

تجارب زنان از عوامل ارتقاء دهنده سلامت روان در دوره میان‌سالی: آنالیز محتوای کیفی

خدیجه شریفی^۱، منیره انوشه^۲، مهشید فروغان^۳، انوشیروان کاظم‌نژاد^۴

تاریخ دریافت 1393/07/04 تاریخ پذیرش 1393/09/09

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سلامت روان از مهم‌ترین ابعاد سلامت است و بدون آن دستیابی به دیگر بخش‌های سلامت امکان‌ناپذیر است. با توجه به این مسئله پژوهش حاضر باهدف تبیین تجربیات زنان از عوامل ارتقاء دهنده سلامت روان در دوره میان‌سالی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع تحلیل محتوای قراردادی هست که در آن از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع استفاده شده است. ۲۳ مشارکت‌کننده تدریجاً تا رسیدن به اشباع اطلاعات از بین زنان میان‌سال ساکن شهر کاشان انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل اطلاعات هم‌زمان با نمونه‌گیری انجام شد.

یافته‌ها: درون‌مایه پدیدار شده از داده‌ها "سیری به سوی کمال" بود. این درون‌مایه مشتمل بر ۵ طبقه اصلی "احساس کفایت"، "احساس پختگی"، "تعمیق ارتباطات"، "معناگرایی" و "دستیابی به رفاه مالی و معنوی" و طبقات فرعی متعدد بود.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه عوامل مؤثر بر گسترش و ارتقاء سلامت روان زنان در دوره میان‌سالی را نشان داد. پرداختن به این عوامل در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی توسط حافظان عرصه سلامت می‌تواند سلامت روان زنان میان‌سال کشورمان را تا حد زیادی تضمین نماید.

کلیدواژه‌ها: ارتقاء سلامت روان، زنان، میان‌سالی، تحلیل محتوا

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی 64، بهمن 1393، ص 1037 - 1028

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری، تلفن: ۰۲۱۸۲۸۸۳۸۱۳
Email: anoosheh@modares.ac.ir

مقدمه

سلامت روان در برخی از دوره‌های حیات از جمله میان‌سالی آسیب‌پذیری بیشتری دارد. در میان‌سالی به علت تغییرات فراوان بیولوژیکی، فیزیکی، روانی، اجتماعی، مشکلات و پی‌آمدهای این تغییرات احتمال ابتلا به اختلالات روانی بیشتر می‌شود (۸). زنان نسبت به مردان تغییرات و عوارض ناشی از افزایش سن بیشتری را در این مرحله از زندگی تجربه می‌کنند (۹). مسائل و مشکلات متعدد این دوره مشتمل بر یائسگی و پیامدهای آن، بازنشستگی و مشکلات مالی، متعدد شدن نقش‌ها و مسغولیت‌ها، سندرم آشیانه خالی، افزایش وزن و تغییرات ظاهری، کاهش قدرت و توانایی جسمانی، ابتلا به انواع بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده و افزایش فشارخون است که موجب به خطر افتادن سلامت روان زنان و افزایش تعداد مبتلایان به اختلالات روانی می‌گردد (۱۰-۱۲، ۲).

سلامت روان یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت به‌شمار می‌آید که تأثیر جدی بر سلامت جسمانی، اجتماعی و معنوی دارد. بدون سلامت روان دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت امکان‌ناپذیر است (۱، ۲). فقدان سلامت روان یکی از علل اصلی ناتوانی بشر در سراسر جهان و از معنادارترین اجزای بار کلی بیماری‌ها هست (۳، ۴). بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی از هر چهار خانواده در سراسر جهان حداقل یک عضو اختلال روانی دارند (۵). مطالعات انجام شده شیوع اختلالات روانی را در نقاط مختلف دنیا در طول زمان بین ۱۱-۲۳/۸ درصد نشان داده است (۶). مطالعه انجام شده در سطح کشور نیز شیوع اختلالات روانی در ایران را ۱۷/۱۰ درصد نشان داده است (۷).

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

^۲ دکتری آموزش بهداشت، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان، گروه سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۴ دکتری تخصصی آمارزیستی، استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

سیستماتیک باهدف رسیدن به عمق و وسعت توصیف پدیده بکار می‌رود که موجب بازنگری، استنتاج‌های معتبر از اطلاعات، تولید دانش و بصیرت‌های جدید می‌گردد و برای بررسی تجارب و نگرش افراد نسبت به موضوع خاصی مناسب است. تحلیل محتوا بر تجربه زندگی، تفاسیر ومعانی که افراد با آن مواجه بوده‌اند، تمرکز می‌کند (۱۷-۱۹). این مطالعه باهدف تبیین مفهوم عوامل ارتقاءدهنده سلامت روان زنان میان‌سال در سال ۱۳۹۱-۹۲ انجام شده است.

