

روش‌های استفاده‌شده برای حفظ و ارتقای سلامت روان در خانم‌های متأهل ایرانی: یک مطالعه کیفی

*منیر برادران افتخاری^۱، آمنه ستاره فروزان^۲، آرش میرابزاده^۳، معصومه دژمان^۴، هادی یوسفی^۵

- ۱- دکترای عوامل موثر بر سلامت، استادیار، معاونت تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
- ۲- روانپزشک، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۳- روانپزشک، استاده، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۴- دکترای علوم اعصاب بالینی، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۵- کارشناس ارشد، گروه فناوری اطلاعات، دانشکده مهندسی کامپیوتر، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۶
تاریخ پذیرش: ۱۰ آبان ۱۳۹۶

اهداف: مشکلات سلامت روان در سراسر دنیا شیوع بالایی دارد؛ مخصوصاً در خانم‌ها شایع‌تر است. این مشکلات اثرات بسیار نامطلوبی بر جنبه‌های مختلف زندگی بر جا می‌گذارند. از آنجاکه ارتقای سلامت روان در خانم‌های متأهل به خاطر اهمیت محوری آنان در خانواده، می‌تواند اثرات مستقیم و غیر مستقیم قابل توجهی را بر سلامت روان تک‌تک اعضای خانواده بگذارد، این مطالعه با هدف شناسایی روش‌های استفاده‌شده در خانم‌های متأهل برای حفظ و ارتقای سلامت روان به منظور طراحی مداخلات مناسب طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت کیفی طراحی و اجرا شده است. جامعه آماری این مطالعه شامل خانم‌های متأهل ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن منطقه ۲۲ شهرداری تهران هستند. اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق فردی با ۱۵ زن متأهل ۱۸ تا ۶۵ ساله تهرانی از طریق نمونه‌گیری هدفمند جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها بر اساس تجزیه و تحلیل محتوا صورت گرفت.

یافته‌ها: به منظور حفظ و ارتقای سلامت روان، در خانم‌های متأهل شهر تهران از چهار شیوه استفاده می‌کنند که شامل تقویت ابعاد معنوی؛ مهارت‌آموزی در زمینه‌های مدیریت استرس، مثبت‌اندیشی، خودکنترلی و حل مسئله؛ دریافت کمک از افراد ذی‌صلاح و برنامه‌ریزی با توجه به اولویت‌ها به منظور پرهیز از یک‌نواختی است.

نتیجه‌گیری: شرکت‌کنندگان تهرانی به منظور حفظ و ارتقای سلامت روان از تقویت ابعاد معنوی، مهارت‌آموزی، برنامه‌ریزی و درنهایت مشاوره استفاده می‌کنند. شرکت‌کنندگان تهرانی از شیوه‌های مقابله با استرس هیجان‌مدار و مسئله‌مدار برای حفظ و ارتقای سلامت روان خود بهره می‌گیرند.

کلیدواژه‌ها:

ارتقای سلامت روان، زنان، مطالعه کیفی

مقدمه

هم اینک بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند [۴].

در سال ۲۰۰۴، ۲/۱ درصد از مرگ‌ومیر در مردان و ۲/۲ درصد از مرگ‌ومیر در خانم‌ها ناشی از اختلالات عصبی روانی بوده است. این بیماری‌ها مسئول یک‌سوم سال‌های از دست رفته ناشی از بیماری هستند [۵]. بر اساس مطالعه نوربالا و همکاران (۲۰۰۴) با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی، در کشور ایران نیز ۲۱ درصد از کل جمعیت (۲۵/۹ درصد از خانم‌ها و ۱۴/۶ درصد از مردان) از نوعی از علائم بیماری روانی رنج می‌برند [۶]. این آمار در سال ۲۰۰۸ در شهر تهران به ۳۶ درصد افزایش یافته است (۲) به ۱ درصد خانم‌ها نسبت به مردان [۷].

