

بررسی اثربخشی مداخلات اجتماعی محور در ارتقای سلامت روان زنان

آمنه ستاره فروزان^۱، منیر برادران افتخاری^{۲*}، آرش میرابزاده^۱، حسین ملک‌افضالی^۳، مصصومه دژمان^۱، حمیرا سجادی^۱، فرخنazar محمدی^۱، حسن رفیعی^۱، مریم رجبی^۱، لیدا مقیان^۴، الهام حبیبی^۲، کتایون فلاحت^۲

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران-۲- معاونت تحقیقات و فن اوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی-۳- گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران-۴- گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران

* نویسنده مسؤول: شهرک غرب، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن اوری، تهران. تلفن: ۸۱۴۵۵۱۸۴ نمبر: ۴۴۱۰۱۳۸۷ پست الکترونیک: mbeftekhari200@gmail.com

دریافت: ۹۳/۸/۱۹ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۸

چکیده

مقدمه: سلامت روان به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی مؤثر بر سلامت، اهمیت ویژه‌ای دارد و هیچ وضعیت بهداشتی دیگری از لحاظ شیوع، تداوم و وسعت، مانند مشکلات روانی به خصوص در زنان مطرح نمی‌باشدند. لذا ما در این مطالعه بر آن شدیدم تا با رویکرد اجتماعی محور و بکارگیری روش‌های کیفی و کمی، ضمن شناسایی دقیق پارادایم مربوطه، گامی در جهت ارتقای سلامت روان در زنان برداریم.

روش کار: مطالعه از نوع مداخله‌ای و با رویکرد اجتماعی محور مشارکتی طراحی شده است. جامعه هدف، زنان متأهل ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در منطقه ۲۲ شهرداری تهران می‌باشند. در این تحقیق، ابتدا با استفاده از یک مطالعه کیفی از نوع بستر زاد، فرآیند، ساختار و مفاهیم مرتبط با ارتقای سلامت روان زنان بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان تبیین گردید و سپس نیازها و اولویت‌های مربوطه با حضور ذهنی مخصوص شد. بر اساس اولویت تعیین شده، طراحی و اجرای مداخلات به منظور ارتقای سلامت روان به صورت مشارکتی انجام گردید و در انتها نیز اثربخشی مداخلات از طریق طراحی مطالعه قبل و بعد و با در نظر گرفتن گروه مقایسه و با حجم نمونه ۱۰۰ نفر در هر گروه تعیین شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از مطالعه بستر زاد، متغیر اصلی در پارادایم ارتقای سلامت روان، جستجوی آرامش نام گرفت. کنش برهم‌کنش‌های لازم جهت ارتقای سلامت روان شامل تقویت جوهره انسانی، توسعه مهارت‌های زندگی و دریافت کمک بود. نیازهای استخراج شده در سه طبقه اصلی عوامل ساختاری، زمینه و بافت و عوامل فرآیندی قرار گرفتند و اولویت اصلی جهت طراحی مداخلات، آموزش شیوه‌های سازگار مقابله با استرس تعیین شد. مداخلات به صورت مشارکتی و از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی، توزیع پمפלت‌های آموزشی و تهیه دو جلد کتاب آموزشی با زبان ساده به مدت سه ماه اجرا گردید. ارزیابی مداخلات بیانگر آن بود که میانگین نمره شیوه‌های مبتنی بر حل مسئله در گروه مداخله پس از انجام مداخلات به طور معناداری افزایش یافت به نحوی که میانگین امتیاز روش حل مشکل برنامه ریزی شده در گروه مداخله از $(\pm ۳/۳)$ به $(\pm ۱/۶)$ ۱۴/۳ پس از انجام مداخلات رسید. اما در گروه مقایسه، میانگین امتیاز این روش از $(\pm ۳/۵)$ به $(\pm ۱/۳)$ ۱۲/۳۳ تغییر کرد که از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/043$). انجام مداخلات سبب افزایش امتیاز حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی به ویژه حیطه روانی در گروه مداخله نسبت به گروه مقایسه گردید.

نتیجه گیری: بکارگیری روش‌های مطالعات کیفی در شناسایی عمیق فرآیند ارتقای سلامت روان و استفاده از رویکرد اجتماعی محور مشارکتی در تبیین نیازها، اولویت‌بندی، طراحی مداخلات و اجرای آن سبب ارتقای سلامت روان زنان خواهد شد.

گل واژگان: تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، رویکرد اجتماعی محور مشارکتی، سلامت روان، زنان

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

مقدمه

یک فرآیند اجتماعی می‌باشد که دارای تعاملات انسانی بوده و می‌باشد با تجارت مخاطبین، آن را درک و لمس نمود، شناسایی دقیق این فرآیند از طریق انجام یک مطالعه کیفی، زمینه انجام مداخلات مؤثر را فراهم خواهد کرد.

