

بررسی اثربخشی مداخلات اجتماع محور در ارتقای سلامت روان زنان

آمنه ستاره فروزان^۱، منیر برادران افتخاری^{۲*}، آرش میراب زاده^۱، حسین ملک افزلی^۳، معصومه دژمان^۱، حمیرا سجادی^۱، فرحناز محمدی^۱، حسن رفیعی^۱، مریم رجبی^۴، لیدا متقیان^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 آوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳- گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران ۴- گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران * نویسنده مسؤل: شهرک غرب، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن آوری، تهران. تلفن: ۸۱۴۵۵۱۸۴. نمابر: 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 نمی‌باشند. لذا ما در این مطالعه بر آن شدیم تا با رویکرد اجتماع 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 اجتماع 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 بسترزاد، 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 ذی‌نفعان مشخص 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 بسترزاد، متغیر اصلی در پارادایم ارتقای سلامت روان، جستجوی آرامش نام گرفت. کنش برهم کنش‌های 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 پمفلت‌های 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 مسأله در گروه مداخله پس از انجام مداخلات به طور معناداری افزایش یافت به نحوی که میانگین امتیاز روش حل مشکل برنامه‌ریزی شده در گروه مداخله از $11/7 (\pm 3/3)$ به $14/3 (\pm 1/6)$ پس از انجام مداخلات رسید. اما در گروه مقایسه، میانگین امتیاز این روش از $12/56 (\pm 3/5)$ به $12/33 (\pm 3/5)$ تغییر کرد که از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/143$). 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 اجتماع محور مشارکتی در تبیین نیازها، اولویت‌بندی، طراحی مداخلات و اجرای آن سبب ارتقای سلامت روان زنان خواهد شد.

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

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

مقدمه

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان "حالتی 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 کار کرده و سبب کمک به جامعه خود گردند". در واقع اهمیت سلامت روان و نقش آن در بقای جامعه بشری حاکی از اهمیت انسان به عنوان یک موجود اجتماعی است (۱). 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 (۲). از طرف دیگر، مشکلات سلامت روان از شیوع بسیار بالایی به خصوص در زنان برخوردار می‌باشد. این مشکلات، در سنین بسیار جوان‌تر از دیگر اختلالات تظاهر می‌کنند و اغلب دوره طولانی‌تر 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 (۳). هم‌اینک بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند و بیش از این تعداد، دچار مشکلات روانی می‌باشند (۴). 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 (۲۵/۹٪ از زنان و ۱۴/۶٪ از مردان)، دچار نوعی از علایم بیماری‌های روانی بودند (۵)؛ این آمار در سال ۲۰۰۸ در شهر تهران به ۳۶٪ افزایش یافت (۲ به ۱ در زنان نسبت به مردان) (۶). 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 گسترده از جمله بکارگیری رویکرد اجتماع‌محور مشارکتی می‌باشد (۷). این رویکرد دارای چهار جزء اساسی شامل مشارکت اجتماع، هدایت برنامه‌ها بر اساس داده‌های اجتماع، اتخاذ راه‌کار جامع برای ارتقای سلامت و ارزشیابی فرآیند و ارزیابی بازخورد جهت بهبود برنامه می‌باشد (۸). برای دستیابی به داده‌های اجتماع و انجام نیازسنجی، روش‌های مختلفی وجود دارد، اما از آنجایی که فرآیند ارتقای سلامت روان

یک فرآیند اجتماعی می‌باشد که دارای تعاملات انسانی بوده و می‌بایست با تجارب مخاطبین، آن را درک و لمس نمود، شناسایی دقیق این فرآیند از طریق انجام یک مطالعه کیفی، زمینه انجام مداخلات مؤثرتر را فراهم خواهد کرد. ما در این مطالعه بر آن شدیم تا طی یک رویکرد اجتماع‌محور مشارکتی، ابتدا با انجام یک مطالعه کیفی (۹)، ضمن انجام نیازسنجی سلامت روان (۱۰)، اولویت‌های آن را تبیین کنیم و با مشارکت ذی‌نفعان، مناسب‌ترین برنامه‌های مداخله‌ای را طراحی و اجرا کرده و اثربخشی آن را تعیین کنیم (۱۱) و در انتها مدلی جهت ارزیابی 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 اجتماع‌محور مشارکتی طراحی شده است. طبق اصول مربوط به این رویکرد، وجود شبکه‌های اجتماعی و تشکل‌های مردمی در جامعه، از الزامات انجام مطالعه (۱۲) می‌باشد. لذا منطقه ۲۲ شهرداری تهران (واقع در غرب تهران) به دلیل وجود دفاتر فعال سلامت شهرداری در منطقه، وجود تشکل‌های مردمی مانند دفتر خیریه زنان، واحد بسیج خواهران در منطقه، وجود داوطلبین زن فعال در منطقه و وجود آمار دموگرافیک مشخص در منطقه به دلیل مشارکت در پروژه‌های مختلف شهری، انتخاب گردید. گروه هدف در این مطالعه، کلیه زنان متأهل در سنین ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن در منطقه بودند. مطالعه از اواخر 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 اجرایی مطالعه به شرح ذیل می‌باشد:

۱- **بسیج جامعه:** به عنوان اولین گام اصلی در رویکرد اجتماع‌محور 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 سابقه 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 بهار ۹۴، دوره هجدهم، شماره اول، پیاپی ۶۸

هیجان (رویارویی^۸، اجتناب- فرار^۹، دوری‌گزینی^{۱۰} و خویشتن‌داری^{۱۱}) را اندازه‌گیری می‌نماید. 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 می‌نماید، می‌باشد. 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 داده‌ها در تمامی مراحل طرح مورد توجه قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در روش کیفی (نظریه بسترزاد)، تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت کشف مفاهیم، زمینه و فرآیند و بر طبق نسخه ۲۰۰۸ کوربین و اشتراوس انجام شد. برای این کار ابتدا متن فایل‌های صوتی پیاده شده و چندین بار مرور و بازخوانی شدند تا نوعی ادراک کلی از مفاهیم موجود در آن‌ها به دست آید. سپس داده‌ها خرد شدند، از عین عبارات مشارکت‌کنندگان یا کدهای دلالت‌انگیز به عنوان کدهای اولیه استفاده شد. با توجه به کدهای سطح اول، طبقات موقت تکامل یافتند. کدگذاری محوری نیز هماهنگ با کدگذاری باز انجام گردید و با ترکیب طبقات، مفاهیم، زمینه و فرآیند به صورت انتزاعی استخراج گردید. جهت افزایش اعتبار داده‌های کیفی از تأیید مطالب توسط شرکت‌کنندگان^{۱۲}، سه گوشه‌سازی یا تلفیق^{۱۳} و بازنگری ناظرین^{۱۴} استفاده شد. در ضمن جهت افزایش پایایی نیز از تأیید و تصدیق داده‌ها با استفاده از روش‌های گوناگون جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد و محقق در جای جای گزارش تحقیق از عین گفتار شرکت‌کنندگان به عنوان گواه وابستگی یافته‌ها و شواهد استفاده کرد. در بخش کمی نیز، کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف متغیرهای مطالعه از آمار توصیفی (میانگین،

طبیعی خود به منظور ارایه مداخلات اثربخش، مطالعه‌ای از نوع نظریه بسترزاد طراحی گردید. تعداد ۲۰ مصاحبه عمیق فردی به صورت نیمه‌ساختار یافته با جامعه هدف و بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف^۱ و مبتنی بر نظریه^۲ و با توجه به اشباع داده‌ها انجام شد (۱۰).

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

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

۵- طراحی برنامه‌های مداخله‌ای با مشارکت ذی‌نفعان (۱۳)

۶- اجرای مداخلات اجتماع‌محور ارتقای سلامت روان

۷- ارزیابی مداخلات: جهت ارزیابی مداخلات، مطالعه مداخله‌ای 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 گروه‌های 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 شیوه‌های مقابله با استرس فولکمن لازاروس^۳ (۱۴) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم خلاصه شده (۱۵) استفاده شد. پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس فولکمن و لازاروس، دارای ۶۶ عبارت در زمینه راهبردهای مقابله‌ای بکار گرفته شده توسط افراد در برخورد با اتفاقات پرتنش زندگی می‌باشد که بر روی یک ابزار چهار قسمتی لیکرت پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه هشت راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مشکل (حمایت اجتماعی^۴، مسؤلیت‌پذیری^۵، مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی 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 Folkman and Lazarus

