

Research Paper

Exploring the Challenges and Solutions for Implementing the Teen Mental Health First Aid Programs in Iranian Schools: A Qualitative Study



Azadeh Sayarifard^{1,2} , Ali Moradi³ , Ensiyeh Jamshidi^{4,5} , Maziar Moradi⁶ , Pegah Ameri⁷ , Mohyeddin Amjadian⁸,
*Maryam Nazari⁹

1. Community Based Participatory Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Center for Academic and Health Policy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Occupational Health and Safety Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Student's Scientific Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Asadabad County Health Center, Asadabad University of Medical Sciences, Asadabad, Iran.
7. Department of Epidemiology, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
8. Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
9. Department of Management, Policy and Health Economics, Center for Academic and Health Policy (CAHP), School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.



Citation Sayarifard A, Moradi A, Jamshidi E, Moradi M, Ammeri P, Amjadian M, et al. [Exploring the Challenges and Solutions for Implementing the Mental Health First Aid Program in Iranian Schools: A Qualitative Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E5420.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5420.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5420.1>

Received: 03 Mar 2025

Accepted: 28 Oct 2025

Available Online: 13 Nov 2025

ABSTRACT

Objectives Establishing mental health first aid (MHFA) programs is a strategy employed by developed countries worldwide to empower students in terms of mental health literacy; these programs have not received the support for implementation in Iranian schools. The present study aimed to explore the challenges in the implementation of teen MHFA (tMHFA) programs in Iranian schools and provide solutions.

Methods This is a qualitative study, conducted in 2021. The participants were purposively selected from adolescents, their parents, and the experts in the field of mental health aid for adolescents (n=34) in Tehran. Data collection was conducted using semi-structured, in-depth individual interviews. The collected data were analyzed using thematic analysis based on an inductive approach in MAXQDA software, version 2020.

Results Three main themes as challenges were extracted, including characteristics/tendencies of students (independence in decision-making, influence from media and virtual social networks, willingness to attend the classes, and personality and behavioral characteristics), infrastructure/resources (readiness and competence of teaching and specialized staff, financial resources, physical resources, relevant educational content and related guides, and service delivery network), and the course implementation process (governance and stewardship, managers' willingness and perspective, planning, practicality and skill-based, and effectiveness evaluation).

Conclusion The tMHFA program's successful implementation in Iranian schools requires the involvement of students and their families, empowering the school staff, localizing educational content based on needs assessment, providing resources from multiple sources; using media and distance education, integrating the program into the routine school activities and including in school textbooks, using incentives such as a certificate of course completion, informing by influencers, governmental support via appropriate legislation, employing qualified and trusted teachers, coordination with the health network, and designing and establishing a robust monitoring framework.

Key words:

Mental health first aid, Schools, Health literacy, Adolescent

* Corresponding Author:

Maryam Nazari

Address: Department of Management, Policy and Health Economics, School of Public Health, Center for Academic and Health Policy (CAHP), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66952530-301

E-mail: mnazari@razi.tums.ac.ir



Extended Abstract

Introduction

Adolescence is a period associated with significant physical and psychological changes. Discrimination, poverty, abuse, violence, deprivation, decreased interpersonal relationships, isolation, lack of participation in group activities, and dependence on virtual social media increase the risk of developing mental health disorders in adolescents. Over 80% of adolescents fail to access specialized mental health services early due to reasons such as a lack of awareness of symptoms. Therefore, promoting mental health literacy is now considered a preventive intervention for this age group. One of the recognized, effective, and quick interventions in this regard is the mental health first aid (MHFA) educational program. The MHFA consists of measures taken by friends, family members, and colleagues of an individual experiencing a mental health problem to prevent the worsening of their condition. The MHFA should continue until the availability of specialized services or when the individual's mental issue is resolved. Teen MHFA (tMHFA) teaches how to identify warning signs, communicate, notify adults, recognize specialized support, and take action in emergencies; covering anxiety, depression, substances, psychosis, self-harm, and bullying. Approximately one-fifth of Iranian children and adolescents suffer from at least one significant mental health issue; however, fewer national studies have used the MHFA. Therefore, the present research aimed to analyze the factors affecting the implementation of tMHFA in Iranian schools.

Methods

This is a qualitative study using inductive content analysis, conducted in 2021. In-depth and semi-structured interviews were used to collect data. The target population consists of high school students (second stage) in Tehran, their parents, and professionals from the Ministry of Health and Medical Education, comprehensive health centers affiliated with the Tehran municipality, and NGOs. Participants were purposively selected to achieve maximum variation ($n=34$). The included criteria were willingness to participate in the study and membership in one of three target groups (adolescents, parents, experts). Exclusion criteria were withdrawal, incomplete interviews, non-membership in target groups, or inability to communicate effectively due to illness or specific conditions. Interviews were conducted using open-ended and semi-structured questions, which were designed based on a review of the literature. The questions surveyed nine do-

main: prior knowledge of MHFA programs, familiarity with MHFA programs, educational needs, features of a school-based tMHFA program, barriers/facilitators/strategies (individual/internal/external), roles of key actors, and overall program effectiveness. The face and content validity of the questions were confirmed by several faculty members of medical universities. Data analysis was performed using Braun and Clarke's 6-step thematic analysis method based on an inductive approach. After the researchers reached a consensus on meaningful codes, the data were analyzed using the MAXQDA software, version 2020. To ensure the trustworthiness of the data, the criteria of credibility, dependability, confirmability, and transferability were used.

Results

Most of the participants were experts and professionals (35.3%). In terms of education level, all adults, including parents and experts, had university degrees. Fifty percent of the participants were females. The challenges and corresponding solutions related to implementing the tMHFA programs in Iranian schools were categorized into three themes: characteristics/tendencies of students, infrastructure/available resources, and the implementation process of the educational program (Table 1).

