




Critical Review of the Content of Mental Health Programs and Services in the Primary Health Care System Using Deconstruction and Critical Analysis Method

Reihaneh Fayyaz¹ , Fatemeh Ghasemi² , Seyedeh Asma Hosseini^{3*} , Fatemeh Fayyaz⁴ ,
 Hamed Moslehi⁵ 

1- Department of Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

2- Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

3- Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

4- Department of Psychology, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran.

5- Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Seyedeh Asma Hosseini; Email: S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir

Article Info

Received: Apr 17, 2024

Received in revised form:

Jul 1, 2024

Accepted: Sep 16, 2025

Available Online: Mar 21, 2025

Keywords:

Mental health

Peer review research

Primary health care system

Abstract

Background and Objective: Mental health is considered an inseparable part of individual and social health and well-being. The prevalence of diseases in the world shows that mental health problems are the second most debilitating factor in health. The primary health care system in the country has a very successful history in generalizing and developing mental health services. People are easily connected to this system and cooperate and participate to a large extent for the implementation of mental health programs. A large number of service packages are implemented in the country. For this reason, it is necessary to carry out a detailed review and evaluation of the content of services and care packages.

Methods: In this article, the deconstruction method was used with an emphasis on the deep understanding of the contents instead of describing them and their theoretical and fundamental criticism. For this purpose, all the textual content of the Mental Health Department of the Mental and Social Health and Addiction office of the Ministry of Health, which include 1210 pages, was analyzed and the main concepts were compiled and summarized. Finally, the extracted fundamental concepts were discussed and conclusions were drawn. The authors of the article have reported no conflicts of interest.

Results: Low level of cultural compatibility, neglect of spiritual health, outdated materials and lack of references to reliable sources were identified and confirmed.

Conclusion: It is essential to conduct a fundamental review based on scientific resources and indigenous models, aiming to enhance the mental health of the community with a preventive approach in the packages.



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i1.43981>

Please cite this article as: Fayyaz R, Ghasemi F, Hosseini SA, Fayyaz F, Moslehi H. Critical Review of the Content of Mental Health Programs and Services in the Primary Health Care System Using Deconstruction and Critical Analysis Method. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2025;11(1): 52-64. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i1.43981>

Summary

Background and Objective

According to the World Health Organization, health is a state of complete mental, physical and social well-being and not just the absence of disease. Mental health is also related to promoting well-being, preventing mental disorders, and

treating and rehabilitating people affected by mental disorders (1). One of the most important achievements of the past years in the field of mental health in Iran has been the integration of mental health services into the primary health care system. The purpose was to maintain, provide, and increase the level of mental health of people (2, 3). The primary health care system includes basic and essential health care, which is accessible

to all members of the community. These cares are the first level of contact between the individual and family with the health system in the country (4). The aim of the current research is to pay more attention to religious/spiritual dimensions in the educational contents of the Office of Mental and Social Health and Addiction Department of the Ministry of Health.

The spiritual dimension is a part of human life that gives meaning to life (29). As a result, the review and critical evaluation of the educational programs of the Ministry of Health in the field of mental health can be an important step in the direction of reforming these programs. The present study is a critical examination and evaluation of the educational programs of the Ministry of Health in the field of mental health from the perspective of its adaptation to Iranian-Islamic culture.

Methods

In the present project, deconstruction research method was used. This is used for critical analysis, and it can be used in texts related to the field of humanities. The main emphasis in this method is on the deep understanding of the contents instead of describing them and criticizing them boldly (30). This qualitative method has three fundamental differences with other methods making this method of criticism more suitable for the purpose of this research: First, in this method, a deep understanding of the field of study is desired instead of the usual quantitative or even qualitative description or review. Secondly, the negation of the truth and the sanctification of doubt in the conditions of the research subject are of interest. The third difference concerns the courage and boldness of criticism to the extent that this method is accused of unrestrained criticism (31). To do this, first, all the educational packages developed by the Mental and Social Health and Addiction Office of the Ministry of Health in the field of mental health, including educational contents, charts and operational plans, which included 1210 pages of content, were collected and carefully studied and reviewed. In the next step, the critical components of the packages were extracted and then, based on the deconstruction method, the main concepts of the textual content were compiled and summarized based on the components criticized in the previous step. Finally, the extracted fundamental concepts were discussed and conclusions were drawn.

Results

A summary of general concepts of PHC mental health packages is as follows:

1. Most of the contents are old and more than 10 years have passed since they were edited;
2. Predominant use of foreign approaches and researches and not using reliable internal sources;
3. Destigmatization of the Iranian Islamic norms;
4. A disorder-oriented approach instead of a health-oriented one;
5. The centrality of drug therapy and medical treatments for mental problems;
6. The lack of comprehensiveness of pathologies and therapeutic approaches;
7. definitions of lifestyle based on secular, humanistic, individualistic and materialistic philosophical approach;
8. Predominance of foreign and non-native terms, examples, and sources;
9. The effect of psychological approaches such as the law of attraction on packages;
10. Predominance of a symptom-oriented approach instead of a pathology-oriented approach;
11. Citing very weak sources;
12. Using the label 'patient' for an individual with mental health issues instead of using the term 'reference';
13. Absence of a goal-oriented approach in setting people's schedule and lifestyle;
14. Predominance of a mechanical approach and lack of empathy with clients in educational packages;
15. The presence of some therapeutic mistakes such as recommending suppression of anxious habits and thoughts;
16. Having biased approaches towards the illiteracy and superstition of clients;
17. Lack of attention to the religious culture component in the identity of Iranians;
18. Generalizing in some practical skills and not paying attention to practical and suitable details for the general audience;
19. Neglecting cultural and multicultural education in interventions.

Conclusion

The purpose of this research was to review and evaluate the texts used in the field of mental health in Iran's PHC system. The qualitative deconstruction approach was used for this purpose. On this basis, all the texts of the mental health group used in PHC in the last two years, were studied and the underlying concepts were extracted.

One of the important concepts criticized in this research is the existence of the spirit of

materialistic, secular, humanistic and individualistic philosophies. Humanism puts man in the center of its thoughts and in the contemporary era, the dominant and ruling image of Western civilization is secular humanism, and it is mostly agnostic and incompatible with monotheistic religions (32). Contrary to what has been pointed out in scientific sources, the use of terms, examples, and foreign and non-native sources, as well as the lack of attention to the component of religious culture, is evident in the texts used in the Mental Health Department of PHC. Many studies showed the impact of culture on therapeutic, preventive and pathological approaches (37-39).

According to what is happening in the primary care system in Iran, there is a need for non-pharmacological therapeutic interventions to be given priority over drug treatment and in case of a more accurate diagnosis, drug prescription should be done by the doctor. Considering the criticisms received, it is necessary to update and rewrite the content of the programs and services of the Mental and Social Health and Addiction Office.

