

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

ارائه مدل مناسب مداخلات اجتماع محور سلامت روان در شهر تهران

مجری طرح

آمنه ستاره فروزان

آرش میراب زاده

موسسه ملی تحقیقات سلامت



## گزارش خلاصه طرح

از آنجاییکه ارتقاء سلامت روان به خصوص در زنان دارای اهمیت ویژه ای بوده و از طرفی در هر جامعه با فرهنگ و باورهای آن جامعه عجین می باشد لذا بکارگیری نهادهای مردمی و سازمان های غیر دولتی در جلب مشارکت مردم و سایر ذینفعان نقش مهمی را در ارتقاء سلامت روان ایفا می نماید. از طرفی به دلیل وجود موانع متعدد فرهنگی از جمله ترس از انگ اجتماعی در مراجعه به مشاور و دریافت خدمات سلامت روان، ایجاد احساس مالکیت در زنان از طریق بکارگیری داوطلبانه آنان در فرآیند ارتقاء سلامت روان و توانمندسازی آنان به طریقی مختلف خواهد توانست از بار منفی موانع موجود بکاهد. استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی، نه تنها سبب جلب مشارکت ذینفعان در فرآیند برنامه ارتقاء خواهد شد بلکه با توانمندسازی جامعه، توانایی مشارکت کنندگان را در نیازسنجی، تعیین اولویت، طراحی و اجرای مداخلات افزایش می دهد. استفاده از پتانسیل بالای خانه های سلامت شهرداری در سازماندهی، جلب مشارکت و اجرای برنامه های مداخله ای موثر بوده و قادر است با برنامه ریزیهای صحیح از اوقات فراغت زنان خانه دار به بهترین نحو جهت ارتقاء سلامت روان استفاده نماید. ایجاد صدای مشاور در سطح خانه های سلامت شهرداری، جهت ارائه مشاوره های تلفنی در زمینه حل مشکلات مختلف اجتماعی و خانوادگی نیز از دیگر راهکارهای پیشنهادی در مطالعه حاضر می باشد. ایجاد واحد سلامت روان، مشاوره ازدواج و... در سطح شبکه های بهداشتی درمانی و غربالگری مشکلات روانشناختی نیز می تواند با تشخیص زودهنگام، کمک شایان توجهی به پیشگیری از اختلالات روانشناختی نماید. اما پاشنه آشیل تمامی مداخلات ارتقاء سلامت روان، استفاده از پتانسیل های مردمی، جلب مشارکت مردم و سایر ذینفعان جهت توسعه برنامه های راهبردی در این زمینه می باشد.

## خلاصه اجرایی

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان "حالتی از بهزیستی است که افراد را قادر می سازد تا توانایی های خود را تشخیص داده، قادر به کنار آمدن با استرس های معمول زندگی باشند و بتوانند به طور بهره ور و موثر کار کرده و سبب کمک به جامعه خودگردند (Health and Abuse 2005). در واقع سلامت روان به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی موثر بر سلامتی قادر است در تعاملی چشمگیر با بهزیستی و بهره وری در جامعه، نه تنها سلامتی را تبیین نموده، بلکه به عنوان یک واسطه، اثرات سایر تعیین کننده ها را بر سلامت تسهیل نماید. هیچ وضعیت بهداشتی دیگری از لحاظ شیوع، تداوم و وسعت مانند مشکلات روانی به خصوص در زنان مطرح نمی باشد. در کشور ما، ایران نیز بر اساس مطالعه سال ۲۰۰۴ که توسط نوربالا و همکارانش با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی انجام شد، ۲۱ درصد از کل جمعیت (۲۵.۹ درصد از زنان و ۱۴.۶ درصد از مردان) از نوعی از علائم بیماری روانی رنج می بردند (Noorbala, Yazdi et al.) که این آمار در سال ۲۰۰۸ در شهر تهران به ۳۶٪ افزایش یافت (۲ به ۱ در زنان نسبت به مردان) (Sarr, Kasturiarachchi et al.). توصیه سازمان جهانی بهداشت جهت ارتقاء سلامت روان، بکارگیری برنامه های اجتماع محور مشارکتی در

قالب استراتژی های چند جانبه در زمینه مداخلات دوران کودکی و قبل از تولد ، توانمندسازی زنان ، حمایت اجتماعی از افراد سالمند و گروههای آسیب پذیر می باشد . ( Organization ۲۰۱۰) . لذا این مطالعه با هدف ارائه مدلی مفهومی از مداخلات اجتماع محور جهت ارتقاء سلامت روان در زنان شهر تهران در چهار فاز اصلی طراحی و اجرا گردید . جامعه هدف در این مطالعه زنان متأهل ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در منطقه ۲۲ شهرداری تهران بوده اند که بر اساس رویکرد اجتماع محور مشارکتی سازماندهی شده و پس از شناسایی فرآیند ارتقاء سلامت روان از طریق انجام مطالعه کیفی ، نیازسنجی ، اولویت بندی ، طراحی و اجرای مداخلات جهت ارتقاء سلامت روان به صورت مشارکتی و با حضور فعال ذینفعان انجام ، و در انتها نیز اثر بخشی مداخلات تعیین گردید .

جهت سازماندهی جامعه بر اساس رویکرد اجتماع محور مشارکتی ، ابتدا مجوزهای لازم جهت ورود به منطقه اخذ گردیده سپس شناسایی ذینفعان انجام و تعداد ۲۰ داوطلب خانم جهت همکاری در اجرای طرح انتخاب گردید . در فاز اول مطالعه ، جهت تبیین و شناسایی فرآیند ارتقاء سلامت روان ، تعداد ۲۰ مصاحبه عمیق فردی در سطح منطقه انجام شد که بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه ها ، مشخص گردید که زنان در برخورد با استرس های روزمره ، در جستجوی آرامش ( متغیر اصلی ) بوده و از استراتژی های متفاوتی شامل تقویت جوهره انسانی ( مانند تقویت ابعاد معنوی و خودکنترلی ، مثبت اندیشی و...) ، توسعه مهارتهای زندگی و جستجوی کمک ( مانند دریافت مشاوره ، اطلاعات و...) استفاده می کنند . این فرآیند در بستر و زمینه ای صورت می گیرد که عوامل تسهیلگر و بازدارنده در آن خودنمایی کرده و برآیند این کنش بر هم کنش ها دستیابی به درجاتی از رضایتمندی می باشد . پس از شناسایی و تبیین پارادایم ارتقاء سلامت روان ، در فاز دوم مطالعه با مشارکت ذینفعان ، نیازهای مربوطه به اجزای فرآیندی و ساختاری پارادایم ارتقاء سلامت روان تعیین و اولویت بندی بر اساس اهمیت و بزرگی مشکل و توانایی محقق در انجام مداخلات صورت پذیرفت . اولویت اول در طبقه فرآیندی را مهارت آموزی در خصوص شیوه های مقابله با استرس تشکیل داده و در طبقه ساختاری ، افزایش پایبندی به رعایت اصول اخلاقی در جامعه به عنوان اولین اولویت در نظر گرفته شده است . که در نهایت آموزش شیوه های مقابله با استرس به عنوان اولویت نهایی در نظر گرفته شد . در فاز سوم ، انواع مداخلات با مشارکت ذینفعان طراحی و اجرا گردید . این مداخلات شامل تهیه و انتشار دو جلد کتاب با زبان ساده و به عنوان " به سوی آرامش " ، برگزاری ۱۰ جلسه آموزشی در زمینه مهارتهای زندگی با حضور مشاوران روانشناسی بالینی و تهیه ۱۰ پمفلت آموزشی و انتشار آن در سطح محله بوده است . در مجموع ضمن آموزشهای سیاری نیز توسط کارشناسان و با حضور در جلسات محله برگزار گردید . در مجموع مدت انجام مداخلات سه ماه بوده است . فاز چهارم مطالعه شامل ارزیابی مداخلات انجام شده بود . به این منظور یکی از محلات منطقه ۲۲ که مداخلات را دریافت نکرده بود به عنوان محله کنترل انتخاب شد . دو پرسشنامه شیوه های مقابله با استرس فولکمن و لازاروس و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت که هر دو پرسشنامه در ایران روا و پایا شده است انتخاب گردید . پرسشنامه شیوه های مقابله با استرس شامل ۶۶ سوال بوده و هشت روش مقابله با استرس را ارزیابی می نماید و پرسشنامه کیفیت

زندگی شامل این ۲۴ عبارت بوده که ۴ بعد سلامت جسمی ، سلامت روانی ، روابط اجتماعی و عوامل محیطی را بررسی می نماید . حجم نمونه لازم در هر محله ۱۰۰ نفر تعیین شد . هر دو پرسشنامه قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید و نتایج بیانگر آن بود که قبل از مداخله هیچگونه تفاوت معنی داری از لحاظ متغیرهای مورد بررسی (دموگرافیک ، شیوه های مقابله با استرس و ابعاد کیفیت زندگی ) در محله کنترل و مداخله وجود نداشته است . اما ، شیوه های مقابله مبتنی بر حل مسئله شامل روشهای رویارویی ، حمایت اجتماعی ، حل مشکل برنامه ریزی شده در گروه مداخله بعد از انجام مداخلات به طورمعنی داری نسبت به قبل از مداخله افزایش و روشهای مقابله مبتنی بر هیجان شامل روشهای خویشتنداری ، مسئولیت پذیری و اجتناب – فرار نیز به طور معنی داری کاهش یافته بود . البته دو روش بازاریابی مثبت و دوری گزین با انجام مداخلات تغییری حاصل نکردند . از طرفی نمره حیطة های مختلف کیفیت زندگی نیز پس از انجام مداخلات در محله مداخله افزایش معنی داری یافته بود . در محله کنترل هیچ تغییر معنی داری اتفاق نیفتاده بود . با توجه به نتایج مطالعه به نظر می رسد استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی در ارتقاء سلامت روان زنان ، رویکرد مناسبی بوده و آموزش روش های صحیح مقابله با استرس نه تنها به اصلاح روش های مورد استفاده منجر شده بلکه کیفیت زندگی را نیز ارتقاء بخشیده است . با توجه به نتایج بدست آمده ، مدل مفهومی ارتقاء سلامت روان در زنان شهر تهران با حضور متخصصین و ذینفعان طراحی و ارائه گردید . در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی لحاظ گردیده است .





## فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه.....	۵
بیان واژه ها .....	۱۲
مداخله اجتماع محور مشارکتی .....	۱۳
ذینفعان .....	۱۳
نیازسنجی .....	۱۳
ارتقاء سلامت روان .....	۱۳
اهداف پژوهش .....	۱۴
هدف کلی .....	۱۴
اهداف اختصاصی .....	۱۴
اهداف کاربردی .....	۱۴
سوالات پژوهش .....	۱۴
دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده.....	۱۵
چارچوب مفهومی .....	۱۵
تحقیقات مشارکتی جامعه محور .....	۱۵
تعیین سطح مشارکت .....	۱۸
سلامت روان .....	۲۱
مدل پاتوژنیک(آسیب شناختی) سلامت روان .....	۲۳
مدل سلامت زایی سلامت روان .....	۲۴
الگوی ده جزئی مک دونالد و اوهارا .....	۲۵
سلامت روان مثبت .....	۲۶
تبیین های متفاوت در باره اختلالات روانی .....	۲۷
تبیین زیست شناختی اختلال روانی .....	۲۷
تبیین روانشناختی اختلال روانی .....	۲۸
تبیین های اجتماعی اختلال روانی .....	۲۹
جایگاه تبیین های جامعه شناختی .....	۲۹
نیاز به یک رویکرد اکولوژیک .....	۳۱
مدل تحلیلی در فاز کیفی .....	۳۳
پژوهش نظریه بسترزاد .....	۳۳
مروری بر مطالعات .....	۳۷
فصل سوم - روش پژوهش.....	۵۱
نوع مطالعه .....	۵۱
معرفی اجتماع : .....	۵۱
علت انتخاب منطقه ۲۲ شهرداری تهران .....	۵۲
گروه هدف .....	۵۳
بسیج اجتماع .....	۵۳
زمان انجام مطالعه .....	۵۴
متغیرها و نحوه سنجش آن ها .....	۵۴

۵۶	روش شناسی زیر مطالعه اول: تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان جامعه هدف
۵۶	نوع مطالعه
۵۶	علت انتخاب روش نظریه بسترزاد
۵۷	محیط پژوهش
۵۸	ابزار پژوهش
۵۸	روش جمع آوری داده ها
۶۱	زمان جمع آوری داده ها
۶۱	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۶۱	فرآیند عملیاتی تجزیه و تحلیل
۶۱	تحلیل داده ها برای مفاهیم
۶۳	تحلیل داده ها برای زمینه
۶۵	تحلیل داده ها در راستای مشخص کردن فرآیند
۶۶	ترکیب طبقات
۶۷	دقت علمی و اعتبار داده ها
۶۹	ملاحظات اخلاقی
۷۰	روش شناسی زیر مطالعه دوم: شناسایی نیازها و تعیین اولویتهای مربوط به سلامت روان در جامعه هدف
۷۰	نوع مطالعه
۷۰	مشارکت کنندگان
۷۰	ابزار پژوهش
۷۰	روش جمع آوری داده ها
۷۰	مصاحبه های فردی
۷۱	جلسات گروهی
۷۱	برگزاری پانل تخصصی
۷۱	زمان و مکان انجام مطالعه
۷۲	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۷۲	دقت علمی و اعتبار داده ها
۷۲	ملاحظات اخلاقی
۷۳	روش شناسی زیر مطالعه سوم: طراحی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
۷۳	طراحی مداخله
۷۳	رویکرد: اجتماع محور مشارکتی
۷۳	شیوه انجام کار
۷۴	تعیین سطح مداخله
۷۶	زیر مطالعه چهارم: تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
۷۶	نوع مطالعه
۷۶	انتخاب گروه مداخله و کنترل
۷۶	تعیین حجم نمونه
۷۷	روش نمونه گیری
۷۷	ابزار جمع آوری اطلاعات
۸۰	شیوه انجام کار

۸۱.....	تجزیه و تحلیل داده ها
۸۱.....	ملاحظات اخلاقی
۸۳ .....	<b>فصل چهارم - یافته‌های پژوهش</b>
۸۳.....	زیر مطالعه اول : تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان جامعه هدف
۸۳.....	معرفی مشارکت کنندگان
۸۴.....	طبقات / درون مایه ها
۱۱۴.....	پارادایم ارتقاء سلامت روان در زنان متاهل منطقه ۲۲ شهرداری تهران
۱۱۴.....	زیر مطالعه دوم : شناسایی نیازها و تعیین اولویتهای مربوط به سلامت روان در جامعه هدف
۱۱۵.....	نتایج حاصل از بررسی چالش های موجود در فرآیند ارتقاء سلامت روان
۱۱۶.....	نتایج حاصل از نیازسنجی کیفی جهت سلامت روان
۱۱۸.....	لیست اولویتهای ارتقاء سلامت روان
۱۲۱.....	تعیین اولویت نهایی جهت انجام مداخله
۱۲۲.....	زیر مطالعه سوم : طراحی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
۱۲۲.....	تعیین سطح مداخلات
۱۲۳.....	شناسایی مداخلات جاری
۱۲۳.....	توصیف محتوای مداخلات
۱۲۶.....	زیر مطالعه چهارم : تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
۱۲۶.....	نتایج قبل از مداخله
۱۳۱.....	نتایج بعد از مداخله
۱۴۱ .....	<b>فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات</b>
۱۴۱.....	بحث و تفسیر یافته های پژوهش
۱۴۱.....	رویکرد اجتماع محور مشارکتی
۱۴۳.....	زیر مطالعه اول : تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان جامعه هدف
۱۴۹.....	زیر مطالعه دوم : شناسایی نیازها و تبیین اولویتهای مربوط به سلامت روان در جامعه هدف
۱۵۰.....	زیر مطالعه سوم : طراحی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
۱۵۲.....	زیر مطالعه چهارم : تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
۱۵۳.....	نتیجه گیری
۱۵۳.....	دستاورد های پژوهش
۱۵۴.....	درسهای آموخته شده
۱۵۴.....	چالش ها
۱۵۴.....	پیشنهادات ( اجرایی / مطالعاتی )
۱۵۵.....	اجرایی
۱۵۷ .....	<b>منابع</b>
۱۶۹ .....	ضمیمه ۱- فرم رضایت نامه شرکت کنندگان در مصاحبه های عمیق فردی ارائه مدل مناسب مداخلات اجتماع محور سلامت روان در زنان شهر تهران
۱۷۱ .....	ضمیمه ۲ - راهنمای مصاحبه عمیق فردی در طرح تحقیقاتی ارائه مدل مناسب جهت مداخلات اجتماع محور سلامت روان در زنان شهر تهران
۱۷۳ .....	ضمیمه ۳ - راهنمای مصاحبه جهت تعیین اولویت های سلامت روان در طرح تحقیقاتی " ارائه مدل مناسب جهت مداخلات اجتماع محور سلامت روان در زنان شهر تهران "

- ضمیمه ۴ - نمونه ای از شاخص های مربوط به تعیین اولویت به روش ENHR ..... ۱۷۵
- ضمیمه ۵ - پرسشنامه پایان نامه : شیوه های مقابله با استرس و کیفیت زندگی ..... ۱۷۷
- ضمیمه ۶ - نمونه ای از اطلاعات ..... ۱۸۳
- ضمیمه ۷ - نمونه ای از تکلیف شب ..... ۱۸۵

## فصل اول – مقدمه

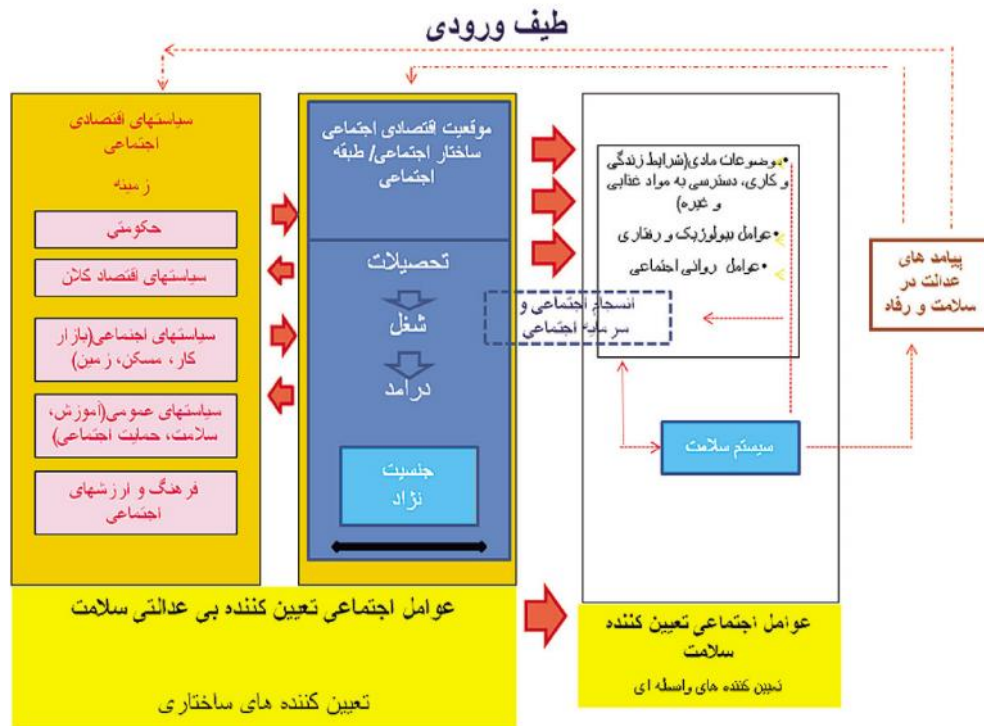
سلامت، داستانی غیر قابل انکار است که روزی تنها به معنای نبود بیماری و اکنون شامل برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی می باشد (Callahan ۱۹۷۳). این تعریف جامع دارای دو ویژگی مهم نیز هست، نخست اینکه ایده آل و دست نیافتنی است و دوم آنکه افتراق مرز سلامت و بیماری در آن به سادگی میسر نمی باشد. در حقیقت با این تعریف باید سلامتی را قله مرتفعی دانست که هیچ کس نمیتواند آن را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد (محسن سید نوزادی - ۹۱).

در واقع تاکید بر مدل اجتماعی در سلامت، علاوه بر در نظر گرفتن فاکتورهای روانی، اجتماعی، اقتصادی و رفتاری در سلامت و تعاملات پویای آن، خود را در تقابل با دیدگاههای بیومدیکال سنتی قرار می دهد (Joanne 2000). و این روند تا آنجا پیش می رود که تعیین کننده های اجتماعی سلامت در تار و پود بی عدالتی های سلامت تنیده می شوند. طبق تعریف، تعیین کننده های اجتماعی سلامت شرایطی هستند که مردم در آن دنیا می آیند، رشد می کنند، زندگی می کنند، کار می کنند و بالاخره پیر می شوند. تمامی این فرآیندها با توزیع پول، قدرت و منابع چه در سطح جهانی، ملی و منطقه ای شکل می گیرند. تعیین کننده های اجتماعی سلامت مسئول اکثریت بی عدالتی های سلامتی و تفاوت های غیر منصفانه و قابل اجتناب در وضعیت سلامتی در داخل و بین کشورها می باشند (Organization 2011). جهت رفع این بی عدالتی ها، نیاز به حرکتی جهانی و گسترده وجود دارد که بر اساس تصمیماتی مبتنی بر شواهد، بتواند انگیزه های لازم جهت نیل به توزیع عادلانه سلامت را رقم زده و طرحی نو در اندازد، چنانکه در آن هیچ انسانی نگران سلامتی خود به جهت تفاوت های غیر منصفانه نباشد. این تشکل جهانی در سال ۲۰۰۵ میلادی توسط سازمان جهانی بهداشت با حضور سیاستگذاران، محققین و نمایندگان سازمانهای مردم نهاد از کشورهای عضو پایه ریزی شد. در این کمیسیون، وضعیت بی عدالتی در سلامت چه در داخل کشورها و چه بین کشورها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و به جنبه های اجتماعی بی عدالتی پرداخته شد. اهداف این کمیسیون جهت تامین عدالت شامل:

- حمایت از تغییرات سیاستگذاری در کشورها به منظور ارتقاء مدل‌های موثر در تعیین کننده های اجتماعی سلامت
- حمایت از کشورها جهت قراردادن سلامتی به عنوان هدفی مشترک که کلیه بخش های دولتی و غیر دولتی جهت نیل به آن مشارکت داشته باشند
- کمک به ایجاد زیر ساخت های مناسب جهت انجام حرکتی جهانی بمنظور نیل به عدالت در سلامت از طریق برقراری ارتباطات موثر با بخش دولتی، سازمانهای بین المللی، موسسات تحقیقاتی و اجتماعات مردم نهاد می باشد (Solar and Irwin 2007).

بر اساس مستندات جمع آوری شده توسط کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت، دو دسته تعیین کننده اجتماعی ساختاری و واسط، سلامتی و عدالت در سلامت را تبیین میکنند. تعیین کننده های ساختاری شامل سیاستهای اقتصادی اجتماعی در سطوح مختلف، موقعیت اقتصادی اجتماعی و طبقات اجتماعی، تحصیلات، شغل، درآمد، جنسیت و نژاد می باشند که تاثیر آنها بر پیامد عدالت در سلامتی از طریق تعیین کننده های واسط که شامل شرایط مادی، عوامل بیولوژیک و رفتاری، عوامل روانی اجتماعی و سیستم های سلامتی می

باشند اعمال می شود. در این میان عوامل روانی اجتماعی<sup>۱</sup> نه تنها یکی از ابعاد سلامتی می باشند بلکه به عنوان تعیین کننده واسط و نیز پیامد بسیاری از شرایط مرتبط با سلامتی هم مطرح می باشند. شکل ۱-۱



شکل ۱-۱: تعیین کننده های اجتماعی سلامت

اقتباس: سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن - ۱۳۸۷

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان "حالتی از بهزیستی است که افراد را قادر می سازد تا توانایی های خود را تشخیص داده، قادر به کنار آمدن با استرس های معمول زندگی باشند و بتوانند به طور بهره ور و موثر کار کرده و سبب کمک به جامعه خودگردند (Health and Abuse 2005). در واقع اهمیت سلامت روان و نقش آن در بقاء جامعه بشری حاکی از اهمیت انسان به عنوان یک موجود اجتماعی است (Friedli ۲۰۰۹). این مقوله مهم بر تمامی جنبه های زندگی انسان تاثیر گذار بوده و دارای هم ارزش های مادی و هم غیر مادی یا ذاتی برای فرد و اجتماع می باشد. بی شک سلامت روان دارای ارتباطی دوطرفه و تعاملی چشمگیر با بهزیستی و بهره وری در یک جامعه و افراد آن خواهد بود (Cattan and Tilford ۲۰۰۶). حال بدیهی و مسلم است که سلامت روان را چیزی بیش از فقدان یک بیماری روانی بالینی بدانیم، اما اینکه قلمرو فرمانروایی آن تا چه حد گسترش دارد و عناصر تشکیل دهنده آن چیست هنوز جای بحث و کاوش است (Friedli ۲۰۰۹).

<sup>1</sup> Psychosocial

با نگاهی بر تعیین کننده های سلامت روان در می یابیم که جهت تعیین سطح سلامت روان در هر فرد نیاز به شناسایی عوامل چند گانه اجتماعی، روانی و بیولوژیکی خواهیم داشت. برای مثال فشارهای دائم اقتصادی اجتماعی به عنوان یک عامل خطر سلامت روان افراد و اجتماع را تهدید می کنند. واضح ترین شاهد این مدعا همراهی شاخص های فقر از جمله سطح پایین تحصیلات با مشکلات سلامت روان می باشد. از طرفی سلامت روان ضعیف با تغییرات سریع وضعیت اجتماعی، شرایط استرس زای محیط کار، تبعیض جنسیتی، سبک زندگی ناسالم، خشونت و مشکلات فیزیکی و جسمی همراه می باشد. در واقع سلامت، بدون سلامت روان مفهومی پیدا نمی کند (Organization ۲۰۱۰). از طرفی مشکلات سلامت روان از شیوع بسیار بالایی بخصوص در زنان برخوردار بوده، در سن بسیار جوان تر از دیگر اختلالات تظاهر نموده، اغلب طول دوره طولانی تر و اثرات نامطلوب تری بر روی جنبه های مختلف زندگی از جمله عملکرد آموزشی، اشتغال، درآمد، روابط شخصی و مشارکت اجتماعی خواهند داشت. هیچ وضعیت بهداشتی دیگری از لحاظ شیوع، تداوم و وسعت مانند مشکلات روانی و اختلالات سلامت روان مطرح نمی باشند. اگر چه تفاوت های قابل توجهی در چگونگی تفسیر این عواقب نامطلوب نیز وجود دارد (Haupt, Orleans et al. ۱۹۷۹).

اهمیت اختلالات روانی در سلامت عمومی با آشکار شدن این حقیقت که آنها جزو مهمترین عوامل ابتلا در بخش مراقبت بهداشتی اولیه بوده و ناتوانی قابل توجهی را به جامعه تحمیل می کنند، مشخص می گردد (Ormel, VonKorff et al. 1994). با توجه به اینکه در خصوص فراوانی و آمار مربوط به برخورداری از سلامت روان اطلاعات زیادی وجود نداشته و از طرفی سلامت روان کامل، اصولاً دست نیافتنی می نماید؛ در توضیح اهمیت سلامت روان از آمار مربوط به اختلالات روانی استفاده می شود.

هم اینک بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از نوعی اختلال روانی رنج می برند و بیش از این تعداد دارای مشکلات روانی می باشند (Burgermeister, Kwasky et al. ۲۰۱۲).

در سال ۲۰۰۴، ۲/۱ درصد از مرگ و میر در مردان و ۲/۲ درصد مرگ و میر در زنان ناشی از اختلالات عصبی-روانی بوده است. این بیماریها مسئول یک سوم سالهای از دست رفته ناشی از بیماری<sup>۱</sup> می باشند (Hughes ۲۰۰۴). طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، هم اکنون ۱۵۱.۲ میلیون نفر در دنیا به اختلالات افسردگی تک قطبی دچارند، در واقع این اختلالات مسئول از دست رفتن ۴۱ میلیون سال (در سال ۲۰۰۴) در زنان (۱۳.۴ درصد از کل YLD) و ۲۴.۳ میلیون سال در مردان (۸.۳ درصد از کل YLD) بوده اند. بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴.۳ از کل بار بیماری ها بر حسب DALY<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴ ناشی از اختلالات افسردگی تک قطبی بوده است (Pleis, Lucas et al. ۲۰۰۹). اگر چه پیش بینی می شود که بار بیماریها بر حسب DALY تا سال ۲۰۳۰ از ۱.۵۳ میلیارد سال در سال ۲۰۰۴ برای کلیه بیماریها به ۱.۳۶ میلیارد سال کاهش یابد (حدود ۱۰ درصد)، اما بار اختلالات تک قطبی از ۴.۳ (رتبه سوم) به ۶.۲ (رتبه اول) افزایش خواهد یافت (Pleis, Lucas et al. ۲۰۰۹).

در کشور ایران نیز بر اساس مطالعه سال ۲۰۰۴ انجام شده توسط نوربالا و همکارانش با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۱ درصد از کل جمعیت (۲۵.۹ درصد از زنان و ۱۴.۶ درصد از مردان) از نوعی از علائم بیماری روانی رنج می‌برند (Noorbala, Yazdi et al. ۲۰۰۴) که این آمار در سال ۲۰۰۸ در شهر تهران به ۳۶٪ افزایش یافته است (۲ به ۱ در زنان نسبت به مردان) (Sarr, Kasturiarachchi et al. ۲۰۱۰). علاوه بر موارد فوق الذکر، مطالعات زیادی در زمینه نقش سلامت روان مثبت و تاثیر آن بر سلامتی صورت گرفته است. از بین ۱۰ ریسک فاکتور اصلی در بار بیماریهای اندازه گیری شده در DALY در گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲، سه مورد مربوط به روان / رفتار (روابط جنسی غیر ایمن، مصرف تنباکو، مصرف الکل) و سه مورد دیگر به طور خاص توسط فاکتور های روانی / رفتاری تحت تاثیر قرار می گیرند (افزایش وزن، پرفشاری خون و کلسترول). علاوه بر این، مشکلات سلامت روان تاثیر بسزایی در بهره وری خواهد داشت (Saraceno ۲۰۰۲).

افراد مبتلا به مشکلات سلامت روان، نرخ بسیار بالاتری از بیماریهای فیزیکی، مرگ و میر زود هنگام ناشی از بیماری عروق کرونر قلب، سکته مغزی، دیابت، عفونتها و بیماری تنفسی دارند (Brown, BARRACLOUGH et al. ۲۰۰۰). میزان تاثیر نامطلوب بیماری روانی نیاز به سرمایه گذاری بیشتر در پیشگیری از ابتلا، علاوه بر درمان و بهبود اختلالات را طلب می کند. از طرفی ذکر این نکته نیز ضروریست که افرادی که بر اساس معیارهای تشخیصی بیماریهای روانی<sup>۱</sup> دارای اختلال روانی شناخته می شوند ممکن است بیماری روانی به علاوه فقدان سلامت روان، و یا سلامت روانی متوسط داشته و یا در وضعیت شکوفایی باشند. از طرفی عدم وجود بیماری های روانی لزوماً به معنای وجود سطوح بالای سلامت روانی مثبت و بالعکس نیست. افراد مبتلا به اختلالات سلامت روان، ممکن است دارای سلامت روان مثبت باشند. استقلال بالقوه سلامت روانی و بیماری های روانی بیانگر آنست که برخی از تعیین کننده های تندرستی روان در واقع همان تعیین کننده های بیماری های روانی نمی باشند (Friedli ۲۰۰۹). این یافته ها مؤید آنست که سلامت روان مثبت یک عامل کلیدی بوده و منجر به شناخت مثبت، رفتار مثبت و افزایش توانایی های شناختی می گردد (Friedli ۲۰۰۹).

در واقع در دنیای امروز عدم توجه به تعیین کننده های اجتماعی سلامت بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیمار یها میشوند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می نمایند. این نکته نیز در خور توجه است که اکثر بی عدالتی های سلامت در دنیا ساخته دست بشر است و علل آنها اغلب ریشه در مسائل اجتماعی دارد (Marmot and Wilkinson ۲۰۰۹). جهت بهبود وضعیت عدالت در سلامت، نیاز به اقداماتی و رای تمرکز موجود بر روی علل فوری ایجادکننده بیماری ها دارد و نیاز است که بر روی علت العلل آنها "The Cause of Causes" توجه ویژه ای معطوف گردد. اکنون زمان اقدام است نه فقط به خاطر اینکه سلامت منجر به مشارکت بیشتر مردم در اجتماع می گردد و نیز عملکرد اقتصادی بالاتری را با خود به ارمغان می آورد و سبب رشد و شکوفایی اقتصادی می گردد، بلکه بخاطر

۳: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)  
The International Classification of Diseases (ICD)



این که سلامت و برقراری عدالت در آن حقی است مسلم و داشتن سلامتی بدون توجه به بعد روانی امری ناممکن و محال می نماید. در واقع مواجهه با شرایط زندگی و کاری ناسالم و استرس زا، به عنوان یکی از تعیین کننده های قابل اجتنابی می باشند که نپرداختن به آن، دامن زدن به بی عدالتی در سلامتی است (Whitehead ۱۹۹۲).

لذا با توجه به اهمیت و شیوع بالای مشکلات سلامت روان که با گذشت زمان نیز بر میزان آن افزوده می شود و همچنین تاثیر بسزای آن در ایجاد سایر بیماریها و عوارض که به دلیل قرار گرفتن آن در مسیر تاثیر بسیاری از عوامل بر سلامتی صورت می گیرد (Organization ۲۰۰۰)، سلامت روان هم به عنوان پیامد تاثیر بسیاری از عوامل بر سلامتی و هم به عنوان مسیر انتقال بسیاری از فاکتورها بر سلامتی (نقش دو گانه پیامد و تعیین کننده) همچنان خودنمایی نموده (Solar and Irwin ۲۰۰۷) و با توجه به اهمیت ارتقاء آن، لزوم بکارگیری رویکردی مناسب، ضروری می نماید.

از طرفی طبق گزارشات سازمان جهانی بهداشت، مشکلات سلامت روان در زنان از شیوع بالاتری برخوردار بوده و در ضمن ریسک فاکتورهای مربوط به آن نیز در زنان بیشتر می باشد لذا لزوم انجام مداخلات در زمینه ارتقاء سلامت روان و توانمند سازی اقتصادی اجتماعی زنان در قالب ارائه برنامه های آموزشی از توصیه های این سازمان می باشد (Organization ۲۰۱۰).

امروزه در بسیاری از کشورها با استفاده از شعار "سلامت روان برای همه" سیاستگزاری های لازم به منظور توسعه و تقویت اقدامات در راستای ارتقاء سلامت روان صورت پذیرفته است، در واقع نیل به سلامت روان مثبت و تندرستی<sup>۱</sup> برای همه می تواند سبب دستیابی به طیف وسیعی از اهداف بهداشتی و اجتماعی بلند مدت گردد. از طرفی مطالعات مختلف بیانگر آنست که سلامت روان و تندرستی روانی عناصر اساسی در کیفیت زندگی محسوب شده، افراد، خانواده ها، جوامع و مردم را قادر می سازد که زندگی را پرمعنی تلقی نموده، خلاقیت لازم را داشته و به عنوان یک شهروند فعال مطرح باشند (Fisher and Baum ۲۰۱۰).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، ارتقاء سلامت روان<sup>۲</sup> به مجموعه فعالیتهایی اطلاق می شود که سبب ایجاد شرایط زندگی و محیطی حمایت کننده در زمینه سلامت روان شده و مردم را قادر به تطبیق و حفظ سبک زندگی سالم می نمایند. این فعالیتها موجب می شوند تا احتمال تجربه سلامت روان بهتر بر ای مردم بیشتری، افزایش یابد (WHO, 2008). در واقع با ارتقاء سلامت روان، پیامد سلامتی تغییر خواهد کرد حتی اگر بیماریهای روانی پابرجا بوده و یا سایر ریسک فاکتورها باقی باشند و این همان اثرات ارتقاء سلامت روان مثبت خواهد بود که نه تنها بر احساس و شناخت (درک، فکر، منطق) بلکه بر عملکرد اجتماعی و احساس معنی دار بودن در زندگی نیز موثر است (Friedli ۲۰۰۹).

توصیه سازمان جهانی بهداشت، جهت ارتقاء سلامت روان، بکارگیری استراتژی های چند جانبه و گسترده ای می باشد که عبارتند از:

<sup>1</sup>: well being

<sup>2</sup>: Mental Health Promotion

- مداخلات لازم در دوران کودکی و حتی قبل از تولد (مانند ویزیت خانگی زنان باردار، فعالیتهای روانی اجتماعی قبل از مدرسه و...)
- حمایت از کودکان در قالب برنامه های مهارت آموزی و ...
- توانمند سازی اقتصادی اجتماعی زنان در قالب ارائه برنامه های آموزشی
- حمایت اجتماعی از افراد سالمند
- حمایت از گروه های آسیب پذیر شامل اقلیتها، مهاجرین و...
- برنامه های ارتقاء سلامت روان در مدارس
- مداخلات سلامت روان در محیط کار
- برنامه های مقابله با خشونت و
- برنامه های اجتماع محور توسعه ای (Organization ۲۰۱۰)

لذا جهت نیل به اهداف استراتژیک در بهداشت، آموزش و پرورش، کاهش جرم و جنایت، همبستگی اجتماعی، توسعه پایدار، اشتغال و حتی فرهنگ می بایست به ارتقاء سلامت روان در جامعه به عنوان یک ضرورت اهمیت داده و آن را با استراتژی های پیشنهادی مورد حمایت قرار داد. تا کنون اقدامات وسیعی در زمینه ارتقاء سلامت روان با رویکردهای مختلف صورت گرفته است که در اکثر موارد با هدف پیشگیری از ایجاد بیماریهای روانی بوده و کمتر به ارتقاء سلامت روان مثبت پرداخته است (Wells, Barlow et al. ۲۰۰۳). در واقع وفور اطلاعات در زمینه عوامل بیولوژیکی و مدل های فرضی در زمینه سلامت روان سبب نادیده گرفتن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان مانند ظرفیتهای اجتماعی<sup>۱</sup> (مانند ارتباطات اجتماعی، درگیری در فعالیتهای گروهی و...)، رهایی از تبعیض و خشونت و... بوده (Kermode, Herrman et al. ۲۰۰۷). و این امر سبب ایجاد نوعی سوگیری در انتخاب<sup>۲</sup> در بررسی برخی مطالعات انجام گرفته در این حیطه گردیده است (Organization ۲۰۰۰). طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص سلامت روان زنان، با توجه به اینکه، آنان هم شیوع بالاتری از علائم مربوط به مشکلات سلامت روان را داشته و هم ریسک فاکتورهای متعددی را در این خصوص دارا می باشند، انجام نیازسنجی در خصوص سلامت روان، عنصری اساسی جهت نیل به ارتقاء سلامت روان خواهد بود (Organization ۲۰۰۰). در واقع این توصیه مهم بیانگر آنست که جهت انجام مداخلات، می بایست نیازها را بر اساس داده های اجتماع بدست آورد و این همان رویکردی است که در مدل مشارکتی اجتماع محور می توان یافت. این رویکرد که توسط ایزراییل تبیین گردید، دارای چهار جزء اساسی شامل:

الف - مشارکت اجتماع

ب - هدایت برنامه ها بر اساس داده های اجتماع

ج - اتخاذ راه کار جامع برای ارتقای سلامت

د- ارزشیابی فرآیند و ارائه بازخورد جهت بهبود برنامه می باشد (Israel, Parker et al. ۲۰۰۵).

<sup>1</sup>: social inclusion

<sup>2</sup>: selection bias

مراحل عملی این رویکرد در شکل ۱-۲ نشان داده شده است .  
 در این رویکرد تمامی ذینفعان از جمله مردم پس از آگاهی از برنامه و کسب آموزشها و مهارتهای لازم از ابتدای فرآیند سنجش نیاز ، تعیین اولویت ها ، طراحی مداخلات مناسب و حتی اجرای آن به مشارکت گرفته می شوند . مزایای استفاده از این روش ، افزایش تعهد جمعی ، تعیین نیازهای واقعی و طراحی مداخلات مناسب جهت رفع مشکل ، کاهش هزینه های اضافی و صرفه جویی در منابع ، استفاده از اکثریت پتانسیل های موجود در جامعه و... میباشد ( Rifkin ۲۰۰۹ ) .  
 در این رویکرد ، ذینفعان واقعی که استفاده کنندگان از نتایج مداخلات می باشند در تمامی فرآیند تعیین نیاز ، طراحی مداخلات و حتی اجرای آن مشارکت داشته و نسبت به برنامه احساس مالکیت واقعی می نمایند ( Rifkin ۲۰۰۹ ) .  
 این رویکرد که جهت مطالعه در مورد تعیین کننده های سلامتی بسیار مناسب است ، دارای اصولی نه گانه بوده که یکی از مهم ترین آن ، یادگیری متقابل و توانمندسازی اجتماع می باشد ( Israel, Parker et al. ۲۰۰۵ ) .  
 افزایش مشارکت اجتماعی ، تسهیل ارتباطات اجتماعی و شرکت در فعالیتهای گروهی از جمله عواملی است که در نتیجه اقدام بر اساس این رویکرد حاصل می شود که خود به تنهایی موجبات ارتقای سلامت روان را فراهم می نماید ( Antonovsky 1987 ) .  
 تحقیقات مشارکتی اجتماع محور ، مانند پلی ارتباط بین علم و عمل را به منظور افزایش عدالت در سلامت برقرار می کنند. این امر موجبات ارتقاء انتقال دانش در سطح اجتماع می گردد. ( Wallerstein and Duran ۲۰۱۰ ) .



Rifkin, S.B., *Lessons from community participation in health programmes. Health Policy and Planning*, 1986

*Planning,*

شکل ۱-۲ : مراحل عملی رویکرد مشارکتی اجتماع محور

در این رویکرد، جهت انجام نیازسنجی، روش‌های مختلفی وجود دارد، اما از آنجاییکه فرآیند ارتقاء سلامت روان یک فرآیند اجتماعی می‌باشد که دارای تعاملات انسانی بوده و می‌بایست با تجارب مخاطبین، آن را درک و لمس نمود. لذا با شناخت دقیق این فرآیند از طریق انجام یک مطالعه کیفی، زمینه انجام مداخلات موثر فراهم می‌گردد (Streubert 2005). روش نظریه بسترزاد<sup>۱</sup> یکی از روش‌های کیفی است که بنا به طبیعتش با نظام ارزشی، ساختار ذهنیتی و باورهای مردمی سرو کار داشته و قادر است با تولید نظریه و یا اصلاح و توسعه نظریات موجود به تبیین دقیق فرآیند و انجام مداخلات اثر بخش بپردازد. (Corbin and Strauss ۱۹۹۰).

مرور مطالعات مختلف بیانگر آنست که مدل جامع و کاملی جهت ارتقاء سلامت روان با نگاه بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و تبیین مداخلات لازم در این خصوص برای زنان متاهل اجتماع که به واسطه نقش‌های متعدد خود در زمینه همسر داری، کودک داری، نقش‌های اجتماعی و... درگیر بار عظیمی از مسئولیتها بوده اند، وجود ندارد و اکثر مطالعات انجام شده بر روی زنان دارای بیماری و یا در شرایط خاص (مانند شرایط خاص شغلی و...) صورت گرفته است. در ایران نیز اکثر مطالعات بر روی زنان مبتلا به بیماریهای صعب‌العلاج بوده است.

لذا ما در این مطالعه بر آن شدیم که با توجه به مفاهیم ذیل:

- مشارکت اجتماعی سبب ارتقاء سلامت روان می‌شود (Antonovsky 1987).
  - رویکرد اجتماع محور مشارکتی، پلی میان علم و عمل به منظور ارتقاء عدالت در سلامت می‌باشد (Wallerstein and Duran ۲۰۱۰).
  - مطالعه کیفی قادر به شناسایی فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجارب گروه هدف بوده و امکان نیازسنجی و انجام مداخلات اثربخش را فراهم می‌نماید (Corbin and Strauss ۱۹۹۰).
  - ارتقاء سلامت روان، سبب ارتقاء پیامد سلامتی خواهد شد حتی اگر بیماریهای روانی پابرجا بوده و یا سایر ریسک فاکتورها باقی باشند (Friedli ۲۰۰۹).
- و با هدف کلی "ارائه مدل مداخله‌ای اجتماع محور سلامت روان در زنان شهر تهران" مطالعه‌ای را مشتمل بر چهار زیر مطالعه به تفکیک ذیل به انجام رسانیم:
۱. تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان زنان بر اساس تجربه آنان در جامعه هدف
  ۲. شناسایی نیازها و تبیین اولویتهای مربوط به ارتقاء سلامت روان در جامعه هدف
  ۳. طراحی برنامه مداخله‌ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان در زنان جامعه هدف
  ۴. تعیین اثر بخشی برنامه مداخله‌ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
- به این منظور در ابتدا با انتخاب یک جامعه محدود و مشخص، مراحل اجرای مطالعه را در گروه هدف سپری کرده و در انتها مدلی را جهت ارائه مداخلات سلامت روان در زنان پیشنهاد می‌نماییم.

## بیان واژه‌ها

<sup>1</sup> Grounded Theory

در این قسمت واژه های بکار برده شده در بیان مسئله پژوهش تعریف می شوند.

### مداخله اجتماع محور مشارکتی

مداخلات اجتماع محور مشارکتی به کلیه تلاش های اجتماع محور برای توسعه سلامت در جامعه اطلاق می شود. در این مداخلات، مشارکت به عنوان بخش غیر قابل اجتناب محسوب شده و به معنای کنشی آگاهانه، داوطلبانه و جمعی جهت تحقق اهداف، نیازها و منافع جمعی خواهد بود. در واقع هدف از مداخلات اجتماع محور مشارکتی، قادر ساختن افراد یک اجتماع به نحوی است که بتوانند صدا و نظرات خود را به گوش جامعه و نهادهای مختلف رسانده و گام های موثرتری در جهت انتفاع یا رفع یک مشکل عمومی بردارند و این امر جز با درک ضرورت و اهمیت مشارکت و به کار بستن آن در فعالیت ها روی نمی دهد. مشارکت این فرصت را فراهم می کند تا گروه های مختلفی از مردم یک اجتماع دست به دست یکدیگر داده و در جهت تغییر وضعیت موجودی که آن را مطلوب نمی پندارند، گام بردارند (stephen Nicolas 1980).

### ذینفعان

ذینفع به معنای فرد، گروه یا سازمانی است که می تواند بر نگرش، منابع یا خروجی های سازمان تأثیر گذارد و یا از خروجی های سازمان تأثیر پذیرد. ذینفعان به دو دسته کلیدی و غیر کلیدی تقسیم می شوند. ذی نفعان کلیدی بر سازمان کنترل مستقیم دارند و خواسته های آنها در اهداف سازمان متبلور می شود (مانند سهامداران) و ذی نفعان غیر کلیدی از مکانیسم های خارجی نظیر بازار و فرهنگ برای حفظ منافع خود استفاده می کنند و در هدف گذاری اثرگذار نیستند مانند مشتریان (Mitchell, Agle et al. ۱۹۹۷).

### نیازسنجی

نیازسنجی فرایندی است سامان مند برای مشخص کردن هدفها، شناسایی شکاف میان وضع موجود و هدفها، و سرانجام تعیین اولویتها برای عمل و پیاده سازی راه حل هاست. همچنین آن را فرایند گردآوری و واکاوی اطلاعاتی نیز تعریف کرده اند که به شناسایی نیازهای افراد، گروهها، نهادها و جوامع مدنی منتج می شود. به سخن ساده تر، نیازسنجی فرایند شناسایی نیازهای مهم و فراهم آوری راه های رفع آن نیازها است (Kaufman ۱۹۶۸).

### ارتقاء سلامت روان

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، ارتقاء سلامت روان<sup>۱</sup> به مجموعه فعالیتهایی اطلاق می شود که سبب ایجاد شرایط زندگی و محیطی حمایت کننده در زمینه سلامت روان شده و مردم را قادر به تطبیق و حفظ سبک زندگی سالم می نمایند. این فعالیتهای موجب می شوند تا احتمال تجربه سلامت روان بهتر بر ای مردم بیشتری، افزایش یابد (WHO, 2008). در واقع با ارتقاء سلامت روان، پیامد سلامتی تغییر خواهد کرد حتی اگر بیماریهای روانی پابرجا بوده و یا سایر ریسک فاکتورها باقی باشند و این همان اثرات ارتقاء سلامت روان مثبت

<sup>1</sup> Mental Health Promotion

خواهد بود که نه تنها بر احساس و شناخت ( درک ، فکر ، منطق ) بلکه بر عملکرد اجتماعی و احساس معنی دار بودن در زندگی نیز موثر است (Friedli ۲۰۰۹) .

## اهداف پژوهش

### هدف کلی

ارائه مدل مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان در زنان

### اهداف اختصاصی

- تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان جامعه هدف
- شناسایی نیازها و تبیین اولویتهای مربوط به سلامت روان در جامعه هدف
- طراحی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
- تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف

### اهداف کاربردی

نتایج این پژوهش می تواند به سیاستگذاران در تدوین برنامه های ارتقاء سلامت روان زنان متاهل با استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی و از طریق شناسایی و کشف مفاهیم ، فرآیند و ساختار ارتقاء سلامت روان بر اساس تجارب گروه هدف کمک نماید .

### سوالات پژوهش

۱. فرآیند ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف چگونه است ؟
۲. نیازهای ارتقاء سلامت روان زنان در جامعه هدف بر اساس تجربه زنان و سایر افراد کلیدی چیست ؟
۳. اولویتهای ارتقاء سلامت روان در جامعه هدف کدام است ؟
۴. مداخلات اجتماع محور لازم جهت ارتقاء سلامت روان زنان در جامعه هدف چیست؟
۵. آیا مداخلات انجام شده در ارتقاء سلامت روان موثر است ؟

## دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

### چارچوب مفهومی

#### تحقیقات مشارکتی جامعه محور

تحقیق مشارکتی در سالهای اخیر به عنوان ابزاری قدرتمند برای دست اندرکاران امر توسعه جایگاه خود را پیدا کرده است. هدف این نوع تحقیق قادر ساختن افرادیست که به طور سنتی تنها موضوعات مورد مطالعه تلقی می شوند - برای داشتن نقش فعال در رسانیدن صدا و نظریات خود است. تحقیق مشارکتی می تواند در فرآیند امر توسعه تثبیت شود در حالی که تحقیق سنتی هرگز نمی تواند تا این درجه مفید واقع شود (Laws, Harper et al. 2013).

آنچه که تحقیق مشارکتی نامیده می شود فعالیت‌های گسترده ای را تحت پوشش قرار داده و از منابع مختلفی در کشورهای توسعه یافته و محروم نشأت می گیرد. این نوع فعالیت در کشورهای مختلف نام های متفاوتی دارد از جمله تحقیق عملی، تفحص مشارکتی، فعالیت و یادگیری مشارکتی، فعالیت و تحقیق مشارکتی، فعالیت مشارکتی و تحقیق و... (Ashby 2003).

این روش به عنوان راهی مطمئن برای تصمیم گیری در شرایط سخت نامیده می شود. در این نوع رویکرد، هسته اصلی فعالیت دادن امکان به شرکت کنندگان برای ابراز تصوراتشان از یک مشکل خاص، پیدا کردن دلایل مشترک و سپس درگیر کردن افراد برای تشخیص و آزمایش برخی از راه حل‌های احتمالی است. در این روش فرآیندی وجود دارد که تمامی افراد درگیر و مربوط به این تحقیق را نسبت به اطلاعات موجود آگاه می سازند. در این نوع کار تحقیقی درگیر شدن افراد اجتماع و استفاده کنندگان نهایی خدمات اختیاری است اما به هر حال انواع تحقیق مشارکتی از یک سری اصول مشترک پیروی می کند. در قلب این روش، آگاهی و دانش مردم عادی قرار دارد (Israel, Eng et al. 2005).

در این نوع رویکرد، تحقیق و یادگیری لزوماً با یکدیگر پیوند یافته و توجه آن به فرآیندهایی متمرکز است که طی آن افراد به واقع می آموزند که نباید تنها به ایده ها و حقایق پرداخته شود که مفهومی انتزاعی داشته باشند. ویژگی مهم کلیدی دیگر همراه بودن با عمل است. یک تحقیق مشارکتی برای دستیابی به راه حل های مشکلات، فرصت و شانس بیشتری دارد چرا که مستقیماً افرادی را درگیر می کند که بیشترین درک و سهم را از شرایط موجود دارند. در واقع خود فرآیند تحقیق شاید از نتایج و پیامدهای آن پراهمیت تر می باشد (Israel, Eng et al. 2005).

تحقیق مشارکتی رویکردی است که می تواند پیشرفت آزمودنی را تسهیل کند نه اینکه تنها هدف آن استخراج اطلاعات از آن ها باشد. محققان باید نسبت به تاثیر نگرش، رفتارها و احساسات خود هوشیار بوده و نسبت به واگذار کردن قدرت به دیگران، پیشگام، ملتزم و متعهد باشند. در واقع هدف، قادر ساختن افراد برای درک موقعیت خود و انجام اقدامات سودمند برای خود است (Laws, Harper et al. 2013).

دست اندکاران امر توسعه نیز می توانند از روش های تحقیق مشارکتی سود بسیاری را ببرند. در واقع این روش ها برای آنان طبیعی ترین و مناسب ترین روش محسوب می شوند چرا که در صورت داشتن مهارت‌های لازم جهت کار با مردم، جهت یابی این نوع تحقیقات همواره به سوی فعالیت‌های منجر به تغییر است. در واقع

تحقیقات مشارکتی به عنوان یکی از روش های استفاده شده برای تسهیل مشارکت مردم در تصمیم گیری ها به شمار می رود اما همیشه توانمندسازی افراد جامعه بهترین روش نیست مثلا اگر هدف از مطالعه یافتن اطلاعات خاص باشد استفاده از روش مشارکتی مشکلات را به همراه دارد (Laws, Harper et al. 2013).

هدف از انجام تحقیقات مشارکتی ایجاد تغییر و تحول در جامعه می باشد اما طریقی که طی آن این تحول صورت می گیرد متفاوت است. سطح آموزش و اعتماد به نفس افراد اجتماع در قادر ساختن آن ها برای اقدام موثر، امری ضروری و تعیین کننده می باشد. نتایج کلیدی این قبیل تحقیقات مشارکتی بیشتر با توانمندسازی افراد جامعه مرتبط است تا با تهیه گزارشات معمول و رسمی. هرچند هر دو نیز مطلوب و لازم است.

از آنجایی که هدف اصلی، توانمندسازی افراد جامعه است حقیقتا در کار تحقیق مشارکتی جستجوی پیوند بین جوامع محلی و چارچوب سیاستگراری ها از ضروریات کار است. در واقع در این قبیل تحقیقات، مشارکت کنندگان در تصمیم گیری، احساس مسئولیت و مالکیت بر فرآیند اشتراک دارند. (Israel, Eng et al. 2005).

در بستر تحقیقات اجتماع محور مشارکتی، جامعه به عنوان واحد شناسایی در نظر گرفته می شود و این واحد با اعضاء آن مشخص می گردد مانند خانواده، شبکه اجتماعی و محدوده جغرافیایی (Becker, Israel et al. 2005). در این جامعه ارتباطات عاطفی و احساسی بین اعضا برقرار بوده، ارزشها و نرم های مشابه وجود دارد و

افراد دارای علائق و خواسته های مشترک زیادی هستند (Becker, Israel et al. 2005)

اصولا هنگامی که از تحقیق مشارکتی صحبت می شود بیشترین مشارکت کنندگان را افراد جامعه تشکیل می دهند اما این نکته ضروری است که افراد سازمان های مرتبط که حمایت آنان برای پیدا کردن راه حل مشکلات لازم است نیز باید وارد مطالعه شوند. در واقع در تحقیقات مشارکتی لازم است کلیه ذینفعان در فرآیند تحقیق وارد شوند (Israel, Eng et al. 2005).

یکی از موارد مهم در تحقیق مشارکتی آنست که با نابرابری های قدرت بین گروههای مختلف اجتماع باید با دقت و ظرافت خاصی برخورد شود. در هر جامعه ای ممکن است زنان، کودکان و افراد معلول برای ابراز نظریات و دیدگاه هایشان با مشکلاتی روبرو باشند. این مشکل برای افراد فقیر و محروم نیز وجود دارد. گروههای اجتماعی فراوانی به صورت مشابه از مشارکت تمام و کمال اجتماعی حذف شده اند. اگر تنها ادعا کنید که در کار تحقیقی از دیدگاه همگی افراد مهم استفاده کرده اید، این ادعای صرف برای غلبه بر مشکلات کافی نخواهد بود بلکه ضروری است که اطلاعات ویژه از نابرابری های اجتماعی جذب و جمع آوری شود (Arnold and Bell 2001).

پژوهش مشارکتی یک روش تحقیق نیست بلکه بیشتر یک رویکرد است درواقع یک روش کار محسوب می شود. تحقیق مشارکتی می تواند از سطح گسترده ای از روش های تحقیقی چه کمی و چه کیفی استفاده کند. این اصطلاح اغلب به تحقیقی اشاره دارد که از روش هایی استفاده می کند که این روش ها آزمودنی ها را قادر می سازند تا کنار هم جمع شده و در مورد موضوعات به خصوصی با یکدیگر بحث کنند یا رویکردی دوسویه را اتخاذ کرده که طی آن بتوان دیدگاههای آزمودنی ها را مستقیما و به صورت واضح دریافت کرد. مشارکت می تواند به روش های مختلفی نظیر موارد زیر انجام گیرد:

- طراحی برنامه کار برای تحقیق



- روشن سازی تمرکز دقیق تحقیق
- ارتباط با آزمودنی ها از طریق روش های دو سویه
- برقرار کردن کار میدانی ، مصاحبه ها و بحث های گروهی
- تحلیل داده ها ، معنی کردن یافته ها
- پیشبرد یافته ها
- به خدمت گرفتن محققان
- مدیریت تحقیق مثل عضوگیری از گروه های مشاوره ای
- جلب حمایت ها با استفاده از نتایج تحقیق (LAWs ۲۰۰۳)

هر روشی که مورد استفاده قرار می گیرد پیشامدها و عواقب مختلفی را در بر خواهد داشت که باید بدرستی هدایت و رهبری شود .

برای یک پروژه تحقیقی مشارکتی یک دستورالعمل مشترک وجود ندارد . بلکه قضاوت باید بر اساس آگاهی از هدف فعالیت ، منابع موجود ، مهارت افراد دست اندرکار و... باشد . تحقیق مشارکتی از روش هایی بهره می گیرد که برای مشارکت فعال افراد جامعه در مطالعه مفید هستند .

خطری وجود دارد مبنی بر اینکه آنقدر با مفهوم مشارکت به طور مبالغه آمیزی برخورد شود که در نتیجه تصور شود هر چقدر سطح مشارکت اجتماعی در کار تحقیق بیشتر شود نتایج نیز بهتر خواهد شد . اما این مشارکت مضاعف ، هزینه ها و عواقبی را نیز در بر خواهد داشت که حداقل هزینه آن استفاده از وقت اعضای جامعه است . زمان صرف شده توسط افراد جامعه قابل پیش بینی نیست و نمی توان نتایج مثبت کار را کاملاً تضمین کرد (Harper, Jones et al. ۲۰۱۳) .

مانند تمام تصمیم گیری های امر تحقیق ، سطح مشارکت بستگی به هدف نهایی فعالیت خواهد داشت . یکی از تصورات مهمی که از مشارکت ارائه شده است توسط آرشتاین (۱۹۶۹) و هارت (۱۹۹۲) تحت عنوان نردبان مشارکت تعریف شده است . این نردبان از مشارکت زمینی و نمادین آغاز شده و به حضور همه جانبه گروه مورد مطالعه در پروژه منتهی می شود . انواع مختلفی از طرح نردبان ارائه شده است . از امتیازات این طرح آن است که نشان می دهد چگونه برخی از فرآیندها که ادعا می شود از نوع مشارکتی اند در روابط قدرتی دارای حداقل تاثیر یا بدون تاثیر هستند . از سوی دیگر این تصور سلسله مراتبی ، مشکلاتی را به همراه دارد ؛ چرا که اساس این تصور آن است که صرف نظر از شرایط و موقعیت ، مشارکت بیشتر مطلوب تر خواهد بود و هدف نهایی به صورت خود جوش با سازماندهی شدن توسط گروه مورد مطالعه محقق می شود . اما باید دانست که شرایط و موقعیت های فراوانی وجود دارد که این تصور در مورد آنها هدفی کاملاً غیر واقع بینانه می باشد ( Arnstein ۱۹۶۹) . برخی از پروژه های تحقیقی با ارزش ، مشارکت را در مورد یک یا دو جنبه از فرآیند تحقیق در نظر می گیرند و این امر ممکن است تمام آن هدفی را که توسط مسئولان امر مورد نظر است محقق کند . نباید تصور شود که صرفاً مشارکت در فرآیند تحقیق یک هدف مطلوب برای اعضای جامعه است . در شکل ۱-۲ چرخ تحقیقاتی آمده است . در مورد هر کار تحقیقی میزان مشارکت در جنبه های مختلف ارزش گذاری مناسب شده است . دلیل اصلی پر اهمیت بودن مشارکت ، قدرت یافتن افراد اجتماع است . چرخ تحقیق تصور سیر و

حرکت را در ذهن ما می آورد و به ما یادآوری می کند که تحقیق وسیله ای است برای رسیدن به هدف ، نه خود هدف . ذکر این نکته ضروری است که تجربه کار تحقیقاتی مشارکتی زمانی رشد می کند که مردم آموزش هایی در مورد نحوه انجام آن فرا گرفته باشند . لزومی ندارد که به وارد کردن افراد اجتماع در تمامی جنبه های فعالیت تحقیقی به عنوان امری ایده آل نگریده شود چرا که ممکن است این وضعیت در هر شرایطی و موقعیتی مناسب نباشد . در واقع قدرت تصمیم گیری به گونه ای به افراد جامعه منتقل می شود . بنابر این یک مشارکت تاثیر گذار می تواند از طرق مختلف و در مراحل مختلف یک فرآیند انجام گیرد . گاه مشارکت افراد جامعه در یک کار تحقیقاتی می تواند به صورت درخواست آنان در خصوص انجام شدن یک کار تحقیقاتی باشد . گاه مشارکت جهت تعیین نیاز در مورد یک موضوع خاص می تواند به صورت کیفی صورت گیرد گاه مردم جامعه مشارکت خود را به صورت تکمیل یک پرسشنامه نشان می دهند و... ارزش انواع مشارکت های گفته شده یکسان نیست و نباید با یکدیگر مقایسه شوند بلکه هر یک در جایگاه مناسب خود مفید و با ارزش است . باید به خاطر سپرد که تحقیق مشارکتی یک فرآیند همکاری است . افراد حرفه ای و آشنا به این قبیل تحقیقات می بایست از حدود قدرت خود باخبر بوده و با هوشیاری کامل تمام تلاش خود را برای مهیا کردن شرایطی که طی آن افراد جامعه بتوانند سخن بگویند ، اقدام کنند و فعالیت نمایند و.. را فراهم کنند (Laws, Harper et al. ۲۰۱۳).

### تعیین سطح مشارکت

اینکه چه عواملی را باید در تصمیم گیری نسبت به سطح و میزان مشارکت مناسب برای یک پروژه خاص دخیل کرد موضوعی است که به سادگی نمی توان در مورد آن قضاوت کرد و یا با یک چک لیست خاص آن را بازبینی و خلاصه نمود اما چند نکته مهم وجود دارد که باید آن را در نظر گرفت :

اول اینکه در مورد قابلیت و توانایی افراد در پیش فرض های خود زیاد تکیه نکنید . سعی کنید این مورد را با تمرینات توجیهی آزمایش کنید . سوالاتی که از آن ها می پرسید بیشتر می تواند در مورد نحوه حمایت های شما و آنچه که آن ها می خواهند انجام دهند باشد .

دوم اینکه ، یک عامل کلیدی مهم وجود ارتباط سازمان شما با مشارکت کنندگان بالقوه است . چرا که آغاز کردن یک کار تحقیقی مشارکتی در شرایطی که هیچ گونه ارتباطی بین شرکت کنندگان و سازمان وجود ندارد ، نسبت به موقعیتی که حس اعتماد تا حدی بین این دو برقرار شده است مشکل تر خواهد بود . این حس اعتماد معمولاً بر پایه تامین برخی خدمات و با ایجاد همکاری های مثبت و عملی در جامعه شکل خواهد گرفت .

سوم آنکه ، زمان اغلب مهمترین عامل تصمیم گیری در مورد این پرسش هاست . پروژه ای که از نظر زمانی بسیار محدود باشد مشارکت کمتری نیز در بر خواهد داشت . هر جا که ممکن است ، سعی کنید برای تمدید مهلت ها و بالابردن امکان مشارکت بیشتر وارد مذاکره شوید .

