



روان پرستاری

دوره سوم شماره ۳ (پیاپی ۱۱) پاییز ۱۳۹۴ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۴۵-۲۵۰۱

- ۱..... اعتبار سنجی ایرانی آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ برای غربالگری افسردگی پس از زایمان
ارسلان احمدی کانی گلزار، زلیخا قلی زاده
- ۱۱..... بررسی مشکلات اجتماعی و خانوادگی افراد مصروع مراجعه کننده به انجمن صرع از دیدگاه بیماران و خانواده آنها
رقیه اسمعیلی، مهرداد اسماعیلی، سید حمید جمال الدینی، جلیل کاوه
- ۲۰..... بررسی شدت و فراوانی تنش اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بالینی شهرستان شاهرود
مهدی صادقی، حسین ابراهیمی، شاهرخ آقایان
- تأثیر روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بازنمایی‌های عاطفی منفی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه
۲۹..... خیرالله صادقی، علی اکبر ارجمند نیا، سارا نامجو
- ۴۱..... اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زنان متأهل
علی محمد نظری، محسن رسولی، رضا داورنیا، امین حسینی، محسن بابایی گرمخانی
- ۵۳..... رابطه بین کیفیت خواب و کیفیت زندگی سالمندان
آزاده صفا، محسن ادیب حاج باقری، علیرضا فاضل دربندی
- ۶۳..... تأثیر آسیب پذیری ادراک شده بر راهبردهای مقابله ای دانشجویان در موقعیتهای استرس زا: ارزیابی مدل باور سلامتی
ابراهیم مسعودنیا
- ۷۶..... بررسی ارتباط بین مشخصات فردی و سطح سلامت روان با میزان هیپنوتیزم پذیری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس
فریبا حسین زادگان، مولود راد فر، علیرضا شفیعی کندجانی، ناصر شیخی

به نام خداوند جان و خرد
نشریه تخصصی روان پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره سوم - شماره ۳ (پیاپی ۱۱) - پاییز ۱۳۹۴

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- مدیر اجرایی: محمدرضا شیخی
- شماره پروانه انتشارات وزارت ارشاد اسلامی: ۹۱/۳۴۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۶
- شماره بین المللی نشریه چاپی: ۲۵۰۱-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: ۲۵۲۸-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور: به شماره ۱۰۰/۵۱۱ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۷

• مشاوران علمی این شماره

دکتر آناهیتا خدا بخشی کولایی
دکتر جمیله محتمی
دکتر رضا ضیغمی
دکتر محمد رضا خدایی اردکانی
دکتر نعیمه سید فاطمی
دکتر اصغر پور اصل
دکتر کوروش زارع
اقای محمد ابراهیم ساریچلو
اقای محمد رضا شیخی

• شورای نویسندگان (به ترتیب الفبا):

- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر مسعود بحرینی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر کوروش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- دکتر سادات سید باقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فرشید شمسایی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان
- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- دکتر عبای عبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)
- دکتر فرید فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مسعود فلاحی خشکتاب، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، دانشیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی نجومی، دانشیار انیسیتو پاستور ایران
- دکتر علی نویدیان، دانشیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد یکتا طلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

• ویراستار انگلیسی: دکتر علی نجومی

• ویراستار فارسی: محمد رضا شیخی

• حروفچینی و صفحه آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کد پستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

e-mail: info@ijpn.ir Website: http://ijpn.ir

اعتبار سنجی ایرانی آزمون افسردگی پس از زایمان ادینبرگ برای غربالگری افسردگی پس از زایمان

*ارسلان احمدی کانی گلزار^۱، زلیخا قلی زاده^۲

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز بهداشت شهرستان سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: Arsalanknay@gmail.com

۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

نشریه روان پرستاری، دوره ۳ شماره ۳ پاییز ۱۳۹۴ ۱-۱۰

چکیده

مقدمه: اختلال افسردگی پس از زایمان اختلالی است با درجات متغیر که در سال اول پس از زایمان اتفاق می‌افتد. برای سنجش این اختلال آزمون‌های مختلفی تهیه شده که پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ کوتاه‌ترین پرسشنامه برای سنجش سریع این اختلال است. این مطالعه با هدف بررسی پیش بینی کننده جهت ارزشیابی آزمون تشخیصی افسردگی پس از زایمان ادینبرگ در یک نمونه ایرانی انجام شد.

روش: جامعه آماری شامل کلیه مادرانی بود که برای اولین بار (زایمان نوبت اول) در طول یک فصل زایمان کرده‌اند و در فاصله ۲ الی ۴ هفته بعد از زایمان برای مراقبت‌های نوبت اول و دوم بعد از زایمان به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان سنندج مراجعه می نمودند. ۳۶۱ نفر پرسشنامه ادینبرگ و سیاهه افسردگی بک را تکمیل کردند؛ و در صورت کسب نمره‌ی بالا در مقیاس‌های فوق مصاحبه‌ی ساختاریافته (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) برای اختلالات خلقی توسط یک نفر روان‌پزشک تشخیص بالینی انجام می‌شد.