Many experts perceived that most of the challenges related to the implementation of the tMHFA programs in schools was related to infrastructure/available resources. Moreover, the proposed solutions were primarily related to the implementation process of the educational program. The most important challenges were related to the educational content in the infrastructure/available resources theme, and the adolescents' willingness to attend the classes in the characteristics/tendencies of students theme. The highest number of proposed solutions were related to the relevant educational content (in the infrastructure/available resources theme) and effectiveness evaluation (in the characteristics/tendencies of students theme).

Conclusion

The implementation of the tMHFA program in Iranian schools faces a wide range of challenges, including cultural and social factors (e.g. mental health taboos and distrust in the education system), resource deficiencies (e.g. lack of skilled staff and financial resources), and design and implementation flaws (e.g. substandard content, outdated teaching methods, and limited adolescent participation). Useful strategies to overcome these challenges are as follows: Appropriate legislation and clear governance

Table 1. The extracted themes and sub-themes

| Theme | Sub-theme |
|--|--|
| Characteristics/tendencies of students | Independence in decision-making Influence of media and virtual social networks Willingness to attend the classes Personality and behavioral traits |
| Infrastructure/available resources | Readiness/competence of educational and specialized staff Financial resources Physical resources Relevant educational content and guides Service delivery network in the health system |
| Educational program implementation process | Governance and stewardship of mental health services Willingness/perspective of managers Planning Being practical and skills-based Effectiveness evaluation |

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

arrangements, involving adolescents in the program's design and evaluation, empowering and involving school staff and families, integrating the program into the routine school activities as much as possible, coordination among governmental, private, and civil organizations to maximize resources, leveraging media and online capacities, offering incentives such as program certificates, informing by influencers to increase awareness, employing qualified staff as instructors, integrating the program into the health system and in full coordination with the healthcare network and establishing a rigorous monitoring framework to closely monitor effectiveness and gather feedback. Finally, it is recommended that the tMHFA program be implemented as a pilot study in several schools in Iran for one to two years. Additionally, creating a specialized website and virtual channel for program documentation can help ensure that the knowledge of learners remains up to date, facilitate the exchange of ideas about the course and aid experiences, and increase public awareness.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Tehran University of Medical Sciences](#), Tehran, Iran (Code: IR.TUMS.VCR.REC.1397.1122).

Funding

This study was funded by [Tehran University of Medical Sciences](#), Tehran, Iran (Grant No.: 97-03-62-40377).

Authors contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection and analysis, interpretation of the results, and drafting of the manuscript. Each author approved the final version of the manuscript for submission.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the parents, adolescents, and the educational staff of the selected schools for their sincere assistance in this study.

مقاله پژوهشی

واکاوی چالش‌ها و راهکارهای اجرای برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان در مدارس ایران: یک مطالعه کیفی

آزاده سیاری فرد^{۱، ۲}، علی مرادی^۳، انسیه جمشیدی^{۴، ۵}، مازیار مرادی^۶، پگاه آمی^۷، محی‌الدین امجدیان^۸، مریم نظری^۹

۱. مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات بهداشت و ایمنی شغلی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۶. مرکز بهداشت شهرستان اسدآباد، دانشگاه علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران.
۷. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۸. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۹. گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Sayarifard A, Moradi A, Jamshidi E, Moradi M, Ammeri P, Amjadian M, et al. [Exploring the Challenges and Solutions for Implementing the Mental Health First Aid Program in Iranian Schools: A Qualitative Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E5420.1. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5420.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5420.1>

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۳ اسفند ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۶ آبان ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۲۲ آبان ۱۴۰۴

اهداف پیاده‌سازی برنامه‌های کمک‌های اولیه سلامت روان، راهبرد کشورهای پیشرفته جهان به‌منظور توانمندسازی دانش‌آموزان از منظر سواد سلامت روان است. با وجود این، پشتوانه علمی پیاده‌سازی چنین برنامه‌هایی در مدارس ایران آنچنان که باید قوی نیست؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تحلیل ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر پیاده‌سازی برنامه‌های کمک‌های اولیه سلامت روان در محیط مدرسه انجام شد.

مواد و روش‌ها مطالعه کیفی حاضر در سال ۱۴۰۰ در شهر تهران انجام شد. مشارکت‌کنندگان به روش هدفمند از میان نوجوانان، والدین آن‌ها و کارشناسان و متخصصین حوزه سلامت روان و نوجوانان انتخاب شدند (n=۳۴). گردآوری داده‌ها با استفاده از روش مصاحبه‌های انفرادی عمیق نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت. پس از آن از رویکرد تحلیل مضمون با رویکرد استقرایی به‌منظور تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ بهره گرفته شد.