عواملی را که باید در تصمیم گیری برای انواع مناسب مشارکت در تحقیق در نظر داشت شامل موارد زیر می باشد :

- تمایل افراد جامعه برای شرکت در فرآیند یا به عبارت دیگر سطح قبول مسئولیت

- موضوعی که سازمان می خواهد در مورد آن تفحص انجام دهد و انطباق آن با مشکلات و موضوعات محلی
  - وجود ارتباط با سایر ذینفعان ، آیا سازمان و بنیادی که در این زمینه فعالیت کند در آنجا وجود دارد؟
  - مدت زمانی که در اختیار است ( هم زمانی که روزانه صرف می شود و هم مهلت اتمام کامل پروژه )
  - سطح حمایت های موجود
  - مهارت های افرادی که با اعضای جامعه کار می کنند
  - مهارت ها و تجارب فعلی افراد جامعه دارد (Laws, Harper et al. ۲۰۱۳).
- اصول نه گانه تحقیقات اجتماع محور مشارکتی :
- جامعه را به عنوان یک هویت واحد در نظر می گیرد
  - بر پایه نقاط قوت و ظرفیتهای بالقوه و ارتباطات متقابل افراد، پایه ریزی می شود
  - مشارکت عادلانه و برابر مشارکت کنندگان را در تمامی مراحل تحقیق تسهیل می کند
  - درگیر سازی فرآیند توانمندسازی و تقسیم قدرت در جهت رفع بی عدالتی اجتماعی
  - ارتقاء فرآیند یادگیری متقابل و توانمندسازی ذینفعان
  - ادغام و دستیابی به تعادل بین تولید علم و انجام مداخلات به منظور ایجاد منافع مشترک جهت تمامی ذینفعان
  - تمرکز بر مشکلات مربوط به بهداشت عمومی با رویکرد اکولوژیک به منظور تشخیص و توجه به تعیین کنندگان چندگانه سلامتی
  - توسعه سیستم با استفاده از فرآیند دوره ای و تکرار شونده
  - انتشار نتایج به تمامی ذینفعان و درگیر نمودن آنها در فرآیند انتشار نتایج ( O'Fallon, Tyson et al. ۲۰۰۰)



اقتباس از : تحقیق برای توسعه - ۱۳۸۹  
 شکل ۲- ۱ : چرخ مشارکت اجتماعی در فرآیند تحقیق

## سلامت روان

نقل قول<sup>۱</sup> بسیار مهم و جالبی در مورد سلامت روان وجود دارد که می گوید؛ هیچ گاه سلامتی بدون سلامت روان وجود ندارد (Health and Abuse 2005).

سازمان جهانی بهداشت سلامت را اینگونه تعریف نموده است: حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط صرف نبود بیماری یا معلولیت (WHO, 2001).

از این تعریف می توان سه نکته اساسی جهت بهبود سلامت روان را استخراج نمود:

- سلامت روان جزء لازم و مکمل سلامت است.
- سلامت روان چیزی بیش از صرف نبود بیماری روانی است.
- سلامت روان به طور بسیار نزدیک و جدایی ناپذیری با سلامت جسمانی و رفتار در ارتباط است.

ولی حتی این تعریف نیز نمی تواند عطش ما به تعریف سلامت و بالاخص سلامت روان را فروکش نماید، به جاست در اینجا نقل قولی از رنه دابوس<sup>۲</sup> داشته باشیم که اذعان می دارد درک ما از سلامت شبیه سرابی پس رونده<sup>۳</sup> است. از دور، چنان به نظر می رسد که دارای مفهومی واضح و روشنی است، اما همچنانکه نزدیک می شویم و در صدد تعریف آن بر می آییم، ماهیت پیچیده و در معرض تغییر آن را بیشتر درک می کنیم. (Rene Dubos, 1961)

اما به راستی سلامت روان چیست؟

چیستی سلامت روان موضوعی است که برای سال های متمادی در میان رشته های علمی مختلف، سیاستگذاران و همچنین کسانی که اختلال در سلامت روان را تجربه کرده اند محلی از اعراب بوده است. اما هیچ گونه پاسخ موجز و مورد قبول همه در این باره وجود ندارد. برخی معتقدند که باید پاسخ صریح و بدون ابهامی به این پرسش وجود داشته باشد اما برخی دیگر این دیدگاه را نپذیرفته و آن را ساده انگارانه و تقلیل گرایانه میدانند و معتقدند که سلامت روان موضوعی پیچیده و نسبی است که به راحتی نمی توان آن را تعریف نمود. یکی از جدیدترین مشکلات در تعریف سلامت روان حسن تعبیری است که ما از بیماری روان در هنگام اشاره به سلامت روان داریم. طبق گفته ترنت راه رهایی از این حسن تعبیر، تصور یک پیوستاری است که در یک انتهای آن سلامت روان و در انتهای دیگر آن بیماری روانی قرار دارد (Herron and Trent 2000).

Mental health.....Mental illness

یا به قول کاکس، سلامت روان در اصل به معنی نبود بیماری روانی است (Cox, 1992).

Mental health=Mental illness

در اینجا در ابتدا برخی از شناخته شده ترین تعریف های ارائه شده در مورد سلامت روان مرور می گردند:

(۱) سلامت روان عبارت است از توانایی زندگی شاد و بهره ور بدون ایجاد مزاحمت (Preston, 1941).

(۲) سلامت روان عبارت است از ظرفیت رشد و پیشرفت فردی (Chwedorowiz, 1992).

<sup>1</sup> - Quotation

<sup>2</sup> . Rene Dubos

<sup>3</sup> . receding mirage

۳) سلامت روان به معنی هماهنگی و هارمونی بین ارزش ها، علایق و نگرش ها با حیطه عمل فرد و در نتیجه برنامه ریزی واقع گرایانه برای زندگی و به کار گیری هدفمند مفاهیم زندگی می باشد. (Neumann et al., 1992)

۴) سلامت روان ، ظرفیت داشتن یک زندگی مطلوب است به گونه ای که ما را قادر می سازد تا پتانسیل های ذاتی خود را شناسایی نماییم (Guntrip, 1961).

۵) سلامت روان در واقع همان تاب آوری عاطفی است که ما را قادر می سازد تا از زندگی لذت برده و در برابر درد، نا امید و غم ، سربلند بیرون آییم. به عبارت دیگر سلامت روان یک معنای مثبت از بهزیستی و یک باور پایه ای راجع به ارزش و شأن خود و دیگران می باشد (HEA, 1996).

اگر بخواهیم بر اساس تعاریف مختلف ارائه شده در مورد سلامت روان قضاوت کنیم به نظر میرسد که سلامت روان به طور عمده از مهارت ها، ویژگی ها و رفتارهایی نظیر :

- توانایی زندگی به طور بهره ور
- توانایی زندگی مطلوب در کامل ترین شکل آن
- توانایی کارکردن، دوست داشتن و همکاری با دیگران
- تطبیق دادن خود با زندگی
- موثر، کارا و در عین حال شوخ طبع بودن
- یا از ظرفیت ها، عواطف یا احساساتی همچون:
- شاد بودن
- راضی بودن
- توانایی رشد و پیشرفت فردی
- دارا بودن تاب آوری عاطفی جهت لذت بردن از زندگی و تحمل درد و رنج
- معنوی بودن
- دارا بودن احساساتی چون اعتماد، چالش پذیری، شایستگی، موفقیت، شوخ طبعی و ... تشکیل شده باشد (O'Hara & MacDonald, 1998).

مسئله جالب در مورد تعاریف ارائه شده چگونگی تاکید آنها بر سلامت روان به عنوان ترکیبی از زندگی هیجانی فرد با اقدامات او در دنیای واقعی است. همانگونه که می بینید بیشتر تاکید بر روی فرد است و هیچ جا اشاره ای به اینکه فرد درگیر یک سری روابط اجتماعی است (تنها به این اشاره شده که فرد قادر است این روابط را داشته باشد) یا اینکه ارزش های شخص برای او از بیرون تعریف شده است (تنها بر ارزشی که خود فرد تعریف می کند تاکید شده) یا اینکه به شخص این اجازه داده شده است تا رشد نماید (تنها به اینکه فرد این توانایی را دارد تا رشد کند اشاره شده) و یا اینکه با او به عنوان موجودی که دارای هوش عاطفی است رفتار میشود اشاره نشده است (تنها به این اشاره شده که فرد دارای هوش عاطفی حساس است). به طور خلاصه باید گفت که در این تعاریف هیچگونه تاکید و تاییدی بر شرایط و فرایندهای اجتماعی که در سلامت روان فرد موثر هستند نشده است و حتی بر نیاز افراد به این موارد هم اشاره ای نشده است.

### مدل پاتوژنیک (آسیب شناختی) سلامت روان

همه این تعاریف، نمایانگر دیدگاهی هستند که به دیدگاه پاتوژنیک از سلامت روان معروف است. یکی از مشکلات این دیدگاه این است که نقطه آغاز در آن برای تشخیص و مداخله، نقطه نظر کسانی است که دانش و تاثیر لازم جهت تصمیم درباره چستی سلامت روان و تعریف افراد بیمار را دارا می باشند، این در حالی است که اگر هدف نهایی ما ارتقاء سلامت روان است یکی از اصول ارتقاء سلامت این است که نقطه آغاز ما باید جایی باشد که مردم در آن قرار دارند. نکته دیگر این است که این مدل پاتوژنیک منجر به ناتوانی بیماران میگردد و سبب وابستگی آنها به درمان کسانی می گردد که آنها را بیمار نامیده اند. یکی دیگر از مهمترین مشکلات دیدگاه پاتوژنیک تمرکز آن بر این مطلب است که چه چیزی افراد را بیمار می کند نه اینکه چه چیزی افراد را سالم میسازد و یک مدل بسیار مکانیکی و کوتاه بینانه را از انسان ارائه می دهد، مسئله ای که آنتونوسکی به شدت در برابر آن موضع میگیرد و برابر دانستن انسان یا شناخت او از طریق یک آسیب، ناتوانی یا ویژگی خاص یا یک مجموعه از ریسک فاکتورها را غیر قابل قبول می داند (Antonovsky, 1984).

شاید قویترین استدلال بر علیه مدل پاتوژنیک، آنست که درمان و پیشگیری بیماری در افراد، موثرترین شیوه بهبود سلامت جوامع است. این مدعا مورد چالش قرار گرفته زیرا که از توجه به تعیین کننده های سیستمیک سلامت (تعیین کننده های محیطی، اجتماعی، اقتصادی) طفره رفته و یا آن ها را نادیده می گیرد. در واقع این رویکرد برای کسانی که سالم هستند برنامه ای ندارد و منتظر است تا آنها بیمار گردند و سپس اقدامی انجام دهد. لذا این نظریه امکان دفاع از این نظر را که سلامت روان در واقع همان عدم وجود بیماری روانی است را فراهم نمی آورد (Cattan and Tilford 2006).

اگر ما بپذیریم که "بیماری روانی" بیشتر مفهومی است که در طول زمان تصدیق و تایید شده و کمتر یک واقعیت ارگانیک و عینی است خواهیم دید که حداقل برخی از بیماری های روانی واکنش طبیعی انسان ها به زندگی در شرایط آسیب زا (شرایط استرس زا) می باشند و آسیب ایجاد شده تقصیر افرادی نیست که در آن شرایط زندگی می کنند (Cattan and Tilford 2006).

ویلکینسون معتقد است که احساس محرومیت، خشم، تلخ کامی و بیچارگی یا پرخاشگری همه پاسخ هایی قابل درک به مصائب اجتماعی، اقتصادی و مادی هستند که افراد مجبورند در آن زندگی کنند و اگر جامعه به گونه دیگری سازمان یافته بود احتمالاً این امکان برای آنها وجود داشت تا از سلامت روان بهتری برخوردار باشند (Wilkinson, 1996).

از سوی دیگر بی شک تفاوت های آشکار و فاحشی بین جوامع وجود دارد و در نتیجه سطح عمومی سلامت روان نیز از جامعه ای به جامعه دیگر متفاوت است و این خود سبب تفاوت در معنای سلامت روان در این جوامع گشته است (Wilkinson, 1996 and 2005).

در حقیقت رویکرد فردگرایانه<sup>۱</sup> به سلامت روان و بیماری روانی توسط نویسندگان مختلف غربی تعریف شده است که پژوهی است از ارزش های فرهنگی، هنجارها و جهت گیری آکادمیک خود آنهاست، در حالی که در سایر فرهنگ ها چنین تأکیدی بر فرد را هنجار نمی دانند. این گوناگونی در تعریف فرهنگی نشان دهنده این است که هیچگونه تعریفی که خالی از بار فرهنگی (culture-laden free) باشد وجود ندارد. تا این جا این موضوع مورد توجه قرار گرفت که سلامت روان هرچه بیشتر باید به طور فرهنگی و اجتماعی تعریف شود تا فردی، و اینکه هنجارهای اجتماعی و فرهنگی آن را تحت تاثیر قرار داده، ارزش های اجتماعی چگونگی پاسخ به آن را دیکته نموده، اقدامات اجتماعی غنا و تنوع آن را نشان داده و تعاملات اجتماعی معنای آن را تولید و بازتولید می نمایند، حال مروری خواهد شد بر برخی نظریه های سلامت روان.

### مدل سلامت زایی سلامت روان

همانگونه که ذکر شد رویکرد پاتوژنیک (آسیب شناختی) سلامت را به عنوان نبود بیماری و درمان (همچون درمان دارویی)<sup>۲</sup> را به عنوان یک سیستم آلوپاتیکی<sup>۳</sup> از نیروهای متضاد می داند که هدف آن اصلاح بیماری است. این دیدگاه یک دید تقلیل گرایانه و مکانیکی است که مسئله را به پاتوژن ها (آسیب زاها) و ریسک فاکتورها تقلیل می دهد. نظریه ای که این بحث را در جهت دیگری تغییر می دهد نظریه سلامت زایی<sup>۴</sup> نامیده می شود. اصطلاحی که اولین بار توسط آرون آنتونوسکی ارائه شده است. این نظریه پیشنهاد می کند که ما باید آن افرادی را مد نظر بگیریم که علی رغم بالا بودن ریسک فاکتورها سالم باقی مانده اند. چه چیزی در باره آنها متفاوت است؟ آنها چگونه با مسائل کنار می آیند؟ چه عواملی در این سازش به آنها کمک می نماید؟ چرا برخی از افراد بهتر از دیگران سازش پیدا می کنند؟ دیدگاه سلامت زایی، سلامت را به عنوان یک پیوستار<sup>۵</sup> در نظر می گیرد که هر فردی در یک نقطه ای از این پیوستار قرار دارد به گونه ای که هر فرد تا حدی از سلامت برخوردار است (Antonovsky 1987). این دیدگاه درمان را به عنوان افزایش مکانیسم های کنار آمدن و سازش نه تنها برای یک بیماری خاص بلکه برای کل جامعه در نظر می گیرد که به افراد کمک می کند تا در این پیوستار سلامت- بیماری به سمت پایانه سلامت حرکت نمایند. آنتونوفسکی معتقد است که پزشکی امروز سرگرم تلاش بسیار متبحرانه و تکنولوژیک جهت نجات مردم در حال غرق شدن در یک رودخانه خروشان است و اصلاً به اینکه چه چیزی یا چه کسی در حال غرق کردن این افراد است توجه نمی کند. او این اقدام را نقد کرده و معتقد است که ما باید به دنبال بررسی شرایط رودخانه ای باشیم که مردم در آن در حال شنا هستند و در واقع سوالی که برای او بسیار جالب به نظر می رسد این است که چرا عده ای از مردم در این رودخانه زندگی<sup>۶</sup> اینقدر خوب شنا می کنند و چرا عده ای علیرغم وجود خطرات بسیار زیاد زنده میمانند و دیگران غرق می شوند. آنتونوفسکی بر اساس تحقیقاتش، گستره ای از فاکتورهایی را که به نظر می رسد به مردم در سازش و زنده ماندن کمک می

<sup>1</sup> - Individualistic

<sup>2</sup> - Pharmaceutical

<sup>3</sup> - Allopathic system

<sup>4</sup> - Salutogenesis

<sup>5</sup> - Continuum

<sup>6</sup> - River of life



نمایند، شناسایی نموده است. او این فاکتورها را منابع تعمیم یافته مقاومت<sup>۱</sup> نامیده است. این عوامل داشته های یک فرد یا یک جمع می باشند که کنار آمدن با استرس زاهای ذاتی زندگی انسان را تسهیل می کنند. چیزی که به نظر می رسد تمام این منابع در آن مشترکند حس انسجامی<sup>۲</sup> است که این منابع ایجاد می کنند. آنتونوفسکی معتقد است که این منابع سبب ایجاد تجاربی در زندگی فرد می شوند که دنیا را برای فرد به لحاظ شناختی، ابزاری یا هیجانی معنا دار می کنند. او بیان می دارد که این معنا دار ساختن، فاکتوری مهم در حرکت به سمت سلامت می باشد.

آنتونوفسکی معتقد است که معنا داری از بیشترین اهمیت برخوردار است و سلامت زایی به تجربه یک حس قوی از انسجام وابسته است (Antonovsky, 1990).

در حقیقت حس انسجام یک سازه نظری است که نقش اساسی را در توضیح نقش استرس در عملکرد انسان بازی می کند. فراتر از عوامل استرس زای خاصی که یک فرد ممکن است در زندگی با آن ها روبرو گردد و همچنین گذشته از درک و پاسخ شما به این حوادث، چیزی که تعیین می کند آیا این عوامل سبب آسیب شما خواهند شد یا خیر این است که آیا آنها حس انسجام شما را به مخاطره می اندازد یا نه (Antonovsky, 1979). نکته بسیار مهم این است که آنتونوفسکی معتقد است که این عوامل در کنار فردی بودن، اجتماعی نیز می باشند. (Mima Cattan & Sylvia Tilford, 2006).

در رابطه با سلامت روان نیز باید گفت که این حس انسجام برای سلامت روان حیاتی بوده و ظرفیتی را برای پاسخگویی انعطاف پذیر به عوامل استرس زا را فراهم میکند (Scheier & Craver, 1992).

### الگوی ده جزئی مک دونالد و اوهارا<sup>۳</sup>

نقطه شروع تحلیل مک دونالد و اوهارا، تحلیلی است که توسط آلبی<sup>۴</sup> و رایان فین<sup>۵</sup> ارائه شده است. آلبی و رایان در تحقیقی فاکتورهایی را که سبب کاهش یا افزایش بیماری روانی می شوند را مورد بررسی قرار داده اند و نتایج تحقیق خود را در فرمولی<sup>۶</sup> برای پیشگیری از بیماری روانی ارائه داده اند:

$$\text{Mental illness} = \frac{\text{Organic factors} + \text{Stress} + \text{Exploitation}}{\text{Coping skills} + \text{Self esteem} + \text{Social support}} \quad (1-2)$$

بر اساس این فرمول (۱-۲) بیماری روانی را می توان از طریق کاهش اجزاء صورت کسر و یا افزایش عناصر مخرج کسر نظیر عزت نفس یا حمایت اجتماعی ارتقاء داد.

نظریه های دیگری نیز به دنبال این تاکتیک شناسایی اجزاء یا عوامل موثر در سلامت روان ارائه شده اند، برای مثال ترنت لیستی<sup>۵</sup> جزئی از حس های مربوط سلامت روان را ارائه داده است که عبارتند از حس اعتماد، چالش پذیری، لیاقت، موفقیت و شوخ طبعی (Trent, 1993). به همین منوال سایر مواردی از این قبیل را نیز می توان یافت اما هیچ یک از آنها، عناصر ساختاری گسترده تر را شامل نمی شوند.

<sup>1</sup> - Generalized Resistance Resources(GRRs)

<sup>2</sup> - Sense Of Coherence(SOC)

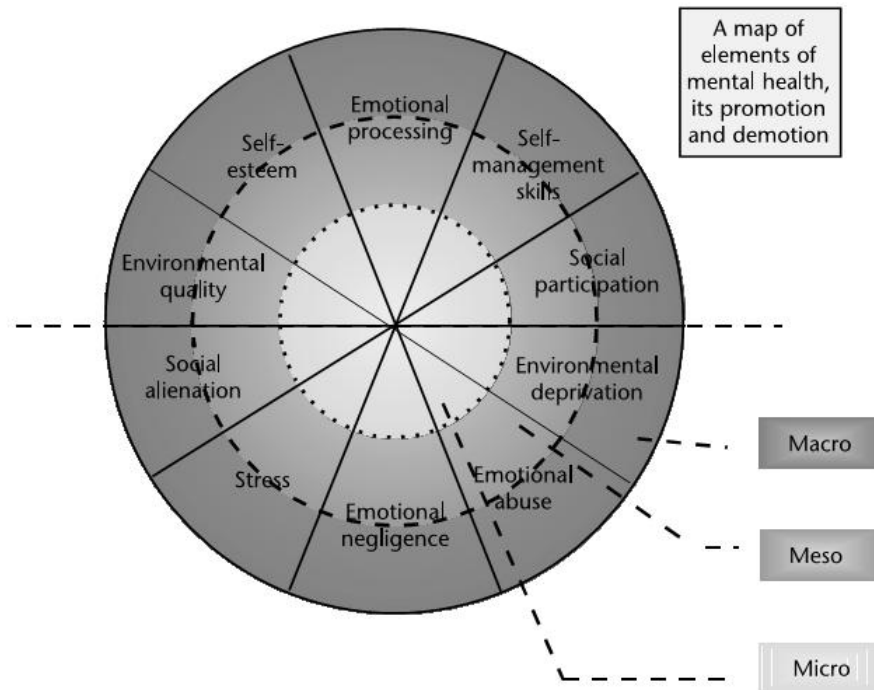
<sup>3</sup> - MacDonald and O'Hara's Ten Element Map

<sup>4</sup> - Albee

<sup>5</sup> - Ryan Finn

<sup>6</sup> - Formula

بر اساس تحلیل آلبی و فین، مک دونالد و اوهارا مدل ده جزئی سلامت روان را ارائه داده اند که بر طبق آن سلامت روان را می توان از طریق افزایش عناصر بالای نقطه چین و کاهش عناصر پایین آن ارتقاء داد (شکل ۲-۲).



شکل ۲-۲. مدل ده جزئی مک دونالد و اوهارا

مک دونالد و اوهارا معتقدند که به سه طریق میان این عناصر تعامل و ارتباط درونی متقابل وجود دارد: اول اینکه میان این اجزاء همپوشانی وجود دارد، دوم اینکه تجارب مربوط به یک جزء می تواند بر سلامت روان در سالهای بسیار بعد از آن تاثیر بگذارد یعنی یک تعامل تجمعی<sup>۱</sup> در کار است و سومین جنبه از این ارتباط درونی بر این موضوع ناظر است که همه این ده جزء می توانند در سه سطح روی دهند: سطح خرد<sup>۲</sup>، میانی<sup>۳</sup> و کلان<sup>۴</sup>. نکته قابل توجه در مورد مدل مک دونالد و اوهارا، توجه آنها به عوامل اجتماعی و ساختاری در کنار عوامل فردی است.

### سلامت روان مثبت<sup>۵</sup>

اگرچه توافق گسترده ای وجود دارد که سلامت روان چیزی بیش از نبود بیماری روانی به لحاظ کلینیکی است بحث پویایی نیز در مورد اینکه چه عناصر لازم یا کافی سلامت روان مثبت را شکل می دهند وجود دارد. سلامت روان مثبت را بهزیستی روانی<sup>۶</sup> نیز می نامند.

<sup>۱</sup> - Cumulative

<sup>۲</sup> - Micro-level

<sup>۳</sup> - Meso-level

<sup>۴</sup> - Macro-level

<sup>۵</sup> - Positive mental health

<sup>۶</sup> - Mental wellbeing

متون مربوط به سلامت روان بین دو بعد بهزیستی روانی تمایز قائل می شوند، ترکیب این دو بعد را گاهی شکوفایی<sup>۱</sup> نیز می نمایند (Keyes, 2002).

سایر تعاریف مربوط به سلامت روان مثبت عبارتند از :

- خوشی و لذت<sup>۲</sup>: احساسات مثبت یا عاطفه مثبت (بهزیستی ذهنی، رضایت از زندگی، شادی)
- اتودمونیک<sup>۳</sup>: عملکرد مثبت (تعهد، اجرا، حس معنا داری، بهزیستی اجتماعی) (Carlisle, 2006; Samman, 2007).

بعد از ارائه تعاریف و رویکردهای مختلف در مورد سلامت روان، اکنون در این بخش به سراغ تبیین های متفاوتی میرویم که در باره اختلالات روانی ارائه شده است، اگرچه که هدف کلی ارتقاء سلامت روان می باشد، در نهایت نیز تاکید روز افزون بر رویکرد اکولوژیک در برخورد با مشکلات جوامع انسانی ارائه خواهد گردید که به نظر می رسد در تحقق هدف ارتقاء سلامت روان بسیار مفید فایده باشد.

### تبیین های متفاوت در باره اختلالات روانی

قطعا هر فردی که از نوعی اختلال روانی رنج می برد دارای تاریخچه شخصی خاص خود و برخی تجربه هاست که می تواند برای تبیین منشاء اختلال او به کار می رود. دوران کودکی ناخوشایند، مادران خشن و سابقه اختلال در خانواده غالبا ممکن است به اختلالات کنونی منجر شود. در عین حال این امکان نیز وجود دارد که تجارب مشترکی در بین این افراد باشد که با اختلال آنها در ارتباط باشد. بنابراین ریشه مشکلات شخصی ممکن است در مجموعه ای از شرایط اجتماعی باشد که چنین تجربیات مشترکی را به وجود آورده است. مشکلات اجتماعی در ارتباط است.

توجه به معیارهای کنونی در مورد علل بیماری روانی و شیوه های درمان اختلالات نشان دهنده رویکردی است که بر فرد به عنوان خود موضوع تاکید دارد، این نوع نگاه تحت عنوان نگاه پزشکی<sup>۴</sup> شناخته می گردد. از نظر فوکو، نگاه پزشکی از یک سو اختلال را ناشی از بیماری و فرد- محوری و از سوی دیگر قابل درمان می داند. (فوکو، ۱۹۷۳)

نکته مشترک در همه این دیدگاهها اهمیت نسبی محیط و زمینه اجتماعی به عنوان یک عامل آشفستگی روانی، و تاکید بر ویژگی های فردی است که از اهمیت بسیاری برخوردارند. در اینجا بر عوامل خطرزایی تاکید می شود که در سطح فردی به طور بالقوه قابل کنترل هستند (لینک و فلان، ۱۹۹۵)

### تبیین زیست شناختی اختلال روانی

این الگو مبنی بر این عقیده است که بیماری روانی یک بیماری جسمانی است (Frazer & Winokur, 1977) که در مغز تجلی می یابد (Lickey & Gordon, 1991).

1 - Flourishing

2 - Hedonic

3 - Eudemonic

4 - Medical Gaze

مغز به عنوان مرکز رفتار تلقی می شود و رفتار از کنش و واکنشهای پیچیده ساختار مغز و فعل و انفعالات شیمیایی و الکترونیکی درون آن حاصل می شود و هرگونه اختلالی در این مقوله ها سبب اختلال در رفتار می گردد. این تبیین در اغلب موارد به بیماری هایی تحت عناوین اختلالات خلقی (نظیر افسردگی و اختلال دوقطبی)، اسکیزوفرنی، اختلالات حافظه (نظیر آلزایمرها) و اختلالات اضطرابی محدود می شود. طرفداران تبیینهای زیستی حساسیت چنین حالاتی نسبت به دارو درمانی را شاهی بر اعتبار جایگاه آنها ذکر می کنند. اما همان گونه که میکروفسکی و راس اشاره می کنند دارو درمانیها ممکن است علائم اختلال را تسکین دهند اما عوارض را برطرف نمی کنند. در الگوهای زیستی نقش محیط به تاثیراتی محدود می شود که چنین عوامل محیطی بر ساختار، شکل گیری و کارکرد مغز دارند. مفهوم "فروپاشی" معنای فیزیکی مستقیمی دارد که در آن مغز "فروپاشیده" بیماری روانی را توجیه می کند. مطابق این رویکرد، بیماری به عوامل رشد عقلی یا عوامل شخصیتی و یا به زمینه های اجتماعی فرد مربوط نمی شود و این عوامل به لحاظ علی کاملاً فاقد اعتبارند. (مارک تاسیگ، ۱۳۸۷)

### تبیین روانشناختی اختلال روانی

در الگوی تبیین چند علیتی اختلالات روانی، جزء روانی به طیف وسیعی از نظریه های خاص و درمانهایی اطلاق می گردد که متأثر از روانشناسی فروید است. این رویکردهای نظری شامل روانکاوی، نظریه های غیر فرویدی مربوط به رشد و نظریه های شناختی می گردد. آنها به طور مشترک این عقیده را مطرح می کنند که رفتار را می توان بر اساس فرایندهای روانشناختی خودآگاهانه و یا نا خودآگاهانه تبیین کرد و نه بر اساس فرایند های زیستی. این نظریه ها مجزا بودن جسم و ذهن را می پذیرند. ذهن طی مراحل رشد و توسعه می یابد و اختلال ذهنی را می توان بر اساس اختلال در رشد که از رویدادهای تکان دهنده دوران کودکی یا سایر اختلالات در طی مراحل رشد نشئت می گیرند، مشخص کرد.

رویکرد روانکاوی بر این تفکر مبتنی است که انسانها از مجموعه ای از انگیزه های غریزی (و از این رو عمدتاً نا آگاهانه) برخوردارند که از طریق تعامل با جهان بیرون تحقق می یابند. در حالی که فرد به طور طبیعی رشد می کند، مراحل مختلفی را طی می کند که عمدتاً منجر به افزایش تعادل میان نیازهای روانی و عوامل محیطی ارضاء کننده نیازها می گردد. اختلال حاکی از عدم موفقیت در پشت سر گذاشتن صحیح مراحل رشد است. اشکال در رفع نیازها در طی یک مرحله خاص رشد روانی- جنسی، به بروز اختلالات در روابط میان بخشهای ناخودآگاه (نهاد، من، من برتر) منجر می شود که در افراد بالغ به صورت اختلال روانی ظاهر می شود. تبیین های روان پویانه نیز تقریباً در همین راستا حرکت کرده و بسیار فرد گرایانه می باشند به نحوی که داده ها و اطلاعات در زمینه توزیع اجتماعی اختلال<sup>۲</sup> به ندرت به وسیله درمانگران روان پویایی گردآوری می شود. نظریه های شناختی اختلال روانی رویکردهای متنوع دیگری برای تبیین بیماری روانی ارائه میدهند. آنها از این لحاظ با نظریه های تکامل روان پویایی متفاوتند که تمرکز آنها بر روی فرایند های فکری آگاهانه است. فرضیه اصلی رویکرد های شناختی در زمینه اختلال این است که اختلال از خطاها و لغزش ها و تحریف هایی در فکر کردن

<sup>1</sup> - Breakdown

<sup>2</sup> - Social distribution of disorder

به وجود می آید که منجر به رفتاری می گردد که در شرایط واقعی زندگی نادرست است. روانشناسی شناختی بر این اعتقاد است که افراد مبتلا به اختلالات روانی از اثرات سوء عقاید انحرافی مبالغه آمیز، غلط یا غیر واقعی در مورد جهان و شیوه کار آن رنج میبرند (Freeman et al, 1999). اگرچه این پنداشت های غلط ممکن است ناشی از عوامل زیستی، رشد یا یادگیری باشد، اما روانشناسی شناختی به تعیین منشاء اهمیت چندانی نمی دهد و تنها در پی رفع مشکل فعلی فرد است (مارک تاسیگ ۱۳۷۸).

### تبیین های اجتماعی اختلال روانی

عنصر اجتماعی در تبیین های اختلالات روانی به پدیده یادگیری اجتماعی و خصوصا به رویکردهای رفتاری اختلال روانی اطلاق می گردد. تبیین های رفتار گرایانه، اختلال روانی را حاصل فرایندهای بیماری یا فرایندهای روانی قلمداد نمی کنند (Bandora, 1969) بلکه رفتار را واکنشی آموخته شده تلقی می کنند که طی آن فرد در شرایط خاصی برای انجام رفتاری شرطی می گردد. رفتار انحرافی ای که بتواند به عنوان نشانه ای از بیماری روانی تلقی شود صرفا بیانگر رفتار آموخته ای شده است که از انتظارات اجتماعی هنجارمند متمایز است. این تبیین ها نقش فرایندهای آگاهانه و نا آگاهانه و نیز عوامل زیستی یا ژنتیکی را که در ایجاد رفتار اهمیت دارند انکار می کنند. شکل درمانی به کار گرفته شده نیز "اصلاح رفتار" نامیده می شود. بعد اجتماعی این الگو بیانگر عنصر اجتماعی واقعی نیست بلکه تاکید است بر واکنش اجتماعی نسبت به یک رفتار شرطی شده و حرفی از عوامل اجتماعی موثر در شکل گیری اختلال روانی در میان نیست.

### جایگاه تبیین های جامعه شناختی

نقش رویکرد جامعه شناسی در مورد اختلالات روانی به توانایی آن در ارائه تبیینی منصفانه از علل اختلال بر می گردد. بینش اساسی حاصل از تبیین جامعه شناختی اختلال این است که فرصت ها و محدودیت های روزمره زندگی (که از طریق موقعیت فرد در سلسله مراتب اجتماعی و نقشهایی که به او محول می شود) می تواند برای پیش بینی میزان آشفتگی فرد مورد استفاده قرار گیرد. چنین تبیینی است که برخی اوقات به نظر غیر منطقی می رسد. واقعا چگونه می توان افکار و رفتارهای عجیب و غریب یا نامأنوس را به نابرابریهای ساختارمند نسبت داد؟ چگونه ممکن است این علائم اختلال را در فردی مشاهده کرد در حالی که در فرد دیگری که از نظر جامعه شناختی مشابه اوست، چنین علائمی مشاهده نمی شود؟ به نظر می رسد فرد به طور اجتناب ناپذیری قربانی ساختار اجتماعی می گردد، بدون هیچگونه مسئولیت فردی یا امکان گریز از آن و نهایتا اینکه اگر تبعیض جنسیتی دلیل اختلال باشد چگونه می توانیم فرد دچار اختلال را درمان کنیم؟ اما فرایند جامعه شناختی استرس نیز تبیینی کاملا منطقی است. آیا تعجب آور است که یک مادر جوان تنها، با تحصیلات اندک که شغل خسته کننده ای با درآمد پایین دارد دچار افسردگی شود؟ در این شرایط آیا منطقی است که بگوییم مغز وی ناقص است یا شناخت های او نادرست اند؟ کلید درک نقش و جایگاه تبیینی جامعه شناسی، تشخیص این مسئله است که افراد به طور هم زمان هم موجوداتی روانی و هم موجوداتی اجتماعی هستند. آنها دارای تاریخ فردی و تجارب خاص خود هستند، اما در طیف وسیعی از تاریخها و تجربیات گوناگون نیز با یکدیگر مشترک هستند.

<sup>1</sup> - Behavior Modification

آنچه مشترک است (مانند تبعیض نژادی) ممکن است به طور مستقیم به احساس آشفتگی روانی منجر گردد (مارک تاسیگ، ۱۳۷۸).

لینک وفلان این امر را عوامل خطر زمینه ساز<sup>۱</sup> نامیده اند. آنها معتقدند که بیماری نمی تواند صرفاً بر حسب عوامل اولیه و مستقیم آن بیماری شناخته شود. لازم است بافتار اجتماعی ای که آن عوامل مستقیم خطر را به وجود آورده اند را نیز بشناسیم (Link & Phelan, 1995).

رویکرد جامعه شناختی روانی و یا شاید بهتر است گفت اپیدمیولوژیک اجتماعی، معتقد است که ساختار اجتماعی دارای دو بعد است؛ یکی طبقات و پایگاههای اجتماعی که منعکس کننده میزان دسترسی افراد به منابع اجتماعی با ارزش از قبیل پول، تحصیلات و ... است (Bela, 1978).

بنابراین مردم ممکن است بر اساس درآمدشان، از آنها که ثروت و درآمد بسیار زیادی دارند تا کسانی که درآمد کمی دارند و گاهی در حد هیچ دارند طبقه بندی شوند. این رویکرد معتقد است که افراد با درآمد بالا از منابعی برخوردارند که با بهره گیری از آنها در مواقع بروز بحران در زندگیشان بهتر می توانند با شرایط مواجه شوند. تا حدی که پول بتواند خوشبختی بیاورد مردم ثروتمند آسان تر می توانند خوشبختی را بدست بیاورند. در مورد تحصیلات، نژاد و جنسیت نیز چنین طبقه بندی وجود دارد. تحقیقات نشان می دهند افرادی که در سطوح پایین قشر بندی اجتماعی قرار می گیرند، از نابسامانی عاطفی بیشتری رنج میبرند (مارک تاسیگ، ۱۳۷۸).

دوم اینکه، ما همچنین در ساختارهای اجتماعی که توسط نقش های اجتماعی معین می شود، از قبیل همسر بودن، پدر یا مادر بودن و ... جای داده شده ایم و متعهدیم به آنها عمل کنیم. نقشها و ترکیبی از نقش هایی که ما ایفا می کنیم ممکن است منشاء فشار روانی باشد (Perlin, 1983).

بنابراین سهم اصلی رویکرد جامعه شناختی این است که روشن می سازد چگونه ویژگی های پایگاهی و نقش های اجتماعی فرد به عنوان مولفه های ساختار اجتماعی بر میزان آشفتگی روانی فرد تاثیر می گذارد.

<sup>1</sup> - Contextualizing risk factors

## نیاز به یک رویکرد اکولوژیک<sup>۱</sup>

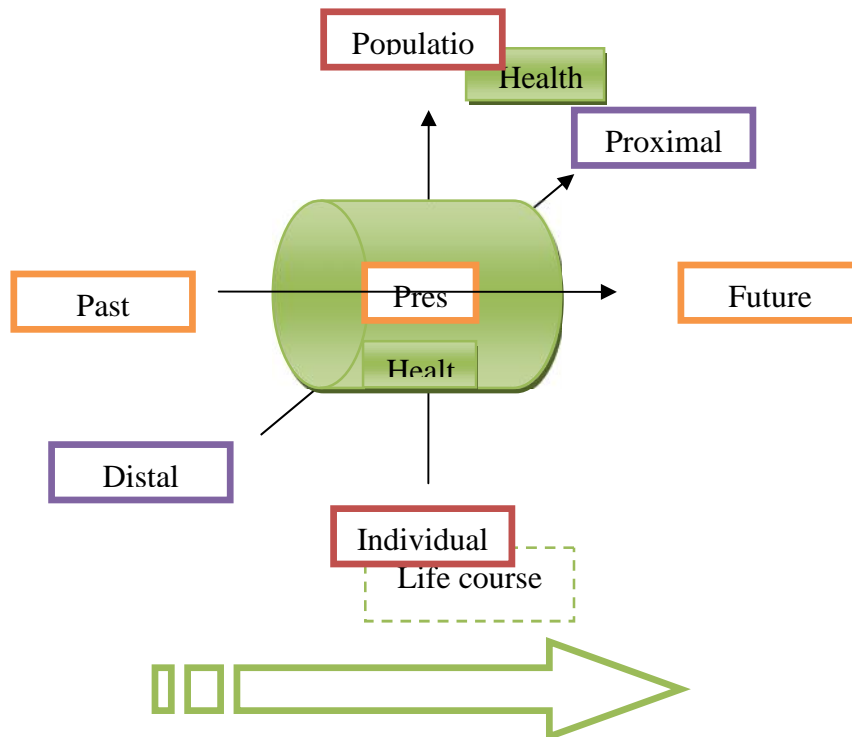
این تأکیدی که در این جا بر رویکرد اکولوژیک می شود را می توان به بهترین حالت به تعبیر تغییر پارادایم توماس کوهن فیلسوف علم قرن بیستم ارتباط داد. توماس کوهن معتقد است که آنچه سبب پیشرفت های عظیم علمی در طول تاریخ علم شده است تغییرات پارادایمی صورت گرفته است، تغییرات پارادایمی که نحوه نگرش ما به جهان و همچنین سوالات نیازمند جواب و روش پاسخگویی به این سوالات را تغییر داده است (توماس کوهن، ۱۳۸۳).

در عرصه سلامت نیز به نظر می رسد که شاهد تغییر پارادایمی عجیبی می باشیم، به گونه ای که دیدگاه صرف پزشکی کم کم عقب نشینی کرده و سایر رشته های علمی همچون علوم اجتماعی، روانشناختی، جغرافیا و... راه خود را به عرصه سلامت باز کرده اند. سوالاتی که این رشته ها در این عرصه می پرسند کاملاً متفاوت و جدید بوده و پاسخ به آنها نیز روش های جدید و نوی را می طلبد. اینکه عوامل ساختاری سلامت ما را تحت تاثیر قرار می دهند و چگونگی آنها موضوع مباحثی است که در این تغییر پارادایمی دیده می شود. نانسو کریگر<sup>۲</sup> و مروین ساسر<sup>۵۸</sup> این پارادایم جدید را دیدگاه اکولوژیک- اجتماعی<sup>۳</sup> نامیده اند که در آن انسان به عنوان یک گونه در میان سایر گونه ها در حال رشد و تکامل است و ارتباط بسیار پیچیده ای در میان سطوح مختلف از کهنترین آن یعنی ژن و سلول تا مهمترین آن یعنی جامعه به عنوان یک داربست<sup>۴</sup> وجود دارد، استعاره ای که ساسر آن را جعبه های چینی نامیده که هر جعبه اشاره به یکی از سطوح متعامل (سلول، فرد، خانواده، اجتماع و جامعه) دارد (Nancy Krieger, 2000).

آنتونی مک مایکل نیز بر ظهور این پارادایم تأکید کرده و آن را به بهترین شکل در تصویر زیر خلاصه نموده است (شکل ۳-۲):

---

<sup>1</sup> - Ecological approach  
<sup>2</sup> - Nancy Krieger  
<sup>3</sup> - Eco-social approach  
<sup>4</sup> - Scaffold



شکل ۲-۳: رویکرد اکولوژیک ارائه شده توسط آنتونی مک مایکل (McMicheal, 1999)

همان گونه که آلبی بیان میدارد "هیچ اختلال فراگیری که نوع انسان را مبتلا می کند، تا کنون از طریق درمان افراد درگیر، کنترل یا ریشه کن نگشته است" (Albee, 1992). بلین و همکارانش نیز معتقدند که "امروزه درک فزاینده ای وجود دارد که موثرترین تعیین کننده های سلامت در اجتماعات امروزی در شرایط و ویژگی های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی یافت می شوند و سلامت حتی در جوامع متمول به شدت به شرایط اجتماعی و اقتصادی حساس است (Blane and et al, 1996). در این رویکرد کمتر فردی و بیشتر اجتماعی- اکولوژیک، این امر بیشتر آشکار می شود که در اینجا این نابرابری های ایجاد شده از طریق انزوای اجتماعی، محیط های استرس زا، محرومیت زیست محیطی و افت دائمی زندگی عاطفی است که اهمیت می یابند. پرفسور سایم که او را یکی از بنیانگذاران دیدگاه اقتصادی- اجتماعی در سلامت می دانند نیز رویکرد فردگرایانه را بسیار محدود می شمارد زیرا که کاری در باره نیروهایی که مشکلات ما در درجه اول ناشی از آنها بوده و هر روزه در حال ایجاد قشر جدیدی از افراد در معرض خطر هستند، انجام نمی دهد (Syme, 1996). در حیطه سلامت روان نیز تعداد قابل ملاحظه ای از متون بر نواقص ارتقاء سلامت جامعه از طریق مداخلاتی که بر افراد متمرکز شده اند اشاره نموده اند (McKeown, 1976). مطالعه حاضر در مرحله کیفی گامی در راستای مشخص نمودن پارادایم سلامت روان می باشد.



## مدل تحلیلی در فاز کیفی

### پژوهش نظریه بسترزاد

در طول میلیونها سال که از حضور بشر در عرصه گیتی می گذرد همواره "دانستن" چالش بر انگیزترین مسئله او بوده است. تلاش انسان برای توفیق بر پدیده ها و حوادث زندگی او را با هزاران سوال روبرو ساخت و انسان در طول حیات خود آموخت که پاسخ دادن به این سوالات از دریچه های مختلفی چون آزمون و خطا، سنت، استدلال، نظراندیشمندان و بالاخره تحقیق، عملی است. در این میان تحقیق به عنوان راه حل منظم بیشترین توجه بشر را تا کنون به خود معطوف داشته است.

تا چند دهه گذشته تصور می شد علم به گونه منحصر به فردی کمی است و موفقیت روشهای تحقیق کمی مرهون اندازه گیری، تحلیل، تکرار دوباره و کار برد دانش بدست آمده در این پارادایم<sup>۱</sup>، می باشد. با این حال در سالهای اخیر دانشمندان در اندازه گیری برخی پدیده ها دچار چالش شده اند. نا توانی یا عدم رضایت از اندازه گیری برخی پدیده ها بخصوص در ده سال اخیر علاقه شدیدی در بکار گیری روشهای کیفی در مطالعات مربوط به پدیده های انسانی، ایجاد کرده است. برخی از ابعاد ارزشها، فرهنگ و روابط انسانی را نمی توان با استفاده از مطالعات کمی کاملاً توضیح داد (Corbin and Strauss 2008).

پژوهش کیفی به مطالعه پدیده های انسانی ریشه گرفته در بستر علوم اجتماعی می پردازد. پژوهش کیفی می تواند نقش موثری در روشن سازی حیطه های ابهام آمیز و ناشناخته داشته باشد. پژوهش کیفی بهترین روش برای توصیف تجربیات زندگی و فرآیندهای اجتماعی اساسی موجود در آن ها است. پژوهش کیفی راهی برای کسب بینش و بصیرت از طریق اکتشاف معانی است. این بصیرت به واسطه ی یافتن رابطه علت و معلولی کسب نمی شود، بلکه به واسطه ارتقاء ادراک ما از کل به دست می آید. در یک چارچوب کل نگر، پژوهش کیفی وسیله ای برای کاوش عمیق، غنی و ذاتا پیچیده پدیده هاست (Burns and Susan ۲۰۰۵).

کرسول<sup>۲</sup> معتقد است مطالعه کیفی عبارت است از فرایند تحقیق به منظور درک مسائل انسانی و یا اجتماعی بر مبنای تصویر کلی از آنها، که در موقعیت طبیعی آن موضوع به اجرا در می آید. تحقیق کیفی شکلی از تفحص اجتماعی است که به تفسیر و درک راه و روش تجربه دنیایی که انسانها در آن زندگی می کنند، می پردازد (Corbin and Strauss 2008). این نوع تحقیقات بر رویکرد محقق نسبت به تفسیر واقعیات اجتماعی و نوع توصیف افراد از تجارب موجود انسانی تمرکز دارد (Holloway 2009).

پارادایم و یا به عبارتی منظر جهانی محقق به دنیا، بر کار تحقیق اثر می گذارد. فرضیات هستی شناسی، شناخت (معرفت) شناسی و روش شناسی<sup>۳</sup> بر چگونگی تفکر و عملکرد محقق در طول فرایند تحقیق موثر است. هستی شناسی با تعیین فرضیات در مورد ساختار و ماهیت واقعیات و شناخت شناسی با تاکید بر چگونگی کسب و تولید دانش در مورد واقعیات در واقع خط مشی تحقیق کیفی را مشخص می کنند. دیدگاه محقق نسبت به

<sup>1</sup> -Paradigm

<sup>2</sup> -Creswell

<sup>3</sup> -Methodology

ماهیت دانش نیز بر روش شناسی که برای تحقیق بر می‌گزینند اثر دارد. زمانی که دانش ماهیتی ذهنی، شخصی و منحصر به فرد داشته باشد محقق الزاما به روشهای کیفی تحقیق روی می‌آورد (Lambert and Lambert 2013). از دیدگاه فلسفی مطالعه بر روی انسانها ریشه در جنبه‌های توصیفی علم دارد. دانشمندان از دیر باز به توصیف الگوهای اساسی اندیشه و رفتار انسان توجه داشته‌اند. تحقیقات کیفی فرصتی برای پاسخ به سوالات مربوط به تجربه اجتماعی و چگونگی به وجود آمدن آن و چگونگی تاثیر آن بر زندگی انسان را فراهم می‌آورند. به واقع تحقیق کیفی راهی برای تفکر و مطالعه در باره واقعیت اجتماعی است (Lambert and Lambert 2013).

در مطالعه حاضر محقق در پی آن است که به چگونگی یکی از فرایندهای شایع در جامعه یعنی فرآیند ارتقاء سلامت روان و نیازهای آن دست یابد. مرور مطالعات انجام شده نشان داد که محققین این عرصه با پیش فرضهای ذهنی خود و در قالب بررسی اختلالات روانی به بررسی فرآیند سلامت روان می‌پردازند و با اتخاذ رویکرد کمی به توصیف و کشف روابط علت و معلولی عمدتا در محیطی کنترل شده و از پیش تعریف شده، در این فرآیند بسنده کرده‌اند. لیکن نتایج موید آن هستند که ماهیت فرآیند یاد شده به طور عمقی و گسترده در بستر طبیعی خود، و از فرهنگی به فرهنگ دیگر و در شرایط مختلف اجتماعی قابل تغییر است. در مطالعات کمی موجود، محققین با عنایت به تعاریف از پیش داشته سعی در کشف روابط داشته‌اند. حال آنکه این امر امکان دست‌یابی و تولید داده‌های غنی حاصل از درک فرآیند فوق در شرایط طبیعی و بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان را فراهم نمی‌آورد. لذا محقق سعی نمود با اتخاذ رویکرد کیفی و از نوع نظریه‌بسترزاد، فرصت نگرستن به فرآیند ارتقاء سلامت روان را با روشی استقرایی از داده‌های حاصل از بستر مطالعه فراهم آورد، چرا که تحقیق کیفی رویکردی روشمند و ذهنی برای توصیف تجربیات زندگی و معنی دادن به آنها بوده و وسیله‌ای برای جستجوی عمق معنا و پیچیدگی موجود در پدیده‌هاست. این روش به طور عمده بر استدلال استقرایی<sup>1</sup> متمرکز می‌باشد. داده‌های مطالعات کیفی ذهنی بوده و از باورها و ادراکات شرکت‌کنندگان در مطالعه و شخص محقق شکل می‌گیرد. یافته‌های مطالعات کیفی سبب درک یک پدیده در موقعیت خاص شده و قابل تعمیم نیست. اما بینش خاصی ایجاد می‌کند که منجر به هدایت فعالیتها و عملکردها و به فرآیند تولید نظریه کمک می‌کند (Annells 1996). اصولا رویکردهای کیفی، دیدگاه کل‌نگر<sup>2</sup> به پدیده‌ها داشته و مبتنی بر دو اصل زیر می‌باشد: تنها یک واقعیت منحصر به فرد وجود نداشته و واقعیات بر اساس ادراک افراد بنا نهاده شده است می‌شوند و برای هر فرد متفاوت و در طول زمان نیز تغییر می‌کند. آنچه ما می‌دانیم تنها در یک موقعیت و یا یک بستر<sup>3</sup> معنا پیدا می‌کند. روش‌های تحقیق کیفی متعدد بوده و بسته به پدیده مورد تحقیق و سوال مربوطه روش متفاوتی برای مطالعه کیفی به کار می‌رود. یکی از روشهای تحقیق کیفی متداول، روش نظریه‌بسترزاد است که بر پیدایش ایده‌ها از یافته‌ها تاکید می‌ورزد. این روش تحقیق ریشه در علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی دارد. واژه‌گراند به این معناست که نظریه حاصل از پژوهش، از داده‌های مطالعه استخراج شده‌اند به عبارتی سر‌نخ آن در داده‌هاست (Morse and Field 1995). از این روش تحقیق برای بررسی

<sup>1</sup> Inductive reasoning

<sup>2</sup> - holistic

<sup>3</sup> - context

فرایندهای اجتماعی پایه که در تعاملات انسانی اتفاق می افتند، استفاده می شود. در این روش عوامل مربوط به فرایندها، عناصر و داده های مرتبط با آنها جمع آوری و مفاهیم اصلی و فرایندهای اصلی که در تعاملات مستترند، کشف می گردند. سپس پژوهشگر سعی در کشف توضیحی برای این فرایندها می نماید (Creswell 2012). این گونه مطالعات نوعی تحقیق در عرصه<sup>۱</sup> است که پدیده را در موقعیت طبیعی خود بررسی می کنند. مطالعه پایه ای در زمینه هایی به کار می رود که یا قبلا مطالعه زیادی در مورد آن انجام نشده باشد (Creswell 2012) و یا دارای مفاهیم متعدد بوده و نیاز به درک عمیق آن وجود دارد (Burns and Grove 2010). سوال تحقیق در این مطالعات بر کشف فرایندها استوار است بدین سبب در پی پاسخگویی به چگونگی<sup>۲</sup> پدیده هاست (Creswell 2012).

گراند تئوری برای مطالعه فرایند ها و ساختارهای اجتماعی بکار می رود. تمرکز این مطالعات بر بررسی سیر تکامل تجارب اجتماعی و مراحل وقوع یک حادثه یا فرایند وقوع آن استوار است. گفته شده هدف اولیه این روش، تولید توصیفات مشروح پیرامون فرآیندهایی است که در دنیای واقعی به هم آمیخته اند (Polit 2008). نظر به اینکه سلامت روان نیز ماهیتا فرایند مدار است و روش گراند تئوری فرصت مطالعه الگوهای رفتاری و تغییرات آنها را بر اساس تجربه شرکت کنندگان فراهم می سازد، محقق بر آن شد با اتکا به این روش چگونگی تجارب مشارکت کنندگان را از این فرآیند بدست آورده نیازها و اولویت های مربوطه را استخراج نموده و مناسبترین مداخلات را طراحی نماید.

چارچوب گراند تئوری بر نظریه تعامل گرایی نمادین استوار است. کانون توجه این نظریه بر فرآیند اعمال متقابل میان افراد و کاوش در رفتارهای انسانی متمرکز است. تعامل گرایی نمادین توضیح می دهد که چگونه افراد می کوشند تا خط مشی خود را با نحوه عملکرد دیگران مطابقت دهند و چگونه اعمال یکدیگر را قضاوت و چگونه شخصیت دیگران را تفسیر کنند و چگونه رفتارهای خویش را از نو سازماندهی نمایند (Jeon 2004). جرح هربرت مید از پیشگامان در توسعه نظریه تعامل گرایی نمادین محسوب می شود. این نظریه روانشناختی اجتماعی در جستجوی آن است که مشخص کند، افراد واقعیات را چگونه تعریف می کنند و عقایدشان چگونه به اعمالشان مرتبط می شود. به واقع باید واقعیات را از بطن موقعیتها بیرون کشید. معانی در نمادهایی همچون کلمات، اشیا، فعالیتهای مذهبی و ظواهر اشیا مستور بوده و پایه ای برای اعمال، رفتارها و تعاملات به شمار می روند (Glaser, Strauss et al. 1968).

در گراند تئوری محقق نقش مفسر اطلاعات را داشته و تنها به گزارش توصیفی درونمایه ها اکتفا نمی کند بلکه محقق در جستجوی یافتن ارتباطات بین مفاهیم، شناسایی الگوها<sup>۳</sup> و برقراری ارتباط بین طبقات مفهومی و تولید نظریه است. محقق گراند تئوری بدنبال کشف متغیر اصلی<sup>۴</sup> است این متغیر سایر متغیرها را به هم مرتبط می سازد و فرایند اصلی روانی اجتماعی را در بر گرفته و تغییرات الگوها و رفتارها را شرح می دهد (Speziale, Streubert et al. 2011). جهت انجام مطالعه به روش گراند تئوری رعایت و توجه به اصول زیر الزامی است:

<sup>1</sup> -Research in field

<sup>2</sup> How

<sup>3</sup> - patterns

<sup>4</sup> Core variable

داشتن حساسیت نظری<sup>۱</sup>، نمونه گیری نظری<sup>۲</sup>، تحلیل داده<sup>۳</sup>ها به صورت کد گذاری<sup>۴</sup> و طبقه بندی<sup>۵</sup>، مقایسه مستمر<sup>۶</sup>، استفاده از ادبیات موجود به عنوان منابع داده، برقراری یکپارچگی بین مفاهیم به منظور تولید نظریه، یادداشت برداری نظری<sup>۷</sup> و تهیه یادداشت‌های در عرصه<sup>۸</sup> (Finlay and Ballinger 2006). در مطالعه حاضر نیز محقق به دنبال درک و تبیین فرآیند سلامت روان از سوی مشارکت کنندگان بوده و سعی بر این دارد که با استفاده از درون مایه ها و مفاهیم منتج شده از داده ها، نیازهای مربوط به ارتقاء سلامت روان را استخراج نموده و مداخلات مناسب را بر آن اساس و با مشارکت ذینفعان طراحی نماید.

---

<sup>1</sup> Theoretical sensitivity  
<sup>2</sup> Theoretical sampling  
<sup>3</sup> Data analyzing  
<sup>4</sup> coding  
<sup>5</sup> Categorizing  
<sup>6</sup> Constant comparative  
<sup>7</sup> Theoretical memoing  
<sup>8</sup> Field notes

## مروری بر مطالعات

با توجه به اهمیت سلامت روان و توصیه سازمانهای بین المللی در جهت ارائه استراتژی های مقابله ای و برنامه های مداخله ای ، در کشورهای مختلف برنامه های متعددی طراحی و اجرا شده است که در ذیل به آنها اشاره می شود :

گوشه در سال ۲۰۰۴ در دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت به بررسی ارتقاء سلامت روان در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی پرداخت . در ۲۲ کشور موجود در این منطقه ۸۵ درصد جمعیت در دو دهه گذشته تحت کشمکشهای مختلف قرار داشته اند . عوارض و اختلالات روانی در این کشورها پس از کشمکشها شامل افسردگی ، اضطراب بوده است . جهت اصلاح این اختلالات مداخلات متعددی صورت گرفته است که نوع مداخله بر اساس نیازسنجی های بعمل آمده در جمعیت و بر اساس شرایط اجتماعی و فرهنگی آنان صورت گرفته است . این مداخلات شامل آموزش در زمینه برنامه های صلح آمیز در لبنان ، بهبود شرایط کار در آوارگان غزه ، آموزش مهارتهای زندگی در ایران و آموزشهای تخصصی در افغانستان می باشد . در شرایطی که کشورها از کشمکش رها شده اند مداخلات دارای چند سطح می باشد :

- حمایتهای موثر خانوادگی
- افزایش انگیزه های اجتماعی
- استفاده از مدیا در ارتقاء سلامت روان
- ادغام مهارتهای سلامت روان در سرویس های ارائه خدمات بهداشتی درمانی
- استفاده از ارزیابی های درازمدت به جای کوتاه مدت ( Ghosh, Mohit et al. ۲۰۰۴).

رایبیت از دانشگاه ییل در سال ۲۰۱۳ مدلی در زمینه ارائه خدمات سلامت روان در کشورهای در حال توسعه پیشنهاد نمود . این مدل ها به جای آنکه متخصص محور باشند به سایر جوانب توجه می کنند از جمله به تغییر وظایف ، مداخلات فردی ، تغییر سبک زندگی و مدیای اجتماعی در این مدل توجه می شود . در این طرح در انتها به چالش های استفاده از این مدل پرداخته شده است و آن اینکه در این مدل نقش ارائه درمان نادیده گرفته شده است ( Kazdin and Rabbitt ۲۰۱۳).

مطالعه ای در سال ۲۰۱۲ توسط وانسا و همکاران در کشور استرالیا صورت گرفته است . این مطالعه ، در جمعیتی محروم از لحاظ اقتصادی و اجتماعی انجام شد به نحوی که در این جمعیت فقر و حاشیه نشینی و مشکلات روانشناختی کاملا پررنگ بوده است . در این جمعیت جهت ارتقاء سلامت روان از سه طریق مداخله صورت گرفت :

- الف - جمعیت ( از طریق آموزش توانمندیهای فردی )
- ب - فضای فیزیکی ( از طریق ارتقاء زیر ساختهای محیطی و
- ج - مکان زندگی از طریق توسعه زیر ساختهای نرم یا رفتاری . در این مطالعه به بررسی تاثیر مداخلات صورت گرفته در ارتقاء سلامت روان پرداخته نشد ( Rose and Thompson ۲۰۱۲).

فورسمن در سال ۲۰۱۱ به بررسی مروری اثر بخشی مداخلات روانی اجتماعی در ارتقاء سلامت روان و پیشگیری از افسردگی پرداخت . در مرور سیستماتیک بعمل آمده بر روی ۶۹ مطالعه آینده نگر کار آزمایی کنترل

شده بررسی صورت گرفت. مطالعات مربوط به مداخلات شامل فعالیت فیزیکی، مهارت آموزشی، فعالیتهای اجتماعی، حمایت های گروهی بوده است. نتایج بیانگر آن بود که مداخلات توأم در کاهش علائم افسردگی موثر بوده است. فعالیتهای اجتماعی نیز در سلامت روان مثبت، رضایتمندی از زندگی و کیفیت زندگی و کاهش علائم افسردگی موثر می باشد. نتایج مطالعات نشان داد که طول مدت مداخله در اثر بخشی موثر بوده و مداخلات بیش از سه ماه موثر تر از سایر مداخلات کوتاهتر بوده اند (Forsman, Nordmyr et al. 2011).

در مطالعات فوق، قبل از انجام مداخلات در برخی موارد نیازسنجی از نوع کمی صورت گرفته بود و در برخی موارد نیز بدون انجام نیازسنجی، طراحی مداخلات بر اساس نظر محقق صورت گرفته بودند. در ضمن دیدگاه بکار گرفته شده در طراحی مداخلات نیز در اکثر موارد از نوع پاتوژنیک بوده است و با هدف پیشگیری از بیماری طراحی شده است.

در برخی مطالعات به انجام نیازسنجی در زمینه مشکلات سلامت روان به روش کیفی اشاره شده است مانند: مطالعه درنبوس در سال 2013 که به شناسایی منابع مناسب و مطلوب سلامت روان برای زنان فقیر درگیر اضطراب و افسردگی پرداخت. این منابع بر حسب قومیت متفاوت و مناسب با شرایط قومی و فرهنگی افراد بوده و بر حسب شهری و روستایی متفاوت است. لذا وی با طراحی یک رویکرد اجتماع محور مشارکتی 61 زن 18 تا 69 ساله را در قالب برگزاری بحث های گروهی متمرکز به تفکیک زنان سیاه پوست، سفید پوست و اسپانیایی مورد مصاحبه قرار داد. 5 بحث گروهی به زبان انگلیسی و یک بحث هم به زبان اسپانیایی تشکیل شد. نتایج حاصل از این مطالعه کیفی بیان می کند که خانم ها اضطراب و افسردگی درک شده خود، خانواده و جامعه خود را مهم ترین موضوع مربوط به سلامت روان می دانند. در واقع در این مطالعه نیازهای سلامت روان به صورت کیفی استخراج و بهترین مداخلات نیز در حین مطالعه کیفی پرسیده شد که حمایت گروهی و تحصیلات از بهترین مداخله ها در نظر گرفته شد (Doornbos, Zandee et al. 2013).

در این مطالعه علیرغم انجام نیازسنجی کیفی و کشف مناسبترین مداخلات، اقدامی در جهت اجرای مداخلات و تعیین اثربخشی آن صورت نگرفته است.

کولبر در سال 2012 به نیازسنجی سلامت روان از طریق رویکرد CBPR در جمعیتی کوچک در غرب امریکا که مهاجر بوده و حاشیه ای می باشند پرداخت تعداد 4 بحث گروهی با مردان، زنان، نوجوانان و افراد حرفه ای صورت گرفت همینطور تعداد 28 مصاحبه فردی نیز با کادر پزشکی، سلامت روان، آموزشی و مددکاری اجتماعی صورت گرفت. سوال اصلی تحقیق دانستن مفهوم سلامت روان بود. مشکلات اساسی بیان شده توسط مشارکت کنندگان در گروه جامعه شامل عدم آگاهی از ادبیات سلامت روان بود. اما در گروه درمانی و ارائه دهنده خدمت مشکلات و نیازهای سلامت روان جامعه شامل افسردگی، PTSD و اختلالات اضطرابی و مشکلات جسمانی سازی و وجود استرس های شدید بوده است مردم مسن تر و نوجوانان پسر نیاز به اقدام فوری داشته و آموزش ادبیات سلامت روان قبل از هر اقدام دیگری واجب می نمود. ارائه خدمات مناسب با فرهنگ خدمت گیرندگان از اقدامات بعدی جهت درمان بیماران بوده است. (Collier, Munger et al. 2012).

در مطالعه فوق هم از رویکرد مشارکتی اجتماع محور استفاده شده است و هم نیازهای سلامت روان به طریق کیفی استخراج گردیده است.

