKEL, K., FITZPATRICK, K. K., VASEY, M. W. & RICHEY, J. A. 2007. Anxiety Sensitivity Amelioration Training (ASAT): A longitudinal primary prevention program targeting cognitive vulnerability. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 302-319.
- SELIGMAN, M. E., SCHULMAN, P. & TRYON, A. M. 2007. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour research and therapy*, 45, 1111-1126.
- STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. 1999. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and environmental medicine*, 56, 302-307.
- STEINBERG, D. M., ASKEW, S., LANPHER, M. G., FOLEY, P. B., LEVINE, E. L. & BENNETT, G. G. 2014. The effect of a "maintain, don't gain" approach to weight management on depression among **black women**: Results from a randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 104, 1766-1773.
- STEWART, D., RONDON, M., DAMIANI, G. & HONIKMAN, J. 2001. International psychosocial and systemic issues in women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 13-17.
- SWARTZ, K. L., KASTELIC, E. A., HESS, S. G., COX, T. S., GONZALES, L. C., MINK, S. P. & DEPAULO, J. R., JR. 2010. The effectiveness of a school-based adolescent depression education program. *Health Educ Behav*, 37, 22-31.
- THOMAS, B., CILISKA, D., DOBBINS, M. & MICUCCI, S. 2004. A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1, 176-184.
- TURNOCK, B. J. 1998. Maxcy-Rosenau-Last: Public Health and Preventive Medicine. LWW.
- VAN VOORHEES, B. W., MAHONEY, N., MAZO, R., BARRERA, A. Z., SIEMER, C. P., GLADSTONE, T. R. & MUÑOZ, R. F. 2011. Internet-based depression prevention over the life course: a call for behavioral vaccines. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 167-183.
- VAN VOORHEES, B. W., VANDERPLOUGH-BOOTH, K., FOGEL, J., GLADSTONE, T., BELL, C., STUART, S., GOLLAN, J., BRADFORD, N., DOMANICO, R., FAGAN, B., ROSS, R., LARSON, J., WATSON, N., PAUNESKU, D., MELKONIAN, S., KUWABARA, S., HOLPER, T., SHANK, N., SANER, D., BUTLER, A., CHANDLER, A., LOUIE, T., WEINSTEIN, C., COLLINS, S., BALDWIN, M., WASSEL, A. & REINECKE, M. A. 2008. Integrative internet-based depression prevention for adolescents: A randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 184-196.
- WAKEFIELD, M. A., LOKEN, B. & HORNIK, R. C. 2010. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376, 1261-1271.
- WEISSMAN, M. M., BLAND, R. C., CANINO, G. J. & ET AL. 1996. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276, 293-299.