ما در این مطالعه بر آن شدیدم تا طی یک رویکرد اجتماع محور مشارکتی، ابتدا با انجام یک مطالعه کیفی^(۱)، ضمن انجام نیازسنجی سلامت روان^(۲)، اولویت‌های آن را تبیین کنیم و با مشارکت ذی‌نفعان، مناسب‌ترین برنامه‌های مداخله‌ای را طراحی و اجرا کرده و اثربخشی آن را تعیین کنیم^(۳) و در انتهای مدلی جهت ارایه مداخلات سلامت روان در زنان پیشنهاد نماییم. به دلیل گستردگی این مطالعه، در این مقاله تنها به ذکر مراحل لازم جهت طراحی و تعیین اثربخشی مداخلات پرداخته‌ایم.

روش کار

این مطالعه از نوع مداخله‌ای و با رویکرد اجتماع محور مشارکتی طراحی شده است. طبق اصول مربوط به این رویکرد، وجود شبکه‌های اجتماعی و تشکل‌های مردمی در جامعه، از الزامات انجام مطالعه^(۴) می‌باشد. لذا منطقه ۲۲ شهرداری تهران (واقع در غرب تهران) به دلیل وجود دفاتر فعل سلامت شهرداری در منطقه، وجود تشکل‌های مردمی مانند دفتر خیریه زنان، واحد پسیچ خواهان در منطقه، وجود داوطلبین زن فعل در منطقه و وجود آمار دموگرافیک مشخص در منطقه به دلیل مشارکت در پژوهش‌های مختلف شهری، انتخاب گردید. گروه هدف در این مطالعه، کلیه زنان متأهل در سنین ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در منطقه بودند. مطالعه از اوخر سال ۱۳۹۰ آغاز شد و تا پایان سال ۱۳۹۲ ادامه یافت. در این مطالعه از روش‌های کیفی و کمی جهت دستیابی به هدف اصلی مطالعه استفاده شد. مراحل اجرای مطالعه به شرح ذیل می‌باشد:

۱- بسیج جامعه: به عنوان اولین گام اصلی در رویکرد اجتماع محور مشارکتی، بسیج جامعه از طریق کسب مجوزهای لازم جهت ورود به منطقه، شناسایی ذی‌نفعان محلی، برگزاری جلسات توجیهی، جلب همکاری داوطلبین زن متأهل محلی، مصاحبه و گزینش داوطلبین با معیارهای داشتن روابط عمومی قوی، داشتن سواد در حد دیپلم و بالاتر و سایقه فعالیت در برنامه‌های گروهی، اطلاع‌رسانی اهداف طرح و جلب مشارکت سایر ذی‌نفعان از طریق داوطلبین صورت گرفت.

۲- نیازسنجی کیفی سلامت روان: با توجه به ماهیت فرآیندی سلامت روان و لزوم شناسایی عمیق و گسترده آن در بستر مختلفی وجود دارد، اما از آنجایی که فرآیند ارتقای سلامت روان

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان "حالی از بهزیستی است که افراد را قادر می‌سازد تا توانایی‌های خود را تشخیص داده، قادر به کنار آمدن با استرس‌های معمول زندگی باشند و بتوانند به طور بهره‌ور و مؤثر کارکرده و سبب کمک به جامعه خود گردد". در واقع اهمیت سلامت روان و نقش آن در بقای جامعه بشری حاکی از اهمیت انسان به عنوان یک موجود اجتماعی است^(۵). این مقوله مهم بر تمامی جنبه‌های زندگی انسان تأثیرگذار است و ارتباطی دوطرفه و تعاملی چشمگیر با بهزیستی و بهره‌وری در یک جامعه و افراد آن دارد^(۶). از طرف دیگر، مشکلات سلامت روان از شیوع بسیار بالایی به خصوص در زنان برخوردار می‌باشد. این مشکلات، در سنین بسیار جوان تر از دیگر اختلالات ظاهر می‌کند و اغلب دوره طولانی تر و اثرات نامطلوب‌تری بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله عملکرد آموزشی، اشتغال، درآمد، روابط شخصی و مشارکت اجتماعی دارند. هیچ وضعیت بهداشتی دیگری از لحاظ شیوع، تداوم و وسعت، مانند مشکلات روانی و اختلالات سلامت روان مطرح نمی‌باشد^(۷). هم اینک بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند و بیش از این تعداد، دچار مشکلات روانی می‌باشند^(۸). در ایران نیز بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ توسط نوربالا و همکارانش با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی انجام شد، ۲۱٪ از کل جمعیت (۹٪ ۲۵٪) از زنان و ۱۴٪ از مردان)، دچار نوعی از علایم بیماری‌های روانی بودند^(۹): این آمار در سال ۲۰۰۸ در شهر تهران به ۳۶٪ افزایش یافت (۱۰) به ۱ در زنان نسبت به مردان) (۱۱). با ارتقای سلامت روان، حتی در صورت پایداری بیماری‌های روانی و عوامل خطر مربوطه، پیامد سلامت تغییر خواهد کرد. لذا لزوم بکارگیری رویکردی مناسب، ضروری می‌نماید. امروزه در بسیاری از کشورها با استفاده از شعار "سلامت روان برای همه"، سیاست‌گذاری‌های لازم به منظور توسعه و تقویت اقدامات در راستای ارتقای سلامت روان صورت پذیرفته است. توصیه سازمان جهانی بهداشت نیز در این مورد، بکارگیری استراتژی‌های چند جانبه و گسترش از جمله بکارگیری رویکرد اجتماع محور مشارکتی می‌باشد^(۱۱). این رویکرد دارای چهار جزء اساسی شامل مشارکت اجتماع، هدایت برنامه‌ها بر اساس داده‌های اجتماع، اتخاذ راه کار جامع برای ارتقای سلامت و ارزشیابی فرآیند و ارایه بازخورد جهت بهبود برنامه می‌باشد^(۱۲). برای دستیابی به داده‌های اجتماع و انجام نیازسنجی، روش‌های مختلفی وجود دارد، اما از آنجایی که فرآیند ارتقای سلامت روان