یافته‌ها: با آزمون افسردگی بک ۳۱/۶ درصد افراد و با آزمون ادینبرگ ۶۷/۳ درصد افراد به عنوان افسرده تشخیص داده شدند و از کل افراد تشخیص داده شده با دو تست بک و ادینبرگ تنها ۱۹/۷ درصد افراد با مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی بالینی و تشخیص روان‌پزشکی بیمار تشخیص داده شدند. مقدار آلفای کرونباخ برای آزمون ادینبرگ برابر ۰/۷۰ می‌باشد. روایی آزمون ادینبرگ با مقیاس بک برابر با ۰/۴۴ می‌باشد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها، این پرسشنامه دارای اعتبار بالایی است و با استفاده از مقیاس ادینبرگ، می‌توان مسیری سریع و کوتاهی را برای تشخیص ترتیب داد. با استفاده از این آزمون کوتاه در سیستم‌های بهداشتی و مراقبتی می‌توان به تشخیص و ارجاع سریع افراد بیمار و کمک به شناسایی برای درمان و بهبود آنها اقدام کرد.

کلید واژه‌ها: افسردگی پس از زایمان، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، ایرانی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱۰

مقدمه

بارداری و زایمان حوادث پیچیده ای هستند، که با نشانه های فیزیولوژیکی و روان شناختی همچون تغییرات بیولوژی، اجتماعی و هیجانی گذرا مشخص می شود (۱). اگر چه واکنش هایی نظیر اضطراب و غمگینی در طول بارداری رایج هستند، اغلب زنان این گذار را بدون آسیب روان شناختی عمده ای پشت سر می گذارند (۱). افسردگی اصطلاح وسیعی است که برای توصیف تجربیات، علائم و هیجانات مختلف بکار می رود (۲). همراه با افسردگی رفتارهایی مانند کناره گیری و فقدان انگیزه برای کنش های لذت بخش تداعی می شود (۲).

اختلال افسردگی پس از زایمان اختلالی است با درجات متغیر که در سال اول پس از زایمان اتفاق می افتد (۳). طبق DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed) اگر علائم اختلال خلقی در چهار هفته بعد از زایمان شروع شده باشد، می توان آن را اختلال خلقی بعد از زایمان قلمداد کرد، در اختلالات روانی پس از زایمان علائم روان پریشی شایع همچون افسردگی، هذیان و ظهور فکر آسیب زدن به خود و نوزاد وجود دارد (۴). این مسئله نه تنها برای خود فرد بلکه برای همسر و فرزندان می تواند آزار دهنده باشد و به دلایل زیر حائز اهمیت است. یکی این که اختلال شایعی است و در برخی تحقیقات شیوع آن تا ۳۴ درصد نیز گزارش شده است (۵). افسردگی پس از زایمان بجز اینکه به روابط مادر و کودک آسیب می رساند، رابطه با همسر نیز دچار مشکل و همسران زنان افسرده بیشتر دچار افسردگی می شوند (۶). این اختلال اگر درمان یا بهبود پیدا نکند امکان دارد به طلاق و جدایی منجر شود (۷). از طرف دیگر روابط سطحی بین مادر و کودک، تحول شناختی کودک را به طور آسیب زایی تحت تأثیر قرار دهد (۸). همچنین در اختلال افسردگی پس از زایمان امکان آسیب زدن به نوزاد و خودکشی وجود دارد (۹).

افسردگی پس از زایمان به طور نامطلوب تحول شناختی و عاطفی بچه را تحت تأثیر قرار می دهد و او را دچار اختلالات رفتاری و تأخیر در یادگیری می کند (۱۰). همچنین پیامدهای افسردگی پس از زایمان در مورد مادر و بچه و خانواده ممکن است به صورت نادیده گرفتن بچه، از هم پاشیدگی خانوادگی، آسیب رساندن به خود و خودکشی بروز کند. آسیب های کوتاه مدت مادر و کودک از نشانه های افسردگی مانند کم اشتها و بی علاقهگی را نیز نباید از نظر دور داشت. مادر افسرده انگیزه کمتری برای تغذیه صحیح نوزاد خود

دارد؛ که به طور مستقیم به سلامت کودک مربوط می شود. بنابراین شناسایی دقیق و درمان اختلال ضروری است. یک متآنالیز از تعداد زیادی از مطالعات در مورد میانگین شیوع میزان افسردگی پس از زایمان نرخی برابر ۱۳ درصد را نشان داد (۱۱).

افسردگی پس از زایمان ممکن است اثرات زیان بخشی برای جامعه زنان و سازگاری شخصی، روابط رضایت بخش زناشویی و مادر - نوزادی دارد (۱۲).

در مطالعه ای که در دانشگاه یوتا انجام گرفت از ۶۰ درصد زنانی که مشکلات پس از زایمان داشتند تنها ۱۴/۷ درصد آنها کمک روان شناختی را طلب کرده بودند (۱۳).

در بررسی های همه گیر شناسی از روش ها و ابزارهای متنوعی در خصوص بررسی اختلالات استفاده می شود و آزمون ادینبرگ به واسطه تلاش های مختلفی که با آن انجام گرفته می تواند ابزار مناسبی برای بررسی افسردگی پس از زایمان باشد. در ایران هر چند این ابزار در نمونه ای کوچک در سال ۱۳۸۸ در دانشگاه جهرم ارزشیابی شده بود (۲۵) اما این پژوهش در کتابچه ای که توسط اداره ی سلامت، دولت استرالیای غربی در سال ۲۰۰۶ با عنوان استفاده از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ ترجمه از زبان انگلیسی به زبان های دیگر چاپ شد، هنوز کشور ایران، جزو کشورهایی در این کتاب ذکر شده است که اعتبار و پایایی آزمون ادینبرگ در آن اعلام نشده است (۳۲). لذا همین موضوع ضرورت طرح را نمایان می سازد.