ارتقای سلامت روان، در ساختار فرهنگی اجتماعی یک جامعه

سلامت روان حالتی از بهزیستی است که افراد را قادر می‌سازد تا توانایی‌های خود را تشخیص دهند، بتوانند با استرس‌های معمول زندگی کنار بیایند، به طور بهره‌ور و مؤثر کار کنند و به جامعه کمک کنند [۱]. در واقع سلامت روان به عنوان مقوله‌ای مهم، بر تمامی جنبه‌های زندگی انسان تأثیرگذار است و ارتباطی دوطرفه و تعاملی چشمگیر با بهزیستی و بهره‌وری در جامعه و افراد دارد [۲]. طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، مشکلات روانی در سراسر دنیا شیوع بالایی دارد؛ مخصوصاً در خانم‌ها شایع‌تر است. مشکلات روانی در مقایسه با دیگر اختلالات، در سنین پایین‌تر تظاهر می‌کند و اغلب طول دوره طولانی‌تر و اثرات نامطلوب‌تری بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله عملکرد آموزشی، اشتغال، درآمد، روابط شخصی و مشارکت اجتماعی خواهد داشت [۳].

* نویسنده مسئول:

دکتر منیر برادران افتخاری

نشانی: تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری.

تلفن: ۰۹۸ (۲۱) ۸۱۴۵۵۱۸۴

پست الکترونیکی: mbeftekhari200@gmail.com

از سلامت روان چیست. سپس در ادامه مصاحبه با پرسیدن برخی سوالات مانند چگونه، چرا، چه زمانی و... روش‌های ارتقاء سلامت روان بررسی می‌شد. در مجموع هر راهنمای پرسشگری دو سؤال اصلی داشت که شامل تعریف سلامت روان و روش‌های حفظ و ارتقای سلامت روان بود. از آنجا که در مطالعه کیفی، سوالات جست‌وجو نقش مهمی در درک عمیق موضوع دارند، پس از هر سؤال اصلی به طور متوسط پنج سؤال جست‌وجو پرسیده شد. تمام مصاحبه‌ها با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط شدند و تسهیلگر نکات مهم آن را یادداشت کرد.

به منظور تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوا به صورت دستی استفاده شد. تمام نوارها خط به خط بازخوانی شدند. واحدهای معنایی در قالب کدگذاری باز مشخص و به روش القایی تمها و زیرتمها تعیین شدند. به منظور افزایش روایی و پایایی داده‌ها، محتوای مصاحبه‌ها توسط شرکت‌کنندگان در پایان هر مصاحبه تایید شد. از روش سه گوشه‌سازی و تأیید متخصصان نیز استفاده شد. در ضمن، محقق برای انجام مصاحبه‌ها تبحر کافی داشت و تمامی داده‌ها پیاده‌سازی و مکتوب شدند.

در این پژوهش تمام ملاحظات اخلاقی مانند کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی و رازداری، داوطلبانه بودن شرکت در مصاحبه و ... رعایت شد. این طرح در کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تصویب شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۵ مصاحبه عمیق فردی صورت گرفت. میانگین سن شرکت‌کنندگان $34/6 \pm 10$ سال بود. کمترین تحصیلات زیر دیپلم و بیشترین تحصیلات فوق لیسانس بود. از لحاظ اشتغال ۶ نفر خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. بیشترین سال‌های زندگی مشترک ۴۵ و کمترین آن یک سال بوده است. تعداد فرزندان نیز از صفر تا ۵ فرزند متغیر بوده است. از لحاظ وضعیت اقتصادی، تمامی اقشار از جمله خانم‌های سرپرست خانوار (۲ نفر)، افراد در سطح متوسط اقتصادی (۱۰ نفر) و افراد متمول (۳ نفر) در مطالعه حضور داشتند.