هیجان (رویارویی^۸، اجتناب- فرار^۹، دوری گرینی^{۱۰} و خویشتن داری^{۱۱}) را اندازه گیری می نماید. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط پادیاب و قاضی نور تأیید و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸ گزارش شده است (۱۶). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، فرم خلاصه شده مشتمل بر ۲۴ عبارت در چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و عوامل محیطی و دو 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 (اصلاً) تا ۵ (کاملاً) تعیین نمایند. در ایران، این پرسشنامه توسط گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران ترجمه و اعتبارسنجی شده است (۱۷). دقت علمی و اعتبار داده ها در تمامی مراحل طرح مورد توجه قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده ها: در روش کیفی (نظریه بسترزاد)، تجزیه و تحلیل داده ها جهت کشف مفاهیم، زمینه و فرآیند و بر طبق نسخه ۲۰۰۸ کوربین و اشتراوس انجام 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 داده ها خرد شدند، از عین عبارات مشارکت کنندگان یا کدهای دلالت انگیز به عنوان کدهای اولیه استفاده شد. با توجه به کدهای سطح اول، طبقات موقت تکامل یافتهند. کدگذاری محوری نیز همانگ با کدگذاری باز انجام گردید و با ترکیب طبقات، مفاهیم، زمینه و فرآیند به صورت انتزاعی استخراج گردید. جهت افزایش اعتبار داده های کیفی از تأیید مطالب توسط شرکت کنندگان^{۱۲}، سه گوشش سازی یا تلفیق^{۱۳} و بازنگری ناظرین^{۱۴} استفاده شد. در ضمن جهت افزایش پایایی نیز از تأیید و تصدیق داده ها با استفاده از روش های گوناگون جمع آوری داده ها استفاده شد و محقق در جای جای گزارش تحقیق از عین گفتار شرکت کنندگان به عنوان گواه وابستگی یافته ها و شواهد استفاده کرد. در بخش کمی نیز، کلیه داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف متغیرهای مطالعه از آمار توصیفی (میانگین،

طبیعی خود به منظور ارایه مداخلات اثربخش، مطالعه ای از نوع نظریه بسترزاد طراحی گردید. تعداد ۲۰ مصاحبه عمیق فردی به صورت نیمه ساختار یافته با جامعه هدف و بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف^۱ و مبتنی بر نظریه^۲ و با توجه به اشباع داده ها انجام شد (۱۰).

۳- تعیین اولویت های مربوط به سلامت روان: بر اساس رویکرد اجتماع محور مشارکتی، تعیین اولویت های مربوط به ارتقای سلامت روان با حضور ذی نفعان صورت گرفت. به این منظور تعداد چهار جلسه گروهی با جامعه هدف و پنج مصاحبه فردی با ذی نفعان (نمايندگان شهرداری، مرکز بهداشتی درمانی، بسیج، خیریه و دفتر سلامت زنان) تشکیل گردید. در جلسات گروهی از تکنیک گروه اسامی جهت تعیین اولویت استفاده شد.

۴- تعیین مداخلات مناسب جهت ارتقای سلامت روان با توجه به اولویت های استخراج شده و بر اساس خرد جمعی

۵- طراحی برنامه های مداخله ای با مشارکت ذی نفعان (۱۳)