در پژوهشی در کانادا با استفاده از پرسشنامه ی افسردگی بک شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان ۶/۲٪ و در ایران با همین ابزار در شهر کرمان ۳۱/۱٪ گزارش گردیده است (۱۴).

عوارض حاملگی و زایمان در رابطه با افسردگی پس از زایمان متناقض آمیز بوده اند، در برخی مطالعات مستند شده آشفتگی های خلقی کمتری در زنانی که استرس بیشتر یا عوارض زایمان داشته اند گزارش شده است (۱۵).

بررسی شیوع این اختلال به کمک مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ یافته های متفاوتی را گزارش نموده است. در ترکیه شیوع این اختلال ۲۷٪ (۱۶)، در چین ۱۵٪ (۱۷)، در کارولینای شمالی ۳۵٪ (۱۸)، در یک جمعیت روستایی در هند ۱۱٪ (۱۹)، در یک جمعیت شهری در آمریکا ۲۲٪ (۲۰) و در بیروت ۲۱٪ (۲۱) گزارش شده است و در ایران نیز با همین مقیاس حسن زهرایی، خدا دوستان، اسدالهی و بشردوست (۱۳۷۶) (۲۲)، با بررسی ۵۲ نفر از مادرانی که در ماه سوم پس از زایمان بودند، شیوع افسردگی را ۳۵٪ و نمازی (۱۳۷۸) نیز در شهر شیراز شیوع افسردگی پس از

دو گروه شاهد (طبیعی زا) و گروه مورد (سزارینی) با تکمیل آزمون ادینبرگ نتایج زیر حاصل شد. میانگین نمره افسردگی پس از زایمان، در گروه سزارین اورژانسی نسبت به زایمان طبیعی افزایش داشت (۱۰/۸۴ در مقابل ۷/۸۴) در این آزمون نقطه برش ۱۳ در نظر گرفته شده بود و اعتبار محتوی و پایایی آزمون ادینبرگ به روش هم ارز ۹۲٪ تعیین گردید (۳۰).

در یک بررسی ۴۰۰ مورد در ۸-۲ هفته پس از زایمان با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند که یافته‌ها حاکی از آن بوده ۶۸٪ موردها بهنجار، ۱۹٪ افسردگی خفیف، ۴٪ افسردگی متوسط و ۹٪ افسردگی شدید داشتند. در کل ۳۲٪ افسردگی در واحدهای پژوهش گزارش شد (۳۱).

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی پیش بینی کننده برای ارزشیابی آزمون تشخیصی افسردگی پس از زایمان ادینبرگ است. جامعه پژوهش شامل کلیه مادرانی که در طول یک فصل (سه ماه) زایمان کرده و تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان سنجند بوده و برای اولین مراقبت (زایمان نوبت اول) در فاصله‌ی ۲ الی ۴ هفته بعد از زایمان (مراقبت‌های نوبت اول و دوم بعد از زایمان) به مراکز بهداشتی - درمانی سطح شهرستان سنجند مراجعه کردند، غربالگری صورت گرفت. تعداد کل افراد مراجعه کننده ۴۳۵ نفر بود. کسانی که سواد کمتر از اول راهنمایی داشتند و سابقه سقط و مرده زایی داشتند و کسانی که تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها نداشتند از طرح کنار گذاشته شدند. تعداد نهایی حجم نمونه ۳۶۱ نفر بود. داده‌ها به روش خودگزارشی با استفاده از ابزارهای مطالعه شامل "آزمون افسردگی بک"، "مصاحبه‌ی ساختاریافته ی بالینی" و "تشخیص روان پزشکی" گردآوری شدند.

برای هر فرد ابتدا پرسشنامه ادینبرگ توسط همکار کاردان بهداشت خانواده، در مرکز بهداشتی - درمانی برای مراجعین تکمیل شد، سپس پرسشنامه‌ی افسردگی بک - ویرایش دوم و چک لیست مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات خلقی SCID-I به عنوان آزمون‌های تشخیصی هدف استاندارد توسط همکار روانشناس بالینی در کلینیک روان‌شناختی تکمیل و سرانجام تشخیص بالینی روان پزشکی از طریق مصاحبه‌ی بالینی توسط روان‌پزشک برای کسانی که در دو آزمون هدف نمره بالایی را کسب کرده بودند (نمره بالای ۱۶ برای مقیاس افسردگی بک و نمره بالای ۱۲ برای مقیاس افسردگی ادینبرگ) اعمال گردید.

زایمان را در ۱۷۵ نفر از مادران که در هفته‌های ۱۰-۸ پس از زایمان بودند، ۳۵٪ گزارش نموده‌اند (۲۳).