بر اساس تجزیه و تحلیل انجام‌شده، چهار طبقه اصلی شامل تقویت ابعاد معنوی، مهارت‌آموزی، دریافت کمک و برنامه‌ریزی به عنوان مکانیسم‌های اصلی حفظ سلامت روان و مقابله با استرس استخراج شدند که هر طبقه یک یا چند زیرطبقه دارد. زیرطبقات شامل موارد زیر است:

تقویت ابعاد معنوی

تمامی شرکت‌کنندگان اعتقاد به خدا را به عنوان مکانیسم مقابله‌ای قوی در برخورد با استرس‌های زندگی قلمداد می‌کردند. برخی ایمان به خدا را به عنوان پناهی امن می‌دانستند که آن‌ها را در سختی‌ها یاری می‌دهد. برخی نیز اعتقاد به خدا را برای فرار

ریشه دارد و با دیگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت به‌شدت تعامل دارد [۸]. در سال ۲۰۱۵ زوبیا و همکاران به بررسی نقش قومیت و نژاد در دریافت خدمات سلامت روان در انگلستان پرداختند و دریافتند که سرویس‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان باید با توجه به عوامل اجتماعی و قومیتی به‌روزرسانی شوند [۹]. در ایران نیز ملک‌افضلی و همکاران از طریق رویکرد اجتماع‌محور مشارکتی به نیازسنجی سلامت جوانان پرداختند و برنامه‌های مداخله‌ای متناسب با نیاز آنان را پیشنهاد و اجرا کردند [۱۰].

مطالعه حاضر، ارائه قسمتی از نتایج یک مطالعه گسترده مداخله‌ای است که به منظور ارتقای سلامت روان در خانم‌های تهرانی طراحی شده است. در این مقاله، شیوه‌های استفاده‌شده برای حفظ و ارتقای سلامت روان در خانم‌های متأهل تهرانی با شیوه کیفی بررسی شده است

روش

در این مطالعه از روش تحقیق کیفی استفاده شده است. این روش قادر است که درک عمیقی از مکانیسم‌های استفاده‌شده برای ارتقای سلامت روان را فراهم آورد [۱۱]. جمع‌آوری داده‌ها از مهرماه ۱۳۹۴ به مدت ۶ ماه صورت گرفت. شرکت‌کنندگان در مطالعه را خانم‌های متأهل ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن منطقه ۲۲ شهرداری تهران تشکیل می‌دادند. این منطقه به خاطر دسترسی مناسب، وجود سازمان‌های مردم‌نهاد، مشارکت فعال در پروژه شهر سالم، وجود خیرین و داوطلبان مردمی و ... برای اجرای طرح مداخله‌ای سلامت روان انتخاب شد. روش جمع‌آوری داده‌ها، انجام مصاحبه‌های فردی با گروه هدف بود. علت انتخاب این روش، جمع‌آوری دقیق‌تر اطلاعات و انعطاف‌پذیری آن است [۱۲].

به منظور انجام مصاحبه، ابتدا از یک داوطلب که شرایط ورود به مطالعه را داشت، شروع کردیم. بر اساس نتایج حاصل از هر مصاحبه، نمونه بعدی را با مشارکت داوطلبان و بر اساس هدف انتخاب کردیم. سعی شد در انتخاب شرکت‌کنندگان بیشترین تنوع وجود داشته باشند؛ افراد از سطح تحصیلات بالا تا پایین، وضعیت اقتصادی بالا و پایین، تعداد متغیر فرزندان (بدون فرزند تا تعداد ۵ فرزند) در مصاحبه‌ها وارد شود. تعداد مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافت؛ به این معنا که مصاحبه تا زمانی ادامه یافت که با تکرار مصاحبه‌ها، اطلاعات جدیدی به دست نیاید.

در این مطالعه ۱۵ مصاحبه عمیق فردی انجام شد. هر مصاحبه فردی یک تا یک‌ونیم ساعت طول می‌کشید. مکان و زمان انجام مصاحبه با نظر شرکت‌کنندگان تعیین شد. در هر مصاحبه، قبل از شروع جلسه، فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط شرکت‌کننده تکمیل و سپس تسهیل‌گر جلسه، با بیان اهداف طرح، مصاحبه را هدایت می‌کرد. مصاحبه با این سؤال کلی شروع می‌شد که تعریف شما

از تنهایی مفید می‌دانستند.