۶- اجرای مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت روان

۷- ارزیابی مداخلات: جهت ارزیابی مداخلات، مطالعه مداخله ای مبتنی بر جامعه به صورت قبل و بعد با در نظر گرفتن گروه مقایسه طراحی گردید. این مطالعه خود دارای دو فاز اصلی شامل تعیین وضعیت قبل و بعد از مداخله بود. به این منظور به صورت تصادفی دو محله از منطقه مورد مطالعه که از لحاظ بعد مسافت از هم فاصله داشتند به عنوان گروه های مداخله و مقایسه انتخاب شدند. بر اساس فرمول حجم نمونه، تعداد ۱۰۰ نفر در هر گروه مداخله و مقایسه با توان ۸۰٪ و اطمینان ۹۵٪ تعیین گردید. جهت ارزیابی مداخلات از دو پرسشنامه استاندارد شده در ایران شامل شیوه های مقابله با استرس فولکمن لازاروس^{۱۴} و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم خلاصه شده (۱۵) استفاده شد. پرسشنامه شیوه های مقابله با استرس فولکمن و لازاروس، دارای ۶۴ عبارت در زمینه راهبردهای مقابله ای بکار گرفته شده توسط افراد در برخورد با اتفاقات پرتنش زندگی می باشد که بر روی یک ابزار چهار قسمتی لیکرت پاسخ داده می شود. این پرسشنامه هشت راهبرد مقابله ای مبتنی بر مشکل (حمایت اجتماعی،^۴ مسؤولیت پذیری^۵، مشکل گشایی برنامه ریزی شده^۶ و باز ارزیابی مثبت^۷) و مبتنی بر

⁸ Confrontive

⁹ Escape - Avoidance

¹⁰ Distancing

¹¹ Self - Controlling

¹² Member check

¹³ Triangulation

¹⁴ External check

¹ Purposeful sampling

² Theoretical sampling

³ Lazarus and Folkman

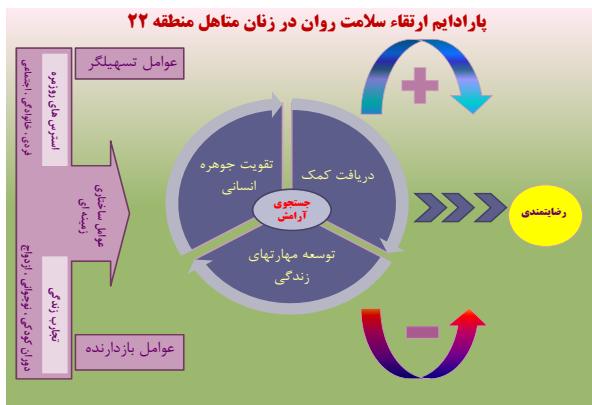
⁴ Seeking Social Support

⁵ Accepting Responsibility

⁶ Planful Problem Solving

⁷ Positive Reappraisal

را طلب می‌کنند. شکل ۱ پارادایم ارتقای سلامت روان در زنان شهر تهران را که حاصل این مطالعه می‌باشد نشان می‌دهد.



شکل ۱- پارادایم پیشنهادی ارتقای سلامت روان در زنان

با شناسایی اجزای پارادایم ارتقای سلامت روان، چالش‌های موجود شناسایی شده و نیازهای سلامت روان استخراج گردیدند. با توجه به اصول رویکرد اجتماعی محور مشارکتی و با حضور مردم و سایر ذی‌نفعان، اولویت‌های مربوط به هر دسته از نیازها نیز تعیین گردید (جدول ۱). از بین اولویت‌های تعیین شده، اولویت اصلی که با توجه به امکانات طرح، زمان‌بندی پرورش و توانایی مجری با مشارکت ذی‌نفعان انتخاب گردید شامل "آموزش مهارت‌های مقابله با استرس" بود.

جدول ۱- لیست نیازهای سلامت روان زنان

طبقات	نیازهای سلامت روان
توسعه اصول اخلاقی در جامعه ^{۱۴} بر طرف کردن اختلافات طبقاتی، اشتغال‌زامی، رشته‌کنی انتقاد، میازده با قدر مبارزه با مغایلات اجتماعی مانند طلاق، ثبات در تصمیم‌گیری‌های کلان	عوامل ساختاری
دوران کودکی؛ تربیت در بستر خانواده، تناسب در تقسیم نقش‌ها در خانواده، وجود پناه‌اطفالی از سوی پدر در خانواده	زمنیه و بافت
دوران، تحصیل، توسعه مهارت‌های ارتقاگری، افزایش آگاهی در زمینه مشکلات ازدواج، انتخاب اقلاًه همسر، انتخاب به موقع همسر، توانان بین نقش‌های خانوادگی-اجتماعی	دوستانه
جوهره انسانی؛ تقویت ابعاد منموی، توسعه خودکنترلی (حسادت، خشم و...)، توسعه برآینده‌بزی در زندگی؛ مقابله با استرس، ارتباط مؤثر، کنترل خشم	عوامل فرآیندی
آشنایی با مهارت‌های زندگی؛ مقابله با استرس، ارتباط مؤثر، کنترل خشم در خواسته‌کنکمک؛ توجه به نقش مشاوره، استفاده صحیح از درمان‌های غیرطبی، تقویت زیستگاه حیاتی	ذوق‌گاری
*اولویت تعیین شده در هر گروه	

جهت انجام این مداخله، نیاز به مشارکت ذی‌نفعان و تقسیم نقش‌ها بود که این امر با حضور مشارکت‌کنندگان صورت گرفت. نحوه انجام مداخله نیز با نظر گروه هدف تعیین شد و به شکل برگزاری کلاس‌های آموزشی (۱۰ جلسه)، تهیه پمپلت، حضور تیم آموزش به صورت سیاری در جلسات هفتگی مردم منطقه و تهیه کتاب جیبی قابل دسترس و ساده توسط تیم تحقیق اجرا شد. در تمام مراحل طراحی مداخلات، ذی‌نفعان و مردم حضور فعال داشتند. در خصوص برگزاری جلسات آموزشی، اطلاع‌رسانی