در پژوهشی که در ۴۲۲ زن باردار در سه ماهه سوم با مقیاس ادینبرگ (با حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۹۳٪ به نقل از نمازی ۱۳۷۸) (۲۳)، انجام گرفت، ۲۲٪ (۹۲ مورد) از زنان در ۸-۶ هفته پس از زایمان افسرده بودند. در این مطالعه ۳۰٪ از زنان در سه ماهه سوم بارداری افسرده بودند (۲۴).

در پژوهش دیگری که در دانشگاه علوم پزشکی جهرم، ایران در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت، آزمون ادینبرگ به عنوان یک آزمون تشخیصی افسردگی پس از زایمان برای ۲۳۰ مورد زن باردار در ۸ هفته اول پس از زایمان انجام گرفت که حساسیت آزمون ۶۵/۸ درصد و ویژگی ۷۶/۵ درصد و ارزش اخباری مثبت ۶۲/۲ درصد، ارزش اخباری منفی ۷۹/۲ و دقت تشخیص درست ۷۲/۶ و حدود اطمینان ۹۵ درصد برای (۶۲٪±۳۹٪) آزمون خبر می‌دهد. در این پژوهش از ۲۳۰ نفر با مقیاس ادینبرگ ۹۰ نفر افسرده و ۱۴۰ نفر سالم شناخته شدند که پس از مقایسه با آزمون افسردگی بک ۵۶ نفر از ۹۰ نفر بیمار و ۳۴ نفر سالم تشخیص داده شدند. از ۱۴۰ نفر سالم تشخیص داده شده در آزمون ادینبرگ ۱۱۱ نفر سالم و ۲۹ نفر بیمار تشخیص داده شد (۲۵).

در پژوهش دیگری با عنوان ارتباط افسردگی پس از زایمان با عوارض روانی اجتماعی مادران، آزمون ادینبرگ بدون اشاره به خصوصیات روان‌سنجی آزمون، بر روی ۳۵۰ نفر از مادران تازه زایمان کرده، انجام شد که حاکی از این بود که ۱۶٪ از نمونه‌ها افسرده بودند (۲۶).

در یک بررسی که در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بر روی ۳۰۰ مادر باردار که در سه ماهه سوم حاملگی بودند و تا هفته ۶ پس از زایمان پیگیری و بررسی شدند با استفاده از آزمون بک میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۲۱/۳ درصد تخمین زده شد (۲۷).

در پژوهشی که بر روی ۱۰۰ مادر باردار به صورت نیمه آزمایشی، نقش حمایتی ماما در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفت، میانگین نمره افسردگی با آزمون ادینبرگ در گروه حمایت شده ۹/۴۴±۴/۷۹ و در گروه حمایت نشده ۴/۶۷±۱۲/۶ بود و تفاوت آماری معنی داری (P=۰/۰۰۴) با یکدیگر داشتند (۲۸). در یک مطالعه مقطعی که بر روی ۹۷۵ آزمون ادینبرگ انجام شد، ۱۷/۵ درصد موارد افسرده گزارش شدند، در این بررسی نقطه برش ۱۲ تعیین شد (۲۹).

در یک پژوهش توصیفی تحلیلی که در آن ۵۲ زن باردار در

۰/۰۰۱ بود. بالاترین گویه ها در تحلیل عامل گویه های ۲ با ۰/۶۳ و گویه ۹ با ۰/۷۱ در مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بود. برای انجام این مطالعه، اجازه نامه کتبی از معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت سنجس کسب شد. گردآوری داده‌ها از مادران زایمان کرده با کسب رضایت آگاهانه، اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات و اختیار کامل برای انصراف از پژوهش صورت گرفت. مطالب علمی نیز با ذکر منبع اصلی استفاده شده‌اند.

یافته‌ها

تحلیل عامل مولفه‌ها به پرسشنامه ادینبرگ: بر اساس نتایج جدول شماره ۱، مقدار آزمون کیزر-میر-اولکین برابر با ۰/۸۰ می‌باشد. پس نتیجه می‌گیریم که داده‌های پرسشنامه مورد نظر به تعدادی عامل‌های زیربنایی و بنیادی قابل تقلیل است. همچنین نتیجه آزمون بارتلت (۸۳۹/۰۰۲) که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنی دار است، نشان می‌دهد که ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس واحد و همانی نمی‌باشد. یعنی از یک طرف بین گویه‌های داخل هر عامل همبستگی بالایی وجود دارد و از طرف دیگر بین گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر، هیچ گونه همبستگی مشاهده نمی‌شود.

هدف اصلی از بکارگیری آزمون کیزر-میر-اولکین و آزمون بارتلت به عنوان روش شناسی تحلیل عاملی اکتشافی، بررسی ساختار موجود در داده‌های چند متغیره است. در این تحلیل متغیرهایی که همبستگی بالایی (چه مثبت و چه منفی) با هم دارند، احتمال تحت تأثیر عامل‌های یکسانی هستند، اما متغیرهایی که نسبت به هم همبستگی ندارند، از عامل‌های متفاوتی تأثیر می‌پذیرند. به زبان ساده تر اگر گویه‌های موجود در مقیاس سنجس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ با گویه‌های آزمون افسردگی بک و مصاحبه‌ی ساختار یافته همبستگی داشته باشد، بنابراین آزمون ادینبرگ جهت سنجس افسردگی پس از زایمان اعتبار لازم را دارد.