شولتز در سال ۲۰۰۰ به بررسی درک، پاسخ و نیازهای مربوط به خشونت بین فردی در زنان هاوایی پرداخت. این طرح با رویکرد CBPR طراحی شد و داده‌ها به صورت کیفی جمع‌آوری گردید. مصاحبه عمیق و بحث‌های گروهی ابزار جمع‌آوری اطلاعات بودند. زنان در این مطالعه معتقد بودند که مسئول حفاظت از خانواده در برابر خشونت هستند اما اعتقادی به تاثیر منفی خشونت بین فردی بر سلامت روان و احساس تندرستی نداشتند. در این مطالعه نیز تنها به بررسی نیازهای کیفی پرداخته شده است اما اقدامی جهت انجام مداخله صورت نگرفته است.

طبق بررسی‌های بعمل آمده بسیاری از مداخلات در زمینه ارتقاء سلامت روان بر روی جوانان و دوران کودکی و تحصیل آنان صورت گرفته است که به مواردی از آنها در ذیل اشاره می‌شود:

مطالعه‌ای توسط کروتن در سال ۲۰۱۱ از دانشگاه ماساچوست انجام شد. هدف این مطالعه بررسی نقش مداخله از طریق گفتگوی اینترنتی در ارتقاء سلامت روان جوانان بوده است. با توجه به آنکه مشکلات سلامت روان در جوانان بسیار شایع بوده و درخواست کمک از طریق سرویس‌های ارائه خدمات سلامت روان در بسیاری از موارد با موانع فرهنگی زیادی مواجه می‌باشد در این مطالعه به نقش اطلاع‌رسانی و مشاوره از طریق گفتگوی اینترنتی<sup>۱</sup> پرداخته شد. نتایج مطالعه به نقش مثبت و موثر گفتگوی اینترنتی در ارتقاء سلامت روان اشاره می‌نماید اما مطالعات بیشتری در زمینه بررسی تفاوت‌های حاصل از مشاوره آنلاین و حضوری نیاز است (Crutzen and De Nooijer ۲۰۱۱)

جویسیک در سال ۲۰۱۳ به بررسی نقش کمک‌کننده متخصصین سلامت روان در پیشگیری و ارتقاء سلامت روان در نوجوانان پرداخت. با توجه به اینکه ۹ تا ۱۳ درصد نوجوانان دارای اختلالات روانی بوده و یک پنجم آنان نیاز به دریافت خدمات سلامت روان می‌باشند و اکثر این افراد نیز بیشتر زمان خود را در مدرسه سپری می‌کنند لذا نیاز به برقراری ارتباط متخصصین سلامت روان و اولیای مدرسه وجود دارد. مداخلات سلامت روان در این طرح از طرق مختلف انجام می‌شد که مشاوره فردی و مشاوره سازمانی از انواع آن محسوب می‌شود انجام این امر به مشارکت و کمک سازمانها و افراد در محیط مدرسه نیاز داشت. سازمانهای درگیر شامل مدیریت آموزش و پرورش، شهرداری، صدا و سیما، پلیس، سازمانهای بهداشتی، مراکز بهداشتی درمانی و انجمن جوانان بودند (Milovancevic and Jovicic ۲۰۱۳).

کینونن در سال ۲۰۱۰ به بررسی اثرات مقابله با نفس در دوران نوجوانی بر سلامت روان دوره‌های بعدی زندگی پرداخت. اطلاعات مربوط به این مطالعه از سال ۱۹۹۶ بر روی ۲۴۹ دانش‌آموز ۱۴ ساله از طریق تکمیل پرسشنامه خودتصویری<sup>۲</sup> جمع‌آوری گردید و اطلاعات چک‌لیست ۹۰ قسمتی آن در سال ۲۰۰۶ پس از ۲۴ سال مجدداً جمع‌آوری گردید. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که افراد نوجوانی که از لحاظ عاطفی دارای احساساتی مانند ترس، شرم و اعتماد به نفس پایین بودند در زمان بزرگسالی علائم بیشتری از افسردگی نشان دادند. لذا نتایج این مطالعه نشان داد که درک نوجوانان از سلامت عاطفی و تسلط داشتن بر خویشتن سبب ایجاد انگیزه بر ارتقاء سلامت روان خواهد داشت (Kinnunen, Laukkanen et al. ۲۰۱۰).

<sup>۱</sup>: chat

<sup>۲</sup>: Offer Self-Image Questionnaire

جلالی نیا و همکاران در سال ۲۰۱۱ با طرح ریزی یک برنامه مشارکتی اجتماع محور به بررسی نقش مداخلات اجتماع محور بر سلامت روان جوانان پرداختند. نیازهای سلامت روان در جوانان به شیوه مشارکتی تعیین و بر اساس نظر ذینفعان برنامه های مداخله ای تدوین شد. نتایج این مطالعه نشان داد که با توانمند سازی جوانان و از طریق مداخلات همسالان، سلامت روان جوانان ارتقا یافته است (Djalalinia, Tehrani et al. 2012)

احمد فرهادی در سال ۲۰۱۲ به بررسی تاثیر آموزش مهارتهای زندگی بر کیفیت زندگی در دانش آموزان دوره دبیرستان پرداخت. ۲۶ دانش آموز اهوازی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۳ نفره قرار گرفتند. در گروه مداخله آموزشهای مربوط به برخی از مهارتهای زندگی شامل حل مساله، تصمیم گیری، فکر خلاق، مهارتهای ارتباطی داده شد. روش ارائه مداخلات به صورت ایفای نقش، بحث، بارش افکار و کار در گروههای کوچک بود. نتایج مطالعه بیانگر تاثیر مداخلات در افزایش رضایتمندی زندگی دانش آموزان داشت (Farhady and Nooralizadeh 2012).

مشکی در سال ۲۰۱۲ به بررسی برنامه آموزشی مشارکتی بر اساس مدل پرسید بر ارتقاء اعتماد به نفس و سلامت روان دانشجویان پرداخت. در این مطالعه تجربی ۱۵۴ دانشجو از دانشگاههای علوم پزشکی شمال شرق کشور بر اساس نمونه گیری طبقه بندی شده به صورت تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه شاهد و مداخله تقسیم شدند. پرسشنامه ها شامل سلامت عمومی، اعتماد به نفس رزنبرگ و... بودند. مداخله شامل برنامه آموزشی بر اساس مدل پرسید بوده است. نتایج بیانگر تاثیر قابل توجه مداخلات در گروه تحت آموزش بود (Moshki, Atarodi et al. 2012).

مطالعات مداخله ای به طور خاص جهت زنان جامعه به منظور ارتقاء سلامت روان آنان اندک بوده است و در مواردی هم که برنامه مداخله ای در زنان طراحی شده است مربوط به شرایط خاص آنان مانند بارداری و یا ابتلا به بیماریهای صعب العلاج مانند سرطان و... می باشد. در ذیل مواردی ارائه می گردد:

مک کولی در استرالیا در سال ۲۰۱۱ به بررسی درک ماماها از مهارتهای سلامت روان، دانش و تجربه خود در هنگام کار با زنان باردار مبتلا به مشکلات روانی در دوران بارداری پرداخت. این مطالعه توسط ۱۹ مرکز مراقبت از زنان باردار انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که ماماهايي که مهارت و آگاهی لازم را در مورد مسائل مربوط به سلامت روان ندارند در برخورد با زنان مبتلا به بیماریهای روانی، اعتماد به نفس لازم را نداشته و احساس عدم آرامش و ناامنی در انجام مراقبتهای خود دارند. اما افرادی که دارای آگاهی کمی از موضوعات سلامت روان هستند در ارائه خدمات خود موفق بوده و خدمات مناسبی را ارائه کرده اند. به نظر میرسد ارائه آموزش های لازم به ماماها، آنها را در ارائه خدمات سلامت روان و ارجاع مناسب بیماران یاری خواهد کرد (McCauley, Elsom et al. ۲۰۱۱).

تهرانی در سال ۲۰۱۱ به بررسی تاثیر گروه حمایتی همسال در افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران شهر اصفهان از طریق انجام کارآزمایی بالینی غیر تصادفی پرداخت. دو گروه مداخله و کنترل انتخاب شده به گروه مداخله حمایت از طریق گروه حمایتی همسال انجام شد و به گروه شاهد فقط برنامه آموزشی داده شد. این مداخلات برای سه ماه ادامه داشت. پرسشنامه SF 36 قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. نتایج نشان داد که در گروه شاهد درد بدن کاهش یافته و عملکرد فیزیکی، احساسی و اجتماعی بهبود یافته



است. در گروه مداخله عملکرد فیزیکی، احساسی اجتماعی و نمره سلامت روان به طور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بوده است (Malekpour Tehrani, Farajzadegan et al. 2011). این مطالعه نیز با وجود آنکه از نوع مداخله ای می باشد اما بر اساس رویکرد مشارکتی اجتماع محور طراحی نشده بود.

گری و همکارانش در سال ۲۰۱۲ به بررسی تحقیقات اجتماع محور مشارکتی در ارتقاء سلامت روان زنان باردار قبل از وضع حمل از طریق برنامه ویزیت خانگی پرداختند در این طرح از طریق درگیر کردن مردم و مخاطبان و با ارائه آموزشهای لازم، مداخلات صورت گرفت. در این مقاله اشاره ای به بررسی نقش مداخلات انجام شده در ارتقاء سلامت روان نشده است (Gray and Price ۲۰۱۲).

محمدی در سال ۲۰۱۳ به بررسی اثرات آموزش مدیریت استرس با رویکرد رفتاری شناختی در زنان باردار در اولین بارداری آنان در ایران پرداخت. روش مطالعه مداخله ای بوده و به صورت پیش و پس آزمون انجام شده است. تعداد حجم نمونه ۳۰ نفر بوده که به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. در گروه مداخله آموزش مدیریت استرس طی ۲ ساعت در روز و هفته ای یک روز بوده است. قبل و بعد از مداخله پرسشنامه سلامت روان تکمیل گردیده و نتایج نشان داده است که این مداخلات در کاهش اضطراب / و بهبود احساسات و روابط و ارتقاء سلامت روان به طور معنی داری تاثیر داشته است (Darehoury Mohammadi, Bosaknejad et al. 2013). این مطالعه نیز با اینکه از نوع مداخله ای می باشد اما فاقد رویکرد مشارکتی می باشد.

شعبانی در سال ۲۰۱۲ به بررسی تاثیر آموزش های مهارت زندگی بر سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخت. در این مطالعه ۵۰ زن مبتلا به سرطان پستان به طور تصادفی انتخاب و به دو گروه تقسیم شدند گروه مداخله به مدت ۱۰ هفته آموزش فرا گرفتند. پرسشنامه سلامت عمومی قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. نتایج نشان داد که دادن این آموزشها سبب بهبود علائم افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی، خواب و عملکرد اجتماعی می گردد (Shabani, Moghimi et al. 2012). در این مطالعه نیز با وجود آنکه طراحی تحقیق به صورت قبل و بعد بوده است اما رویکرد اجتماع محور مشارکتی در آن بکار گرفته نشده است. استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی<sup>۲</sup> در بسیاری از برنامه های مداخله ای چه در زمینه سلامت روان و چه در مورد سایر موضوعات کاربرد فراوانی دارد. جالب اینکه در این رویکرد، زنان جایگاه ویژه ای در مطالعه به جهت وجود روحیه مشارکت و همکاری، فعالیتهای داوطلبانه و فرصت بیشتر جهت انجام فرآیند طرح دارند، که در ذیل نمونه هایی ارائه می گردد:

پیترسون و همکاران از جمله محققینی بودند که به بررسی منافع و معایب استفاده از مشارکت های اجتماع محور در ارتقاء سلامت روان پرداختند. آنها علاقمند به انجام فعالیتهای تحقیقاتی در کشورهای فقیر و یا با درآمد متوسط بودند. در سال ۲۰۰۷، این محققین به بررسی و ارزیابی سرویس های ارائه خدمات سلامت روان در روستاهای افریقای جنوبی پرداختند. آنها از مشارکت های اجتماع محور به عنوان یک استراتژی مهم در ارزیابی خود استفاده کردند. جهت انجام این مهم چارچوب توسعه خدمات سلامت روان جهت اختلالات شایع

<sup>1</sup>: before-after

<sup>2</sup>: CBPR

در یکی از روستاهای آفریقای جنوبی پایه گذاری گردید . ارزیابی به صورت کیفی از طریق مصاحبه با ارائه دهندگان خدمت و استفاده کنندگان از خدمات انجام شد . نتایج مطالعه نشان داد که علاوه بر بسیج منابع و انجام ارزیابی و نمره دهی خدمات سلامت روان ، مشارکتهای مردمی نه تنها به لحاظ فرهنگی کمک بالقوه ای در ارتقاء سلامت دارد بلکه سبب توانمندسازی گیرندگان خدمت نیز می شود . علاوه بر این مشارکت های مردمی نه تنها سبب توسعه فرهنگی سرویس های ارائه خدمات سلامت روان گردید بلکه سبب کنترل بیشتر جامعه بر سلامت روان خود نیز شد . از مهمترین چالش های آن نیز این بود که اکثر افرادی که در این طرح مشارکت کردند خانم های حاشیه نشین بودند که قدرت محدودی در ایجاد تغییرات اساسی داشتند . ( Petersen, Baillie et al. ۲۰۱۲). این مطالعه یکی از بهترین مطالعاتی است که به بررسی چالش ها و مزایای استفاده از رویکرد مشارکتی اجتماع محور در نظام ارائه خدمات سلامت روان پرداخته است .

مونا شاتل در سال ۲۰۱۰ به بررسی برنامه های اجتماع محور مشارکتی در زمینه سلامت روان در جمعیت های اقلیت و حاشیه ای پرداخت . نتایج مطالعه نشان داد که علیرغم محاسن استفاده از برنامه های اجتماع محور مشارکتی متاسفانه اکثر دست اندکاران سلامت روان از برنامه های سنتی و قدیمی که نسبت به آنها آموزش دیده اند استفاده می کنند ( Shattell, Stacciarini et al. ۲۰۱۰).

فلورا کورنیش در سال ۲۰۱۴ در کشور انگلیس به بررسی اهمیت استراتژی مداخله ای مشارکتی و جامعه محور بر سلامت روان پرداخت . نتایج مطالعه وی نشان داد که فعالیتهای اجتماع محور سلامتی به عنوان یک روش نو و قابل اعتماد مطرح می باشد ( Cornish, Montenegro et al. ۲۰۱۴).

نینا والشتن در سال ۲۰۰۶ در مکزیک به بررسی تاثیر استفاده از رویکرد تحقیقات مشارکتی اجتماع محور در پیشگیری از تبعیض های سلامتی پرداخت . او و همکارانش در این مطالعه با استفاده از آموزش و فعالیتهای اجتماعی در جهت ارتقای سلامتی و جلوگیری از تبعیض سلامتی گام برداشتند . در رویکرد CBPR ارتباط مناسبی بین محققین و جامعه برقرار می شود و آموزش های همزمان ، منافع دو سویه ، تعهد طولانی مدت ، مشارکت اجتماعی و عدم تبعیض نژادی از منافع این رویکرد می باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که رویکرد اجتماع محور مشارکتی در کاهش تبعیض کاملاً موثر است ( Wallerstein and Duran ۲۰۰۶). در مطالعات فوق ، چالش ها و مزایای رویکرد اجتماع محور مشارکتی در ارتقاء سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته است .

نیپ در سال ۲۰۱۳ در امریکا به ارائه تجربیات زنان از یک مطالعه اجتماع محور مشارکتی با روش کارآزمایی تصادفی کنترل شده پرداخت . ادغام رویکرد اجتماع محور در مطالعات سنتی می تواند اثرات و پیامدهای بهتری را برای گروههای آسیب پذیر فراهم آورد . در این مطالعه با انجام بحث های گروهی با ۳۱ زن محروم که در مطالعه اجتماع محور شرکت کرده بودند به استخراج تجربیات آنان پرداخته شد . نتایج مطالعه با انجام آنالیزهای مربوطه نشان داد که مداخلاتی که از طریق این رویکرد انجام می شوند موثر تر از مداخلاتی هستند که با رویکردی غیر از آن صورت می گیرند ( Kneipp, Lutz et al. ۲۰۱۳).

مندل حال در سال ۲۰۱۳ به بررسی نقش تحقیقات اجتماع محور مشارکتی در توسعه رفتارهای سلامتی از طریق انجام مشارکت های نو<sup>۱</sup> پرداخت. در روش اجتماع محور مشارکتی، همکاری محققین و افراد کلیدی جامعه در توسعه رفتارهای بهداشتی بخصوص سلامت روان، توسعه نظام مراقبت های بهداشتی و ارائه آموزشهای لازم موثر است. در این مطالعه از روش ترکیبی<sup>۲</sup> استفاده شده است، به تعبیر دیگر مطالعات کیفی و کمی همزمان و با هم صورت گرفته است. نتایج این مطالعه نشان داده است که در ارائه آموزشهای لازم به ذینفعان و مخاطبین و مشارکت کنندگان، رویکرد اجتماع محور مشارکتی کاملاً موثر خواهد بود (Mendenhall, LMFT et al. ۲۰۱۳). در دو مطالعه فوق نیز اثربخشی انجام مداخلات بر اساس رویکرد اجتماع محور مشارکتی در مقایسه با رویکردهای سنتی مورد مقایسه قرار گرفته است.

کریستینا در سال ۲۰۱۳ به بررسی نقش مداخلات در رویکرد تحقیقات اجتماع محور مشارکتی بر افسردگی پرداخت. این مداخلات بر روی بازماندگان شرکای جنسی تحت خشونت در امریکای لاتین طی ۱۲ جلسه هفتگی انجام شده است. وضعیت افراد در ابتدا و شش ماه پس از مداخله با پرسشنامه سلامت بیمار<sup>۳</sup> سنجیده شده است. در مجموع ۱۰ زن در این مداخله شرکت کرده اند که در شدت استرس، اعتماد به نفس و شدت افسردگی آنان پس از مداخلات بهبودی واضحی ایجاد شده است. در این مطالعه به چگونگی درگیر کردن جامعه و مشارکت مردم در رویکرد CBPR اشاره نشده است (Nicolaidis, Mejia et al. 2013).

این مطالعه از رویکرد اجتماع محور مشارکتی و بررسی اثر بخشی مداخلات به صورت مطالعه قبل و بعد استفاده کرده است اما حجم نمونه بکار گرفته شده تنها ۱۰ نفر بوده است.

دکتر پازوکی و نبی پور در سال ۲۰۰۷ به بررسی تاثیر برنامه اجتماع محور مشارکتی قلب سالم در افزایش فعالیت فیزیکی زنان سالم از طریق کارآزمایی تصادفی کنترل شده در شهر بوشهر پرداختند. ۳۳۵ زن سالم در سنین ۲۵ تا ۶۴ از طریق نمونه گیری تصادفی خوشه ای طی چند مرحله انتخاب و در دو گروه شاهد و مداخله به طور تصادفی قرار گرفتند. مداخله طی ۸ هفته بر اساس برنامه تغییر سبک زندگی که فرم بومی شده افزایش فعالیت فیزیکی انجمن قلب امریکا بود، انجام گرفت. مداخلات در قالب دستورالعمل های ضبط شده و جزوات آموزشی توسط ۵۳ داوطلب از سازمانهای مردم نهاد و غیر دولتی در درب منازل افراد گروه مداخله داده شد. نتایج مطالعه بیانگر افزایش فعالیت فیزیکی و کاهش فشارخون در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بوده است. طبق توصیه این مطالعه، مداخله بر اساس روش CBPR در بهبود رفتار زنان در زمینه فعالیت فیزیکی موثر بوده است (Pazoki, Nabipour et al. 2007). در این مطالعه نیز از رویکرد اجتماع محور مشارکتی استفاده شده است و تاثیر مداخلات نیز بر اساس کارآزمایی تصادفی کنترل شده سنجیده شده است. در این مطالعه، در طراحی مداخلات از نظر ذینفعان استفاده نشده است.

استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی در بررسی کمانگر و همکاران به عنوان مکمل نظام ارائه خدمات بهداشتی مطرح گردیده است به شرح ذیل:

1: novel

2: mixed method

3: Patient Health Questionnaire [PHQ]

دکتر کمانگر و همکاران در سال ۲۰۱۰ مرور جامعی بر نظام ارائه خدمات بهداشتی در ایران نموده و به بررسی نقاط قوت و ضعف آن پرداخته سپس با بیان مفهوم تحقیقات اجتماع محور مشارکت نقش آن را به عنوان مکمل خدمات بهداشتی اولیه در نظام ارائه خدمت دانستند. در این مطالعه اشاره شده است که وضعیت سلامت در ایران نسبت به ۴۰ سال قبل به دلیل وجود سیستم مراقبتهای بهداشتی اولیه ارتقاء چشمگیری داشته است اما این تاثیر بیشتر در زمینه بیماریهای عفونی و واگیر دار بوده و در مورد بیماریهای مزمن و شرایط چند عاملی تاثیر کمتری داشته است. معرفی روش اجتماع محور مشارکتی به عنوان یک روش مکمل قادر است شکافهای موجود در مراقبتهای بهداشتی اولیه را کم کرده و نه تنها باعث ارتقاء جنبه های سلامتی می گردد بلکه موجبات گسترش سایر جنبه ها را نیز فراهم می کند (Sheikhhattari and Kamangar 2010)

دژمان و همکاران در سال ۲۰۱۳ به بررسی مزایای عمده برنامه های اجتماع محور مشارکتی در ایران پرداختند. در این مطالعه که با مرور ۱۳ برنامه فعال اجتماع محور مشارکتی انجام شد، مهمترین مزایای این قبیل برنامه ها را حضور انگیزه بالای مردم و احساس همدلی آنان در اجرای فعالیتهای مردمی، جلب حمایتهای جامعه در اجرای برنامه ها، توانمندسازی اجتماع، حضور داوطلبین زن، استفاده از داوطلبین محلی و حل مشکلات مردم توسط خود آنان و مالکیت آنان بر برنامه های مربوط به خود دانستند (Eftekhari, Falahat et al. 2013)

استفاده از رویکرد تحقیقات مشارکتی اجتماع محور در زمانهای پس از حوادث حاد مانند زلزله نیز در برخی مطالعات مورد آزمون قرار گرفته است مانند :

مطالعه لی و همکاران در سال ۲۰۱۰ که به بررسی اثرات ارائه برنامه های سلامت روان ۲ ماه پس از زلزله بزرگ در تایوان پرداختند. در این مطالعه تعداد ۱۴۰۱۳ نفر حضور داشته اند و نتایج نشان داد که موربیدیتی روانپزشکی در ماه دوم ۱۳.۸ درصد بوده است. حساسیت غربالگری ۷۶.۶ و ارجاع نیز ۶۱ درصد بوده است. در ماه پنجم پس از حادثه، بیماریهای PTSD و دوره های افسردگی مآژور و دیس تایمی بیشترین شیوع را داشته است. در این برنامه میزان دریافت کمک افزایش یافته است. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که اجرای برنامه در بسیج منابع به منظور رفع اختلالات روان و ارتقاء سلامت روان موثر می باشد (Lee, Chen et al. 2010).

در برخی از مطالعات نیز به موانع گسترش خدمات سلامت روان پرداخته شده است مانند نمونه های ذیل :

ساراسنو در سال ۲۰۰۷ به بررسی موانع گسترش خدمات سلامت روان در کشورهای فقیر و با درآمد متوسط پرداخت. نتایج مطالعه نشان داد که موانع گسترش خدمات سلامت روان شامل تامین منابع مالی، پیچیدگی و مقاومت در برابر تمرکز زدایی خدمات سلامت روان، چالش های ادغام خدمات در برنامه مراقبتهای اولیه بهداشتی، تعداد کم پرسنل آموزش دیده در ارائه خدمات سلامت روان و کمبود مدیریت های مناسب در حیطه سلامت روان می باشد. بسیاری از موانع ذکر شده با افزایش تعهد سیاسی نسبت به انجام این مهم برطرف خواهد شد. توجه ویژه سیاستگذاران، مدیریت و برنامه ریزیهای مناسب، جذب بودجه و مشارکت های مردمی نقش قابل توجهی در استقرار و استمرار برنامه های گسترش خدمات سلامت روان خواهد داشت (Saraceno, 2007 van Ommeren et al.).

درنيس در سال ۲۰۱۳ به بررسی فرآیند دریافت کمک در بیماران مبتلا به اختلالات روان در سه جمعیت شهری پرداخت. در این مطالعه به بررسی تعیین کننده های اجتماعی سلامت روان و موانع دریافت کمک در جامعه

پرداخته شده است. با استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی و انجام بحث های گروهی با ۶۱ نفر زنان سیاه و سفید پوست به بررسی نقش تعیین کننده ها در افسردگی و اضطراب پرداخت. نتایج مطالعه نشان داد که موانع عملی، روانی اجتماعی و فرهنگی در دریافت کمک موثر هستند (Doornbos, Zandee et al. ۲۰۱۳).

در خصوص نوع مداخلات و تاثیر انجام آن در پیشگیری از عوارض بیماریهای روانی و همچنین نوع مداخلات از لحاظ زمان انجام مداخله و ترکیب مداخلات در حیطه سلامت روان نیز مطالعاتی انجام شده است که برخی از آنها ارائه می گردد:

الکساندرا فلیشمن در سال ۲۰۰۸ به بررسی اثر مداخلات کوتاه مدت بر کاهش مرگ و میر ناشی از خودکشی در کشورهای فقیر و با درآمد متوسط پرداخت. این مطالعه در ۵ کشور دنیا شامل برزیل، هندوستان، سری لانکا، ایران و چین انجام گرفت. در این مطالعه، کلیه افرادی که با قصد خودکشی به بخش اورژانس از تاریخ ژانویه ۲۰۰۲ تا اکتبر ۲۰۰۵ مراجعه کرده بودند در قالب روش کارآزمایی تصادفی به دو گروه با درمان معمولی به عنوان کنترل و گروه مداخله که علاوه بر درمان معمولی تحت مداخلات کوتاه مدت آموزشی و پیگیری قرار گرفتند طرح ریزی شدند. نتایج مطالعه نشان داد که میزان مرگ ناشی از خودکشی به طور معنی داری در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل می باشد. لذا تاثیر مداخلات کم هزینه و کوتاه مدت بر اختلالات سلامت روان موثر خواهد بود (Fleischmann, Bertolote et al. ۲۰۰۸).

متقی پور و همکاران در سال ۲۰۰۵ در ایران به بررسی تاثیر درگیر کردن خانواده های دارای بیمار روانی را در فرآیند درمانی بیماران مورد بررسی قرار داده است. نتایج این بررسی نشان داده است که خانواده در قاعده هرم مراقبتهای خانوادگی قرار داشته است که دادن اطلاعات لازم به آنها و افزایش آگاهی آنان در درمان وابستگیهای موثر خواهد بود. نتایج این مطالعه همچنین بیانگر آن بود که افزایش آگاهی به خانواده ها در درمان اختلالات روانی و ارتقاء سلامت روان موثر می باشد (Mottaghipour and Bickerton 2005).

مورتی در سال ۲۰۰۶ به بررسی اثرات جنگ بر سلامت روان پرداخت. نتایج مطالعه او و همکارانش نشان داد که جنگ باعث افزایش شیوع و بروز اختلالات روان در جمعیت می شود. اثرات جنگ بر سلامت روان زنان بیشتر از مردان است. سایر گروههای آسیب پذیر شامل کودکان و سالمندان و معلولین می باشد. استفاده از استراتژی های مذهبی و فرهنگی مقابله با استرس در کشورهای در حال توسعه موثر است (Murthy and Lakshminarayana ۲۰۰۶).

بویل در سال ۲۰۰۹ به بررسی نقش ورزش، فرهنگ، تجارت، رسانه و سیاستگذاری جهت حمایت های روانی اجتماعی و توجه به تعیین کننده های اجتماعی سلامت پرداخت. نتایج مطالعه وی نشان داد که جهت بازتوانی و حمایت های روانی اجتماعی پس از وقوع استرس، ورزش و بازی به عنوان دو ابزار مهم در ارتقاء سلامت مطرح می باشند. این مطالعه که توسط آکادمی سوییس پس از زلزله بم در ایران انجام گرفت بیانگر آن بود که اثرات مثبت این دو ابزار در حمایت های روانی اجتماعی پس از زلزله وجود داشته که هم به صورت فردی و هم اجتماعی اعمال می گردد. در ضمن انجام ورزش به تنهایی فاقد تاثیر معنی دار بوده است. در واقع نتایج مطالعه نشان داد که ایجاد محیط حمایت کننده در ارتقاء سلامت روان پس از استرس موثر خواهد بود (Boyle and Haynes ۲۰۰۹).

هادی در سال ۲۰۰۷ در ایران به بررسی تاثیر یوگا بر سلامت جسمی و روانی پرداخت. این مطالعه با تکمیل پرسشنامه SF-36 توسط ۱۰۷ داوطلب شامل ۴۴ مرد و ۶۳ زن انجام شد. این مداخله به مدت ۶ ماه صورت گرفت. نتایج مطالعه که به صورت قبل و بعد انجام شده بیانگر آنست که سلامت روانی و جسمی با ورزش یوگا ارتقا می یابد (Hadi and Hadi ۲۰۰۷).

قراملکی در سال ۲۰۱۰ به بررسی اثرات آموزش مهارتهای زندگی در ارتقاء سلامت روان در دانشجویان دانشگاه پرداخته است. مطالعه به صورت قبل و بعد طراحی شده و دارای گروه کنترل هم می باشد. این مطالعه بر روی دانشجویان ورودی سال ۸۷ دانشگاه محقق اردبیلی انجام شده است. ابزار مطالعه پرسشنامه DASS می باشد که اضطراب افسردگی و استرس را اندازه گیری می نماید. حجم نمونه در مرحله اول ۲۱۰ نفر بوده است اما در مرحله بعد از مداخله تعداد ۴۰ نفر شامل ۲۰ پسر در گروه مداخله و ۲۰ نفر هم در گروه شاهد به طور تصادفی انتخاب شدند. مداخله شامل آموزش مهارتهای زندگی طی ۸ جلسه و در زمان ۲ هفته آموزش داده شد. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی در کاهش استرس اضطراب و افسردگی موثر می باشد (Sobhi-Gharamaleki and Rajabi 2010).

مطالعات فوق الذکر بیانگر نقش انواع مداخلات در وضعیت سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی بوده است اما هیچکدام با رویکرد اجتماع محور مشارکتی انجام نشده است.

معین القرابی در سال ۲۰۰۸ به ارزیابی اثرات آموزش مهارتهای زندگی بر زنان شاغل پرداخت. مطالعه وی که به صورت مداخله ای قبل و بعد طراحی شده بود بر روی ۸۴ زن شاغل در دانشگاه انجام شد. آموزشها به صورت هفتگی و دو ساعته و به مدت ۱۰ هفته انجام گرفت. پرسشنامه سلامت عمومی قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. نتایج نشان داد که تعدادی از شرکت کنندگان علائم روانی مانند ترس از افسردگی، اضطراب مشکلات روانی جسمی و اجتماعی را نشان دادند. نمرات میانگین به طور معنی داری به نصف کاهش یافته بود. در مجموع نتایج مطالعه نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی روشی موثر در کاهش اضطراب، بهبود خواب و علائم جسمی داشته است (Moinalghorabaei and Sanati 2008).

در سال ۲۰۰۹، مهین عسکری به بررسی اثرات ارتباطات و رفع کشمکشها بین همسران بر اساس برنامه انریچ در ارتقاء سلامت روان پرداخت. این مطالعه که در سال ۲۰۱۳ منتشر گردید از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی به عنوان معیار بررسی سلامت روان استفاده کرد. مهارتهای ارتباطی و حل مسئله به زوج هایی که به مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند طی دو ماه آموزش داده شد. انتخاب نمونه ها بر اساس نمونه گیری هدفمند و تصادفی صورت گرفت. در مجموع ۵۴ زوج که به مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند به دو گروه مساوی تقسیم شدند. متغیر وابسته در این مطالعه سلامت روان و متغیرهای مستقل مهارتهای ارتباطی و حل مسئله بودند. نتایج مطالعه قبل و بعد از مداخلات بیانگر تاثیر مثبت مداخلات بر سلامت روان زوجین بوده است (Askari, Noah et al. 2013). در دو مطالعه فوق از پرسشنامه سلامت عمومی جهت بررسی سلامت روان و اثر بخشی مداخلات استفاده شده است.

در سال ۲۰۰۸، سازمان جهانی بهداشت جهت ارتقاء سلامت روان، ادغام آن را در سیستم خدمات بهداشتی به کشورهای عضو توصیه کرد. در مطالعه پایلوت این برنامه در کشور مالدیو مداخلات آموزشی نقش مهمی در ارتقاء سلامت روان جامعه ایفا کرده است (Wright, Common et al. 2013). استفاده از روش های کیفی در تعیین نیاز، ارزیابی برنامه و انتخاب نوع مداخلات چه در رویکرد اجتماع محور مشارکتی و چه در سایر رویکردها در مطالعات مختلفی مورد بررسی و استفاده قرار گرفته است. در این مطالعات به خصوص به روش گراند تئوری اشاره شده است به شرح ذیل:

ترومن در سال ۲۰۰۲ به منظور تبیین نقش خدمت گیرندگان در زمینه ارتقاء سلامت روان و نحوه شکل گیری سرویس های ارائه دهنده خدمات بر اساس تجربیات مشتریان به انجام یک مطالعه کیفی از نوع گراند تئوری در بستر یک پروژه اجتماع محور سلامت روان پرداخت. موضوعات مورد بررسی در این طرح شامل چگونگی بافت و ساختار سازمانی جهت انجام مشارکت و درگیری مشتریان در فرآیند، فاکتورهای مشوق به منظور افزایش مشارکت معنی دار گیرندگان خدمت، موانع موجود جهت درگیری مشتریان و امکان سنجی تداوم مشارکت بوده است. نتایج بیانگر روش هایی بوده است که درگیر مشتری تحت آن روشها به صورت منعطف و رسمی صورت می گیرد. نتیجه گیری نویسندگان بیانگر آنست که درگیری موفقیت آمیز و معنی دار مشتریان سبب توانمندسازی آنان و تشخیص مهارتهایشان شده و آنها را به افراد جدیدی تبدیل می کند<sup>۱</sup>. این امر نیازمند انطباق نه تنها سازمانها بلکه ارائه دهندگان خدمت و سایر مشتریان درگیر نشده خواهد بود (Truman and Raine 2002).

رزمان در سال ۲۰۱۳ به بررسی کیفی دو مدل ارائه خدمات سلامت روان در کودکان پرداخت. این مطالعه به روش کیفی و با متد گراند تئوری انجام شد. تحلیل بر اساس نظرمشارکت کنندگان در طی دو مرحله روا شد. یک مرحله از دیدگاه ارائه دهنده خدمتی که به عنوان عضوی از یک مجموعه چند بخشی به طور عادی هم اینک در حال فعالیت است و مرحله بعد به عنوان عضوی که قرار است سبب توسعه و پیشرفت ارائه خدمت شود. در واقع در این مطالعه وضعیت موجود و مطلوب سنجیده شد. نتایج نشان داد جهت انجام مداخلات سلامت روان هم می بایست نیروی انسانی کارآمد و تربیت شده فراهم نمود و هم محیط مناسبی برای مداخله بر حسب علایق کودکان طراحی کرد (van Roosmalen, Gardner-Elahi et al. 2013).

بوید در سال ۲۰۰۶ به بررسی کیفی توسعه برنامه پیشگیری از افسردگی در اجتماع پرداخت. برای انجام این مطالعه تعدادی بحث گروهی متمرکز با زنان و ارائه دهندگان خدمات در کلینیک های سلامت روان در پنسیلوانیا صورت گرفت. از دیدگاه مشارکت کنندگان افزایش آگاهی در زمینه افسردگی، افزایش حمایت اجتماعی و توسعه مهارتهای زندگی در ارتقاء سلامت روان زنان در جامعه موثر می باشد (Boyd, DIAMOND et al. 2006).

هکت در سال ۲۰۰۷ در کشور انگلستان به بررسی کیفی تجربیات کادر درمان نسبت به ارزیابی موضوعات مربوط به سلامت روان پرداخت. تعداد ۹ مصاحبه عمیق فردی با پزشکان و پرستاران دو بیمارستان صورت گرفت. آنالیز این مطالعه کیفی که از نوع گراند تئوری بوده است پیرامون چهار سوال اصلی شامل: چگونه سلامت

<sup>۱</sup>: to develop new ones

روان در این بیمارستان ارزیابی می شود؟ احساس کادر درمان در خصوص این ارزیابی چیست؟ چگونه اطلاعات حاصل از ارزیابی به بالین بیماران منتقل می شود؟ چه آموزشهایی جهت کادر درمان در این خصوص مورد نیاز است؟ نتایج این مطالعه نشان داد که سیستمی جهت ارزیابی سلامت روان در بیمارستان های مورد مطالعه وجود ندارد و از طرفی اطلاعات کادر درمان نسبت به سیستم های ارزیابی سلامت روان محدود بوده است. در ضمن لیست نیازهای آموزشی کادر درمان نیز در این مطالعه استخراج گردید. (Hackett and Gaitan 2007)

گایتان در سال ۲۰۰۷ با انجام یک مطالعه از نوع گراند تئوری به بررسی تجربیات مردم در زمینه فرآیند بهبود در بیماریهای روانی پرداخت. این مطالعه در سه شهر مختلف از ایالت کبک کانادا انجام شده است. ۱۰۸ نفر در چهار گروه با چهار نوع بیماری روانی شامل اسکیزوفرنی، اضطراب ودو نوع اختلالات شخصیتی مرزی انتخاب شدند. نتیجه این مطالعه منجر به تهیه یک پروتکل در زمینه بهبودی از بیماریهای روانی شد و انجام مداخلات لازم را تسهیل نمود (Hackett and Gaitan 2007).

در سال ۲۰۰۸ باریو به بررسی کیفی نیازهای سلامت روان در افرادی از امریکای لاتین که در کالیفرنیا ساکن بودند، پرداخت. نیاز اولیه این افراد در زمینه سلامت روان، افسردگی بوده است و موانع سازمانی در دریافت خدمات در این زمینه شامل موانع فرهنگی و عدم تطابق زبانی به دلیل نبود مترجم بیان شده است. عدم وجود اطلاعات کافی در زمینه ارائه خدمات و نبود ارائه دهنده خدمت لاتینی از دیگر موانع دریافت خدمات بیان شده بود. از دیگر چالش های مطرح شده به کمبود تسهیلات مربوط به حمل و نقل و عدم وجود حمایت های اجتماعی اشاره گردید. در واقع در این مطالعه کیفی بزرگسالان لاتینی تجربیات خود را در قالب نیازهای فرهنگی و مشکلات مربوط به اقلیت بودن بیان کردند. ارائه خدمات مناسب فرهنگی در رفع این موانع توسط مشارکت کنندگان پیشنهاد شد (Barrio, Palinkas et al. 2008).

سوزان کلینگ در سال ۲۰۰۸ به بررسی مزایای های ناشی از توسعه اجتماعی پرداخته است این مطالعه که در یکی از مناطق محروم در کشور کانادا صورت گرفته است به صورت کیفی و با مشاهده و مصاحبه های عمیق فردی با ذینفعان طراحی شده است. پس از آنالیز داده ها، مشخص گردید که شرایط مشوق جهت توسعه اجتماعی شامل: ارتباط مناسب ذینفعان با موضوعات و مشکلات مربوطه، آمادگی جامعه، حفظ ارتباط با جامعه می باشد که در این راه انعطاف پذیری و احساس مسئولیت از الزامات موفقیت برنامه می باشد (Woodside 2008).

در مطالعه فوق به نقش اجتماع و مشارکت مردم در توسعه اجتماعی تاکید شده است.

وارد در سال ۲۰۰۵ با انجام یک مطالعه کیفی از نوع گراند تئوری و با پارادایم ساختارگرایانه به طراحی مدلی از تجربیات مشتریان در زمینه مشاوره سلامت روان پرداخت. در این مدل مشارکت کنندگان افریقایی امریکایی درگیر فرآیند ارزیابی مشاوره ها در ساختارهای مردم نهاد سلامت روان شدند. آنها در ابتدا به ارزیابی ارتباط درمانگر و مشتری پرداختند. این ارزیابی با توجه به سه فاکتور مهم انجام شد: غلبه مشتریان سیاه پوست، درگیری و دخالت دادگاه در فرآیند انجام مشاوره و شباهت ایدئولوژیکی درمانگر و مشتری. پس از آن مشتریان بر اساس ایمنی در درمان و تاثیر انجام مشاوره ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. طراحی این مدل بر اساس گراند تئوری کاربردهای فراوانی در تحقیقات آینده داشته است (Ward 2005).



ویتنی در سال ۲۰۰۵ جهت بررسی تجربیات مراقبین بیماریهای روانی مطالعه ای از نوع کیفی را طراحی نمود. در این مطالعه که والدین بیماران مبتلا به بی اشتهایی عصبی شرکت داشتند. موضوعات مورد بررسی درک بیماری توسط مراقبین، تاثیر بیماری بر خانواده و احساسات مراقبین شامل پاسخهای رفتاری و شناختی آنان در زمینه بیماری بوده است. نتایج نشان داد که مراقبین، بیماری بی اشتهایی عصبی را بیماری مزمن و ناتوان کننده می بینند و نقش خود را در بهبودی غیر مفید می دانند.

مادران پاسخ های عاطفی و پدران بیشتر پاسخ های شناختی از خود نشان می دادند. نتیجه گیری بعمل آمده از این مطالعه نشان داد که بخشی از دیسترس زندگی با فرد مبتلا ناشی از درک مراقبین از نقش غیر مفید خود و پاسخ های غیر تطابقی با فرآیند بیماری می باشد. آموزش مهارتهای لازم به والدین در مدیریت بیماری موثر خواهد بود (Whitney, Murray et al. 2005).

در مطالعه فوق به نقش پاسخهای تطابقی در برخورد با استرس حاصل از بیماری اشاره شده است. گاهی نیز در مطالعات جهت انجام مداخلات در زمینه سلامت روان به صورت همزمان از روش های کمی و کیفی استفاده شده است مانند:

جنیفر در سال ۲۰۰۱ از طریق انجام یک برنامه اجتماع محور مداخله ای، از لحاظ روانی اجتماعی خدماتی را جهت کودکان و خانواده های آنان فراهم آورد. مداخلات به صورت زودرس و در قالب برنامه های پیشگیری از اختلالات و ارتقاء جنبه های مختلف سلامت روان طراحی شده بود. نحوه انجام مداخلات بر اساس همکاریهای بین بخشی و مدل های مشاوره ای بر اساس مشارکت جامعه و بین پرسنلی طراحی شده بود. جهت انجام مداخلات تقاضاهای سیاستگذاران و نیازهایی که قابل دستیابی و مورد پذیرش جامعه بوده است در قالب مطالعه کیفی و کمی استخراج گردید (Attride-Stirling, Davis et al. 2001).

ایلوچی از دانشگاه شیکاگو در سال ۲۰۱۱ به بررسی تجربیات نوجوانان و والدین آنها در زمینه مداخلات سلامت روان از طریق طراحی مطالعه ترکیبی<sup>۱</sup> پرداخت. در این مطالعه فاز کیفی با طراحی گراند تئوری به بررسی تجربیات والدین درگیر در مداخله سلامت روان با عنوان پیشگیری از افسردگی بر مبنای اینترنت انجام شد. فاز کمی نیز بر مبنای پیمایش خود اظهاری<sup>۲</sup> انجام شد. نتایج مطالعه کیفی بیانگر وجود نه موضوع منعکس کننده تجربیات جوانان و سه موضوع<sup>۳</sup> مربوط به تجربیات والدین بوده است نتایج این مطالعه ترکیبی بیانگر تاثیرات مثبت استفاده از اینترنت در پیشگیری از افسردگی بوده است (Iloabachie, Wells et al. 2011).

پیتراز دانشگاه منچستر در سال ۲۰۱۱ به بررسی ارزشها و موانع موجود در بهبودی و عود بیماران دو قطبی از طریق یک مطالعه کیفی پرداخت. داده ها با استفاده از رویکرد گراند تئوری آنالیز شدند. در واقع مطالعه کیفی به صورت لانه گزیده در بستر یک کارآزمایی بالینی تصادفی صورت گرفت. در این مطالعه ۵۲ نفر شامل ۲۱ بیمار، ۲۱ ارائه دهنده خدمت و ۱۰ نفر از وابستگان بیماران مشارکت کردند. نتایج نشان داد که درگیر کردن

<sup>1</sup>: mixed method

<sup>2</sup>: self-report survey

<sup>3</sup>: theme

وابستگان بیماران در پیشگیری از عود بیماری موثر است اما لازمه انجام آن ارائه آموزش های لازم و مهارت های کافی به وابستگان می باشد (Peters, Pontin et al. 2011).

همانطور که اشاره شده است در مطالعه فوق در بستر یک تحقیق کمی، یک مطالعه کیفی شکل گرفته است. گری به بررسی تاثیر مداخله بر مصرف الکل، اعتماد به نفس و افسردگی در زنان هندی امریکایی واقع در جنوب غربی امریکا پرداخت. افراد در دو گروه قرار گرفتند یک گروه بر اساس مدل ارتقاء سلامت و دیگری علاوه بر این مدل، مهارت های شناختی رفتاری را نیز فرا گرفتند. گروه کنترل در این مطالعه در نظر گرفته نشد. تعداد افراد ۲۶۸ نفر و همه در سن ۱۸ تا ۵۰ سالگی بودند.

مداخله به صورت ده جلسه بر اساس رویکرد تحقیقات مشارکتی اجتماع محور صورت گرفت. آنالیز بر اساس مدل رگرسیونی انجام شد مداخله، متغیر مستقل و مصرف الکل، علائم افسردگی و اعتماد به نفس متغیرهای وابسته بودند نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین روش های مختلف مداخله وجود ندارد اما کاهش معنی داری در مصرف الکل، علائم افسردگی و افزایش اعتماد به نفس در هر دو گروه پس از ۶ ماه پیگیری وجود داشته است (Gray, Mays et al. 2010).

مطالعاتی نیز به بیان تاثیر استفاده از روش های سازگار مقابله با استرس در ارتقاء سلامت روان اشاره می کنند مانند مطالعه ذیل:

روح افزا و همکاران در اصفهان به بررسی ارتباط بین سبک زندگی و فاکتورهای اجتماعی اقتصادی و استراتژی های مقابله ای در یک نمونه از جامعه پرداختند. این مطالعه که به صورت مطالعه مبتنی بر جامعه صورت گرفت تعداد ۱۷۵۹۳ نفر بالای ۱۹ سال را در مرکز ایران مورد بررسی قرارداد. فاکتورهای دموگرافیک و اقتصادی اجتماعی شامل سن، جنس، وضعیت شغلی، تاهل و سطح تحصیلات بوده و متغیرهای سبک زندگی را وضعیت سیگار کشیدن، اوقات فراغت، فعالیت فیزیکی و استرس های روانی تشکیل می دادند. علاوه بر این وضعیت مقابله ای نیز در مورد جمعیت هدف ثبت شد. نتایج بر اساس همبستگی و رگرسیون چند لایه آنالیز شد. نتایج بیانگر آن بود که عدم استعمال سیگار، داشتن اوقات فراغت و فعالیت فیزیکی، سطح تحصیلات بالاتر به عنوان پیشگوی استراتژی های سازگار مقابله ای هستند در حالیکه سیگار کشیدن، استرس بالا و سطح تحصیلات پایین تر به عنوان پیش گوئی کننده استراتژی های نا کارآمد مطرح می باشند.

نتیجه این طرح بیان می کند که مکانیسم های مقابله ای در مرکز ایران به شدت تحت تاثیر وضعیت اقتصادی اجتماعی و فاکتورهای سبک زندگی قرار دارد (Roohafza, Sadeghi et al. 2009).

با مروری بر مطالعات فوق در می یابیم که استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی جهت ارتقاء سلامت روان، رویکرد مناسبی بوده و با توجه به اینکه نقش زنان در این رویکرد دارای اهمیت ویژه ای می باشد اما مطالعات مداخله ای اندکی جهت ارتقاء سلامت روان زنان با رویکرد مشارکتی و بر اساس مدل سلامت زایی صورت گرفته است. تبیین فرآیند سلامت روان زنان، بکارگیری ذینفعان در تمامی مراحل نیازسنجی، تعیین اولویت و طراحی مداخلات و حتی اجرای آن از جمله ویژگی های منحصر بفردی است که در مطالعه حاضر به آن پرداخته شده است.

## فصل سوم – روش پژوهش

### نوع مطالعه

این مطالعه تلفیقی<sup>۱</sup> و از نوع مداخله ای بوده که با رویکرد مشارکتی (شکل ۳-۱) طراحی شده است. این مطالعه دارای سه زیر مطالعه به شرح ذیل می باشد:

۱. تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان جامعه هدف: نظریه بسترزاد
۲. شناسایی نیازها و تعیین اولویتهای مربوط به سلامت روان در جامعه هدف: کیفی و از طریق انجام مصاحبه های فردی و گروهی، پانل تخصصی
۳. طراحی، اجرا و تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف: مداخله ای – قبل و بعد دار



شکل ۳-۱: مراحل عملی تحقیقات اجتماع محور مشارکتی

در ابتدا با توجه به رویکرد مشارکتی اجتماع محور به بیان روش شناسی کلی مطالعه در خصوص:

- معرفی اجتماع و علت انتخاب آن، معرفی گروه هدف
  - نحوه بسیج اجتماع
  - زمان انجام مطالعه
  - متغیرها و نحوه سنجش آنها
- پرداخته و سپس روش شناسی تحقیق در هر زیر مطالعه را ارائه می نماییم.

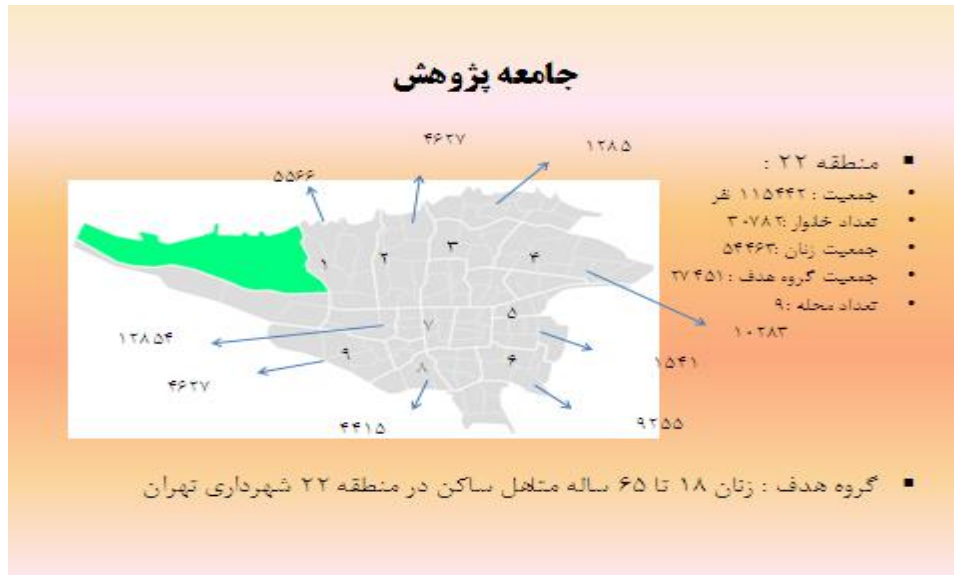
### معرفی اجتماع<sup>۲</sup>:

جهت انجام مطالعه، منطقه ۲۲ شهرداری تهران انتخاب شد.

<sup>۱</sup>:Mixed method

<sup>۲</sup>:community

این منطقه در غرب شهر تهران قرار گرفته است . جمعیت آن بر اساس آخرین نتایج سرشماری (سال ۱۳۹۰) تعداد ۱۱۵۴۴۲ نفر می باشد . تعداد خانوارهای ساکن در منطقه ۳۰۷۸۲ بوده و جمعیت زنان در این منطقه ۵۴۴۶۳ می باشد . در ضمن جمعیت زنان متاهل ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن در این منطقه طبق برآوردهای انجام شده ۲۷۴۵۱ است . این منطقه دارای ۹ محله ، یک مرکز بهداشتی درمانی می باشد ( شکل ۳-۲ )



اقتباس از: <https://region22.tehran.ir>  
 شکل ۳-۲: نقشه منطقه ۲۲ شهرداری تهران

### علت انتخاب منطقه ۲۲ شهرداری تهران

طبق رویکرد تحقیقات اجتماع محور مشارکتی ، انتخاب جامعه به عنوان واحد مطالعه که دارای شبکه های اجتماعی و تشکل های مردمی (Becker, Israel et al. 2005) می باشد از الزامات انجام مطالعه می باشد لذا منطقه ۲۲ شهرداری تهران به دلایل ذیل انتخاب گردید :

- وجود دفاتر فعال سلامت شهرداری در منطقه
- وجود تشکل های مردمی مانند دفتر خیریه زنان ، واحد بسیج خواهران در منطقه و....
- وجود داوطلبین زن فعال در منطقه
- وجود آمار دموگرافیک مشخص در منطقه به دلیل مشارکت در پروژه شهر سالم<sup>۱</sup>
- پایلوت برنامه جامعه ایمن و پذیرش عضویت این منطقه از سوی سازمان جهانی بهداشت که با توجه به محتوای برنامه جامعه ایمن که عنصر کلیدی آن مشارکت جامعه می باشد این امر بیانگر آمادگی منطقه جهت فعالیتهای مشارکتی می باشد .
- دسترسی دانشجوی به لحاظ فیزیکی به منطقه مورد مطالعه

<sup>۱</sup> هدف از اجرای پروژه شهر سالم، فراهم آوردن زمینه های مشارکت سازمانهای دولتی ، خصوصی و داوطلب بمنظور تمرکز ارگانها و سازمانهای ذیربط در بهداشت شهری بمنظور کاستن مشکلات در رابطه با سلامت در ابعاد وسیع بوده است .

## گروه هدف

کلیه زنان متاهل در سنین ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن در منطقه ۲۲ شهرداری تهران به عنوان جامعه مورد بررسی انتخاب شدند. با توجه به اینکه نیازهای ارتقاء سلامت روان در افراد مجرد و متاهل متفاوت بوده و ( Horwitz, 1996) و از طرفی این نیازها در دوره های مختلف زندگی متفاوت می باشد ( Green, 2013) و از طرفی زنان در سنین باروری دارای ریسک فاکتورهای فراوانی جهت ابتلا به اختلالات روانی می باشند لذا این گروه به عنوان جامعه هدف در مطالعه در نظر گرفته شدند.

سایر ذینفعان :

- تشکل های مردمی ، خیریه ها
- سازمان های غیر دولتی فعال در امور زنان
- نمایندگان شهرداری
- کادر درمانی و بهداشتی مرکز بهداشتی درمانی
- پزشکان بخش خصوصی مستقر در منطقه

## بسیج اجتماع

جهت بسیج اجتماع به منظور بکارگیری رویکرد اجتماع محور مشارکتی اقدامات ذیل انجام شد:

- کسب مجوزهای لازم جهت ورود به منطقه : طبق هماهنگی بعمل آمده با مدیر کل محترم سلامت شهرداری استان تهران ، معرفی نامه جهت حضور در منطقه و استفاده از اطلاعات دموگرافیک موجود در معاونت اجتماعی منطقه ۲۲ اخذ گردید .
- شناسایی ذینفعان در سطح منطقه : با بررسی های بعمل آمده از منطقه ، شناسایی ذینفعان با کمک معتمدین محلی و معاونت اجتماعی شهرداری انجام شد و گروههای ذیل به عنوان ذینفعان منطقه ای شناسایی شدند :
- مسئولین ذیربط منطقه در معاونت اجتماعی شهرداری ، خانه های سلامت ، مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه ، معتمدین محلی ، گروه خیرین ، بسیج خواهران ، سازمان غیر دولتی زنان و سایر تشکل های مردمی در منطقه ۲۲
- برگزاری جلسات با ذینفعان شناسایی شده : جلسات متعددی با ذینفعان در خصوص بیان اهداف طرح و چگونگی مشارکت آنان در فرآیند طرح برگزار گردید.
- جلب همکاری داوطلبین زن محلی : با توجه به رویکرد اجتماع محور مشارکتی ، اقدامات لازم در خصوص جلب همکاری داوطلبین زن جهت مشارکت در تحقیق بعمل آمد. به این صورت که از طریق معتمدین محلی ، اطلاع رسانی های لازم صورت گرفته و افراد داوطلب جهت همکاری در طرح نسبت به معرفی خود اقدام نمودند .
- مصاحبه با داوطلبین محلی جهت انتخاب آنان به منظور مشارکت در انجام طرح : با داوطلبین محلی جهت انتخاب آنان به منظور مشارکت در انجام طرح مصاحبه هایی صورت گرفت . معیارهای انتخاب این داوطلبین شامل :

- خانم های متاهل در سنین ۱۸ تا ۶۵ ساله ، ساکن در منطقه
  - داشتن روابط عمومی قوی
  - داشتن سواد در حد دیپلم و بالاتر
  - سابقه فعالیت در برنامه های گروهی
- با توجه به معیارهای گفته شده تعداد ۲۰ داوطلب انتخاب گردید .
- اطلاع رسانی اهداف طرح و جلب مشارکت سایر ذینفعان منطقه از طریق داوطلبین
  - با انجام اقدامات فوق ، بسیج جامعه جهت انجام پژوهش ، آغاز گردید و البته در طول اجرای تحقیق نیز ، اطلاع رسانی به ذینفعان و جلب مشارکت آنان در هر مرحله صورت گرفته است که به تفکیک در هر زیر مطالعه توضیح داده می شود .

### زمان انجام مطالعه

مطالعه به مدت ۲۵ ماه از اسفند ماه سال ۱۳۹۰ آغاز گردید، به شرح ذیل :

تعیین فرآیند ارتقاء سلامت روان : ۱۲ ماه ، نیازسنجی و تعیین اولویت : ۲ ماه ، طراحی روش مداخله : ۱ ماه ، تهیه بسته آموزشی : ۳ ماه ، تعیین وضعیت قبل از مداخله : ۲ ماه ، اجرای مداخله : ۳ ماه ، فاصله تا ارزیابی مداخلات : ۱ ماه ، ارزیابی مداخلات : ۱ ماه

### متغیرها و نحوه سنجش آن ها

متغیرهای موجود در مطالعه برحسب نقش، سطح مقیاس، ابزار گردآوری و نحوه سنجش به طور خلاصه در جدول شماره ۳-۱ آمده است . در این مطالعه سلامت روان و کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای وابسته و شیوه های مقابله با استرس و مداخلات اجتماع محور به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده اند. سایر متغیرهای دموگرافیک نیز نقش زمینه ای را ایفا می کنند .

جدول شماره ۳-۱: مشخصات متغیرهای مطالعه بر حسب نقش، سطح مقیاس، ابزار گردآوری و نحوه سنجش

نحوه سنجش	ابزار گردآوری	سطح مقیاس					نقش				مشخصات متغیر	
		نسبتی		فاصله ای	رتبه ای	اسمی	مخدوشگر	واسط	زمینه ای	مستقل		وابسته
		پیوسته	گسسته									
بر اساس داده های حاصل از مطالعه کیفی	انجام مصاحبه های عمیق فردی					*					*	فرآیند ارتقاء سلامت روان
سال	پرسشنامه کمی	*							*			سن
دیپلم و کمتر، بیشتر از دیپلم	پرسشنامه				*				*			وضعیت تحصیلی
تعداد	پرسشنامه		*						*			تعداد فرزندان
شاغل - خانه دار	پرسشنامه					*			*			وضعیت اشتغال
سال	پرسشنامه	*							*			سالهای تاهل
هشت روش مقابله با استرس	پرسشنامه فولکمن لازاروس	*									*	مقابله با استرس
حیطه های مختلف کیفیت زندگی	پرسشنامه BREF	*									*	کیفیت زندگی
تعداد کتاب و پمفلت، تعداد برگزاری کلاس و مشاوره	چاپ کتاب، پمفلت، برگزاری کلاس و..)					*				*		توانایی مقابله با استرس

پس از ارائه روش شناسی کلی تحقیق، به بیان روش شناسی هر زیر مطالعه می پردازیم:

## روش شناسی زیر مطالعه اول : تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان

### جامعه هدف

### نوع مطالعه

کیفی بر مبنای روش شناسی نظریه بسترزاد نسخه کوربین اشتراوس<sup>۱</sup> ۲۰۰۸ انجام شده است. نظریه بسترزاد روشی نظام دار است که در نهایت به نظریه نهفته در داده ها می انجامد و یا به طور نظری توضیحاتی در باره پدیده ای خاص ارائه می دهد. کوربین و اشتراوس (۱۹۹۰) می نویسند "نظریه بسترزاد نظریه ای است که به صورت استقرایی از مطالعه پدیده مشتق می شود به عبارت دیگر از طریق جمع آوری داده ها و تحلیل داده های مربوط به آن پدیده کشف شده توسعه یافته و به طور موقت مورد تایید قرار می گیرد. نتیجه اکثر پژوهش های نظریه بسترزاد، یک الگوی مفهومی یا نظری است که سعی در شرح پدیده مورد نظر دارد (اسکویی، پیروی، ۱۳۸۴)

### علت انتخاب روش نظریه بسترزاد

در مطالعه حاضر محقق در پی آن است که به فرآیند سلامت روان نه از نگاه پاتوژنیک، بلکه بر اساس مدل های سلامت زایی بپردازد. از این منظر، نمی بایست با پیش فرض های ذهنی و در قالب بررسی اختلالات روانی، اقدام نمود. از این منظر نمی توان با اتخاذ رویکرد کمی به توصیف و کشف روابط علت و معلولی آنها عمده در محیطی کنترل شده و از پیش تعریف شده، بسنده کرد. بلکه می بایست این فرآیند مهم را به طور عمقی و گسترده در بستر طبیعی خود شناخت. این فرآیند از فرهنگی به فرهنگ دیگر و بر اساس آداب و رسوم اجتماعی قابل تغییر می باشد. لذا پژوهشگر به این دلیل رویکرد کیفی و روش شناسی نظریه بسترزاد را انتخاب کرد که اولاً: با استفاده از رویکردهای کمی و ابزارهای عینی که اکثراً بر اساس فرهنگ و آداب و رسوم های جامعه های دیگر طراحی شده اند نمی توان به طور عمیق و درونی به ماهیت فرآیندی سلامت روان پی برد و ثانیاً محقق به دنبال یافتن مداخلات لازم جهت ارتقاء سلامت روان بوده و جهت طراحی بهترین مداخلات نیازمند شناسایی این فرآیند و اجزای آن به طور عمیق می باشد و این موضوع تنها با انجام روش نظریه بسترزاد عملی می باشد. از آنجایی که فرآیند سلامت روان در بستر اجتماع اتفاق می افتد و تحت تاثیر محیط و تعاملات اجتماعی قرار می گیرد لذا گزینه بسترزاد، گزینه مناسبی برای تحقیق می باشد. در واقع سوال پژوهش این بود که فرآیند سلامت روان چگونه تبیین می شود؟ این سوال انعطاف پذیری کاملی جهت ژرف کاوی پدیده ایجاد می نمود و این امر امکان دست یابی و تولید داده های غنی حاصل از درک فرآیند فوق در شرایط طبیعی و بر اساس تجارب شرکت کنندگان را فراهم می آورد. لذا محقق سعی نمود با اتخاذ رویکرد کیفی و از نوع نظریه بسترزاد، فرصت نگرستن به فرآیند ارتقاء سلامت روان را با روشی استقرایی از داده های حاصل از بستر مطالعه فراهم آورد، چرا که تحقیق کیفی رویکردی روشمند و ذهنی برای توصیف تجربیات زندگی و معنی دادن به آنها بوده و وسیله ای برای جستجوی عمق معنا و پیچیدگی موجود در پدیده هاست.