بهار ۹۴، دوره هجدهم، شماره اول، پیاپی ۶۸

انحراف‌معیار) استفاده شد. برای بررسی رابطه میان میانگین‌ها در دو گروه مستقل (مداخله-کنترل)، از آزمون تی مستقل و برای بررسی رابطه میانگین‌ها در یک گروه قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد. پیش نیازهای انجام آزمون‌ها نیز قبل از اجرا بررسی شدند.

ملاحظات اخلاقی: کلیه ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، حفظ بین‌نامی، محترمانه ماندن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از مطالعه در نظر گرفته شد.

نتایج

بر اساس گام نخست رویکرد اجتماعی محور مشارکتی، ذی‌نفعان شناسایی شده در سطح منطقه شامل معاونت اجتماعی شهرداری منطقه ۲۲، خانه‌های سلامت مستقر در منطقه، مرکز بهداشتی درمانی، دفتر سلامت زنان، بسیج منطقه و دفتر خیرین بودند. پس از توجیه ذی‌نفعان، با همکاری داوطلبین، فاز کیفی مطالعه انجام شد که نتایج آن پیش‌تر به چاپ رسیده است (۹ و ۱۰) و در این مقاله، اهم نتایج آن ارایه می‌گردد.

در این فاز، ۲۰ مصاحبه عمیق فردی با ۱۸ زن و ۲ مرد متأهل انجام شد. علت انجام مصاحبه با مردان، این بود که در طی مصاحبه‌های اولیه، زنان به نقش ازدواج در امر سلامت روان اشاره کردند. لذا جهت واکاوی عمیق‌تر این موضوع ناچار به مصاحبه با مردان متأهل شدیم. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها منجر به استخراج طبقات/ درون‌مایه‌هایی شد که فرآیند ارتقای سلامت روان را در زنان متأهل نشان داد. طبقات/ درون‌مایه‌های اصلی استخراج شده عبارت بودند از "استرس‌های روزمره" جستجوی آرامش، رضایتمندی، تقویت جوهره انسانی، توسعه مهارت‌های زندگی، جستجوی کمک، تجارب زندگی و عوامل تسهیلگر و بازدارنده^{۱۵}. در مجموع ۸ طبقه و ۲۲ زیر طبقه از داده‌ها استخراج شدند. عوامل ساختاری/ زمینه‌ای شامل استرس‌های روزمره با منشاً فردی، خانوادگی و اجتماعی و همین طور تجارب زندگی در دوران کودکی، نوجوانی و ازدواج بودند. فرآیند ارتقای سلامت روان نیز شامل کنش برهم‌کنش‌هایی بود که با تقویت جوهره انسانی، توسعه مهارت‌های زندگی و دریافت کمک دنبال شده و به دنبال متغیر اصلی^{۱۵}/ طبقه مرکزی "جستجوی آرامش" بود و تمام این فرآیند برای رسیدن به هدف "دستیابی به رضایتمندی" صورت می‌گرفت. در واقع نتایج حاصل از این مرحله، نشان داد که جستجوی آرامش فعالیت عمده‌ای است که زنان برای دستیابی به سلامت روان آن

^{۱۵} Core variable

بررسی اثربخشی مداخلات...

جدول ۲- مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مقایسه و مداخله- منطقه ۲۲ شهرداری تهران

متغیرهای دموگرافیک	گروه مقایسه	مقدار p	مداخله	گروه مقایسه	مقدار p	متغیرهای دموگرافیک
میانگین سن (انحراف معیار)	۴۰/۳۵ (۸/۶)			میانگین سن (انحراف معیار)	۴۰/۱۰ (۱/۰۴)	
میانگین سالهای زندگی مشترک (انحراف معیار)	۱۶/۲۵ (۱۱/۸)			میانگین سالهای زندگی مشترک (انحراف معیار)	۱۶/۲۳ (۱۲/۲)	
تعداد فرزندان						
کمتر از سه	۷۱	.۷				
سه و بیشتر	۲۹	.۲۳				
وضعیت اشتغال						
خانه‌دار	۵۶	.۵۵				
شاغل	۴۴	.۴۵				
وضعیت تحصیلی						
دبلم و زیر دبلم	۶۳	.۶۱				
دانشگاهی	۲۷	.۳۹				