«من هر وقت احساس تنهایی می‌کنم و کاری ازم برنمیاد، قرآن می‌خوانم.»

تعدادی از خانم‌ها نیز جلب رضایت خداوند را برای تحمل سختی‌ها و مصائب زندگی به عنوان نیرویی محرک در نظر می‌گرفتند.

«همین که فکر می‌کنم به خاطر صبر در سختی‌ها، خدا ازم راضیه، انرژی می‌گیرم.»

بسیاری از شرکت‌کنندگان باور داشتند که مشکلات زندگی وسیله امتحان الهی است و آرامش تنها در سایه یاد خدا حاصل می‌شود.

بیشتر شرکت‌کنندگان اعتقاد به خدا را به دلیل وجود قدرت ماورایی، به عنوان مکانیسمی قوی در مقابله با حوادث زندگی قلمداد می‌کردند.

مهارت‌آموزی

شرکت‌کنندگان بر این عقیده بودند که در برخورد با استرس‌ها و مشکلات زندگی باید از برخی مهارت‌ها نیز بهره جست و کم‌وبیش به شیوه‌های صحیح و ناصحیح از این توانمندی‌ها استفاده می‌کردند. این طبقه شامل چهار زیرطبقه با عناوین مدیریت استرس، مثبت‌اندیشی، خودکنترلی و حل مسئله است.

مدیریت استرس

در برخورد با استرس‌های روزمره و به منظور حفظ سلامت روان، برخی از شرکت‌کنندگان به ریشه‌یابی مشکلات، درک موقعیت، حذف عامل استرس‌زا و درنهایت مدیریت استرس می‌پرداختند. این افراد معتقد بودند که ریشه‌یابی استرس و تعیین عوامل ایجادکننده آن در واقع نیمی از مراحل حل مشکل است. در مواردی که امکان کشف علت استرس محدود است و یا مقدر نیست، درک موقعیت و کنار آمدن با شرایط موجود به عنوان مکانیسم مقابله‌ای به کار گرفته می‌شود.

«وقتی کاری نمی‌تونم بکنم، بهتره با خودم کنار بیام و مشکلم را بپذیرم. اگه آدم بتونه خودش رو کنترل کنه و ناراحتیش رو مدیریت کنه، خیلی خوبه. من بعضی وقت‌ها می‌تونم این کار رو بکنم.»

مثبت‌اندیشی

یکی دیگر از مکانیسم‌های ارتقای سلامت روان، مثبت‌اندیشی و نیمه پر لیوان را دیدن است. بسیاری از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که با تغییر نگرش و جدی نگرفتن مشکلات می‌توانند بر آن‌ها غلبه کنند. بزرگ نکردن مشکلات و به یاد آوردن داشته‌ها در برخی از خانم‌ها سبب ایجاد مقابله مناسب با مشکلات شده است.

«من وقتی که مشکلی برام پیش میاد، سعی می‌کنم به چیزهایی که دارم فکر کنم.»

«به نظر من باید همیشه نیمه پر لیوان را دید؛ این طوری آدم راحت‌تره.»

خودکنترلی

به نظر بسیاری از شرکت‌کنندگان، تقویت اراده و اعتماد به نفس در برخورد با مسائل زندگی نقشی اساسی دارد. شرکت‌کنندگان معتقد بودند که با خودکنترلی، گذشت و صبوری می‌توان بر بسیاری از مشکلات غلبه کرد. کنترل خشم، حفظ ظاهر و آبروداری از دیگر مصادیق خودکنترلی از دیدگاه خانم‌ها بوده است.

«وقتی موقعیتی پیش میاد که عصبانی می‌شم، سعی می‌کنم بر خودم مسلط بشم و خشمم رو کنترل کنم.»