<sup>1</sup>: corbin , strauss



فرآیند نمونه گیری و انتخاب مشارکت کنندگان : در پژوهش کیفی ، همانطور که نمی توان سوال تحقیق را از ابتدا به طور دقیق مشخص ساخت ، تعداد نمونه ها را نیز نمی توان از ابتدا پیش بینی کرد . حجم نمونه بر اساس داده های جمع آوری شده و تحلیل آنها مشخص می شود . نمونه گیری بدون هیچ محدودیتی در تعداد نمونه ها تا رسیدن به زمان تکوین نظریه ادامه می یابد . در این پژوهش ، مشارکت کننده اول بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شد و بر اساس نتایج تجزیه و تحلیل مصاحبه ها نمونه های بعدی انتخاب می شدند . علاوه بر این بر اساس تجزیه و تحلیل همزمان ، سوالاتی که می بایست در مصاحبه های بعدی پرسیده شوند نیز تعیین می شدند . با پیشرفت مصاحبه ها ، نمونه گیری مبتنی بر هدف به نمونه گیری نظری تبدیل شد . نمونه گیری نظری ، روشی از جمع آوری داده هاست که بر اساس مفاهیم و درون مایه های استخراج شده از داده ها صورت می گیرد . هدف از انجام نمونه گیری نظری ، جمع آوری داده ها از افراد ، رویدادهایی است که فرصت توسعه مفاهیم از نظر خصوصیات و ابعادشان ، کشف تغییرات و شناسایی ارتباط بین مفاهیم را به حداکثر خواهد رساند ( Corbin , Strauss 2008 صفحه ۱۴۸ ). در واقع در نمونه گیری نظری ، محقق داده ها را مرتباً جمع آوری کرده ، طبقه بندی و کد گذاری می کند و بر اساس آن تصمیم می گیرد که چه داده هایی را باید جمع کند و آنها را در کجا باید بیابد . در این مرحله محقق تلاش می کند تا افراد با تجربیات متفاوت را در مطالعه وارد کند . در تمام مصاحبه ها تلاش شد تا نمونه ها حداکثر تنوع<sup>۱</sup> ( Glaser and Strauss 2009) را داشته باشند . لذا سعی گردید که از افراد بی سواد تا باسواد ، بدون فرزند تا بیشترین فرزند ، خانه دار و شاغل مصاحبه شود . طبق اصول روش تحقیق کیفی ، نیازی نیست ترکیب مشارکت کنندگان در تحقیق از الگوی دموگرافیک جامعه تبعیت نماید (Corbin and Strauss 1990). در حین مصاحبه ها مشخص شد که ازدواج نقطه عطفی برای گروه هدف می باشد لذا در حین مصاحبه ها تصمیم گرفته شد از همسران و افراد مجرد نیز مصاحبه بعمل آید . پژوهشگر از طریق بررسی مرتب داده ها و پرسیدن سوالات نهایی تا به اشباع داده ها و بستن نمونه رسید . اشباع در نظریه بسترزاد عبارتست از کامل شدن همه سطوح کدها و اینکه هیچ داده جدید یا معناداری ظاهر نشود و هر طبقه به خوبی بر حسب ویژگی ها و ابعادهای گسترش یافته باشد (کوربین - اشتراوس ۲۰۰۸).

### محیط پژوهش

محیط پژوهش کیفی محل اصلی رخداد پدیده هاست . یعنی در محلی که افراد مورد نظر زندگی می کنند و تجربیات آنها در آن روی می دهد ( Polit , Beck ۲۰۰۹ ). در مطالعه حاضر نیز محیط پژوهش ، منطقه ۲۲ شهرداری تهران انتخاب شد ( به دلایل پیش گفت ) و مصاحبه ها در محل مورد توافق مشارکت کنندگان صورت می گرفت . بیشتر مصاحبه ها در محل دفتر خیریه زنان و برخی در محل مسجد صورت گرفت .

1 : maximum variation

## ابزار پژوهش

پس از کسب رضایت آگاهانه داده ها جمع آوری شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و راهنمای مصاحبه برای جمع آوری داده ها از مشارکت کنندگان بود.

- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعاتی در خصوص سن، وضعیت تاهل، سالهای زندگی مشترک، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و وضعیت تحصیلی مشارکت کننده بود.
  - راهنمای مصاحبه: راهنمای مصاحبه با سوالات کلی با مضامین ذیل طراحی شدند:
    - تعریف مصاحبه شونده از خانمی که دارای سلامت روان می باشد
    - بیان واقعه ای که اخیرا اتفاق افتاده و موجب اختلال در سلامت روان مصاحبه شونده شده است.
- (ضمیمه ۲)

از سوی دیگر با تحلیل همزمان داده ها و آشکار شدن مفاهیم، طبقات و زیر طبقات، سوالات بیشتری برای محقق برای طرح در مصاحبه های بعدی فراهم می شد، به این معنا که شکل، ترتیب و موضوع سوال با پیشرفت فرایند جمع آوری داده ها در مراحل مختلف مطالعه تغییر می کرد. در واقع سوالات به عنوان راهنما عمل می کردند و هر مصاحبه با توجه به نوع پاسخ مشارکت کننده و در نظر داشتن سوالات اصلی پژوهش به طور فردی پیش می رفت.

کوربین - اشتراوس (۲۰۰۸ - ص ۱۵۲) می نویسند: همراه با نمونه گیری نظری، راهنمای مصاحبه ها تا حد امکان ساختار سازمان یافته و ثابتی ندارند چرا که آنها در طول دوره پژوهش کامل شده و تغییر می کند. راهنماهای اولیه مصاحبه ممکن است متمرکز بر مفاهیم مشتق شده از تجربیات و یا کار مقدماتی عرصه باشند و وقتی پژوهشگر با آنها وارد عرصه می شود باید آنها را مقدماتی فرض کند. زمانی که جمع آوری داده ها شروع می شود راهنماهای اولیه مسیری را برای مشتق شدن مفاهیم از تحلیل برای پژوهشگر فراهم می کنند. پایبندی شدید به سوالات اولیه مانع اکتشاف می شوند زیرا این امر منجر به محدود شدن مقدار و نوع داده ها می گردد (Corbin و Strauss ۲۰۰۸).

## روش جمع آوری داده ها

برای درک پدیده مورد مطالعه از روش های مختلفی استفاده گردید به شرح ذیل:

### مصاحبه های عمیق فردی

مصاحبه های عمیق فردی یک روش مرسوم جمع آوری داده در مطالعات به روش نظریه بسترزاد هستند. در مطالعات کیفی ساختار مصاحبه باز می باشد. اگر چه محقق بر تمرکز مصاحبه اشراف دارد لیکن سلسله مراحل ثابتی را نمی توان برای مصاحبه تصور نمود. سوالات مطرح در جلسات مصاحبه بر حسب بصیرتی که محقق در طول مطالعه کسب می کند، مکررا تغییر می کند. مصاحبه گر و مصاحبه شونده بدنبال این هستند که به درک مشترکی از تجارب مصاحبه شونده دست یابند (Browne and Sullivan 1999).

در این مطالعه نیز مصاحبه ها به شکل نیمه ساختاری<sup>۱</sup> سازمان یافت به این ترتیب که محقق با طرح سوالات راهنما و کلی، مصاحبه را آغاز می کرد و سپس براساس مطالب و تجربیات بیان شده آن را هدایت کرده و ادامه می داد و در مواقع لزوم از سوالات روشنگر<sup>۲</sup> استفاده می شد. قبل از شروع مصاحبه، پژوهشگر با پرسیدن یک سری سوالات مقدماتی و برقراری رابطه مناسب سعی در جلب اعتماد مشارکت کننده داشته و با این کار زمینه را برای مصاحبه بهتر و راحتتر فراهم میکرد، سپس مصاحبه با معرفی مصاحبه کننده و بیان اهداف تحقیق و اخذ رضایت از مصاحبه شونده (ضمیمه ۱)، با سوالات کلی و باز آغاز می شد. ضمن اینکه سوالات روشنگر، این فرصت را برای محقق فراهم میکرد تا به هدایت مصاحبه و تمرکز بر نقاط ابهام بیشتر به پردازد. از سوی دیگر با تحلیل همزمان داده ها و آشکار شدن مفاهیم و طبقات، سوالات بیشتری برای محقق برای طرح در مصاحبه های بعدی فراهم می شد، به این معنا که شکل، ترتیب و موضوع سوال با پیشرفت فرایند جمع آوری داده ها در مراحل مختلف مطالعه تغییر می کرد. تمامی مصاحبه ها توسط یک پژوهشگر هدایت شد. پژوهشگر مصاحبه ها را مدیریت می کرد و در واکنش به محتوای پاسخ ها و اشارات کلامی و غیر کلامی مشارکت کنندگان انعطاف پذیر بود و بر مبنای آن ها مصاحبه ها را هدایت می کرد مدت مصاحبه بر اساس نظر مصاحبه شونده و میزان همکاری وی و با توجه به موقعیت تنظیم می شد و این زمان بین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود. برخی مصاحبه ها در یک جلسه خاتمه می یافت و در چند مورد نیز مصاحبه دوم نیز با همان مشارکت کننده انجام پذیرفت (Charmaz 2006). مصاحبه ها با کسب اجازه از مشارکت کنندگان ضبط شدند و در برخی موارد نیز که مشارکت کننده، رضایت نداشت از نوشتن همزمان مصاحبه ها استفاده گردید. همزمان با مرور یادداشتهای عرصه که بلافاصله بعد از مصاحبه ها توسط پژوهشگر به ثبت رسیده بودند مصاحبه ها کلمه به کلمه پیاده شدند. به طور کلی در طول دوره تعداد ۲۰ مصاحبه بر اساس اشیاع داده ها صورت گرفت. در فرآیند مصاحبه ها بر حسب نتایج حاصل از آنالیز داده ها و تجزیه و تحلیل همزمان آنان، لازم شد تا با خانم های مجرد و همسران برخی زنان متاهل نیز مصاحبه بعمل آید.

#### یادداشت های در عرصه

در حین مصاحبه ها از سایر روش ها مانند یادداشت های در عرصه نیز استفاده شد. یادداشت های در عرصه، یادداشت هایی هستند که عموماً برای مستند سازی مشاهدات استفاده می شوند. پژوهشگر هنگام ثبت این یادداشت ها آنچه را که می شنود، می بیند، می بوید، فکر می کند و تجربه می نماید را می نویسد (پرویزی، صلصالی ۱۳۸۶). هدف پژوهشگر از این امر استفاده از روشی مکمل به منظور جمع آوری داده ها و تکمیل گسست های موجود در طبقات حاصل از داده هاست. لذا به خاطر پیشگیری از سوء تفسیر داده ها و به منظور تکمیل غنای نظری آنها، پژوهشگر بلافاصله بعد از پایان مصاحبه ها به نوشتن یادداشت های در عرصه می پرداخت و همزمان با مرور آنها مصاحبه ها پیاده می شدند و سپس بر اساس اصول نظریه بسترزاد مورد تجزیه و تحلیل قرار می گرفتند.

<sup>1</sup> Semi structured

<sup>2</sup> Probe

کوربین و اشتراوس (۲۰۰۸) می نویسند: برخی معقدند یادداشت های در عرصه نوعی از یادآور<sup>۱</sup> است. این پژوهشگران به نقل از پتون (۲۰۰۲) می نویسند: "ثبت و تعقیب بینش های تحلیلی که در طول جمع آوری داده ها رخ می دهند بخشی از کار در عرصه و شروع تحلیل کیفی هستند و سرکوب کردن این بینش های تحلیلی ممکن است به معنای از دست رفتن همیشگی آنها باشد و تضمینی برای برگشت وجود ندارد" (Corbin و Strauss ۲۰۰۸).

تفاوت یادداشتهای مشاهده ای و یادآور در این است که یادآورها افکاری طولانی تر و عمیق تر در خصوص یک رویداد هستند و معمولاً پس از ترک عرصه به شکل پنداشتی نوشته می شوند و پیچیده تر و تحلیلی تر از یادداشتهای در عرصه هستند. یادداشت های مشاهده ای می توانند به توصیف یک محیط و حتی یک مصاحبه غیر رسمی پردازند. به توصیه کوربین زمانی که پژوهشگر در عرصه می باشد یادداشت های مشاهده ای را به صورت توصیفی نوشته و وقتی در خانه مشغول تحلیل داده هاست بر اساس یادداشت های مشاهده ای، یادآور می نویسد (Corbin و Strauss ۲۰۰۸).

در پژوهش حاضر از یادداشت های مشاهده ای<sup>۲</sup> برای توصیف رویدادهای واقعی، یادداشتهای نظری<sup>۳</sup> برای ثبت افکار پژوهشگر در خصوص آن رویداد و یادداشتهای روش شناسانه<sup>۴</sup> برای مستند کردن برخی جنبه های رویه ای پژوهش استفاده شد.

در ذیل نمونه ای از یادداشت های در عرصه ارائه می گردد:

یادداشت در عرصه پنجم (دفتر سلامت زنان)

مصاحبه دوم با مشارکت کننده ۶

تاریخ ۹۱/۷/۱۸

از چند روز پیش این مصاحبه را با خانم "الف" هماهنگ کرده بودم. از چند دقیقه قبل از زمان مصاحبه در محل حاضر شدم. خانم "الف" همراه با خانم جوانی به محل مصاحبه آمد. به نظر میرسید خانم جوان دارای مشکلی در ناحیه اندام فوقانی اش (معلولیت) داشت. وقتی خوب دقت کردم دیدم دست چپش را در جیبش پنهان کرده و به نظر میرسد تحرکی ندارد. وقتی این دو از هم خداحافظی کردند و مصاحبه ما طبق قرار قبلی شروع شد. احساس کردم در نگاه مشارکت کننده غم بزرگی وجود دارد او با لحنی ناراحت شروع به صحبت کرد. به نظر میرسید بیشتر به دنبال شنیده شدن است....

معلولیت، غم بزرگ، لحن ناراحت، شنیده شدن از کدهای استخراج شده از این یادداشت در عرصه بود.

#### مشاهده

یکی دیگر از روش های جمع آوری اطلاعات در نظریه بسترزاد، مشاهده است. مشاهده روشی برای کشف فرهنگ درونی و بررسی واقعیت اجتماعی افراد است (صلصالی ۱۳۸۶). یکی از دلایل اهمیت مشاهده این است که غیر معمول نیست افراد بگویند آنها در حال انجام کاری هستند اما در واقعیت آنها کار دیگری را انجام

1: memo

2: observational note

3: theoretical note

4: methodological note

دهند. همچنین افراد ممکن است توجه کافی به نکات ظریف در ارتباط خود با دیگران نداشته باشند و یا قادر به صحبت کردن در مورد آن نباشند. تنها روش برای درک این موارد مشاهده است (Strauss و Corbin ۲۰۰۸). لذا در این مطالعه، پژوهشگر تلاش نمود تا در کنار مصاحبه‌ها، به مشاهده محل، رویدادها، طرز تعامل افراد با دیگران، اشیاء موجود در محیط، رفتارهای غیر کلامی، اشیاء خاص همراه مشارکت کننده مانند تسبیح و...، پوشش، تطابق کلام و رفتار غیر کلامی توجه نماید. مشاهده استفاده شده در این مطالعه، مشاهده بدون ساختار (صلصالی ۱۳۸۶) بود یعنی پژوهشگر بدون در نظر گرفتن ملاحظات از پیش تعیین شده در کنار مصاحبه، مشاهده می نمود.

### زمان جمع آوری داده ها

انتخاب زمان مناسب جهت جمع آوری داده ها در مطالعه کیفی بستگی به اهداف پژوهش دارد و همیشه امکان پذیر نیست تا در شروع مطالعه زمان تماس با مشارکت کنندگان مشخص باشد (Molly، Woodfield ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر نیز زمان انجام مصاحبه‌ها کاملاً با نظر مشارکت کنندگان تعیین می شد. به علاوه انجام مصاحبه‌های متعدده پژوهشگر اجازه داد تا از طریق درون مایه‌ها و مفاهیمی که از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های قبلی با همان مشارکت کننده و یا سایر مشارکت کنندگان بدست آمده بود به درک عمیق تری از پدیده مورد نظر دست یابند. در حقیقت تکرار مصاحبه‌ها در زمان‌های مختلف منجر به ظهور طبقات و مفاهیمی شد که ممکن بود با انجام یک مصاحبه با هر شرکت کننده به دست نیاید.

### روش تجزیه و تحلیل داده ها

در نظریه بسترزاد از روش مقایسه دائمی برای تحلیل داده‌ها استفاده می شود. با این روش، پژوهشگر همزمان داده‌ها را جمع آوری، کدگذاری و تحلیل می کند. کدگذاری فرآیندی است که برای مفهوم پردازی داده‌ها به سوی الگوها یا مفاهیم استفاده می شود (Beck و Polit ۲۰۰۹). در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از پارادایم کدگذاری کوربین اشتراوس ۲۰۰۸ استفاده شد. کوربین و اشتراوس (۲۰۰۸) کدگذاری را استخراج مفاهیم از داده‌های خام و توسعه آنها از نظر خصوصیات (مشخصاتی که مفاهیم را تعریف و توصیف می کنند) و ابعادشان (گوناگونی‌های درون نوسانات که ویژگی و حدودی را به مفاهیم می دهد) تعریف می کنند (Strauss و Corbin 2008). در این روش تحلیل داده‌ها برای استخراج مفاهیم، زمینه (ساختار) و فرآیند صورت می گیرد.

### فرآیند عملیاتی تجزیه و تحلیل

#### تحلیل داده‌ها برای مفاهیم

در این مرحله، تمرکز تحلیل بر روی ساخت مفاهیم از داده‌ها می باشد. نخست داده‌ها به قطعات قابل مدیریت شکسته شده و سپس بر اساس ایده‌های درون آن، داده‌ها تفسیر شده و نام‌های مفهومی به آن‌ها تعلق می گیرد. این مرحله با انجام کدگذاری باز که سطح اول تحلیل پنداشتی بر روی داده‌ها می باشد، آغاز می گردد. کدگذاری باز برای تحلیل نیاز به روش بارش افکار دارد برای این که تحلیل گر در شروع می خواهد نسبت به داده‌ها و به همه موارد بالقوه که در آنها وارد شده انعطاف پذیر باشد. فقط بعد از ملاحظه همه معانی

ممکن و بررسی دقیق زمینه ، محقق آماده نام گذاری مفهومی تفسیری روی داده ها می شود . مفهوم پردازی داده ها نه تنها داده هایی را که محقق مجبور است با آن ها کار کند کاهش می دهد بلکه هم زمان زبانی برای صحبت در باره داده ها فراهم می کند . در واقع مفاهیم می توانند دامنه ای از مفاهیم سطح پایینتر تا مفاهیم سطح بالاتر داشته باشند . مفاهیم سطح بالاتر ، طبقات / درون مایه ها نامیده می شوند و طبقات به ما می گویند که گروهی از مفاهیم سطح پایین تر با هم مربوط و نمایان شده اند (Corbin و Strauss 2008) . همه مفاهیم بدون توجه به سطح آنها از داده ها ناشی می شوند فقط برخی از آنها از بقیه انتزاعی تر هستند . فرآیند مفهوم پردازی داده ها مانند این به نظر می رسد که محقق تلاش می کند داده ها را به دقت بررسی کند تا ماهیت آنچه که در داده های خام بیان شده را درک کند . سپس محقق یک نام مفهومی را برای شرح و توصیف آن ادراک طرح می کند - مفهومی معنا داده شده توسط محقق . کدگذاری نیاز به تفکر خارج از چارچوب<sup>۱</sup> دارد (ویکر ۱۹۸۵) و آن به معنی کنار گذاشتن تصورات از قبل فرض شده در باره آن چیزی است که محقق انتظار دارد در تحقیق بیابد و اجازه می دهد داده ها و تفسیر آن ، تحلیل را هدایت کنند . کد گذاری هم چنین به معنای یادگیری فکر کردن به صورت انتزاعی است . کد گذاری نیاز به جستجوی واژه یا واژه هایی درست دارد که بهترین توصیف مفهومی برای آنچه باشد که محقق اعتقاد دارد به وسیله داده ها نشان داده می شود . در این پژوهش ، کدگذاری بلافاصله بعد از تکمیل هر مصاحبه شروع می شد . برای این کار ابتدا متن فایل های صوتی پیاده شده و چندین بار مرور و بازخوانی شدند تا نوعی ادراک کلی از مفاهیم موجود در آن ها به دست آید . سپس طبق الگوی کوربین و اشتراوس ۲۰۰۸ ابتدا داده ها خرد شده ، از عین عبارات مشارکت کنندگان یا کدهای دلالت انگیز به عنوان کدهای اولیه استفاده شد . با توجه به کدهای سطح اول ، طبقات موقت تکامل یافتند . در حقیقت ، حرکتی از یک دامنه عینی به انتزاعی ، یعنی حرکتی رو به بالا از یک داده تجربی به مفهومی انتزاعی تر صورت پذیرفت . سپس با انجام مقایسات مداوم و طرح سوالات تسلسلی ، فرآیند عنوان گذاری با تعیین بر چسب مفهومی هدایت شد . این دو فعالیت بر روند افزایش انتزاع و ارتقاء سطح پنداشتی مستتر در داده ها معطوف می باشند (صلصالی ۱۳۸۶) .

به طور مثال :

من خدا را شکر می کنم که اولاً در خانواده خوب بدنیا آمدم که این نقش اساسی دارد چون دید افراد را خانواده شکل می دهد.

اینکه من فکر کردم پناه همیشگی دارم . یه کسی که مثل کوه پشت سرمه و از من دفاع میکنه.

از این جملات کدهای سطح اول " اهمیت خانواده خوب " ، " شکل گیری دید افراد در خانواده " ، " پناه همیشگی " استخراج شدند . این کار برای کلیه مصاحبه ها صورت گرفت و کدهای بدست آمده در فهرست کدهای باز قرار گرفتند . در هر مصاحبه جدید به تعداد کدها اضافه می شد و یا تغییراتی در کدهای قبلی صورت می پذیرفت . بدین ترتیب در جریان کدگذاری باز مفاهیم اولیه نهفته در داده ها کشف شدند . در این مرحله از مجموعه داده ها تعداد ۲۰۳۶ کد اولیه استخراج گردید . در این مرحله کدگذاری باز و محوری با هم پیش می روند و تمایز بین این دو کاملاً تصنعی می باشد . زیرا گرچه ما داده ها را می شکنیم و مفاهیم را به نمایندگی

<sup>1</sup> : thinking outside the box

داده ها معرفی می کنیم اما مجبوریم آن ها را دوباره با مرتبط کردن مفاهیم ، جای خودشان بگذاریم . در واقع در این مرحله ذهن به طور خودکار ارتباطات را می سازد (Corbin و Strauss 2008) .

#### تحلیل داده ها برای زمینه

زمینه دلالت بر مجموعه ای از شرایط دارد که منجر به پیدایش مسائل و موقعیت هایی می شوند که مردم نسبت به آنها از خود عمل ، تعامل یا احساسات را نشان می دهند (فرآیند ) که این امر خود منجر به پیامدهایی می شود که می تواند مجددا بر روی آن شرایط تاثیر بگذارد . این موضوع برگرفته از مکتب تعامل گرایی نمادین<sup>۱</sup> . و عمل گرایی<sup>۲</sup> می باشد . در این مکتب ، افراد در مواجهه با مشکلات یا رویدادهایی که ممکن است موفق یا نا موفق بوده ، نوع درک شان از آن رویدادها و یا بر اساس عمل ، تعامل یا احساساتی که از خود نشان می دهند ؛ نقشی فعال در شکل گیری زندگی خود دارند .

تحلیل داده ها برای زمینه متفاوت از تحلیل داده ها برای مفاهیم یا طبقات نیست . محقق با پرسیدن سوال ها و مقایسه کردن ادامه می دهد . در واقع ، هنگامی که محقق در مراحل آغازین تحقیق در حال کدگذاری اولیه است ، به مفاهیمی دست پیدا می کند که در نهایت ممکن است مربوط به زمینه باشد . با این وجود وقتی که محقق مفاهیم مرتبط با زمینه را مشخص می سازد و در صدد شناسایی یا ساخت مفاهیم زمینه ای است ، راهبردهای اضافی دیگری ممکن است مورد نیاز باشند . پارادایم و ماتریکس شرطی / پیامدی به عنوان یک ابزار تحلیلی سودمند در این مرحله مورد استفاده قرار می گیرد (Corbin و Strauss 2008) . در این مطالعه ، محقق حین تجزیه و تحلیل داده ها موفق به کشف متغیرهایی گردید که زمینه حاکم بر پدیده تحت مطالعه بود و در فصل چهارم به آن پرداخته شده است . برای متصل کردن عوامل زمینه ای به فرآیند از پارادایم کدگذاری Corbin و Straus (2008) استفاده شد. این پارادایم کمک می کند که ساختار را به فرآیند مرتبط سازیم و آن را مشخص سازیم .

اجزاء اصلی پارادایم عبارتند از :

الف ) شرایطی وجود دارد . پاسخ به سوالات چه ؟ چرا؟ کجا؟ و چگونه اتفاقاتی رخ داده است ؟ ما را در مشخص کردن شرایط یاری می کنند . یادداشت های عرصه برای پاسخ به این سوالات کمک کننده هستند.

ب ) کنش / بر هم کنش متقابل و احساساتی وجود دارد. پاسخ هایی که افراد می دهند ریشه در موقعیت ها ، مشکلات ، اتفاقات و رویدادها دارد

ج ) پیامدهایی وجود دارد . این ها پیامد کنش / برهم کنش متقابل یا پاسخ های عاطفی به رویدادها می باشند (Corbin و Straus 2008) .

پارادایم یک مجموعه هدایت کننده نیست بلکه یک ابزار است . پژوهشگر به شرایط یا پیامد آنها کد نمی دهد بلکه از این ابزار برای درک بهتر شرایط استفاده می کند . مشخص کردن شرایط ، راهکارها و پیامدها گرچه از نظر تکنیکی درست است ولی پژوهش کیفی را محدود به یک قالب ایجابی<sup>۳</sup> می سازد و خلاقیت و احساس را که روح پژوهش کیفی است محدود می سازد (Corbin و Straus 2008) . از این رو پژوهشگر در چند مصاحبه

<sup>1</sup> :symbolic interactionism

<sup>2</sup> :pragmatism

<sup>3</sup> :rigid

اول برای اینکه بتواند با این پارادایم کدگذاری آشنا شود اقدام به مشخص نمودن این معانی مستتر در داده ها نمود. به مرور زمان و آشنایی بیش تر با پارادایم، این معانی (شرایط / راهکارها/پیامدها) به طور ضمنی در روند کدگذاری داده ها لحاظ شدند. به طور مثال:

وقتی که دلم می گیره و از دست روزگار خسته میشم (شرایط)، با خدای خودم خلوت می کنم و از درگاه او کمک می خوام (راهکار تطابق) این طوری دلم آروم میگیره(پیامد). در این مرحله پژوهشگر با مقایسه دائمی داده ها، مضامین همپوشان را با یکدیگر مقایسه نموده و به صورت درون مایه های متناسب باهم قرار داد. بدین منظور تمام کدهای سطح اول با یکدیگر مقایسه شده، سپس کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفتند و نامی انتزاعی که کدها را در بر می گرفت به آنها داده شد. با ادامه تجزیه و تحلیل داده ها طبقات و زیر طبقات شکل گرفته و نام گذاری شدند. این مرحله در سراسر فرایند جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها به اجرا در آمد. با مقایسه مستمر کدها، طبقات شکل گرفته و ویژگی های آنان مشخص می گردید، بطوریکه بارها و بارها نحوه شکل گیری طبقات تغییر میکرد. این روند سبب می شد به مرور زمان طبقاتی ایجاد، تغییر یا حذف شوند. اگرچه کدگذاری باز و محوری رویه های تحلیلی متفاوتی هستند اما محقق عملاً مرتباً از یکی به دیگری می پردازد. در واقع طبقات در واقع در برگزیده ویژگی مشترک کدهایی هستند که ماهیتاً به سبب تشابه در یک طبقه قرار می گیرند. ضمناً هر ویژگی دارای دامنه ای است که به شکل پیوستاری می توان آن را تصور نمود. هر کد بر حسب درجه برخورداری از ویژگی در روی نقطه ای از پیوستار می تواند قرار داده شود. جدول شماره ۱ نمونه ای از طبقات، ویژگی و دامنه های آن را نشان می دهد.

جدول شماره ۳-۲ منالی از طبقات و ویژگی ها و دامنه آنها در مطالعه نظریه بسترزاد

دامنه	ویژگی	طبقه
زیاد ← کم	میزان	رضایتمندی
شدید ← خفیف	تاثیر(بر برآیند)	
زیاد ← کم	مقدار	ابعاد معنوی
هرگز ← اغلب	استمرار	

بر همین اساس در طول طبقه بندی کدها محقق با تعیین ویژگی و دامنه طبقات نسبت به استمرار جمع آوری داده ها با رعایت حداکثر سطح تنوع بر حسب پیوستار، اقدام می نمود.

همچنین پژوهشگر در جریان تجزیه و تحلیل داده ها با رسم نمودارها سعی در کشف فرآیند و تعاملات نمود و با استفاده از آنها در تلاش بود حالات ممکن ارتباط بین مفاهیم و طبقات را متصور شود. Corbin و (2008) Strauss می نویسند: نمودارها برای اشخاص دیداری<sup>۱</sup> خیلی کمک کننده اند. آن ها ارتباط بین طبقات را

<sup>۱</sup>:visual



مشخص می سازند و حالت انتزاعی تر پیدا می کنند. نمودارها باعث می شوند فرد از داده ها فاصله بگیرد و بیش تر روی مفاهیم و طبقات کار کند تا این که درگیر جزئیات داده ها شود. نمودارها کمک می کنند تا روی منطق حاکم بر روابط بیندیشیم و این امر در نوشتن داستان تلفیقی نیز کمک کننده می باشد. در یک نمودار لازم نیست که همه مفاهیمی را که در فرآیند پژوهش آشکار شده اند را در بر بگیرد، ولی همه مفاهیم و طبقات اصلی باید در آن گنجانده شود (Strau و Corbin 2008). در روند تحلیل داده ها، نمودارهای بسیاری ترسیم شد که نمودارهای نهایی در فصل چهارم ارائه شده است.

در سراسر کدگذاری و فرآیند تحلیل، تحلیل گران نظریه بسترزاد ایده هایشان در باره داده ها، مضامین و طرح پنداشتی ظاهر شده را به شکل یادآور مستند می کنند (Polit, Beck 2009). یادآورها باعث به کار انداختن تفکر تحلیلی میشوند. در ابتدا این یادآورها ساده و توصیفی هستند و همان طور که پیش می رود انتزاعی تر و تلفیقی تر می شوند. در این پژوهش نیز برای کشف روابط بین مفاهیم و طبقات مرتباً یادآورها نوشته شده و مورد مرور و بازخوانی قرار گرفتند. در واقع با انجام کدگذاری محوری، پیوند و ارتباط بین مفاهیم شکل می گیرد. در کدگذاری محوری، تکیه روی مشخص کردن یک طبقه (پدیده) با در نظر گرفتن شرایطی که به ایجاد آن می انجامد، قرار دارد؛ و آن شرایط عبارتست از زمینه ای (خصوصیات ویژه) که طبقه در آن واقع شده است، راهکارهای کنش / برهم کنش متقابل، که بدان وسیله طبقه اداره اشخاص و گروه ها در خلا زندگی یا عمل نمی کنند بلکه در چارچوب بزرگتری از شرایط ساختاری حضور دارند و عمل می کنند. بنابر این، زمینه و فرآیند الزاماً با یکدیگر مرتبط اند و باید بخشی از توضیح هر پدیده ای باشند (Strauss و Corbin 2008).

#### تحلیل داده ها در راستای مشخص کردن فرآیند

کوربین و اشتراوس (2008) در تعریف فرآیند می نویسند: فرآیند جریان عمل / عکس العمل / احساساتی است که در پاسخ به حوادث، موقعیت ها یا مشکلات رخ می دهد. تغییر در شرایط ساختاری ممکن است مستلزم سازگاری در فعالیتها، عکس العمل ها و پاسخ های عاطفی باشد. کنش ها / کنش های متقابل / احساسات ممکن است راهبردی (استراتژیک)، عادی (روتین)، تصادفی، مبتکرانه، خودکار و / یا اندیشمندانه باشند.

کنش ها / کنش های متقابل / احساساتی که در طول زمان رخ می دهند مستلزم فعالیتها، عکس العمل ها و پاسخ های عاطفی متوالی مختلفی هستند (که همیشه آشکار نیستند) و دارای هدف و تداوم اند. ساختار (زمینه) و فرآیند به یکدیگر مرتبط اند چرا که افراد در پاسخ به چیزی عمل می کنند، چیزی که معضلات، مشکلات، موقعیت ها، اهداف و حوادثی است که در زندگی شان در حال وقوع است. ارتباط بین ساختار و فرآیند بسیار پیچیده است و منجر به بروز طیف وسیعی از کنش ها / کنش های متقابل / پاسخ های عاطفی از نظر شدت، نوع و زمان می گردد. همان طور که وضعیت های ساختاری تغییر می کنند، سازگاری در کنش / کنش متقابل / عواطف ایجاد می شود. البته هر کنش / کنش متقابل / پاسخ عاطفی برای انجام هدف، موقعیت، رویداد یا مجموعه شرایط وابسته به این امر است که فرد یا گروه چگونه آن را درک یا تعریف می کنند و چه معنایی به آن موقعیت می دهند. احتمالاً افراد موقعیت ها را به شکل متفاوتی تعریف می کنند یا به آن ها معانی متفاوت می دهند، به این دلیل است که افراد کنش / کنش متقابل / پاسخ های عاطفی بسیار متفاوتی بروز می دهند.

به عنوان پژوهشگر ، وقتی داده ها برای تحلیل فرآیند بکار گرفته می شوند در واقع تلاش برای تسخیر کیفیت پویایی کنش / کنش متقابل / عواطف انجام شده است (Strauss و Corbin 2008).

اما کجا و چگونه می توان تغییراتی را پیدا کرد که دلالت بر فرآیند داشته باشند؟ کوربین و اشتراوس (1998) می نویسند : الف ( تغییر ممکن است در "سلسله شریطی" رخ دهد که منتهی به پدیده تحت مطالعه گردد یا باعث بروز آن شود .

ب) تغییر در "شرایط میانجی" (شرایط ساختاری که به پدیده ای تعلق دارند و بر [راهکارهای] کنش / کنش متقابل اثر می گذارند . آنها راهکارها را درون زمینه ای خاص سهولت می بخشند و یا آن ها را محدود و مقید می سازند) نیز می تواند بر کنش / کنش متقابل تاثیر گذار باشد .

ج) "پیامدهای کنش / کنش متقابل" نیز در یک توالی حوادث می تواند یا الف) شرایط جدید ایجاد کند یا ب) کنش متقابل در شرایط قبلی را تغییر دهد. این بدان معناست که آنچه که ممکن بود پیامد کنش در یک توالی کنش / کنش متقابل در درون یک سلسله حوادث باشد، به شریطی تبدیل شود که روی کنش / کنش متقابل انجام شده در توالی بعدی یا در آینده تاثیر بگذارد (Strauss و Corbin 1998) . در این مطالعه پژوهشگر در کل روند تحلیل در پی کشف فرآیند نهفته در داده ها بود تا بدین وسیله بتواند به داده ها حیات بخشد . در این بین تفکر استقرایی و قیاسی بخش اعظمی از تحلیل فرآیند به شمار می رفت . از آنجایی که فرآیند ، منبعث از تغییر در شرایط است ، پژوهشگر تلاش نمود تا نشان دهد کنش / کنش متقابل چگونه دگرگون می شود ، حرکت می کند و به تغییر در شریطی که به طور قطع با گذشت زمان رخ می دهد ، واکنش نشان می دهد . به طور مثال ، در مطالعه حاضر داده ها حاکی از آن بود که با تغییر شریط ، راهکارهایی که افراد اتخاذ می کنند در حال تغییر است .

#### ترکیب طبقات

ترکیب به معنای فرآیند ارتباط طبقات حول طبقه مرکزی و اصلاح و مرتب کردن سازه نظری منتج از آن می باشد . این امر با انجام کدگذاری انتخابی صورت می گیرد . هدف کدگذاری انتخابی ، طراحی و ارائه تصویری انتزاعی ، خلاصه شده ، یکپارچه و بسترزاد از داده هاست (صلصالی ۱۳۸۶) . در مرحله کدگذاری انتخابی سعی شد طبقات ادغام و تصحیح شوند . تلاش پژوهشگر در روند کدگذاری انتخابی بر این بود که متغیر مرکزی را که بیش از همه در داده ها تکرار شده و سایر مفاهیم و طبقات را به هم ارتباط می دهد را شناسایی نماید . Corbin و Strauss (2008) می نویسند : طبقه مرکزی ، درون مایه اصلی پژوهش است . طبقه مرکزی مفهومی است که سایر مفاهیم را به یکدیگر متصل می کند و با بیش ترین وضوح آشکار می شود . این طبقه ممکن است از فهرست طبقات موجود استخراج شود و یا این که پژوهشگر بعد از مطالعه طبقات متوجه شود که هر یک از آن ها ممکن است قسمتی از داستان را بیان کنند ، اما هیچ یک در برگزیده کل داستان نباشند ؛ پس از یک عبارت یا اصطلاح انتزاعی تر استفاده می کند ، یک ایده پنداشتی که همه طبقات دیگر را در بر گرفته و آن ها را به یکدیگر متصل نماید . این طبقه باید به اندازه کافی انتزاعی باشد ، در داده ها بیش از همه تکرار شود ، منطقی باشد و با داده ها تایید شود ، به زور به داده ها تحمیل نشود ، به طور عمیق رشد کرده و قدرت توضیحی داشته باشد (Strauss و Corbin 2008) .

در این مرحله از پژوهش مرتب کردن و مرور یادآورها، نوشتن خط اصلی داستان در چند مرحله، ترسیم نمودارها، مقایسه مداوم داده ها، تکمیل طبقات، اصلاح و بسط و گسترش آنها، آشکارسازی ارتباط بین مفاهیم و طبقات و به تایید رساندن روابط توسط داده ها از همان مراحل ابتدایی تا انتهای پژوهش منجر به پدیدار شدن متغیر مرکزی در مطالعه گردید. این طبقه مرکزی، همان درون مایه مرکزی است که در بطن داده ها جای گرفته و از منظر اکثریت شرکت کنندگان نیز از محوریت خاصی برای ظهور پدیده برخوردار است (2008 Strauss, Corbin). در این مطالعه متغیر مرکزی "در جستجوی آرامش" پدیدار گشت که در مراحل مختلف فرآیند آشکار گشت و در واقع انتزاعی ترین اصطلاحی بود که بتواند که بتواند همه طبقات دیگر را در بر گرفته و آن ها را به یکدیگر متصل نماید. کوربین و اشتراوس (2008) معتقدند طبقه مرکزی، درون مایه یا پدیده اصلی مطالعه است و فرآیند اساسی روان شناختی / اجتماعی یا هر فرآیند دیگری می تواند در دل درون مایه اصلی قرار گرفته باشد.

جمع آوری و مقایسه مداوم داده ها تا زمانی ادامه یافت که پژوهشگر دریافت داده های اضافی تکراری اند و عمق مفهومی بیش تری را به طبقات اضافه نمی کنند و در واقع اشباع نظری حاصل شد.

### دقت علمی و اعتبار داده ها

در پژوهش های کمی، سنجش دقت علمی ابزار از طریق روایی و پایایی ابزار و همچنین اعتبار داخلی و خارجی صورت می گیرد. لیکن، این موارد مناسب پژوهش های کیفی نمی باشند. دقت روش پژوهش های کیفی توسط معیارهایی که متناسب با این رویکرد باشند مورد قضاوت قرار می گیرند. لینکل و گوبا (۱۹۸۱) اعتبار<sup>۱</sup>، قابلیت اعتماد<sup>۲</sup>، تناسب<sup>۳</sup> و قابلیت تایید<sup>۴</sup> را به عنوان معیارهای دقت علمی در پژوهش های کیفی مطرح کرده اند. به نوشته (Carpenter و Streubert (۱۹۹۹) اصولاً هدف از بررسی روایی، دقت و استحکام پژوهش کیفی آن است که اطمینان حاصل شود مطالعه دقیقاً بیانگر تجربیات شرکت کنندگان در پژوهش باشد.

هانگلر می نویسد:

**اعتبار<sup>۵</sup>** معادل واژه اعتبار درونی<sup>۶</sup> در مطالعات کمی است و نشان می دهد که یافته های تحقیق با ادراکات افراد تحت مطالعه مطابقت دارد. اعتبار عبارتست از فعالیتهایی که منجر به افزایش احتمال تولید یافته های حقیقی و معتبر می شوند. یکی از بهترین روشهای ایجاد اعتبار، درگیری طولانی مدت با موضوع و تخصیص زمان کافی برای مصاحبه و مشاهده پیوسته می باشد. روش دیگر برای تضمین اعتبار این است که آیا شرکت کنندگان یافته ها را منطبق با تجربیات خود می دانند یا خیر. این امر تایید مطالب توسط شرکت کنندگان<sup>۷</sup> نام

<sup>1</sup>:credibility

<sup>2</sup>:dependability

<sup>3</sup>:fittingness

<sup>4</sup>:confirmability

<sup>5</sup>-credibility

<sup>6</sup>-Internal validity

<sup>7</sup>-Member check

دارد از دیگر روشهای تعیین اعتبار استفاد از مثلث سازی یا تلفیق<sup>۱</sup> و بازنگری ناظرین<sup>۲</sup>، جستجوی شواهد مغایر و اعتبار پژوهشگر است (Chiovitti and Piran 2003). در این مطالعه به منظور رعایت معیار اعتبار، درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحت مطالعه مورد نظر قرار گرفت. داشتن سابقه و تجربه کار با جامعه و انجام تحقیقات مشارکتی در این امر بسیار موثر بود. ضمن اینکه این موضوع سبب شد بررسی عمیق داده ها نیز امکان پذیر گردد. استفاده از روشهای گوناگون جمع آوری داده ها یعنی مصاحبه، بحث گروهی، و یادداشت برداری در عرصه ضمن کیفی تر کردن داده های جمع آوری شده منجر به تصدیق داده ها و یافته ها شد چرا که استفاده از روشهای مختلف منجر می گردد که داده ها در مقایسه همدیگر را تایید کنند. به منظور اخذ تایید مطالب توسط شرکت کنندگان از روش بحث گروهی متمرکز استفاده شد به این منظور یافته های مطالعه در یک جلسه بحث گروهی سه ساعته که در محل دفتر سازمان غیر دولتی زنان مستقر در منطقه با حضور ۶ نفر از شرکت کنندگان تشکیل شد یافته های مطالعه را به سمع و نظر مشارکت کنندگان رساند و نظرات تاییدی آنان در مورد یافته ها اخذ گردید. به منظور اخذ تایید ناظرین خارجی نیز طی مراحل مختلف نتایج هر مرحله از تحلیل داده ها مانند کدها، طبقات و دیگرامها در اختیار اساتید مشاور و راهنما و اساتید متخصص در این حوزه قرار داده شد و نظرات آنان اخذ گردید. به منظور جمع آوری داده ها با رعایت حداکثر تنوع از مشارکت کنندگان با سطوح تحصیلی متفاوت، سنین متفاوت، تعداد فرزندان و سالهای تاهل متفاوت استفاده شد.

**قابلیت اعتماد** یا وابستگی<sup>۳</sup> که معادل پایایی در مطالعات کمی است نشان می دهد داده ها در زمان و شرایط مشابه تا چه حد ثابت هستند و تا چه اندازه به هم وابسته اند. برای این منظور از تایید و تصدیق داده ها با استفاده از روشهای گوناگون جمع آوری داده ها استفاده شد. ضمن اینکه محقق در جای جای گزارش تحقیق از عین گفتار شرکت کنندگان به عنوان گواه وابستگی یافته ها و شواهد استفاده کرده است. در ضمن پژوهشگر در شروع مطالعه، متون به صورت محدود مرور شدند تا موجب سوگیری پژوهشگر در جریان جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها نگردد. (Tobin and Begley 2004; Dahlgren, Emmelin et al. 2007)

**قابلیت تایید**<sup>۴</sup>: یکی دیگر از معیارهای اطمینان در مطالعات کیفی تصدیق پذیری و یا قابلیت تایید می باشد. این معیار بر این مهم تاکید دارد که محقق کیفی تا چه میزان از دقت برای ثبت و گزارش پژوهش بهره گرفته است تا بدینوسیله افراد دیگر بتوانند موضوع را از طریق خواندن این نوشته ها پیگیری کنند و به نتایج مشابه دست یابند. این گونه ثبت به عنوان حسابرسی<sup>۵</sup> نیز یاد می شود. در این مطالعه جهت نیل به این معیار تمامی مراحل انجام تحقیق به ویژه مراحل تجزیه و تحلیل داده ها در تمام مسیر با شرح و بسط ثبت شده است. بدین ترتیب اگر محقق دیگری مایل به ادامه پژوهش در این حوزه باشد براحتی قادر خواهد بود بر اساس مکتوبات و مستندات موجود مربوط به مصاحبه ها و کدگذاری باز و محوری و سایر مراحل پژوهش این کار را دنبال کند. تمام مراحل مختلف به تایید اساتید راهنما و مشاور رسانده شد و با همکاران و سایر اساتید مربوط مشاوره های لازم به عمل آمد.

<sup>1</sup> -Triangulation

<sup>2</sup> -External check

<sup>3</sup> -Dependability

<sup>4</sup> -Confirmability

<sup>5</sup> -Audit trial

**قابلیت انتقال یا انتقال پذیری**<sup>۱</sup> معیار دیگر بررسی صحت یافته ها می باشد . این معیار بیان می کند یافته ها در موقعیت های مشابه از دید شرکت کنندگان و صاحبان اندیشه تا چه اندازه معنی دار است . از واژه تناسب داده ها<sup>۲</sup> نیز برای این مفهوم استفاده می شود . تعیین قابلیت انتقال بیشتر توسط افرادی که می خواهند از یافته ها استفاده کنند صورت می گیرد و این کار توسط پژوهشگر انجام نمی شود (نگارنده ۱۳۸۴).

### ملاحظات اخلاقی

- اخذ مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- توجیه شرکت کنندگان در مورد پژوهش و اهداف آن
- اخذ رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از مشارکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه ها ، ثبت مشاهده ها
- رعایت اصول اخلاقی در مشاهده ها و ثبت یادداشت های عرصه
- رعایت اصل رازداری در انتشار اطلاعات و محرمانه نگه داشتن آنها
- آزادی مشارکت کنندگان در کناره گیری از مطالعه در هر زمان از پژوهش
- رعایت حقوق مولفین در استفاده از متون و منابع چاپی و الکترونیکی
- ارائه نتایج پژوهش به ذینفعان و افراد کلیدی

---

<sup>1</sup> -Transferability

<sup>2</sup> -Fittingness

## روش شناسی زیر مطالعه دوم : شناسایی نیازها و تعیین اولویتهای مربوط به سلامت

### روان در جامعه هدف

پس از انجام مطالعه کیفی از نوع نظریه بسترزاد و شناسایی فرآیند ارتقاء سلامت روان و تشخیص نیازهای مربوط به آن ، با توجه به رویکرد اجتماع محور مشارکتی ، در این مرحله با مشارکت ذینفعان و افراد کلیدی ، لیست نیازهای ارتقاء سلامت روان ، تکمیل و اولویتهای مربوط به آن تعیین شدند . در ذیل روش شناسی مربوط به این مرحله ارائه شده است .

### نوع مطالعه

کیفی و با رویکرد مشارکتی

### مشارکت کنندگان

ذینفعان کلیدی شامل نماینده معاونت اجتماعی شهرداری منطقه ۲۲ ، نماینده مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه ، نماینده بسیج خواهران ، یکی از معتمدین محلی ، نماینده سازمان غیر دولتی زنان و گروه هدف

### ابزار پژوهش

پس از کسب رضایت آگاهانه ، داده ها جمع آوری شدند . ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و لیست نیازهای کیفی استخراج شده از زیر مطالعه اول بود .

- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی : در خصوص بحث های گروهی ، این پرسشنامه شامل اطلاعاتی در خصوص سن ، وضعیت تاهل ، سالهای زندگی مشترک ، تعداد فرزندان ، وضعیت اشتغال و وضعیت تحصیلی مشارکت کننده بود . و در مورد افراد کلیدی ، این پرسشنامه شامل سن ، جنس ، وضعیت اشتغال ، سالهای خدمت در صورت شاغل بودن و وضعیت تحصیلی بوده است .

- لیست نیازهای کیفی ارتقاء سلامت روان : این لیست پس از تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان ، تهیه و در جلسات بحث گروهی و مصاحبه های فردی به سمع و نظر مشارکت کنندگان رسیده و در طی این مرحله تکمیل و اولویت بندی شدند .

### روش جمع آوری داده ها

#### مصاحبه های فردی

برگزاری تعداد پنج مصاحبه فردی با افراد کلیدی شامل :

- نماینده معاونت اجتماعی شهرداری منطقه ۲۲
- نماینده مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه
- نماینده بسیج خواهران
- یکی از معتمدین محلی
- نماینده سازمان غیر دولتی زنان بوده است .

هدف از برگزاری مصاحبه با ذینفعان کلیدی، ارائه لیست نیازهای ارتقاء سلامت روان به آنان و جلب مشارکت آنان در ادامه مسیر طرح و آگاه نمودن آنان از اقدامات انجام شده، بوده است. در ضمن با توجه به اینکه در سطح منطقه، مداخلاتی نیز در جهت ارتقاء سلامت صورت گرفته بود، چالش های انجام مداخلات و پیشنهادات افراد کلیدی نیز اخذ گردید.

### جلسات گروهی

چهار جلسه گروهی همراه با تکنیک گروه اسمی<sup>۱</sup> با زنان متأهل ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در منطقه انجام شد. در هر جلسه گروهی، به طور متوسط ۸ نفر شرکت داشتند. هر جلسه به طور میانگین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. این جلسات به منظور تکمیل لیست نیازها و اولویت بندی آنها صورت گرفت. در این جلسات با استفاده از تکنیک گروه اسمی (Van de Ven and Delbecq 1972)، اولویت بندی نیازهای سلامت روان صورت گرفت به شرح ذیل:

ابتدا محقق پس از معرفی و بیان اهداف، گزارشی از اقدامات انجام شده و لیست نیازهای استخراج شده از مطالعه کیفی (نظریه بسترزاد) و اطلاعات ثانویه موجود در منطقه را ارائه نموده و سپس تسهیلگر گروه، لیست نیازها را بر روی تخته نوشته و توضیح مختصری راجع به آنها ارائه داد، سپس از مشارکت کنندگان خواسته شد در ابتدا به این لیست، نیازهای جا مانده را اضافه کرده و پس از شفاف سازی نظرات ارائه شده، رای گیری بعمل آمده و مشارکت کنندگان بر اساس معیارهایی که خودشان صلاح می دانستند بر اساس نمره دهی لیکرتی بین ۱ تا ۵ امتیاز به هر نیاز تخصیص دادند. پس از جمع نمرات، اولویت های ارتقاء سلامت روان تعیین گردیدند.

### برگزاری پانل تخصصی

پس از تهیه لیست اولویت های ارتقاء سلامت روان توسط ذینفعان منطقه، جلسه ای با حضور اعضای تیم تحقیق (اساتید راهنما و مشاور)، متخصصین (روانپزشک، پزشکی اجتماعی، روانشناس بالینی و...) تشکیل گردید. این جلسه به منظور اخذ نظر اساتید برگزار گردید. در این پانل تخصصی، امکان سنجی مداخلات با توجه به پتانسیل های پروژه بررسی گردید.

### زمان و مکان انجام مطالعه

محیط پژوهش، منطقه ۲۲ شهرداری تهران بود و مصاحبه ها در محل مورد توافق مشارکت کنندگان صورت می گرفت. بحث های گروهی در محل دفتر خیریه زنان و مصاحبه های فردی در محل حضور فرد کلیدی انجام شدند. پانل تخصصی نیز در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد.

زمان انجام مطالعه، پس از پایان زیر مطالعه اول و در ابتدای آذرماه ۱۳۹۱ به مدت یک ماه بوده است.

<sup>۱</sup>: Nominal group

### روش تجزیه و تحلیل داده ها

با توجه به بکارگیری تکنیک گروه اسمی ، امتیازات داده شده توسط مشارکت کنندگان ، جمع جبری شده و لیست اولویتها به ترتیب فضلی مرتب شدند .

### دقت علمی و اعتبار داده ها

**اعتبار :** اعتبار داده ها با توجه به درگیری طولانی مدت محقق با موضوع و تخصیص زمان کافی برای مصاحبه و بحث گروهی ، تایید مطالب توسط شرکت کنندگان ، مثلث سازی یا تلفیق ، اخذ تایید از اساتید راهنما و مشاور صورت گرفت

**قابلیت اعتماد :** برای این منظور از تایید و تصدیق داده ها با استفاده از روشهای گوناگون جمع آوری داده ها شامل مصاحبه های فردی ، بحث گروهی با ذینفعان و پانل تخصصی استفاده شد .

**قابلیت تایید:** در این مطالعه جهت نیل به این معیار تمامی مراحل انجام تحقیق به ویژه مراحل تجزیه و تحلیل داده ها در تمام مسیر با شرح و بسط ثبت شده است و تمام مراحل مختلف به تایید اساتید راهنما و مشاور رسانده شد .

### ملاحظات اخلاقی

- مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- توجه شرکت کنندگان در مورد پژوهش و اهداف آن
- اخذ رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از مشارکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه ها ، ثبت مشاهده ها
- رعایت اصل رازداری در انتشار اطلاعات و محرمانه نگه داشتن آنها
- آزادی مشارکت کنندگان در کناره گیری از مطالعه در هر زمان از پژوهش
- ارائه نتایج پژوهش به ذینفعان و افراد کلیدی



## روش شناسی زیر مطالعه سوم : طراحی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء -

### سلامت روان زنان جامعه هدف

با توجه به رویکرد اجتماع محور مشارکتی که مشارکت ذینفعان را در تمامی مراحل مطالعه طلب می نماید . در این بخش نیز پس از نهایی شدن اولویت انتخاب شده ( شیوه های سازگار مقابله با استرس ) از سوی ذینفعان ، با مشارکت آنان ، طراحی برنامه مداخله ای صورت گرفت . این مرحله شامل دو بخش با عناوین طراحی مداخله و تعیین سطح مداخله می باشد .

### طراحی مداخله

#### رویکرد : اجتماع محور مشارکتی

**مشارکت کنندگان :** ذینفعان کلیدی شامل نماینده معاونت اجتماعی شهرداری منطقه ۲۲، نماینده مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه ، نماینده بسیج خواهران ، یکی از معتمدین محلی ، نماینده سازمان غیر دولتی زنان و گروه هدف

#### شیوه انجام کار

جهت اجرای این مرحله ، اقدامات ذیل صورت گرفته است .

- شناسایی مداخلات جاری : با کمک داوطلبین و مراجعه حضوری به معاونت اجتماعی شهرداری ، لیست مداخلات جاری در منطقه اخذ گردید .
- هماهنگی با ذینفعان کلیدی : از طریق برگزاری جلسه با نماینده معاونت اجتماعی شهرداری، نحوه اجرای اقدامات صورت گرفته در منطقه و چالش های موجود بررسی گردید .
- تعیین نوع مداخلات : با برگزاری تعداد چهارجلسه گروهی با مشارکت مردم و سایر ذینفعان ( داوطلبین ، معتمدین ، خیرین ، نمایندگان بسیج ، دفتر زنان و...) چگونگی انجام مداخلات تعیین گردید . در این جلسات در ابتدا گزارشی در خصوص لیست اولویتهای ارتقاء سلامت روان ارائه گردید . آنگاه اقدامات صورت گرفته در منطقه مورد بررسی و تبادل نظر قرار گرفت و در انتها نیز از طریق بارش فکری ، انواع مداخلات و شیوه های آن بررسی و با انجام رای گیری بهترین شیوه مداخله انتخاب گردید. نتایج حاصل از هم اندیشی بیانگر آن بود که مداخلات آموزشی با توجه به امکانات طرح ، مداخله منتخب می باشد و انواع آن به ترتیب اولویت شامل :
  - چاپ کتاب
  - برگزاری کلاسهای مهارت آموزی
  - حضور فعال تیم آموزش در جلسات مختلف منطقه
  - تهیه پمفلت های آموزشی بود.
- تقسیم نقش ها و وظایف : با توجه به تعیین نوع مداخلات و انواع آن ، وظایف و نقش کلیه مشارکت کنندگان از جمله گروه هدف و تیم تحقیق به شرح ذیل مشخص گردید :

## چاپ کتاب

- تدوین کتاب : محقق با کمک متخصصین مربوطه
- ویراستاری صوری شامل فهم مطالب ، استفاده از تصاویر : گروه هدف
- انتخاب عنوان کتاب : محقق و گروه هدف
- داوری علمی و چاپ کتاب : دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- پخش کتاب به گروه هدف : داوطلبین

## برگزاری کلاسهای مهارت آموزی

- تدوین محتوای علمی : محقق و روانشناسان بالینی
- هماهنگی در خصوص اطلاع رسانی به جامعه ، تنظیم زمان برگزاری جلسات ، دعوت گروه تحت
- مداخله جهت شرکت در جلسات ، پذیرایی و.....: ذینفعان

## حضور فعال در جلسات مختلف و ارائه آموزش :

- تهیه محتوای آموزشی : تیم آموزشی
- تهیه تقویم جلسات ، هماهنگی در خصوص شرکت در جلسات : ذینفعان

## تهیه پمفلت های آموزشی

- تهیه محتوای پمفلت : تیم آموزشی
- پخش پمفلت در سطح جامعه : ذینفعان

## تعیین سطح مداخله

در این مرحله از چارچوب مفهومی سازمان جهانی بهداشت (Blas and Kurup ۲۰۱۰) در خصوص تعیین سطح مداخله استفاده شده است . در این چارچوب مفهومی ، پنج سطح جهت مداخله در نظر گرفته شده است به شرح ذیل :

- بافت اجتماعی اقتصادی و جایگاه طبقاتی <sup>۱</sup>
- مواجهات مختلف ( اجتماعی و محیط فیزیکی ) <sup>۲</sup>
- آسیب پذیری <sup>۳</sup>
- برونداد سلامتی <sup>۴</sup>
- پیامد های سلامتی <sup>۵</sup>

در این مرحله با نظر تیم تحقیق و اساتید راهنما و مشاور و با توجه به مداخلات استخراج شده در زمینه ارتقاء سلامت روان ، سطح مداخلات مرتبط تعیین گردید .

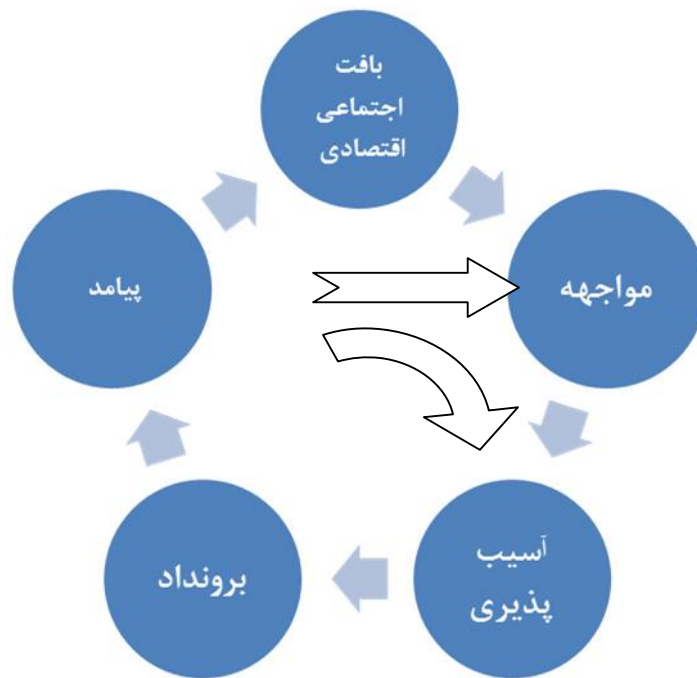
<sup>1</sup> : Socioeconomic context & position

<sup>2</sup> : Differential exposure

<sup>3</sup> : Differential vulnerability

<sup>4</sup> : Differential health outcomes

<sup>5</sup> : Differential consequences



شکل ۳-۳: مدل مفهومی سازمان جهانی بهداشت در خصوص تعیین سطح مداخله

## زیر مطالعه چهارم : تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف

پس از اقدامات صورت گرفته در خصوص تعیین نیازهای ارتقاء سلامت روان ، اولویت بندی آن با مشارکت ذینفعان صورت گرفت . با توجه به اولویت انتخاب شده ( نیاز به آموزش در زمینه شیوه های سازگار مقابله با استرس ) ، طراحی و اجرای مداخلات مناسب با مشارکت ذینفعان صورت گرفت و در انتها نیاز به تعیین اثربخشی برنامه مداخله ای وجود داشت . به این منظور مطالعه ای از نوع تجربی (قبل و بعد) با گروه کنترل طراحی شد .

زیر مطالعه تعیین اثر بخشی دارای فازهای ذیل می باشد:

الف - تعیین وضعیت پایه ( قبل از مداخله )

ب - انجام مداخله به مدت سه ماه

ج - تعیین وضعیت پس از مداخله ( سه هفته پس از پایان مداخلات )

### نوع مطالعه

مطالعه مداخله ای قبل و بعد دار با گروه کنترل<sup>۱</sup>

### انتخاب گروه مداخله و کنترل

در ابتدا لیستی از محله های موجود در این منطقه از شهرداری منطقه ۲۲ دریافت شد . طبق لیست اخذ شده در این منطقه ۹ محله به نام های دهکده المپیک ، دژبان ، آزادشهر ، زیبادشت ، شریف، صدرا ، باقری ، گلستان شرقی ، گلستان غربی وجود دارد . در محله زیبا دشت ، شهرک چشمه به عنوان محله مداخله در نظر گرفته شد. جهت تعیین محله شاهد نیز سعی شد محله ای انتخاب شود که از لحاظ بعد مسافت در مکانی قرار گیرد که احتمال دریافت مداخلات در آنجا حداقل باشد . لذا محله گلستان غربی انتخاب و در آن محله، شهرک راه آهن به عنوان محله شاهد در نظر گرفته شد .

### تعیین حجم نمونه

جهت محاسبه حجم نمونه، از فرمول حجم نمونه در مطالعات تجربی در شرایطی که متغیرهای مطالعه کمی پیوسته هستند استفاده گردید : (۱-۳)

<sup>1</sup>:Community Field Controlled Trial

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

S<sub>1</sub> - انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه اول (مورد، مواجهه یافته یا مداخله)

S<sub>2</sub> - انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه دوم (شاهد، غیرمواجهه یافته یا مقایسه)

μ<sub>1</sub> - میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه اول

μ<sub>2</sub> - میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه دوم

با توجه به اینکه خطای نوع اول و دوم به ترتیب ۰/۰۵ و ۰/۲۰ در نظر گرفته شده است و بر اساس مطالعات گذشته میانگین حیطه روانی در کیفیت زندگی ۱۳.۳ و انحراف معیار آن ۲.۵ بوده است و انتظار می‌رود با انجام مداخلات، افزایش یک واحد در میانگین حیطه روانی ایجاد شود، با فرض برابری توزیع واریانس در دو گروه مداخله و کنترل، پس از جاگذاری و محاسبه، تعداد حجم نمونه ۹۸.۶ نفر و یا تقریباً ۱۰۰ نفر با توان ۸۰٪ و اطمینان ۹۵٪ در هر گروه (مداخله و کنترل) محاسبه گردید.

### روش نمونه گیری

در این فاز از روش نمونه گیری تصادفی ساده<sup>۱</sup> استفاده شده است. در این روش، نمونه‌ها طوری انتخاب شده‌اند که هر یک از اعضای جامعه شانس مساوی و یکسانی جهت انتخاب در نمونه‌ها داشته باشند و انتخاب یک عضو از جامعه بر انتخاب سایر اعضا تأثیری نداشته باشد. لذا به این منظور ابتدا لیست خانمهای متاهل ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در محله کنترل و مداخله تهیه شده و همه آنها شماره گذاری شدند و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، نقطه‌ای به صورت تصادفی از این جدول انتخاب و اعداد مورد نظر تا رسیدن به حجم نمونه خوانده و ثبت شدند و به این ترتیب نمونه‌ها به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شدند.

### ابزار جمع آوری اطلاعات

با توجه به اینکه مداخله در نظر گرفته شده آموزش شیوه‌های سازگار مقابله با استرس بوده است لذا در تعیین اثر بخشی مداخلات از پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس فولکمن لازاروس استفاده شده است و از طرفی انتظار می‌رود با ارائه مداخلات، کیفیت زندگی نیز تغییر نماید به همین منظور از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم خلاصه شده نیز استفاده گردید.