معیارهای ورود به مطالعه مشتمل بر، ساکن شهر کاشان بودن، فاقد سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر اساس نظر روانپزشک، داشتن سنین ۴۵-۴۰ سال و قادر به گفت و شنود به زبان فارسی بود. نمونه‌گیری هدفمند و تدریجی بود. نمونه‌گیری بر اساس ایجاد حداکثر تنوع در نمونه‌ها بر حسب سن، تعداد و جنسیت فرزندان، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، وضعیت مالی و وضعیت تحصیلی و وضعیت یانسی انجام شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه یافت. مصاحبه‌ای که هیچ اطلاعات جدیدی بدنبال نداشت آخرین مصاحبه تلقی شد. در مجموع ۲۳ مصاحبه با ۲۳ زن میان‌سال انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها از شهریور ۱۳۹۱ تا اردیبهشت ۱۳۹۲ بمدت هشت ماه با استفاده از روش مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته صورت گرفت. مصاحبه‌ها با سؤال راهنما و کلی شروع می‌شد. در دوره میان‌سالی چه چیزهای تأثیر مثبت بر سلامت روان شما داشته است؟ در دوره میان‌سالی چه چیزهای باعث آرامش شما بوده است؟ برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر از سئوالات کاوشی مثل مثال بزنید، توضیح بدهید، چرا و چطور استفاده شد. مکان انجام مصاحبه‌ها متناسب با روش پژوهش کیفی محیط واقعی و طبیعی که دسترسی به زنان میان‌سال امکان‌پذیر بود، شامل مدرسه، اداره، منزل، پارک و مراکز بهداشتی بوده است. مدت زمان هر مصاحبه بسته به تمایل و تحمل مشارکت‌کنندگان بین ۹۰-۴۰ دقیقه بود. مصاحبه‌کننده تلاش می‌کرد غیر از زمان انجام مصاحبه با مشارکت‌کنندگان وقت بیشتری را برای کشف زوایای پنهان رفتار صرف نماید. با رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها بصورت دیجیتالی ضبط شدند. همزمان باجمع‌آوری اطلاعات تجزیه و تحلیل به روش تحلیل محتوای قراردادی صورت گرفت. در ابتدا محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه کلمه به کلمه پیاده و تایپ شد. سپس محقق با بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها باهدف غوطه ور شدن در داده‌ها، واحدهای معنایی را استخراج و در قالب کدهای ابتدایی کدگذاری نمود. سپس

چنانکه یافته‌های مطالعه پرورشی و همکاران در کرمان نشان داد زنان بیش (۳۴ درصد) از مردان مبتلا به اختلالات روانی هستند و میان‌سالان بیش از سایر گروه‌های سنی (۳۵/۳ درصد) به این اختلالات مبتلا می‌باشند (۱۳). همچنین یافته‌های مطالعه احمدوند و همکاران (۲۰۰۹) در شهر کاشان نیز نشان داد زنان بیش (۳۵/۵ درصد) از مردان مبتلا به اختلالات روانی می‌باشند و سنین ۴۵-۵۶ سال بیشتر (۳۵/۸ درصد) از سایر گروه‌های سنی از مشکلات مذکور رنج می‌برند (۱۴). یافته‌های مطالعه سای و سای^۱ در هندوستان نشان داد ۵۴ درصد از زنان میان‌سال استرس در حد متوسط تا زیاد، ۳۲ درصد اضطراب در حد متوسط و ۴۴ درصد افسردگی در حد متوسط و ۸۰ درصد اختلال عملکرد اجتماعی دارند (۸). نتایج مطالعه وانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۳) در تایوان نیز شیوع علائم افسردگی را در زنان میان‌سال ۳۸/۷ درصد نشان داده است (۱۵). با توجه به آسیب‌پذیری زنان میان‌سال و تعداد مبتلایان این گروه سنی به اختلالات روانی پرداختن به موضوع ارتقاء سلامت روان و عوامل مؤثر بر آن باید در الویت فعالیت‌های نظام بهداشتی درمانی کشورمان قرار گیرد. در این راستا جز اولین اقدامات، انجام پژوهش و به دست آوردن اطلاعات در این زمینه است.

چون پژوهشگران به دنبال چپستی و ماهیت عوامل ارتقاءدهنده سلامت روان زنان میان‌سال بوده‌اند که تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی-فرهنگی قرار می‌گیرد، از واقع‌گرایانه‌ترین شیوه برای دستیابی به اطلاعات در این زمینه که انجام مطالعات با رویکرد کیفی می‌باشد، استفاده نموده‌اند. تحقیقات کیفی به منظور آشکار نمودن رفتارها، دیدگاه‌ها، احساسات، تجارب مردم و آنچه در متن زندگی آن‌ها جریان دارد، به کار می‌رود. در تحقیقات با رویکرد کیفی ابعاد ارزش‌ها، فرهنگ و روابط به خوبی توصیف و تبیین می‌گردد. در این رویکرد سعی در توصیف و تفسیر پدیده‌های انسانی است که به آسانی به طرق کمی قابل سنجش نمی‌باشد (۱۶) و به همین علت این مطالعه باهدف شناسایی عوامل ارتقاء دهنده سلامت روان زنان میان‌سال با رویکرد کیفی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با طراحی کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوایی قراردادی^۳ صورت گرفت. تحلیل محتوا به عنوان یک شیوه

^۱Singh & Singh

^۲Wang

^۳conventional content analysis

تجزیه و تحلیل، طراحی جهت توسعه کد طبقات، کدگذاری بر اساس نمونه متن، کدگذاری تمام متن، رسیدن به ثبات در کد گذاری، نتیجه‌گیری در باره داده‌های کدگذاری شده و گزارش روش‌ها و یافته‌ها که در قالب این مقاله ارائه گردید، بود (۱۹، ۲۰). در جدول (۱)، طبقه تعمیق ارتباطها همراه با کدها و واحدهای معنایی مربوطه نمایش داده شده است.