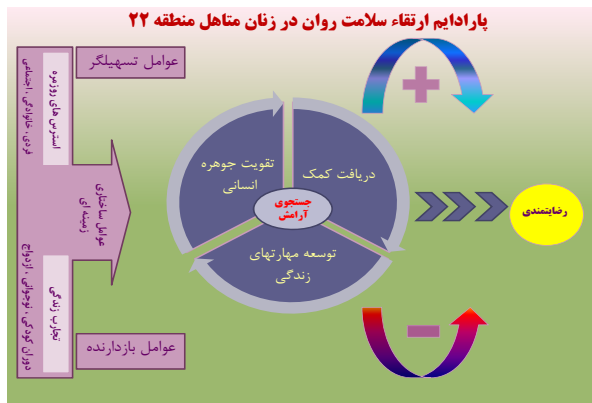
⁴ Seeking Social Support

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 اجتماع‌محور 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 پروژه 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
عوامل ساختاری	توسعه اصول اخلاقی در جامعه، برطرف کردن اختلافات طبقاتی، اشتغال‌زایی، ریشه‌کنی اعتیاد، مبارزه با فقر، مبارزه با معضلات اجتماعی مانند طلاق، ثبات در تصمیم‌گیری‌های کلان
زمینه و بافت	دوران کودکی: تربیت در بستر خانواده، تناسب در تقسیم نقش‌ها در خانواده، وجود پناه عاطفی از سوی پدر در خانواده دوران نوجوانی: توسعه مهارت‌های ارتباطی، افزایش آگاهی در زمینه مشکلات بلوغ، حذف کنکور ازدواج: انتخاب عاقلانه همسر، انتخاب به موقع همسر، توازن بین نقش‌های خانوادگی- اجتماعی
عوامل فرآیندی	جوهره انسانی: تقویت ابعاد معنوی، توسعه خودکنترلی (حسادت، خشم و...)، توسعه برنامه‌ریزی در زندگی آشنایی با مهارت‌های زندگی: مقابله با استرس، ارتباط موثر، کنترل خشم درخواست کمک: توجه به نقش مشاوره، استفاده صحیح از درمان‌های غیرطبیعی، تقویت زنجیره حمایتی

* 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 پمفلت، 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 بین 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 بی‌نامی، محرمانه ماندن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از مطالعه در نظر گرفته شد.

نتایج

بر اساس گام نخست رویکرد اجتماع‌محور 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". در مجموع ۸ طبقه و ۲۲ زیر طبقه از داده‌ها استخراج شدند. عوامل ساختاری/ زمینه‌ای شامل استرس‌های روزمره با منشأ فردی، خانوادگی و اجتماعی و همین‌طور 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

¹⁵ Core variable

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

متغیرهای دموگرافیک	گروه مقایسه	گروه مداخله	مقدار p
میانگین سن (انحراف معیار)	۴۰/۳۵ (۹/۶)	۴۱/۵ (۱۰/۴)	۰/۴۲۰
میانگین سال‌های زندگی مشترک (انحراف معیار)	۱۶/۲۵ (۱۱/۸)	۱۸/۳ (۱۲/۳)	۰/۲۳۵
تعداد فرزندان	۷۱	۷۷	
کمتر از سه	۲۹	۲۳	۰/۳۳۳
سه و بیشتر	۵۶	۵۵	
وضعیت اشتغال	۴۴	۴۵	۰/۸۸۷
خانه‌دار	۶۳	۶۱	
شاغل	۳۷	۳۹	۰/۱۷۶
وضعیت تحصیلی			
دیپلم و زیر دیپلم			
دانشگاهی			