از لحاظ میانگین متغیرهای مورد بررسی شامل شیوه‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی نیز، تفاوت معناداری بین گروه مقایسه و مداخله قبل از انجام مداخله وجود نداشت و پس از انجام مداخلات، در گروه مقایسه که هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکرده بودند نیز تفاوت معناداری، قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد. اما در گروه مداخله، میانگین نمره روش‌های مقابله مبتنی بر حل مسئله شامل مقابله رویارو، حل مشکل برنامه‌ریزی شده و جلب حمایت‌های اجتماعی بعد از انجام مداخله، به طور معناداری افزایش یافت و روش مقابله مبتنی بر هیجان شامل اجتناب/ فرار نیز به طور معناداری کاهش پیدا کرد ($p < 0.001$). مقایسه میانگین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی نیز در گروه مداخله، پس از انجام مداخلات در حیطه‌های روانی و محیطی افزایش معناداری را نسبت به قبل از مداخله نشان داد (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره شیوه‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و مقایسه قبل و بعد از انجام مداخلات

متغیر	گروه مقایسه		گروه مقایسه		شیوه‌های مقابله با استرس	
	قبل از مداخله		بعد از مداخله			
	مقدار p	میانگین (انحراف معیار)	مقدار p	میانگین (انحراف معیار)		
رویارو						
حبابه‌های اجتماعی						
حل مشکل برنامه‌ریزی شده						
دوری گزینی						
خوشنوداری						
مسئولیت‌پذیری						
اجتناب/ فرار						
باز ارزیابی مشتبه						
کیفیت زندگی						
جسمی						
روانی						
اجتماعی						
محیطی						

بحث

جهت ارتقای سلامت روان به کار گرفته شده است. بسیج جامعه و بکارگیری داوطلبین زن از اقدامات اساسی در جلب مشارکت جامعه در این مطالعه بود. در بررسی برنامه‌های اجتماعی محور مشارکتی در ایران نیز، بیشترین نقاط قوت، وجود روحیه همدلی

و همانگی توسط مردم و آموزش، توسط تیم تحقیق که متشکل از روان‌شناسان بالینی بود، انجام شد. تدوین کتاب نیز به عهده تیم تحقیق و زیر نظر روان‌شناسان و روان‌پزشکان مجرب انجام شد و بازخوانی و اصلاح آن از لحاظ قابل فهم بودن، توسط مردم صورت گرفت. مدت انجام مداخله سه ماه بود. تعداد پمفتلهای طراحی شده ۱۰ عدد و کتاب نیز دو جلد با عنوانی "بهسوی آرامش/ توشه راه" و "بهسوی آرامش/ راهکارهای سازگاری" بودند. عنوانین کتاب‌ها با مشارکت گروه هدف و براساس متغیر اصلی مطالعه کیفی، انتخاب شد. جهت ارزیابی مداخلات، تکمیل پرسشنامه‌های شیوه‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر قبل از مداخله و ۱۰۰ نفر بعد از مداخله) و مقایسه (۱۰۰ نفر قبل از مداخله و ۱۰۰ نفر بعد از مداخله) انجام شد.

میانگین سنی گروه هدف در محله مداخله و مقایسه در کل ($40/۹۳ \pm 10/۰۵$) سال و سالهای زندگی مشترک با همسر به طور متوسط ($12/1 \pm 12/1$) سال بود. در بین شرکت‌کنندگان، ۷۴٪ کمتر از سه فرزند داشتند و ۵۵٪ خانه‌دار بودند. از لحاظ تحصیلی، ۲۶٪ زیردیپلم، ۳۱٪ دیپلمه و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند؛ اختلاف آماری معناداری بین گروه مداخله و مقایسه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک وجود نداشت (جدول ۲).

مقابله با استرس می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تمامی شیوه‌های مقابله با استرس مبتنی بر حل مسئله در اثر انجام مداخلات افزایش یافته و تمامی شیوه‌های مقابله هیجان مدار به جز باز ارزیابی مثبت و روش دوری‌گزین نیز کاهش یافته است. به نظر می‌رسد انجام مداخلات نه تنها بر افزایش آگاهی افراد مؤثر بود، بلکه بر تغییر نگرش و بهبود عملکرد آنان نیز تأثیر داشته است. ارتقای امتیاز حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی، شاهد این مدعای باشد.

نتیجه‌گیری

استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس در ارتقای سلامت روان مؤثر است.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری

در نظام سلامت

آموزش شیوه‌های سازگار مقابله با استرس به عنوان یکی از روش‌های مداخله‌ای مؤثر همواره مطرح بوده است اما آن چه که نقطه تمایز این مطالعه با سایر مطالعات می‌باشد، استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی و حضور ذی‌نفعان در تمام منطقه، لازم بود نه تنها مجوزهای لازم از طریق افراد کلیدی اخذ گردد بلکه از امکانات و پتانسیل‌های آنان نیز استفاده شود. قادر به افزایش استفاده از شیوه حمایت‌طلبی در مقابله با استرس می‌گردد. در این تحقیق، استفاده از تجارت مشترک و بکارگیری خلاقیت بومی، ایجاد حس مالکیت و مشارکت بالای مردم در فرآیند تصمیم‌گیری، از نقاط برجسته مطالعه محسوب می‌شود که می‌تواند به عنوان الگویی کوچک توسعه تصمیم‌گیران نظام سلامت در تدوین برنامه‌های مداخله‌ای و مهارت‌آموزی مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل قسمتی از پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی پژوهشی در رشته تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت می‌باشد که با حمایت مالی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام گرفته است. نویسنده‌گان تشکر و قدردانی ویژه خود را از کلیه مشارکت‌کنندگان در منطقه ۲۲ شهرداری تهران و ذی‌نفعان کلیدی که در انجام طرح، همکاری داشته‌اند اعلام می‌دارند.