Acknowledgements

We are grateful to the Mental and Social Health and Addiction Office of the Ministry of Health for their support in conducting this research.

Ethical considerations

According to the authors of the article, the Ethics Committee for Biomedical Research of Al-Zahra University approved the present study with the ethics code [IR.ALZAHRA.REC.1402.06](#)

Funding

According to the authors of the article, the present research was not financially supported and was conducted at the authors' personal expense.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Authors' contribution

Introduction: First author; Methodology: Third author; Findings: First author, Second and Third authors; Discussion and Conclusion: Fourth and Fifth authors.

دراسة نقدية لمحتوى برامج وخدمات قطاع الصحة النفسية في نظام الرعاية الصحية الأولية من خلال أسلوب التفكير والتحليل النقدي

ريحانة فياض^١، فاطمة قاسمي^٢، سيدة أسماء حسيني^٣، فاطمة فياض^٤، حامد مصلي^٥

- ١- قسم علم نفس الصحة، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة طهران، طهران، إيران.
- ٢- قسم علم النفس، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة طهران، طهران، إيران.
- ٣- قسم علم النفس، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة الزهراء، طهران، إيران.
- ٤- قسم علم النفس والعلوم التربوية، مركز دراسات النساء، جامعة الزهراء، طهران، إيران.
- ٥- قسم علم النفس والإستشارة، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة طهران، طهران، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتورة سيدة أسماء حسيني؛ البريد الإلكتروني: S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٨ شوال ١٤٤٥

وصول النص النهائي: ٢٤ ذى الحجة ١٤٤٥

القبول: ١٢ ربيع الأول ١٤٤٦

النشر الإلكتروني: ٢٠ رمضان ١٤٤٦

الكلمات الرئيسية:

الصحة النفسية

نظام العناية الصحية الأولية

نقد وتقييم

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: تعتبر السلامة النفسية جزءاً لا يتجزأ من السلامة والرفاه الفردي والإجتماعي. إنّ وتيرة انتشار الأمراض في العالم توحى بأنّ المشاكل والتحديات المتعلقة بالسلامة النفسية تعتبر العامل الثاني في انتشار الأمراض والعجز الصحي. اما بالنسبة للبلاد (إيران) يمكن القول أنّ البلاد خضت خطوات جبارة في نظام العناية الصحية على مستوى البلاد ونجحت في تعميم القطاع الصحي والضمان الإجتماعي والسلامة النفسية. والشعب يتق بشكل كبير في النظام الصحي ويتعامل مع برامج ومشاريع نظام الصحة النفسية. كما أنّ هناك الكثير من الخدمات التي يقدمها النظام الصحي لعدد هائل من المواطنين. ولهذا تسعى هذه الدراسة لتقييم دقيق للخدمات والبرامج الخدمية التي يقدمها النظام الصحي في البلاد.

منهجية البحث: المنهج الذي اعتمدت عليه الدراسة هو المنهج التفكيكي مع التركيز على فهم المحتوى بدل الوصف ونقد هذه البرامج نظرياً وبنويّاً. ولكي تتجح الدراسة في البحث بادر الباحثون بجمع المحتوى النصي لقسم السلامة النفسية في مكاتب السلامة النفسية، والإجتماعية، ومراكز إعادة تأهيل المدمنين الموثوقة لدى وزارة الصحة؛ وقد تضمنت ١٢١٠ صفحة تم استخراج وتجميع المفاهيم الأساسية منها. وفي المرحلة الأخيرة قام الباحثون باستخراج المفاهيم الأكثر أهمية لدراساتها وتحليلها بشكل جذري بغية استخراج النتيجة الأكثر دقة. إنّ مولفي البحث لم يشيروا إلى أيّ تضارب في المصالح.

المعطيات: أكدت النتائج التي حصل عليها الباحثون أنّ هناك مواطن ضعف في نظام الصحة مثل غياب التناسق الثقافي بين المحتوى وثقافة الأفراد، وعدم الإهتمام بالصحة الروحية، وقدم المضامين وغياب الإرجاع إلى المصادر المعتمدة.

الاستنتاج: نظراً لتوفر مصادر علمية ونماذج محلية ناجحة، يجب إعادة النظر في برامج النظام بهدف الإرتقاء بمستوى الخدمات الصحية والسلامة النفسية في المجتمع والتأكيد على الوقاية وتوقي الأمراض بدل علاجها.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Fayyaz R, Ghasemi F, Hosseini SA, Fayyaz F, Moslehi H. Critical Review of the Content of Mental Health Programs and Services in the Primary Health Care System Using Deconstruction and Critical Analysis Method. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2025;11(1):52-64. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i1.43981>

بررسی انتقادی محتوای برنامه و خدمات عرصه سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی با روش واسازی و تحلیل انتقادی

ریحانه فیاض^۱، فاطمه قاسمی^۲، سیده اسماء حسینی^{۳*}، فاطمه فیاض^۴، حامد مصلحی^۵

- ۱- گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
 - ۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
 - ۳- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
 - ۴- گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
 - ۵- گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
- *مکاتبات خطاب به دکتر سیده اسماء حسینی؛ رایانامه: S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۹ فروردین ۱۴۰۳
 دریافت متن نهایی: ۱۱ تیر ۱۴۰۳
 پذیرش: ۲۶ شهریور ۱۴۰۳
 نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۴

چکیده

سابقه و هدف: سلامت روان بخشی تفکیک‌ناپذیر از سلامت و رفاه فردی و اجتماعی قلمداد می‌شود. روند شیوع بیماری‌ها در جهان نشان می‌دهد که مشکلات سلامت روان دومین عامل ناتوان‌کننده سلامتی است. نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح کشور پیشینه بسیار موفقی در تعمیم و توسعه خدمات سلامت روان دارد. مردم به شبکه بهداشت اعتماد دارند و به راحتی به این نظام پیوند می‌خورند و تا حد زیادی برای اجرای برنامه‌های بهداشت روان همکاری و مشارکت می‌کنند. بسته‌های خدمت به تعداد بسیار زیاد در کشور اجرا می‌شود. به همین دلیل این پژوهش با هدف نقد و ارزیابی دقیق از محتوای بسته‌های خدمت و مراقبت صورت گرفته است.

روش کار: در این مقاله از روش واسازی با تأکید بر درک ریشه‌ای و عمیق محتواها به جای توصیف آنها و نقد نظری و بنیادی آنها به‌طور جسورانه استفاده شده است. بدین منظور تمام محتوای متنی گروه سلامت روان دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت که مشتمل بر ۱۲۱۰ صفحه بود بررسی شد و مفاهیم اصلی تدوین و جمع‌بندی شد. در مرحله آخر نیز مفاهیم بنیادین استخراج‌شده به بحث گذاشته شد و نتیجه‌گیری انجام پذیرفت. مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، تطابق پایین فرهنگی، بی‌توجهی به سلامت معنوی، قدیمی‌بودن مطالب و نبود ارجاع به منابع معتبر محرز گردید.