جدول ۱: آزمون کیزر-میر-اولکین و آزمون بارتلت مربوط به پرسشنامه ادینبرگ

۰/۸۰	مقدار آزمون کیزر-میر-اولکین
۸۳۹/۰۰۲	آزمون بارتلت - مقدار مجذور کای
۴۵	درجات آزادی
۰/۰۰۱	سطح معناداری

جدول ۲: شناخت سهم مجموعه عامل‌ها در تبیین واریانس هر گویه

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۳۳). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است. نتایج پژوهش بک، استیر و براون نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (۳۳)، همچنین مطالعه دیگری ضریب آلفا ۰/۹۱ ضریب همبستگی دو نیمه ۰/۸۹ ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای آن گزارش داد (۳۴). ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار باز آزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۴). فتی نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و اعتبار باز آزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است (۳۵). در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ برابر ۰/۸۶ بود. امتیاز دهی سؤال‌ها به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ است. مجموع نمره‌ها از ۰ تا ۶۲ نوسان دارد و یک نمره کلی را به دست می‌دهد.

مقیاس ادینبرگ: مقیاس سنجس افسردگی پس از زایمان Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS (۱۰ ایتیم) است. این پرسشنامه به گونه‌ای ساخته شده است که امکان تشخیص افسردگی را از ۶ هفته بعد از زایمان فراهم می‌کند. نمره مقیاس ادینبرگ بین صفر تا ۳۰ می‌باشد و کسب نمره ۱۲ و بیشتر به عنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (۳۶). سؤال‌های ۱، ۲، ۴ تا ۰ تا ۳ و سؤال‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، از ۳ تا ۰ نمره گذاری می‌شود. در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ برای پرسشنامه ادینبرگ برابر ۰/۷۰ بود.

مصاحبه بالینی ساختار یافته مخصوص اختلال‌های محور یک: SCID-I یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختار یافته است که برای تشخیص گذاری اختلال‌های عمده محور I بر اساس DSM-IV به کار می‌رود (۳۷). مصاحبه ساختار یافته با هدف افزایش پایایی و اعتبار تشخیص از طریق استاندارد کردن فرآیند ارزیابی و تسهیل استفاده از ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و همچنین کندو کاو نشانگانی که ممکن است به گونه‌ای مورد غفلت قرار بگیرند به وجود آمده‌اند.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. برای آزمون سؤالات پرسشنامه ادینبرگ و تحلیل عامل اکتشافی در مقایسه با گویه‌های افسردگی بک و مصاحبه ساختار یافته از تحلیل عامل با استفاده از آزمون کیزر-میر-اولکین بارتلت استفاده شد که سطح معناداری درونی در سطح

گویه ها (سؤالات)	اولیه	عامل‌های استخراج شده
۱	۱	۰/۵۱
۲	۱	۰/۶۳
۳	۱	۰/۳۳
۴	۱	۰/۵۶
۵	۱	۰/۳۹
۶	۱	۰/۴۵
۷	۱	۰/۴۹
۸	۱	۰/۵۴
۹	۱	۰/۷۱
۱۰	۱	۰/۳۷

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید ستون استخراج نشان دهنده مقداری از واریانس هر متغیر می‌باشد. هر چقدر مقدار نزدیک‌تر به یک باشد واریانس بیشتری را تبیین می‌کند. همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید از ۱۰ سؤال پرسشنامه همه دارای واریانس بالایی هستند. پایین‌ترین واریانس مربوط به سؤال ۳ و بالاترین واریانس مربوط به سؤال ۹ می‌باشد.

جدول ۳: شناخت سهم هر عامل در تبیین مجموع واریانس تمامی گویه‌ها

مؤلفه‌ها	مقدار ویژه اولیه		
	کل	درصد واریانس	درصد واریانس
۱	۳/۲۴	۳۲/۴۵	۳۲/۴۵
۲	۱/۷۷	۱۷/۷۳	۵۰/۱۸

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌کنید، ۲ عامل دارای مقدار ویژه بالاتر از یک هستند. بنابراین از کل ۱۰ سؤال (گویه) می‌توان ۲ عامل ساخت. سهم هر عامل در تبیین ۱۰ گویه به صورت نزولی است. یعنی عامل اول بیشترین سهم (۳۲/۴۵ درصد با مقدار ویژه ۳/۲۴) و عامل دوم کمترین سهم (۱۷/۷۳ درصد با مقدار ویژه ۱/۷۷) در تبیین واریانس ۱۰ گویه است. در مجموع تمامی ۲ عامل با مقادیر ویژه بالاتر از یک توانسته‌اند ۵۰/۱۸ درصد از واریانس ۱۰ گویه مربوط به مقیاس ادینبرگ را تبیین کنند.

جدول ۴: ماتریس چرخش یافته پرسشنامه ادینبرگ

سؤالات	عامل‌ها	
	عامل اول	عامل دوم
۱		۰/۷۱
۲		۰/۷۹
۳	۰/۵۴	۰/۷۳
۴		
۵	۰/۶۰	
۶	۰/۶۷	
۷	۰/۶۹	
۸	۰/۷۳	
۹	۰/۸۳	
۱۰	۰/۶۱	

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌کنید، تعداد گویه‌های مورد نظر که در زیر عامل‌های ۱ تا ۲ آمده‌اند و در واقع مؤثرترین سؤالات مورد نظر در مورد سنجش ادینبرگ هستند. در جدول ماتریس چرخش یافته سؤالات مؤثر عبارتند از ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹ و ۱۰ می‌باشد. یعنی در واقع همه سؤالات مؤثر هستند.