^{۱۶} Gutierrez

و انگیزه بالای داوطلبین در انجام کار مشارکتی قلمداد شده است (۱۸). نتایج مطالعه گوتیرز^{۱۶} نیز در سال ۲۰۰۵ بیانگر آنست که زنان در تشکل‌های جمعیتی نقش مهمی ایفا کرده و اصولاً به انجام کارهای داوطلبانه راغب‌تر از مردان می‌باشند (۱۹). از طرفی توامندسازی زنان در حیطه‌های مختلف سلامت، نقشی اساسی در ارتقای سواد سلامت در سطح جامعه دارد (۲۰). در مطالعه حاضر نیز تلاش شد ضمن جذب داوطلبین زن، توامندسازی 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. شناسایی صحیح افراد کلیدی و ذی‌نفوذ در رویکرد اجتماع محور مشارکتی از دیگر اصول اساسی این رویکرد محسوب می‌شود. شناسایی ذی‌نفعان کلیدی، نه تنها سبب جلب مشارکت آنان در فرآیند تحقیق می‌شود بلکه در جذب منابع مالی و انسانی نیز بسیار مؤثر خواهد بود (۸) از جمله دلایل تجربه موفق برخی کشورها مانند مالزی در اجرای برنامه‌های اجتماع محور مشارکتی، شناسایی صحیح ذی‌نفعان و عدم واپسگی مالی این برنامه‌ها به بودجه‌های دولتی و نقش مشارکت‌کنندگان در بودجه‌بندی این قبیل برنامه‌ها بوده است (۲۱). در مطالعه حاضر شناسایی ذی‌نفعان کلیدی به این دلیل اهمیت داشت که جهت انجام هرگونه مداخله در سطح منطقه، لازم بود نه تنها مجوزهای لازم از طریق افراد کلیدی اخذ گردد بلکه از امکانات و پتانسیل‌های آنان نیز استفاده شود. از طرفی نتایج بخش کیفی مطالعه بیانگر آنست که بر اساس تجربه مشارکت‌کنندگان، جستجوی آرامش بر مبنای بکارگیری شیوه‌های سازگار مقابله با استرس نقشی اساسی در ارتقای سلامت روان زنان ایفا می‌کند که این امر با تعریف سازمان جهانی بهداشت از ارتقای سلامت روان کاملاً همخوانی دارد (۲۲). یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مداخلات بکار گرفته شده در خصوص آموزش شیوه‌های سازگار مقابله با استرس، کاملاً مؤثر است و استفاده از روش‌های مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله پس از اجرای مداخلات، افزایش قابل ملاحظه‌ای را در گروه مداخله نشان داده است. اما آن چه که مزید بر علت می‌باشد، بکارگیری رویکرد مشارکتی و حضور ذی‌نفعان در فرآیند تحقیق می‌باشد. طبق مدل مک دونالد و اوهارا، افزایش مشارکت اجتماعی، سبب ارتقای سلامت روان می‌شود (۲۳). در مطالعه حاضر، بکارگیری رویکرد مشارکتی، بدون هیچ مداخله دیگری نیز قادر به افزایش استفاده از شیوه حمایت‌طلبی در