نتیجه‌گیری: ضروری است بر اساس منابع علمی و الگوهای بومی، بازبینی اساسی با هدف ارتقای سلامت روان جامعه با رویکرد پیشگیرانه در بسته‌ها انجام گیرد.

واژگان کلیدی:

سلامت روان
 نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی
 نقد و ارزیابی هم‌تا

استناد مقاله به این صورت است:

Fayyaz R, Ghasemi F, Hosseini SA, Fayyaz F, Moslehi H. Critical Review of the Content of Mental Health Programs and Services in the Primary Health Care System Using Deconstruction and Critical Analysis Method. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2025;11(1):52-64. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i1.43981>

مقدمه

از حالتی از بهزیستی کامل روانی، جسمی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری. سلامت روانی نیز به ارتقای بهزیستی، جلوگیری از اختلالات روانی، درمان و بازتوانی افرادی که تحت

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است

اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت است.

برنامه‌های وزارت بهداشت تحت تأثیر سازمان جهانی بهداشت قرار داد. نگاهی به تولیدات محتوایی انبوه سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که این سازمان توجه کمی به دین دارد؛ در حالی که بیشتر جمعیت جهان گرایش‌های دینی دارند. باورهای شخصی مرتبط با سلامت و رهبران مذهبی نقش کلیدی در مراقبت‌های بهداشتی ایفا می‌کنند؛ اما دغدغه‌های مذهبی مردم در دستور کار اصلی سازمان جهانی بهداشت نیست (۱۲). این در حالی است که توجه به ابعاد دینی و معنوی در میان محققان جهان از سال‌ها پیش شروع شده است (۱۳). اعتقاد به خداوند در میان جمعیت عمومی بسیار فراگیر است (۱۴). از منظر قرآن کریم، معنویت پایه تکامل انسان در نظر گرفته می‌شود (۱۵). معنویت در دین اسلام دارای پیوند محکم با نیت و پایبندی به باورهای دینی است و بر توکل، امید به کمک و لطف خداوند و دلبستگی به خداوند تأکید دارد (۱۶).

گرچه در دهه اخیر، اهمیت مذهب در سلامت جهانی به‌طور واضحی شناخته شده است (۱۷، ۱۸)، درباره رابطه بین سازمان جهانی بهداشت و جوامع و رهبران مذهبی مطالعات اندکی صورت گرفته است (۱۲). نکته بسیار قابل تأمل این است که سازمان جهانی بهداشت بیش از بسیاری از آژانس‌های سازمان ملل به این دلیل اعتبار و شهرت یافته است که ادعای بی‌طرفی سیاسی و وجهت علمی دارد. سازمانی که عمدتاً متخصصان پزشکی آن را هدایت می‌کنند. جمعیتی که مدت‌هاست افرادی با درجه پایین علایق مذهبی شناخته شده‌اند (۱۹). آثار بُعد معنوی در سلامت، بخشی از آموزش‌های رسمی بیشتر پزشکان و متخصصان پیراپزشکی نیست (۲۰). گرچه فرهنگ سازمانی سکولار می‌تواند در نبود نسبی مفهوم مذهب در سازمان جهانی بهداشت مشارکت داشته باشد، باید توجه داشت که روابط بین جوامع و رهبران دینی و سازمان جهانی بهداشت بسیار پیچیده است (۱۲).

اشاره به این نکته ضروری است که سبک زندگی و سلامت افراد، عمیقاً تحت تأثیر ارزش‌ها و باورهای آنان قرار دارد. در جوامعی مانند ایران که دین آمیختگی عمیقی با فرهنگ افراد دارد، توجه به ابعاد معنوی از اهمیت مضاعفی برخوردار است (۲۱).

در اهمیت این پژوهش یادآوری این نکته لازم است که مراکز خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه اهمیت زیادی دارند و حدود ۸۰٪ از مراقبت‌های بهداشتی در این مراکز ارائه

تأثیر اختلالات روانی قرار گرفته‌اند، مربوط است (۱). همچنین، بهداشت روانی به‌عنوان متغیری که رابطه مستقیمی با عملکرد فردی و اجتماعی و آسیب‌های روانی - اجتماعی دارد از اهمیت بالایی برخوردار است. از این‌رو، برنامه‌های متعددی در سه بُعد بهداشت روانی یعنی پیشگیری، درمان و توان‌بخشی تدوین و اجرا شده است (۲). از مهم‌ترین دستاوردهای سال‌های گذشته در حوزه سلامت روانی در ایران، ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱ بوده است. هدف از این ادغام حفظ، تأمین و افزایش سطح سلامت روانی افراد است (۳، ۴). نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل مراقبت‌های اساسی و ضروری در زمینه سلامت است. مراقبت‌هایی که برای تمامی افراد جامعه قابل دسترس است. این مراقبت‌ها اولین سطح ارتباط فرد و خانواده با نظام سلامت در کشور است (۵). در برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، فرایند ارجاع بین مراقبان سلامت، پزشک و روان‌شناس صورت می‌پذیرد (۶).

با توجه به اهمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ارتقای کیفیت آنها اهمیت بالایی دارد. الگوی حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران نیز ظرفیت و امکان ارتقای کیفیت و بهبود پاسخ‌گویی در نظام سلامت کشور را دارد (۷). دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد از زیرمجموعه معاونت بهداشت در وزارت بهداشت ایران است که متولی اصلی حوزه سلامت روانی در کشور است (۸). پژوهش حاضر با هدف بررسی انتقادی محتوای آموزشی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت از منظر انطباق با فرهنگ ایرانی - اسلامی انجام شده است.