واحدهای معنایی چندین بار مرور و براساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه بندی شدند. طبقات وزیر طبقات با هم مقایسه و از تحلیل و تفسیر این داده‌ها درون مایه یا مقوله انتزاعی تر استخراج گردید (۱۷، ۱۹، ۲۰). در این مطالعه جهت پردازش داده‌ها از فرآیند سیستماتیک و شفاف هشت مرحله ای‌ای استفاده شد. مراحل طی شده شامل مرتب کردن داده‌ها، تصمیم گیری در خصوص واحد

جدول (۱): روند استخراج طبقه تعمیق ارتباطها در زنان میان‌سال

واحد معنایی	واحد معنایی تلخیص شده (کد)	زیر طبقه	طبقه
بزرگ‌ترین حامی من شوهرمه که با افزایش سن رابطه صمیمانه تر و عمیق تری با هم پیدا کردیم. با وجود اینکه بچه‌ها خونه هستن یک روز میره مأموریت واقعاً دل‌تنگش می‌شم. علاقم بهش خیلی بیشتر شده. شوهرم هم علاقم به من بیشتر شده.	صمیمانه تر و عاطفی تر شدن رابطه با همسر	مناسب تر شدن ارتباط با همسر	تعمیق
ارتباطم با بچه‌ها خیلی بهتر از قبل شده چون دیگه من، من نیستم. انعطافم بیشتر شده کمتر باهاشون بحث می‌کنم. خودم هم اینطور راحت تر شدم	بهبود شدن ارتباط با فرزندان و کمتر شدن بحث با آنها	مناسب تر شدن ارتباط با فرزندان	ارتباطها
رفت و آمدها و تماس‌های تلفنی با فامیل‌ها را خیلی بیشتر کردم. خیلی برام خوبه بود ه. بخاطر همین هم دارم رفت و آمدها را بیشتر می‌کنم.	بیشتر شدن رفت و آمدها و تماس‌های تلفنی	گسترده تر شدن ارتباط خانوادگی - اجتماعی	

مدرس، کسب رضایت کتبی و آگاهانه از مشارکت کنندگان، فراهم آوردن محیط مناسب طی زمان مصاحبه، حفظ بی‌نامی و محرمانه نگهداشتن اطلاعات و در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش در صورت درخواست مشارکت کنندگان بوده است.

یافته‌ها

مصاحبه با ۲۳ زن میان‌سال موجب اشباع و تکرار داده‌ها گردید. با تجزیه و تحلیل یافته‌ها از مضمون‌های استخراج شده پیرامون عوامل ارتقادهنده سلامت روان زنان طی دوران میان‌سالی مضمون اصلی "سیری به سوی کمال" انتزاع گردید. مضامین فرعی شامل "احساس کفایت"، "پختگی"، "تعمیق ارتباطها"، "معناگرایی" و "دستیابی به رفاه مالی و معنوی" بوده است هر یک از این مضامین نیز دارای زیر طبقه‌هایی بودند (جدول ۲).

جهت اطمینان از روایی و پایایی داده‌ها در طول مطالعه از روش‌های گوناگونی استفاده شد. جهت تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده، از بازنگری شرکت کنندگان استفاده شد. کدهایی که از نظر شرکت کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. همچنین متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط ۲ نفر از اعضای هیئت علمی مورد بازنگری و تأیید قرار گرفت. تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده‌ها، بلافاصله پیاده کردن مصاحبه‌ها، تحلیل هم‌زمان داده‌ها و باز خورد برای تکمیل پژوهش مقبولیت داده‌ها را امکان پذیر نمود. نمونه‌گیری با حداکثر واریانس (بر حسب سن، تعداد و جنسیت فرزندان، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، وضعیت مالی و وضعیت تحصیلی و وضعیت یائسگی) سبب شد که اعتبار داده‌ها بیشتر شود.

اصول اخلاقی رعایت شده توسط پژوهشگران شامل انجام مطالعه بعد از اخذ مجوز از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه تربیت

جدول (2): طبقات وزیر طبقات درون‌مایه سیری به‌سوی کمال در زنان طی دوره میان‌سالی

زیر طبقه	طبقه
احساس ارزشمندی	
احساس مفید بودن	احساس کفایت
احساس توانمندی	
احساس مطرح بودن	
احساس پختگی فکری	
	پختگی
پختگی رفتاری	
مناسب تر شدن ارتباط باهمسر	
مناسب تر شدن ارتباط با فرزندان	
	تعمیق ارتباطها
گسترده تر شدن ارتباط‌های خانوادگی-اجتماعی	
تقویت باورهای مذهبی	
افزایش مناسک مذهبی	
پیامدهای مثبت مذهبی بودن	معناگرایی
خیرخواه دیگران بودن	
داشتن آرامش واحساسات مثبت	
برخورداری از رفاه مالی	دستیابی به رفاه مالی و معنوی
رسیدن به استقلال	

مشارکت‌کننده شماره ۳: هرچی شوهرم می‌خواد بخره حتماً من را می‌بره این بهم احساس مهم بودن وارزشمندی می‌ده... خواه‌رهم هم می‌خوان طلا بخرند باید من را با خودشان ببرند. این رفتارهایی که از نزدیکانم می‌بینم که لیاقت‌هاهم مورد تأیید و پذیرش اونهاست روحیه وسلامت روانم را بهتر می‌کنه.