References

- 1- Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2009:15-17.
- 2- Cattan M, Tilford S. *Mental health promotion: a lifespan approach*. England: McGraw-Hill International;2006:100-2.
- 3- Hourt JL. The importance of mental health services to general health care. Ballinger Publishing Company;1979: 52-6.
- 4- Burgermeister D, Kwasky A, Groh C. Promoting mental health concepts in a doctor of nursing practice curriculum: An integrated and global approach. Nurse Educ Pract 2012; 12(3): 148-152.
- 5- Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasami MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. The Br J Psychiatry 2004; 184 (1): 70-73.
- 6- Sarr PT, Kasturiarachchi J, Yang H, CO JR, Shimpo A, Fujino S, et al. Investigating the motivating factors behind high delivery rates of the Urban HEART birthing facility in San Martin de Porres, Philippines. Journal of the National Institute of Public Health 2010; 59(1): 64-70.
- 7- World Health Organization. Mental health: strengthening our response (Fact sheet No. 220). Geneva, Switzerland; 2010: 68-9.
- 8- Israel BA, Parker E, Rowe Z, Salvator A, Minkler M, Butz A, et al. Community-based participatory research: lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. Environ health perspect 2005; 113(10): 1463.
- 9- Mirabzadeh A, Forouzan AS, Mohammadi F, Dejman M Baradaran Eftekhari M. How Iranian Women Conceptualize Mental Health: An Explanatory Model. IJPH 2014; 43(3): 342-348.
- 10- Mohammadi F, Baradaran Eftekhari M, Dejman M, Forouzan AS, Mirabzadeh A. Seeking Comfort: Women Mental Health Process in IR Iran: A Grounded Theory Study. Int J Prev Med 2013;5(2):217.
- 11- Mirabzadeh, A, Baradaran Eftekhari M, Forouzan AS, Sajadi H, Rafiee H. Relationship between Ways of Coping and Quality of Life in Married Women: Toward Mental Health Promotion. Iran Red Crescent Med J 2013; 15(8): 627-632.
- 12- Becker AB, Israel BA, Allen A. *Strategies and techniques for effective group process in CBPR partnerships: methods in community-based participatory research for health*. 2005: p. 52-72.
- 13- Baradaran Eftekhari M, Forouzan AS, Mirabzadeh A, Sajadi H, Dejman M, Rafiee H, et al. Mental Health Priorities in Iranian Women: Overview of Social Determinants of Mental Health. Iran J psychiatry 2014; 9 (4):241.
- 14- Folkman S, Lazarus RS. Ways of coping questionnaire. Consulting Psychologists Press; 1988:122.
- 15- World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO. 1996.
- 16-Padyab M, Ghazinour M, Richter J. Factor Structure of the Farsi version of the Ways of Coping Questionnaire. J Appl Soc Psychol 2012; 42(8): 2006-2016.
- 17- Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. 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 Serv Res 2008; 8(1): 61.
- 18- Baradaran Eftekhari M, Falahat K, Dejman M, Forouzan AS, Malekafzali H, Mirabzadeh A, et al. The main advantages of community based participatory health programs: an experience from the Islamic Republic of Iran. Glob J Health Sci 2013; 5(3):28.
- 19- Gutierrez LM, Lewis EA, Minkler M. Education, participation and capacity building in community organizing with women of color. Germany: Community organizing and community building for health and welfare; 2012: 215-28.
- 20- Marmot M, Friel S, Bell R, Howeling T, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet 2008; 372(9650): 1661-69.
- 21- Barten F, Mitlin D, Mullholand C, Hardoy A, Stern R. 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. J Urban Health 2007; 84(3): i164-173.
- 22- World Health Organization. Women's mental health: an evidence based review. Geneva .2000:121.
- 23- Williams SL. (dissertation). Promoting children's mental health at a whole-school level using action research. Birmingham: University of Birmingham; 2013: 456.

Effectiveness of Community-based Interventions on Women's Mental Health

Forouzan AS (PhD)¹, Baradaran Eftekhari M (PhD)^{2*}, Mirabzadeh A (PhD)¹, Malekafzali H (PhD)³, Dejman M (PhD)¹, Sajadi H (PhD)¹, Mohammadi F (PhD)¹, Rafiee H (PhD)¹, Rajabi M (MSc)⁴, Mottaghian L (MSc)⁴, Habibi E (MSc)², Falahat K (MSc)²

¹ Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

³ Department of Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Psychology, School of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Original Article

Received: 10 Nov 2014, Accepted: 17 Feb 2015

Abstract

Introduction: Mental health has a main role in social productivity. Mental disorders are more prevalent among women. This study aimed to assess the effect of a community-based intervention on mental health in women.

Methods: This was a community-based participatory research in which the participants included married women aged 18-65 years, lived in the district 22 of Tehran. The experiences of the participants on the processes, structures and concepts of women's mental health were investigated using the grounded theory. Experts' views were asked to identify the needs and priorities. The effectiveness of the designed intervention was assessed using a before-after study with one control group (n=200).

Results: The main theme identified through the grounded theory was "seeking comfort". Identified action-interactions to promote mental health were as "strengthening human essence", "life skills development", and "help seeking". The extracted needs were classified in three groups consisted of structural, context, and process factors. The main priority for developing interventions was "training coping mechanisms to deal with stress". The interventions were implemented through training sessions, booklet, and books within three months. After implementing of participatory intervention, the results showed that the target group used more problem-based coping ways; and the mean score of the planned problem-solving method in the intervention group increased from 11.7 (± 3.3) to 14.3 (± 1.6) after the intervention. The intervention group showed higher score in the quality of life domains especially mental domain in comparison to the control group.

Conclusion: Using qualitative study, we had a deep understanding of mental health promotion processes. Implementation of a community-based participatory approach for needs assessment, priority setting, designing and conducting the intervention helped us to promote mental health in women.

Key words: social determinants of health, community-based participatory approach, mental health, married women

Please cite this article as follows:

Forouzan AS, Baradaran Eftekhari M, Mirabzadeh A, Malekafzali H, Dejman M, Sajadi H, Mohammadi F, Rafiee H, Rajabi M, Mottaghian L, Habibi E, Falahat K. Hakim Health Sys Res 2015; 18(1): 26- 33.

*Corresponding Author: Ministry of Health & Medical Education, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 81455184, Fax: 021-44101384.
E-mail: mbeftekhari200@gmail.com