یافته‌ها نتایج حاصل از این مطالعه ذیل ۳ بعد ویژگی‌ها و گرایش‌های فراگیران (شامل مؤلفه‌های استقلال در تصمیم‌گیری، اثرپذیری از رسانه‌ها و فضای مجازی، تمایل به حضور و ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری)، زیرساخت‌ها و منابع (شامل مؤلفه‌های آمادگی و کفایت کادر آموزشی و تخصصی، منابع مالی و فیزیکی، محتوای آموزشی و راهنماهای مرتبط و شبکه خدمت‌رسانی) و فرایند پیاده‌سازی دوره (شامل مؤلفه‌های حکمرانی و تولید، اراده و دیدگاه مدیران، برنامه‌ریزی، کاربردی و مهارت‌محور بودن و ارزیابی اثربخشی) دسته‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری بر مبنای یافته‌ها، موفقیت برنامه مستلزم بسته هماهنگی از اقدامات است، از جمله این اقدامات می‌توان به طراحی دوره با مشارکت نوجوانان، توانمندسازی کادر مدرسه و درگیر ساختن خانواده‌ها، بومی‌سازی محتوا بر پایه نیازسنجی، تأمین پایدار منابع از مجاری متعدد و بین‌بخشی، استفاده از رسانه‌ها و آموزش از راه دور، ادغام در تقویم آموزشی و برنامه‌های جاری مدرسه و گنجاندن محتوا در کتب درسی، استفاده از مشوق‌هایی نظیر گواهی پایان دوره و اطلاع‌رسانی توسط افراد تأثیرگذار، تقویت اراده و پشتیبانی سیاسی از طریق قانون‌گذاری مناسب،

کلیدواژه‌ها:

کمک‌های اولیه سلامت روان، مدارس، سواد سلامت، نوجوان

* نویسنده مسئول:

مریم نظری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت.

تلفن: ۳۰۱ - ۶۶۹۵۲۵۳۰ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: mnazari@razi.tums.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

افکار و رفتارهای خودکشی، خودآزاری و قلدری یا سوءاستفاده از جمله مباحثی است که در این برنامه پوشش داده می‌شود [۱۴]. به‌طور کلی برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان برای نوجوانان به کاهش استیگما، تقویت اعتمادبه‌نفس و مهارت در حمایت از همسالان و کمک‌جویی مناسب و به موقع منجر می‌شوند [۱۵]. شایان ذکر است که محتوای دوره‌های آموزش کمک‌های اولیه سلامت روان برگرفته از راهنماهایی جامع، تخصصی و مورد توافق متخصصان حائز صلاحیت است [۱۷]. این راهنماها عموماً بر مبنای روش دلفی و با مشارکت خبرگان و افراد دارای تجربه زیسته برای انطباق با بافت‌های بومی بازنگری می‌شوند [۱۸].

در ایران، مشکلات روانی در میان نوجوانان شیوع بالایی دارند و تقریباً یک‌پنجم کودکان و نوجوانان کشور حداقل از یک مسئله قابل توجه در رابطه با سلامت روان رنج می‌برند [۱۹]. ۲۰٪ شایع‌ترین مشکل، اختلالات اضطرابی هستند [۱۷]. اخیراً مسئله سلامت روان نوجوانان در اسناد سیاستی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گرفته است [۲۱]؛ باوجوداین، نبود سیاست ملی یکپارچه، تنوع سازمان‌های دولتی (شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و آموزش و پرورش) و خصوصی مرتبط با موضوع و عدم هماهنگی مابین آن‌ها، محدود بودن خدمات تخصصی کودکان و نوجوانان به واحدهای سرپایی یا بخش‌های کوچک دانشگاهی در کلان‌شهرها و مطالعات ناکافی درباره مؤثر بودن این خدمات از مشکلات فعلی نظام سلامت ایران در رابطه با ارائه خدمات سلامت روان به نوجوانان هستند [۲۰].

مرور اجمالی شواهد علمی حکایت از آن دارد که مطالعات متعددی درباره موضوع این پژوهش طی دهه اخیر در سراسر جهان اجرا شدند؛ به‌عنوان مثال در یک مطالعه کیفی با مشارکت نوجوانان پرتغالی به ارتباط برنامه‌های آموزشی، محتوای برنامه‌های آموزشی و روش‌های اجرای آن‌ها به‌عنوان مؤلفه‌های مؤثر بر پیاده‌سازی برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان اشاره شد [۲۲]. در مطالعه‌ای در انگلستان، سه مؤلفه افزایش آگاهی کارکنان، خدمات پشتیبانی و مسائل مربوط به آموزش در اجرای برنامه‌های کمک‌های اولیه سلامت روان مورد تأکید قرار گرفتند [۲۳]. کمتر پژوهشی در داخل کشور به موضوع کمک‌های اولیه سلامت روان به‌عنوان یک مداخله مدرسه‌محور پرداخته است. باوجوداین، برخی مطالعات داخلی، موضوع بهبود سلامت روان نوجوان را در محیط مدرسه بررسی کرده‌اند. به‌عنوان نمونه، برجی و همکاران در پژوهش سال ۱۴۰۲ خود، استقرار و تداوم چنین برنامه‌هایی را در مدارس ایران با توجه به منابع موجود مورد تردید گزارش کردند و تداوم اجرای آن‌ها را در گرو تربیت نیروهای متخصص، بهبود مشارکت معلمان و رفع موانع قانونی دانستند [۲۴].