### الف - پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس

این پرسشنامه توسط فولکمن و لازاروس تهیه شده است و دارای ۶۶ عبارت در زمینه راهبردهای مقابله‌ای بکار گرفته توسط افراد در برخورد با اتفاقات پر تنش زندگی می‌باشد که بر روی یک ابزار چهار قسمتی لیکرت پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه هشت راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مشکل (حمایت اجتماعی<sup>۲</sup>، مسئولیت پذیری<sup>۳</sup>،

<sup>1</sup> : Simple Random Sampling

<sup>2</sup> : Seeking Social Support

<sup>3</sup> : Accepting Responsibility

مشکل گشایی برنامه ریزی شده<sup>۱</sup> و باز ارزیابی مثبت<sup>۲</sup> و مبتنی بر هیجان ( رویارویی<sup>۳</sup>، اجتناب - فرار<sup>۴</sup>، دوری گزین<sup>۵</sup> و خویشنداری<sup>۶</sup>) را اندازه گیری می نماید (Folkman and Lazarus 1988). فولکمن و همکاران در سال ۱۹۸۶ پژوهشی تحت عنوان بررسی راه های مقابله در یک موقعیت پر تنش انجام دادند. در این پژوهش ۷۵ زوج مزدوج به طور جداگانه، به مدت پنج ماه و ماهی یک بار مصاحبه شدند. از آن ها درخواست شد پرتنش ترین اتفاقی را که در طی هفته پیش تجربه نموده اند را توصیف کرده و سپس پرسشنامه راه های مقابله ای را تکمیل نمایند. در این پژوهش عبارات " پرسشنامه راه های مقابله ای " با استفاده از سه تحلیل عاملی به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند که در نهایت ۱۶ عبارت ( ۲، ۳، ۴، ۵، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲، ۳۷، ۵۳، ۵۵، ۵۷، ۶۱، ۶۴، ۶۵، ۶۶) از عبارات پرسشنامه حذف گردید و سپس تحلیل عاملی با ۵۰ عبارت انجام پذیرفت (Folkman and Lazarus 1986). جهت تعیین پایایی " پرسشنامه راه های مقابله ای " از همسانی درونی<sup>۷</sup> ( آلفای کرونباخ<sup>۸</sup>) استفاده شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده برای هر یک از خرده ابزارها " پرسشنامه راه های مقابله ای " عبارتند از:

- مقابله رویارویی: ۰.۷
- خویشنداری: ۰.۷
- مسئولیت پذیری: ۰.۶۶
- مشکل گشایی برنامه ریزی شده: ۰.۶۸
- دوری گزین: ۰.۶۱
- حمایت های اجتماعی: ۰.۷۶
- اجتناب - فرار: ۰.۷۲
- باز ارزیابی مثبت: ۰.۷۹ (Folkman and Lazarus 1986)

هشت راهبرد مقابله ای و عبارات هر کدام از آن ها در ذیل ارائه شده است:

۱. حمایت اجتماعی<sup>۹</sup>: تلاش هایی را توصیف می کند که جهت جستجوی حمایت های اطلاعاتی و هیجانی است و شامل ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲ و ۴۵ می باشد.
۲. مسئولیت پذیری<sup>۱۰</sup>: پذیرش نقش خویش در مشکل که همواره با تلاش در جهت قرار دادن هر چیز در جای درست همراه است و شامل عبارات ۹، ۲۵، ۲۹ و ۵۱ می باشد

<sup>۱</sup>: Planful Problem Solving

<sup>۲</sup>: Positive Reappraisal

<sup>۳</sup>: Confrontive

<sup>۴</sup>: Escape - Avoidance

<sup>۵</sup>: Distancing

<sup>۶</sup>: Self - Controlling

<sup>۷</sup>: Internal Consistency

<sup>۸</sup>: Coefficient Alpha

<sup>۹</sup>: SSS

<sup>۱۰</sup>: AR

۳. مشکل گشایی برنامه ریزی شده<sup>۱</sup>: توصیف کننده تلاش های اندیشمندانه مشکل مدار جهت تغییر مشکل می باشد و توام با بکارگیری رویکردهای تحلیل گرایانه برای حل مشکل است و شامل عبارات ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۸، ۴۹، ۵۲ می باشد.
۴. باز ارزیابی مثبت<sup>۲</sup>: تلاش هایی را توصیف می کند که با تمرکز بر رشد شخصی، معنای مثبت می آفریند و شامل راهبردهای مذهبی نیز می شود و عبارات ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۸، ۵۶ و ۶۰ را شامل می گردد.
۵. مقابله رویارویی<sup>۳</sup>: توصیف کننده تلاش های پرخاشگرانه جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطر طلبی را ارائه می دهد و عبارات آن شامل ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۴۶ می باشد.
۶. اجتناب / فرار<sup>۴</sup>: توصیف کننده تفکر آرزومندانه و تلاش های رفتاری جهت گریز و یا اجتناب از مشکل است و شامل عبارات ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹ می باشد.
۷. مقابله دوری گزین<sup>۵</sup>: توصیف کننده تلاش های شناختی برای جدا کردن خویش و به حداقل رسانیدن اهمیت موقعیت است و عبارات آن شامل ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱ و ۴۴ می باشد.
۸. خویشتنداری<sup>۶</sup>: تلاش هایی را توصیف می کند که احساسات و اعمال فرد را تنظیم می کند و عبارات آن شامل ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۳ و ۶۲ می باشد.

این پرسشنامه به زبان های آلمانی، عبری، اسپانیایی و فرانسوی ترجمه شده است (Munet-Vilaroa, Gregorich et al. 2002). از آنجاییکه این پرسشنامه فرآیند مقابله را اندازه گیری می کند، برآورد آزمون مجدد برای پایایی نامناسب است. بنابر این از روش همسانی درونی جهت تعیین پایایی استفاده می شود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط پادیاب و قاضی نور تایید و ضریب همسانی درونی آن ۰.۸ گزارش شده است (Padyab, Ghazinour et al. 2012).

### ب - پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت خلاصه شده<sup>۷</sup>:

این پرسشنامه مشتمل بر ۲۴ عبارت در ۴ بعد سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و عوامل محیطی و ۲ عبارت که کیفیت زندگی و سلامتی را به طور کلی ارزیابی می نماید، می باشد. در این پرسشنامه از واحدهای مورد پژوهش در خواست گردید تا میزان احساس رضایت خود را در ۴ هفته قبل از هر کدام از این ابعاد بر روی یک ابزار ۵ قسمتی لیکرتی از ۱ (اصلا) تا ۵ (کاملا) تعیین نمایند. این ابزار در بیش از ۱۵ کشور جهان به طور همزمان طراحی و به زبانهای متفاوت یکسان می باشد (Power, Bullinger et al. 1999). این پرسشنامه به بیش از ۴۰ زبان ترجمه و استاندارد شده است که این امر همچنان در حال پیشرفت است (Organization 1996).

<sup>1</sup>: PPS

<sup>2</sup>: PR

<sup>3</sup>: CC

<sup>4</sup>: EA

<sup>5</sup>: D

<sup>6</sup>: SC

<sup>7</sup>: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)

این پرسشنامه از ابتدا به گونه ای طراحی شده است که ابعاد آن برای پاسخ دهنده مشخص نشده باشد . شماره عبارت هر کدام از خرده ابزارها در ذیل ارائه می گردد :

سوال مربوط به ارزیابی کلی کیفیت زندگی شامل ۱

سوال مربوط به ارزیابی کلی سلامت شامل شماره ۲

سوالات مربوط به بعد جسمی شامل شماره ۳ ، ۴ ، ۱۰ ، ۱۵ ، ۱۶ ، ۱۷ ، ۱۸ می باشد ( جمعا ۷ سوال )

سوالات مربوط به بعد روانی شامل شماره ۵ ، ۶ ، ۷ ، ۱۱ ، ۱۹ ، ۲۶ می باشد ( جمعا ۶ سوال )

سوالات مربوط به بعد اجتماعی شامل شماره ۲۰ ، ۲۱ ، ۲۲ می باشد ( جمعا ۳ سوال )

سوالات مربوط به بعد محیطی شامل شماره ۱۴ ، ۸ ، ۹ ، ۱۲ ، ۲۳ ، ۲۴ ، ۲۵ ، ۱۳ می باشد ( جمعا ۸ سوال ) .

در این پرسشنامه هر سوال دارای ۴ گزینه می باشد که سوالات مربوط به ارزیابی کیفیت زندگی کل و سلامت کل از یک (بسیار بد ) تا ۵ (بسیار خوب ) امتیازبندی شده است .

سوالات مربوط به بعد جسمی از یک ( حداکثر ممکن ) تا ۵ ( اصلا ) امتیاز بندی شده است .

سوالات مربوط به بعد روانی یا به صورت ، یک ( اصلا ) تا ۵ ( کاملا ) امتیاز بندی شده و یا از ( خیلی بد ) تا ۵ ( خیلی خوب ) امتیازبندی شده است .

سوالات مربوط به بعد اجتماعی از یک ( خیلی ناراضی ) تا ۵ ( خیلی راضی ) امتیازبندی شده است .

سوالات مربوط به بعد محیطی از یک ( خیلی ناراضی ) تا ۵ ( خیلی راضی ) امتیازبندی شده است و سوال شماره ۲۶ از یک ( همیشه ) تا ( هرگز ) امتیازبندی شده است ( Organization 1996 ) .

در ایران ، این پرسشنامه توسط گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی تهران ترجمه و اعتبار سنجی شده است . برای اعتبار سنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران بطور تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند . مقادیر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰.۷۷ ، در حیطه روانی ۰.۷۷ ، در حیطه روابط اجتماعی ۰.۷۵ و در حیطه سلامت محیط برابر ۰.۸۴ بوده است ( Nedjat, Montazeri et al. 2008 ) .

### شیوه انجام کار

پس از تعیین محله شاهد و مداخله اقدامات ذیل در خصوص اجرای این زیر مطالعه صورت گرفته است :

سازماندهی داوطلبین و ارائه آموزشهای لازم

در این مرحله به منظور انجام پرسشگری و اجرای مابقی مراحل طرح ، نیاز به جلب مشارکت بیشتر مردم و ذینفعان وجود داشت . البته از ابتدای طرح نیز خوشبختانه بسیاری از داوطلبین از همین محله کاندید شده بودند . لذا در ابتدا سازماندهی داوطلبین صورت گرفت و تعداد ۱۰ داوطلب در محله مداخله و ۱۰ داوطلب نیز در محله شاهد انتخاب گردیدند . سپس طی یک جلسه سه ساعته کلیات طرح و نحوه تکمیل پرسشنامه ها و فرآیند اجرایی طرح به آنها آموزش داده شد . در ضمن با برخی ذینفعان نیز مجددا جلسات توجیهی گذاشته شد . هر داوطلب طبق لیستی که بر اساس نمونه گیری تصادفی تهیه شده بود مسئول جمع آوری اطلاعات مربوط به ۱۰ خانم متاهل ۱۸ تا ۶۵ ساله شد



### تکمیل پرسشنامه ها در دو محله شاهد و مداخله

پس از انجام هماهنگی های لازم ، پرسشگران در درب منزل گروه هدف حاضر شده و پس از معرفی خود ، اهداف طرح را بازگو کرده و پرسشنامه ها را به گروه هدف جهت تکمیل ارائه می کردند . با توجه به اینکه تکمیل این پرسشنامه ها به طور متوسط حدود ۲۰ دقیقه بیشتر طول نمی کشد سعی گردید در همان زمان از گروه هدف تحویل گرفته شود ، مگر در مواردی که زمان تکمیل مناسب نبوده که در اینصورت با تکمیل کننده قرار ملاقات بعدی جهت تکمیل پرسشنامه گذاشته می شد . از آنجائیکه هدف اصلی در این مرحله اخذ نظرات گروه هدف در زمینه روشهای مقابله و کیفیت زندگی خود آنان بوده است لذا از تحویل پرسشنامه و تکمیل آن در زمانهای دیگر اجتناب شده و تنها در حضور پرسشگر ، پرسشنامه ها پر شده اند .

### تجزیه و تحلیل داده ها

با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن شماره ۲۱ تجزیه و تحلیل داده ها صورت گرفت . برای توصیف متغیرهای مطالعه از آمار توصیفی ( میانگین ، انحراف معیار ، حداقل و حداکثر ) استفاده شد . برای بررسی رابطه میان میانگین ها در دو گروه مستقل ( مداخله - کنترل ) از آزمون تی مستقل و برای بررسی رابطه میان میانگین ها در یک گروه قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد . برای بررسی همبستگی بین متغیرهای کمی نیز از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید . پیش نیازهای انجام آزمونها نیز قبل از اجرا ، بررسی گردید .

### ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه شامل موارد زیر می باشد:

- اخذ مجوزاز کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (ضمیمه ۷) .
- اخذ مجوزهای لازم جهت ورود به منطقه.
- در اختیار گذاشتن نتایج مطالعه برای شرکت کنندگان
- رعایت حق آزادی شرکت و ادامه همکاری در مطالعه برای شرکت کنندگان
- کسب رضایت نامه آگاهانه از شرکت کنندگان
- محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت کنندگان
- رعایت حق بی نام بودن در پرسشنامه ها



## فصل چهارم – یافته‌های پژوهش

در این فصل ، یافته های پژوهش به تفکیک هر زیر مطالعه در چهار بخش ارائه می گردد :

- زیر مطالعه اول : تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان جامعه هدف
- زیر مطالعه دوم : شناسایی نیازها و تعیین اولویتهای مربوط به سلامت روان در جامعه هدف
- زیر مطالعه سوم : طراحی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف
- زیر مطالعه چهارم : تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف

### زیر مطالعه اول : تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان جامعه هدف

یافته های این زیر مطالعه در سه قسمت شامل معرفی مشارکت کنندگان ، طبقات / درون مایه ها و نظریه پژوهش ارائه خواهد شد .

### معرفی مشارکت کنندگان

مشارکت کنندگان این مطالعه را ۱۳ نفر شامل ۱۱ زن متاهل ۱۸ تا ۶۵ ساله ، ۱ مرد متاهل و ۱ زن مجرد ساکن در منطقه ۲۲ شهرداری تهران تشکیل دادند . محدوده سنی مشارکت کنندگان ۲۳-۵۹ سال ( میانگین سنی : ۳۴.۸) بود . در مجموع تعداد ۲۰ مصاحبه انجام شد . مشخصات مشارکت کنندگان در جدول ۴-۱ ارائه شده است .

جدول ۴-۱ : مشخصات شرکت کنندگان در مصاحبه های عمیق فردی - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۱

کد	سن (سال)	جنس	مدت زمان زندگی مشترک	وضعیت تاهل	تعداد فرزندان	تحصیلات	وضعیت اشتغال	تعداد مصاحبه
۱	۲۷	زن	۳.۵	متاهل	۰	لیسانس	شاغل	۲
۲	۵۹	زن	۴۵	متاهل	۵	ابتدایی	خانه دار	۲
۳	۳۲	زن	۱۰	متاهل	۱	دیپلم	خانه دار	۲
۴	۲۳	زن	۱	متاهل	۰	دانشجوی لیسانس	خانه دار	۱
۵	۴۵	زن	۱۴	مطلقه (۱۰ سال)	۲	دیپلم	مشاغل خانگی	۲
۶	۳۴	زن	۱	متاهل	۰	دانشجوی فوق لیسانس	شاغل	۲
۷	۳۶	مرد	۳.۵	متاهل	۰	فوق لیسانس	شاغل	۲
۸	۳۲	زن	۳	متاهل	۱	لیسانس	خانه دار	۱
۹	۳۲	زن	۰	مجرد	-	فوق	شاغل	۲

کد	سن (سال)	جنس	مدت زمان زندگی مشترک	وضعیت تاهل	تعداد فرزندان	تحصیلات	وضعیت اشتغال	تعداد مصاحبه
						لیسانس		
۱۰	۲۶	زن	۱	متاهل	۰	لیسانس	خانه دار	۱
۱۱	۴۵	زن	۱۷	متاهل	۲	دکترا	شاغل	۱
۱۲	۳۲	زن	۰	مجرد	-	لیسانس	شاغل	۱
۱۳	۲۶	زن	۵	متاهل	۰	لیسانس	خانه دار	۱

### طبقات / درون مایه ها

تحلیل داده ها منجر به استخراج طبقات / درون مایه هایی شد که فرآیند ارتقاء سلامت روان را در زنان متاهل نشان داد. طبقات / درون مایه های اصلی استخراج شده عبارت بودند از "استرس های روزمره، جستجوی آرامش، رضایتمندی، تقویت جوهره انسانی، توسعه مهارت های زندگی، جستجوی کمک، تجارب زندگی و عوامل تسهیلگر و بازدارنده". در مجموع ۸ طبقه و ۲۲ زیر طبقه از داده ها استخراج شد که در جدول شماره ۴-۲ نشان داده شده اند.

جدول ۴-۲: طبقات/درون مایه های استخراج شده از داده ها- منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۱

طبقات / درون مایه های نهایی	زیر طبقات	طبقات اولیه
استرس های روزمره	مشکلات فردی	۱) مشکلات جسمانی ۲) مشکلات رفتاری
	مشکلات خانوادگی	۱) مشاجرات خانوادگی ۲) ترک منزل توسط پدر
	مشکلات اجتماعی	۱) رواج طلاق در جامعه ۲) رواج اعتیاد در جامعه ۳) بی پولی و فقر ۴) رفاه بیش از حد ۵) نا امنی شغلی ۶) اختلافات فرهنگی در خانواده
جستجوی آرامش*		
رضایتمندی	راضی بودن از داشته ها	

طبقات اولیه	زیر طبقات	طبقات / درون مایه های نهایی
	توانایی لذت بردن از زندگی	
(۱) مقبولیت خانوادگی (۲) مقبولیت اجتماعی	داشتن مقبولیت	
(۱) توجه به باورهای مذهبی (۲) شرکت در جلسات مذهبی (۳) قرائت قرآن ، دعا	تقویت ابعاد معنوی	
(۱) عدم حسادت (۲) کنترل خشم (۳) عدم حسرت (۴) عدم مقایسه	تقویت خودکنترلی	
(۱) مثبت اندیشی (۲) عدم بزرگنمایی مشکلات (۳) عدم سوء ظن	داشتن جهان بینی مثبت	تقویت جوهره انسانی
(۱) داشتن تفکر منطقی (۲) اتخاذ تصمیم گیری درست	حاکمیت داشتن عقل در زندگی	
مردم داری	اجتماعی بودن	
(۱) داشتن قناعت (۲) پذیرش مشکلات	انعطاف پذیری	
(۱) ادامه تحصیلات رسمی (۲) دوره های آموزشی غیر آکادمیک	ارتقاء دانش	
شرکت در کارگاههای مهارت آموزی	فراگیری مهارتهای زندگی	
مثبت اندیشی	اصلاح نگرش	
(۱) مدیریت استرس (۲) پرهیز از یکنواختی (۳) حل مشکل (۴) برنامه ریزی آینده ۴-الف) تعیین اهداف کوتاه مدت	بهبود عملکرد	توسعه مهارتهای زندگی

طبقات اولیه	زیر طبقات	طبقات / درون مایه های نهایی
۴- ب (تعیین اهداف بلند مدت ۴-ج) تعیین اولویتها		
۱) مشاوره با افراد صاحب نظر ۲) مشاوره با افراد خانواده ۳) مشاوره با دوستان	گرفتن مشاوره	
۲) رو آوردن به درمان های گیاهی ۳) انجام تمرینات آرامش بخش	استفاده از درمان های غیر طبی	جستجوی کمک
۱) جستجوی منابع اطلاعاتی ۲) جستجوی منابع عاطفی ۳) جلب حمایت های خانوادگی ۳-الف) جلب حمایت خانواده خود ۳-ب) جلب حمایت خانواده همسر ۳-ج) جلب حمایت همسر ۴) حمایت دوستان	جستجوی منابع	
۱) تجارب خانه پدری ۱-الف) پناه عاطفی پدر ۲) نقش مادری ۲-الف) تربیت در دامان مادر ۳) نقش والدین ۳-الف) الگوپذیری از والدین ۳-ب) مسئولیت پذیری والدین ۳-ج) ارتباطات مناسب خانوادگی	تجارب دوران کودکی	تجارب زندگی
۱) ارتباط با جنس مخالف ۱-الف) نیاز به هم صحتی با جنس مخالف ۱-ب) ایجاد سرگرمی ۱-ج) بی اعتمادی نسبت به جنس مخالف	تجارب دوران نوجوانی	

طبقات / درون مایه های نهایی	زیر طبقات	طبقات اولیه
	تجربه ازدواج	۱) انتخاب همسر ۱-الف) انتخاب عاقلانه ۱-ب) انتخاب بموقع ۲) تجارب آورده به زندگی مشترک ۳) پذیرش نقش های جدید ۳-الف) پذیرش نقش همسری ۳-ب) پذیرش نقش مادری ۴) توازن نقشهای اجتماعی
عوامل تسهیلگر و بازدارنده		الف - عوامل اقتصادی ب - عوامل فرهنگی ج - پابندی به ارزشهای اخلاقی

\*: این طبقه جداگانه توضیح داده می شود .

#### استرس های روزمره

آدمی از بدو تولد با فراز و نشیب های زیادی روبرو خواهد شد که گاه به صورت حاد مانند طوفانی سهمگین زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد و گاه در بستره زندگی به صورتی آرام و بطئی چون موج پیش می رود . در مطالعه انجام شده انواع استرس توسط مشارکت کنندگان بیان شده است این استرس ها دارای طیف وسیعی بوده و از درد ساده فیزیولوژیک تا روزهای مرگ آور که با ناتوانی و ایجاد معلولیت عزیزان توام شده ، متفاوت است . در تقسیم بندی انجام شده می توان این استرس ها را به سه دسته کلی الف - فردی ب - خانوادگی و ج - اجتماعی اقتصادی محیطی خلاصه نمود . لازم بیادآور است که این استرس ها به صورت روزمره و جاری بوده و بر اساس تجارب مشارکت کنندگان استخراج گردیده اند.

#### الف - فردی

برخی از استرس های با منشا فردی ، ناشی از مشکلات جسمانی و برخی ناشی از مشکلات رفتاری می باشد .

- مشکلات جسمانی به صورت بیماری و یا ناتوانی و معلولیت بوده است . بر اساس تجارب مشارکت کنندگان وجود مشکلات جسمانی حتی از یک سردرد ساده تا بیماریهای صعب العلاج قادر به ایجاد استرس در زندگی می باشند .

".....حوادث ناگواری که در زندگی پیش میاد می تونه مسیر زندگی رو تغییر بده و عوارض زیادی داشته باشه..."  
مرد متاهل تحصیلکرده  
".... وقتی جسم و روان و ذهن آدم سالم باشه سلامت روان داره یعنی سلامت جسم حتی بر طرز تفکر آدم تاثیر میذاره ...." خانم متاهل دانشجو  
".... اگه کسی معلولیت جسمی داشته باشه این معلولیت روی خلق و خوشم اثر میذاره ...." خانم خانه دار دیپلمه

• مشکلات رفتاری: بر اساس تجارب مشارکت کنندگان ، مشکلات رفتاری به صورت ردایل اخلاقی مانند بدخلقی ، حسد ورزی و کینه توزی ، مقایسه دائم ، پرخاشگری و... ظهور می کند . در واقع وجود این ردایل اخلاقی و مشکلات رفتاری سبب اختلال در سلامت روان می گردد .  
" وقتی همش توی زندگی مردم سرک بکشی و در حال مقایسه باشی آرامش نداری ... " خانم متاهل دیپلمه  
" به لطف فیلم های تلویزیون چشم وهم چشمی مزید بر علت شده ... " خانم متاهل تحصیلکرده شاغل  
".... از نظر من حسادت هم سلامت روان رو مختل میکنه چون فکر و ذهنش مشغول میشه و دائما در حال مقایسه است .. " خانم مطلقه دیپلمه

## ب خانوادگی

طبق تجربیات مشارکت کنندگان ، استرس های خانوادگی دارای اشکال مختلف می باشد . مشاجره خانوادگی ، ترک منزل توسط یکی از عزیزان ، فوت یکی از نزدیکان ، عدم حمایت خانوادگی شامل خانواده خود و یا همسر از انواع آن محسوب می شود. در این دسته از عوامل استرس زا ، شکست در زندگی زناشویی دارای جایگاه ویژه ای می باشد . و در این میان می توان به اختلافات فرهنگی و قومیتی بین همسران نیز اشاره کرد .  
" اونها اصلا سطح فرهنگی شون با ما یکی نبود . اونها خیلی منطقی فکر نمی کردند مسائل مهم زندگی رو جدی نمی گرفتند .. " خانم مطلقه دیپلمه  
"....من در خانوادم یک نفر رو کم داشتم اونم شوهرم بود که منزل رو ترک کرده بود ...." خانم متاهل دیپلمه

" .... من باید تلاش می کردم تا جای خالی شوهرم رو پر کنم این باعث شد که من تنها ۵۰ درصد برای بچه هام مادری کنم و این موضوع رابطه من و با بچه هام ناقص کرد ...." خانم متاهل تحصیلکرده  
".... ما همش خونمون دعوا بود اون به من طعنه میزد من رو مسخره میکرد ...." خانم مطلقه دیپلمه  
" اگه خانواده شوهرم ما رو حمایت عاطفی میکردند کلی زندگیمون فرق میکرد من بارها تصمیم به جدایی گرفتم ولی به خاطر خوبی شوهرم دارم زندگی میکنم .." خانم متاهل تحصیلکرده  
".... همسر اصلا احساس مسئولیت نداشت اون روزها تو خونه می خوابید و من مجبور به کار بودم ، من دائم سوزن میزدم ...." خانم متاهل دیپلمه  
" ... کمی که از زندگی گذشت احساس کردم باید رویه ام را تغییر بدم من هنوز در عوالم جوونی خودم بودم و خیلی احساس مسئولیت نمی کردم ...." مرد متاهل تحصیلکرده



### ج - اجتماعی ، اقتصادی ، محیطی

- مشکلات اقتصادی : مشکلات اقتصادی بر اساس تجارب مشارکت کنندگان بیشتر به دلیل فقر اقتصادی سبب ایجاد استرس در زندگی می شود . این مشکلات با ترک منزل توسط همسر و یا فوت وی تشدید می شود . اما برخی نیز به مشکلات اقتصادی ناشی از ثروت زیاد اشاره کردند . بر اساس تجارب این مشارکت کنندگان ، ثروت زیاد نیز با خود مشکلاتی را به هم می آورد که سبب ایجاد استرس می شود . برخی از مشارکت کنندگان نیز عدم اشتغال زن و وابستگی اقتصادی وی را به همسر ، دلیل ایجاد مشکلات و استرس های روزمره دانستند .  
" ... ۴ سال ما تنها بودیم ، مشکلات اقتصادی زیاد بود ... " خانم مطلقه دیپلمه  
" ... برخی اوقات رفاه زیاد هم مشکل سازه اونقدر خرج می کنند که به پوچی می رسند . پول تا حدی مشکل رو حل میکنه بیشتر از اون مشکل سازه ... " خانم متاهل دیپلمه  
" ... برای کسی که شاغله حمایت مادی از طرف شوهرش شاید مهم نباشه ولی اگه وابستگی مالی داشته باشه خیلی سخت میشه ... " خانم مجرد تحصیلکرده
- مشکلات اجتماعی : وجود اعتیاد در جامعه نه تنها دارای عوارض فردی و خانوادگی می باشد بلکه به عنوان یک معضل اجتماعی نیز مطرح است . رواج اعتیاد و گسترش آن در جامعه سبب ایجاد نگرانی در خانواده ها به خصوص خانواده های دارای فرزندان در سنین نوجوانی و جوانی شده و این امر با ایجاد اضطراب ، آرامش افراد را به خطر می اندازد . از دیگر معضلات اجتماعی که توسط مشارکت کنندگان به آن پرداخته شد ، رواج طلاق در جامعه و از بین رفتن قبح آن می باشد . بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، در حال حاضر ، طلاق برای خانواده ها به صورت امری تقریباً عادی در آمده است . بدیهی است در صورت ادامه این روند و افزایش آمار طلاق در جامعه ، سایر معضلات اجتماعی و خانوادگی نیز افزایش یافته و این خود سبب ایجاد استرس و اختلال در سلامت روان می شود . بیکاری جوانان ، نا امنی شغلی آنان و وجود استرس های شغلی نیز از جمله معضلات اجتماعی بود که توسط مشارکت کنندگان مطرح گردید . بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، وجود بیکاری خود سبب افزایش آمار جرم و خلاف در جامعه شده و این امر با از بین بردن آرامش اجتماعی ، سبب اختلال در سلامت روان می گردد .  
" .. اون هم اعتیاد داشت و هم کار نداشت ... " خانم متاهل تحصیلکرده  
" .... من خودم یه مدت به هم ریخته بودم برام طلاق خیلی بغرنج بود .... " خانم مطلقه دیپلمه  
" ... من در محل کارم استرس زیاد دارم چون بقول همسر من هنوز اداره ای نشدم .... " خانم متاهل تحصیلکرده  
" ... من خیلی نگران بچه ام هستم وقتی از در بیرون میره من همش دلواپسم ، میگم نکنه بهش مواد بدنند و.... "  
" .... الان دیگه طلاق انگار خیلی مهم نیست اون زمان ما بود که می گفتند با چادر سفید می ری با کفن بر میگردی ، ... " خانم زیر دیپلم

• مشکلات محیطی: بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان وجود مشکلات محیطی مانند ترافیک، آلودگی هوا و آلودگی های صوتی سبب ایجاد استرس و اضطراب در افراد خواهد شد. این امر به خصوص در مورد خانم های شاغل، باعث آشفتگی و مشکلات روحی روانی در آنان می گردد.

"من خیلی سخته، اینقدر آلودگی هوا زیاده که هر روز با سردرد وارد خونه میشم و اصلا حوصله ندارم با بچه هام بازی کنم و یا حتی باهشون حرف بزنم....." متاهل لیسانس

مشکلات اجتماعی هم خیلی مهمند روزمرگی، زندگی با ترافیک، آلودگی هوا، همش نگران باشی که رییس حرفی نزنه.. "مرد متاهل تحصیلمکرده

#### جستجوی آرامش: طبقه مرکزی

طبقه مرکزی در این مطالعه "جستجوی آرامش" نام گرفت. این متغیر نشان می داد که بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان، آنها در طول زندگی چه در برخورد با استرس های روزمره و جاری و چه در بستر تجارب زندگی در دوران کودکی، نوجوانی و ازدواج به دنبال رسیدن به آرامش هستند. آنان چه با تقویت جوهره انسانی و چه با کسب مهارتهای لازم و چه با درخواست کمک از دیگران، همواره آرامش را جستجو می کنند. تعاملات آنان در قالب فرآیند ارتقاء سلامت روان، در برخورد با عوامل زمینه ای و ساختاری و مقابله با عوامل مداخله گر همواره در جهت جلب آرامش بوده است. این افراد چه در دوران کودکی تحت تربیت صحیح قرار گرفته باشند و چه در خانواده از هم گسیخته باشند، چه جوهره انسانی خود را تقویت کرده و چه آن را رها کرده باشند چه ازدواج کرده و چه مجرد باشند چه در انتخاب همسر دقت کرده و فرآیند ازدواج را به خوبی مدیریت کرده باشند و چه از آن غافل باشند در هر حال به دنبال کسب آرامش و در جستجوی آن هستند در واقع به نظر میرسد این طبقه با شفافیت بیان می کرد که چه چیزی در بطن تجربه مشارکت کنندگان در جریان است. ضمن اینکه این مفهوم به خوبی یکپارچگی و انسجام سایر طبقات را نیز فراهم می کرد. مضامین نهفته در این طبقه به کرات در داده ها قابل کشف بود.

"همه به دنبال آرامش هستند چون اگه هر چقدر هم که پول داشته باشی ولی زندگی آرومی نداشته باشی خوشبخت نیستی... " متاهل تحصیلمکرده

#### رضایتمندی

بر اساس تجارب مشارکت کنندگان، پیامد تمامی کنش بر هم کنش ها در پاسخ به زمینه و ساختار جهت جستجوی آرامش، رسیدن به درجاتی از رضایتمندی است و رضایتمندی شامل راضی بودن از داشته ها، توانایی لذت بردن از زندگی و داشتن مقبولیت چه در سطح خانوادگی و چه در سطح اجتماعی می باشد. در واقع، کسب درجاتی از رضایتمندی به عنوان پیامد تمامی این کنش بر هم کنش ها در بستره و زمینه پارادایم ارتقاء سلامت روان مطرح است.

(۱) راضی بودن از داشته ها:

برخی از مشارکت کنندگان معتقد بودند که رضایت از داشته ها و عدم مقایسه شرایط زندگی با دیگران سبب ایجاد رضایتمندی می شود. بر اساس تجارب آنان، کسانی از شرایط زندگی راضی هستند که به داشته های خود قانع باشند.

" اینکه تو زندگی دایما خودت را مقایسه نکنی . در حال زندگی کنی خیلی مهمه... " تحصیلکرده  
" وقتی همش دنبال داشته های دیگران باشی ، از داشته های خودت لذت نمی ببری .. " مرد  
تحصیلکرده

۲) توانایی لذت بردن از زندگی:

اکثریت مشارکت کنندگان ، توانایی لذت بردن از زندگی را وسیله رسیدن به رضایتمندی می دانستند . بر اساس تجربیات آنان ، افرادی که قادرند از زندگی لذت برده و به جای پرداختن به غصه ها به نیمه پر لیوان بنگرند عملا احساس رضایت خواهند نمود .

" اگه یاد بگیری در همه حال از زندگی لذت ببری ، هیچوقت دچار مشکل نمی شی .. "   
۳) داشتن مقبولیت:

برخی مشارکت کنندگان معتقد بودند که مقبولیت خانوادگی به معنای عزت و اعتبار در خانواده می باشد و مقبولیت اجتماعی نیز به داشتن عزت در بین دوستان مرتبط است .

" خیلی مهمه که دیگران دوستت داشته باشند . یعنی براشون مهم باشی ... " دیپلمه  
" یعنی وقتی مشکل داری همه به دادت برسند و تنهات نذارند . " لیسانس خانه دار

#### تقویت نمودن جوهره انسانی

در مطالعه انجام شده ، آنچه که به عنوان صفات و ویژگیهای مثبت انسانی مطرح بوده و در ارتقاء سلامت روان تاثیر دارند تحت عنوان کلی جوهره انسانی مطرح شده است . طبق تعلیمات آسمانی ، همه انسانها با فطرتی پاک آفریده شده اند که اگر قادر به غلبه بر نفس اماره بوده و بتوانند آن را در شرایط مختلف حفظ کنند ، مجهز به خصوصیات و خلق و خوی وارسته ای خواهند شد که خود موجب حفظ و ارتقاء سلامت روح و روان می گردد . در واقع این طبقه بیانگر واکنش هایی است که جهت کسب آرامش در برخورد با استرس های جاری و سایر تجربیات زندگی ، افراد از خود نشان داده و عمل می نمایند . نتایج حاصل از این مطالعه جوهره انسانی را شامل موارد ذیل می داند :

#### ۱) تقویت ابعاد معنوی :

از دیدگاه تمامی مشارکت کنندگان توجه و تقویت ابعاد معنوی جهت جلب آرامش بسیار کمک کننده می باشد . بسیاری از زنان اعتقاد و باور قلبی به خدا را به عنوان مامنی امن برای فرار از تنهایی می دانستند . برخی آن را به جهت اتصال به قدرتی ماورایی لازم می دانستند . به نظر میرسد این افراد با دل سپردن به این قدرت ، دوی دردهایشان را جستجو می کردند . برخی اعتقاد به خداوند و انجام دستورات دینی را به منظور جلب رضایت خداوند می دانستند و عده ای نیز مشکلات و سختی های زندگی را ناشی از انجام امتحانات الهی دانسته و صبر و شکیبایی را به منزله موفقیت در این امتحان قلمداد می کردند و بالاخره اکثریت مشارکت کنندگان معتقد بودند یاد خداوند سبب ایجاد آرامش خواهد بود و به همین سبب با تقویت ابعاد معنوی و ذکر خداوند آرامش را طلب می کردند .

" ... دین خیلی کمک کننده است یک اعتقاد قلبیه یه چیزی که می تونه آدم رو کمک کنه که در شرایط سخت بفهمی که تنها نیستی ... " خانم متاهل تحصیلکرده

"... برای حل مشکلات باید دعا کرد تا موقعیت برای حل مشکل خوب بشه ... " متاهل دیپلمه  
 " آدم وقتی استرس داره و با خدای خودش حرف میزنه تخلیه میشه .....وقتی پشت وپناه خودش رو اون بدونه  
 مشککش کم رنگ میشه یعنی امید به خدا آدم رو آروم میکنه .. " خانم مطلقه دیپلمه  
 " خدا آدم رو امتحان میکنه ، باید صبور باشیم .. " متاهل با سواد خواندن و نوشتن  
 بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، راههای تقویت ابعاد معنوی شامل موارد ذیل می باشد :

- شرکت در جلسات مذهبی

"... من با جلسات قرآن آروم میشم ...."

".... من فقط خدا رو شکر میکنم که با کلاسهای تفسیر قرآن آشنا شدم .."

- قرائت قرآن

".... دعا میکنم قرآن میخونم فکر میکنم برای حل مشکلات باید دعا کرد تا موقعیت برای حل مشکل  
 خوب بشه "

- ذکر دعا و انجام نذر

"... با دعا ، خدا توی زندگیم پر رنگ شد ..."

(۲) تقویت خودکنترلی :

بر اساس تجارب مشارکت کنندگان ، خود کنترلی به قدرتی اطلاق می شود که قادر به حفظ فطرت پاک  
 انسانی از رذایل اخلاقی مانند حسادت و خشم بوده و می تواند فرد را در شرایط متفاوت بر اصول انسانی پابرجا  
 نگاه دارد . این افراد به مقایسه خود با دیگران نپرداخته و از داشته های دیگران ناراحت و بر نداشته های خود  
 حسرت نمی خورند . برخی از مشارکت کنندگان معتقد بودند که باید از دوران کودکی به ممارست در این زمینه  
 اقدام نمود و نقش تربیت دوران کودکی را بسیار مهم می دانستند .

"...کسی سلامت روان داره که نسبت به دیگران حسادت نداشته باشه ...." متاهل تحصیلکرده

"...خودخواهی ، صفتیه که من تو هر کسی ببینم اون رو از لحاظ روانی سالم نمی دونم ....آدم هایی که صبور  
 نیستند خودخواهند فرصت طلبند دروغگو هستند .آدم های پرتوقع ...." دیپلمه متاهل

"...آدمی سالمه که تعادل داشته باشه ، یه وقت خوب و یه وقت بد نباشه ، سریع عصبانی نشه ، بر روی رفتارش  
 کنترل داشته باشه ، احساس خودشیفتگی نداشته باشه " متاهل تحصیلکرده

".... اگه هرکسی اهل حسرت خوردن باشه با دیدن حتی یه ماشین مدل بالا هم آرامشش به هم می  
 خوره . پس به خود فرد هم بستگی داره ...." مرد تحصیلکرده متاهل

" .. برای اینکه بتونی با مشکلات کنار بیایی باید خودت رو آماده کنی " متاهل تحصیلکرده

" .... خیلی از مشکلات ما ناشی از رفتار نادرست خودمونه که آرامشمون رو بهم میزنه " مجرد

" ... اگه خانم ها دست از مقایسه خودشون با دیگران بردارند خیلی از مشکلاتشون حل می شه ..."

مرد متاهل

" .. از ما که گذشت باید لاقط بچه هامون رو آموزش بدیم که اونها دنبال این چشم و هم چشمی ها  
 نباشند .." لیسانس شاغل

۳) تقویت جهان بینی مثبت :

بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، تقویت جهان بینی مثبت به معنای دید و نگاه مثبت فرد به جهان پیرامون خویش است . افراد مثبت اندیش کسانی هستند که مشکلات را بی جهت با عینک بزرگ بینی نمی نگرند و در برخورد با دیگران و موضوعات پیرامون نیمه پر لیوان را می بینند .  
"....آدم هایی که ایرادهای خودشون رو نمی بینند ولی ایرادهای دیگران رو می بینند همش نگرانند ... " متاهل دیپلمه

"....آدمی که سوء ظن به دیگران نداره ، انرژی مثبت و مثبت عمل میکنه پس سالمه...." متاهل تحصیلکرده

".....مسیر سلامت روان یعنی داشتن آرامش ، نداشتن حسادت نسبت به دیگران ، شکرگذار بودن ، نیمه پر لیوان را دیدن " متاهل تحصیلکرده

"... آدم خوش بین ، بانشاط ، کسی که مثبت صحبت میکنه ، مثبت عمل میکنه .. " متاهل دیپلمه  
" .... اگه بخواهیم مشکلات ما رو از پا درنیاره باید خوب و مثبت فکر کنیم ، باید سوء ظن رو از خودمون دور کنیم ... " متاهل تحصیلکرده

۴) بکارگیری تفکر منطقی :

از دیگر ابعاد ارتقاء جوهره انسانی ، داشتن تفکر منطقی و برقراری حاکمیت عقل در شئون مختلف زندگی می باشد . یکی از ابعاد این حاکمیت ، انجام تصمیمات صحیح و عاقلانه در شرایط مختلف می باشد. بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، انجام تصمیم گیری های منطقی و عقلانی در زندگی سبب ارتقاء سلامت روان شده و نتایج حاصل از تصمیم گیری های عجولانه ، تنها افزایش استرس خواهد بود .

"....اونها خیلی منطقی فکر نمی کردند ... "دیپلمه مطلقه

"....آدمی سالمه از نظر روحی که بتونه در شرایط مختلف تصمیمات درست بگیره ... " تحصیلکرده متاهل

".... باید باهیجانان درست برخورد کنیم و طرز تفکرمون رو درست پیاده کنیم راجع به اتفاقاتی که می افته درست تصمیم بگیریم " تحصیلکرده متاهل

"... باید اول صبر کنم بعد فکر کنم و بعد عمل کنم .. " دیپلمه متاهل

۵) برقراری ارتباطات اجتماعی :

بر اساس تجربیات اکثریت مشارکت کنندگان ، روحیه مردم داری و هنر برقراری ارتباطات مناسب اجتماعی از دیگر وجوه جوهره انسانی می باشد . اکثریت مشارکت کنندگان اذعان داشتند که دوری از مردم و انزوا طلبی ، خود نشانه اختلال در سلامت روان بوده و مردم داری سبب خواهد شد که انسان در روزهای سخت تنها نماند .

"...من مهمون دوستم ، تنهایی را دوست ندارم ، دوست دارم با مردم خیلی خوب برخورد داشته باشم ..."

"متاهل زیر دیپلم ..."

"...برای خانم ها بیشتر طرز صحبت کردن و برخوردش با دیگران مهمه ... " دیپلمه مطلقه

"...روابط سالم داشتن خیلی موثره ... " متاهل تحصیلکرده

"... خواهر من مشکل روحی داره ، دوست نداره با کسی رفت و آمد کنه .وقتی کسی بهش سر میزنه همش منتظره که اون بره .... " متاهل زیر دیپلم

"... به نظر من روابط و رفت و آمد در سلامت روان خیلی مهمه ، تنهایی و انزوا و گوشه گیری مشکل ایجاد میکنه " دیپلمه

" ... من هر وقت دلم میگیره میرم خونه دوستانم چند ساعتی که پهلوی اونها باشم دلم باز میشه .... "

شاغل تحصیلکرده

#### ۶) تقویت انعطاف پذیری :

علیرغم تقویت توان خودکنترلی و حفظ و ثبات شخصیتی و از طرفی ارتقاء حاکمیت عقل و منطق در امور مختلف ، وجود انعطاف در تعاملات و هنر پذیرش مشکلات از دیگر ابعاد جوهره انسانی بر اساس تجارب مشارکت کنندگان می باشد . بر این اساس ، آنها اذعان داشتند آنهایی موفق خواهند بود که در شرایط سخت صبر پیشه کنند و در برخورد با ناملازمات ، انعطاف داشته باشند .

... با همسرم برخی مواقع خیلی عصبانی میشم ناراحت میشم ولی احساس می کنم باید انعطاف بیشتری نشون بدم ... " متاهل تحصیلکرده

"... به نظر من انعطاف پذیری مهارتیست که به حفظ آرامش کمک میکنه ... " متاهل تحصیلکرده

"... به آنچه که داره راضیه و کمبودها رو می پذیره ... "مرد متاهل تحصیلکرده

"... به نظر من این درست نیست که هر چی پیش بیاد بپذیریم و صبر کنیم باید تلاش هم بکنیم ... "

" ... اونهایی که یه دنده هستند و حرف حرف خودشونه یه روزی می فهمند که اشتباه کردند آدم باید یه کمی هم کوتاه بیاد .... "

"... اون خیلی سرسخت و یه دنده بود اصلا تحمل هیچ مشکلی رو نداشت و حرف هیچ کس رو هم قبول نمی کرد .... "

#### ۷) افزایش آگاهی :

بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، افزایش آگاهی شامل گذراندن تحصیلات رسمی آکادمیک و دوره های آموزشی به منظور افزایش اطلاعات در زمینه راههای ارتقاء سلامت روان می باشد . مشارکت کنندگان با انجام مطالعه و خواندن کتاب و مجله های مرتبط و یا شرکت در کلاسهای آموزشی مانند آیین همسر داری و... آگاهی های مطلوب را کسب می نمودند . در برخی موارد نیز ، افزایش آگاهی به زعم مشارکت کنندگان با ادامه تحصیلات دانشگاهی امکانپذیر بوده است.

" ... من وقتی دانشجو بودم کتب و مجلات روانشناسی می خوندم ... " متاهل تحصیلکرده

".... به نظر من وجود بعضی کلاسها مثل کارآفرینی و یا همسرداری برای خانم ها ضروریه .... نحوه تربیت فرزند هم خیلی مهمه ... "متاهل تحصیلکرده

"... من فکر میکنم ادامه تحصیل می تونه فکر من رو باز کنه و من رو به آرامش برسونه ... " متاهل تحصیلکرده

"... آدم وقتی درس میخونه فکر میکنه توی فضاست " متاهل تحصیلکرده

#### توسعه مهارتهای زندگی

##### ۱) کسب مهارت :

مشارکت کنندگان معتقد بودند که تنها خواندن کتاب و مطالعه جهت مقابله با استرس کافی نیست بلکه فراگیری مهارتهای مقابله با استرس ، مهارت نه گفتن ، حل مساله ، کنترل خشم و در مجموع مهارتهای زندگی برای ارتقاء سلامت روان و دستیابی به آرامش ضروری می باشد .

" .. من میدونم کنترل خشم خوبه ولی نمیدونم چه جوری ... همه فقط میگند این کار خوبه این کار بده ولی کسی نميگه چه کار کنیم " متاهل تحصیلکرده

" ... من خیلی ناراحتم چون نمی تونم از حقم دفاع کنم نمی تونم نه بگم ... " متاهل - دیپلمه

" .... فکر میکنم یاد گرفتن مهارتهای زندگی برای همه مردم بخصوص خانم ها لازم است .... " متاهل تحصیلکرده

" ... مشکل ما اینه که بلد نیستیم چه جوری برخورد کنیم نمی دونیم چه کاری باید انجام بدیم " شاغل مجرد

"... همه می دونند خوش اخلاقی خوبه ، همه می دونند اگه آدم منطقی باشه خوبه ولی چه جوری این رو کسی بهمون یاد نداده ... " متاهل شاغل

" ... کسی نمی تونه همه مشکلات ما رو حل کنه ولی اگه بهمون یاد بدید چه جوری با اونها کنار بیاییم چه جوری رفتار کنیم که آسیب کمتری ببینیم این خودش کلی کمکه ... " شاغل دیپلمه

"... من بلد نیستم نه بگم بعضی وقتها یه کارهایی رو انجام میدم و ظاهرا لبخند میزنم ولی از درون خون خونم رو می خوره ... " تحصیلکرده خانه دار

" .. من اصلا نمی تونم با خانواده شوهرم رابطه برقرار کنم هر کاری می کنم اونها یه جور دیگه ای بر داشت می کنند بعضی وقتها خسته میشم و به سرم میزنه طلاق بگیرم ... " تحصیلکرده خانه دار

۲) اصلاح نگرش :

بر اساس تجربیات اکثریت مشارکت کنندگان ، برای داشتن آرامش باید طرز تفکر و نگرش افراد تغییر نماید و تنها کسب آگاهی کافی نیست زیرا دانسته ها به سرعت فراموش می شوند و اگر تبدیل به اصلاح نگرش نشوند ، تاثیر گذار نخواهند بود . بر اساس تجارب مشارکت کنندگان ، مثبت اندیشی ، داشتن انرژی مثبت ، خوش بینی و عدم سوء ظن نسبت به دیگران و باور داشتن خود، جهت جلب آرامش ضروری می باشد . یکی از مشارکت کنندگان معتقد بود که برای داشتن سلامت روان باید نیمه پر لیوان را دید .

".... آدمی از لحاظ روحی و روانی سالمه که خوش بین و با نشاط باشه ، کسی که مثبت صحبت میکنه و مثبت هم عمل میکنه " متاهل خانه دار دیپلمه

"...اگر بخواد به خودش کمک کنه باید نگرشش رو تغییر بده ، دید مثبت داشته باشه " متاهل شاغل تحصیلکرده"

" ... اگر طرف مقابل قصوری داشت نباید بهش بربخوره و فکر کنه اون منظوری داشته ... " متاهل شاغل تحصیلکرده

" ... اگه اونچه که یاد گرفتی باعث نشه طرز تفکرت عوض بشه به دردت نمی خوره .. " مرد تحصیلکرده

"...برای تغییر طرز تفکر باید تلاش کرد فکر نکنم زود اتفاق بیفته ... " شاغل تحصیلکرده

### (۳) بهبود عملکرد :

بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، جهت بهبود عملکرد باید به دو موضوع تاکید داشت که شامل برنامه ریزی و توان مدیریت استرس می باشد .

اکثریت مشارکت کنندگان ، برنامه ریزی را شامل تعیین اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و همچنین تعیین اولویتها در زندگی می دانستند و به زعم آنان ، افرادی که بدون داشتن هدف و برنامه زندگی می کنند در نهایت دچار سر درگمی و شکست می شوند . بر اساس اظهار نظر برخی مشارکت کنندگان ، برنامه ریزی در زندگی کار ساده ای نیست و نیاز به فراگیری و آموزش دارد .

"...آدم اگه تو زندگیش برنامه داشته باشه این جلوگیری میکنه از اختلال روان چون هدف داره برنامه داره حالا چه کوتاه مدت برای همون روز و چه بلند مدت که همون هدفت تو زندگیه ... " مطلقه دیپلمه

" ... آدم ها باید یاد بگیرند مسائل زندگیشون رو تفکیک کنند ولی نمی دونند چه جوری ... " متاهل تحصیلکرده

" ... باید مشکلات زندگی رو اهم و مهم کرد تا مشکلات کوچیک و قابل حل بشه " متاهل دیپلمه

بر اساس تجربه تمامی مشارکت کنندگان ، توان مدیریت کردن استرس های زندگی نیز جهت داشتن سلامت روان ، الزامی می باشد . مدیریت کردن استرس در هر شرایطی هر چند سخت قادر به تعدیل تاثیر و عوارض ناخواسته شرایط بر فرد می شود .

یکی از مشارکت کنندگان که یکی از فرزندانش دچار بیماری صعب العلاج بود بیان می کرد که "پس از این اتفاق دیدم چاره ای به جز پذیرش مشکل پیش آمده ندارم نمی تونم کار دیگه ای بکنم پس تصمیم گرفتم یاد بگیرم چه جوری با این مشکل کنار بیام "

در مورد مدیریت استرس ، مشارکت کنندگان موقعیت سنجی ، ریشه یابی استرس ، حذف عامل استرس زا پرهیز از یکنواختی و پیدا کردن راه حل را مطرح نمودند .

بر اساس گفته مشارکت کنندگان ، پرهیز از یکنواختی از طریق ایجاد سرگرمی ، تفریح ، مسافرت ، ایجاد تنوع ، برقراری ارتباطات اجتماعی ، گوش کردن به موسیقی ، انجام ورزش های مناسب ، برقراری ارتباطات مناسب خانوادگی ، ایجاد زندگی پویا و بالاخره اشتغال زنان صورت می گیرد .

"...من برای برطرف شدن استرسم سعی میکنم عامل استرس رو برطرف کنم .. " متاهل تحصیلکرده

"...باید شناخت خوبی از موقعیت پیداکنه و عامل ایجاد کننده اون رو بشناسه و پس از اون راهکارهایی رو پیداکنه تا عامل ایجاد کننده رو از بین بیره .... " مرد متاهل تحصیلکرده



"...اگر آدم قدرت حل مسئله رو توی زندگیش داشته باشه و بتونه با آرامش راه حل اون مسئله رو پیدا کنه هیچ وقت سلامت روانش مشکل نداره " متاهل دیپلمه

" ... هر وقت دلم میگیره با دوستانم به سفر میرم " زیر دیپلم متاهل

"...ایجاد سرگرمی و تنوع برای رفع دلگیری لازمه " متاهل تحصیلکرده

" خانم هایی که توی خونه هستند و مشغله شون کمتره به مسائل بیشتر فکر میکنند و حساسترند در نتیجه زودتر دلگیر میشند به نظر من داشتن شغل برای خانم ها برای سلامت روانشون خیلی خوبه " متاهل تحصیلکرده

" من هر وقت دلم میگیره و استرس دارم موسیقی گوش میدم " دیپلمه متاهل

" زیارت و ورزش غم و غصه آدم رو می بره " زیر دیپلم متاهل

" ایجاد سرگرمی مثلا با رفتن به کلاس نقاشی و یا ورزش خیلی خوبه " متاهل تحصیلکرده

" ... باید برنامه ریزی کنم یعنی اگه ندونم فردا می خوام چه کار کنم سر در گم میشم "

#### جستجوی کمک

بر اساس تجارب مشارکت کنندگان ، در برخورد با استرس های روزمره و دست یافتن به آرامش ، به جز تقویت جوهره انسانی و کسب مهارت ، نیاز به جستجوی کمک نیز وجود دارد . جستجوی کمک در واقع تعاملی فعالانه جهت دریافت کمک به منظور حفظ و کسب آرامش می باشد . این تعامل شامل سه بخش است :

#### ۱) گرفتن مشاوره

از دیدگاه تمامی مشارکت کنندگان گرفتن مشاوره در مواردی که شخص به تنهایی قادر به حل مشکلات نمی باشد لازم و ضروری است . اما منبع این مشاوره متفاوت می باشد. به شرح ذیل :

- گرفتن مشاوره از افراد خیره : از دیدگاه مشارکت کنندگان بهترین منبع مشاوره افراد صاحب نظر و خیره می باشند اما جهت جلب کمک از این افراد موانعی وجود دارد . برخی از مشارکت کنندگان علی رغم ضرورت مشاوره ، آن را به دلیل هزینه بر بودن و یا فانتزی بودن انجام نمیدادند . از دیدگاه برخی رفتن به مشاوره سبب انگ اجتماعی میشود و مارک بیمار روانی سبب ممانعت از مراجعه به مراکز مشاوره بوده است.

"... کسی که میخواد مردم رو راهنمایی کنه و مشاوره بده باید خودش سالم باشه .. " متاهل زیر دیپلم

"... استاد قرآنم کسی بود که فکر میکنم خدا برام فرستاد .. " مطلقه دیپلمه

".. مشاوره خیلی خوب و مهمه . الان قیمت ویزیت روانشناس بالاست و همیشه رفت مشاوره اگر روانشناسا باشند خیلی از مشکلات حل میشه " متاهل دیپلمه

"... آدم ها وقتی میرند پهلوی روانشناس دوست دارند کسی نفهمه چون بقیه فکر میکنند آدم مشکل روانی داره " متاهل تحصیلکرده

"... اگه مشاوره ها هم مثل واکسن زدن رایگان می شد کسی دیگه مشکل روانی نمی داشت .. " مرد تحصیلکرده

"... من دوست داشتم وقتی میرم برای تنظیم خانواده و یا زدن واکسن بچه ام ، اونجا کسی باشه که من رو راهنمایی کنه ، کسی که من بدون هیچ ملاحظه ای بتونم باهش حرف بزنم و اون کمک کنه " متاهل خانه دار  
 "... من جوونم دلم می خواد یه کسی به جز خانواده ام بهم بگه کدوم کارم درسته کدون نادرسته " مجرد  
 تحصیلکرده

" ... کاشکی میشد با مشاورها تلفنی صحبت کرد که اونم آدم رو شناسه و آدمم از اون خجالت نکشه " زیر  
 دیپلم خانه دار

- گرفتن مشاوره از اعضای خانواده : بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، انجام مشاوره با پدر ، مادر  
 توسط فرزندان و بالعکس مشاوره با فرزندان توسط والدین نیز جهت جستجوی کمک صورت می گیرد .  
 مشاوره با همسر نیز از منابع دیگر محسوب می گردد . البته یکی از مشارکت کنندگان معتقد بود "اگر  
 همسر مشکلات رو بفهمه می خواد همش به سرت بزنه " . اما دیگری گفت " وقتی با همسر صحبت  
 می کنم آروم میشم اون اونقدر خوب برخورد میکنه که فقط گفتنم آروم میکنه "

"... مشاوره خیلی مهمه اونم با کسی که از هر لحاظ پخته و مناسبه .... من اعضای خانواده ام را ترجیح میدم  
 چون خانواده هم صلاح تو رو بهتر میدونند و هم تجربه بهتری دارند " متاهل تحصیلکرده  
 "... من هروقت مشکل دارم اول از همه با شوهرم مشورت می کنم به بقیه اعتماد ندارم " متاهل دیپلمه  
 " من توی مشکلاتم با خواهرم مشورت میکنه اون هم رازداره ، هم دلسوزه ، هم خوب راهنمایی می کنه "  
 مطلقه دیپلمه

"... بچه های من خیلی خوبند هر وقت مشکل دارم با اونها مشورت می کنم " زیر دیپلم متاهل

- گرفتن مشاوره از دوستان : برخی از خانم ها ، مهمترین منبع کمک را دوستان خود می دانستند . به  
 اعتقاد آنان ، دوستان به جهت قرار گرفتن در یک رده سنی از درک بالاتر موقعیت برخوردار بوده و  
 علیرغم تجربیات کمتر ، منابع خوب و قابل اعتماد مشاوره ای می باشند .

" گرفتن مشاوره از دوستای خوب می تونه کمک کنه " متاهل زیر دیپلم  
 " من رو دوستانم آروم میکنند .... خیلی از حرفهام رو به اونا می زنم " متاهل تحصیلکرده  
 " من همه حرفام رو به دوستانم میزنم " مجرد تحصیلکرده  
 " من اولش با دوستانم خیلی راحت بودم ولی بعد دیدم اونها خیر و صلاح من رو نمی خواهند کاری کردند که  
 من از شوهرم جدا شدم بعدا فهمیدم که اونها به من حسادت می کردند "
- گرفتن مشاوره از اساتید : آن دسته از خانم هایی که هم اکنون در حال تحصیلات دانشگاهی بوده اند و  
 یا به ترتیبی با این افراد در ارتباط بودند اساتید دانشگاهی را از منابع قوی مشاوره قلمداد می کردند.  
 البته این موضوع را نیز تاکید داشتند که باید از اساتیدی مشاوره گرفت که هم در این زمینه تخصص  
 دارند و هم تمایل دارند که برای دانشجو وقت بگذارند .

" من با استادام مشورت می کنم چون اونها خیلی خوب راهنمایی میکنند " متاهل تحصیلکرده  
 "... من هروقت مشکل دارم با معلم کلاس قرآنم مشورت می کنم " متاهل دیپلمه

۲) جستجوی منابع :

منابع شامل دو دسته منابع اطلاعاتی و منابع عاطفی می باشد .

منابع اطلاعاتی :

مشارکت کنندگان دریافت اطلاعات و افزایش آگاهی را به عنوان یکی از راههای مهم قلمداد کرده اما هر یک بر طبق وضعیت و شرایط خود برخی از راهها را بر دیگری ترجیح می داد . برای مثال افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ، مراجعه به منابع الکترونیکی را به جهت در دسترس بودن و ارزان تر بودن ترجیح می دادند اما افراد با تحصیلات کمتر و خانه دار ، شرکت در جلسات آموزشی را موثر تر می دانستند. خانم های شاغل و دارای تحصیلات دیپلم و کمی بالاتر نیز به خواندن کتابهای آموزشی رغبت بیشتری داشتند. اما جالب اینجاست که نقطه اشتراک نظر همه آنها وجود منابع اطلاعاتی ارزان ، ساده و علمی به شکل کتاب های جیبی بوده است . به طور خلاصه منابع اطلاعاتی بر طبق نظر مشارکت کنندگان شامل مراجعه به کتب ، مجلات ، وب سایت ها ، شرکت در سمینارها ، کلاس ها و... بوده است . چالش عمده در استفاده از منابع اطلاعاتی ، نبود تایید علمی کتب ، گران بودن ، ثقیل بودن مطالب و استفاده از اصطلاحات سخت در آنها بوده است .

شرکت در کارگاههای آموزشی هم از روش های مورد قبول مشارکت کنندگان بود فقط به جهت آنکه در منطقه تحت سکونت آنان، این کلاسها برگزار نمی شد و لازم بود جهت شرکت در آنها به مناطق دورتر بروند و هزینه بالایی را بپردازند ، کمتر از این روش استفاده می کردند . به نظر می رسید جستجوی کمک ، چالشی بود که خود با آن روبرو بوده و کمتر موفق به حل آن شده بودند . در واقع به اعتقاد آنان اگر این چالش برطرف می شد ، کمک موثری در ارتقاء سلامت روان ایجاد می شد .

" رفتن به کلاسهای مختلف خیلی خوبه . من توی مدرسه بچم یه مشاور آورده بودند از حرفاش خیلی استفاده کردم " متاهل دیپلمه

" من میگردم کتابهای خوب روانشناسی رو پیدا می کنم " متاهل تحصیلکرده

" اگه بدونم کدوم وب سایت مفید و علمی بهش مراجعه می کنم "

" ... کی به فکر ماست که برامون کلاس بذاره "

".... این موضوع خیلی مهمه ولی کمتر مسئولین بهش اهمیت می دند اگه یه جای معتبر بیاد برنامه ریزی کنه و منابع اطلاعاتی مفید را معرفی کنه مشکل خیلی ها برطرف میشه " شاغل تحصیلکرده

• جستجوی منابع عاطفی :

از دیگر اقداماتی که مشارکت کنندگان جهت کسب آرامش به آن اشاره کردند جستجوی منابع عاطفی می باشد که شامل :

○ جلب حمایت خانوادگی :

○ طبق نظر مشارکت کنندگان ، داشتن پناه عاطفی در خانواده به صور مختلف و طی مراحل مختلف

نمایان می گردد .

"... داشتن یه پشتوانه عاطفی هم خیلی مهمه تا قبل از ازدواج این پشتوانه مادرم بود و من بهش تکیه میکردم

" تحصیلکرده متاهل

" من وقتی دلم می گیره با خواهرم حرف میزنم و آرام میشم " خانه دار زیر دیپلم  
 • جلب حمایت در دوران کودکی :

در این دوران که طبق نظر مشارکت کنندگان از اهمیت خاصی برخوردار است کودک در سایه تربیت صحیح خانوادگی و حمایت عاطفی مادر و پناه امن پدر ، جوهره انسانی خود را در مسیر کمال تربیت می نماید . در این دوران وظیفه مادری و خانه پدری نقشی اساسی در شکل گیری شخصیت وی دارد . در این دوران علاوه بر تربیت فرزندان ، تشویق آنان ، اهمیت دادن به مسائل آنان و احساس مسئولیت والدین در قبال آنان در نهایت موجب الگوپذیری مناسب فرزندان از رفتارهای والدین خواهد بود. بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، دانستن مهارتهای لازم جهت فرزند داری و ارائه الگوی مناسب انسانی به آنها سبب برقراری ارتباط موثرتر در اعضای خانواده شده و حمایت عاطفی بین اعضای خانواده را مستحکم می نماید . در واقع در این مرحله ، نقش تربیتی مادر و حمایت عاطفی پدر در تبیین درست ارزش های انسانی موثر بوده و بر قراری ارتباط مناسب قادر خواهد بود تا از اعضای خانواده به عنوان یک بازوی حمایتی کمک گرفت .