جدول ۵: جدول پایایی پرسشنامه ادینبرگ (آلفای کرونباخ)

متغیر	آلفای کرونباخ مبتنی بر آیتم‌های استاندارد	تعداد آیتم‌ها (سوالات)
آیتم‌های پرسشنامه ادینبرگ	۰/۷۰	۱۰

همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌کنید مقدار آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۰ می‌باشد و این نشان دهنده این است که این پرسشنامه دارای پایایی بالایی است.

جدول ۶: میزان روایی آزمون ادینبرگ با مقیاس بک

متغیر	مقیاس بک
ادینبرگ	۰/۴۴ (P < ۰/۰۱)

آزمون است.

آزمون ادینبرگ در فرانسه در روند هنجاریابی با مقایسه و با بررسی‌های روان‌پزشکی و بررسی انسجام درونی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ مشخص شد (۴۱).

نتیجه گیری نهایی

یافته‌های این مطالعه نشان داد که پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ دارای اعتبار مناسب است. ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بود. مقدار همبستگی‌های درونی آزمون با آزمون کیزر-میر-اولکین برابر با ۰/۸۰ می‌باشد که نشان از صحت گویه‌های پرسشنامه در تشخیص افسردگی پس از زایمان می‌دهد؛ و متخصصین روان‌سنجی همبستگی بین خرده‌آزمون‌های یک آزمون با یکدیگر و با کل آزمون را دلیلی بر انسجام درونی و روائی سازه‌ای یک آزمون قلمداد می‌کنند (۴۲). با استفاده از مقیاس شناخته شده ادینبرگ، می‌توان مسیری سریع و کوتاهی را برای تشخیص ترتیب داد. این پرسشنامه به جهت چند خصوصیت از جمله سادگی اجرا، عینی بودن، هدف قرار دادن نشانه‌های افسردگی، کوتاه بودن فرم و اعتبار مناسب آن در تحقیقات در کشورهای دیگر و مقبولیت مناسب در سطح دنیا مناسب است.

با استفاده از این آزمون کوتاه در بلوک‌های زایمان، بخش‌های مراقبت پس از زایمان و در سیستم‌های بهداشتی و مراقبتی می‌توان به تشخیص و ارجاع سریع افراد بیمار و کمک به شناسایی برای درمان و بهبود آنها اقدام کرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله محققان بر خود لازم می‌دانند از کلیه‌ی مادران شرکت کننده که به مراکز بهداشتی - درمانی سطح شهرستان سنجند مراجعه کرده و در این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

بحث

هدف از این پژوهش ارزشیابی و اعتباریابی آزمون ادینبرگ برای بررسی توان این آزمون به عنوان یک آزمون غربالگری بعد از زایمان است، که در روزهای اول پس از زایمان برای تشخیص و غربالگری می‌تواند بکار گرفته شود. هر چند در مطالعه‌ی مصلی نژاد و سبحانیان (۱۳۸۸) کار ارزشیابی این آزمون بر روی نمونه‌ی ۲۳۰ نفری انجام گرفته بود (۲۵)، اما در کتابچه‌ای که توسط اداره‌ی سلامت، دولت استرالیا غربی در سال ۲۰۰۶ با عنوان استفاده از مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبرگ ترجمه از زبان انگلیسی به زبان‌های دیگر چاپ شد، هنوز کشور ایران جزو کشورهای در این کتاب ذکر شده است که اعتبار و پایایی آزمون ادینبرگ در آن اعلام نشده است (۳۲).

در این پژوهش مقیاس ادینبرگ بر روی نمونه‌ی ۳۶۱ نفری و با تعیین ارزشیابی با تست‌های هم ارز مانند تست افسردگی بک و مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی بالینی برای اختلالات خلقی و نیز تشخیص همزمان بالینی روان‌پزشکی انجام گرفت. در پژوهش Hanna Jarman ۸۰ درصد افراد با تست افسردگی بک و ۴۶ درصد افراد با آزمون ادینبرگ افسرده تشخیص داده شد (۳۸) و در تحقیق حاضر با آزمون افسردگی بک ۳۱/۶ درصد افراد و با آزمون ادینبرگ ۶۷/۳ درصد افراد به عنوان افسرده تشخیص داده شدند و از کل افراد تشخیص داده شده با دو تست بک ادینبرگ تنها ۱۹/۷ درصد افراد با مصاحبه ساختاریافته بالینی و تشخیص روان‌پزشکی بیمار تشخیص داده شدند.

در پژوهش کیمبرلی و رونکر که از آزمون ادینبرگ و مصاحبه ساختاریافته بالینی برای بررسی علایم افسردگی استفاده شده بود، میزان شیوع در نمونه ۸۰۲ نفری ۶/۵ الی ۸/۵ گزارش شد (۳۹).