امروزه به مراقبت بیمارمحور به‌عنوان مسئله‌ای جهانی توجه شده است (۹). کیفیت نظام سلامت مبتنی بر فراهم‌کردن مراقبت ایمن، اثربخش، به‌موقع، کارآمد، بیمارمحور و عادلانه است (۱۰). با توجه به اینکه دین و معنویت با فرهنگ کشور ایران آمیخته است، اگر بنا بر اجرایی‌کردن نظام بیمارمحور باشد، ضروری است به این ابعاد نیز توجه شود. اما با وجود اینکه سازمان جهانی بهداشت نیز اضافه‌شدن بُعد معنوی را به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت پذیرفته است (۱۱)، همچنان به این بُعد به اندازه کافی توجه نمی‌شود و برنامه‌ها نیز بومی نیستند. هدف پژوهش حاضر ارزیابی محتوای آموزشی دفتر سلامت روانی،

^۱) Primary Health Care (PHC)

معمول مورد نظر است. نفی حقیقت و تقدیس تردید در شرایط پیش روی مورد پژوهش مد نظر است و جرئت و جسارت نقادی تا جایی که این روش در نقد لجام گسیخته به بی قید و بندی متهم است، در این روش دیده می شود (۳۱). برای انجام این کار، ابتدا تمامی بسته های آموزشی دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت در حوزه سلامت روانی شامل محتوای آموزشی، چارت ها و برنامه های عملیاتی که شامل ۱۲۱۰ صفحه محتوا بود، به دقت مطالعه و بررسی شد. در مرحله بعدی مؤلفه های انتقادی بسته ها استخراج شد و سپس، بر اساس روش واسازی، مفاهیم اصلی محتوای متنی بر اساس مؤلفه های مورد نقد در مرحله قبل تدوین و جمع بندی شد. در مرحله آخر نیز مفاهیم بنیادین استخراج شده به بحث گذاشته شد و نتیجه گیری انجام پذیرفت.

یافته ها

مفاهیم زیربنایی استخراج شده در زیر قابل مشاهده است:

جمع بندی مفاهیم کلی به دست آمده از بسته های سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC^۲)

- ۱) قدیمی بودن بیشتر محتواها و گذشتن بیش از ۱۰ سال از تدوین آنها؛
- ۲) غلبه استفاده از رویکردها و پژوهش های خارجی و استفاده نکردن از منابع متقن داخلی؛
- ۳) قبح شکنی از هنجارهای ایرانی - اسلامی مثل روابط جنسی و عاطفی خارج از چهارچوب ازدواج و خودکشی با عنوان انگ زدایی یا در خلال آموزش ها؛
- ۴) رویکرد اختلال محور به جای سلامت محور؛
- ۵) محوریت دارودرمانی و درمان های پزشکی برای مشکلات روان و کوچک شماری پیامدها و عوارض استفاده از دارو با وجود اثربخشی بالای روان درمانی بر اختلالات روانی متوسط تا شدید؛
- ۶) همه جانبه نبودن آسیب شناسی ها و رویکردهای درمانی و توجه نکردن به بحث سلامت معنوی؛
- ۷) تعریف سبک زندگی بر اساس رویکرد فلسفی سکولار، اومانیستی، فردگرایی و ماتریالیستی؛
- ۸) غلبه استفاده از اصطلاحات، مصادیق، مثال ها و منابع خارجی و غیر بومی؛

می شود (۲۲، ۲۳). این مراقبت ها گستره وسیعی از افراد و سازمان ها مانند جوامع محلی؛ گروه های مراقبت بهداشتی - درمانی؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ مؤسسات تنظیم مقررات، بیماران و افراد حرفه ای را در بر می گیرد (۲۴). همچنین، نظام مراقبت بهداشتی با چالش های عمده ای مانند کنترل هزینه هم زمان با ارتقای کیفیت مواجه است. در ارائه مراقبت های بهداشتی اولیه، منطبق ساختن مهارت ها با نیازهای مراجعان از لحاظ اقتصادی اهمیت بالایی دارد (۲۵). هم زمان با توسعه، تحول و بالا رفتن پیچیدگی مراقبت های بهداشتی اولیه، دولت باید کیفیت این خدمات را ارتقا دهد (۲۶). این خدمات در ایران نیاز به اصلاحاتی نیز دارد که می توان به مواردی مانند افزایش ارائه آموزش صحیح و همیشگی به مراقبان سلامت، ارتقای ارتباطات درون بخشی بین مراقب سلامت، پزشک و روان شناس و کوتاه نمودن فرایند ارجاع اشاره کرد (۲۷). شواهد زیادی از نوسان کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران موجود است (۲۸). بررسی رابطه بین مذهب/ معنویت و سلامت نیاز به بازنگری مجدد در باورهای دارد که اغلب افرادی که خواهان دریافت مراقب های بهداشتی هستند، تجربه می کنند (۲۹). بالا بردن کیفیت بسته های آموزشی که مراقبان سلامت برای عموم مردم جامعه تدریس می کنند و در جهت افزایش سلامت روان و پیشگیری از بیماری های روانی مستقیماً تأثیر دارد، ضرورت توجه ویژه به این محتوا را چند برابر می کند. در نتیجه، بررسی و ارزیابی نقادانه برنامه های آموزشی وزارت بهداشت در حوزه سلامت روان می تواند گامی مهم در مسیر اصلاح این برنامه ها باشد. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی انتقادی محتوای برنامه و خدمات عرصه سلامت روان در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی بوده است.

روش کار

در پژوهش حاضر به منظور تحلیل انتقادی از روش واسازی^۱ استفاده شد که به طور خاص قابلیت به کارگیری در متون رشته های علوم انسانی را دارد. تأکید اصلی در این روش بر درک ریشه ای و عمیق محتواها به جای توصیف آنها و نقد نظری و بنیادی آنها به طور جسورانه است (۳۰). این روش با سایر روش ها سه تفاوت دارد که این شیوه از نقد را برای هدف این پژوهش متناسب تر می سازد: در این روش درک عمیق از حوزه مطالعه به جای توصیف یا بررسی کمی و حتی کیفی

^۲) Primary Health Care

مجله پژوهش در دین و سلامت

^۱) Diconstruction

شده است. از نظر زیمل^۱، تمام قید و بندهایی که جامعه سنتی داشته، با رشد فردگرایی در بستر جوامع شهری، کم‌رنگ و موجب پیدایش فردیت و بیان خود در رابطه با دیگران در قالب سبک زندگی شده است. در چنین فضایی، افراد به دنبال کسب هویت از طریق مصرف نمادین هستند (۳۳). سبک زندگی به بیان ساده، شیوه زندگی است و دال بر الگوهای فردی مطلوب از زندگی که جهان‌بینی، نگرش‌ها و ارزش‌ها، عادات، وسایل زندگی و همچنین الگوهای روابط اجتماعی، اوقات فراغت و مصرف را در بر می‌گیرد. سبک زندگی اغلب بیانگرانه است و شخص را به محیط پیرامونش معرفی می‌کند؛ این بدان معناست که سبک زندگی از طریق چهره‌ها (انتخاب لباس‌ها و رفتارها)، اعمال و کردارها (انتخاب فعالیت‌های فراغتی یا انتخاب وسایل زندگی و حتی گزینش دوستان) بیان می‌شود (۳۴).

دلیل تفاوت افراد با یکدیگر تفاوت در رهیافت‌های فکری آنان است. در سایه جهانی شدن اندیشه‌ها و پیشرفت‌های دانش بشری و فراگیر شدن علوم و اندیشه‌های مختلف زمینه‌های اضطراب فکری و تناقضات اندیشه‌ای برای بسیاری از جوامع به وجود آمده است. از این‌رو، اکنون دچار این مشکل شده‌ایم که باید آن‌گونه زندگی کنیم که نمی‌اندیشیم؛ زیرا اندیشه‌ای غیر از اندیشه خودمان سبک زندگی را برایمان تعریف کرده است (۳۵). پژوهش‌های صورت‌گرفته در این زمینه (۳۶) تأییدکننده این مطلب است.