".. خانواده من آرامند همه سعی می کنند به همدیگه کمک کنند بخصوص بچه بزرگ خانواده . پدری که سعی کرده خودش رو با مسائل روز جوونا تطبیق بده " تحصیلکرده شاغل  
 "... من احساس کردم پناه همیشگی دارم . به کسی مثل کوه پشت سرمه و از من دفاع میکنه .." تحصیلکرده متاهل

" همیشه رفتار محبت آمیز پدرم و توجه زیادش به من باعث شده بود که من حس نیاز به یک محبت اضافی رو کمتر داشتم " متاهل تحصیلکرده خانه دار  
 "...به نظر من نقش خانواده هم خیلی پر رنگه . فرهنگی که در کودکی بچه باهش شکل می گیره در وجودش نهادینه میشه و یا حتی قبل از آن مثل وضعیت مادر قبل از تولد بچه هم موثر است ... " مرد متاهل تحصیلکرده

".. روابط خوب پدر و مادر در انگیزه پیشرفتشنون موثره . پدرهایی که دخترهاشون رو با عشق می بوسند در انگیزه پیشرفتشنون موثرند . به نظر من انگیزه پیشرفت از داشتن استعداد هم بیشتر است " تحصیلکرده متاهل  
 • جلب حمایت خانواده در انتخاب همسر :

از دیدگاه بیشتر مشارکت کنندگان ، حمایت خانوادگی در انتخاب همسر بسیار مهم و حیاتی می باشد . بر اساس تجربیات اکثر مشارکت کنندگان ، ازدواج به عنوان یک نقطه عطف محسوب شده و حمایت درست خانواده در انتخاب همسر و تصمیم گیری عاقلانه در این مورد ، در سلامت روان کل خانواده موثر خواهد بود ، زیرا انتخاب اشتباه خسارت جبران ناپذیری بر پیکره سلامت روان فرد بر جای خواهد گذاشت  
 "... ما مانم بعد از رد خواستگارام خیلی به من فشار می آورد برای همین به من خیلی بر میخورد که اینطوری باهم رفتار میکنند احساس زیادی بودن بهم دست داده بود ....می گفت اگه تو بمونی خواهرات هم شانس ازدواج رو از دست میدند "تحصیلکرده متاهل  
 "... وقتی خواستم ازدواج کنم پدرم گفت در این جا همیشه به روت بازه بیش از حدت تحمل نکن ... "تحصیلکرده متاهل

" من موقع ازدواج از مشورت های درست خانواده ام خیلی استفاده کردم "

• جلب حمایت خانواده پس از ازدواج :

پس از ازدواج وجود حمایت های مادی و معنوی در شکل گیری خانواده جدید از اهمیت زیادی برخوردار است . طبق تجربیات اکثر مشارکت کنندگان ، ادامه حمایت های خانوادگی و ارائه مشاوره های لازم در مواقع ضروری در حفظ آرامش فردی و خانوادگی موثر خواهد بود . یکی از مشارکت کنندگان که از این حمایت برخوردار نبود می گفت " علت به هم خوردن زندگی من این است که الان هر وقت با شوهرم دعوا می کشم کسی رو ندارم که از تجربیاتش استفاده کنم اون دائما ترک خونه توسط پدرم رو به رخم می کشه و می گه تو هم مثل مادرتی شما مردها رو فراری می دید ... "

مشارکت کننده دیگر هم که پدرش فوت کرده بود می گفت " من بزرگتر ندارم مامانم بزرگتری بلد نیست یه چیزایی می گه که بدتر زندگی من به هم میریزه اگه اون بلد بود چکار کنه من اینقدر سرکوفت نمی شدم "

"...به نظر من قطعا حمایت خانوادگی لازمه و تاثیر زیادی داره و خوب ممکنه حتما مادی نباشه " متاهل

تحصیل کرده

"... به نظر من حمایت معنوی هم خیلی خوبه چون الان همه گرفتارن و شاید نتونن از لحاظ اقتصادی کمک کنند اما با حمایت معنوی و مشورت در تصمیم گیری ها می تونن خیلی موثر باشند " مرد متاهل تحصیل کرده

" من پدر و مادرم خیلی قشنگ برخورد می کنند نه تنها از لحاظ مادی بلکه از لحاظ معنوی هم ما را تحت پوشش دارند "

• جلب حمایت خانواده همسر :

از دیدگاه اکثر مشارکت کنندگان حمایت خانواده همسر اهمیت بسزایی در سلامت روان زوجین ایفا می کند . این حمایت ها به دو صورت مادی و معنوی مطرح می باشند که از دیدگاه پاسخ گوینان حمایت معنوی و عاطفی از حمایت مادی اهمیت بیشتری دارد . یکی از مشارکت کنندگان معتقد بود که اگر خانواده همسر ، عروسشون رو مثل دخترشون بدونند خیلی از مشکلات اصلا پیش نیامد که بخواد حل بشه " . بر اساس تجربیات اکثر مشارکت کنندگان ، خانواده همسر می تواند خود به عنوان یک عامل مهم اختلال روانی و بر هم خوردن آرامش مطرح باشد . یکی از آنها گفت درسته که الان مادر شوهر سالاری نیست ولی مدل مادرشوهرها هم عوض شده به روز شدند مثل امروزی ها اذیت می کنند ..... یعنی ظاهرا لبخند می زنند و تحویل می گیرند ولی از پشت بهت خنجر می زنند "

"... اونها نسبت به زندگی ما بی تفاوت نیستند و از من و شوهرم حمایت می کنند هم عاطفی و هم مادی ولی خوب در قبالت انتظار هم دارند " تحصیل کرده متاهل

"... من مثل همیشه با دید مثبت رفتار می کردم ولی اونها طوری رفتار کردند که بدبین شدم .... من سلامت روانم قبل از ازدواج خوب بود ولی الان به خاطر رفتار اونها مختل شده " تحصیل کرده متاهل

" اگه خانواده شوهرم فقط ما رو حمایت عاطفی می کردند کلی تاثیر داشت " تحصیل کرده متاهل

• جلب حمایت همسر:

از دیدگاه اکثریت مشارکت کنندگان ازدواج مناسب و انتخاب صحیح همسر در سلامت روان و کسب آرامش بسیار موثر است. انتخاب مناسب و وجود همسر سالم از لحاظ روانی در هدفمند شدن زندگی و رسیدن به تکامل موثر است. برآورده شدن انتظارات منطقی، ایجاد اعتماد و تفاهم، همفکری و همدلی موجبات محبت و عواطف متقابل را فراهم آورده و سبب خواهد شد که همسر به عنوان تکیه گاهی مطمئن در خانواده مطرح گردد و این موضوع موجبات ایجاد آرامش را در خانواده فراهم می آورد. در نقطه مقابل، وجود همسری ناسالم از لحاظ روانی نه تنها سبب از هم گسیختگی خانواده شده بلکه در ایجاد تشویش و نگرانی در همسر و فرزندان نیز موثر است. از دیدگاه برخی مشارکت کنندگان حمایت مادی و وابستگی مالی به همسر دارای اهمیت است البته برخی نیز به استقلال زن در خانواده اعتقاد داشتند و وابستگی مادی را عامل تکیه زن به همسرش نمی دانستند. برخی تکیه به یک قدرت مردانه را عامل تکمیل روحیات زن می دانستند. بر اساس تجربه برخی، جمع عاطفه زن و قدرت مرد مکمل خوشبختی می باشد.

"...سکوت و آرامشش وقتی من عصبی بودم من رو اروم میکرد" متاهل تحصیلکرده  
 "...مشکلات رو بزرگ نمیکه، بدون فکر حرف نمیزنه، خیلی هم آرامش داره..." متاهل تحصیلکرده  
 "...همسر ناسالم می تونه جسم و روان و ذهن رو از بین بیره یعنی آرامش زندگیت رو بگیره" متاهل تحصیلکرده

"وقتی اون حمایت میکنه، درکم میکنه من از زندگی خیلی راضیم" متاهل تحصیلکرده  
 "...اول خدا رو میخواهی و بعد یک نفر که روی زمین کمکت کنه" مجرد تحصیلکرده  
 "...احتیاج به یک حامی داری چون تکمیل می کنه، قدرتش رو می خواهی، حمایتش رو میخواهی البته برای کسی که شاغله حمایت مادی شاید مهم نباشه حمایت عاطفی مهمه" مجرد تحصیلکرده  
 "...رفتار اون آنچنان روانم رو به هم ریخته بود که نمی توانستم تحملش کنم همش یادم می اومد که چقدر مسخره ام کرده و این دیونم میکرد"

• جلب حمایت دوستان:

برخی از مشارکت کنندگان، دوست را به عنوان یک منبع حمایتی مطرح می کردند. البته نقش دوست از همراهی در لحظات تنهایی و تفریح تا گوش شنوا بودن در حین غصه و ناراحتی متغیر بوده است. برخی حمایت دوست را حتی در کنار حمایت خانواده و گاه مهمتر از آن می دیدند و برخی حمایت او را در رده های بعدی تر پس از خانواده و همسر می دانستند. به هر حال اهمیت جایگاه عاطفی دوست و نقش آن در ارائه حمایت های عاطفی و اطلاعاتی به زعم اکثر مشارکت کنندگان مطرح بود.

"... یعنی این وقتها احتیاج به یه نفر داری که بگی چیکار میکنی و چیکار باید بکنی این وقتها دوستانم به من کمک می کنند" مجرد تحصیلکرده  
 "دوستانم اروم می کنند خیلی از حرفها رو می تونم به اونها بزنم که به دیگران نه البته به هرکسی نمی توان اعتماد کرد باید زمان بگذره" متاهل تحصیلکرده  
 "در بین اعضاء خانواده خیلی دوست دارمشون ولی باهشون درد و دل نمی کنم.. آدم وقتی ناراحته گوش میخواه تا زبون" متاهل تحصیلکرده

۳) جستجوی تسکین :

• تقدیر گرایی / گذر زمان :

برخی از مشارکت کنندگان ، گذر زمان را به عنوان یک تسکین موقتی و موثر قبول داشتند . در واقع بسیاری از مشارکت کنندگان ، نقش تقدیر را در روند زندگی بسیار موثر می دانستند و برخی بر این باور بودند که همه چیز به دست سرنوشت است و نمیشود کاری کرد باید صبر کرد تا گذشت زمان آن را حل کند . یکی از مشارکت کنندگان در این خصوص گفت " وقتی با بدن ضعیف دخترم که تا دیروز مستقل و از امروز وابسته به کمک من بود روبرو شدم فهمیدم که تمام روزهای خوش گذشته و از این لحظه به بعد باید همه چیز را به زمان بسپارم تا به من فرصت پیدا کردن خودم رو بده "

در واقع مشارکت کنندگان هر وقت که از همه راهها نا امید می شدند و یا تحمل مقابله را نداشتند و یا آن را به نوعی موثر نمی دانستند به این داروی تسکینی رو می آوردند .

• استفاده از درمان های گیاهی :

بسیاری از مشارکت کنندگان ترجیح میدادند جهت جلب آرامش از داروهای گیاهی استفاده نمایند زیرا از دیدگاه آنان عوارض این داروها کمتر بوده و در ضمن احتمال وابستگی به آنها در طول زمان کمتر است . یکی از علل رو آوردن آنان به این داروها ، ترس از مراجعه به پزشک به خاطر انگ اجتماعی مشکلات روانی می باشد . به نظر میرسد انگ اجتماعی یک چالش اساسی در دریافت کمک می باشد .

" من ترجیح میدم وقتی استرس دارم گل گاوزبون بخورم " متاهل تحصیلکرده

• استفاده از تمرینات آرامش بخش :

استفاده از برخی تمرینات و یا حرکات ورزشی مانند یوگا توسط برخی شرکت کنندگان به منظور حفظ آرامش مطرح گردید . در واقع برخی مشارکت کنندگان سعی داشتند با ورزش و تمرینات ورزشی و افزایش تحرک بر مشکلات غلبه کرده و به آرامش برسند .

" یه بار یک مشاور به من تمرینات آرامش بخش<sup>۱</sup> را یاد داد " دیپلمه متاهل

### تجارب زندگی

الف - تجارب دوران کودکی :

طبق نظر مشارکت کنندگان ، سلامت روان در دوره بزرگسالی تا حد زیادی به دوران کودکی مربوط می گردد . در این دوران ارتباطات مناسب خانوادگی ، تربیت در بستر خانواده ، پناه عاطفی ، الگوپذیری از والدین و تقسیم نقشها مطرح می باشد . در این دوران نه تنها تربیت صحیح فرزندان حائز اهمیت اساسی می باشد بلکه ارتباطات مناسب خانوادگی و راحتی ارتباط فرزندان با والدینشان در شکل گیری شخصیت و تربیت جوهره انسانی کودکان موثر است . حمایت عاطفی و نیاز به تکیه گاه و پناه امن در این دوران توسط بسیاری از مشارکت کنندگان مطرح گردید . علاوه بر حمایت

<sup>۱</sup> : relaxation

عاطفی الگوپذیری فرزندان از والدین نیز مطرح می باشد. روحیه زن سالاری، مردسالاری و مشارکتی توأم با احترام متقابل در این دوران چون نقش بر سنگ تا دوران بزرگسالی برجای مانده و خود را نمایان می سازد. مسئولیت پذیری والدین و تقسیم درست نقشها نیز در این دوران مطرح می باشد.

• تربیت در بستر خانواده :

از دیدگاه اکثر مشارکت کنندگان، بار اصلی تربیت بر دوش مادر خانواده می باشد. منتهی در خانواده هایی که پدر از دست رفته و یا منزل را ترک کرده است چون وظایف پدری نیز بر دوش مادر خواهد بود در نتیجه مادر نخواهد توانست هر دو نقش را به طور کامل ایفا نماید و در بهترین شرایط ۵۰ درصد از هر وظیفه را انجام نمیدهد لذا گاه در این خانواده ها نقش تربیت فرزند کوچکتر به عهده فرزند بزرگتر می باشد و فرزند بزرگتر هنوز بچگی نکرده خود باید مانند یک فرد عاقل بالغ رفتار نماید که این خود عوارض تربیتی خاص خود را در پی خواهد داشت.

"... بچه که بدنیا میاد نمیدونه چگونه رفتار کنه اول پدر و مادری که باید بهش یاد بده "متاهل تحصیلکرده  
 "... من از صبح تا بعد از ظهر کار میکردم. من از دخترم که هنوز بچه بود خیلی کمک گرفتم و اون رو بزرگ دیدم .." دیپلمه مطلقه

"...مادرم که وظیفه تربیت ما رو به عهده داشت اونقدر درگیر بود که نمی تونست خوب این کار رو بکنه ...: تحصیلکرده متاهل

".. خیلی چیزها رو از بچگی یاد می گیریم ولی وقتی بزرگ شدیم باید تکمیل کنیم .." تحصیلکرده متاهل  
 "... به نظر من تربیت بچه ها یه عامل کلیدییه.." تحصیلکرده متاهل  
 "... اگه مادرم وقت داشت بیشتر می تونست روی ما وقت بگذاره و برای تربیت ما تلاش کنه ... " تحصیلکرده متاهل

• ارتباطات مناسب خانوادگی :

ارتباط راحت و بدون سانسور فرزندان با والدین از جمله مواردی بود که به عنوان یک نقطه قوت مهم در برخی خانواده ها وجود داشت. حضور هر دوی والدین در خانواده و روابط راحت و صمیمی آنان با فرزندان در سلامت روان افراد در بزرگسالی دارای اهمیت بوده است. در خانواده هایی که به دلیل عدم حضور پدر، نقش وی در خانواده کم رنگ می باشد و از طرفی مادر بار زندگی را به دوش کشیده و به عنوان یک مادر پرمشغله وقت کافی برای فرزندان چه از لحاظ تربیتی و چه از لحاظ عاطفی ندارد، عوارض ناشی از این خلا به وضوح نمایان می شود. به گفته چند تن از مشارکت کنندگان، عدم حضور پدر به علت فوت و یا ترک خانه در خلا عاطفی فرزندان دختر بیش از پسر مطرح می باشد.

"...من خیلی راحت می تونم با پدرم صحبت کنم، مشورت کنم، لازم نیست که حرفام رو سانسور شده به بابام تحویل بدم .." تحصیلکرده متاهل

"اینکه خانواده ات تو رو درک کنند و تو بدون استرس باهشون حرف بزنی " تحصیلکرده متاهل



"... به نظر من ارتباط خوب تربیت خوب را می آورد وقتی با کسی ارتباط بدی داری تربیت خوبی هم نمی تونی داشته باشی " تحصیلکرده متاهل "

• پناه عاطفی پدر :

از دیدگاه بسیاری از مشارکت کنندگان احساس آرامش و داشتن پناهی امن در خانواده به خصوص در دوران کودکی نقشی بسیار مهم در سلامت روان فرزندان خواهد داشت . اصطلاحی که از آن به عنوان خانه پدری یادشد . خانه ای که همیشه احساس می کنی در آن به روی تو باز است و از هر جا که رانده شوی ، تو را با گرمی و صمیمیت پناه می دهد . از طرفی از دیدگاه برخی از شرکت کنندگان ، نداشتن این پناه امن در ایجاد اضطراب و استرس های کودکی و پس از آن موثر است .

" تو خونه ما آرامش بود و من از وجود پدری برخوردار بودم که مثل کوه پشت سرم بود " تحصیلکرده متاهل  
" در خونه ما عاطفه پدری وجود نداشت ، پدرم وقتی خونه رو ترک کرد نه تنها به ما دیگه سر نزد بلکه یه روز هم اومد تلویزیونی که تنها دلخوشی ما بود دزدید و برد " تحصیلکرده متاهل  
" وقتی می خواستم ازدواج کنم پدرم گفت حالا که تصمیمت رو گرفتی یادت باشه این در همیشه به روت بازه  
بیش از حدت تحمل نکن " متاهل تحصیلکرده

• الگوپذیری از والدین :

نحوه روابط والدین با یکدیگر و حاکمیت والد، والد و یا حاکمیت مشارکتی در شکل گیری شخصیت و نحوه برخورد کودکان دیروز و زنان فردا نقش خواهد داشت. مرد سالاری، زن سالاری و تصمیم گیری مشارکتی انواع مدل های برخوردی والدین در نمونه های مورد بررسی بوده است . رفتار کودکان در برخورد با این تعاملات کاملاً متفاوت است. اما بهرحال در مدل های مشارکتی، نحوه تربیت به گونه ای است که احترام متقابل، تصمیم گیری مشورتی و اهمیت به نظر دیگران ، تقسیم وظایف و مسئولیت پذیری بیشتر نمود داشته است.

در مدل های تک سالاری، برخی فرزندان از قدرت غالب الگو میگیرند و تحکم و خودرایی را با خود به همراه می برند و برخی مدافع طرف مغلوب بوده و روحیه ترحم و تسلیم پذیری دارند.

بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان در مدل های مشارکتی و با حضور پدری حامی که به خوبی نقش مشاوره ای و پشتیبانی را انجام می دهد و مادری که نقش تربیتی را به خوبی پذیرفته است بیشترین علائم سلامت روان را می توان در فرزندان جستجو کرد. بدترین وضعیت خانوادگی در عدم حضور پدر به دلیل ترک خانواده و طلاق بوده است در بچه های طلاق به دلیل عمدتاً نداشتن محبت پدری، نبود جایگاه وی در خانواده و از طرفی بار سنگین مسئولیت مادر ، در واقع هر دو والدین را با هم از دست می دهند . یکی به دلیل جدایی و دیگری به دلیل مسئولیتهای بی شمار و عدم توان انجام کامل آنها، از نقش خود باز می ماند.

با اینکه در خانواده هایی که پدر از دست می رود نیز بار سنگینی به دوش مادر و فرزندان می افتد اما به نظر می رسد از لحاظ روانی به اندازه گروه قبل مشکل نخواهند داشت. اما باز هم در این گروهها به دلیل بار سنگین مسئولیت های مانده از پدر، آرامش زندگی مختل شده و عوارض خاص خود را به همراه خواهد داشت .

"...در خانواده ما کلاً روحیه مشارکت و محبت حاکمه در مورد مسائل داخل خونه مامانم خیلی مهمه مامانم هرچی بگه معمولاً همونه و در مورد مسائل بیرون خونه ، حرف پدرم مهمه " تحصیلکرده متاهل

"...پدر و مادرم احترام همدیگر رو نگه می داشتند و این بر روی ما خیلی تاثیر داشت " تحصیلکرده متاهل  
 "توی خانواده ما مردسالاری بود آخرش همه تصمیم ها با بابام بود که خیلی هاش هم درست نبود و به  
 ورشکستگی رسید. مامانم اعتراض میکرد ولی اون کار خودش رو میکرد بعدش دعوا میشد که دیگه سودی  
 نداشت " تحصیلکرده متاهل

" ... محیط خانواده ما قبل از ازدواج طوری بود که بیشتر زن سالاری بود و من اخلاق پدرم رو بیشتر می  
 پسندیدم با مامانم خیلی نمی تونستم رابطه برقرار کنم چون مامانم طوری بود که یا باید هرچی می گفت قبول  
 می کردیم والا با همون قهر میکرد " تحصیلکرده متاهل  
 "... همینکه آدم خودش رو در تصمیمات سهیم میدونه خیلی موثره " مجرد تحصیلکرده

#### • مسئولیت پذیری والدین :

از دیگر موارد مورد اشاره در مصاحبه های بعمل آمده می توان به مسئولیت پذیری والدین و تقسیم وظایف بین  
 فرزندان اشاره کرد . در خانواده های با روحیه مشارکتی این تقسیم وظایف با مشورت و انگیزه مناسب انجام می  
 شود اما بر اساس تجارب مشارکت کنندگان ، در خانواده های با محوریت یک والد، این تقسیم بندی با حاکمیت  
 والد غالب صورت می گیرد و انگیزه لازم جهت پذیرش نقشها توسط افراد خانواده وجود ندارد . در مواردیکه  
 معمولاً پدر از دست رفته باشد به دلیل افتادن بار زندگی بر دوش مادر ، فرزند/ فرزندان مسئولیت پذیرتر، عملاً  
 با پذیرش مسئولیتهای سنگین تحت فشار قرار می گیرند و سایر افراد خانواده که روحیه پذیرش مسئولیت را  
 ندارند عملاً از این بار شانه خالی می کنند.

" من مسئولیت سنگینی را به دوش بچه کوچکم سپردم و بعداً فهمیدم چه لطمه ای به او وارد کردم "  
 " توی خونه ما مردسالاری بود بابام همیشه تصمیم می گرفت و بقیه چون حرفشون تاثیری نداشت خودشون رو  
 کنار می کشیدند این باعث شد برادرم مسئولیت پذیر نشند... وقتی بابام فوت کرد من رفتم سرکار. من مثل مرد  
 خونه دنبال اجاره خونه بودم ، کارمیکردم خرجی میدادم ...من زیر بار زندگی له شدم " تحصیلکرده متاهل  
 "... توی خونه ما بابام هر تصمیمی که میخواست بگیره با هممون مشورت میکرد و نظر ما رو میخواست برای  
 همین وقتی قرار بود کاری انجام بشه همه خودشون رو مسئول می دونستند " تحصیلکرده متاهل  
 "...توی خانواده ما پدر و مادرم با هم تصمیم می گیرند ولی نظر بچه ها هم براشون مهمه و این مدل رفتار

خیلی در سلامت روان ما موثر بوده .... مسئولیت کارهامون رو به عهده می گیریم " مجرد تحصیلکرده

#### ب- تجارب دوره نوجوانی :

از مواردیکه در دوران نوجوانی می توان به آن اشاره کرد ارتباط با جنس مخالف می باشد این موضوع در چند  
 مصاحبه اول مطرح نگردید اما بتدریج در حین مصاحبه ها پدیدار شد ، برخی از مشارکت کنندگان آن را کاملاً  
 انکار کردند و معتقد بودند کسانی به دنبال این ارتباطات هستند که در خانواده از لحاظ عاطفی ارضا نشده اند این  
 افراد معتقد بودند وقتی ارتباطی موثر بین دختر و پدر یا خواهر و برادر در خانواده وجود داشته باشد کمتر افراد به  
 دنبال ارتباط با جنس مخالف غریبه می باشند . برخی این ارتباط را در حوزه فامیلی و به صورت ارتباطات  
 دوستانه با پسر عمو و پسر خاله و... بیان می کردند و برخی نیز آن را به جهت نیاز به یک هم صحبت لازم

میدانستند. بر اساس تجربیات برخی مشارکت کنندگان، در خانواده های امروزی که اکثرا به دنبال تک فرزندی می باشند و بعد خانواده ها در حال کاهش است، ارتباط با جنس مخالف معضل تربیتی ایجاد می کند. یکی از مشارکت کنندگان گفت " زمان ما همه با هم بزرگ میشدیم پسر عمو، دختر عموها همه با هم یه جا بودیم همه مثل خواهر برادر بودیم اما الان با هر کی صحبت می کنی یه فکر دیگه می کنه "

" اونقدر تو خونه تنها بودم پدرم که رفته بود برادرم کوچیک بود دلم میخواست حرفام رو به یه مرد بزنم "

متاهل تحصیلکرده

" من اونقدر از پدرم محبت دیده بودم که هرچی در خارج از خونه بهم ابراز محبت میشد به چشمم نمی اومد " متاهل تحصیلکرده

برخی از مشارکت کنندگان نیز ارتباط با پسر ها رو برای سرگرمی و گذراندن اوقات فراغت می دانستند

" من با یکی دوست شدم ولی دلم میخواست بیشتر سر کارش بذارم ولی بعدا دیدم خودم سرکارم "

" الان راحت نمی تونی به یه پسر اعتماد کنی به نظر من پسر ا دنبال شنیدن حرفات نیستند اونها از کلمات برای رسیدن به هدف خودشون استفاده می کنند. دخترا باید دانا باشند " مجرد تحصیلکرده

در مجموع به طور خلاصه موارد ذیل توسط مشارکت کنندگان مطرح گردید :

- نیاز به هم صحبتی با جنس مخالف
- ایجاد سرگرمی
- بی اعتمادی نسبت به جنس مخالف
- البته به جهت آنکه این موضوع معمولا به راحتی توسط افراد بیان نمی شود محقق بیش از این قادر به پروب و بررسی موضوع نشد.

ج - تجربه ازدواج :

در این مطالعه، پس از چند مصاحبه اولیه مشخص گردید که ازدواج به عنوان نقطه عطف برای بسیاری از شرکت کنندگان مطرح است لذا در مصاحبه های بعدی سعی شد به این موضوع نیز پرداخته شود و محقق بر آن شد تا با همسران برخی شرکت کنندگان و از طرفی با خانم های مجرد نیز مصاحبه نماید. نتایج حاصل از تمامی مصاحبه ها بیانگر سه موضوع اصلی بوده است :

- انتخاب همسر (انتخاب عاقلانه، انتخاب بموقع):

بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان، ازدواج به هنگام و با آگاهی و تحت حاکمیت عقل از موارد دارای اهمیت در سلامت روان زنان محسوب می شود. از آنجاییکه وقایع دوران کودکی عمدتا به اختیار فرزندان و با انتخاب آنان صورت نمی گیرد. اینکه برخی در خانواده های خوب و برخی در خانواده های با مشکلات عدیده بزرگ می شوند عمدتا بیشتر به تقدیر مرتبط است تا اختیار، لذا زنان ازدواج را به عنوان یکی از پراهمیت ترین تصمیم گیری زندگی خود قلمداد کرده و از آن به عنوان یک نقطه عطف یاد می کردند. انتخاب عاقلانه بیشتر در بستر خانواده هایی با تعاملات مشارکتی و حمایتی صورت می گیرد اما از دیدگاه برخی مجردین مورد مصاحبه، ازدواج

به موقع به جهت اینکه قدرت انتخاب بهتر و بیشتری را فراهم می آورد در تصمیم گیری عاقلانه دارای اهمیت است .

"...من با قضیه ازدواج احساسی برخورد کردم شاید به خاطر سنم بود نمی خواستم این خواستگارم رو مثل بقیه از دست بدم و باز هم ازدواجم به تعویق بیفته برای همین از خیلی چیزها که برام مهم بود چشم پوشی کردم " تحصیلکرده متاهل

"...مادرم هفته ای نبود که با من سر ازدواج بحث نکنه همیشه به من بر می خورد احساس زیادی بودن می کردم " تحصیلکرده متاهل

"...من موقع ازدواجم از مشورت بابام خیلی استفاده کردم ... پدرم گفت همیشه حواست باشه که توی این خونه برات جا هست نه اینکه سعی نکنی با مشکلاتت مقابله کنی ولی بدون در اینجا بروت همیشه بازه بیش از حدت تحمل نکن .... این جمله به من امید و آرامش داد "

"من با عشق و عاشقی ازدواج کردم و بدون عقل .... خیلی سختی کشیدم ما اصلا همدیگرو درک نمی کردیم " مطلقه دیپلمه

".. ازدواج خوب خیلی مهمه چون خیالت راحت که یه همراه همیشگی داری ..... وقتی ازدواج میکنی نصفت رو میدی و نصفه ای رو که می گیری اگه تونسته باشه کاملت کنه خوشبخت میشی " مجرد تحصیلکرده

"... دخترا وقتی سنشون بالا میره حساستر میشن اعتماد به نفسشون پایین میاد چون به فکر قضاوت دیگرانند که چه ایرادی داشتی که انتخاب نشدی " مجرد تحصیلکرده

#### • تجارب آورده :

زوجین در بدو ازدواج کوله باری از تجربیات خود را وارد زندگی جدید می کنند . اینکه در چه خانواده ای بزرگ شدند ، جوهره انسانی خود را تا آن هنگام چگونه تربیت کرده اند ؟، آیا از حمایت عاطفی مناسب برخوردار بوده اند ؟ برخی از مشارکت کنندگان معتقد بودند خانم ها در بدو ازدواج نداشته های خود را در زندگی مشترکشان می جویند . اگر از بار مسئولیت و سختی زندگی به تنگ آمده باشند به دنبال پناهی برای رهایی از تمامی مسئولیتها می باشند . اگر از محبت پدری محروم بودند آن را طلب می کنند و...به هر حال چندین برابر تعداد ازدواج ها تجربیات افراد می باشد که اگر واقع بینانه سازمان دهی نشود خود سبب توقعات نابجا شده و باعث ایجاد مشکلات می گردد .

"...من در دوران مجردیم ، پدرم رو از دست دادم و بار زندگی رو دوشم بود من توی خونه تکیه گاه بودم و دیگه از این شرایط خسته شده بودم دلم میخواست به یکی تکیه کنم فکر میکردم دیگه برام بسه " متاهل تحصیلکرده

"...من فکر میکردم با ازدواج باید زخم های کهنم رو ترمیم کنم ...ولی نشد " متاهل تحصیلکرده

"... من دنبال محبت نداشته از سوی پدر در همسرم بودم ... " متاهل تحصیلکرده

"...احتیاج به یک حامی داری چون تکمیل میکنه ، قدرتش رو می خوای ، حمایتش رو می خوای ، یعنی نداشته هات رو در ازدواج جستجو میکنی " مجرد تحصیلکرده

#### • پذیرش نقش های جدید (نقش همسری ، نقش مادری) :

بر اساس تجارب بسیاری از مشارکت کنندگان ، جدای از تجارب آورده و زمینه شخصیتی افراد ، آنان با ازدواج می بایست نقش های جدیدی را بپذیرند که ممکن است قبل از این با آن بیگانه بوده اند پذیرش این نقشها هم نیاز به داشتن آگاهی و هم آمادگیهای لازم قبل از ازدواج داشته است . در پذیرش این نقشها تربیت خانوادگی و الگوپذیری از والدین اهمیت ویژه ای دارد .

"...قبل از ازدواج آدم مسئولیت چندانی نداره ولی بعد از ازدواج مسئولیت زیاد میشه و به صورت ناگهانی باید رشدی داشته باشی " متاهل تحصیلکرده

"... حس مسئولیت آدم رو بزرگ میکنه ظرفیت رو بالا میبره و باعث میشه مسائل رو بهتر درک کنی و اینها باعث رشد میشه " متاهل تحصیلکرده

"...من تصویر دیگه ای از زندگییم ساخته بودم ولی بعدش خیلی تو ذوقم خورد انگار آماده این همه مسئولیت نبودم " متاهل تحصیلکرده

"... به نظر من باید قبل از ازدواج وقتی آدم هنوز مجرده هم آیین همسرداری و هم روش تربیت فرزند ان رو یاد بگیره تا آماده پذیرش این نقشها بعد از ازدواج باشه " متاهل تحصیلکرده

- توازن نقشها :

بر اساس تجارب برخی از شرکت کنندگان به خصوص افراد شاغل ، توازن نقشها نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است اینکه بتوانی تعادلی بین نقش مادری ، نقش همسری و نقشهای اجتماعی برقرار نمایی . از دیدگاه برخی مشارکت کنندگان ، افراد ظرفیت و پتانسیل پذیرش تمامی نقشها را می توانند داشته باشند به شرطی که خود را برای آن آماده کرده باشند و پذیرش مسئولیتهای جدید را در کنار مسئولیتهای قبلی داشته باشند . اما اگر این پذیرش را در خود ایجاد نکرده باشند ممکن است یکی را فدای دیگری نموده و یا همه را به طور ناقص انجام دهند .

" من فکر میکردم که با ازدواج به کارم لطمه میخوره اما بعد فهمیدم که نه اگر مدیریت کنم مشکلی پیش نیامد " تحصیلکرده شاغل

" من بیشتر به مادر خوبم تا همسر خوب . شوهرم میگه از وقتی بچمون به دنیا اومده تو منو فراموش کردی منو نمی بینی " متاهل تحصیلکرده

" من برام فقط مهم بود که شوهرم چی میخواد چون معتقدم اون برام می مونه بچه ها رفتنی اند " متاهل زیر دیپلم

" من قبل از ازدواج تو محیط کارم خیلی حساس بودم فکر میکردم که خیلی نکته سنجم بعد از ازدواج فهمیدم اونا حساسیت بی خودی بود آدم ها بیکار نیستند که برای من شمشیر ببندند " تحصیلکرده متاهل

#### تعیین کننده های ساختاری

در بررسی فرآیند ارتقاء سلامت روان در زنان ، تعیین کننده های ساختاری شامل عوامل اقتصادی ، عوامل فرهنگی و ارزشهای اجتماعی نیز دارای نقش می باشند به شرح ذیل :

الف - عوامل اقتصادی :

فقر، عدم تمکن مالی و شرایط بد اقتصادی به عنوان عوامل بازدارنده در ارتقاء سلامت روان مطرح می باشند اما به زعم اکثریت شرکت کنندگان پول مانند شمشیری دو لبه در موارد غنای بیش از حد اقتصادی سبب رسیدن به پوچی و عدم لذت از داشته ها خواهد شد. لذا بر اساس تجارب اکثریت مشارکت کنندگان قناعت و تمکن متناسب مالی و رفع نیازهای اولیه زندگی به عنوان تسهیلگری مهم سبب ارتقاء سلامت روان خواهد شد " برای داشتن سلامت روان باید نیازهای اولیه زندگی برآورده شود یعنی دغدغه چندانی نداشته باشد مسائل اولیه ای که حق هر کسبه مثل خونه، مسکن، خوراک، پوشاک این ها همه جزو نیازهای اولیه می باشد. " متاهل تحصیلکرده

"... اگر یکسری دغدغه های مالی وجود داشته باشد مانع میشود که آدم دنبال مسائل دیگه مثل خوندن کتاب، رفتن به همایش و.. بره " متاهل تحصیلکرده

"... اگر دوستای خوب داشته باشه، کار داشته باشه دنبالش نمیره البته یه وقت هم از پول زیادو بی توجهی پدر و مادری که معتاد میشه ... از بی اعتمادیه از بی اعتقادیه والا کسی با دود خودش رو آروم نمیکنه " متاهل زیر دیپلم

مثلا گاهی آدم روزیش کمه باید این رو آسون بگیره .. " دیپلمه مطلقه

".. خیلی پول میده و هرچی میخواد میخره ولی لذت نمی بره " متاهل زیر دیپلم

ب - عوامل فرهنگی :

بر اساس تجارب شرکت کنندگان، عوامل فرهنگی مانند توجه بیش از حد به انگ های اجتماعی، پرداختن به زندگی تجملی، فرزند سالاری، تک فرزندی همه به عنوان موانع فرهنگی در تبیین سلامت روان زنان دارای اهمیت ویژه ای می باشند. به گفته یکی از مشارکت کنندگان " اونقدر دنبال مد و چشم و هم چشمی بودم که نفهمیدم گیر چه کسی افتادم وقتی متوجه شدم که دیدم همه چیم از دست رفته " تحصیلکرده شاغل " من همش دنبال این بودم که کسی نفهمه من مشاوره میرم چون اگه بقیه می فهمیدند دیگه رو حرفام حساب نمی کردند " خانه دار تحصیلکرده

" من همش یه بچه داشتم باید برایش همه چی رو فراهم میکردم این باعث شد خیلی خودخواه بار بیاد الان نمی تونه مشکلاتش رو حل کنه وقتی می بینمش غم دنیا به سرم میریزه چون احساس گناه می کنم "

" من به شوهرم خیلی می گفتم بیا بریم مشاوره ولی اون می گفت اگه دیوونه ای خودت برو مشاوره من سالمم "

ج - پایبندی به ارزشهای اخلاقی :

بر اساس تجارب مشارکت کنندگان، ارزشهای اخلاقی شامل پایبندی به اصول اخلاقی و انسانی، نقشی اساسی در تبیین ارتقاء سلامت روان خواهد داشت. یکی از مشارکت کنندگان می گفت "اینکه به اصول اخلاقی پایبند باشی حتی اگه دین هم نداشته باشی باعث آزار کسی نمی شی و این هم به خودت آرامش میده هم باعث آرامش دیگران می شه ". در واقع بر اساس گفته بسیاری از مشارکت کنندگان، پایبندی به اصول اخلاقی و انسانی به عنوان یک ارزش اجتماعی مطرح بوده و اگر با باورهای قلبی همراه شود دارای تاثیرات بسیاری بر تقویت روحیه گذشت، تزکیه رفتار، ایجاد ارتباطات مناسب بین فردی، خانوادگی و اجتماعی و در

نهایت رسیدن به رضایتمندی خواهد بود. از طرفی عدم پابندی به ارزشهای اخلاقی، موجبات گسترش مفاسد اخلاقی و جرم و جنایت در جامعه شده و از این طریق نیز بر سلامت روان تاثیر منفی بر جای می گذارد.

"... تو دین ما همه به سمت قناعت دعوت شدند اینکه شکرگذار باشند البته این به معنای عدم تلاش نیست ولی برای بدست آوردن بعضی چیزها، چیزهایی را که اهمیت بیشتری دارند را زیر پا نمی گذارند مثل رضایت خدا" تحصیلکرده متاهل

"...مهم نیست که همش جانماز آب بکشی مهم اینه که آزارت به کسی نرسه" تحصیلکرده شاغل

"...بنظرم اگه آدم به خدا توکل کنه و خودش رو به خدا نزدیک کنه آرامش زیادی پیدا میکنه آدم باید همه چیز رو از خدا بخواد اون خودش خیلی کمک میکنه.." متاهل تحصیلکرده

"... اگه هم اخلاق داشته باشی و هم دین که دیگه عالیه"

"... ما اگه به دستورات دینی خودمون عمل کنیم حتما پابند به اصول اخلاقی و انسانی هم هستیم چون دین ما دعوت به اخلاق می کنه"

واکنشهای تطابقی:

جایگزینی، تکانه ای، عقب نشینی، فرافکنی و مهارت حل مسئله می باشد. شکل ۴-۱ این فرآیند را به تصویر کشیده است

### نظریه پژوهش

جهت ارائه نظریه پژوهش نیاز به تلفیق و مرتبط ساختن طبقات حول طبقه مرکزی می باشد. تلفیق، جستجوی آنچه از قلم افتاده می باشد و گره زدن همه رشته های پژوهش در راستای ساختن یک چارچوب توضیحی پیرامون موضوع پژوهش است (Strauss و Corbin ۲۰۰۸). پژوهشگر در راستای حرکت از توصیف به سوی نظریه پردازی بارها با استفاده از یاد آورها و تلفیق طبقه مرکزی و درونمایه های اصلی، اقدام به نوشتن خط داستانی نموده است. البته لازم بیادآور است که با توجه به هدف این بخش از مطالعه که تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان به منظور شناسایی چالش ها جهت نیازسنجی و تعیین اولویت می باشد، لذا معرفی چارچوب توضیحی صرفاً جهت شناسایی بهتر اجزاء پارادایم بوده و هدف، ارائه نظریه پژوهشی نمی باشد.

### خط داستانی ارتقاء سلامت روان در زنان شهر تهران

به نظر می آید فرآیند سلامت روان زنان از دوران کودکی و حتی از قبل آن در دوران جنینی بنا گذاشته می شود. نقش مثبت خانواده در تربیت صحیح فرزندان، روابط مناسب خانوادگی، حمایت عاطفی آنان و ایجاد مسئولیت پذیری در فرزندان، عمده و چشمگیر می باشد. خانه پدری اصطلاح مناسب و مرموزی است که اوج روابط عاطفی بین فرزندان و پدر را بیان می نماید.

از طرفی نقش محوری مادر در ایجاد روابط عاطفی و تربیت مناسب فرزندان کاملاً بدیهی و واضح است. در مقابل، خانواده های از هم گسیخته که نقش پدر را به صورت کم رنگ و مادر را خسته از بار مسئولیت می بینند در تربیت فرزندان بسیار نمود خواهد داشت. خلا عاطفی فرزندان، سپردن وظایفی به آنان از دوران کودکی بدون توجه به تناسب قابلیت فرزندان با وظایف سپرده شده مانند بزرگ کردن فرزند کوچکتر، مشغله بیش از حد

مادر و عدم فرصت کافی او برای ایجاد ارتباط، تلاش در زمینه پرکردن کمبود پدر و عملاً واماندن از ایفای نقش کامل مادری از مواردی است که زمینه ساز اختلال سلامت روان را بخصوص در دختران فراهم می آورد. کمبود ارتباط عاطفی دختر با پدری که منزل را ترک کرده است، در واقع مقدمات کاهش انگیزه رشد و پیشرفت را برای او فراهم می آورد، که البته این معضل در مواردی که پدر فوت شده باشد به این صورت نمود نمی یابد.

نحوه روابط والدین با یکدیگر و حاکمیت والد، والده و یا حاکمیت مشارکتی در شکل گیری شخصیت و نحوه برخورد کودکان دیروز و زنان فردا نقش خواهد داشت. مرد سالاری، زن سالاری و تصمیم گیری مشارکتی انواع مدل های برخوردی والدین در نمونه های مورد بررسی بوده است. رفتار کودکان در برخورد با این تعاملات کاملاً متفاوت است. اما بهرحال در مدل های مشارکتی، نحوه تربیت به گونه ای است که احترام متقابل، تصمیم گیری مشورتی و اهمیت به نظر دیگران، تقسیم وظایف و مسئولیت پذیری، بیشتر نمود داشته است.

در مدل های تک سالاری، برخی فرزندان از قدرت غالب الگو میگیرند و تحکم و خودرایی را با خود به همراه می برند و برخی مدافع طرف مغلوب بوده و روحیه ترحم و تسلیم پذیری دارند. در مدل های مشارکتی و با حضور پدری حامی که به خوبی نقش مشاوره ای و پشتیبانی را انجام می دهد و مادری که نقش تربیتی را به خوبی پذیرفته است بیشترین علائم سلامت روان را می توان در فرزندان جستجو کرد. بدترین وضعیت خانوادگی در عدم حضور پدر به دلیل ترک خانواده و طلاق بوده است. در بچه های طلاق به دلیل عمدتاً نداشتن محبت پدری و نبود جایگاه وی در خانواده و از طرفی بار سنگین مسئولیت مادر، در واقع کودکان هر دوی والدین را با هم از دست می دهند. یکی به دلیل جدایی و دیگری به دلیل مسئولیتهای بی شمار و عدم توان انجام کامل آنها، از نقش خود باز می ماند.

با اینکه در خانواده هایی که پدر از دست می رود نیز بار سنگینی به دوش مادر و فرزندان می افتد اما به نظر می رسد از لحاظ روانی به اندازه گروه قبل مشکل نخواهند داشت. اما باز هم در این گروهها به دلیل بار سنگین مسئولیت های مانده از پدر، آرامش زندگی مختل شده و عوارض خاص خود را به همراه خواهد داشت. بجز دوران کودکی و ارتباطات متقابل والدین و فرزندان، آنچه از دیدگاه مشارکت کنندگان به عنوان نقطه عطف محسوب می شود زمان ازدواج و ارتباط با همسر است.

به نظر می رسد ازدواج به هنگام و با آگاهی و تحت حاکمیت عقل در بستر خانواده هایی با تعاملات مشارکتی و حمایتی بر می خیزد.

در مطالعه انجام شده افرادی که آماده پذیرش نقش همسری بوده و با دقت و انتخاب صحیح این را برگزیده اند معمولاً پس از ازدواج نیز در مسیر کمال گام برداشته و به انتظارات خود دست یافته اند. اما افرادی که تحت فشار خانواده، کلام جامعه و یا حرف دیگران و با انگیزش های غیر عقلانی ازدواج کرده اند عمدتاً آرزوهای خود را بر باد رفته دیده احساس رضایت مندی ندارند.

پذیرش نقش مردانه برای دخترانی که یاد گرفته اند در دوران مجردی حامی خانواده بوده و مسئولیت هرچیز را به عهده بگیرند در زندگی مشترک آنان نیز سایه انداخته است و ردپای آن در برخورد با همسر دیده می شود.



در مصاحبه های صورت گرفته خانم های متاهلی که پدر را یا به دلیل فوت و یا به دلیل طلاق همسر، از دست داده اند عمدتاً به دلیل پذیرش مسئولیت اجباری، تشنه تکیه کردن و خسته از تکیه گاه بودن با رویاهای جایگزینی نقش همسر به جای پدر نداشته، عمدتاً با سراب روبرو می شوند که البته در مواردی که پایگاه عاطفی خانواده حفظ شده و مشکلات اقتصادی قابل تحمل باشد این عوارض کمتر به چشم می خورد. با توجه به نقش و اهمیت ازدواج در سلامت روان زنان، در مطالعه حاضر بر آن شدیم نقطه نظرات دختران مجرد را نیز در مورد ازدواج جویا شویم. از دیدگاه این افراد، انتخاب شدن و وجود پایگاه عاطفی و قدرتی از جنس مرد، از دلایل مهم ازدواج محسوب شده است. وابستگی مالی از دیدگان دختران شاغل چندان اهمیت ندارد اما به نظر می رسد این امر در مورد دختران خانه دار مهم باشد.

از طرفی در بین متاهلین، نقش حمایتی خانواده همسر در ارتقاء و یا اختلال در سلامت روان کاملاً واضح و روشن است. به نظر می رسد زنان بیشتر دنبال حمایت عاطفی خانواده های همسر خود هستند و نحوه برخورد آنان در سلامت روان این افراد کاملاً مؤثر است.

از عوامل تسهیل گر سلامت روان در زنان بجز موارد ذکر شده می توان به باورهای اعتقادی افراد به عنوان یک تسهیل گر واقعی سلامت روان اشاره کرد. اعتقادات و باورهای قلبی در تمامی شرکت کنندگان چه با ظاهر تدین و چه بدون تظاهرات آن کاملاً پررنگ بوده است به نظر می رسد باور یک قدرت ماورائی و همراهی یک وجود لایتناهی، در ایجاد آرامش و در نتیجه سلامت روان بسیار مؤثر است.

به نظر می رسد زنان به دنبال تکیه گاهی محکم در باورهای ذهنی خود خدا را می جویند. ذکر خدا، یادآوری نعمات او و حس تنها نبودن با باور به او از مصادیق آرامش ناشی از باورهای قلبی است.

امکانات مناسب رفاهی نه زیاد و نه کم از دیگر عوامل تسهیل گر سلامت روان محسوب می شود. پول به عنوان شمشیر دولبه در حالت افراط و تفریط برنده می باشد.

و بالاخره داشتن مهارت‌های لازم در مقابله با عوامل مخل سلامت روان از دیگر عوامل تسهیلگر محسوب می شود.

در ضمن موانع سلامت روان نیز بجز مشکلات خانوادگی، انتخاب نادرست همسر و مسائل اقتصادی شامل مشکلات و معضلات اجتماعی، فرهنگی، محیط زیست، مشکلات جسمانی، معلولیت‌های فیزیکی و مشکلات رفتاری مانند سوءظن، دروغ و ... می باشد. جهت دستیابی به برآیند سلامت روان، استراتژی‌هایی توسط افراد به کار گرفته می شود. که اهم این استراتژی‌ها که توسط خانم‌ها بیان شده است عبارتند از:

توجه به ابعاد معنوی، مدیریت استرس، مثبت نگری، خود کنترلی، افزایش آگاهی، کسب مهارت‌های لازم، پرهیز از یکنواختی، برنامه ریزی و حفظ پناه عاطفی را می توان نام برد.

انواع مدل‌های دریافت کمک جهت بهبود سلامت روان شامل:

۱. مشاوره با خانواده، دوستان، معلمین، اساتید و بخصوص افراد خبره می باشد. شروط لازم جهت اعتماد

به منظور مشاوره شامل: رازداری، ارائه راه حل، نکوهش نصیحت و نیاز به گوش تا زبان می باشد.

۲. دریافت درمان‌های گیاهی و دارویی از دیگر مدل‌های دریافت کمک محسوب می شود.

موانع مشاوره از دیدگاه خانم‌ها شامل الف - فانتزی بودن، ب - هزینه بر بودن و ج - انگ اجتماعی می‌باشد. در مجموع با تعمق در داده‌ها، واکنشهای افراد نسبت به عوامل استرس‌زا که عملاً مخل سلامت روان می‌باشند عبارتند از: جایگزینی، تکانه‌ای، عقب‌نشینی، فرافکنی و مهارت حل مسئله می‌باشد.

### مفاهیم موجود در پارادایم ارتقاء سلامت روان

کنش بر هم کنش‌ها:

تقویت جوهره انسانی، کسب مهارت‌ها، درخواست کمک  
زمینه / ساختار:

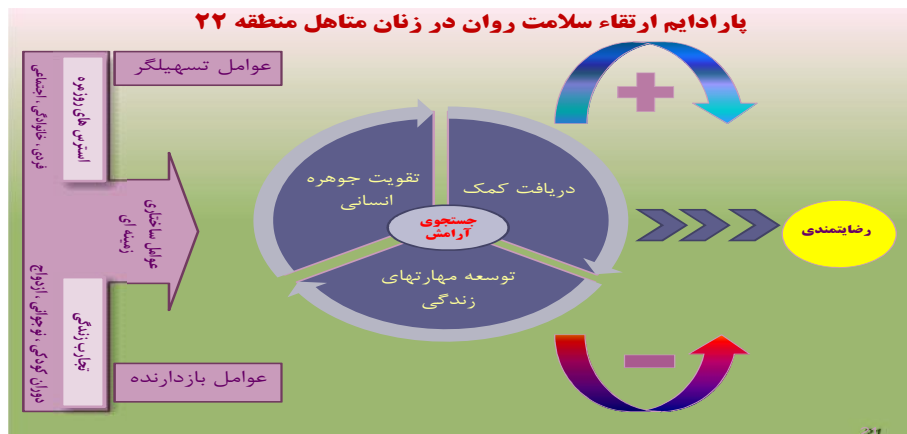
استرس‌های روزمره، تجارب زندگی، عوامل تسهیلگر و بازدارنده  
رضایتمندی: پیامد نهایی کنش بر هم کنش‌ها در بستر زمینه یا ساختار

طبقه مرکزی: جستجوی آرامش

شکل ۴-۱ این فرآیند را به تصویر کشیده است

### پارادایم ارتقاء سلامت روان در زنان متاهل منطقه ۲۲ شهرداری تهران

در شکل ۴-۱: این پارادایم به تصویر کشیده شده است



شکل ۴-۱: پارادایم ارتقاء سلامت روان در زنان متاهل منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۱

## زیر مطالعه دوم: شناسایی نیازها و تعیین اولویتهای مربوط به سلامت روان در

### جامعه هدف

نتایج حاصل از این زیر مطالعه در سه بخش ارائه می گردد الف - نتایج حاصل از بررسی موانع موجود در فرآیند ارتقاء سلامت روان ب- نتایج نیازسنجی کیفی جهت ارتقاء سلامت روان ج - لیست اولویتهای ارتقاء سلامت روان د - تعیین اولویت نهایی جهت انجام مداخله

### نتایج حاصل از بررسی چالش های موجود در فرآیند ارتقاء سلامت روان

در این مرحله بر اساس نتایج حاصل از کشف پارادایم ارتقاء سلامت روان در زیر مطالعه یک، موانع و چالش های موجود در ارتقاء سلامت روان استخراج شدند به شرح ذیل:

عوامل فرآیندی:

چالش ها و موانع موجود در ارتقاء سلامت روان در طبقه عوامل فرآیندی در سه زیر طبقه به شرح ذیل استخراج شدند:

جوهره انسانی:

ضعف ابعاد معنوی، عدم خود کنترلی (کنترل خشم، حسادت و...)، عدم پذیرش مسئولیت در زندگی، منفی بافی و نیمه خالی لیوان را دیدن، گریز از مردم و انزوا طلبی به خصوص در سنین جوانی، عدم انعطاف پذیری در برخورد با مشکلات زندگی، عدم استفاده از تفکر منطقی در تصمیم گیریها، بی هدفی و نداشتن برنامه در زندگی

ضعف مهارت های لازم در زمینه:

مکانیسم های مقابله با استرس، همسر داری، تداوم زندگی مشترک، پذیرش نقش ها، تربیت فرزندان، مسئولیت پذیری در خانواده، نقش مادر در تربیت فرزند، ارتباطات موثر فردی، خانوادگی، اجتماعی درخواست کمک:

عدم توجه به نقش مشاوره در زندگی خانوادگی و اجتماعی، استفاده از درمان های غیر طبی در سلامت روان، پناه بردن به تسکین های موقتی و غیر علمی، عدم شرکت در کلاسهای آموزشی، عدم کسب مهارت های لازم جهت برخورد صحیح با مشکلات، عدم بکارگیری مهارتهای آموخته شده در برخورد با استرس، عدم برخورداری از زنجیره حمایتی

عوامل زمینه / ساختاری:

در این طبقه، چالش ها و موانع ارتقاء سلامت روان شامل موارد ذیل می باشد:

عدم رعایت اصول اخلاقی در جامعه، مسائل و مشکلات اقتصادی خانواده، وجود استرس های شغلی، بیکاری همسر، بیماریهای صعب العلاج و معلولیت های جسمی، مشکلات مربوط به انتخاب همسر، عدم آشنایی با اصول صحیح همسر داری، نگرانی های مربوط به فرزند داری، وجود اختلافات فرهنگی و قومیتی در خانواده و اجتماع، فقر و اختلافات طبقاتی و عدم توجه به گروههای آسیب پذیر، معضلات اجتماعی مانند اعتیاد و طلاق

دوران کودکی :

عدم تناسب در تقسیم نقشها در خانواده ، اشکالات تربیتی در بستر خانواده ، عدم وجود پناه عاطفی از سوی پدر در خانواده ، الگو پذیری ناصحیح از والدین ، مادران پر مشغله و کم رنگ شدن نقش مادر ، عدم تصمیم گیری مشارکتی در خانواده ، عدم مسئولیت پذیری والدین

دوران نوجوانی :

مشکلات ارتباطی با جنس مخالف ، عدم دوست یابی مناسب ، مشکلات مربوط به بلوغ ، کنکور

ازدواج :

عدم انتخاب عاقلانه همسر ، عدم انتخاب بموقع همسر ، کم رنگ بودن نقش خانواده در انتخاب همسر ، عدم پذیرش نقشهای جدید در زندگی مشترک ، عدم هماهنگی در توازن نقشها (پرداختن به یک نقش مانند همسری و کم رنگ شدن نقش مادری و یا بالعکس)

### نتایج حاصل از نیازسنجی کیفی جهت سلامت روان

پس از استخراج چالش ها و موانع ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، بر اساس لیست آنها ، نیازهای ارتقاء سلامت روان بدست آمدند . این لیست نیز در سه طبقه اصلی و زیر طبقات مربوطه به شرح ذیل ارائه شده است :

#### عوامل فرآیندی

تقویت جوهره انسانی :

- تقویت ابعاد معنوی
- افزایش خود کنترلی ( کنترل خشم ، حسادت و...)
- افزایش مسئولیت پذیری در زندگی
- افزایش مثبت اندیشی و عدم منفی بافی
- افزایش ارتباطات اجتماعی
- افزایش انعطاف پذیری در برخورد با مشکلات زندگی
- افزایش استفاده از تفکر منطقی در تصمیم گیریها
- هدفمندی و داشتن برنامه در زندگی

مهارت آموزی در زمینه :

- مکانیسم های مقابله با استرس
- آیین همسر داری
- تربیت فرزندان
- کنترل خشم
- ارتباطات موثر فردی ، خانوادگی ، اجتماعی

درخواست کمک :

- تقویت نقش مشاوره در ارتقاء سلامت روان

- تقویت زنجیره حمایتی
- پرهیز از خرافه و استفاده از روش های غیر علمی مانند مراجعه به دعا نویس و...

#### عوامل ساختاری

- افزایش پایبندی به رعایت اصول اخلاقی در جامعه
- مبارزه با مشکلات اقتصادی در خانواده
- رفع استرس های شغلی
- اشتغال زایی در خانواده
- درمان و بازتوانی بیماریهای صعب العلاج و معلولیت های جسمی
- توجه به گروههای آسیب پذیر
- مبارزه با اعتیاد در خانواده
- رفع اختلافات طبقاتی

#### تجارب زندگی

##### دوران کودکی :

- تربیت در بستر خانواده
- افزایش حمایت عاطفی از سوی پدر در خانواده
- رفع مشکلات مادران پرمشغله
- تقویت تصمیم گیری مشارکتی در خانواده
- افزایش مسئولیت پذیری والدین نسبت به تربیت فرزندان

##### دوران نوجوانی :

- برطرف شدن مشکلات بلوغ
- تقویت روابط صحیح و اخلاقی با جنس مخالف
- تقویت مهارت نه گفتن
- تقویت مهارتهای ارتباطی
- رفع مشکل کنکور

##### ازدواج :

- تقویت مهارت تصمیم گیری در انتخاب عاقلانه همسر
- ترویج ازدواج به هنگام
- تقویت نقش خانواده در انتخاب همسر

## لیست اولویتهای ارتقاء سلامت روان

بر اساس اولویت بندی مشارکتی ، از بین لیست نیازهای ارتقاء سلامت روان ، ترتیب اولویتهای ارتقاء سلامت روان بر اساس امتیاز کسب شده به شرح ذیل می باشد :

### عوامل فرآیندی

- مهارت آموزی در زمینه مکانیسم های مقابله با استرس
- توسعه ارتباطات موثر فردی ، خانوادگی ، اجتماعی
- تقویت نقش مشاوره در ارتقاء سلامت روان
- ترویج آیین همسر داری
- تقویت ابعاد معنوی
- افزایش خود کنترلی ( کنترل خشم ، حسادت و...)
- افزایش مثبت اندیشی و عدم منفی بافی
- افزایش استفاده از تفکر منطقی در تصمیم گیریها
- هدفمندی و داشتن برنامه در زندگی
- تقویت مهارت تربیت فرزندان
- تقویت زنجیره حمایتی
- پرهیز از خرافه و استفاده از روش های غیر علمی مانند مراجعه به دعا نویس و...

### عوامل ساختاری

- افزایش پابندی به رعایت اصول اخلاقی در جامعه
- مبارزه با مشکلات اقتصادی در خانواده
- مبارزه با اعتیاد در خانواده
- رفع اختلافات طبقاتی در جامعه
- اشتغالزایی در خانواده
- رفع استرس های شغلی
- توجه به گروههای آسیب پذیر
- درمان و بازتوانی بیماریهای صعب العلاج و معلولیت های جسمی

### تجارب زندگی

- تقویت مهارت تصمیم گیری در انتخاب عاقلانه همسر
- ترویج ازدواج به هنگام
- رفع مشکلات مادران پر مشغله
- برطرف شدن مشکلات بلوغ
- تقویت روابط صحیح و اخلاقی با جنس مخالف
- تقویت مهارت نه گفتن

- تقویت مهارت‌های ارتباطی
- رفع مشکل کنکور
- تقویت نقش خانواده در انتخاب همسر

جدول شماره ۴-۳: لیست چالش‌ها - نیازهای کیفی و اولویت‌های ارتقاء سلامت روان در زنان متاهل منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۱

طبقات	چالش‌های استخراج شده از پارادایم ارتقاء سلامت روان	لیست نیازهای کیفی استخراج شده	لیست سه اولویت اول هر طبقه
عوامل فرآیندی	ضعف جوهره انسانی : ضعف ابعاد معنوی، عدم خود کنترلی ( کنترل خشم ، حسادت و...) ، عدم پذیرش مسئولیت در زندگی ، منفی بافی و نیمه خالی لیوان را دیدن ، گریز از مردم و انزوا طلبی به خصوص در سنین جوانی ، عدم انعطاف پذیری در برخورد با مشکلات زندگی ، عدم استفاده از تفکر منطقی در تصمیم گیریها ، بی هدفی و نداشتن برنامه در زندگی	جوهره انسانی : تقویت ابعاد معنوی افزایش خود کنترلی ( کنترل خشم ، حسادت و...) افزایش مسئولیت پذیری در زندگی افزایش مثبت اندیشی و عدم منفی بافی افزایش ارتباطات اجتماعی افزایش انعطاف پذیری در برخورد با مشکلات زندگی افزایش استفاده از تفکر منطقی در تصمیم گیریها هدمندی و داشتن برنامه در زندگی	مهارت آموزی در زمینه مکانیسم‌های مقابله با استرس توسعه ارتباطات موثر فردی ، خانوادگی ، اجتماعی
	ضعف مهارت‌های لازم در زمینه : مکانیسم‌های مقابله با استرس ، همسر داری ، تداوم زندگی مشترک ، پذیرش نقش‌ها ، تربیت فرزندان ، مسئولیت پذیری در خانواده ، نقش مادر در تربیت فرزند ، ارتباطات موثر فردی ، خانوادگی ، اجتماعی	مهارت آموزی در زمینه : مکانیسم‌های مقابله با استرس آیین همسر داری تربیت فرزندان کنترل خشم ارتباطات موثر فردی ، خانوادگی ، اجتماعی	تقویت نقش مشاوره در ارتقاء سلامت روان
	درخواست کمک : عدم توجه به نقش مشاوره در زندگی خانوادگی و اجتماعی ، استفاده از درمان‌های غیر طبی در سلامت روان، پناه بردن به تسکین‌های موقتی و غیر علمی	درخواست کمک : تقویت نقش مشاوره در ارتقاء سلامت روان تقویت زنجیره حمایتی پرهیز از خرافه و استفاده از روش‌های غیر علمی مانند مراجعه به دعا نویس و...	

لیست سه اولویت اول هر طبقه	لیست نیازهای کیفی استخراج شده	چالش های استخراج شده از پارادایم ارتقاء سلامت روان	طبقات
		عدم شرکت در کلاسهای آموزشی، عدم کسب مهارت های لازم جهت برخورد صحیح با مشکلات، عدم بکارگیری مهارت های آموخته شده در برخورد با استرس، عدم برخورداری از زنجیره حمایتی	
افزایش پایداری به رعایت اصول اخلاقی در جامعه مبارزه با مشکلات اقتصادی در خانواده مبارزه با اعتیاد در خانواده	افزایش پایداری به رعایت اصول اخلاقی در جامعه مبارزه با مشکلات اقتصادی در خانواده رفع استرس های شغلی اشتغال زایی در خانواده درمان و بازتوانی بیماری های صعب العلاج و معلولیت های جسمی توجه به گروه های آسیب پذیر افزایش ثبات در تصمیم گیری ها و برنامه ریزی های کلان کشور مبارزه با اعتیاد در خانواده رفع اختلافات طبقاتی	عدم رعایت اصول اخلاقی در جامعه، مسائل و مشکلات اقتصادی خانواده، وجود استرس های شغلی، بیکاری همسر، بیماری های صعب العلاج و معلولیت های جسمی، مشکلات مربوط به انتخاب همسر، عدم آشنایی با اصول صحیح همسرمداری، نگرانی های مربوط به فرزند داری، وجود اختلافات فرهنگی و قومیتی در خانواده و اجتماع، فقر و اختلافات طبقاتی و عدم توجه به گروه های آسیب پذیر، معضلات اجتماعی مانند اعتیاد و طلاق	عوامل ساختاری
تقویت مهارت تصمیم گیری در انتخاب عاقلانه همسر ترویج ازدواج به هنگام رفع مشکلات مادران پر مشغله	دوران کودکی : تربیت در بستر خانواده افزایش حمایت عاطفی از سوی پدر در خانواده رفع مشکلات مادران پر مشغله تقویت تصمیم گیری مشارکتی در خانواده افزایش مسئولیت پذیری والدین نسبت به تربیت فرزندان	دوران کودکی : عدم تناسب در تقسیم نقشها در خانواده، اشکالات تربیتی در بستر خانواده، عدم وجود پناه عاطفی از سوی پدر در خانواده، الگو پذیری ناصحیح از والدین، مادران پر مشغله و کم رنگ شدن نقش مادر، عدم تصمیم گیری مشارکتی در خانواده، عدم مسئولیت پذیری والدین	تجارب زندگی



لیست سه اولویت اول هر طبقه	لیست نیازهای کیفی استخراج شده	چالش های استخراج شده از پارادایم ارتقاء سلامت روان	طبقات
	<p>دوران نوجوانی :</p> <p>برطرف شدن مشکلات بلوغ تقویت روابط صحیح و اخلاقی با جنس مخالف تقویت مهارت نه گفتن تقویت مهارت های ارتباطی رفع مشکل کنکور</p>	<p>دوران نوجوانی :</p> <p>مشکلات ارتباطی با جنس مخالف ، عدم دوست یابی مناسب ، مشکلات مربوط به بلوغ ، کنکور</p>	
	<p>ازدواج :</p> <p>تقویت مهارت تصمیم گیری در انتخاب عاقلانه همسر ترویج ازدواج به هنگام تقویت نقش خانواده در انتخاب همسر</p>	<p>ازدواج :</p> <p>عدم انتخاب عاقلانه همسر، عدم انتخاب بموقع همسر ، کم رنگ بودن نقش خانواده در انتخاب همسر، عدم پذیرش نقش های جدید در زندگی مشترک ، عدم هماهنگی در توازن نقشها (پرداختن به یک نقش مانند همسری و کم رنگ شدن نقش مادری و یا بالعکس)</p>	

### تعیین اولویت نهایی جهت انجام مداخله

با توجه به امکانات طرح و مدت زمان انجام پروژه و طبق اولویت بندی مشارکتی بعمل آمده اولویت نهایی جهت انجام مداخله " آموزش شیوه های مقابله با استرس " تعیین شد .