در مطالعات مختلفی که در خصوص بررسی آلفای کرونباخ آزمون ادینبرگ انجام گرفته در مطالعه در ترکیه روایی درونی آزمون ۰/۷۲ به دست آمد (۴۰) و در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ مبتنی بر آیتم‌های استاندارد ۰/۷۰ به دست آمد که حاکی از اعتبار بالایی برای

References

- 1- Josefsson A. Postpartum depression epidemiological and biological aspects: Linköping University Electronic Press. 2003; 15(1): 781: 4-30.
- 2- Gilson M, Freeman A, Yates J, Freeman SM. Overcomin Depression A Cognitive Therapy Approach. Oxford University Press; 2009.
- 3- Sweet RB. Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwifery. Published by Bailliere Tindall. 1997; 12(6): 729-477.
- 4- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis Of Psychiatry. New York. 2007; 1(2): 15-527.
- 5- Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr J, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. Journal of US National Library of Medicine National Institutes of Health 1993; 168(5): 1388-93.
- 6- Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr J, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. Journal of US National Library of Medicine National Institutes of Health 1993; 168(5):1388-93.
- 7- Bewely C. Postnatal depression. Journal nursing standard. 1999; 13(16): 49-52.
- 8- Sweet RB. Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwifery. Published by Bailliere Tindall. 1997; 12(3): 729-477.
- 9- May K, Mahlmeister L. Comprehensive maternity manual. Journal of Lippincott Williams and Wilkins USA. 1990; 3(1): 767-894.
- 10- Shirvani, M., Shaygan, H. Cohort Study of Depression in Pregnancy and Postpartum. Journal of Arvin. 2002; 3(1). 24-29. (Persian).
- 11- O'Hara MW, Swain A. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996; 8(2): 37-54.
- 12- Josefsson A. Postpartum depression epidemiological and biological aspects: Linköping University Electronic Press. 2003; No. 781: 4-30.
- 13- McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum Depression and Help-Seeking Behavior. Journal of Midwifery & Women's Health. 2009; 54(1): 50-56.
- 14- Ghaffarinejad A, Khobyari F, Pouya F. Prevalence of Postpartum Depression in Kerman. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology. 1999; 5 (1 and 2): 24-30. (Persian).
- 15- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. Journal of Acta Obstet Gynecol Scand. 2001; 80(3): 39-45.
- 16- Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey. International Journal of Epidemiology. 2002; 31(2): 1201-1207.
- 17- Zhang R, Chen Q. Study for the factors related to postpartum depression. Zhonghua fu Chen Ke Za Zhi. 1999; 34(1): 231-233.

- 18- Evins G, Theofratous GD, Galvin S. Postpartum Depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and of Obstetrics and Gynecology*. 2000; 182(3): 1080-1082.
- 19- Chandaran M, Tharyan P, Muliylil J, Abraham C. Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil, Nadu, India: Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 8(1): 499-504.
- 20- Morris-Rush JK, Freda MC, Bemstein PS. Screening for postpartum depression in an innercity population, *American Journal of Obstetrics and of Obstetrics and Gynecology*. 2003; 188(4): 1217-1219.
- 21- Chaaya M, Campbell OM, Elkat F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Women Mental Health*. 2002; 5(2): 65-72.
- 22- R Hasan Zahrai, M khodadostan, G Asadollahi, N Bashardost. Evaluation of factors associated with postpartum depression in women referred to health centers in Isfahan. *Iranian Journal Of Nursing & Midwifery Research*. 1997; 7(11): 57-65. (Persian).
- 23- Namazi Sh. Investigate the role some psychological and demographic variables on postpartum depression. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2000; 3(1): 17-24. (Persian).
- 24- Azimi LH, Danesh M, Hosseini S, Khalilian A, Zarghami M. Postpartum Depression in Clients at Health Care Centers in Sari. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2005; 11(1): 31-42. (Persian).
- 25- Mosallanejad L, Sobhanian S. The Accuracy of Edinburgh Postpartum Depression Test. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2010; 7(3): 1-6. (Persian).
- 26- Khodadadi N, Mahmodi H, Mir-haghjo N. Association of postpartum depression with Psycho-Social symptoms – mothers. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2009; 8(2): 142-148. (Persian).
- 27- Foruzande N, Dasht-bozorgi, B. Prevalence and predisposing factors of post-partum depression among women referred to the health care centers of Shahrekord, 1996. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2000; 2(1): 43-51. (Persian).
- 28- R Hasan Zahrai, F Fahami, M Yazdani, Z Ahmadi, N Bashardost. Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2003; 7(25): 19-24. (Persian).
- 29- Jafarpour M, Esfandyari M, Mokhtarsahi SH, Hoseini F. Postpartum Depression and its Relationship with Stressful Life Events. *Journal of Kermansha University of Medical Sciences (BEHBOD)*. 2007; 10(4): 320-321. (Persian).
- 30- Hadizadeh F, Bahri N, Tavakolizadeh J. Postpartum Depression after Vaginal Delivery and Emergency Cesarean Section(CS) in Primigravida Women. *Journal of Kermansha University of Medical Sciences (BEHBOD)*. 2005; 8(4): 21-30. (Persian).
- 31- F Shobeiri, A Farhadi-Nasab, M Nazari. Detecting Postpartum Depression in Referents

to Medical and Health Centers in Hamadan City In 2006. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services. 2007; 14(3): 24-28. (Persian).