مشارکت‌کننده شماره ۱۶: من با دیدن علاقه همسرم به خودم احساس خوب وارزشمندی می‌کنم. بخودم می‌بالم وافتخار می‌کنم.

طبقه اول: احساس کفایت
براساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان این طبقه مشتمل بر چهارزیر طبقه "احساس ارزشمندی"، "احساس مفید بودن"، "احساس توانمندی" و "احساس مطرح بودن" می‌باشد.

الف-احساس ارزشمندی
زنان میان‌سال شرکت‌کننده در مطالعه اظهار داشتند که احساس ارزشمندی در سلامت روان آنان نقش داشته است.

ب- احساس مفید بودن

مشارکت‌کنندگان در مطالعه بیان نمودند از طریق احساس مفید بودن، احساس بر خورداری از سلامت روان داشته‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۷: در سالهای اخیر چون مشکلات زندگی اطرافیانم را تا حد زیادی دارم حل می‌کنم احساس می‌کنم چقدر وجودم مفیده. شوهرم و نزدیکانم هم می‌گن آدم مفیدیم و بدرد بخورم خیلی احساس خوبی دارم از این قضیه

ج- احساس توانمندی

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان داشتن احساس توانمندی از دیگر عوامل موثر بر ارتقاء سلامت روان می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۳: تمام کارهای منزل را خودم انجام می‌دم. قبلاً کارگر هفتگی داشتم. الان احساس می‌کنم خودم باید کارها را انجام دهم. این احساس در من بوجود آمده من ناتوان نشدم که بخوام کمکی از دیگران بگیرم. الان واقعاً دوست دارم تمام کارهام را خودم انجام بدم ... این کارها روحیه‌ام را خوب نگه می‌داره.

د- احساس مطرح بودن

زنان میان‌سال داشتن احساس مطرح بودن را بر حفظ و ارتقاء سلامت روان خود مؤثر می‌دانستند. مشارکت‌کننده شماره ۲: توی خونه بودم (فعالیت اجتماعی نداشتم) احساس مطرح بودن نداشتم چون مطرح نبودم. با بیرون آمدن از خانه ارتباطاتم وسیع تر شده با کلی آدم آشنا شدم. آدم‌های زیادی من را الان می‌شناسند. اینطوری مطرح شدم و احساس می‌کنم سلامت روانم بیشتر شده.

طبقه دوم: پختگی

داده‌های پژوهش پختگی را تحت دوزیر طبقه "احساس پختگی فکری" و "پختگی رفتاری" از عوامل ارتقاء در سلامت روان زنان میان‌سال نشان داد.

الف- احساس پختگی فکری

یافته‌های مطالعه داشتن احساس پختگی را از عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت روان زنان میان‌سال نشان داد. مشارکت‌کننده شماره ۲۲: پخته تر شدم. عاقل تر شدم. تجاربم زیاد شده. مدیریتم بهتر شده ... می‌تونم بهتر فکر کنم. مشارکت‌کننده شماره ۳: درکل نسبت به قبل آینده نگرتر شدم.

ب- پختگی رفتاری

مشارکت‌کنندگان پختگی رفتاری و متناسب بودن رفتارها را با سن از عوامل مؤثر بر سلامت روان خود ذکر نموده‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۱: دعوای و جروبحث‌ها مان در خانه خیلی کمتر شده. من قبلاً یک چیزی شوهرم می‌گفت زود جوابش را می‌دادم. بعد از چهل سالگی جوابش را نمی‌دم.

مشارکت‌کننده شماره ۴: سنم که کمتر بود سبک سری می‌کردم. خنده بی جا و حرف‌های بی جا می‌پراندم ... وقتی از چهل سال رد کردم احساس کردم باید عوض بشم. طرز لباس پوشیدم باید عوض بشه. طرز صحبت کردم باید عوض بشه. طرز برخوردم باید عوض بشه. دیدم باید عوض بشه. این‌ها در من اتفاق افتاد، راضی‌ام.

طبقه سوم: تعمیق ارتباطها

بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان این طبقه دارای سه زیر طبقه "مناسب تر شدن ارتباط باهمسر"، "مناسب تر شدن ارتباط با فرزندان" و "گسترده تر شدن ارتباط‌های خانوادگی-اجتماعی" می‌باشد. الف- مناسب تر شدن ارتباط باهمسر زنان میان‌سال مناسب تر شدن ارتباط باهمسر را مؤثر بر سلامت روان بیان نمودند. مشارکت‌کننده شماره ۱۱: ارتباط عاطفی‌ام باهمسرم خیلی بهتر شده. دوست دارم کنارش باشم. همسرم حامی و تکیه‌گاه محکمی برای منه ... تأثیر خیلی خوبی روی روحیه‌ام داره. مشارکت‌کننده شماره ۷: از نظر عاطفی ارتباطم خوبه با همسرم ... خیلی محبت می‌کنه ... این باعث احساس خوبی در من میشه.