نوجوانی (۱۰ تا ۱۹ سالگی) دوره‌ای از چرخه زندگی است که بین مراحل کودکی و بزرگسالی قرار دارد و با تغییرات شدید جسمی و روانی همراه است [۱]. نوجوانان به دلایلی نظیر تبعیض، فقر، سوءاستفاده، خشونت و محرومیت در معرض مشکلات روانی قرار دارند [۲، ۳]. ازسوی دیگر کاهش روابط بین فردی، انزوا و عدم مشارکت در فعالیت‌های گروهی از جمله ورزش و وابستگی غیرمتمعارف به فضای مجازی، الگوهای رفتاری رایج این گروه سنی در دنیای نوین هستند که شانس مواجهه با آسیب و ابتلا به اختلالات منتسب به سلامت روان را افزایش می‌دهند [۴]. آغاز علائم ابتلا به نیمی از اختلالات روانی قابل تشخیص در این محدوده سنی است [۵، ۶]. ابتلا به انواع اختلالات یادشده تأثیرات مخربی بر سلامت، عملکرد و رشد فردی داشته و مبتلایان در معرض انزوایابی، ترک تحصیل و اقدام به خودکشی قرار دارند [۱، ۷]. روند ابتلا به اختلالات روانی در نوجوانان رو به فزونی بوده و بیش از ۸۰ درصد از آن‌ها به دلایلی از جمله عدم آگاهی از علائم اختلالات روانی، موفق به دسترسی زود هنگام به خدمات تخصصی سلامت روان نمی‌شوند [۸، ۹]. از این رو امروزه از ارتقای سواد سلامت روان به‌عنوان یک مداخله پیشگیرانه در این گروه سنی یاد می‌شود که ادغام مداخلات مؤثر آن در ساختارهای اجتماعی و سازمانی مورداستفاده نوجوانان نظیر مدارس ضروری است [۲، ۷]. یکی از مداخلات شناخته‌شده، مؤثر و زودبازده در این زمینه، برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان (MHFA) است [۱۰].

مفهوم اولیه برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان در سال ۱۹۹۷ در استرالیا شکل گرفت؛ متعاقباً به‌صورت نظام‌مند توسعه یافت و تاکنون میلیون‌ها نفر در سراسر جهان، دوره‌های متنوع آن را گذرانده‌اند. اولین نسخه تخصصی نوجوانان محور این برنامه‌ها، در سال ۲۰۱۳ ایجاد شد [۱۱]. منظور از کمک‌های اولیه سلامت روان، مجموعه اقداماتی است که برای فردی که دچار مشکلات مرتبط با سلامت روان شده صورت می‌گیرد تا از بدتر شدن وضعیت وی پیشگیری شود. کمک‌های اولیه سلامت روان باید تا زمان دسترسی به خدمات تخصصی و یا رفع وضعیت بحرانی بیمار تداوم یابد [۱۲]. هدف برنامه بهبود دانش و مهارت‌های نوجوانان در تشخیص علائم هشداردهنده در دوستان و همسالان خود، نحوه برقراری ارتباط با فرد نیازمند کمک، زمان و نحوه اطلاع رسانی به بزرگسالان، شناخت انواع حمایت و کمک‌های تخصصی موجود و نحوه دسترسی به آن‌ها و اقدامات ضروری در شرایط اضطرابی است [۱۳]. انواع مختلف اختلالات اضطرابی، افسردگی، خوردن، مصرف الکل و مواد مخدر و روان‌پریشی،

1. Mental Health First Aid (MHFA)

2. Eating Disorders.

بیماری یا وضعیت خاص. دسترسی به اسامی و اطلاعات تماس مشارکت‌کنندگان با هماهنگی واحدهای منابع انسانی ستادی و عملیاتی انجام شد. تا رسیدن به سطح اشباع مجموعاً با ۳۴ نفر مصاحبه انجام گرفت که جزئیات آن در **جدول شماره ۱** ارائه شده است. براین اساس، اغلب مشارکت‌کنندگان به گروه متخصصین و کارشناسان تعلق داشتند (۳۵/۳ درصد از کل مشارکت‌کنندگان). از نظر سطح تحصیلاتی تمامی بزرگسالان حاضر در مطالعه شامل والدین و متخصصین و کارشناسان از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند.

در راستای حفظ ثبات در اجرای مصاحبه‌ها و پیشگیری از تورش احتمالی، برای انجام مصاحبه از یک راهنمای نیمه‌ساختاریافته شامل مجموعه‌ای از سؤالات باز استفاده شد، به گونه‌ای که امکان طرح پرسش‌های تکمیلی براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان فراهم بود. راهنمای اولیه مصاحبه‌ها در **جدول شماره ۲** تشریح و طراحی آن بر مبنای مرور متون و دانش موضوعی پژوهشگران انجام شد.

روایی صوری و محتوایی راهنمای پرسشگری بر مبنای نظرات تعدادی از اعضای هیئت علمی خیره دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، همدان و سنندج در رشته‌های پزشکی اجتماعی، آموزش بهداشت و روان‌شناسی تأیید شد. کاربردی و قابل‌فهم بودن سؤالات طی دو مصاحبه آغازین مطالعه مورد سنجش قرار گرفت و با انجام برخی اصلاحات تضمین شد. زمان و مکان انجام مصاحبه با هماهنگی قبلی با نظر مشارکت‌کننده تعیین گردید و طول هر مصاحبه متناسب با تمایل مشارکت‌کنندگان و نیاز به پوشش سؤالات راهنما و تبیین دقیق موضوعات، بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. به منظور افزایش اعتبار و کاهش سوگیری‌های احتمالی در فرایند گردآوری داده‌ها، دو نفر از اعضای تیم پژوهش که دارای تجربه کافی در زمینه مطالعات کیفی بودند؛ عهده‌دار انجام مصاحبه‌ها شدند. مصاحبه‌ها به صورت چهره‌به‌چهره انجام گرفت و توسط یک دستگاه MP3 ضبط و از روش یادداشت‌برداری حین مصاحبه نیز استفاده شد.

در مرحله بعد، مصاحبه‌های ضبط‌شده پس از تخصیص یک کد در اولین فرصت به صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شد. سپس متن پیاده‌شده با یادداشت‌های حین مصاحبه تطبیق داده شد تا کلام شفاهی و غیرشفاهی تناسب داشته باشد. تحلیل مضمون با استفاده از تکنیک شش مرحله‌ای براون و کلارک شامل آشنایی با محتوای مصاحبه‌ها و بازخوانی مکرر متن آن‌ها، استخراج واحدهای معنادار و کدگذاری آن‌ها، ایجاد مضامین اولیه، تعریف و نام‌گذاری مضامین و گزارش نویسی انجام شد [۲۷]. نتایج نهایی کدگذاری‌ها پس از فرایند اجماعی بین پژوهشگران در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ دسته‌بندی شد.