بر خلاف آنچه در منابع علمی ذکر شده است، غلبه استفاده از اصطلاحات، مصادیق و منابع خارجی و نیز بی‌توجهی به فرهنگ دینی در متون استفاده‌شده در مراقبت‌های بهداشتی اولیه به چشم می‌خورد. این در حالی است که بسیاری از پژوهش‌های مرتبط با تأثیر فرهنگ بر سلامت روان از تأثیر این مؤلفه بر رویکردهای درمانی، پیشگیرانه و آسیب‌شناسانه خبر می‌دهد (۳۷-۳۹). شیوه‌ها و باورهای فرهنگی می‌توانند بر سبک مقابله فرد با پریشانی روان‌شناختی اثر بگذارند و گاهی به او در مواجهه با بیماری روانی کمک کنند. از سوی دیگر، همین عوامل فرهنگی می‌تواند منبع پریشانی، تعارض و زمینه‌ساز بروز اختلال روانی در فرد باشد (۴۰). بر اساس نتایج تحقیقات مربوط به علوم اعصاب شناختی، هر فرهنگی ارزش‌ها و الگوهای رفتاری و تحلیلی خاصی برای اعضای خود ارائه می‌کند که مبنای طراحی الگوهای پیشرفت و توسعه فرهنگ قرار می‌گیرد (۴۱).

^۱ Simmel

مجله پژوهش در دین و سلامت

۹) تأثیر رویکردهای زرد روان‌شناسی نظیر قانون جذب بر بسته‌ها؛
 ۱۰) غلبه رویکردی نشانه‌محور به جای رویکردی آسیب‌شناسانه‌محور؛
 ۱۱) استناد به منابع در حد بسیار ضعیف؛
 ۱۲) استفاده برچسب بیمار به فردی که مشکلات روان‌شناختی دارد به جای استفاده از اصطلاح مراجع؛
 ۱۳) نبود رویکرد هدف‌محوری در تنظیم برنامه و سبک زندگی افراد؛
 ۱۴) غلبه رویکردی مکانیکی و نبود همدلی با مراجع در بسته‌های آموزشی؛
 ۱۵) وجود برخی اشتباه‌های درمانی نظیر توصیه به سرکوب عادات و افکار اضطراب‌آمیز که اضطراب را افزایش می‌دهد؛
 ۱۶) داشتن رویکردهای سوگیرانه نسبت به بی‌سواد بودن و خرافاتی بودن مراجعان؛
 ۱۷) بی‌توجهی به مؤلفه فرهنگ دینی در هویت ایرانیان؛
 ۱۸) کلی‌گویی در برخی مهارت‌های کاربردی و بی‌توجهی به جزئیات کاربردی و متناسب با مخاطب عام؛
 ۱۹) بی‌توجهی به آموزش مبتنی بر فرهنگ و چندفرهنگی در مداخلات.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین مفاهیم مورد نقد در متون بررسی‌شده، وجود روح فلسفه‌های ماتریالیستی، سکولاری، اومانستی و فردگرایانه است. اومانسیم انسان را در مرکز تأملات خود قرار می‌دهد و در دوران معاصر وجهه غالب و حاکم تمدن غربی انسان‌گرایی سکولار است و بیشتر جنبه دین‌گریزی دارد و با ادیان توحیدی ناسازگار است (۳۲). مبانی اومانسیم و فردگرایی با فرهنگ مردم ایران همخوانی ندارد و آسیب‌هایی به همراه دارد؛ برای مثال ظهور و بروز معنویت‌ها و عرفان‌های کاذب. دنیای غرب پس از طرد و حذف دین ناچار شد بدیل و رقیبی به نام اخلاق را برای دین بتراشد؛ آن هم اخلاق مادی صرف که به تعبیر خود اومانیست‌ها، اخلاق این‌جهانی باشد. این جایگزینی خلأ معنوی انسان نوین را تکمیل نکرده و او را ارضا نساخته است و هر روز با روی آوردن به نوعی اخلاق مختلف و معنویت‌گرایی کاذب، بیهوده بر در و دیوار به اصطلاح معنویت می‌کوبد، اما راهی به جایی نمی‌برد (۳۲).

جامعه نوین با رشد صنعت، علم و فناوری توسعه یافته و منجر به شکل‌گیری نظام‌های دموکراتیک و ارتقای فردگرایی

رشد معنوی خود یا به‌عنوان تجربه معنوی تفسیر می‌نمایند (۵۰). امروزه اندیشمندان بسیاری معتقدند که معنویت برای انسان هویت می‌سازد؛ به چرایی ابتلا به بیماری پاسخ می‌دهد و می‌تواند در خدمات سلامت برای بیماران، افراد بدحال و محترض کمک مؤثری باشد (۵۱). در مطالعات اخیر در درمان و مراقبت کل‌نگر، انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است (۵۲). نادیده‌گرفتن بُعد معنوی وجود انسان به منزله نادیده‌گرفتن برشی حیاتی از وجود انسان تلقی می‌شود که کل زندگی فرد را مخدوش می‌کند (۵۳). بنابراین، سلامت معنوی نیرویی قلمداد می‌شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین تمام ابعاد سلامت فراهم می‌کند (۵۴).

در پژوهش‌های انجام‌شده درباره سلامت معنوی و کیفیت زندگی، در مبحث تأثیر سلامت معنوی بر کیفیت زندگی، در زمینه اثرگذاری بر رضایت از زندگی زناشویی و بهبود مهارت‌های ارتباطی تأثیرگذاری سلامت معنوی گزارش شده است (۵۵-۵۷). سلامت معنوی به سازگاری افراد با مردم، خود و محیط دلالت می‌کند و از نگرانی‌های روانی و اجتماعی افراد می‌کاهد و عملکرد آنان را در زندگی و کیفیت آن ارتقا می‌دهد (۵۸) و برعکس؛ بدون سلامت معنوی دستیابی به حداکثر عملکرد مورد نظر دیگر ابعاد سلامتی و کیفیت زندگی مقدور نخواهد بود (۵۹). همچنین، اختلال در سلامت معنوی عامل آشفتگی‌های روانی، اضطراب، افسردگی و از دست دادن معنای زندگی و محل دستیابی به سطوح بالای کیفیت زندگی محسوب می‌شود (۶۰).