ب- مناسب تر شدن ارتباط با فرزندان

مشارکت‌کنندگان بر تأثیر مناسب تر شدن ارتباط با فرزندان بر سلامت روان تأکید داشتند. مشارکت‌کننده شماره ۲۰: من و دخترها (م) با هم خیلی دوستیم. واقعاً مثل دوست‌ها اونها حرفه‌اشون را به من می‌گن من درددل هام را به اونها می‌گم. راضی‌ام ...

ج- گسترده تر شدن ارتباط‌های خانوادگی-اجتماعی

زنان میان‌سال گسترده تر شدن ارتباط‌های خانوادگی-اجتماعی را در ارتقاء سلامت روان خود دخیل می‌دانستند. مشارکت‌کننده شماره ۱: رفت و آمدها و تماس‌های تلفنی با فامیل‌ها را خیلی بیشتر کردم ... برای روحیه‌ام خیلی خوب بوده. بخاطر همین هم دارم رفت و آمدها را بیشتر می‌کنم.

مشارکت‌کننده شماره ۲۰: غیر از خونه مادرم که هر روز میرم خونه مادر شوهرم هم زیاد میرم ... رفت آمد با برادرهام و بقیه فامیل هم دارم. رفت و آمدهای روی روحیه‌ام اثر خوبی داره.

طبقه چهارم: معناگرایی

داده‌های پژوهش معناگرایی را تحت چهار زیر طبقه "تقویت باورهای مذهبی"، "افزایش مناسک مذهبی"، "پیامدهای مثبت مذهبی بودن" و "خیرخواه دیگران بودن" از عوامل ارتقاء در سلامت روان زنان میان‌سال نشان داد.

الف- تقویت باورهای مذهبی

داده‌های مطالعه تقویت باورهای مذهبی را مؤثر بر ارتقاء سلامت روان زنان میان‌سال نشان داد. مشارکت‌کننده شماره ۱۸: من برای

و آسوده است. از زندگی‌ام راضی هستم ... از نظر روانی ارضاء میشم ... احساس خوشبختی می‌کنم ... وضعیت سلامت روانم خوبه.

ب- برخورداری از رفاه مالی

بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان در پژوهش برخورداری از رفاه مالی در حفظ و ارتقاء سلامت روان تأثیر دارد. مشارکت‌کننده شماره ۱۵: چون بچه‌ها بزرگ‌تر شدند و اوضاع مالی‌مان بهتر شده مسافرت هم زیاد میریم ... خوب شدن اوضاع مالی ... خیلی روحیم را بهتر کرده.

ج- رسیدن به استقلال

رسیدن به استقلال در میان‌سالی بر سلامت روان این دوره از حیات مؤثر است. مشارکت‌کننده شماره ۱۶: با وجود اینکه باشوهرم من وتویی نداریم با پول در آوردنم احساس استقلال می‌کنم که باعث میشه احساس قدرت و ارزش بیشتری داشته باشم. مشارکت‌کننده شماره ۳: هیچ محدودیتی از نظر خرج کردن پول ندارم. اصلاً در این زمینه پاسخگوی شوهرم نیستم... استقلال مالی روی سلامت روان خیلی تأثیر داره.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه بر اساس تجارب زنان میان‌سال عوامل ارتقاء دهنده سلامت روان در دوره میان‌سالی تبیین شده است. یافته‌های پژوهش درون‌مایه پدیدار شده را "سیری به سوی کمال" تعیین نمود. طبقات استخراج شده مشتمل بر احساس کفایت، احساس پختگی، تعمیق ارتباطها، معناگرایی و دستیابی به رفاه مالی و معنوی بوده است.

مشارکت‌کنندگان در پژوهش احساس کفایت را از عوامل مؤثر بر حفظ و ارتقاء سلامت روان خود دانسته‌اند. یافته‌های مطالعه کرمی (۱۳۹۰) نیز نشان داد عزت نفس که یکی از مؤلفه‌های آن احساس کفایت است با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دوران میان‌سالی و یانگی زنان همبستگی مثبت و معنادار دارد (۲۱). بدیهی است که با افزایش عزت نفس، احساس کفایت، توانمندی و ارزشمندی در انسان بوجود می‌آید. وجود احساس کفایت موجب می‌گردد تا فرد خود را توانمند بداند و احساس نماید از عهده بسیاری از وظایفی که بر عهده‌اش گذاشته می‌شود بر می‌آید این احساس بر عزت نفس که لازمه سلامت روان است، می‌افزاید.

پختگی از دیگر عوامل مؤثر بر سلامت روان زنان میان‌سال در این مطالعه بوده است. میان‌سالی با حداکثر عملکرد روانی - اجتماعی، شکوفایی عقل، سنجش همه جانبه مسائل، افزایش تجربه، نظم بخشیدن به روند فکری، پذیرش مسئولیت‌های مهم در محیط

حفظ روحیه خودم توکلم را به خدا بیشتر کردم. با شناخت بیشتر پروردگاره خودم و روحیم کمک می‌کنم. اعتقادات مذهبی خیلی به حفظ روحیه و داشتن سلامت روانم کمک کرده. مشارکت‌کننده شماره ۸: الان توکلم به خدا روحیم رانگه داشته. اعتقادات مذهبی‌ام خیلی قویتر شده.