محمدی و همکاران در سال ۲۰۲۰ و در قالب یک مقاله با روش نظام‌مند، پیش‌نیاز اجرای مداخلات بهبوددهنده سواد سلامت روان نوجوانان را آموزش در مدرسه، آموزش والدین، مربیان و ارائه‌دهندگان خدمات، تهیه محتوای آموزشی، در نظر گرفتن مسائل فرهنگی و زبانی و ارزیابی و نظارت بر اجرا دانستند. استفاده از روش‌های تعاملی، ارائه محتوای آموزشی متنوع و جذاب، به‌کارگیری مربیان با سابقه و استفاده از فناوری پیشرفته به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده و مداخله کوتاه‌مدت، همکاری نامطلوب بین مدیران مدارس و پژوهشگران و فقدان منابع اطلاعاتی معتبر به‌عنوان موانع شناخته شدند [۲۵].

بر مبنای آنچه تاکنون شرح داده شد و با توجه به این‌که نوجوانان عمده وقت خود را در مدارس سپری می‌کنند، به‌کارگیری برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان در این محیط‌های آموزشی ضروری است. از سوی دیگر به دلیل نقش عوامل محیطی در موفقیت اجرای یک برنامه باید نسبت به تحلیل مسائل محیط پیاده‌سازی اقدام نمود [۲۶]؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تحلیل ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر پیاده‌سازی برنامه‌های کمک‌های اولیه سلامت روان در محیط مدرسه انجام گرفت.

روش

مطالعه کیفی و کاربردی حاضر به روش تحلیل مضمون^۳ با رویکرد استقرایی در سال ۱۴۰۰ هجری-شمسی به اجرا درآمد. بر مبنای هدف مطالعه مبنی بر جمع‌آوری تجارب و برداشت‌های افراد خبره و ذی‌نفع از مصاحبه‌های انفرادی عمیق و نیمه‌ساختاریافته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد.

جامعه هدف این پژوهش شامل نوجوانان شاغل به تحصیل در مقطع دوم متوسطه دبیرستان‌های شهر تهران، پدر یا مادر همان نوجوانان (والدین) و متخصصان و کارشناسان شاغل در امور مرتبط با سلامت روان و نوجوان در وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خانه‌های سلامت تحت پوشش شهرداری و سازمان‌های مردم‌نهاد بود. مشارکت‌کنندگان به صورت غیرتصادفی با حداکثر تنوع^۴ به روش هدفمند انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱. تمایل و آمادگی برای مشارکت در مصاحبه و ۲. تعلق به یکی از گروه‌های سه‌گانه جامعه هدف (نوجوانان، والدین یا کارشناسان و متخصصان) بود.

معیارهای خروج عبارت بودند از: ۱. انصراف داوطلبانه در هر مرحله از پژوهش، ۲. عدم تکمیل مصاحبه به دلیل محدودیت زمانی یا عدم همکاری، ۳. عدم احراز شرایط ورود (عدم تعلق به گروه‌های هدف)، و ۴. ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر به علت

3. Thematic Analysis

4. Maximum Variation

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

| تعداد | مقیاس | متغیر | کد تخصیص داده شده | گروه |
|-------|---------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
| ۱۷ | سال | میانگین سن | | نوجوانان |
| ۴ | مرد | جنس | Ax | |
| ۵ | زن | | | |
| ۹ | جمع | | | |
| ۵۶ | سال | میانگین سن | | والدین |
| ۴ | مرد | جنس | Px | |
| ۶ | زن | | | |
| - | راهنمایی | سطح تحصیلات | | |
| - | دبیرستان | | | |
| ۱۰ | دانشگاه | جمع | | |
| ۱۰ | جمع | | | |
| ۴۵ | سال | میانگین سن | | متخصصین و کارشناسان |
| ۱۹ | سال | میانگین سابقه کار | | |
| ۹ | مرد | جنس | Ex | |
| ۶ | زن | | | |
| ۳ | کارشناسی | سطح تحصیلات | | |
| ۸ | کارشناسی ارشد | | | |
| ۴ | دکتر | جمع | | |
| ۱۵ | جمع | | | |
| ۳۴ | جمع | تعداد کل مشارکت‌کنندگان | | |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

و اصلاح یا تکمیل محتوا براساس نظر وی انجام شد. تمامی مشارکت‌کنندگان در این مرحله مشارکت داشتند. برای پایداری، دو پژوهشگر به‌طور مستقل، متن پیاده‌سازی شده مصاحبه‌ها را کدگذاری کردند و اختلاف‌نظرها طی جلسات مشترک مطرح شد و مورد بحث تبادل نظر قرار گرفت. درنهایت بر مبنای نظر پژوهشگر سوم برطرف و جمع‌بندی شد. برای تأییدپذیری، تمامی مراحل کدگذاری، یادداشت‌های پژوهشگران و تصمیمات کلیدی در طول فرایند مستندسازی شد. برای انتقال‌پذیری، مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع انتخاب شدند و یافته‌ها همراه با نقل قول‌های مستقیم گزارش گردید تا مخاطبین بتوانند درباره کاربرد نتایج در موقعیت‌های مشابه قضاوت کنند.