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		مقدار p	گروه مداخله		مقدار p
	قبل از مداخله	بعد از مداخله		قبل از مداخله	بعد از مداخله	
شیوه‌های مقابله با استرس						
رویارو	۹/۸ (۶/۳)	۰/۲ (۲/۴)	۰/۱۲۱	۹/۲ (۳/۳)	۱۰/۱ (۲/۰۴)	۰/۴۱
حمایت‌های اجتماعی	۱۱/۷ (۳/۹)	۱۱/۵ (۳/۶)	۰/۳۹۳	۱۱/۶ (۳/۵)	۱۳/۹ (۲/۰۶)	< ۰/۰۰۱
حل مشکل برنامه‌ریزی شده	۱۲/۵۶ (۳/۵)	۱۲/۳۳ (۳/۵)	۰/۱۴۷	۱۱/۷ (۳/۳)	۱۴/۳ (۱/۶)	< ۰/۰۰۱
دوری‌گزینی	۷/۸ (۳/۸)	۸/۱۹ (۳/۶)	۰/۱۴۳	۸/۷ (۳/۷)	۸/۰۹ (۲)	۰/۰۸۱
خویشتن‌داری	۱۴/۲۶ (۳/۵)	۱۴/۶ (۳)	۰/۱۶۹	۱۴/۲۵ (۳/۳)	۱۲/۰۳ (۲)	< ۰/۰۰۱
مسئولیت‌پذیری	۷/۲۸ (۲/۸)	۷/۲ (۲/۹)	۰/۶۴۸	۶/۸ (۳)	۴/۲ (۱/۶)	< ۰/۰۰۱
اجتناب/ فرار	۱۱/۵ (۴/۴)	۱۱/۹ (۴/۱)	۰/۱۳۸	۱۰/۹ (۴/۱)	۶/۲ (۲/۳)	< ۰/۰۰۱
باز ارزیابی مثبت	۱۵/۰۷ (۴/۲)	۱۵ (۳/۹)	۰/۶۱۳	۱۴/۷ (۴/۱)	۱۵/۵ (۲/۳)	۰/۱۴۱
کیفیت زندگی						
جسمی	۱۴/۶ (۲/۹)	۱۵/۱ (۲/۵)	۰/۲۰۵	۱۴/۶ (۲/۶)	۱۵/۹ (۱/۷)	< ۰/۰۰۱
روانی	۱۳/۳۶ (۳/۲)	۱۳/۴۹ (۲/۵)	۰/۷۴۳	۱۳/۵ (۲/۶)	۱۵/۷ (۱/۸)	< ۰/۰۰۱
اجتماعی	۱۴/۸۴ (۳/۱)	۱۵/۳۱ (۲/۸)	۰/۲۴۰	۱۴/۱ (۳/۲)	۱۵/۷ (۲/۱)	< ۰/۰۰۱
محیطی	۱۳/۳ (۲/۹)	۱۳/۴۳ (۲/۹)	۰/۷۱۸	۱۳/۸ (۳)	۱۵/۵ (۱/۵)	< ۰/۰۰۱

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 اجتماع‌محور مشارکتی در ایران نیز، بیشترین نقاط قوت، وجود روحیه همدلی

و هماهنگی 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 پمفلت‌های طراحی شده ۱۰ عدد و کتاب نیز دو جلد با عناوین "به‌سوی آرامش/ توشه راه" و "به‌سوی آرامش/ راهکارهای سازگاری" بودند. عناوین 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 (± 10.05) سال و سال‌های زندگی مشترک با همسر به طور متوسط (± 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).

با مروری بر نتایج در می‌یابیم که تمامی اجزای رویکرد اجتماع‌محور مشارکتی که شامل مشارکت جامعه، هدایت برنامه‌ها بر اساس داده‌های جامعه، اتخاذ راهکار جامع برای ارتقای سلامت و ارزشیابی فرآیند (۸) می‌باشد در این مطالعه

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

نتیجه‌گیری

استفاده از رویکرد اجتماع محور مشارکتی و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس در ارتقای سلامت روان زنان 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 فرآیند تحقیق بود؛ این امر حتی بدون هیچ مداخله دیگری نیز قادر به افزایش استفاده از شیوه حمایت‌طلبی در مقابله با استرس می‌گردد. در این تحقیق، استفاده از تجارب 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 توسط 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 تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌باشد که با حمایت مالی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام گرفته است. نویسندگان 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.

¹⁶ 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 تشکیل‌های جمعیتی نقش مهمی ایفا کرده و اصولاً به انجام کارهای داوطلبانه راغب‌تر از مردان می‌باشند (۱۹). از طرفی توانمندسازی 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، توانمندسازی آنان در حیطه‌های مختلف مانند انجام کار مشارکتی، آشنایی با فرآیند تعیین‌نیاز، چگونگی تعیین اولویت، مشارکت در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و حتی اجرای آن صورت پذیرد. شناسایی صحیح افراد کلیدی و ذی‌نفع در 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 اجتماع‌محور مشارکتی، شناسایی صحیح ذی‌نفعان و عدم وابستگی 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 مسأله 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- Houpt 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