حل مسئله

یکی از مهارت‌های مهم در برخورد با استرس‌های روزمره، مهارت حل مسئله بود که متأسفانه در تعداد کمی از شرکت‌کنندگان، آن هم در موارد محدودی به کار گرفته شده است. در واقع حل مشکل و برخورد مناسب با آن به شیوه‌های فردی از مکانیسم‌های استفاده‌شده توسط تعدادی از شرکت‌کنندگان بوده است؛ هر چند مراحل علمی و آکادمیک آن را نمی‌دانستند.

دریافت کمک

برخی از خانم‌ها معتقد بودند که گذشت زمان بسیاری از مسائل را حل خواهد کرد. در واقع این دسته از داروی گذشت زمان و صبر در برابر مشکلات کمک می‌گرفتند. برخی نیز در برخورد با مشکلات از درمان‌های دارویی مانند گیاهان دارویی و تمرینات آرامش‌بخش استفاده می‌کردند؛ بیشتر این کارها نیز به توصیه اطرافیان بوده است. تعداد زیادی از خانم‌ها نیز نقش مشاور را در حل مشکلات پررنگ می‌دانستند و بر این باور بودند که خانواده شامل والدین، فرزندان و همسر است و آن‌ها هم می‌توانند در حل مشکلات مفید باشند. در سنین پایین‌تر نقش همسالان نیز پررنگ است. در یک مورد نیز از نقش معلم و یا استاد در حل مشکل یاد شد.

«من هر وقت مشکلی برام پیش میاد، به شوهرم می‌گم. انگار وقتی باهاس حرف می‌زنم، آرام می‌شم.»

«من می‌دونم که رفتن پهلوی مشاور خوبه، ولی چیکار کنم آدم آبروش می‌ره. همه فکر می‌کنن آدم مشکل روحی داره.»

«من هر وقت مشکلی برام پیش میاد، با دوستانم حرف می‌زنم.»

برنامه‌ریزی

تعداد محدودی از شرکت‌کنندگان که بیشترشان تحصیل کرده بودند به تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در زندگی باور داشتند و معتقد بودند که برنامه‌ریزی می‌تواند بسیاری از مشکلات را از پیش رو بردارد. این طبقه شامل دو زیرطبقه اولویت‌بندی و پرهیز از یکنواختی است.

اولویت‌بندی

برخی از شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که تعیین اولویت‌های زندگی و داشتن هدف می‌تواند کمک بزرگی در برخورد با استرس‌های زندگی باشد. تعیین اولویت و داشتن برنامه مشخص می‌تواند از بروز بسیاری از مسائل و مشکلات جلوگیری کند. این امر بیشتر در مسائل اقتصادی کاربرد دارد.

«وقتی برای زندگی برنامه داشته باشم، طوری خرج می‌کنم که آخر ماه برای دادن کرایه خونم دچار مشکل نشم.»

پرهیز از یکنواختی

بسیاری از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که وجود یکنواختی در زندگی کسالت‌آور و استرس‌آفرین است. ایجاد سرگرمی‌های مطلوب مانند گردش، مسافرت، گوش دادن به موسیقی، انجام حرکات ورزشی، ارتباطات مناسب فامیلی و در مجموع پرکردن اوقات فراغت می‌تواند از بروز بسیاری از استرس‌ها بکاهد و عوارض بسیاری از آنان را کاهش دهد.

«من وقتی دچار استرس می‌شم، موسیقی گوش می‌دم.»

«من وقتی ناراحتم، با دوستانم قرار می‌ذارم و می‌ریم بیرون یا مسافرت تا به مشکلم فکر نکنم.»

بحث

با مرور نتایج حاصل از این مطالعه درمی‌یابیم که خانم‌ها برای حفظ سلامت روان و مقابله با استرس از چهار استراتژی مختلف و اصلی استفاده می‌کنند که شامل تقویت ابعاد معنوی، مهارت‌آموزی، دریافت کمک و برنامه‌ریزی است. در خصوص اولین استراتژی که تقویت ابعاد معنوی است، یافته‌های حاصل از مطالعات مختلف بیانگر اهمیت نقش دین در ارتقای سلامت روان است. شیمن^۱ در سال ۲۰۱۳ تأثیر دین بر سلامت روان را بررسی کرد. نتایج مطالعات او بیانگر آن بود که دین به طور غیرمستقیم از طریق تجمع انرژی‌های مثبت و پیشگیری از تأثیر مواجهات استرس‌آور، در ارتقای سلامت روان مؤثر است. شیمن مفهوم دین را به سه شکل شامل انجام فعالیت‌های مذهبی، اعتقادات و باورهای دینی و اعمال مذهبی در شرایط استرس‌زا بررسی کرد [۱۳].