نتایج مطالعه‌ای که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ در ۱۸ کشور انجام داده، نشان داده است که معنویت و مذهب با تمام قلمروهای کیفیت زندگی همانند قلمروهای فیزیکی، اجتماعی، روان‌شناسی و محیطی پیوستگی بسیار بالایی دارد (۶۱). همچنین افراد مذهبی بیشتر از زندگی خود راضی هستند و شبکه‌های اجتماعی حمایتی بیشتری می‌سازند (۴۹) و بنابر اعتقاد پاراگمنت^۱ با راهبردهای مختلف مقابله مذهبی می‌توانند از وقایع ناخوشایند زندگی توضیح خوش‌بینانه‌تری بیان کنند (۶۲) و فرایندهای مقابله‌ای بیشتری دارند (۶۳).

همواره انگ‌زدایی یکی از اهداف ارتقای سلامت روان در نظام‌های مراقبت اولیه به شمار می‌رود. مطابق آمارها از هر سه یا چهار نفر، یک نفر احتمالاً در طول عمر خود به اختلالات روانی دچار می‌شود و نیاز به درمان دارد، اما بسیار کمتر از این تعداد برای درمان به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند یا در صورت

فرهنگ و مؤلفه‌های مرتبط با آن با شکل‌دادن به هنجارها، ارزش‌ها و باورهای اجتماعی می‌تواند افراد را به شیوه‌های مشخصی از تنظیم هیجان ترغیب کند. جهت درک بهتر شیوه‌های تنظیم هیجان باید به مطالعه آنها در بافت فرهنگی خود پرداخت. از آنجایی که فرهنگ و مؤلفه‌های آن یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده تمامی رفتارها، چه بهنجار چه نابهنجار است، بنابراین فرهنگ بر مرز بین کنترل‌کردن و کنترل‌نکردن هیجان، تحمل علائم و رفتارهای خاص، آسیب‌پذیری، رنج و پایبندی به درمان تأثیر می‌گذارد (۴۲).

فرهنگ بر اینکه چطور افراد علائم خود را نشان می‌دهند، با مشکلات روان‌شناختی خود مقابله می‌کنند و تمایل آنان برای جست‌وجوی درمان تأثیر می‌گذارد (۴۳). همچنین از آنجایی که فرهنگ به مثابه یک نظام اجتماعی گسترده، نقش مهمی در ابراز هیجان و چگونگی تنظیم هیجان دارد، رفتارهای فرهنگی به شیوه‌های مختلف پیام‌های مهمی برای سلامت روان‌شناختی انسان‌ها دارد (۴۴). طبق نتایج به‌دست‌آمده، دیده می‌شود که در متون تدوین‌شده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه سلامت معنوی به‌عنوان جزئی از ارکان سلامت روانی دیده نشده است. اگرچه اهمیت معنویت به‌طور چشمگیری در پزشکی بالینی به رسمیت شناخته شده است، به‌ندرت در تمرین، ادبیات یا برنامه‌های آموزش بهداشت جهانی ذکر می‌شود. معنویت را باید به گفتمان بهداشت جهانی رساند تا کمک بزرگی به بهداشت جهانی و شکوفایی ظرفیت‌های سلامت معنوی و نقش آن در سلامت عمومی شود (۴۵).

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت امروزه به تأثیر باورهای فلسفی (جهان‌بینی) در شکل‌گیری فرهنگ، سبک زندگی و نوع برخورد افراد با وقایع بیشتر توجه می‌شود (۴۶). شواهد علمی متعدد تأثیر معنویت و باورهای افراد را در سلامت، حفظ و ارتقای عزت نفس، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، آسودگی روانی، امیدواری، افزایش توان سازگاری و تطابق (۴۷)، ایجاد احساس آرامش و قدرت مواجهه با بحران بیماری تأیید می‌کند (۴۸)؛ به‌گونه‌ای که بیماران واجد تمایلات معنوی، با وجود بحران بیماری، قادر به یافتن معنا و هدف در زندگی خود هستند و در سازگاری با درد و رنج بیماری و بیرون آمدن از بحران موفق‌تر عمل می‌کنند (۴۹). اصولاً افراد معنوی به واسطه ارتباط با خدا، وقایع را کمتر استرس‌زا ارزیابی می‌کنند و آن را فرصتی برای

^۱ Pargament

داروها باید برای مدت مشخص و با پیگیری تجویز گردد و نیز امکان سوءاستفاده دارویی و ظرفیت بالای خطر خودکشی با داروهای روان‌پزشکی، این ضرورت را ایجاب می‌کند که این امر به‌طور دقیق بررسی و پژوهش شود (۶۹).

مطالعه ۳۶ مقاله نشان داده است که پزشکان غیر روان‌پزشک دقت اندکی در تشخیص افسردگی دارند (۷۰). پزشکان عمومی اغلب علائم افسردگی را به‌طور نامناسب تشخیص می‌دهند و در صورت همراهی افسردگی با بیماری جسمی حساسیت تشخیصی علائم اختصاصی افسردگی توسط آنان کمتر می‌شود (۷۱). بنابراین، با توجه به آنچه در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران اتفاق می‌افتد نیاز است تا مداخلات درمانی غیردارویی بر درمان دارویی اولویت داشته باشد و در صورت تشخیص دقیق‌تر، پزشک تجویز دارویی انجام می‌دهد. با توجه به انتقادات وارد شده، ضروری است در اولین فرصت به‌روزرسانی و بازنویسی مهمی در محتوا و سرفصل‌های برنامه‌ها و خدمات دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد که مبنای عمل کارشناسان سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند صورت پذیرد و محتواهای جدید باید تحولی رو به جلو بر اساس فرهنگ مردم ایران اسلامی داشته باشد.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر مبتنی بر روش‌سازی و تحلیل انتقادی بود. اگر تحلیل‌هایی بر اساس سایر روش‌های کیفی نیز انجام می‌شد، می‌توانست کامل‌تر باشد.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی محتواهای موجود با سایر روش‌های کیفی نیز پرداخته شود. همچنین بررسی بازخوردهای مراجعانی که در معرض این محتواها قرار گرفته‌اند، می‌تواند ارزشمند باشد.