ب- افزایش مناسک مذهبی

زنان میان‌سال پرداختن به مناسک مذهبی را جز عوامل ارتقاء دهنده سلامت روان خود ذکر کرده‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۳ زن: برنامه دعاها هم نسبت به قبل بیشتر شده. نماز خواندن هم بیشتر شده. مستحبات اضافه شده ... پرداختن به عبادات روحیم را خیلی خوب می‌کنه.

مشارکت‌کننده شماره ۱۳: قبلاً عباداتم در حد واجبات بود... الان به مستحبات اهمیت می‌دم. دعا و قرآن بیشتر می‌خوانم. حجابم را بیشتر رعایت می‌کنم. این کارها خیلی روی سلامت روان و اعصابم اثر داره.

ج- پیامدهای مثبت مذهبی بودن

مشارکت‌کنندگان در مطالعه پیامدهای مثبت مذهبی بودن را از عوامل مؤثر بر ارتقاء سلامت روان ذکر کرده‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۱۷: پرداختن به اعمال مذهبی خیلی زیاد آرامم می‌کنه نسبت به مشکلات بی خیال ترم می‌کنه. به طرف خدا میرم به آرامش می‌رسم.

د- خیرخواه دیگران بودن

زنان میان‌سال خیرخواه دیگران بودن را مؤثر بر سلامت روان خود دانسته‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۱۶ زن: روحیه خوبی دارم. بدون چشمداشت مادی یکسری فعالیت دارم ... رابط بهداشتیم. افتخار جلسه داری در حسینیه و مسجد دارم. ... الان چندین خانواده را تحت پوشش داریم. کمک به دیگران و کارهای خیر بهم آرا مش می‌ده.

طبقه پنجم: دستیابی به رفاه مالی و معنوی

بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان این طبقه مشتمل بر سه زیر طبقه "داشتن آرامش و احساسات مثبت"، "برخورداری از رفاه مالی" و "رسیدن به استقلال" می‌باشد.

الف- داشتن آرامش و احساسات مثبت

داشتن آرامش و احساسات مثبت یکی دیگر از عوامل مؤثر بر سلامت روان زنان میان‌سال می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۲۱: از نظر روان سالم ... چون زندگی وهمسرم را دوست دارم. انگیزم برای زندگی کردن خوبه... آدم امیدواری هستم. آرامش دارم ... خیالم راحت

و افزایش نشاط می‌شود (۳۰). یافته‌های مطالعه هادیانفرد (۱۳۸۲) نیز نشان داد که احساس ذهنی بهزیستی با عمل به باورهای دینی ارتباط دارد. یعنی افرادی که بیشتر بر پایه باورهای دینی عمل می‌کنند. احساس بهزیستی بالاتری دارند. (۳۱). یافته‌های مطالعات ذکر شده بیانگر این است که باورهای مذهبی، داشتن اعتقاد به مبدأ حقیقت و قدرت مافوق و مطلق، انجام اعمال و فرایض مذهبی در تمامی مذاهب موجب آرامش، خشنودی از زندگی و سلامت روان می‌گردد.

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر سلامت روان بر اساس تجارب زنان میان‌سال، دستیابی به رفاه مالی و معنوی با زیر طبقات داشتن آرامش و احساسات مثبت، برخورداری از رفاه مالی و رسیدن به استقلال بوده است. نتایج بررسی بهرامی و همکاران (۱۳۸۸) نیز نشان داد

احساسات و هیجانات مثبت بر کاهش اثرات ناشی از هیجانات منفی مثل افسردگی و افزایش هیجانات مثبت مثل شادمانی مؤثر است (۳۲). یافته‌های مطالعه یوسفی (۱۳۸۹) همچنین نشان داد، استقلال اقتصادی و اشتغال بر سلامت روان زنان تأثیر دارد (۳۳). یافته‌های مطالعه حقیقیان و همکاران (۱۳۹۰) دونکن^۳ و همکاران (۲۰۰۲) هم نشان داد، بین وضعیت اقتصادی و امکانات رفاهی ارتباط معنادار آماری وجود دارد و با افزایش رفاه مالی سلامت روان افزایش دارد (۳۴،۳۵). رفاه مالی از طریق کاهش تشویش خاطر و نگرانی می‌تواند به ایجاد آرامش کمک نموده و موجب دستیابی بیشتر به سرگرمی‌ها و تفریحات متنوع و دلخواه گردد و شرایط خشنودی و رضایت از زندگی را فراهم آورد. رفاه مالی همچنین می‌تواند از طریق افزایش عزت نفس و احساس لیاقت موجب ارتقاء سلامت روان گردد. یافته‌های این مطالعه عوامل مؤثر بر گسترش و ارتقاء سلامت روان زنان در دوره میان‌سالی را نشان داد. کادر درمان بخصوص روانپرستاران با پرداختن به این عوامل در برنامه ریزی‌های بهداشتی و درمانی در پیشگیری‌های نوع اول و دوم می‌تواند سلامت روان زنان میان‌سال کشورمان را حفظ و ارتقاء بخشند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته شده از پایان نامه دکتری رشته پرستاری است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از حمایت مالی و همپاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و زنان میان‌سال شهر کاشان اعلام دارند.