در مطالعه حاضر نیز تعابیری که توسط شرکت‌کنندگان در خصوص ابعاد معنوی بیان شده است شامل داشتن باورهای مذهبی، انجام مراسم مذهبی مانند قرائت قرآن و خواندن دعا در شرایط مخاطره‌آمیز بوده است. در بحث مهارت‌آموزی شیوه‌های مختلفی توسط خانم‌ها مطرح شده است، مانند مثبت‌اندیشی و خودکنترلی. گرچه این روش‌ها بر هیجان مبتنی هستند و مسئله‌مدار نیستند، اما با ریشه‌های مذهبی ارتباط دارند و عینک بدبینی را از روی چشم برمی‌دارند [۱۴]. در بین مهارت‌های اشاره‌شده، دو مهارت مدیریت استرس و حل مسئله مبتنی بر مشکل هستند. نتایج مطالعات مختلف بیانگر آن است که استفاده از شیوه‌های حل مسئله به افزایش کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان منجر می‌شود [۱۵، ۱۶].

درخواست کمک نیز از جمله کنش/کنش متقابل است که فرایند ارتقای سلامت روان را تبیین می‌کند. درخواست کمک در خصوص موضوعات مرتبط با روان انسان همواره با نوعی مانع اجتماعی روبه‌رو بوده است. در واقع انگ‌های اجتماعی از جمله موانع مهم دریافت کمک هستند. از دیگر موانع موجود در دریافت کمک، هزینه‌های بالای مشاوره است [۱۷]. به نظر می‌رسد ادغام خدمات سلامت روان در نظام شبکه بهداشتی درمانی گام مؤثری برای رفع موانع درخواست کمک است.

در مطالعه حاضر، یکی از روش‌های به‌کارگرفته شده، گذشت زمان و داروی صبر است. این روش نه تنها مشکلات را حل نمی‌کند، بلکه گذشت زمان در برخی موارد مشکلات را تشدید می‌کند. وجود برنامه‌ریزی، تعیین اولویت، پرهیز از یکنواختی و مدیریت اوقات فراغت از دیگر استراتژی‌های مقابله با استرس در خانم‌هایی بوده است که قادر به مدیریت مناسب استرس‌های روزمره بودند. در واقع مرور روش‌های به‌کارگرفته شده توسط خانم‌های متأهل بیانگر آن است که آنان در برخورد با مشکلات روزمره به منظور حفظ و ارتقای سلامت روان بیشتر از روش‌های مبتنی بر هیجان استفاده می‌کنند. شیوه‌های مبتنی بر حل مسئله بسیار اندک استفاده می‌شود. این امر تا حد زیادی گویای مشکلات متعدد آنان در برخورد با مسائل و مشکلات روزمره است.

آمار مشکلات سلامت روان در خانم‌ها چه در ایران و چه در جهان نشانگر آن است که منظور کمک به این قشر آسیب‌پذیر که باید اقدامات مناسبی صورت گیرد. بدیهی است ارتقای سلامت روان در خانم‌های متأهل، موجبات ارتقای سلامت روان در کل خانواده را فراهم می‌آورد و این امر در ارتقای سلامت روان جامعه مؤثر خواهد بود.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های تحقیق کیفی به منظور درک عمیق نیازهای سلامت روان می‌تواند سیاست‌گذاران را در