## زیر مطالعه سوم : طراحی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان

### جامعه هدف

نتایج حاصل از انجام این زیر مطالعه در سه بخش ارائه می گردد : الف - تعیین سطح مداخله ب - شناسایی مداخلات جاری ج - توصیف محتوای مداخلات

### تعیین سطح مداخلات

پس از انجام نیازسنجی کیفی و تعیین اولویتهای ارتقاء سلامت روان ، محل انجام مداخلات در سطوح توصیه شده سازمان جهانی بهداشت جای گرفت به شرح ذیل :

#### سطح بافت و جایگاه اجتماعی اقتصادی<sup>۱</sup>

مداخلات این سطح شامل :

- سیاستگزاری در زمینه کم کردن فاصله های طبقاتی
- سیاستگزاری در زمینه برخورد با مفاسد و معضلات اجتماعی
- ثبات در سیاستگزاری و برنامه ریزی

#### سطح مواجهات مختلف<sup>۲</sup>

- اشتغال زایی در خانواده
- مبارزه با اعتیاد
- مبارزه با مشکلات اقتصادی در خانواده
- ترویج ازدواج بهنگام

#### مداخله در سطح آسیب پذیری<sup>۳</sup>

افزایش آگاهی زنان در زمینه :

الف - شیوه های مقابله با استرس

ب - توسعه مهارت های زندگی

- اصلاح نگرش و توسعه مثبت اندیشی
- بهبود مهارت مدیریت استرس

#### مداخله در سطح بروندهای سلامتی<sup>۴</sup>

- وجود مراکز مشاوره رایگان در محله
- اصلاح فرهنگ مراجعه به مشاور بدون ترس از انگ اجتماعی
- ارائه خدمات سلامت روان در سطح خانه های سلامت

<sup>1</sup> : Socioeconomic context & position

<sup>2</sup> : Differential exposure

<sup>3</sup> : Differential vulnerability

<sup>4</sup> : Differential health outcomes

## مداخله در سطح پیامد<sup>۱</sup>

- افزایش و توسعه پوشش بیمه جهت درمان و بازتوانی مشکلات سلامت روان با توجه به نتایج رتبه بندی و با نظر اساتید محترم مداخلات در سطح آسیب پذیری<sup>۲</sup> و در خصوص آموزش شیوه های صحیح مقابله با استرس تعیین گردید .

## شناسایی مداخلات جاری

باتوجه به اولویت انتخاب شده و لزوم اجرای مداخلات مناسب ، لازم بود در ابتدا لیست اقدامات جاری در منطقه جهت ارتقای سلامت اخذ گردد تا از دوباره کاری جلوگیری بعمل آید . طبق اطلاعات ثانویه ، برخی مداخلات جهت ارتقاء سلامت در سطح منطقه طراحی و توسط معاونت اجتماعی شهرداری اجرا شده است که لیست آن به شرح ذیل می باشد :

توسعه کانونهای علم و زندگی ، تجهیز خانه های اسباب بازی ، برگزاری دوره های آموزشی با موضوعات خدمات شهری ، ترافیک ، امور فرهنگی اجتماعی ، حمایت از اجتماعات محلی ، گسترش کارآفرینی و شبکه های اشتغال زایی ، فرهنگ سازی و توسعه فرهنگ عفاف ، رفتارهای خانوادگی ، غنی سازی اوقات فراغت بانوان ، توسعه ورزش همگانی ، آموزش آزمایشی مهارتهای زندگی به دختران.

با توجه به لیست فوق ، آموزش شیوه های مقابله با استرس در منطقه تا کنون اجرا نشده بود .

## توصیف محتوای مداخلات

طبق نظر مشارکت کنندگان ، مداخلات آموزشی ، انتخاب و اولویت اول ، چاپ کتاب در نظر گرفته شد.

الف - چاپ کتاب : دو جلد کتاب جیبی مشتمل بر موضوعات ذیل تدوین و چاپ گردید .

جلد اول با عنوان به سوی آرامش - توشه راه ( با ۵۲ صفحه ) که شامل مباحث ذیل می باشد :

- مفهوم استرس
- تظاهرات و نشانه های استرس : نشانه های جسمی ، رفتاری و فکری
- ریشه های استرس : عوامل فردی ، فیزیولوژیکی ، اجتماعی ، شغلی ، خانوادگی ، طبیعی ، سیاسی و رسانه ای
- بیماریهای ناشی از استرس
- عوامل شدت بخش استرس
- رویارویی با استرس : این فصل شامل یازده توشه می باشد شامل :
- توشه اول : جادوی ایمان
- توشه دوم : سبک زندگی
- توشه سوم : تغذیه سالم

<sup>1</sup> : Differential consequences

<sup>2</sup> : Vulnerability

- توشه چهارم : تحرک
  - توشه پنجم : آرامش آموزی
  - توشه ششم : خواب و استراحت کافی
  - توشه هفتم : اوقات فراغت
  - توشه هشتم : مردم داری
  - توشه نهم : زندگی هدفمند
  - توشه دهم : مثبت اندیشی
  - توشه یازدهم : تغییر تیپ شخصیتی
- جلد دوم با عنوان به سوی آرامش – راهکارهای سازگاری (شامل ۵۳ صفحه) که شامل مباحث ذیل می باشد :
- راهکارهای سازگاری : مهارتهای سازگاری در خانواده
  - چقدر از خود با خبرید؟
  - همدلی شامل :
  - اصول مهارت همدلی – تمرین
  - تصمیم گیری شامل: انواع تصمیم گیری – چگونه عاقلانه تصمیم بگیریم ؟
  - تمرین کنترل خشم شامل: توجه به علل ایجاد خشم ، توجه به نشانه های بروز خشم ، بیان احساسات منفی خود در باره موضوع ، مراقبت از کلام ، ترک موقعیت ، خود آرامی ، گذشت و جبران
  - حل مسئله شامل: نگرش کلی به مسئله ، تعریف مشکل ، در نظر گرفتن راه حل های مختلف حل مسئله ، ارزیابی راه حل ها ، انتخاب بهترین راه حل و اجرای آن ، تمرین
  - خود را اظهار کنیم : چگونه خود را اظهار کنیم ؟ ، نه گفتن را بیاموزیم
  - باید ها و نبایدها
  - مراحل تغییر رفتار : آگاهی ، میل به تغییر ، دقت در رفتار افراد مقاوم
  - روش رویارویی با نامالیقات
  - مقابله موثر ، مقابله غیر موثر ، چند نکته
- طبق نظر مشارکت کنندگان ، سعی شد از تصاویر مختلف که بیشتر مورد علاقه آنان باشد ( مانند تصویر کودک ، منظره و...) در کتاب استفاده شود.
- این کتب چندین بار توسط مشارکت کنندگان خوانده و اصلاح شد تا تبدیل به مجموعه ای شود که توسط اکثر خوانندگان قابل درک و فهم باشد .
- از سوی دیگر این دو جلد کتاب توسط روانشناسان بالینی و استاد راهنما (روانپزشک) مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت .
- ب – برگزاری جلسات حضوری :
- کلاسهای حضوری به صورت ارائه سناریو ، ایفای نقش و کار گروهی اداره میشد .

نمونه ای از ایفای نقش : مهارت ارتباطی

نمونه ای از ارائه سناریو : مهارت حل مساله

نمونه ای از تمرین های عملی : آموزش آرام سازی<sup>۱</sup>

پس از برگزاری کلاس نیز ، انجام مشاوره های رایگان در محل توسط کارشناسان روانشناسی بالینی صورت می گرفت . برخی از مباحث نیز نیاز به انجام تکلیف شب داشت که از شرکت کنندگان درخواست میشد آن را انجام داده و بر حسب مورد ارائه نمایند ( ضمیمه ۹ ). جهت جلب بیشتر مشارکت گروه هدف ، سعی شد در قالب برگزاری مسابقات ، جشنواره غذا و... انگیزه های لازم نیز جهت ادامه همکاری تقویت شود . در مجموع ۱۰ جلسه حضوری برگزار گردید.

ج - شرکت در جلسات مربوط به خیریه و جلسات مذهبی و ارائه آموزش در این جلسات :

جهت این قبیل آموزشها نیز همان روش های ارائه شده در کلاسهای حضوری بکار گرفته شد . و در مجموع ۸ جلسه آموزش نیز به این صورت ارائه گردید

د - طراحی پمفلت های مختلف در خصوص موضوعات کلیدی ( ضمیمه ۸ ) :

از مفاهیم اساسی و کلیدی در مداخله نیز پمفلت هایی تهیه و در اختیار داوطلبین جهت اطلاع رسانی در سطح محله در سالن های آرایشی ، ورزشگاه ، مسجد وسایر مکانهای عمومی ارائه گردید.



تصویر شماره ۴-۲ : جلسه آموزش مهارتهای مقابله با استرس - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - شهرک چشمه - سال ۱۳۹۲

<sup>1</sup>:Relaxation

**زیر مطالعه چهارم : تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت**

### **روان زنان جامعه هدف**

نتایج حاصل از این زیر مطالعه شامل بررسی وضعیت متغیرهای مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از اجرای مداخلات می باشد که به تفکیک ارائه می گردد :

### **نتایج قبل از مداخله**

در این قسمت توصیف متغیرهای دموگرافیک ، شیوه های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و مداخله ارائه شده است .

جدول شماره ۴-۴ تا ۴-۸ نتایج توصیف متغیرهای دموگرافیک زنان در دو گروه کنترل و مداخله را نشان می دهد .

جدول شماره ۴-۹ نتایج مربوط به مقایسه میانگین شیوه های مقابله با استرس زنان را در دو گروه کنترل و مداخله نشان می دهد .

جدول شماره ۴-۱۰ نتایج مربوط به میانگین امتیاز حیطه های مختلف کیفیت زندگی زنان را در دو گروه کنترل و مداخله نشان می دهد .

جدول شماره ۴-۴: مقایسه میانگین سن زنان در دو گروه کنترل و مداخله (قبل از انجام مداخله) - منطقه ۲۲ تهران - سال ۱۳۹۲

سن (سال)				تعداد	محلّه
حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین		
۶۵	۲۲	۹.۶۸	۴۰.۳۵	۱۰۰	کنترل
۶۵	۲۱	۱۰.۴۳	۴۱.۵	۱۰۰	مداخله
۶۵	۲۱	۱۰.۰۵	۴۰.۹۳	۲۰۰	کل
P=0.421					مقدار P

نتایج آزمون تی مستقل بیانگر آنست که اختلاف معنی داری از لحاظ میانگین سن زنان بین گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

جدول شماره ۴-۵: مقایسه میانگین سالهای زندگی مشترک با همسر در دو گروه کنترل و مداخله (قبل از انجام مداخله) - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

سالهای زندگی مشترک (سال)				تعداد	محلّه
حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین		
۵۰	۱	۱۱.۸۵	۱۶.۲۵	۱۰۰	کنترل
۴۵	۱	۱۲.۳۱	۱۸.۳۲	۱۰۰	مداخله
۵۰	۱	۱۲.۱	۱۷.۲۸	۲۰۰	کل
P=0.223					مقدار P

نتایج آزمون تی مستقل بیانگر آنست که اختلاف معنی داری از لحاظ میانگین سالهای زندگی مشترک با همسر در گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

جدول شماره ۴-۶: مقایسه تعداد فرزندان گروه هدف در دو گروه کنترل و مداخله (قبل از انجام مداخله) - منطقه ۲۲ شهرداری

تهران - سال ۱۳۹۲

کل (N=200)	مداخله (N=100)	کنترل (N=100)	تعداد فرزندان
تعداد	تعداد	تعداد	
۱۴۸	۷۱	۷۷	کمتر از سه
۵۲	۲۹	۲۳	سه و بیشتر
P=0.333			مقدار P

نتایج آزمون کای دو بیانگر آنست که اختلاف معنی داری از لحاظ تعداد فرزندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

جدول شماره ۴-۷: مقایسه وضعیت اشتغال زنان در دو گروه کنترل و مداخله (قبل از مداخله) - منطقه ۲۲ شهرداری تهران -

سال ۱۳۹۲

کل (N=200)	مداخله (N=100)	کنترل (N=100)	وضعیت اشتغال
تعداد	تعداد	تعداد	
۸۹	۴۵	۴۴	شاغل
۱۱۱	۵۵	۵۶	خانه دار
P=0.887			مقدار P

نتایج آزمون کای دو بیانگر آنست که اختلاف معنی داری بین دو محله از لحاظ وضعیت اشتغال وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).



جدول شماره ۴-۸: مقایسه وضعیت تحصیلی در دو گروه کنترل و مداخله (قبل از مداخله) - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

وضعیت تحصیلی	کنترل (N=100) تعداد	مداخله (N=100) تعداد	کل (N=200) تعداد
بیسواد	۰	۳	۳
ابتدایی تا دیپلم	۵۳	۵۸	۱۰۷
دانشگاهی	۳۷	۳۹	۹۰
نتیجه	<b>P=0.176</b>		

با توجه به رتبه ای بودن متغیر مستقل تحصیلات ، نتایج آزمون نان پارامتریک من ویتنی U بیانگر آنست که اختلاف معنی داری از لحاظ سطح تحصیلات بین دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد ( $P>0.05$ ). با توجه به جداول شماره (۴-۴) تا (۸-۴) ، توزیع متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و مقایسه یکسان می باشد . لذا عوامل دموگرافیک نقش مخدوشگری<sup>۱</sup> ندارند و دو گروه عملاً جور شده هستند . در ذیل به مقایسه میانگین امتیاز روش های مقابله با استرس در دو گروه کنترل و مداخله می پردازیم .

<sup>1</sup>:confunder

جدول شماره ۴-۹: مقایسه میانگین امتیاز روشهای مقابله با استرس در دو گروه کنترل و مداخله (قبل از مداخله) - منطقه ۲۲  
شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	مداخله (N=۱۰۰)		کنترل (N=۱۰۰)		شیوه های مقابله
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۴۲۳	۳.۴	۹.۱۳	۳.۶	۹.۵۳	رویارویی
۰.۱۷۱	۳.۷	۸.۸	۳.۷	۷.۶۵	دوری گزین
۰.۹۳۴	۳.۳	۱۴.۳۲	۳.۴	۱۴.۲۸	خویشترداری
۰.۶۷۹	۳.۵	۱۱.۵۱	۳.۸	۱۱.۷۳	حمایت های اجتماعی
۰.۲۶۸	۳	۶.۸۶	۲.۸	۷.۳	مسئولیت پذیری
۰.۷۳۲	۴.۱۵	۱۰.۹۳	۴.۴	۱۱.۱۴	اجتناب - فرار
۰.۱۲۵	۳.۳	۱۱.۷۹	۳.۵	۱۲.۵۴	حل مشکل برنامه ریزی شده
۰.۷۸۵	۴.۰۸	۱۴.۸۷	۴.۲	۱۵.۰۳	بازارزایی مثبت

نتایج آزمون تی مستقل بیانگر آنست که میانگین امتیاز روش های مختلف مقابله با استرس در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی داری ندارد ( $P>0.05$ ).

جدول شماره ۴-۱۰: میانگین امتیاز حیطه های مختلف کیفیت زندگی زنان به تفکیک گروه کنترل و مداخله (قبل از مداخله) - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	مداخله N=100		کنترل N=100		حیطه های کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۶۹۳	۲.۶۲	۱۴.۶۷	۲.۸۸	۱۴.۸۲	جسمی
۰.۹۲۳	۲.۵۶	۱۳.۵۹	۳.۲۶	۱۳.۶۳	روانی
۰.۱۳۴	۳.۱۶	۱۴.۲۶	۳.۱	۱۴.۹۳	اجتماعی
۰.۳۱۶	۳.۰۲	۱۳.۸۵	۲.۸۸	۱۳.۴۳	محیطی
۰.۳۵۶	۲.۹۷	۱۵.۴	۳.۱۳	۱۵	ارزیابی کلی کیفیت زندگی
۰.۴۲۶	۳.۵۴	۱۴.۴۸	۳.۵	۱۴.۸۸	رضایتمندی از سلامتی

نتایج آزمون تی مستقل بیانگر آنست که بین گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی داری از لحاظ میانگین امتیاز حیطه های مختلف کیفیت زندگی وجود ندارد. با توجه به جداول شماره (۴-۹) و (۴-۱۰) از لحاظ میانگین امتیاز شیوه های مقابله با استرس و همچنین حیطه های مختلف کیفیت زندگی تفاوت معنی داری بین گروه کنترل و مقایسه وجود ندارد.

### نتایج بعد از مداخله

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها پس از انجام مداخلات طی جداول ذیل ارائه شده است: جداول ۴-۱۱ تا ۴-۱۳ مربوط به مقایسه میانگین امتیاز شیوه های مقابله با استرس مبتنی بر حل مسئله در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخلات و جداول ۴-۱۴ تا ۴-۱۸ مربوط به مقایسه میانگین امتیاز شیوه های مقابله با استرس مبتنی بر هیجان در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخلات می باشد. جداول ۴-۱۹ تا ۴-۲۰ نیز مقایسه میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخلات را نشان می دهد. جداول شماره ۴-۲۱ تا ۴-۲۷، نتایج بررسی ارتباط اختلاف میانگین نمره شیوه های مقابله با استرس و حیطه های مختلف کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله را با متغیرهای مداخله، سطح تحصیلات و سالهای زندگی نشان می دهد.

جدول شماره ۴-۱۱ : مقایسه میانگین امتیاز روش رویا رویی در زنان به تفکیک گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۰۴۱	۲.۰۴	۱۰.۱	۳.۳	۹.۲	مداخله
۰.۱۲۱	۳.۴	۱۰.۰۲	۳.۶	۹.۸	کنترل

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که میانگین امتیاز روش رویارویی ( مبتنی بر حل مساله ) در گروه مداخله به طور معنی داری پس از انجام مداخلات افزایش یافته است . اما در گروه کنترل ، اختلاف میانگین امتیاز روش رویا رویی قبل و بعد از مداخله معنی دار نمی باشد .

جدول شماره ۴-۱۲ : مقایسه میانگین امتیاز روش حمایت های اجتماعی در زنان به تفکیک گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰.۰۰۱	۲.۰۶	۱۳.۹	۳.۵	۱۱.۶۸	مداخله
۰.۳۹۳	۳.۶	۱۱.۵	۳.۹	۱۱.۷	کنترل

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که میانگین امتیاز روش حمایت های اجتماعی ( مبتنی بر حل مساله ) در گروه مداخله به طور معنی داری پس از انجام مداخلات افزایش یافته است . اما در گروه کنترل، اختلاف میانگین امتیاز روش حمایت های اجتماعی قبل و بعد از مداخله معنی دار نمی باشد .

جدول شماره ۴-۱۳: مقایسه میانگین امتیاز روش حل مشکل برنامه ریزی شده در زنان به تفکیک گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰.۰۰۱	۱۶	۱۴.۳	۳.۳	۱۱.۷	مداخله
۰.۱۴۷	۳.۵	۱۲.۳۳	۳.۵	۱۲.۵۶	کنترل

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که میانگین امتیاز روش حل مشکل برنامه ریزی شده ( مبتنی بر حل مساله) در گروه مداخله به طور معنی داری پس از انجام مداخلات افزایش یافته است. اما در گروه کنترل، اختلاف میانگین امتیاز روش حل مشکل برنامه ریزی شده قبل و بعد از مداخله معنی دار نمی باشد.

جدول شماره ۴-۱۴: مقایسه میانگین امتیاز روش دوری گزین در زنان به تفکیک گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۰۸۱	۲	۸.۰۹	۳.۷	۸.۷	مداخله
۰.۱۴۳	۳.۶	۸.۱۹	۳.۸	۷.۸	کنترل

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که اختلاف میانگین امتیاز روش دوری گزین ( مبتنی بر هیجان ) در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله معنی دار نمی باشد.

جدول شماره ۴-۱۵: مقایسه میانگین امتیاز روش خویشنداری در زنان به تفکیک گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰.۰۰۱	۲	۱۲.۰۳	۳.۳	۱۴.۲۵	مداخله
۰.۱۶۹	۳	۱۴.۶	۳.۵	۱۴.۲۶	کنترل

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که میانگین امتیاز روش خویشنداری ( مبتنی بر هیجان ) در گروه مداخله به طور معنی داری پس از انجام مداخلات کاهش یافته است. اما در گروه کنترل، اختلاف میانگین امتیاز روش خویشنداری قبل و بعد از مداخله معنی دار نمی باشد.

جدول شماره ۴-۱۶ : مقایسه میانگین امتیاز روش مسئولیت پذیری در زنان به تفکیک گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$< 0.001$	۱.۶	۴.۲	۳	۶.۸	مداخله
۰.۶۴۸	۲.۹	۷.۲	۲.۸	۷.۲۷	کنترل

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که میانگین امتیاز روش مسئولیت پذیری ( مبتنی بر هیجان ) در گروه مداخله به طور معنی داری پس از انجام مداخلات کاهش یافته است . اما در گروه کنترل ، اختلاف میانگین امتیاز روش مسئولیت پذیری قبل و بعد از مداخله معنی دار نمی باشد .

جدول شماره ۴-۱۷ : مقایسه میانگین امتیاز روش اجتناب - فرار در زنان به تفکیک گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$< 0.001$	۲.۳	۶.۲	۴.۱	۱۰.۹	مداخله
۰.۱۳۸	۴.۱	۱۱.۹	۴.۴	۱۱.۵	کنترل

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که میانگین امتیاز روش اجتناب - فرار ( مبتنی بر هیجان ) در گروه مداخله به طور معنی داری پس از انجام مداخلات کاهش یافته است . اما در گروه کنترل ، اختلاف میانگین امتیاز روش اجتناب - فرار قبل و بعد از مداخله معنی دار نمی باشد .

جدول شماره ۴-۱۸ : مقایسه میانگین امتیاز روش باز ارزیابی مثبت در زنان به تفکیک گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - منطقه ۲۲ شهرداری تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۱۴۱	۲.۳	۱۵.۵	۴.۱	۱۴.۷	مداخله
۰.۶۱۳	۳.۹	۱۵	۴.۲	۱۵.۰۷	کنترل

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که اختلاف میانگین امتیاز روش باز ارزیابی مثبت ( مبتنی بر هیجان ) در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله معنی دار نمی باشد .

جدول شماره ۴-۱۹: مقایسه میانگین امتیاز حیطه های مختلف کیفیت زندگی زنان در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله

مقدار P	بعد		قبل		حیطه های کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۲۰۵	۲.۵	۱۵.۱	۲.۹	۱۴.۶	جسمی
۰.۷۴۳	۲.۵	۱۳.۴۹	۳.۲	۱۳.۳۶	روانی
۰.۲۴۰	۲.۸	۱۵.۳۱	۳.۱	۱۴.۸۴	اجتماعی
۰.۷۱۸	۲.۹	۱۳.۴	۲.۹	۱۳.۳	محیطی
۰.۵۳۳	۳.۲۳	۱۵	۳.۲۱	۱۴.۹	ارزیابی کلی کیفیت زندگی
۰.۶۷۴	۳.۲	۱۴.۴	۳.۶	۱۴.۸	رضایتمندی از سلامتی

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که اختلاف معنی داری در میانگین امتیاز حیطه های مختلف کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل (مقایسه) وجود ندارد.

جدول شماره ۴-۲۰: مقایسه میانگین امتیاز حیطه های مختلف کیفیت زندگی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله

مقدار P	بعد		قبل		حیطه های کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰.۰۰۱	۱.۷	۱۵.۹	۲.۶	۱۴.۶	جسمی
<۰.۰۰۱	۱.۸	۱۵.۷	۲.۶	۱۳.۵	روانی
<۰.۰۰۱	۲.۱	۱۵.۷	۳.۲	۱۴.۱	اجتماعی
<۰.۰۰۱	۱.۵	۱۵.۵	۳	۱۳.۸	محیطی
<۰.۰۰۱	۲.۲۷	۱۷.۲	۳	۱۵.۳	ارزیابی کلی کیفیت زندگی
<۰.۰۰۱	۲.۵	۱۶.۶	۳.۴	۱۴.۴۶	رضایتمندی از سلامتی

نتایج آزمون تی زوجی بیانگر آنست که در گروه مداخله، اختلاف آماری معنی داری در میانگین امتیاز کلیه ابعاد کیفیت زندگی و ارزیابی کلی کیفیت زندگی و رضایتمندی از سلامتی قبل و بعد از مداخله وجود دارد. به این معنی که میانگین امتیاز تمامی ابعاد کیفیت زندگی پس از انجام مداخلات به طور معنی داری افزایش یافته است.

با توجه به اینکه متغیرهای جمعیت شناختی ، شیوه های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل ( قبل از انجام مداخلات ) کاملاً هم سان می باشد لذا عملاً متغیر مخدوشگری در مطالعه وجود ندارد اما جهت اطمینان بیشتر ، در مورد متغیرهای دموگرافیکی که مقدار  $P$  آنها بین ۰.۰۵ تا ۰.۲۵ بوده است نیز رگرسیون خطی چند گانه انجام شده است . متغیر وابسته در این جداول به صورت اختلاف متغیر های وابسته قبل و بعد از مداخله تعریف شده است . ( جداول شماره ۴-۲۱ تا ۴-۲۷ ) .

جدول شماره ۴-۲۱: تعیین ارتباط اختلاف میانگین نمره روش مقابله رویا رو قبل و بعد از مداخله با متغیرهای مداخله ، سطح تحصیلات و سالهای زندگی در زنان ساکن در منطقه ۲۲ تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار $P$	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	متغیرهای مستقل
	بتا	B	
۰.۱۲۸	۰.۱۱۴	۰.۷۰۷	مداخله
۰.۴۱۱	۰.۰۶۸	۰.۴۳۱	سطح تحصیلات
۰.۸۲۴	۰.۰۱۸	۰.۰۰۵	سالهای زندگی

نتایج رگرسیون خطی چندگانه بیانگر آنست که اختلاف میانگین نمره روش مقابله رویا رو قبل و بعد از مداخله ، با سطح تحصیلات، انجام مداخلات و سالهای زندگی مشترک ارتباط معنی داری ندارد ( $P > 0.05$ ).

جدول شماره ۴-۲۲: تعیین ارتباط اختلاف میانگین نمره روش خویشنداری قبل و بعد از مداخله با متغیرهای مداخله ، سطح تحصیلات و سالهای زندگی در زنان ساکن در منطقه ۲۲ تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار $P$	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	متغیرهای مستقل
	بتا	B	
$< 0.001$	-۰.۳۹۲	-۲.۵۸۲	مداخله
۰.۳۸۸	۰.۰۶۲	۰.۰۱۸	سطح تحصیلات
۰.۴۱۷	۰.۰۶۷	۰.۴۱۸	سالهای زندگی

نتایج رگرسیون خطی چندگانه بیانگر آنست که اختلاف میانگین نمره روش خویشنداری قبل و بعد از مداخله ، با انجام مداخلات ارتباط معنی داری داشته و میانگین آن با انجام مداخله ۲.۵ واحد کاهش یافته ، اما این متغیر با سطح تحصیلات و سالهای زندگی مشترک ارتباط معنی داری ندارد ( $P > 0.05$ ).



جدول شماره ۴-۲۳: تعیین ارتباط اختلاف میانگین نمره روش حمایت های اجتماعی قبل و بعد از مداخله با متغیرهای مداخله ، سطح تحصیلات و سالهای زندگی در زنان ساکن در منطقه ۲۲ تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	متغیرهای مستقل
	بتا	B	
<۰.۰۰۱	۰.۳۶۳	۲.۵۵	مداخله
۰.۸۷۹	۰.۰۱۲	۰.۰۸۵	سطح تحصیلات
۰.۸۹۷	-۰.۰۱	-۰.۰۰۳	سالهای زندگی

نتایج رگرسیون خطی چندگانه بیانگر آنست که اختلاف میانگین نمره روش حمایت اجتماعی (قبل و بعد از انجام مداخله) با انجام مداخلات ارتباط معنی داری داشته و میانگین نمره آن با انجام مداخله ۲.۵ واحد افزایش یافته ، اما این متغیر با سطح تحصیلات و سالهای زندگی مشترک ارتباط معنی داری ندارد ( $P>0.05$ ).

جدول شماره ۴-۲۴: تعیین ارتباط اختلاف میانگین نمره روش مسئولیت پذیری قبل و بعد از مداخله با متغیرهای مداخله ، سطح تحصیلات و سالهای زندگی در زنان ساکن در منطقه ۲۲ تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	متغیرهای مستقل
	بتا	B	
<۰.۰۰۱	-۰.۴۵۱	-۲.۶۵۳	مداخله
۰.۵۹۱	-۰.۰۴	-۰.۲۴	سطح تحصیلات
۰.۳۶۲	۰.۰۶۸	۰.۰۱۷	سالهای زندگی

نتایج رگرسیون خطی چندگانه بیانگر آنست که اختلاف میانگین نمره روش مسئولیت پذیری (قبل و بعد از مداخله) با انجام مداخلات ارتباط معنی داری داشته و میانگین آن با انجام مداخله ۲.۶ واحد کاهش یافته ، اما این متغیر با سطح تحصیلات و سالهای زندگی مشترک ارتباط معنی داری ندارد ( $P>0.05$ ).

جدول شماره ۴-۲۵: تعیین ارتباط اختلاف میانگین نمره روش اجتناب فرار قبل و بعد از مداخله با متغیرهای مداخله، سطح تحصیلات و سالهای زندگی در زنان ساکن در منطقه ۲۲ تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	متغیرهای مستقل
	بتا	B	
<۰.۰۰۱	-۰.۵۸۸	-۵.۰۴۶	مداخله
۰.۰۶۸	۰.۱۰۲	۱.۰۷۳	سطح تحصیلات
۰.۱۳	۰.۱۲۳	۰.۰۳۶	سالهای زندگی

نتایج رگرسیون خطی چندگانه بیانگر آنست که اختلاف میانگین نمره روش اجتناب فرار (قبل و بعد از انجام مداخله) با انجام مداخلات ارتباط معنی داری داشته و میانگین آن با انجام مداخله ۵ واحد کاهش یافته، اما این متغیر با سطح تحصیلات و سالهای زندگی مشترک ارتباط معنی داری ندارد ( $P > 0.05$ ).

جدول شماره ۴-۲۶: تعیین ارتباط اختلاف میانگین نمره روش حل مشکل برنامه ریزی شده قبل و بعد از مداخله با متغیرهای مداخله، سطح تحصیلات و سالهای زندگی در زنان ساکن در منطقه ۲۲ تهران - سال ۱۳۹۲

مقدار P	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	متغیرهای مستقل
	بتا	B	
<۰.۰۰۱	۰.۴۶۹	۲.۸۵۱	مداخله
۰.۹۹۳	۰.۰۰۱	۰.۰۰۴	سطح تحصیلات
۰.۴۱۱	-۰.۰۶۱	-۰.۰۱۵	سالهای زندگی

نتایج رگرسیون خطی چندگانه بیانگر آنست که اختلاف میانگین نمره روش حل مشکل برنامه ریزی شده (قبل و بعد از انجام مداخله) با انجام مداخلات ارتباط معنی داری داشته و میانگین آن با انجام مداخله ۲.۸ واحد افزایش یافته، اما این متغیر با سطح تحصیلات و سالهای زندگی مشترک ارتباط معنی داری ندارد ( $P > 0.05$ ).

جدول شماره ۴-۲۷: تعیین ارتباط اختلاف میانگین نمره حیطه های مختلف کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله با متغیرهای مداخله ، سطح تحصیلات و سالیهای زندگی در زنان ساکن در منطقه ۲۲ تهران - سال ۱۳۹۲

سالهای زندگی مشترک	سطح تحصیلات		مداخله		حیطه های مختلف کیفیت زندگی	
	B	مقدار P	B	مقدار P		
۰.۵۴۵	۰.۰۱۱	۰.۰۰۶	۰.۱۸۳	۰.۰۷۸	۰.۶۷۳	جسمی
۰.۷۸۸	۰.۰۰۶	۰.۰۶۹	۰.۱۵۹	<۰.۰۰۱	۱.۹۱۱	روانی
۰.۶۴۲	۰.۰۱۲	۰.۰۱	۰.۳۷۵	۰.۰۸۹	۰.۹۲۷	اجتماعی
۰.۷۷۰	۰.۰۰۷	۰.۱۸۵	۰.۷۸۸	۰.۰۰۶	۱.۴۶	محیطی
۰.۷۱۶	۰.۰۰۸	۰.۱۰۳	۰.۱۲۸	۰.۰۰۱	۱.۶۶۱	ارزیابی کلی کیفیت زندگی
۰.۶۹۶	۰.۰۰۱	۰.۰۲۷	۰.۳۹۲	۰.۰۰۱	۲.۳۳۸	رضایتمندی از سلامتی

نتایج رگرسیون خطی چندگانه بیانگر آنست که اختلاف میانگین نمره حیطه اجتماعی و حیطه جسمی ( با وجود افزایش در گروه مداخله) با انجام مداخلات ارتباط معنی داری نداشته ولی اختلاف میانگین نمره سایر حیطه ها ( قبل و بعد از مداخله ) با انجام مداخلات ، ارتباط معنی داری داشته اند .



شکل ۴-۳: مسیر مداخلات اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان



## فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

در این فصل به بحث پیرامون یافته‌ها، نتیجه گیری، کاربرد یافته‌ها و پیشنهاداتی برای پژوهش‌های بعدی می‌پردازیم.

### بحث و تفسیر یافته‌های پژوهش

#### رویکرد اجتماع محور مشارکتی

همانطور که در فصل چهارم اشاره شد جهت انجام پژوهش با توجه به رویکرد اجتماع محور مشارکتی، لزوم انجام اقداماتی تحت عنوان بسیج جامعه جهت شروع پروژه الزامی بود. در واقع به نظر میرسد این امر نقشی اساسی در اجرای موفق این رویکرد خواهد داشت. در این مطالعه نیز قبل از هر گونه اقدامی، سازو کار ورود به جامعه، شناسایی معتمدین و ذینفعان محلی، توجیه اهداف طرح و اطلاع رسانی وسیع در مورد چگونگی انجام آن و همچنین جذب داوطلبین زن در سطح منطقه صورت گرفت. بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعه افتخاری و همکاران در سال ۱۳۹۱، که به بررسی سه محور اساسی در برنامه‌های اجتماع محور مشارکتی شامل حاکمیت و رهبری، مشارکت مردم و ذینفعان و توانمندسازی آنان پرداخته بود؛ بیشترین نقاط قوت در این سه محور، وجود روحیه همدلی و انگیزه بالای داوطلبین در انجام کار مشارکتی بوده است (Eftekhari, Falahat et al. ۲۰۱۳). لذا جذب داوطلبین زن محلی در مطالعه حاضر و جلب اعتماد آنان جهت انجام تحقیق از نقاط قوت این پژوهش تلقی می‌شود. نتایج مطالعه گوتیرز<sup>۱</sup> نیز در سال ۲۰۰۵ بیانگر آنست که زنان در شکل‌های جمعیتی نقش مهمی ایفا کرده و اصولاً آنان به انجام کارهای داوطلبانه راغب تر از مردان می‌باشند (Gutierrez, Lewis et al. ۲۰۱۲). از طرفی توانمندسازی زنان در حیطه‌های مختلف سلامت، دارای نقشی اساسی در ارتقاء سواد سلامتی در سطح جامعه ایفا می‌کند (Marmot, Friel et al. ۲۰۰۸). در مطالعه حاضر تلاش شد ضمن جذب داوطلبین زن، توانمندسازی آنان در حیطه‌های مختلف مانند انجام کار مشارکتی، آشنایی با فرآیند تعیین نیاز، چگونگی تعیین اولویت، مشارکت در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و حتی اجرای آن صورت پذیرد. آرنشتاین در سال ۱۹۶۹ ضمن بیان نمادین نردبان مشارکت اذعان می‌دارد که در برخی پروژه‌های تحقیقی با ارزش، مشارکت تنها در یک یا دو جنبه از فرآیند تحقیق صورت گرفته است که این امر بستگی کامل به اهداف تحقیق دارد. در واقع دلیل اصلی پراهمیت بودن مشارکت و توانمندسازی مشارکت‌کنندگان، دادن قدرت به آنها در تصمیم‌گیری‌ها و ایجاد احساس مالکیت به تحقیق در آنها می‌باشد (Amstein ۱۹۶۹). در مطالعه حاضر سعی شد با توجه به اهداف تحقیق، مشارکت گروه هدف در تصمیم‌گیری‌ها هرچند در سطوح پایین لحاظ گردد. نتایج مطالعه دژمان و همکاران در خصوص بررسی برنامه‌های اجتماع محور مشارکتی در ایران بیانگر آنست که عدم دخالت ذینفعان در تصمیم‌گیری‌ها از نقاط ضعف اساسی در این قبیل برنامه‌ها بوده است (دژمان و همکاران، ۱۳۹۱).

<sup>1</sup>: Gutierrez

شناسایی صحیح افراد کلیدی و ذی نفوذ در رویکرد اجتماع محور مشارکتی از دیگر اصول اساسی این رویکرد محسوب می شود. شناسایی ذینفعان کلیدی نه تنها سبب جلب مشارکت آنان در فرآیند تحقیق می شود بلکه در جذب منابع مالی و انسانی نیز بسیار موثر خواهد بود. از جمله دلایل تجربه موفق برخی کشورها مانند مالزی در اجرای برنامه های اجتماع محور مشارکتی، شناسایی صحیح ذینفعان و عدم وابستگی مالی این برنامه ها به بودجه های دولتی و نقش مشارکت کنندگان در بودجه بندی این قبیل برنامه ها بوده است (Barten, Mitlin et al., 2007). در مطالعه حاضر شناسایی ذینفعان کلیدی به این دلیل اهمیت داشت که جهت انجام هر گونه مداخله در سطح منطقه، لازم بود که نه تنها مجوزهای لازم از طریق افراد کلیدی اخذ گردد بلکه از امکانات و پتانسیل های آنان نیز استفاده شود. برای مثال، آگاه شدن محقق از وضعیت برنامه های مداخله ای جاری در سطح منطقه که عمدتاً توسط شهرداری صورت گرفته بود، لزوم همکاری شهرداری را به عنوان ذینفع کلیدی توجیه می نمود و یا جلب همکاری دفتر سلامت زنان و یا بسیج خواهران مستقر در منطقه به دلیل همکاری آنان در برگزاری جلسات آموزشی و استفاده از پتانسیل های آنان در اجرای برنامه بسیار ضروری بود.

از طرفی با توجه به اصول نه گانه طرحهای مشارکتی اجتماع محور که شامل:

- جامعه را به عنوان یک هویت واحد در نظر می گیرد
- بر پایه نقاط قوت و ظرفیتهای بالقوه و ارتباطات متقابل افراد، پایه ریزی می شود
- مشارکت عادلانه و برابر مشارکت کنندگان را در تمامی مراحل تحقیق تسهیل می کند
- درگیر سازی فرآیند توانمندسازی و تقسیم قدرت در جهت رفع بی عدالتی اجتماعی
- ارتقاء فرآیند یادگیری متقابل و توانمندسازی ذینفعان
- ادغام و دستیابی به تعادل بین تولید علم و انجام مداخلات به منظور ایجاد منافع مشترک جهت تمامی ذینفعان
- تمرکز بر مشکلات مربوط به بهداشت عمومی با رویکرد اکولوژیک به منظور تشخیص و توجه به تعیین کنندگان چندگانه سلامتی
- توسعه سیستم با استفاده از فرآیند دوره ای و تکرار شونده
- انتشار نتایج به تمامی ذینفعان و درگیر نمودن آنها در فرآیند انتشار نتایج (O'Fallon, Tyson et al., 2000) می باشد، محقق سعی نمود جهت اجرای بهینه رویکرد تا حد امکان در طول اجرای پروژه به این اصول پای بند بماند. به نظر می رسد تنها اصلی که کمتر به آن پرداخت شد اصل هشتم یا توسعه سیستم با استفاده از فرآیند دوره ای و تکرار شونده بود که به جهت محدودیت های طرح و امکانات پروژه، دستیابی به آن میسر نبود. به نظر میرسد اقدامات بعدی در خصوص پایداری<sup>1</sup> و ماندگاری این فرآیند در گرو هماهنگی و جلب نظر سیاستگذاران بر ادامه این راه استوار خواهد بود.

<sup>1</sup>: sustainability

یکی از ویژگیهای تحقیق حاضر، اجرای مینیاتوری کلیه مراحل موجود در رویکرد تحقیقات اجتماع محور مشارکتی می باشد. به این معنا که کلیه مراحل اجرایی این رویکرد از بسیج جامعه تا نیازسنجی، تعیین اولویت، طراحی و اجرای مداخلات و ارزیابی و تعیین اثربخشی مداخلات در مقیاس کوچک و باهمکاری و مشارکت ذینفعان در جامعه پژوهش به اجرا درآمده است. این در حالیست که در مرور منابع انجام شده، در بسیاری از موارد، محقق با پیش فرض های خود و تنها بر اساس مرور منابع، اقدام به انجام مداخلات نموده است و نیازها از بستر اجتماع استخراج نگردیده است (Boyle and Haynes 2009) و تعیین اولویت، طراحی مداخلات صورت گرفته است، اجرا و ارزیابی آن در طی یک پروژه، عملیاتی نشده است (Roohafza, Sadeghi et al. 2009).

از طرفی مرور منابع نشان می دهد که استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی، جهت ارتقاء تعیین کننده های اجتماعی سلامت و رفع بیعدالتی کاملاً موثر می باشد (Marmot, Friel et al. 2008) از آنجایی که پژوهش مشارکتی یک روش تحقیق نیست بلکه یک روش کار محسوب می شود، می توان در آن از روش های تحقیقی چه کمی و چه کیفی استفاده کرد (LAWSON 2003). در ادامه بحث، به بررسی یافته های تحقیق در زیر مطالعه های پژوهش می پردازیم.

## زیر مطالعه اول: تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربه زنان جامعه هدف

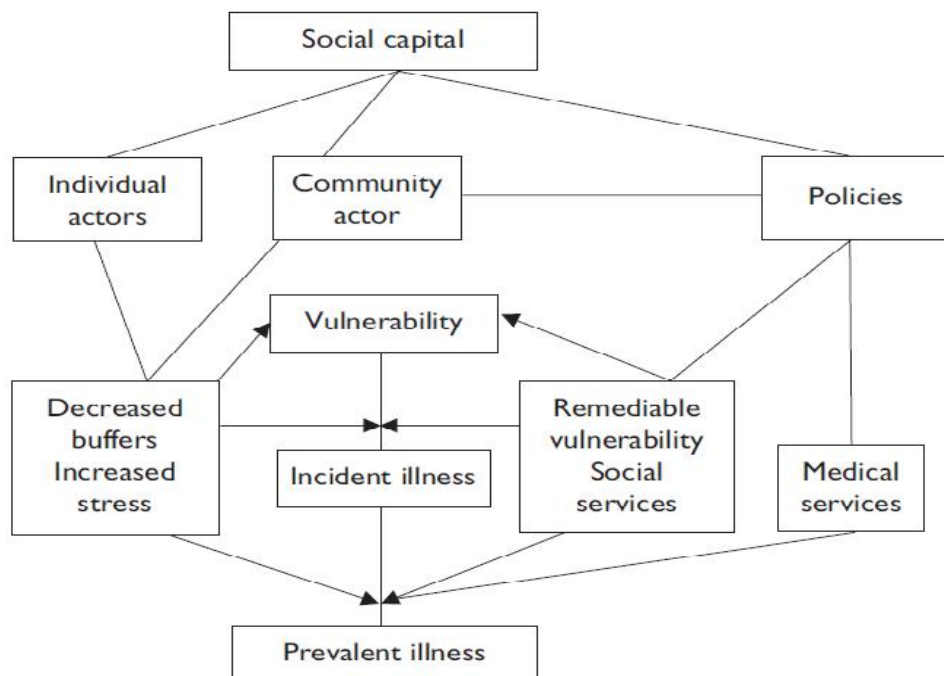
طبقات / درون مایه های اصلی این زیر مطالعه شامل:

### استرس های روزمره

استرس های روزمره بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان، به عنوان یکی از طبقات اصلی در فرآیند ارتقاء سلامت روان مطرح شده و عوامل ایجاد کننده آن به سه دسته کلی شامل عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی تقسیم شده اند. این یافته با تعریف سازمان جهانی بهداشت در خصوص سلامت روان که آن را جزء لازم و مکمل سلامتی دانسته و معتقد است که سلامت روان به طور بسیار نزدیک و جدایی ناپذیری با سلامت جسمانی و رفتار در ارتباط است، کاملاً همخوانی دارد. در واقع هیچ گاه سلامتی بدون سلامت روان وجود ندارد (Health and Abuse 2005). در بررسی تعیین کننده های اجتماعی سلامت نیز تاکید شده است که مواجهه با شرایط زندگی و کاری ناسالم و استرس زا قادر به توجیه تفاوت های ناعادلانه در وضعیت سلامتی خواهد بود (Whitehead 1991). در واقع با توجه به اینکه عوامل روانی اجتماعی در مسیر انتقال تاثیر بسیاری از تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر پیامد سلامتی قرار گرفته است لذا عوامل اجتماعی اقتصادی تاثیرات خود را بر سلامتی از طریق فاکتورهای روانی اجتماعی، اعمال می نمایند. در خصوص عوامل اجتماعی، ویلکینسون معتقد است که ساخت جامعه و طریقه ای که اجتماعات سازمان یافته و افراد در آن زندگی می کنند بر سلامت روان آنان تاثیر گذار است (Wilkinson, 2006).

پوتنام کسی است که بیشترین تألیفات را در باره سرمایه اجتماعی داشته است و آن را به عنوان؛ ویژگی هایی از سازمان اجتماعی نظیر شبکه ها، هنجارها و اعتماد اجتماعی تعریف نموده است که همکاری و هماهنگی را برای نفع متقابل تسهیل می نماید (Putnam, 1993). سارتوریوس ادعا کرده است که هرگونه افزایشی در سرمایه اجتماعی سبب ارتقاء سلامت روان می گردد و ارتقاء و بهبود سلامت روان نیز به رشد سرمایه اجتماعی کمک می نماید (Sartorius, 2003).

یکی از مدل های معروف ارائه شده در ارتباط با سلامت روان و سرمایه اجتماعی مدل مکنزی و هارفام است که در آن سعی شده است نگاهی چند سطحی به مسئله انداخته شود (McKenzi & Harfam, 2003).



شکل ۵-۱. ارتباط سلامت روان با سرمایه اجتماعی

همانطور که در مدل نیز ملاحظه می شود عوامل فردی و اجتماعی در آسیب پذیری افراد موثر بوده و تأثیرات آن از مسیر افزایش استرس منجر به ایجاد اختلال می گردد. بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان در زیرگروه عوامل خانوادگی، مربوط به استرس های روزمره، یکی از معضلات اجتماعی که تأثیر بسیار زیادی بر سلامت روان دارد موضوع طلاق می باشد. طلاق نه تنها دارای جنبه های فردی و خانوادگی می باشد بلکه تأثیرات خود را بر اجتماع نیز اعمال می کند. مطالعات مختلف نیز تأثیر این معضل اجتماعی را در ایجاد استرس های فردی، خانوادگی و اجتماعی مطرح کرده اند (Cherlin, Chase-Lansdale et al., ۱۹۹۸). در این مطالعه فقر، اعتیاد، معلولیت



های جسمی، ترک منزل توسط پدر، عدم توانایی مادر در انجام وظایف فردی از دیگر عوامل موثر در ایجاد استرس در خانم‌ها در سطوح مختلف اجتماعی، خانوادگی و فردی بوده است.

#### تقویت جوهره انسانی

یافته‌های حاصل از تحقیق بیانگر آنست که در تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان سه طبقه اصلی شامل تقویت جوهره انسانی، کسب مهارت‌های زندگی و دریافت کمک وجود دارد. در طبقه تقویت جوهره انسانی با زیر طبقه‌هایی مانند تقویت ابعاد معنوی، خودکنترلی، جهان بینی مثبت، حاکمیت عقل، اجتماعی بودن، انعطاف پذیری و ارتقاء دانش روبرو شدیم. آنچه که در اینجا تحت عنوان تقویت جوهره انسانی مطرح می‌باشد شامل تمامی صفات و ویژگی‌های مثبت انسانی بوده که در فرآیند ارتقاء سلامت روان افراد ایفای نقش می‌کنند. یافته‌های حاصل از مطالعات مختلف نیز بیانگر اهمیت نقش دین در ارتقاء سلامت روان می‌باشد. شیمن<sup>۱</sup> در سال ۲۰۱۳ به بررسی تاثیر دین بر سلامت روان پرداخت. نتایج مطالعات وی بیانگر آن بود که دین به طور غیر مستقیم از طریق تجمع انرژی‌های مثبت و پیشگیری از تاثیر مواجهات استرس آور، بر ارتقاء سلامت روان موثر است. وی مفهوم دین را به سه شکل شامل انجام فعالیت‌های مذهبی، اعتقادات و باورهای دینی و اعمال مذهبی در شرایط استرس زا مورد بررسی قرار داد. (Schieman, Bierman et al. ۲۰۱۳). در مطالعه حاضر نیز تعابیری که توسط مشارکت‌کنندگان در خصوص ابعاد معنوی بیان شده، شامل داشتن باورهای مذهبی، انجام مراسم مذهبی مانند قرائت قرآن و خواندن دعا در شرایط مخاطره آمیز بوده است. خودکنترلی مانند کنترل خشم، حسادت و... از دیگر زیر طبقه‌ها مربوط به طبقه تقویت جوهره انسانی بود که در واقع به حذف رذایل اخلاقی و نقش آن در ارتقاء سلامت روان اشاره دارد. مطالعه بارت در سال ۲۰۱۳ در خصوص بررسی ارتباط سلامت روان و کنترل خشم در مردم جامعه استرالیا که بر روی ۸۸۴۱ نفر در سنین ۱۶ تا ۸۵ سال صورت گرفت نیز بیانگر آن بود که خشم نه تنها تاثیرات نامطلوبی بر رفتار انسانها به جای می‌گذارد بلکه عوارض نامطلوبی بر سلامت روان فردی و اجتماعی نیز دارد. (Barrett, Mills et al. ۲۰۱۳). همینطور کینونن در سال ۲۰۱۰ به بررسی اثرات مقابله با نفس دردوران نوجوانی بر سلامت روان دوره‌های بعدی زندگی پرداخت. اطلاعات مربوط به این مطالعه از سال ۱۹۹۶ بر روی ۲۴۹ دانش آموز ۱۴ ساله از طریق تکمیل پرسشنامه خود تصویری<sup>۲</sup> جمع آوری گردید و اطلاعات در سال ۲۰۰۶ پس از ۲۴ سال مجدداً جمع آوری گردید. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که افراد نوجوانی که از لحاظ عاطفی دارای احساساتی مانند ترس، شرم و اعتماد به نفس پایین بودند در زمان بزرگسالی علائم بیشتری از افسردگی نشان دادند. لذا نتایج این مطالعه نشان داد که درک نوجوانان از سلامت عاطفی و تسلط داشتن بر خویشتن سبب ایجاد انگیزه در ارتقاء سلامت روان خواهد بود. (Kinnunen, Laukkanen et al. ۲۰۱۰).

<sup>۱</sup> : Schieman

<sup>۲</sup> : Self-Image Questionnaire

از دیگر موضوعات مورد توجه در این طبقه تاثیر مثبت اندیشی بر ارتقاء سلامت روان بود که بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان کشف شد. آنچه که آنها به "نیمه پر لیوان را دیدن" تعبیر می کردند. به نظر می رسد روش باز ارزیابی مثبت نیز که از روش های مقابله با استرس می باشد، بر این شیوه تاکید کرده و سعی می نماید همواره موضوع را از جنبه های مثبت آن بازرزایی نماید هرچند این روش مبتنی بر هیجان بوده و مسئله مدار نمی باشد اما با ریشه های مذهبی در ارتباط بوده و عینک بدبینی را از روی چشم بر می دارد (Prasa ۲۰۱۲). در خصوص زیر طبقه اجتماعی بودن و یا به تعبیر مشارکت کنندگان "مردم داری" نیز نتایج مرور مطالعات بیانگر نقش مثبت مشارکت های اجتماعی در ارتقاء سلامت روان می باشد. بر اساس مدل ده جزئی سلامت روان که توسط مک دونالد و اوهارا معرفی شد عواملی که باعث ارتقاء سلامت روان می شوند شامل افزایش مشارکت های اجتماعی<sup>۱</sup>، مهارت های خودمدیریتی<sup>۲</sup>، پردازش عاطفی<sup>۳</sup>، اعتماد به نفس و کیفیت محیط زندگی و کاهش استرس، انزوای اجتماعی، غفلت عاطفی<sup>۴</sup>، سوء استفاده عاطفی و محرومیت های محیطی می باشند (O'Hara & MacDonald, 1998). مک دونالد و اوهارا معتقدند که به سه طریق میان این عناصر تعامل و ارتباط درونی متقابل وجود دارد: اول اینکه میان این اجزاء همپوشانی وجود دارد، دوم اینکه تجارب مربوط به یک جزء می تواند بر سلامت روان در سالهای بسیار بعد از آن تاثیر بگذارد یعنی یک تعامل تجمعی<sup>۵</sup> در کار است و سومین جنبه از این ارتباط درونی بر این موضوع ناظر است که همه این ده جزء می توانند در سه سطح روی دهند: سطح خرد<sup>۶</sup>، میانی<sup>۷</sup> و کلان<sup>۸</sup> (O'Hara & MacDonald, 1998).

از دیگر زیر طبقات مربوط به این طبقه، انعطاف پذیری می باشد. بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان، انعطاف پذیری به معنای پذیرش و سازگاری با مشکلات است. البته این به آن معنی نمی باشد که در برخورد با سختی ها به جای حل مسئله، تنها به پذیرش آن اقدام نماییم. نتایج مطالعات مختلف بیانگر آنست که استفاده از شیوه های حل مساله به افزایش کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان منجر می شود (Prasa ۲۰۱۲).

از دیگر راههای ارتقاء سلامت روان بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان، افزایش آگاهی و کسب آموزشهای لازم می باشد. کوهن در سال ۲۰۰۶ به بررسی تاثیر آموزش های اجتماعی، اخلاقی و آکادمیک در سلامت روان پرداخت. وی توصیه نموده است که کسب مهارت های اجتماعی احساسی و افزایش آگاهی باعث ایجاد ساختار مناسب جهت مشارکت های اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی می گردد. وی فراگیری آموزش های احساسی، اجتماعی، اخلاقی و آکادمیک را به عنوان حق مسلم بشری دانسته است (Cohen ۲۰۰۶).

<sup>1</sup>: social participation

<sup>2</sup>: self management skills

<sup>3</sup>: emotional processing

<sup>4</sup>: emotional negligence

<sup>5</sup> - Cumulative

<sup>6</sup> - Micro-level

<sup>7</sup> - Meso-level

<sup>8</sup> - Macro-level

## توسعه مهارت‌های زندگی

در بررسی فرآیند ارتقاء سلامت روان ، بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، توسعه مهارت‌های زندگی به عنوان یکی از کنش های بکارگرفته شده ، مطرح است . این کنش شامل فراگیری مهارت‌های زندگی ، اصلاح نگرش (مثبت اندیشی ) و بهبود عملکرد ( مدیریت استرس ، حل مساله ، برنامه ریزی و تعیین اولویتها ) می باشد . در واقع بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان ، فراگیری مهارت‌ها در صورتی می تواند موجب ارتقاء سلامت روان شود که تبدیل به تغییر عملکرد و مدیریت استرس گردد . نتایج مطالعات مختلف نیز بیانگر آنست که آموزش مهارت‌های زندگی سبب ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی می شود. این مهارت‌ها به خصوص شامل حل مساله ، تصمیم گیری ، فکر خلاق و مهارت‌های ارتباطی بوده است (Farhady and Nooralizadeh 2012) (Moshki, Atarodi et al. 2012).

## درخواست کمک

درخواست کمک نیز از جمله کنش / کنش متقابل است که فرآیند ارتقاء سلامت روان را تبیین می کند . درخواست کمک در خصوص موضوعات مرتبط با روان آدمی همواره با نوعی مانع اجتماعی روبرو بوده است . در واقع انگ های اجتماعی از جمله موانع مهم دریافت کمک هستند (Hinshaw 2007) . از دیگر موانع موجود در دریافت کمک ، هزینه های بالای مشاوره می باشد . به نظر میرسد ادغام خدمات سلامت روان در نظام شبکه بهداشتی درمانی گام موثری در رفع موانع درخواست کمک می باشد (Corrigan 2005) . در خصوص فرآیند درخواست کمک در مشکلات روانشناختی مطالعات مختلفی صورت گرفته است اما آنچه که دارای اهمیت می باشد تشخیص درست راه از بیراهه است که متاسفانه این تشخیص در برخی موارد دچار خلل شده و به جای طی مسیر درست درخواست کمک ، ره به بیراهه برده و با مراجعه به دعا نویس و فالگیر ، مشکلات از آنچه که هست بدتر می شوند (Dejman, Setareh Forouzan et al. 2010) .

## عوامل ساختاری - زمینه ای

در این طبقه اصلی سه زیر طبقه مهم شامل دوران کودکی ، دوران نوجوانی و ازدواج قرار گرفته است که زمینه را مشخص می نماید. از طرفی عواملی نیز به عنوان عوامل تسهیلگر / بازدارنده در ساختار این پارادایم مطرح می باشند . در خصوص اهمیت دوران کودکی ، همین بس که سازمان جهانی بهداشت آن را به عنوان یکی از اجزای اصلی شبکه دانش جهت رفیع بی عدالتی در سلامت معرفی می نماید (Marmot, Friel et al. 2008) . منظور از دوران اولیه کودکی ، شرایط و فرصتهایی است که برای کودکان و مادران آنها در سالهای اولیه زندگی فراهم می شود، که خود میتواند نقش موثری در شکل گیری زندگی و وضعیت سلامت آتی کودکان ایفا نماید . نتایج مدلهای موفق در خصوص اجرای برنامه بهبود شرایط رشد در طی سالهای اول زندگی بیشتر بر روی مسائلی از قبیل تغذیه مناسب، تحصیلات، ارتقاء سلامت و مراقبتهای پیشگیرانه از بیمار یها و حمایت‌های اجتماعی تاکید داشته است ( سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن 1387) . اما در مطالعه حاضر ، مشارکت کنندگان به نقش تربیتی مادر و حمایت عاطفی پدر تاکید داشته اند . در واقع حمایت‌های خانوادگی بیش از حمایت‌های اجتماعی برای

مشارکت کنندگان مطالعه حاضر مطرح بوده است. در خصوص دوران نوجوانی، بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان، ارتباط با جنس مخالف به عنوان زمینه ای که قادر به ایجاد مشکلات سلامت روان می باشد مطرح شده است. اصولاً اختلالات روانشناختی در دوران جوانی از شیوع بالاتری برخوردار می باشد و اقدامات مداخله ای بیشتری نیز نسبت به سایر گروههای سنی انجام شده است. از جمله می توان به مطالعه کراتزن در سال ۲۰۱۱ اشاره کرد که از طریق ایجاد گفتگوی اینترنتی سعی در ارتقاء سلامت روان جوانان امریکایی داشته است (Crutzen and De Nooijer, ۲۰۱۱). در ایران نیز جلالی نیا و همکاران در سال ۲۰۱۱ با طرح ریزی یک برنامه مشارکتی اجتماع محور به بررسی نقش مداخلات اجتماع محور بر سلامت روان جوانان پرداختند. نیازهای سلامت روان در جوانان به شیوه مشارکتی تعیین و بر اساس نظر ذینفعان برنامه های مداخله ای تدوین شد. نتایج این مطالعه نشان داد که با توانمندسازی جوانان و از طریق مداخلات همسالان، سلامت روان جوانان ارتقاء یافته است (Djalalinia, Tehrani et al. 2012).

از دیگر عوامل مهم در فرآیند ارتقاء سلامت روان زنان، می توان به ازدواج اشاره کرد. تجربیات مشارکت کنندگان بیانگر آن بود که ازدواج یک نقطه عطف برای زنان در طول زندگی می باشد. اهمیت ازدواج تا حدی بود که موفقیت در آن به معنای تضمین سلامت روان در دوره های زندگی بوده است. در این میان نقش خانواده در هدایت جوانان به منظور انتخاب عاقلانه و به موقع و همچنین پذیرش نقش های جدید دارای اهمیت ویژه ای بود. نتایج مطالعات مختلف نیز نشان می دهد که ازدواج ناموفق سبب اختلالات روانپزشکی شده و نیاز به استفاده از سرویس های ارائه خدمات روان را ایجاد می کند. البته در توضیح این واقعیت، ذکر این نکته نیز ضروریست که در برخی مواقع اختلالات روانشناختی ثانویه به مشکلاتی است که خود باعث جدایی از همسر گردیده است (Segraves, ۱۹۸۰). از طرفی نتایج برخی مطالعات نیز بیانگر آنست که ازدواج، ریسک اختلالات روانی را هم در مردان و هم در زنان کاهش می دهد (de Vaus, ۲۰۰۲).

یافته های حاصل از تجربیات مشارکت کنندگان بیانگر آنست که ارائه آموزش در خصوص آیین همسرمداری و پذیرش نقشهای جدید و حفظ توازن این نقشها قادر است به ارتقاء سلامت روان کمک نماید.

در مجموع یافته های مطالعه حاضر بیانگر شناخت فرآیند ارتقاء سلامت روان از بستر داده ها بوده و به این موضوع مهم از ابعاد مختلف می نگرد. نگاهی که از پس تجربیات مشارکت کنندگان و با عینک آنان جنبه های مختلف این فرآیند را موشکافانه بررسی کرده است. در واقع یافته های حاصل از این بخش مطالعه، با شناساندن این فرآیند مهم، نقاط ضعف و چالش های آن را هویدا کرده و محقق را در کشف مداخلات لازم با مشارکت ذینفعان ترغیب می کند. در این فاز، متغیر اصلی که جستجوی آرامش نامیده شد از جنس بیماری نیست بلکه بیانگر تعاملاتی است که گروه هدف در دستیابی به آن وارد فرآیندی می شوند که کنش های مختلفی را در بر می گیرد. کنش هایی که در بستر خانواده و اجتماع

شکل می‌گیرند و بر خلاف تعاریف مصطلح در زمینه سلامت روان که به جنبه‌های فردی توجه بیشتری دارد، رنگ و بوی فرآیندهای اجتماعی را به خود گرفته است.

## زیر مطالعه دوم: شناسایی نیازها و تبیین اولویتهای مربوط به سلامت روان در

### جامعه هدف

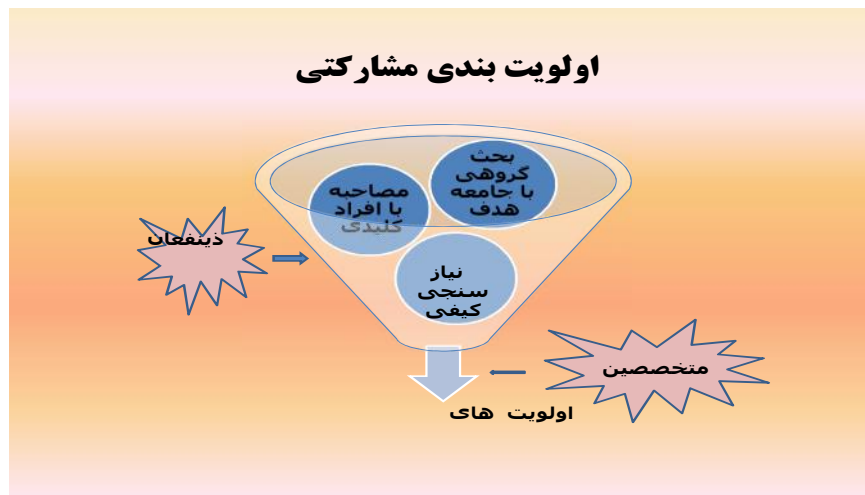
همانطور که در فصل چهارم اشاره شد در این مرحله دو اقدام اساسی در راستای نیازسنجی و اولویت بندی مشارکتی صورت گرفت. اولین اقدام که به سه گوشه سازی معروف است به معنای ترکیب روش‌ها در یک مطالعه به منظور افزایش اعتبار<sup>۱</sup> آن می‌باشد (Denzin 1979). در علوم اجتماعی این روش توسط کمبل در سال ۱۹۵۹ معرفی گردید. برای انجام سه گوشه سازی روش‌های مختلفی مطرح شده است اما هدف تمامی این روش‌ها، رسیدن به یک نتیجه معتبر از طریق اندازه‌گیری‌های متفاوت است (Hoque, Covaleski et al. 2013). در مطالعه حاضر نیز، پس از تبیین فرآیند ارتقاء سلامت روان و مشخص شدن چالش‌ها و شکاف‌های موجود و تعیین نیازها به صورت کیفی، اقدامات دیگری نیز به منظور تایید و صحت‌گذاری بر نتایج صورت گرفت که شامل مصاحبه با ذینفعان کلیدی و انجام بحث‌های گروهی با زنان متاهل ساکن در منطقه بود. این اقدام نه تنها سبب جلب مشارکت بیشتر ذینفعان در مطالعه گردید بلکه اعتبار یافته‌های پژوهش را نیز افزایش داد (Pinto, Da Silva et al. 2012).