خانواده و اجتماع، داشتن روابط متعادل اجتماعی، درک موقعیت و عواطف دیگران، به دست آوردن نگرش‌های عمیق و متفاوت نسبت به ملاک‌ها و ارزش‌های حاکم بر زندگی، همراه است. به همین علت قدرت، رهبری، خرد و درک بیش از همه در کف میان‌سالان است (۲۲). در واقع بدون داشتن احساس پختگی در این دوره دستیابی به سلامت روان مشکل خواهد بود

تجارب زنان میان‌سال نشان داد، تعمیم ارتباطها از طریق مناسب تر شدن ارتباط با همسر و فرزندان و گسترده تر شدن ارتباط‌های خانوادگی - اجتماعی از دیگر عوامل مؤثر بر سلامت روان این دوران می‌باشد. یافته‌های مطالعه کیفی پرویزی و همکاران (۱۳۸۸) نیز نشان داد تقریباً تمام زنان مشارکت‌کننده بر نقش برجسته همسر بر سلامت خود تأکید نمودند و روابط زناشویی موفق را از پیش شرط‌های سلامت دانسته‌اند. بعد از همسر بیشترین تأثیر را بر سلامت، فرزندان داشته‌اند (۲۳). همچنین نتایج پژوهش علوی و جنتی فرد (۱۳۹۰) نشان داد مهم‌ترین منبع بیرونی حمایت اجتماعی زنان، افراد خانواده هستند که بر عزت نفس آن‌ها تأثیر می‌گذارند (۲۴). یافته‌های بررسی کیم^۱ و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان داد ارتباط مثبت و معنادار بین حمایت اجتماعی و وضعیت سلامت زنان کره ای وجود دارد (۲۵). نتایج پژوهش هیتر و مارچین (۲۰۰۰) همچنین نشان داد حمایت همسر و خانواده پیش بینی کننده بهزیستی روانی می‌باشد (۲۶). مطالعات انجام شده بر نقش همسر و خانواده بر سلامت روان تأکید دارند. این نقش به نظر می‌رسد در میان‌سالی برجسته تر می‌شود. آ احتمالاً ترک منزل توسط فرزندان، کاهش توان جسمانی، شروع بیماری‌های مختلف و بحرانی بودن این دوره از زندگی موجب پر اهمیت تر شدن نقش همسر و خانواده بر سلامت روان است که مطالعات بیشتری را در این زمینه لازم است.

از دیگر عوامل مؤثر بر سلامت روان زنان میان‌سال معناگرایی با زیر طبقات تقویت باورهای مذهبی، افزایش مناسک مذهبی، پیامدهای مثبت مذهبی بودن و خیرخواه دیگران بودن، بوده است. یافته‌های مطالعه ۶ ساله کینک^۲ و همکاران (۲۰۰۳-۱۹۹۷) نیز نشان داد، تعهدات مذهبی زنان میان‌سال و حضور آنها در مراسم مذهبی موجب کاهش استرس و ارتقا سلامت روانشان شده است (۲۷). یافته‌های مطالعه جان بزرگی (۱۳۸۶) قهرمانی و نادری (۱۳۹۱) هم نشان داد بین مذهبی بودن و سلامت روان رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد (۲۸ و ۲۹). همچنین نتایج مطالعه عقیلی و کومار (۲۰۰۸) نشان داد پرداختن به اعمال مذهبی موجب کاهش تنش، اضطراب

^۱Kim
^۲ King

^۳ Duncan

References:

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillip S, et al. Global mental health: No health without mental health. *lancet* 2007;370(9590):859-77.
2. Hofmann B. Simplified models of the relationship between health and disease. *Theor Med Bioeth* 2005;26(5):355-77.
3. Wu SY, Wang MZ, Li J, Zhang XF. Study of the intervention measures for the occupational stress to the teachers in the primary and secondary schools. *Wei Sheng Yan Jiu* 2006;35(2):213-6.
4. Sipsma H, Ofori-Atta A, Canavan M, Osei-Akoto I, Udry C, Bradley EH. Poor mental health in Ghana: who is at risk? *BMC Public Health* 2013;13:288.
5. Yasamy MT, Sardarpour Goudarzi SH, Amin Esmaeeli M, Mahdavi N, Ebrahimpour A, Bagheri yazdi SA. *practical Mental health for general And family particitioner*. Tehran: Aramesh; 2005.
6. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291(21):2581-90.
7. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malek Afzali H, Naghavi HR, Pour Etemad HR, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran, 2001. *Hakim Res J* 2003;6(1): 64-55.
8. Singh M, Singh G. Assessment of Mental Health Status of middle-age female school teachers of Varanasi city. *Internet J Health* 2006; 5(1): 6.
9. Soares CN. Can depression be a menopause-associated risk? *BMC Medicine* 2010; 8:79. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/79>.
10. Ayranci U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Womens Health* 2010;10:1.
11. Sartori A, Zilberman M. Revising the empty nest's syndrome concept. *Rew psiquiater clin* 2009;(36)3.
12. Pereirab B, Gracy A, Sulochana R, Reshma P, Pertt P, Vikram P. The explanatory models if depression in low income countries: listening to women in India. *J Affective disorders* 2007; 102(1-3):209-18.
13. Parvaresh N, Ziaaddini H, Nakhei N, Nahid A, Safavi H, Sajadi B. The Frequency of Mental Disorders among Kerman Residents above 15 Years of Age. *J Kerman Univ Med Sci* 2011; 18(4):291-300.
14. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreishi F, Afshinmad S. Prevalence of psychiatric disorders in the general population of Kashan, Iran. *Arch Iran Med* 2012; 4(15):205-9.
15. Wang HL, Booth-Laforce C, Tang SM, Wu WR, Chen CH. Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri- and post-menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. *Maturitas* 2013; 75(4):355-60.
16. Holloway I, Wheeler S, *Qualitative studymethods in nursing*, (translate by hydra ali abedi). 1st ed. Tehran: Boshra; 2006.
17. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative Description. *Res Nurs Health* 2000; 23(4):334-40.
18. Pope C, Van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care* 2002;11(2):148-52.
19. Eio S, Kyngas H. The Qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2007; 62(1):107-15.
20. Polit DF, Beck CT. *Essential of nursing research*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2006.
21. Karimi M. Evaluation of the effect of educational intervention based on empowerment model of health promotion behaviors on menopautic women.