برای تضمین اعتبار و صحت داده‌ها، از معیارهای پیشنهادی لینکلن و گوبا شامل مقبولیت^۵، پایداری^۶، تأییدپذیری^۷ و انتقال‌پذیری^۸ استفاده شد [۲۸]. برای مقبولیت، پژوهشگران با شناسایی سوگیری‌های احتمالی خود و پرهیز از دخالت آن‌ها در تحلیل و همچنین از طریق تعامل پویا با مشارکت‌کنندگان، تلاش کردند کیفیت داده‌ها را ارتقا دهند. افزون بر آن، از روش بازبینی اعضا^۹ استفاده گردید؛ بدین ترتیب که متن هر مصاحبه پس از پیاده‌سازی در اختیار مشارکت‌کننده قرار گرفت

5. Credibility
6. Dependability
7. Confirmability
8. Transferability
9. Member Checking

جدول ۲. راهنمای اولیه پرسشگری

| ردیف | موضوع | پرسش‌های مرتبط |
|------|--|--|
| ۱ | دانش و تجارب پیشین از برنامه‌های مشابه | آیا تاکنون در برنامه‌های مدرسه‌محور یا جامعه‌محور مرتبط با سلامت روان شرکت کرده‌اید یا درباره آن‌ها شنیده‌اید؟ |
| ۲ | آشنایی با برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان | از دید شما، کمک‌های اولیه سلامت روان چیست؟ یک امدادگر چه نقشی در این زمینه دارد و با چه چالش‌هایی روبروست؟ |
| ۳ | نیازهای آموزشی | یک نوجوان در نقش امدادگر کمک‌های اولیه سلامت روان باید درباره کدام موضوعات آموزش ببیند و چه مهارت‌هایی را کسب کند؟ |
| ۴ | ویژگی‌های یک دوره مدرسه محور تربیت امدادگر سلامت روان | اگر قرار باشد در دبیرستان یک دوره آموزشی تربیت امدادگر برای نوجوانان برگزار شود، این دوره باید از چه خصوصیات برخوردار باشد؟ |
| ۵ | بازدارنده‌ها، تسهیل‌کننده‌ها و راهکارهای متناظر با عوامل فردی | چه عواملی نوجوانان و والدین را به شرکت در چنین دوره‌ای ترغیب یا از آن منصرف می‌کند؟ برای فائق آمدن بر هریک از چالش‌های مطرح‌شده، چه راهکارهایی را قابل توصیه می‌دانید؟ پیش‌بینی می‌کنید در سطح مدارس و آموزش‌وپرورش، اجرای این دوره با چه چالش‌هایی روبرو باشد؟ چه فرصت‌هایی وجود دارد؟ برای فائق آمدن بر هریک از چالش‌های مطرح‌شده، چه راهکارهایی را قابل توصیه می‌دانید؟ |
| ۶ | بازدارنده‌ها، تسهیل‌کننده‌ها و راهکارهای متناظر با محیط درونی | پیش‌بینی می‌کنید از نظر محیط پیرامونی، اجرای این دوره با چه چالش‌هایی روبرو باشد؟ چه فرصت‌هایی وجود دارد؟ برای فائق آمدن بر هریک از چالش‌های مطرح‌شده، چه راهکارهایی را قابل توصیه می‌دانید؟ |
| ۷ | بازدارنده‌ها، تسهیل‌کننده‌ها و راهکارهای متناظر با محیط بیرونی | در اجرا و هدایت چنین دوره آموزشی چه کسانی با چه نقشی اثرگذار خواهند بود؟ چگونه و از طریق رصد کدام سنجها و شاخص‌ها می‌توان تضمین کرد که اجرای دوره مؤثر بوده است؟ |
| ۸ | نقش افراد کلیدی | |
| ۹ | ارزیابی اثربخشی دوره آموزشی | |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

یافته‌ها

اصلی شامل ویژگی‌ها و گرایش‌های فراگیران اصلی، زیرساخت‌ها و منابع و فرایند پیاده‌سازی دوره دسته‌بندی شدند.

در رابطه با چالش‌های متناظر با بعد ویژگی‌ها و گرایش‌های فراگیران اصلی می‌توان به عدم استقلال نوجوان در تصمیم‌گیری، وابستگی افراطی به رسانه‌ها و فضای مجازی، عدم تمایل به حضور در دوره و ناسازگاری‌های شخصیتی و رفتاری اشاره کرد. که این یافته‌ها با نتایج حاصل از مطالعات پیشین همخوانی دارند. پیش‌تر جونکو و همکاران، دغدغه مالی خانواده‌ها را از موانع عدم دسترسی کودکان به خدمات سلامت روان معرفی کردند [۲۹]. بسیاری فرد و قدیریان، ناکافی بودن سواد سلامت را از چالش‌های عدم پذیرش برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان از سوی گروه هدف معرفی کردند [۳۰]. بالدوفسک و همکاران حائز اهمیت ندانستن موضوع، نبود وقت کافی و عدم امضای فرم رضایت‌نامه توسط والدین را از دلایل عدم مشارکت نوجوانان در برنامه‌های مدرسه برای سلامت روان معرفی کردند [۳۱].