قدردانی

از اداره سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت برای حمایت در انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه الزهرا پژوهش حاضر را با کد اخلاق

مراجعه، درمان خود را به‌شکل جدی و درست ادامه نمی‌دهند. همچنین، بیمارانی که تحت انگ قرار می‌گیرند، کمتر تن به مداخلات درمانی می‌دهند (۶۴). با وجود بار چشم‌گیر بیماری‌های روان‌پزشکی، درصد ناچیزی از مبتلایان جهت درمان مراجعه می‌کنند. احتمالاً ترس ناشی از برچسب بیماری روانی از بزرگ‌ترین موانع استفاده از خدمات روان‌پزشکی است. بیمارانی هم که مراجعه می‌کنند، با خوردن برچسب بیمار روانی دچار تبعیض، پیش‌داوری غیرموجه دیگران، انزوا و محرومیت از بسیاری از حقوق اجتماعی می‌شوند. با توجه به اینکه انگ بیماری‌های روانی منجر به درد و رنج قابل ملاحظه‌ای برای بسیاری از این افراد و خانواده‌های آنان می‌شود، مداخلاتی به‌منظور کاهش انگ نسبت به بیماری روانی می‌تواند در از بین بردن موانع خدمات بهداشت روان مفید باشد. از جمله آن می‌توان از کلمه مراجع به جای بیمار در متون و مناسبات موجود در دستگاه استفاده کرد و دقت کافی در منابع عرضه‌شده با برچسب اختلالات و علائم اختلال صورت گیرد (۶۵).

اختلالات روان‌پزشکی شیوع بالایی در میان مراجعان به مراکز مراقبت‌های اولیه و پزشکان عمومی دارند (۶۶). از شایع‌ترین این اختلالات می‌توان به افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شبه‌جسمی اشاره کرد. در صورت شناسایی صحیح اختلالات روان‌پزشکی، ارائه درمان مناسب در مراکز مراقبت‌های اولیه و ارجاع موارد خاص به سطوح بالاتر درمانی، می‌تواند بار بیماری‌های روانی را کاهش داد و سبب افزایش کارایی خدمات بهداشتی - درمانی، استفاده صحیح از امکانات و جلوگیری از صرف هزینه‌های اضافی در سطح جامعه شد (۶۷). استفاده از دارو در درمان اختلالات روان‌پزشکی بسیار شایع است. بسیاری از ناسامانی‌های روان‌پزشکی پس از تشخیص صحیح، با مصاحبه‌های درمانی، مشاوره و روان‌درمانی قابل درمان است و به دارو نیاز ندارد. درباره بیماری‌هایی که به درمان دارویی نیاز دارد این امر مستلزم تشخیص روان‌پزشکی به‌دنبال مصاحبه کامل و معاینه روان‌پزشکی است (۶۸). از سوی دیگر، بیماری‌های روانی به‌دلیل اینکه دوره طولانی‌مدت دارند، درمان آنها نیز مشکل است و در صورت تشخیص‌ندادن و درمان نادرست ممکن است اشکال کار برای مدت‌های طولانی معلوم نشود. با توجه به اهمیت گزینشی داروهای روان‌پزشکی (اعم از داروهای ضد اضطرابی و ضد افسردگی) و اینکه تجویز نیازمند مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی است که دست‌کم نیم ساعت به طول می‌انجامد و با توجه به اینکه

study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2012;1(3):214-28.

10. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B, et al. Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Annals of internal medicine*. 2013;158(8):573-9.

11. Vader J-P. *Spiritual health: the next frontier*. Oxford University Press; 2006. p. 457.

12. Winiger F, Peng-Keller S. Religion and the World Health Organization: an evolving relationship. *BMJ Global Health*. 2021;6(4):e004073.

13. Counts R. Religion and Public Policy at the UN. The Park ridge center for the study of health, faith, and ethics and Catholics for a free choice 2002 [Available from: <https://www.catholicsforchoice.org/wp-content/uploads/2014/01/2000religionandpublicpolicyatheun.pdf>].

14. Rosmarin DH, Bigda-Peyton JS, Kertz SJ, Smith N, Rauch SL, Björngvinsson T. A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of affective disorders*. 2013;146(3):441-6.

15. Motahari M. *The collection of the martyr Motahhari*. Tehran: Sadra Publications. (Full Text in Persian)

16. Ebrahimi Dinani G. *Rationality and spirituality in Islam*. Tehran: Humanities Research and Development Institute; 2004. (Full Text in Persian)

17. Kleinman A, Hanna B. *Religious Values and Global Health*. *Ecologies of Human*. 2011.

18. Olivier J, Tsimpo C, Gemignani R, Shojo M, Coulombe H, Dimmock F, et al. Understanding the roles of faith-based health-care providers in Africa: review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction. *The Lancet*. 2015; 386(10005):1765-75.

19. Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. Religious characteristics of US physicians: a national survey. *Journal of general internal medicine*. 2005;20:629-34.

20. Sens GR, Abdala GA, Meira MDD, Bueno S, Koenig HG. Religiosity and physician lifestyle from a family health strategy. *Journal of religion and health*. 2019;58:628-38.

21. Besharat MA, Hosseini A, Bahrami Ehsan H, Jahed HA, Nikpajouh A. Islamic lifestyle intervention model and cardiovascular health. *Culture in Islamic University*. 2016;5(17):467-92.

22. Chiou S-T, Chen L-K. Towards age-friendly hospitals and health services. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2009;49:S3-S6.

23. WHO. *WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata*. Geneva: WHO; 1987.

[IR.ALZAHRA.REC.1402.062](https://doi.org/10.21860/IR.ALZAHRA.REC.1402.062) تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، پژوهش حاضر حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلفان انجام شده است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

نگارش مقدمه پژوهش: مؤلف اول؛ نگارش یافته‌ها: مؤلفان اول، دوم و سوم؛ نگارش روش کار: مؤلف سوم و نگارش بحث و نتیجه‌گیری: مؤلفان چهارم و پنجم.

References

1. World Health Organization. "Health Topics: Mental Health". Retrieved from: http://www.who.int/features/factfiles/Mental_health/e/; 2014.
2. Ahmadvand MA. *Mental Health*. Tehran: Payam Noor Publications; 2003. (Full Text in Persian)
3. Bolhari J, Ahmadvand MA, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al. Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 17(4):271-8. (Full Text in Persian)
4. Atef Vahid K. *Mental Health in Iran: Accomplishments and Challenges*. *Social Welfare*. 2005;4(14):41-58.
5. Khayati F, Saberi MH. Primary Health Care (PHC) an ever strategy for health equity extension. *Journal of Health Administration*. 2009;12(35):33-40. (Full Text in Persian)
6. Pileh Roudi S, Shadpour K. Health for all and primary health care in the 20th and 21st centuries. Tehran: Tandis.
7. Tabrizi J, Gholamzadeh Nikjoo R. Validation of Primary Health Care Governance Model of Iran Using the Delphi Method. *Hakim Journal*. 2019;22(3):164-80. (Full Text in Persian)
8. News group: Deputy news, appointment. 2022.
9. Atashzadeh Shoorideh F, Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders: a phenomenological