- Daneshvar, Sci Res J Shahed Univ 2011; 18(94): 73-80.
22. Honarparvaran N. Principle of mental health. Tehran: boshra; 2007.
23. Parvizi S, Seyyed Fatemi N, Kiyani Kd, aqualitative study on women's health and family dynamism. women's stud 2009; 7(3 (20)):45-57.
24. Alavi SS, Jannatifard F. Relationships between perceived social support and self-esteem in the Carpet Knitter of Naeen's Villages. Iran Occup Health 2012; 9(1): 1-8.
25. Kim GS, Cho WJ, Lee CY, Marion LN, and Kim MJ. The Relationship of Work Stress and Family Stress to the Self-Rated Health of Women Employed in the Industrial Sector in Korea. Public Health Nurs 2005; 22(5):389-97.
26. Walen HR, Lachman ME. Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. J Social Pers Relationships 2000; 17(1): 5-30.
27. King D, Cummings D, Whetstone L. Attendance at religious services and subsequent mental Health in midlife women. Int J Psychiatry Med 2005; 35(3): 287-97.
28. Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. J Shaheed Beheshti Univ Med Sci Health Serv 2008;31(4): 345-50.
29. Ghahremani N, Nadi MA. Relationship between Religious / Spiritual Components, Mental Health and Hope for the Future in Hospital Staff of Shiraz Public Hospitals. Iran J Nurs 2012; 25(79): 1-11.
30. Aghili Mand G, Kumar V. Relationship between Religious Attitude and Happiness among Professional Employees. J Indian Academy Appl Psychol 2008;34(Special Issue): 66-9.
31. Hadian Fard H. Subjective well-being and religious activities in a group of Muslims. Iran J Psychiatry Clin Psychol (Andeesheh Va Raftar) 2005; 11(41): 232-24.
32. Bahrami F, Isanezhad O, Ghaderpour R. Effect of negative and positive induced emotions on happiness and depression after lingering induced arousal worry. J Behav Sci 2009; 3(1): 65-70.
33. Yousefy AR, Baratali M, Erfan A. The Relationship between Mental Health, Employment and Having Higher Education among Female Students of Isfahan University of Medical Sciences. Iran J Med Educ 2011; 10(5): 748-54.
34. Haghghatian M, Haghghat F, Ghoreishi SR, Mahsenipoor P. The Effects of Family Relations on Youth Mental Health in the City of Isfahan, Iran. Health Syst Res 2011; 7(3): 353-63.
35. Duncan GJ, Daly MC, McDonoughand P, Williams DR. Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research. Am J Public Health. 2002; 92(7): 1151-7.

WOMEN'S EXPERIENCES OF MENTAL HEALTH PROMOTING FACTORS DURING MIDDLE AGE: A QUALITATIVE CONTENT ANALYSIS

Sharifi KH¹, Anoosheh M^{2*}, Forughan M³, Kazemnejad A⁴

Received: 26 Sep , 2014; Accepted: 30 Nov , 2014

Abstract

Background & Aims: Mental health is an important aspect of health and it is impossible to reach other parts of the health without it. According to this, present study aimed to explore women's experiences of mental health.

Methods & Methods: This study is a contract content analysis with a purposive sampling and maximum variation. 23 participants were selected gradually to saturate the information among middle-aged women living in Kashan. Data analysis was conducted simultaneously.

Results: "The journey towards perfection" has emerged from the data as the theme of the study. This theme consisted of 5 main categories; "Feelings of adequacy", "Sense of sophistication", "Deepen relations", "Meaning-oriented", "Meeting the spiritual and financial prosperity" and multiple sub-categories.

Conclusion: The study presented the majority of women's health-promoting factors in middle age. Paying attention to these factors can promote the overall health status of the women of the country.

Keywords: promoting women's mental health, midlife, content analysis

Address: Tehran, Faculty of Medicine, Tarbiyat Modares University

Tel:(+98)218288359

Email: anoosheh@modares.ac.ir

This paper has been adapted from a PhD dissertation in nursing.

¹ PhD student of nursing, Nursing Group, Medical Sciences Faculty, TarbiyatModares University.

² PhD of Health Education, Associate of Nursing Group, Medical Sciences Faculty, TarbiyatModares University. (Corresponding author)

³ Associate professor, Research Center on Aging, Department of gerontology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

⁴ PhD of Biostatistics , professor of Biostatistics department, Medicine Faculty, TarbiyatModares university.