32- Marshall J, Bethell K. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated versions – validated. Perth, Western Australia: State Perinatal Mental Health Reference Group. 2006; 1(2): 8-10.

33- Beak AT, Steer RA, Brown GK. Depression Inventory for measuring depression. Arch Gen psycho. 1996; 56(4): 56-571.

34- Dobson K, MohamadKhani P. [Effectiveness of interventions based on recurrent depression: Report]. Tehran: University of Rehabilitation. 2006; 12(5): 25-30. (Persian).

35- Fata L. [Established structures of meaning and emotional states of cognitive processing of emotional information: a comparison of two conceptual framework] (Thesis in Persian). Tehran: Iran University of Medical Sciences. 2003.

36- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. British Journal of Psychotherapy. 1987; 150(4): 782–786.

37- Am J. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. 1999; 156(5): 1-20.

38- Hanna B, Jarman H, Savage S. The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a check list. J Obst Gynecol Neonatal Nurs. 2004; 33(2): 191-7.

39- Kimberiy A, Ronkers MD, Susan M. Onset and Persistence of Postpartum Depression in an Inner-City Maternal Health Clinic System. Am J Psychiatry. 2001; 58(1): 856-63.

40- Aydin N, Inandi T. Validation of the Turkish version of Edinburgh postnatal depression scale among women within their first postpartum year. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004; 39(6): 483-6.

41- Guendancy N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. Eur psychiatry. 1998; 13(2): 83-89.

42- Anastasi A. Psychological testing(5th ed). New York: McMillan. 1982.

Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran

*Ahmadi kani Golzar¹ A (MSc) - GoliZadeh² Z (Ph.D).

1- MSc in clinical psychology, health center Sanandaj, Kordestan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
(Corresponding Author)

Email: Arsalanknay@gmail.com

2- Assistant Professor, Clinical Psychology Department, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Abstract

Introduction: Postpartum depression is a disorder with varying degrees of which occurred in the first year after delivery. Different tests to measure the disorder that the Edinburgh Postnatal Depression Scale shortest questionnaire for rapid assessment disorder. The present research was in fact a predictive investigation seeking to validate Edinburgh Postpartum Depression Scale in an Iranian sample.

Method: The study population included all mothers who for the first time (first delivery) during pregnancy have a season and 2 to 4 weeks after the first and second after delivery care for pregnant women to health centers - medical visited the city of Sanandaj, Edinburgh and questionnaires completed the Beck Depression Inventory by 361 person, and the acquisition of high scorers on the scales structured interview (SCID-I) for mood disorder diagnosis was done by a psychiatrist.

Results: Based on Beck inventory, 31.6% of the participants and according to Edinburgh scale, 67.3% of them were diagnosed with depression. From among these people, only 19.7% were diagnosed to be depressed through the clinical structured interview. Cronbach alpha was estimated to be 0.70 for Edinburgh test. Validity of Edinburgh test along with the parallel Beck Scale was equal to 0.44.

Conclusion: According to the findings, this questionnaire possesses a high validity. Using Edinburgh scale can pave the way for a fast and short diagnosis. In case this brief test is utilized in healthcare systems, it could help a rapid diagnosis of patients' problems and their treatment.

Key words: Postpartum depression, Edinburgh Postpartum Depression Scale, Iranian.

Received: 22 December 2013

Accepted: 23 August 2015



Iranian Nursing
Scientific Association

Iranian Journal of Psychiatric Nursing

Vol.3 Issue.11 No.3 Autumn 2015 ISSN: 2345-2501

- Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran.....10**
Ahmadi kani Golzar A (MSc) - GoliZadeh Z (Ph.D).
- Survey of Social and Familial Problems Between Patients and their Families Refer to Iranian Epilepsy Association19**
Esmaili R (Ph.D)- Esmali M (Msc), Jamalodiny S H (Ph.D)- Kaveh J (Msc).
- Evaluation of the Moral Distress and Related Factors in Clinical Nurses of Shahroud City28**
Sadeghi M (MSc.)- Ebrahimi H (Ph.D)- Aghayan Sh (Ph.D).
- Efficacy of Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) on negative emotional representations in people with post- traumatic stress disorder40**
Sadeghi kh (Ph.D) - Arjmandnia A (Ph.D)- Namjoo S (MSc).
- Effectiveness of Solution- Focused Brief Therapy (SFBT) on Couple Burnout and Divorce Tendency in Married Women53**
Nazari AM (Ph.D) – Rasouli M (Ph.D) - Davarniya R (Ph.D) - Hosseini A (MSc)-Babaei Gharmkhani M (Ph.D).
- The relationship between sleep quality and quality of life in older adults63**
Safa A (MSc) - Adib-Hajbaghery M (Ph.D) - Fazel-Darbandi AR (MSc).
- Impact of Perceived Vulnerability on Student’s Coping Strategies in Stressful Situations: An Appraisal of Health Belief Model76**
Masoudnia E (Ph.D).
- The Relationship between Individual Characteristics and Mental Health with the amount of Hypnotic Susceptibility in Women with Multiple84**
Hosseinzadegan F (MSc)- Radfar M (Ph.D)- Shafiee A (MD)- Sheikhi N (MSc).