اقدام دیگر در این مرحله از مطالعه، انجام اولویت بندی مشارکتی بوده است. اکتو در سال ۲۰۰۰، دستورالعملی را جهت تعیین اولویت‌های تحقیقات سلامت بر اساس استراتژی "تحقیقات ضروری و ملی سلام" <sup>۲</sup> تدوین نمود (Chongtrakul and Okello 2000). بر اساس این دستورالعمل، سه عنصر اساسی در تعیین اولویتهای مطرح بوده که شامل شناسایی ذینفعان، بررسی وضعیت موجود و شناسایی حیطه‌های تحقیقاتی می‌باشد. در مطالعه حاضر نیز عناصر اساسی تعیین اولویت‌های مشارکتی تا حد امکان لحاظ گردید. شناسایی ذینفعان که در واقع پاشنه آشیل رویکرد مشارکتی می‌باشد در بدو ورود به جامعه انجام و در حین انجام مطالعه تکمیل شد. جمع‌آوری اطلاعات ثانویه با همکاری داوطلبین و ذینفعان کلیدی صورت گرفت و تکمیل لیست نیازها و تعیین اولویتهای ارتقاء سلامت روان نیز با مشارکت اجتماع انجام شد (شکل ۵-۲). به نظر می‌رسد اقدامات صورت گرفته با اصول این استراتژی همخوانی مناسبی داشته باشد. اولویت بندی مشارکتی و تعامل جامعه و محقق در کشف نیازها و تعیین اولویت‌ها موضوع مهمی است که در دهه گذشته توجه بیشتری را به خود اختصاص داده است. در این راستا، موسسه ملی تحقیقات محیطی امریکا طی برگزاری ۱۶ همایش، سعی در شناساندن نحوه تعامل محققین و مردم در انجام نیازسنجی و تعیین اولویتهای تحقیقات محیطی داشته است (O'Fallon, Wolfle et al. 2003). در ایران نیز در سال ۱۳۸۰، اقدامات چشمگیری در خصوص ایجاد پایگاههای تحقیقات جمعیتی در مناطق تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی کشور به منظور افزایش تعامل

<sup>1</sup>: validity

<sup>2</sup>: ENHR

محققین و مردم صورت گرفت (Majdzadeh, Forouzan et al. 2009). از جمله دستاوردهای این اقدام بی نظیر می توان به تعیین نیازها و اولویت بندی آنها در مناطق تحت پوشش دانشگاهها اشاره کرد که در سنوات بعد به عنوان پایه ای جهت تعیین اولویت های تحقیقات ملی سلامت در جمهوری اسلامی ایران بکار گرفته شدند. در این طرح که با حمایت سازمان جهانی بهداشت انجام شد از تمامی دانشگاههای علوم پزشکی خواسته شد تا لیست نیازها و اولویت های تحقیقاتی خود را در زمینه سلامتی که به صورت مشارکتی تعیین شده بود به وزارت بهداشت ارسال نموده و کمیته ای متشکل از متخصصین ، سیاستگذاران و سایر ذینفعان به نام کمیته تلفیق ، بر اساس اولویتهای اعلام شده ، لیست اولویتهای ملی را استخراج کردند ( OWLIA PARVIZ, SETAREH FOROUZAN et al. ) (2011).



شکل ۵-۲: اولویت بندی مشارکتی - ارتقاء سلامت روان زنان - منطقه ۲۲ شهرداری - سال ۱۳۹۲

## زیر مطالعه سوم: طراحی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف

یافته های حاصل از انجام این زیر مطالعه بیانگر آنست که از پتانسیل های جامعه به خوبی می توان در تمامی مراحل تحقیق استفاده نمود. در این مرحله با همکاری مردم و سایر ذینفعان ، در خصوص نوع مداخلات و تعیین وظایف شرکاء ، جلسات هم اندیشی متعددی برگزار گردید. آنچه که در این بخش از مطالعه دارای اهمیت می باشد جدیت تیم تحقیق در تعیین وظایف شرکا و مسئولیتهای آنان بوده است. به عبارتی این اقدام سبب شد که احساس مسئولیت و جدی گرفتن موضوع برای اجتماع بیش از گذشته پر رنگ شود. دستاوردهای این مرحله شامل استفاده از نوآوری و خلاقیت بومی ، دستیابی به منابع متنوع اطلاعاتی ، تبادل و بکارگیری تجارب مشترک ، استفاده از کانالهای ارتباطی متنوع و متناسب با فرهنگ مردم و گسترش فرهنگ کار مشارکتی بوده است. مرور مطالعات مختلف بیانگر آنست که با توجه به دشواری طراحی مشارکتی مداخلات ، در بسیاری از موارد در رویکردهای مشارکتی از سازمانهای

مردم نهاد استعانت می شود. توانمندسازی نمایندگان این سازمانها، محقق را در طراحی مداخلات با مشارکت این نهادها یاری می کند (May and Law 2008). اما آنچه دارای اهمیت می باشد آنست که رویکرد مشارکتی اجتماع محور شکاف بین دانش و عمل را از میان برداشته و تحقق عدالت در سلامت را تسهیل می نماید و این به شرطی اتفاق می افتد که به اصول نه گانه آن پایدار بوده و با انجام مداخلات موثر، اقدامی در جهت رفع نیازهای برگرفته از جامعه نماییم (Wallerstein and Duran 2010).

استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی حتی در درمان بیماران نیز بکارگرفته شده است. در مطالعه شیو بر روی امریکاییان کره ای تبار که به سرطان روده بزرگ مبتلا بودند از برنامه های مداخله ای متناسب با فرهنگ کره ای بهره گرفته شد و نتایج مطالعه نشان داد که مداخلات آموزشی متناسب با فرهنگ و باورهای مردم و افزایش آگاهی آنان، در پیشگیری از عود بیماری و پاسخ به درمان موثر است (Ma, Shive et al. 2009). در ایران نیز در سال ۱۳۸۰، راه اندازی پایگاههای تحقیقات جمعیتی، فرصتی را جهت مشارکت مردم در طراحی مداخلات فراهم آورد. برخی از پروژه های مداخله ای که با رویکرد تحقیقات مشارکتی و با حضور ذینفعان طراحی شده بود شامل "ارتقاء کمی و کیفی برنامه های بهداشت باروری"، "ارتقاء کیفیت زندگی از طریق آموزش مهارت های زندگی"، "اشتغال زایی"، "بررسی باورها و رفتارهای خرافی مرتبط با سلامت"، "کاهش میزان ترک تحصیل در دانش آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان" و... بوده است (پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه، ۱۳۸۴). مطالعه ملک افضلی، جلالی نیا در بسیج جامعه به منظور ارتقاء سلامت جوانان اکباتان نیز نمونه ای از پروژه های موفق در نیازسنجی، اولویت بندی، طراحی مداخلات و حتی اجرای آن با استفاده از گروه همسالان بوده است (Djalalinia, Tehrani et al. 2012).

نکته مهم دیگری که در یافته های حاصل از این مرحله تحقیق به چشم می خورد هماهنگی نسبتا مناسب بین لیست نیازها و طراحی مداخلات می باشد. به این معنی که با وجود اولویت "آموزش شیوه های مقابله با استرس"، محقق تنها به ارائه این شیوه ها در طراحی مداخلات بسنده نکرده و تا حد امکان سایر چالش های استخراج شده از فرآیند ارتقاء سلامت روان را نیز در نظر گرفته است. برای مثال در جلد اول کتاب به توشه های راه رسیدن به آرامش اشاره شده است که شامل تاثیر باورهای قلبی و ایمان، تغذیه سالم، خواب و استراحت کافی، اوقات فراغت، زندگی هدفمند، آرامش آموزی و... در ایجاد آرامش است و این مطلب گویای آنست که در طراحی مداخلات به نیازهای استخراج شده توجه کافی مبذول شده است و مراحل مطالعه از هم گسستگی ندارند.

با توجه به اینکه در مطالعه حاضر اولویتهای استخراج شده جهت ارتقاء سلامت روان متعدد بوده و از ریشه کنی فقر تا حذف اعتیاد، رفع اختلاف طبقاتی، ثبات در تصمیم گیری های کلان در یک سر طیف و آموزش شیوه های مقابله با استرس، همسرداری و... نیز در سر دیگر طیف متغیر می باشد لذا جای گذاری لیست اولویتهای استخراج شده در چارچوب مفهومی سازمان جهانی بهداشت و تعیین سطح

مداخله، در ساماندهی این طیف موثر بوده و با توجه به امکانات تحقیق، تکلیف محقق را در انجام مداخله با توجه به اولویت مربوط به سطح پروژه روشن می نماید.

### زیر مطالعه چهارم: تعیین اثر بخشی برنامه مداخله ای اجتماع محور ارتقاء سلامت روان زنان جامعه هدف

یافته های حاصل از مطالعه در این مرحله، با استفاده از روشهای کمی و با اعداد و ارقام، از منظری دیگر به نتایج کیفی و اقدامات صورت گرفته، می نگرند. در واقع در این مرحله نیز دو اقدام اساسی صورت گرفته است: نخست اینکه نتایج مراحل قبل (مطالعه کیفی) مجدداً بررسی و تایید می شوند "سه گوشه سازی" و دوم اینکه ارزیابی مداخلات که از اجزای اساسی رویکرد اجتماع محور مشارکتی می باشد، انجام می گیرد. در واقع در این مطالعه، محقق دائماً درستی یافته هایش را چک می کند و در نهایت اثربخشی مداخلات را بررسی می نماید. همانطور که در فصل ۳ اشاره شد ابزار مورد استفاده در این زیر مطالعه، پرسشنامه های شیوه های مقابله با استرس و کیفیت زندگی بوده است. نتایج مطالعه در مرحله قبل از مداخله، بیانگر آن بود که استفاده از روش های مقابله با استرس مبتنی بر حل مساله تنها در کمتر از ۴۰٪ موارد توسط گروه هدف بکار گرفته میشود و در سایر موارد زنان از روش های مبتنی بر هیجان در برخورد با استرس، استفاده می کنند. نتایج مطالعات مختلف نیز بیانگر آنست که استفاده از روش های مبتنی بر هیجان، خود سبب افزایش استرس می شوند (Matheson 2003). از طرفی زنان در مقابله با استرس بیشتر از روش های ابراز کلامی بهره می گیرند و در جستجوی حمایت عاطفی هستند که این امر نیز بر بار استرس آنها می افزاید (Tamres 2002). نتایج مطالعات مختلف بیانگر آنست که استفاده از روش باز ارزیابی مثبت با اعتقادات مذهبی مرتبط می باشد (Bjorck and Thurman 2007) و در مطالعه حاضر نیز این روش بیشترین شیوه مورد استفاده در مقابله با استرس بوده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که از بین حیطه های مختلف کیفیت زندگی، حیطه جسمی دارای بیشترین امتیاز و حیطه روانی دارای کمترین امتیاز می باشد. مطالعه نجات و همکارانش در مورد کیفیت زندگی در شهر تهران نیز در مورد حیطه جسمی دارای بالاترین امتیاز و در حیطه محیطی کمترین امتیاز را داشته است. میانگین امتیاز حیطه روانی در هر دو مطالعه با هم همخوانی دارد (نجات, سحرناز et al. 2006).

از طرفی با توجه به نتایج مطالعه حاضر، از آنجاییکه میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی در گروه مداخله افزایش یافته اما این افزایش حاصل انجام مداخله از طریق آموزش مهارتهای مقابله با استرس نبوده است، به نظر میرسد تغییر حاصل به جهت رویکرد اجتماع محور مشارکتی و افزایش مشارکت اجتماعی بدست آمده باشد.

مرور مطالعات در خصوص نحوه ارزیابی مداخلات در رویکرد اجتماع محور مشارکتی نشان می دهد که طراحی مطالعه به صورت تجربی و از نوع قبل و بعد با در نظر گرفتن گروه مقایسه، از بهترین روشهای



ارزیابی مداخلات در این رویکرد بشمار می رود. Dareshouri Mohammadi, Bosaknejad et al. (2013)

مطالعه حاضر از لحاظ تعداد حجم نمونه نیز کاملا با مطالعات مشابه، فرق داشته و از حجم نمونه بالاتری جهت دریافت مداخلات برخوردار بوده است. مطالعه نیکلید در سال ۲۰۱۳ که با رویکرد اجتماع محور مشارکتی طراحی شده بود تنها ۱۰ نفر را تحت پوشش مداخلات قرار داده است (Nicolaidis, Mejia et al. 2013).

یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که مداخلات بکار گرفته شده در خصوص آموزش شیوه های سازگار مقابله با استرس، کاملا موثر بوده و استفاده از روش های مقابله ای مبتنی بر حل مساله پس از اجرای مداخلات، افزایش قابل ملاحظه ای را در گروه مداخله نشان داده است. اما آنچه که مزید بر علت بوده و سبب افزایش اثربخشی مداخلات گردیده است، بکارگیری رویکرد مشارکتی و حضور ذینفعان در فرآیند تحقیق می باشد. طبق مدل مک دونالد و اوهارا، افزایش مشارکت اجتماعی، سبب ارتقاء سلامت روان خواهد شد (Ohara). در مطالعه حاضر، بکارگیری رویکرد مشارکتی، بدون هیچ مداخله دیگری نیز قادر به افزایش استفاده از شیوه حمایت طلبی در مقابله با استرس می گردد. یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که تمامی شیوه های مقابله با استرس مبتنی بر حل مساله در اثر انجام مداخلات افزایش یافته و تمامی شیوه های مقابله هیجان مدار به جز باز ارزیابی مثبت و روش دوری گزین نیز کاهش یافته است. روش باز ارزیابی مثبت که قبل از مداخله، بیشترین روش بکارگرفته شده بود، پس از انجام مداخلات نیز همچنان بیشترین روش مورد استفاده می باشد. به نظر می رسد انجام مداخلات نه تنها بر افزایش آگاهی افراد موثر بوده، بلکه بر تغییرنگرش و بهبود عملکرد آنان نیز تاثیر داشته است. ارتقاء امتیاز حیطه های مختلف کیفیت زندگی، شاهد این مدعا می باشد (Mirabzadeh 2013).

## نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش، استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی در ارتقاء سلامت روان زنان در منطقه ۲۲ تهران کاملا موثر بوده که در سه بخش به شرح ذیل ارائه می گردد:

## دستاوردهای پژوهش

- استفاده از کانالهای ارتباطی متنوع و متناسب با فرهنگ مردم
- استفاده از منابع متنوع اطلاعاتی
- استفاده از نوآوری و خلاقیت بومی
- استفاده از طیف گسترده ای از ذینفعان در پروژه مشارکتی
- تبادل و بکارگیری تجارب مشترک
- شرکت دادن مردم در سطوح بالای مشارکت (در حد امکان)
- استفاده بهینه از امکانات و ظرفیتهای موجود

- شناسایی دقیق فرآیند ارتقاء سلامت روان
- استفاده از سه گوشه سازی
- نیازسنجی مشارکتی
- اولویت بندی مشارکتی
- تدوین و اجرای طرح مداخله ای مشارکتی
- گسترش فرهنگ کار مشارکتی
- تقویت همکاری بین بخشی
- فراگیر شدن تحقیق در سطح جامعه
- استفاده از نتایج پژوهش جهت حل مشکل
- ترسیم اولیه الگوی بومی در پژوهش های مشارکتی

### درسهای آموخته شده

- داوطلبانه بودن ذینفعان در فرآیند تحقیق در پیشبرد اهداف مطالعه موثر می باشد
- عدم پرداخت دستمزد نقدی به ذینفعان و جبران همکاری آنان به صور مختلف غیر نقدی
- بکارگیری زنان در فرآیند تحقیق و توانمندسازی آنان
- انجام مداخلات آسان ، سریع و زود بازده و ارائه فوری نتایج و دستاوردهای هر مرحله به جامعه
- داشتن پایگاه مردمی در سطح منطقه جهت ساماندهی طرح
- شناسایی صحیح و کامل ذینفعان منطقه ای
- سپردن مسئولیتهای متناسب به مشارکت کنندگان
- خود باوری مردم و تجربه کار مشارکتی به عنوان منبع عظیم حمایتی در فرآیند تحقیق مطرح می باشد .

### چالش ها

- موانع موجود در جلب مشارکت ذینفعان کلیدی
- عدم امکان استفاده از همسالان جهت توسعه برنامه های مهارت آموزی ( طبق نظام روانشناسی ، مهارت آموزی فقط می بایست توسط کارشناسان ارشد به بالای روانشناسی بالینی صورت گیرد )
- ناکافی بودن اعتماد بین افراد و سازمانهای درگیر نسبت به یکدیگر
- بروکراسی و قوانین دست و پا گیر اداری در استفاده از منابع ذینفعان کلیدی

### پیشنهادات ( اجرایی / مطالعاتی )

## اجرائی

### سطح سیاستگذاران

۱. برگزاری جلسات مشورتی و هم اندیشی مستمر با دست اندرکاران به منظور تهیه الگوی بومی و مناسب جهت استفاده از رویکرد مشارکتی جامعه محور بمنظور نیل به عدالت در سلامت
۲. تهیه پازل تعیین کننده های اجتماعی سلامت و تعیین جایگاه و مسئولیت ذینفعان کلیدی
۳. تشکیل کمیته انتقال دانش به منظور ترجمه نتایج حاصل از تحقیق در سطح سیاستگذاران ، محققین و مردم
۴. هدفمند نمودن طرحهای تحقیقاتی در راستای ارتقاء تعیین کننده های اجتماعی سلامت
۵. تهیه منابع علمی در خصوص تعیین کننده های اجتماعی سلامت
۶. توسعه رویکرد سلامت محور در ارتقاء سلامت روان
۷. آموزش نظام مند محققین در خصوص اصول رویکرد اجتماع محور مشارکتی به خصوص در ارتقاء تعیین کننده های اجتماعی سلامت
۸. تشکیل شبکه دانش سلامت روان
۹. تهیه بسته سیاستی سلامت روان جهت سیاستگذاران

### سطوح میانی

#### شهرداری

۱. ارتقاء سلامت روان در بستر خانواده از طریق ارائه کتب آموزشی ساده ، فیلم های آموزشی و...
۲. ارتقاء سلامت روان در دوران کودکی از طریق انجام مداخلات در سطح مهد کودک ها
۳. تشکیل دفاتر ازدواج موفق در سطح خانه های سلامت شهرداری یا مراکز بهداشتی درمانی
۴. تهیه بسته های آموزشی و پخش آن از طریق مجلات مناطق شهرداری
۵. تربیت روانیار در سطح مناطق شهرداری

#### مراکز بهداشتی درمانی

۱. چاپ کتاب و جزوات آموزشی مناسب و پخش آن از طریق مراکز بهداشتی درمانی
۲. آموزش مهارتهای زندگی به عنوان دوره اجباری قبل از ازدواج
۳. ایجاد مراکز مشاوره رایگان تلفنی

#### آموزش و پرورش :

۱. جلب همکاری آموزش و پرورش جهت ایجاد دفاتر مشاوره در مدارس
۲. طراحی درس مهارتهای زندگی و آموزش آن به عنوان یک واحد درس اجباری در مقطع دبیرستان

### مطالعاتی

۱. مطالعات گراند تئوری در خصوص فرآیند ازدواج در زنان
۲. مطالعه در خصوص فرآیند جستجوی کمک جهت ارتقاء سلامت روان
۳. مطالعه فرآیند پذیرش نقش توسط زنان پس از ازدواج
۴. بررسی تاثیر باور های مذهبی در ارتقاء سلامت روان
۵. بررسی نقش تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر ارتقاء سلامت روان
۶. بررسی تاثیر نقش های اجتماعی زنان در ارتقاء سلامت روان
۷. بررسی نقش حمایتی پدر در تبیین سلامت روان فرزندان
۸. بررسی نگرش سیاستگذاران حوزه بهداشت و سلامت به رویکرد اجتماع محور در ارتقاء سلامت روان
۹. بررسی جایگاه نظام مراقبت سلامت روان در ساختار نظام سلامت کشور .
۱۰. بررسی تاثیر مشارکت های اجتماعی بر سلامت روان
۱۱. بررسی تاثیر توانمندسازی کادر بهداشتی درمانی در حیطة شیوه های مقابله با استرس بر کارآیی آنان
۱۲. ابزارسازی جهت سنجش سلامت روان بر اساس مدل سلامت زایی
۱۳. بررسی تاثیر مشارکت پدر در برنامه های مهارت آموزی بر ارتقاء سلامت روان خانواده
۱۴. بررسی سیستم پاسخگویی سلامت روان زنان در نظام مراقبت سلامت
۱۵. بررسی نقش همسالان در ارتقاء سلامت روان زنان
۱۶. بررسی موانع اجتماعی ، فرهنگی و اقتصادی ازدواج آسان
۱۷. بررسی جایگاه خانواده در انتخاب همسر
۱۸. طراحی مطالعات آینده نگر و کوهورت در زمینه بررسی نقش آموزش در دوران کودکی بر ارتقاء سلامت روان در دوران بزرگسالی
۱۹. مطالعه تعیین اثربخشی انواع مداخلات در ارتقاء سلامت روان زنان
۲۰. نیازسنجی سلامت روان مردان
۲۱. بررسی نقش همسر در ارتقاء سلامت روان
۲۲. بررسی نگرش سیاستگذاران حوزه بهداشت و سلامت در خصوص لزوم ارائه خدمات رایگان سلامت روان
۲۳. بررسی مشکلات مادران پرمشغله و تاثیر آن بر سلامت روان خانواده
۲۴. انجام طرح ارائه مدل مداخله ای اجتماع محور سلامت روان در زنان شهر تهران به تفکیک مناطق شرق ، جنوب ، شمال و مرکز شهر تهران جهت نیل به الگوی مشترک در ارتقاء سلامت روان
۲۵. بررسی نقش ترویج اخلاق در ارتقاء سلامت روان

## منابع

۱. محسن سید نوزادی - کتاب جامع بهداشت عمومی - فصل دوم - صفحه ۴۴ - سال ۱۳۹۱
۲. صلصالی - روش تحقیق کیفی - ۱۳۸۶
3. Annells, M. (1996). "Grounded theory method: Philosophical perspectives, paradigm of inquiry, and postmodernism." Qualitative health research 6(3): 379-393.
4. Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well, Jossey-Bass.
5. Arnold, E. and M. Bell (2001). "Some new ideas about research for development." Partnerships at the leading edge: a Danish vision for knowledge, research and development: 279-319.
6. Arnstein, S. R. (1969). "A ladder of citizen participation." Journal of the American Institute of planners 35(4): 216-224.
7. Ashby, J. (2003). "Introduction: uniting science and participation in the process of innovation-research for development." Managing natural resources for sustainable livelihoods: Uniting science and participation: 1-19.
8. Askari, M., S. M. Noah, et al. (2013). "Comparison of the Effects of Communication and Conflict Resolution Skills Training on Mental Health." International Journal of Psychological Studies 5(1): p91.
9. Attride Stirling, J., H. Davis, et al. (2001). "'Someone to talk to who'll listen': addressing the psychosocial needs of children and families." Journal of community & applied social psychology 11(3): 179-191.
10. Aneshensel, C. S. (1992). "Social stress: Theory and research." Annual review of sociology: 15-38.
11. Annells, M. (1996). "Grounded theory method: Philosophical perspectives, paradigm of inquiry, and postmodernism." Qualitative health research 6(3): 379-393.
12. Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well, Jossey-Bass.
13. Arnold, E. and M. Bell (2001). "Some new ideas about research for development." Partnerships at the leading edge: a Danish vision for knowledge, research and development: 279-319.
14. Arnstein, S. R. (1969). "A ladder of citizen participation." Journal of the American Institute of planners 35(4): 216-224.
15. Ashby, J. (2003). "Introduction: uniting science and participation in the process of innovation-research for development." Managing natural

- resources for sustainable livelihoods: Uniting science and participation: 1-19.
16. Askari, M., S. M. Noah, et al. (2013). "Comparison of the Effects of Communication and Conflict Resolution Skills Training on Mental Health." International Journal of Psychological Studies **5**(1): p91.
  17. Attride Stirling, J., H. Davis, et al. (2001). "'Someone to talk to who'll listen': addressing the psychosocial needs of children and families." Journal of community & applied social psychology **11**(3): 179-191.
  18. Barrett, E. L., K. L. Mills, et al. (2013). "Mental health correlates of anger in the general population: Findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing." Australian and New Zealand Journal of Psychiatry **47**(5): 470-476.
  19. Barrio, C., L. A. Palinkas, et al. (2008). "Unmet needs for mental health services for Latino older adults: Perspectives from consumers, family members, advocates, and service providers." Community Mental Health Journal **44**(1): 57-74.
  20. Barten, F., D. Mitlin, et al. (2007). "Healthy governance/participatory governance, towards an integrated approach of social determinants of health for reducing health inequity.[Thematic paper for KNUS second meeting.] Abridged version: Integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity." Journal of Urban Health **84**(3): 164-173.
  21. Becker, A. B., B. A. Israel, et al. (2005). "Strategies and techniques for effective group process in CBPR partnerships." Methods in community-based participatory research for health: 52-72.
  22. Bjorck, J. P. and J. W. Thurman (2007). "Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning." Journal for the Scientific Study of Religion **46**(2): 159-167.
  23. Blas, E. and A. S. Kurup (2010). Equity, Social Determinants, and Public Health Programmes, World Health Organization.
  24. Boyd, R. C., G. S. DIAMOND, et al. (2006). "Developing a Family Based Depression Prevention Program in Urban Community Mental Health Clinics: A Qualitative Investigation." Family Process **45**(2): 187-203.
  25. Boyle, R. and R. Haynes (2009). Power play [electronic resource]: sport, the media and popular culture, Edinburgh University Press.
  26. Brown, S., B. BARRACLOUGH, et al. (2000). "Causes of the excess mortality of schizophrenia." The British Journal of Psychiatry **177**(3): 212-217.
  27. Browne, J. and G. Sullivan (1999). "Analysing in-depth interview data using grounded theory." Handbook for research methods in health sciences **1**: 575-611.

28. Burgermeister, D., A. Kwasky, et al. (2012). "Promoting mental health concepts in a doctor of nursing practice curriculum: An integrated and global approach." Nurse Education in Practice **12**(3): 148-152.
29. Burns, N. and S. K. Grove (2010). Understanding nursing research: Building an evidence-based practice, Elsevier Health Sciences.
30. Burns, N. and K. Susan (2005). "Grove." The practice of Nursing Research, Conduct, Critique, & Utilization. WB Saunders Company. Third Edition. ISBN: 0-7216-3054-5.
31. Callahan, D. (1973). "The WHO definition of health." Hastings Center Studies: 77-87.
32. Cattan, M. and S. Tilford (2006). Mental health promotion: a lifespan approach, McGraw-Hill International.
33. Charmaz, K. (2006). Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis, Pine Forge Press.
34. Cherlin, A. J., P. L. Chase-Lansdale, et al. (1998). "Effects of parental divorce on mental health throughout the life course." American Sociological Review: 239-249.
35. Chiovitti, R. F. and N. Piran (2003). "Rigour and grounded theory research." Journal of advanced nursing **44**(4): 427-435.
36. Chongtrakul, P. and D. Okello (2000) .(A manual for research priority setting using the ENHR strategy." Council on Health Research for Development, Geneva, Switzerland. Document(2000.3.(
37. Cohen, J. (2006). "Social, emotional, ethical, and academic education: Creating a climate for learning ,participation in democracy, and well-being." harvard educational Review **76**(2): 201-237.
38. Collier, A. F., M. Munger, et al. (2012). "Hmong mental health needs assessment: A community-based partnership in a small mid-western community." American journal of community psychology **49**(1-2): 73-86.
39. Corbin, J. and A. Strauss (1990). "Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques." Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques: 41.
40. Corbin, J. and A. Strauss (2008). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory, Sage.
41. Corbin, J. M. and A. Strauss (1990). "Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria." Qualitative sociology **13**(1): 3-21.
42. Cornish ,F., C. Montenegro, et al. (2014). "Trust the process: Community health psychology after Occupy." Journal of health psychology **19**(1): 60-71.

43. Corrigan, P. W. (2005). On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change, American Psychological Association.
44. Creswell, J. W. (2012). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches, Sage.
45. Crutzen, R. and J. De Nooijer (2011). "Intervening via chat: an opportunity for adolescents' mental health promotion?" Health promotion international **26**(2): 238-243.
46. Dahlgren, L., M. Emmelin, et al. (2007). "Qualitative methodology for international public health".
47. Dareshouri Mohammadi, Z., S. Bosaknejad, et al. (2013). "A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women." Jentashapir **3**(4): 495-504.
48. de Vaus, D. A. (2002). "Marriage and mental health." Family Matters(62): 26.
49. Dejman, M., A. Setareh Forouzan, et al. (2010). "How Iranian lay people in three ethnic groups conceptualize a case of a depressed woman: an explanatory model." Ethnicity & health **15**(5): 475-493.
50. Djalalinia, S., F. R. Tehrani, et al. (2012). "Community Mobilization for Youth Health Promotion: A Lesson Learned From Iran." Iranian J Publ Health **41**(4): 55-62.
51. Doornbos, M. M., G. L. Zandee, et al. (2013). "Using Community-Based Participatory Research to Explore Social Determinants of Women's Mental Health and Barriers to Help-Seeking in Three Urban, Ethnically Diverse, Impoverished, and Underserved Communities." Archives of psychiatric nursing **27**(6): 278-284.
52. Doornbos, M. M., G. L. Zandee, et al. (2013). "Desired Mental Health Resources for Urban, Ethnically Diverse, Impoverished Women Struggling With Anxiety and Depression." Qualitative health research **23**(1): 78-92.
53. Eftekhari, M. B., K. Falahat, et al. (2013). "The main advantages of community based participatory health programs: an experience from the islamic republic of iran." Global journal of health science **5**(3).
54. Eftekhari, M. B., K. Falahat, et al. (2013). "The Main Advantages of Community Based Participatory Health Programs: An Experience from the Islamic Republic of Iran." Global journal of health science **5**(3): p.28
55. Farhady, A. and M. Nooralizadeh (2012). "The Effect Of Life-skill Training On Life Satisfaction".
56. Finlay, L. and C. Ballinger (2006). Qualitative research for allied health professionals: challenging choices, Wiley. com.



57. Fisher, M. and F. Baum (2010). "The social determinants of mental health: implications for research and health promotion." Australian and New Zealand Journal of Psychiatry **44**(12): 1057-1063.
58. Fleischmann, A., J. M. Bertolote, et al. (2008). "Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries." Bulletin of the World Health Organization **86**(9): 703-709.
59. Folkman, S. and R. S. Lazarus (1986). "Stress processes and depressive symptomatology." Journal of abnormal psychology. **107** : (2)95
60. Folkman, S. and R. S. Lazarus (1988). Ways of coping questionnaire, Consulting Psychologists Press.
61. Forsman, A. K., J. Nordmyr, et al. (2011). "Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults." Health promotion international **26**(suppl 1): i85-i107.
62. Friedli, L. (2009). "Future directions in mental health promotion and public mental health." The Art and Science of Mental Health Nursing: A Textbook of Principles and Practice. OU Press, Maidenhead: 43-61.
63. Friedli, L. (2009). Mental health, resilience and inequalities, WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark.
64. Ghosh, N., A. Mohit, et al. (2004). "Mental health promotion in post-conflict countries." The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health **124**(6): 268-270.
65. Glaser, B. G. and A. L. Strauss (2009). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research, Transaction Books.
66. Glaser, B. G., A. L. Strauss, et al. (1968). "The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research." Nursing Research **17**(4): 364.
67. Gray, L. A. and S. K. Price (2012). "Partnering for Mental Health Promotion: Implementing Evidence Based Mental Health Services Within a Maternal and Child Home Health Visiting Program." Clinical Social Work Journal: 1-11.
68. Gray, N., M. Z. Mays, et al. (2010). "A culturally focused wellness intervention for American Indian women of a small southwest community: Associations with alcohol use, abstinence self-efficacy, symptoms of depression, and self-esteem." American Journal of Health Promotion **25**(2): e1-e10.
69. Green, J. G., K. A. McLaughlin, et al. (2013). "School Mental Health Resources and Adolescent Mental Health Service Use." Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.
70. Gutierrez, L. M., E. A. Lewis, et al. (2012). "Education, participation, and capacitybuilding in community organizing with women of color." Community organizing and community building for health and welfare: 215-228.

71. Hackett, A. and A. Gaitan (2007). "A qualitative study assessing mental health issues in two hospices in the UK." International Journal of Palliative Nursing **13**(6): 273-281.
72. Hadi, N. and N. Hadi (2007). "Effects of hatha yoga on well-being in healthy adults in Shiraz, Islamic Republic of Iran." Eastern Mediterranean Health Journal **13**(4): 829-837.
73. Harper, C., N. Jones, et al. (2013). Research for Development: A Practical Guide, SAGE.
74. Health, W. H. O. D. o. M. and S. Abuse (2005). Mental health atlas: 2005, World Health Organization.
75. Herron, S. and D. Trent (2000). "Mental health: a secondary concept to mental illness." Journal of Public Mental Health **2**(2): 29-38.
76. Hinshaw, S. P. (2007). The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change, Oxford University Press.
77. Holloway, I. (2009). Qualitative research in nursing and healthcare, Wiley.com.
78. Hoque, Z., M. A. Covalski, et al. (2013). "Theoretical triangulation and pluralism in research methods in organizational and accounting research." Accounting, Auditing & Accountability Journal **26**(7): 1170-1198.
79. Horwitz, A. V., H. R. White, et al. (1996). "Becoming married and mental health: A longitudinal study of a cohort of young adults." Journal of Marriage and the Family: 895-907.
80. Houpt, J. L., C. Orleans, et al. (1979). The importance of mental health services to general health care, Ballinger Publishing Company.
81. Hughes, J. R. (2004). "Nicotine dependence and WHO mental health surveys." JAMA: the journal of the American Medical Association **292**(9): 1021-1022.
82. Iloabachie, C., C. Wells, et al. (2011). "Adolescent and parent experiences with a primary care/internet-based depression prevention intervention (CATCH-IT)." General hospital psychiatry **33**(6): 543-555.
83. Israel, B. A., E. Eng, et al. (2005). "Introduction to methods in community-based participatory research for health." Methods in community-based participatory research for health: 3-26.
84. Israel, B. A., E. A. Parker, et al. (2005). "Community-based participatory research: lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research." Environmental health perspectives **113**(10): 1463.
85. Jeon, Y. H. (2004). "The application of grounded theory and symbolic interactionism." Scandinavian Journal of Caring Sciences **18**(3): 249-256.
86. Kaufman, R. A. (1968). "A system approach to education: Derivation and definition." AV communication review **16**(4): 415-425.

87. Kazdin, A. E. and S. M. Rabbitt (2013). "Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness." Clinical Psychological Science **1**(2): 170-191.
88. Kermode, M., H. Herrman, et al. (2007). "Empowerment of women and mental health promotion: a qualitative study in rural Maharashtra, India." BMC public health **7**(1): 1-10.
89. Kinnunen, P., E. Laukkanen, et al. (2010). "(Associations between the coping self in adolescence and mental health in early adulthood." Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing **23**(2): 111-117.
90. Kneipp, S. M., B. J. Lutz, et al. (2013). "Women's Experiences in a Community-Based Participatory Research Randomized Controlled Trial." Qualitative health research **23**(6): 847-860.
91. Lambert, V. A. and C. E. Lambert (2013). "Philosophical Basis for Grounded Theory Research." Pacific Rim International Journal of Nursing Research **14**(4): 281-282.
92. LAWS, S" .(2003) .Research for development: a practical guide".
93. Laws, S., C. Harper, et al. (2013). Research for development: A practical guide, Sage.
94. Lee, I. H., C. C. Chen, et al. (2010). "A community mental health survey and relief program in Taiwan after the great earthquake—implementation, clinical observation and evaluation." Stress and Health **26**(4): 269-279.
95. Ma, G. X., S. Shive, et al. (2009). "Community-based colorectal cancer intervention in underserved Korean Americans." Cancer epidemiology **33**(5): 381-386-
96. Majdzadeh, R., A. S. Forouzan, et al. (2009). "Community-Based Participatory Research; an approach to Deal with Social Determinants of Health." Iranian Journal of Public Health **38**(Suppl. 1.(
97. Malekpour Tehrani, A., Z. Farajzadegan, et al. (2011). "Belonging to a peer support group enhance the quality of life and adherence rate in patients affected by breast cancer: a non-randomized controlled clinical trial." Journal of Research in Medical Sciences **16**(5.(
98. Marmot, M., S. Friel, et al. (2008). "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health." The Lancet **372**(9650): 1661-1669.
99. Marmot, M. and R. Wilkinson (2009). Social determinants of health, Oxford University Press.
100. May, M. and J. Law (2008). "CBPR as community health intervention: institutionalizing CBPR within community based organizations." Progress in community health partnerships: research, education, and action **2**(2): 145-155.

101. McCauley, K., S. Elsom, et al. (2011). "Midwives and assessment of perinatal mental health." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(9): 786-795.
102. Mendenhall, T. J., C. LMFT, et al. (2013). *Community-Based Participatory Research: Advancing Integrated Behavioral Health Care Through Novel Partnerships. Integrated Behavioral Health in Primary Care*, Springer: 99-130.
103. Milovancevic, M. P. and M. Jovicic (2013). "The role of mental health professionals contributes to mental health promotion and prevention: innovative programmes in Serbia." *Emotional and Behavioural Difficulties* 18(3): 261-269.
104. Mitchell, R. K., B. R. Agle, et al. (1997). "Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts." *Academy of management review* 22(4): 853-886.
105. Moinalghorabaei, M. and M. Sanati (2008). "Evaluation of the effectiveness of life skills training for Iranian working women." *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2(2): 23-29.
106. Morse, J. M. and P. A. Field (1995). *Qualitative research methods for health professionals*, Sage.
107. Moshki, M., B. A. Atarodi, et al. (2012). "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* 3(4): 241.
108. Mottaghipour, Y. and A. Bickerton (2005). "The Pyramid of Family Care: A framework for family involvement with adult mental health services." *Advances in Mental Health* 4(3): 210-217.
109. Munet Vilaroa, F., S. E. Gregorich, et al. (2002). "Factor structure of the Spanish version of the ways of coping questionnaire." *Journal of Applied Social Psychology* 32(9): 1938-1954.
110. Murthy, R. S. and R. Lakshminarayana (2006). "Mental health consequences of war: a brief review of research findings." *World Psychiatry* 5(1): 25.
111. Nedjat, S., A. Montazeri, et al. (2008). "Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study." *BMC health services research* 8(1): 61.
112. Nicolaidis, C., A. Mejia, et al. (2013). "Proyecto Interconexiones: A Pilot Test of a Community-Based Depression Care Program for Latina Violence Survivors." *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action* 7(4): 395-401.
113. Noorbala, A., S. B. Yazdi, et al. (2004). "Mental health survey of the adult population in Iran." *The British Journal of Psychiatry* 184(1): 70-73.

114. O'Fallon, L. R., G. M. Wolfle, et al. (2003). "Strategies for setting a national research agenda that is responsive to community needs." *Environmental health perspectives* 111(16): 1855.
115. O'Fallon, L. R., F. L. Tyson, et al. (2000). "Successful models of community-based participatory research: Final report." Research Triangle Park, NC: National Institute of Environmental Health Sciences.
116. Organization, W. H. (1996). "WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment." Geneva: WHO.
117. Organization, W. H. (2000). "Women's mental health: an evidence based review".
118. Organization, W. H. (2011). "Mental health: Strengthening our response (Fact sheet No. 220)." Geneva, Switzerland: Author.
119. Organization, W. H. (2011). "Rio political declaration on social determinants of health." Rio de Janeiro, Brazil 21.
120. Ormel, J., M. VonKorff, et al. (1994). "Common mental disorders and disability across cultures." *JAMA: the journal of the American Medical Association* 272(22): 1741-1748.
121. OWLIA PARVIZ, B. E. M., A. SETAREH FOROUZAN, et al. (2011). "HEALTH RESEARCH PRIORITY SETTING IN IRAN: INTRODUCTION TO A BOTTOM UP APPROACH." *JOURNAL OF RESEARCH IN MEDICAL SCIENCES (JRMS)*.
122. Padyab, M., M. Ghazinour, et al. (2012). "Factor Structure of the Farsi version of the Ways of Coping Questionnaire." *Journal of Applied Social Psychology* 42(8): 2006-2018.
123. Pazoki, R., I. Nabipour, et al. (2007). "Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: a randomized controlled trial guided by Community-based Participatory Research (CBPR)." *BMC public health* 7(1): 216.
124. Peters, S., E. Pontin, et al. (2011). "Involving relatives in relapse prevention for bipolar disorder: a multi-perspective qualitative study of value and barriers." *BMC psychiatry* 11(1): 172.
125. Petersen, I., K. Baillie, et al. (2012). "Understanding the benefits and challenges of community engagement in the development of community mental health services for common mental disorders: Lessons from a case study in a rural South African subdistrict site." *Transcultural Psychiatry* 49(3-4): 418-437.
126. Pinto, R. M., S. B. Da Silva, et al. (2012). "International participatory research framework: triangulating procedures to build health research capacity in Brazil." *Health promotion international* 27(4): 435-444.

127. Pleis, J. R., J. W. Lucas, et al. (2009). "Summary health statistics for US adults: National Health Interview Survey, 2008." *Vital and health statistics. Series 10, Data from the National Health Survey*(242): 1.
128. Polit, D. F. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, Wolters Kluwer Health.
129. Power, M., M. Bullinger, et al. (1999). "The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide." *Health psychology* 18(5): 495.
130. Prasa, B. A. (2012). "STRES DAN KOPING ORANGTUA DENGAN ANAK RETARDASI MENTAL." *EMPATHY Jurnal Fakultas Psikologi* 1(1.({
131. Rifkin, S. B. (2009). "Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience." *International Health* 1(1): 31-36.
132. Roohafza, H., M. Sadeghi ,et al. (2009). "Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran." *Croatian medical journal* 50(4): 380-386.
133. Rose, V. K. and L. M. Thompson (2012). "Space, place and people: a community development approach to mental health promotion in a disadvantaged community." *Community Development Journal* 47(4): 604-611.
134. Saraceno, B. (2002). "The WHO world health report 2001 on mental health." *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11: 83-87.
135. Saraceno, B., M. van Ommeren, et al. (2007). "Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries." *The Lancet* 370(9593): 1164-1174.
136. Sarr, P. T., C. J. Kasturiarachchi, et al. (2010). "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* 59(1): 64-70.
137. Schieman, S., A. Bierman, et al. (2013). *Religion and mental health. Handbook of the Sociology of Mental Health*, Springer: 457-478.
138. Segraves, R. T. (1980). "Marriage and mental health." *Journal of sex & marital therapy* 6(3): 187-198.
139. Shabani, M., M. Moghimi, et al. (2012). "Life Skills Training Effectiveness on Non-Metastatic Breast Cancer Mental Health: A Clinical Trial." *Middle East Journal of Cancer* 3(4): 109-117.
140. Shattell, M., J. Stacciarini, et al. (2010). "Review: community-based participatory research approach to address mental health in minority populations." *Community Mental Health Journal*.

141. Sheikhattari, P. and F. Kamangar (2010). "How can primary health care system and community-based participatory research be complementary?" *International Journal of Preventive Medicine* 1(1): 1.
142. Sobhi-Gharamaleki, N. and S. Rajabi (2010). "Efficacy of life skills training on increase of mental health and self esteem of the students." *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 5: 1818-1822.
143. Solar, O. and A. Irwin (2007). "A conceptual framework for action on the social determinants of health".
144. Speziale, H. S., H. J. S. Streubert, et al. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*, Wolters Kluwer health.
145. Tobin, G. A. and C. M. Begley (2004). "Methodological rigour within a qualitative framework." *Journal of advanced nursing* 48(4): 388-396.
146. Truman, C. and P. Raine (2002). "Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project." *Health & social care in the community* 10(3): 136-143.
147. Van de Ven, A. H. and A. L. Delbecq (1972) ".(The nominal group as a research instrument for exploratory health studies." *American Journal of Public Health* 62(3): 337-342.
148. van Roosmalen, M., C. Gardner-Elahi, et al. (2013). "A systems relations model for Tier 2 early intervention child mental health services with schools: An exploratory study." *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 18(1): 25-43.
149. Wallerstein, N. and B. Duran (2010). "Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity." *American Journal of Public Health* 100(S1): S40-S46.
150. Wallerstein, N. and B. Duran (2010). "Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity." *American Journal of Public Health* 100.
151. Wallerstein, N. B. and B. Duran (2006). "Using community-based participatory research to address health disparities." *Health Promotion Practice* 7(3): 312-323.
152. Ward, E. C. (2005). "Keeping It Real: A Grounded Theory Study of African American Clients Engaging in Counseling at a Community Mental Health Agency." *Journal of Counseling Psychology* 52(4): 471.
153. Wells, J., J. Barlow, et al. (2003). "A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools." *Health Education* 103(4): 197-220.
154. Whitehead, M. (1991). "The concepts and principles of equity and health." *Health promotion international* 6(3): 217-228.

155. Whitehead, M. (1992). "The concepts and principles of equity and health." *International journal of health services* 22(3): 429-445.
156. Whitney, J., J. Murray, et al. (2005). "Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study." *The British Journal of Psychiatry* 187(5): 444-449.
157. Woodside, S. K. (2008). "Asset-Based Community Development: A Case Study".
158. Wright, J., S. Common, et al. (2013). "Integrating community mental health within primary care in southern Malawi: A pilot educational intervention to enhance the role of health surveillance assistants." *International Journal of Social Psychiatry*.
۱۵۹. نجات, سحرناز, (2006). "استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی." مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۴(۴): ۱-۱۲.



## ضمیمه ۱- فرم رضایت نامه شرکت کنندگان در مصاحبه های عمیق فردی ارائه مدل مناسب مداخلات اجتماع محور سلامت روان در زنان شهر تهران

محل سکونت :

کشور استان/شهر: منطقه: محله:

سال تولد :

میزان تحصیلات :

### هموطن گرامی

با توجه به بررسی های انجام شده، از هر ۱۰۰ نفر جمعیت کشور ما ۳۶ نفر از سلامت روان مناسب برخوردار نمی باشند که این درصد در زنان دو برابر مردان است و احتمال می رود با در نظر گرفتن روند تغییرات جمعیتی، این میزان نیز افزایش یابد. لذا لزوم انجام اقدامات به منظور بالا بردن سلامت روان خصوصا در زنان کاملا ضروری می باشد. از شما به عنوان خانم متاهل ساکن در منطقه ۲۲ دعوت کرده ایم تا ما را در شناخت درست مشکلات سلامت روان در زنان یاری نمایید

برگزاری این مصاحبه ۶۰ دقیقه به طول می انجامد، خواهشمند است توجه فرمایید شرکت شما در این مطالعه داوطلبانه بوده و در صورت عدم تمایل، مجبور به انجام آن نیستید. قابل توجه است که از صحبت های شما بدون ذکر نام استفاده خواهد شد و اصل رازداری و حرمت کلام شما رعایت خواهد شد.

در پایان از شرکت شما در این مطالعه قدردانی می گردد و خواهشمند است در صورت تمایل با امضای این برگه رضایت خود را از شرکت در این مصاحبه فردی اعلام نمایید.

محل امضای شرکت کننده :

تاریخ :

باتشکر

گروه پژوهشگران



## ضمیمه ۲ - راهنمای مصاحبه عمیق فردی در طرح تحقیقاتی ارائه مدل مناسب جهت مداخلات اجتماع محور سلامت روان در زنان شهر تهران

### اطلاعات کلی مصاحبه

شماره مصاحبه :  
تاریخ مصاحبه :  
مکان مصاحبه :  
تعداد مصاحبه :  
نام فرد مصاحبه کننده :  
زمان شروع مصاحبه :  
زمان پایان مصاحبه :

### ویژگیهای دموگرافیک مصاحبه شونده

ویژگیهای فردی مصاحبه شونده :  
سن :  
جنس :  
تحصیلات :  
وضعیت تاهل :  
تعداد فرزندان :  
وضعیت اشتغال :  
آدرس محل سکونت : نام منطقه  
نام محله :  
شماره تلفن ( در صورت تمایل ) :

### شروع مصاحبه

معرفی / بیان اهداف مطالعه

- برای شروع مصاحبه پیشنهاد میشود با این سوال کلی و ساده شروع کنید :
- شما حتما تعریفی از فردی با سلامت جسمی دارید، نه؟
- حالا من میخوام بدونم تعریف شما از فردی که دارای سلامت روانه چیه؟
- در هر مورد پس از شنیدن پاسخ می بایست پروب مناسب صورت گیرد مانند :
- میتونی مثال بزنی؟ - چطور؟ - کی؟ - چرا؟ - یعنی چه؟
- چند سوال نمونه :
- شما خودت رو از لحاظ روانی سالم می دونید؟
- میتونی یه روز رو که از لحاظ روانی در سلامت نبودی برام تعریف کنی؟
- فرآیند به خوبی پروب شود
- برای دست یابی به سلامت روان چه اقداماتی کرده اید؟
- پتانسیل های منطقه
- عوامل تسهیلگر
- موانع
- مکانیسم دریافت کمک ( فردی - خانوادگی - اجتماعی)
- چه اقداماتی را پیشنهاد می کنید؟ چگونه؟.....



### ضمیمه ۳ - راهنمای مصاحبه جهت تعیین اولویت های سلامت روان در طرح تحقیقاتی " ارائه مدل مناسب جهت مداخلات اجتماع محور سلامت روان در زنان شهر تهران "

#### اطلاعات کلی مصاحبه

شماره مصاحبه : تاریخ مصاحبه :  
مکان مصاحبه : تعداد مصاحبه :  
نام فرد مصاحبه کننده :  
زمان شروع مصاحبه : زمان پایان مصاحبه :

#### ویژگیهای دموگرافیک مصاحبه شونده

ویژگیهای فردی مصاحبه شونده :  
سن : جنس : تحصیلات :  
وضعیت تاهل : تعداد فرزندان :  
وضعیت اشتغال :  
آدرس محل سکونت : نام منطقه : نام محله :  
شماره تلفن ( در صورت تمایل ) :

#### شروع مصاحبه

معرفی / بیان اهداف مطالعه  
ارائه لیست نیازهای سلامت روان استخراج شده از مطالعه کیفی و اطلاعات ثانویه  
اولویت بندی لیست مزبور توسط مصاحبه شونده  
پیشنهاد مداخلات لازم جهت ارتقاء سلامت روان و نحوه اجرا



#### ضمیمه ۴ - نمونه ای از شاخص های مربوط به تعیین اولویت به روش ENHR

تکراری نبودن	جنبه های اخلاقی	مقبولیت سیاسی	زمان	هزینه بری	قابلیت اجرا	عنوان اولویت





## ضمیمه ۵ – پرسشنامه پایان نامه : شیوه های مقابله با استرس و کیفیت زندگی

### بسمه تعالی

تاریخ تکمیل پرسشنامه : روز/ماه / سال  
 وضعیت تاهل : متاهل: فوت همسر : مطلقه :  
 تاریخ تولد : روز/ماه / سال  
 آخرین مدرک تحصیلی : بیسواد ابتدایی راهنمایی سیکل  
 دیپلم فوق دیپلم  
 لیسانس فوق لیسانس دکترا و بالاتر وضعیت اشتغال : شاغل  
 خانه دار

مدت سالهای مشترک زندگی : ..... سال تعداد فرزندان :

قبل از پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه چند لحظه صبر کنید و به بدترین وضعیت تنش زا که اخیرا با آن مواجه شده اید فکر کنید . وضعیتی که شما را دچار مشکل یا آشفتگی خاطر کرده است . بدین معنی که از آنچه به وجود آمده ناراحت شدید و یا اینکه مجبور به تلاش برای حل مشکل شده اید . این وضعیت ممکن است در خانواده، محل کار، بین دوستان یا هر جای دیگری به وجود آید. لطفا قبل از پاسخ به سوالات به جزئیات واقعه فکر کنید، به طور مثال این واقعه کجا اتفاق افتاده؟ چه کسانی درگیر ماجرا بوده اند؟ شما چگونه عمل کردید؟ و چقدر برای شما با اهمیت بوده است؟ با انتخاب گزینه ها بین ۰، ۱، ۲ و ۳ مشخص کنید آن گزینه تا چه حد بیانگر نظر شما می باشد؟

۰) کاملا مخالفم

۱) تا حدی مخالفم

۲) تا حدی موافقم

۳) کاملا موافقم

شماره	عنوان	کاملا مخالفم	تا حدی مخالفم	تا حدی موافقم	کاملا موافقم
۱	فکر خود را فقط به این موضوع متمرکز کردم که در قدم بعدی چه کاری میبایست انجام دهم	۰	۱	۲	۳
۲	برای اینکه مشکل را بهتر درک کنم سعی کردم به تحلیل بیشتر آن پردازم	۰	۱	۲	۳
۳	برای اینکه ذهن خود را مشغول کنم به کار یا فعالیت دیگری پرداختم	۰	۱	۲	۳
۴	احساس کردم زمان همه چیز را عوض می کند. تنها کاری که می بایست انجام دهم صبر کردن است	۰	۱	۲	۳
۵	با شرایط کنار آمدم تا در عوض از وضعیت موجود به یک نتیجه مثبت برسم	۰	۱	۲	۳
۶	کاری انجام دادم که نمی دانستم عملی است یا نه ولی حداقل می دانستم که دارم کاری انجام می دهم	۰	۱	۲	۳
۷	سعی کردم فرد مسئول (خودم یا دیگری) نظرش را عوض کند	۰	۱	۲	۳
۸	برای اینکه بیشتر در مورد وضعیت موجود بدانم با دیگران هم صحبت کردم	۰	۱	۲	۳
۹	خودم را مورد انتقاد یا سرزنش قرار دادم	۰	۱	۲	۳
۱۰	سعی کردم پلهای پشت سرم را خراب نکنم و راه برگشت را باز بگذارم	۰	۱	۲	۳
۱۱	امیدوار بودم معجزه ای رخ دهد	۰	۱	۲	۳
۱۲	این قضیه را از زاویه قضا و قدر دیدم. بعضی وقت ها فقط بدشانسی می آورم	۰	۱	۲	۳
۱۳	به کار خود ادامه دادم انگار نه انگار که اتفاقی افتاده بود	۰	۱	۲	۳
۱۴	سعی کردم احساسات خود را درون خود نگه دارم و نشان ندهم	۰	۱	۲	۳
۱۵	سعی کردم به نقطه مثبت قضیه فکر کنم	۰	۱	۲	۳
۱۶	بیشتر از حد معمول خوابیدم	۰	۱	۲	۳
۱۷	عصبانیت خود را سر کسی که باعث به وجود آمدن مشکل شده بود خالی کردم	۰	۱	۲	۳
۱۸	همدردی و تفاهم دیگران را پذیرفتم	۰	۱	۲	۳
۱۹	به خودم چیزهایی گفتم که کمک کرد احساس بهتری داشته باشم	۰	۱	۲	۳
۲۰	به من الهام شد که کار مثبتی انجام دهم	۰	۱	۲	۳
۲۱	سعی کردم موضوع را کاملا فراموش کنم	۰	۱	۲	۳

۳	۲	۱	۰	به من کمک های حرفه ای و تخصصی در مورد مسئله به وجود آمده داده شد	۲۲
۳	۲	۱	۰	این تجربه به رشد شخصیتی من کمک کرد	۲۳
۳	۲	۱	۰	قبل از اینکه دست به انجام کاری بزنم صبر کردم ببینم چه اتفاقی می افتد	۲۴
۳	۲	۱	۰	عذرخواهی کردم یا سعی کردم کاری کنم که جبران کرده باشم	۲۵
۳	۲	۱	۰	برنامه ریزی کردم و همان را دنبال کردم	۲۶
۳	۲	۱	۰	مجبور شدم نزدیک ترین چیزی که به خواسته ام بود را قبول کنم	۲۷
۳	۲	۱	۰	هرطور شده بود احساسات خودم را نشان دادم	۲۸
۳	۲	۱	۰	متوجه شدم که من مسئولیت وضعیت موجود را به دوش گرفتم	۲۹
۳	۲	۱	۰	پس از این تجربه پخته تر شدم	۳۰
۳	۲	۱	۰	با کسی صحبت کردم که می توانست برای حل مسئله کاری برایم انجام دهد	۳۱
۳	۲	۱	۰	برای مدتی از موضوع کناره گیری کردم. سعی کردم استراحت کنم یا به مسافرت بروم	۳۲
۳	۲	۱	۰	برای اینکه احساس بهتری داشته باشم کارهایی از قبیل خوردن، نوشیدن، سیگار کشیدن، مصرف دارو و .... انجام می دادم	۳۳
۳	۲	۱	۰	دل را به دریا زدم یا دست به یک کار پرمخاطره زدم	۳۴
۳	۲	۱	۰	سعی کردم عجولانه عمل نکنم یا دنبال اولین چیزی که احساس کردم نرم	۳۵
۳	۲	۱	۰	ایمان جدیدی پیدا کردم	۳۶
۳	۲	۱	۰	غرور خودم را حفظ کردم و خم به ابرو نیاوردم	۳۷
۳	۲	۱	۰	مجددا پی بردم که چه چیزی در زندگی مهم است	۳۸
۳	۲	۱	۰	برنامه را عوض کردم به نحوی که همه چیز به نتیجه مطلوب برسد	۳۹
۳	۲	۱	۰	معمولا از بودن با مردم دوری می کردم	۴۰
۳	۲	۱	۰	اجازه ندادم موضوع روی من تاثیر بگذارد و سعی کردم زیاد به آن فکر نکنم	۴۱
۳	۲	۱	۰	با یکی از اقوام یا دوستانم که برایش احترام قائل بودم مشورت کردم	۴۲
۳	۲	۱	۰	اجازه ندادم دیگران متوجه شوند که موضوع چقدر بد و زیان آور بود	۴۳
۳	۲	۱	۰	موضوع را خیلی جدی نگرفتم	۴۴

۴۵	درمورد احساساتم با یک نفر صحبت کردم	۰	۱	۲	۳
۴۶	سر حرف خود ایستادم و تلاش کردم به چیزی که می خواستم برسیم	۰	۱	۲	۳
۴۷	گرفتاری و مسائلم را سر بقیه خالی کردم	۰	۱	۲	۳
۴۸	از تجربیات گذشته ام استفاده کردم. قبلا هم در موقعیت مشابه قرار گرفته بودم	۰	۱	۲	۳
۴۹	می دانستم چه کاری باید انجام می شد بنابراین برای اینکه کار عملی شود تلاش خود را دوچندان کردم	۰	۱	۲	۳
۵۰	نمی خواستم باور کنم که این اتفاق رخ داده است	۰	۱	۲	۳
۵۱	به خودم قول دادم که دفعه دیگر همه چیز فرق خواهد داشت	۰	۱	۲	۳
۵۲	چندین راه حل مختلف برای حل مشکلم به ذهنم رسید	۰	۱	۲	۳
۵۳	از آنجایی که نمیتوانستم کار دیگری انجام دهم شرایط را پذیرفتم	۰	۱	۲	۳
۵۴	سعی کردم احساساتم زیاد تحت تاثیر چیزهای دیگر قرار نگیرد	۰	۱	۲	۳
۵۵	آرزو کردم ای کاش می توانستم آنچه اتفاق افتاده یا آنچه حس کردم را تغییر دهم	۰	۱	۲	۳
۵۶	اخلاق و رفتار خود را تا حدودی عوض کردم	۰	۱	۲	۳
۵۷	در خواب و خیال خودم زمان یا مکان بهتر از آنچه در آن قرار داشتم را تصور می کردم	۰	۱	۲	۳
۵۸	آرزو کردم که ای کاش آن وضعیت به طریقی تمام می شد	۰	۱	۲	۳
۵۹	خیلی خوش بین بودم و با خودم فکر می کردم چطور ممکن بود همه چیز به نتیجه مطلوب برسد	۰	۱	۲	۳
۶۰	به دعا کردن پرداختم	۰	۱	۲	۳
۶۱	خودم را برای بدترین وضعیت آماده کرده بودم	۰	۱	۲	۳
۶۲	در ذهن خود مرور می کردم چه باید بگویم یا چه کار باید بکنم	۰	۱	۲	۳
۶۳	به این فکر کردم که اگر فرد مورد تحسین من جای من بود چطور از پس این موضوع بر می آمد و می توانستم کار او را الگوی خود قرار دهم	۰	۱	۲	۳
۶۴	سعی کردم از نقطه نظر فرد دیگری به موضوع نگاه کنم	۰	۱	۲	۳
۶۵	به خود یادآوری می کردم که چقدر مسائل می توانست بدتر از این باشد	۰	۱	۲	۳
۶۶	به ورزش کردن یا دویدن پرداختم	۰	۱	۲	۳

### پرسشنامه کیفیت زندگی

بسیار خوب	خوب	نه بد نه خوب	بد	بسیار بد		
۵	۴	۳	۲	۱	کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید	۱

خیلی راضی	راضی	نه راضی و نه ناراضی	ناراضی	خیلی ناراضی		
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از سلامت خود راضی هستید؟	۲

در سوالات زیر بپرسید که چقدر موارد خاص و مورد نظر را در ۴ هفته پیش تجربه کرده اید

حداکثر ممکن	خیلی زیاد	اندازه متوسط	یک کمی	اصلا		
۱	۲	۳	۴	۵	چقدر درد جسمانی مانع انجام کارهای مورد نظرتان می گردد؟	۳
۱	۲	۳	۴	۵	چقدر برای فعالیت های روزمره نیازمند درمان پزشکی هستید؟	۴
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از زندگی خود لذت می برید؟	۵
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر احساس می کنید که زندگی شما معنی دار است؟	۶
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۷
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر در زندگی روزمره خود احساس امنیت می کنید؟	۸
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر محیط اطراف شما سالم است؟	۹

سوالات زیر درباره این است که در ۴ هفته اخیر امور را چگونه تجربه کردید و قادر به انجام چه چیزهایی

بودید

کاملا	اکثرا	متوسط	کمی	اصلا		
۵	۴	۳	۲	۱	آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۱۰
۵	۴	۳	۲	۱	آیا از ظاهر بدن خود راضی هستید؟	۱۱
۵	۴	۳	۲	۱	آیا به اندازه احتیاج پول دارید؟	۱۲
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر به اطلاعات مورد نیاز روزمره خود دسترسی دارید؟	۱۳
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر امکان فعالیت های تفریحی دارید؟	۱۴

خیلی خوب	خوب	نه خوب نه بد	بد	خیلی بد		
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر می توانید جابجا شوید و تحرک داشته باشید؟	۱۵
خیلی راضی	راضی	نه راضی و نه ناراضی	ناراضی	خیلی ناراضی		
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از خواب خود رضایت دارید؟	۱۶
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از توانایی خود در انجام امور روزمره زندگی رضایت دارید؟	۱۷
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از توانایی خود برای کار کردن (اشتغال) رضایت دارید؟	۱۸
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از خودتان رضایت دارید؟	۱۹
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از روابط خصوصی خود رضایت دارید؟	۲۰
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟	۲۱
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از حمایتی که از دوستان خود دریافت می دارید راضی هستید؟	۲۲
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از شرایط محل سکونت خود رضایت دارید؟	۲۳
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۲۴
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از امکانات حمل و نقل خود راضی هستید؟	۲۵
همیشه	اکثرا	نسبتا	بندرت	هرگز		
۱	۲	۳	۴	۵	چقدر دچار حالاتی مانند خلق غمگین، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می شوید.	۲۶

با تشکر از همکاری شما

## ضمیمه ۶ - نمونه ای از اطلاعیه

### قابل توجه بانوان محترم ساکن در شهرک چشمه

- آیا مهارت‌های لازم در برخورد با ناملایمات زندگی را می‌دانید؟
- آیا می‌دانید در شرایط ناگوار، چه مواد غذایی از استرس شما کم می‌کند؟
- آیا می‌دانید چگونه می‌توان مشکلات را قدم به قدم حل کرد؟

کلاسهای آموزشی "به سوی آرامش" با هدف آموزش مهارت‌های مقابله با استرس به صورت رایگان تشکیل می‌شود.

آدرس: شهرک چشمه - دفتر بانوان - جنب مسجد شهرک چشمه  
زمان: چهارشنبه - ششم آذر ماه سال ۹۲ - ساعت ۳ تا ۵ بعد از ظهر همزمان با جشنواره غذا

#### ویژگی کلاسها

رایگان  
به صورت هفتگی  
زیر نظر دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
برخورداری از کلاسهای مشاوره روانشناسی  
اعطای جوایز برای افراد برتر دوره





## ضمیمه ۷ - نمونه ای از تکلیف شب

خاطره یا موضوعی را که هنوز هم احساس خشم در شما ایجاد می کند را به ذهن بیاورید . سعی کنید تمام جزئیات را یادآوری کنید . این کار را تا جایی ادامه دهید که احساس مشابه همان احساس خشم را داشته باشید .

علائم بروز خشم را به ترتیب بروز در خود جستجو کنید :

..... ۱.

..... ۲.

..... ۳.

..... ۴.

..... ۵.

از زمان ظهور کدام علامت به بعد است که دیگر کنترل خشم سخت می شود ؟  
آنچه را که از فکرتان می گذرد (آنچه که با خود می گوئید ) را بنویسید  
این افکار را با دوستان صمیمی خود در میان گذاشته و نظر آنها را بپرسید . آیا آنها هم با شما هم عقیده اند یا معتقدند که می توان نوع دیگری نیز به موضوع نگاه کرد ؟