پایمندا و همکاران در توضیح امتناع نوجوانان از افشا و کمک‌جویی نزد همسالان، ترس از قضاوت (انگ) و نگرانی درباره حفظ محرمانگی را به‌عنوان موانع اصلی گزارش کردند [۳۲]. همچنین بر مبنای تجربیات پیشین از شرکت در دوره‌های آموزشی سلامت روان مدارس، ذهنیتی مبنی بر نمادین و ناکارآمد بودن این آموزش‌ها در نوجوانان شکل گرفته است که پیش‌بینی می‌شود این مسئله نیز بر عدم تمایل به حضور در دوره تأثیر بگذارد [۳۳]. افزون بر آن، پژوهشگران بر دسترسی به

چالش‌ها و راهکارهای متناظر با اجرای دوره‌های آموزشی در محیط مدرسه ذیل سه بعد مجزا شامل ویژگی‌ها و گرایش‌های فراگیران اصلی، زیرساخت‌ها و منابع در اختیار و فرایند پیاده‌سازی دوره آموزشی دسته‌بندی شدند. مجموعاً ۱۴ مؤلفه ذیل ابعاد یادشده تعریف شد که جزئیات آن در جدول شماره ۳ ارائه شده‌اند. حسب تعداد کد معنادار استخراج‌شده از یافته‌های مطالعه می‌توان ادعا کرد که بسیاری از صاحب‌نظران، بخش عمده چالش‌های مرتبط با پیاده‌سازی برنامه‌های کمک‌های اولیه سلامت روان در مدارس را مرتبط با بعد زیرساخت‌ها و منابع در اختیار معرفی کردند. همچنین راهکارهای پیشنهادی غالباً مربوط به بعد فرایند پیاده‌سازی دوره آموزشی بودند. پرچالش‌ترین مؤلفه‌ها به ترتیب مربوط به محتوای آموزشی و راهنماهای مرتبط و تمایل نوجوان به حضور در دوره آموزشی بودند. بیشترین تعداد راهکارهای پیشنهادی مربوط به مؤلفه محتوای آموزشی و راهنماهای مرتبط ذیل بعد زیرساخت‌ها و منابع در اختیار و مؤلفه ارزیابی اثربخشی ذیل بعد فرایند پیاده‌سازی دوره آموزشی بودند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تحلیل ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر پیاده‌سازی برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان در محیط مدرسه به اجرا درآمد و یافته‌های حاصل از آن ذیل سه بعد

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل محتوا و دسته‌بندی یافته‌ها ذیل ابعاد و مؤلفه‌ها

| ابعاد | مؤلفه‌ها | چالش‌ها | کدهای معنادار |
|------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| | استقلال در تصمیم‌گیری | - نداشتن اختیار برای ثبت‌نام - فاقد اولویت بودن موضوع از دید خانواده‌ها | - در نظر گرفتن خانواده‌ها به‌عنوان مخاطبین دوره - برگزاری کمپین‌های اطلاع‌رسانی |
| ویژگی‌ها و گرایش‌های فراگیران اصلی | اثرپذیری از رسانه‌ها و فضای مجازی | - وابستگی بیمارگونه به فضای مجازی و موبایل - دسترسی نوجوان به منابع اطلاعاتی غیرمعتبر | - استفاده از شیوه آموزش ترکیبی - فناوری‌محور بودن دوره آموزشی |
| | تمایل به حضور در دوره آموزشی | - نداشتن آگاهی درباره اهمیت دوره - تابو دانستن مسائل مربوط به سلامت روان - ترس از شکست در رقابت با همسالان - بی‌اعتمادی نسبت به کارآمدی نظام آموزشی - کمبود زمان آزاد برای شرکت در دوره | - تولید محتوا با مشارکت افراد محبوب و مشهور - اعطای گواهی معتبر امدادگری در صورت اتمام موفقیت‌آمیز دوره - برگزاری دوره آموزشی در قالب مدرسه تابستانی - برگزاری فعالیت‌های ورزشی، مسابقات فرهنگی و اردوهای تفریحی در راستای برنامه‌های کمک‌های اولیه سلامت روان |
| | خصوصیات شخصیتی و رفتاری | - نقص توجه و تحرک بیش از حد به‌دلیل بیش‌فعالی (ADHD) - گوشه‌گیری و انزواطلبی - نداشتن حس نوع‌دوستی و دگرخواهی | - زمان‌بندی منعطف جلسات آموزشی متناسب با آموزش گیرنده |
| | آمادگی و کفایت کادر آموزشی و تخصصی | - بهره‌مند نبودن معلمان از دانش کافی برای مشارکت در اجرای دوره - کمبود وقت معلمان برای مشارکت در دوره - کمبود نیروی مشاور و روان‌شناس متخصص - گرایش اکثر مشاوران موجود به امور تحصیلی | - توانمندسازی کادر آموزشی به‌عنوان مدرسین دوره - جذب نیروی متخصص سلامت روان متناسب با تعداد دانش‌آموزان و برنامه‌ها - تأمین نیروی داوطلب و همکار از میان دانشجویان و کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت در قالب طرح‌های همکاری مشترک با دانشگاه‌های علوم پزشکی |
| | منابع مالی | - تخصیص نیافتن اعتبارات مالی پایدار و مستقل - تغییر اولویت‌های کشور در پی بحران‌های زیستی، اجتماعی و اقتصادی | - تأمین منابع مالی با استفاده از بودجه دولتی، مشارکت مردمی و حامیان بین‌المللی |
| | منابع فیزیکی | - کمبود سالن‌های مناسب برگزاری جلسات آموزشی - کمک‌های اولیه سلامت روان در مدارس | - استفاده از سالن‌های عمومی در اختیار شهرداری‌ها |
| زیرساخت‌ها و منابع در اختیار | | - نبود راهنمای معتبر داخلی متناسب با نیاز - در نظر گرفته نشدن ویژگی‌های فرهنگی، قومی و جنسیتی در راهنماهای بین‌المللی - نبود محتوای استاندارد برای برخی از موضوعات - به روز نبودن، پیچیدگی و حاوی اطلاعات غیرضروری بودن برخی از محتواها - دشواری و زمان‌بر بودن فرایند اخذ تأییدیه مراجع درباره محتواها - مقاومت و اعتراضات گروه‌های فشار و متعصب در برابر محتواها | - بومی‌سازی راهنماهای بین‌المللی - نیازسنجی از مخاطبین دوره - تدوین محتوای دوره متناسب با نتایج نیازسنجی با مشارکت صاحب‌نظران موضوعی - بازنگری مستمر در محتوای آموزشی - گنجاندن کمک‌های اولیه سلامت روان در کوریکولوم‌های آموزشی - جمع‌آوری محتواهای آموزشی در قالب یک کتابچه، چاپ و توزیع آن به تعداد کافی |
| | شبکه خدمت‌رسانی در نظام سلامت | - کمبود ساختارهای تخصصی خدمت‌رسانی برای ارجاع نوجوانان نیازمند مراقبت‌های تخصصی | - تهیه و چاپ فهرستی از اطلاعات تماس و نشانی مراکز ارائه‌دهنده خدمات تخصصی و سامانه‌های تلفنی مرتبط برای پشتیبانی از مخاطبین دوره - ایجاد هات‌لاین به‌منظور پشتیبانی از امدادگران تربیت‌شده |