1. Schieman

تدوین برنامه‌های مداخله‌ای مؤثرتر، یاری کند. با توجه به انجام مطالعه کیفی و تبیین نقطه‌نظرات شرکت‌کنندگان در خصوص شیوه‌های به‌کارگرفته شده در زمینه ارتقای سلامت روان، انجام مطالعات مداخله‌ای بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در منطقه مطالعه‌شده، مفید است و سیاست‌گذاران را در تدوین برنامه‌های اجرایی در این منطقه یاری خواهد کرد. بدیهی است استفاده از روش تحقیق کیفی و درک عمیق نیازهای سلامت روان بر اساس نقطه‌نظرات شرکت‌کنندگان، می‌تواند به عنوان الگو در تبیین برنامه‌های ارتقای سلامت روان مؤثر باشد.

یکی از محدودیت‌های اصلی مطالعه کیفی، تعمیم‌ناپذیری آن است. در واقع نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعه تنها مربوط به نقطه‌نظرات خانم‌های متأهل یکی از مناطق شهر تهران است و نتایج آن در نقاط دیگر قابل تعمیم نیست.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از رساله دوره دکترای تخصصی بوده و حامی مالی در سطح دانشگاه نداشته است.

Archive of SID

References

- [1] World Health Organization. Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization; 2005.
- [2] Cattan M, Tilford S. Mental health promotion: A lifespan approach. New York: McGraw-Hill International; 2006.
- [3] World Health Organization. Mental health: Strengthening our response (Fact sheet No. 220). Geneva: World Health Organization; 2010.
- [4] Burgermeister D, Kwasky A, Groh C. Promoting mental health concepts in a doctor of nursing practice curriculum: An integrated and global approach. *Nurse Education in Practice*. 2012; 12(3):148-52. doi: 10.1016/j.nepr.2011.10.012
- [5] Hughes JR. Nicotine dependence and WHO mental health surveys. *JAMA*. 2004; 292(9):1021-2. doi: 10.1001/jama.292.9.1021-c
- [6] Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*. 2004; 184(1):70-3. doi: 10.1192/bjp.184.1.70
- [7] Sarr PT, Kasturiarachchi CJ, Yang H, Co CJ, Shimpo A, Fujino S, et al. Investigating the motivating factors behind high delivery rates of the Urban HEART birthing facility in San Martin de Porres, Philippines. *Journal of the National Institute of Public Health*. 2010; 59(1):64-70.
- [8] Fisher M, Baum F. The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010; 44(12):1057-63. doi: 10.3109/00048674.2010.509311
- [9] Islam Z, Rabiee F, Singh SP. Black and minority ethnic groups' perception and experience of early intervention in psychosis services in the United Kingdom. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2015; 46(5):737-53. doi: 10.1177/0022022115575737
- [10] Djalalinia S, Tehrani FR, Afzali HM, Peykari N, Eftekhari MB. Community mobilization for youth health promotion: A lesson learned from Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2012; 41(4):55-62.
- [11] Oun MA, Bach C. Qualitative research method summary. *Journal of Multidisciplinary Engineering Science and Technology*. 2014; 1(5):252-8.
- [12] Guion LA, Diehl DC, McDonald D. Conducting an in-depth interview. Florida: University of Florida; 2001.
- [13] Schieman S, Bierman A, Ellison CG. Religion and mental health. In: Scheid T, editor. *Handbook of the sociology of mental health*. Amsterdam: Springer; 2012. doi: 10.1007/978-94-007-4276-5_22
- [14] Prasa BA. Stress and coping parents with child mental retardation. *Empathy*. 2012; 1(1):1-10.
- [15] Farhady A, Nooralizadeh M. The Effect of life-skill training on life satisfaction. Paper presented at The 2nd International and 6th Iranian National Conference on Health Education and Promotion; 19-21 May 2015; Kermanshah, Iran.
- [16] Moshki M, Atarodi BA, Moslem A, Taheri M. Applying an educational-participatory program based on the PRECEDE model for promoting self-esteem and mental health of students in Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2012; 3(4):241. PMID: PMC3354393
- [17] Rüschi N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 2005; 20(8):529-39. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004