24. Swerissen H. Strengthening clinical governance in primary health and community care. *Australian Journal of Primary Health*. 2005;11(1):2-3.
25. Jardine J, Aughey H, Blotkamp A, Carroll F, Gurol-Urganci I, Harris T, et al. Maternity admissions to intensive care in England, Wales and Scotland in 2015/16: A report from the National Maternity and Perinatal Audit. 2019.
26. Fischer G, Feters MD, Munro AP, Goldman EG. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *Journal of Family Practice*. 1997;45(1):40-6.
27. Karimi F, Mmaryan N, Ghahari S, Lotfi M. Referral Challenges in the Mental Health Program in the Primary Health Care System: A Qualitative Study. *Depiction of Health*. 2022;13(3):347-60.
28. Tabrizi JS, Pourasghar F, Nikjoo RG. Status of Iran's primary health care system in terms of health systems control knobs: a review article. *Iranian journal of public health*. 2017;46(9):1156.
29. Monteiro LVB, Rocha Junior JR. A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*. 2017;4(2):15-30.
30. Silverman HJ. *Derrida and deconstruction*: Routledge; 2004.
31. Khanifar H, Muslimi N. *Principles and basics of qualitative methods*. Tehran: Nagha Danesh Publishing House; 2023.
32. Yousefi Moqaddam MS, Gharasban M. most important element of the nature of humanism. *Naqd Va Nazar*. 2022;27(107):149-75. (Full Text in Persian)
33. Kivisto P. *Fundamental ideas in sociology*, Translated by Manouchehr Sabouri. Tehran: Ney Publishing; 2007.
34. Gibbins JB. *The Politics of Postmodernity*, Translated by Mansour Ansari: New step publication; 2002.
35. Behdani F, Sargolzaei M, Ghorbani E. Study of the relationship between lifestyle and prevalence of depression and anxiety in the students of Sabzevar Universities. 2000.
36. Ahmadi A, Poladfar R. A Study of Relationship between High School Teachers' Life Styles and Their Psychological Disorders in Esfahan. *Journal of Psychological Studies*. 2006;2(1):7-18.
37. Farajzadeh Khiavi G, Habibzadeh A, Jafari A, Soltanifar M. Assessing National Identity Awareness in Mass and Social Media with a Comparative Approach (Case study of Ardabil adolescents). *Political Sociology of Iran*. 2023;5(11):1927-42.
38. Hosseini H, Teimouri Arshad R. Women's Autonomy and Duration of Marriage to Divorce among Selected Ethnic Groups in Iran. *Population Policy Research*. 2022;7(1):67-94.
39. Shir Karami J. *Asibhay-e Jamerh dar Parto-e Farhang ba Negah-e Ravanshenakhti*. Sixth Scientific Conference on New Approaches in Iranian Humanities. 1400.
40. Adebayo SO, Ilori OS. Influence of paranormal beliefs on psychopathology in a crosscultural society. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*. 2013;11(2):63-70.
41. Nejadi V. *Barresi-e Shakhshay-e Asabshenas-e Farhang-e Mardom-e Iran va Tadvin-e Karbasthay-e an dar Tarahi-e Olgooy-e Islami-Irani-e Pishraft*. Tehran: Markaz-e Barresihay-e Esteratejik-e Riasat Jomhoori; 2012. (Full Text in Persian)
42. Jacob K. DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient-physician partnership. *Asian journal of psychiatry*. 2014;7:89-91.
43. Sam DL, Moreira V. The mutual embeddedness of culture and mental illness. Online readings in psychology and culture Western Washington University, Department of Psychology, Center for Cross-Cultural Research: <http://www.wwu.edu/~culture>. 2002.
44. Kwon H, Yoon KL, Joormann J, Kwon J-H. Cultural and gender differences in emotion regulation: Relation to depression. *Cognition & emotion*. 2013;27(5):769-82.
45. Addiss DG. Spiritual themes and challenges in global health. *Journal of Medical Humanities*. 2018;39(3):337-48.
46. Cockerham WC. *Medical sociology*: Routledge; 2017.
47. Azizi F. *Encyclopedia of Spiritual Health*. Tehran: Publications of the Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran; 2018. (Full Text in Persian)
48. McSherry W, Draper P. The debates emerging from the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27(4):683-91.
49. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3).
50. Bergin AE. Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American psychologist*. 1991;46(4):394.
51. Fosarelli P. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. *JAMA*. 2008;299(13):1608-9.
52. Asadzandi M, Pourebrahimi M, Ebadi A. Attitude

of military students and military nurses towards spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical and Nursing Research*. 2018;2(4).

53. Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Education Today*. 2014;34(5):697-702.

54. Krishnakumar E. *The Holy Spirit questioners*. 3 ed. Qom: New Dehli Amanyana.

55. Bahrami M, Babaei R, Foruohar A, Nazari A, Zaharakar K. Role of spiritual health dimensions in explaining wedlock communicative patterns between women teachers in Karaj. *Hist Med J*. 2015;6(21):51-81. (Full Text in Persian)

56. Safar-Hamidi E, Bashirgonbadi S, Hosseinian S. Relationship of psychological well-being and quality of life with spiritual health in mothers with mentally disabled children. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2019;5(2):37-49. (Full Text in Persian)

57. Thanagooii M, Janbozorgi M, Mahdawiyan AR. The Relationship between Spouse's Religious Commitment and Marital Communication Patterns. *Ravanshenasi Va Din*. 2012;4(4):103. (Full Text in Persian)

58. Hirnle CJ, Craven RF. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.

59. Johnson EP. *Spirituality Assessments: Limitations and Recommendations*.

60. Asadzandi M. Effect of spiritual health (Sound Heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. *Clinical Journal of Nursing Care and Practice*. 2018;2(1):018-24.

61. Saffari M, Zeidi IM, Pakpour AH. Role of Religious Beliefs in Quality of Life of Patients with Cancer. *Hakim Research Journal*. 2012;15(3):243-50. (Full Text in Persian)

62. Pargament KI, Saunders SM. Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *Wiley Online Library*; 2007. p. 903-7.

63. Asadzandi M. Clients and patients' spiritual nursing diagnosis of the sound heart model. *J Community Med Health Educ*. 2017;7(6):1-6.

64. Mills CW. *The sociological imagination*. Social Work: Routledge; 2023. p. 105-8.

65. Heydari A, Meshkinyazd A, Soodmand P. Mental illness stigma: A concept analysis. *Modern Care Journal*. 2015;11(3):218-28.

66. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45:201-10.

67. Sharifi V, Daliri S, Amini H, Mohammadi M. Psychiatric problems in general outpatient clinics: Prevalence and reasons for help seeking. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;16(4):484-9. (Full Text in Persian)

68. Sadock BJ. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*: Wolters Kluwer Philadelphia, PA; 2015.

69. Fadai F. The important role of mental disorder in social problems. *J Rehabil*. 2007;29:6-7.

70. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2008;23:25-36.

71. Henriques SG, Fráguas R, Iosifescu DV, Menezes PR, de Lucia MCS, Gattaz WF, et al. Recognition of depressive symptoms by physicians. *Clinics*. 2009; 64(7):629-35