| کدهای معنادار | مؤلفه‌ها | ابعاد |
|--|---|---|
| <p>راهکارها</p> <p>- تقویت سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری در رابطه با اجرای برنامه‌های کمک‌های اولیه سلامت روان</p> <p>- تشکیل کمیته مشترک با حضور نمایندگان وزارتخانه‌های کشور، بهداشت، آموزش و پرورش، ورزش و جوانان و فرهنگ و ارشاد اسلامی</p> | <p>چالش‌ها</p> <p>- تعدد دستگاه‌های سیاست‌گذار و مجری مرتبط با موضوع</p> <p>- عدم هماهنگی و موازی‌کاری نهادهای مختلف</p> | <p>حکمرانی و تولیت خدمات سلامت روان</p> |
| <p>- اخذ گزارش از سازمان‌های ذی‌نقش در رابطه با تدوین و اجرای برنامه‌های کمک‌های اولیه سلامت روان از سوی نهادهای بالادستی</p> | <p>- تغییر مکرر مدیران ارشد و به دنبال آن، سیاست‌ها و برنامه‌ها</p> <p>- زیربار مسئولیت جدید نرفتن مدیران مدرسه</p> <p>- حائز اهمیت نداشتن برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان نسبت به برنامه تحصیلی</p> | <p>اراده و دیدگاه مدیران</p> |
| <p>- تعریف شفاف اهداف و انتظارات از برگزاری دوره</p> <p>- ایجاد تقویم آموزشی برگزاری دوره و نظارت بر اجرای آن</p> <p>- تسهیل فرایندهای تصمیم‌گیری با اعطای اختیارات بیشتر به مدیران مدارس</p> | <p>- عدم تناسب طول ترم با حجم مطالب کتب درسی</p> <p>- کوتاه و مقطعی بودن دوره آموزشی</p> <p>- عدم اجرای سراسری و یکسان برنامه</p> <p>- طراحی دوره به صورت فشرده یا خارج از ساعت روتین حضور در مدرسه</p> | <p>برنامه‌ریزی</p> <p>فرایند پیاده‌سازی دوره آموزشی</p> |
| <p>- تشکیل کمیته سلامت روان در مدرسه شامل کادر آموزشی و نمایندگان والدین و دانش‌آموزان</p> <p>- مشارکتی و تعاملی بودن دوره</p> <p>- برگزاری جلسات بازآموزی برای فراگیران پیشین</p> <p>- اعمال محدودیت در تعداد مخاطبین هر دوره</p> <p>- سنجش یادگیری و اخذ بازخورد نهایی از فراگیران</p> <p>- تشکیل گروه‌های همتایان و بحث آزاد کلاسی برای تبادل تجربیات</p> <p>- برگزاری جلسات تبادل تجربه با سایر مدراس</p> <p>- حمایت از پروژه‌های پژوهشی دانش‌آموزی و دانشجویی مرتبط</p> <p>- استفاده از ارزیابان بین‌المللی</p> | <p>- یکنواخت و منسوخ بودن روش‌های آموزشی مورد استفاده</p> <p>- مشارکت ندادن نوجوانان در طراحی دوره آموزشی</p> | <p>کاربردی و مهارت‌محور بودن</p> |
| | <p>- کمبود مطالعات و شواهد پشتیبان اثربخشی</p> | <p>ارزیابی اثربخشی</p> |

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

آموزشی با استفاده از ظرفیت‌های فضای مجازی و فناوری، ادغام برنامه در امور ورزشی، فرهنگی و تفریحی، ترغیب نوجوانان به شرکت در دوره با مشارکت افراد تأثیرگذار^[۳۴]، تهیه گواهی پایان دوره برای واجدین شرایط و زمان‌بندی منعطف برای برگزاری دوره از نمونه راهکارهای مورد اشاره در رابطه با بعد ویژگی‌ها و گرایش‌های فراگیران بودند.

مطالعات متعددی با عنایت به نقش حمایتی والدین بر لزوم ارتقای دانش این گروه درباره مسائل و اختلالات روانی خاص نوجوانان صحنه گذاشته‌اند [۲۹، ۳۶]. شارما و همکاران، استفاده از ظرفیت‌های فناوری و اینترنت را برای بهبود سلامت روان نوجوانان از نکات طراحی برنامه‌های آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان در دنیای نوین توصیف کردند [۳۷]. مطابق مطالعه سوان و همکاران نقش ورزش برای توسعه سواد سلامت روان غیرقابل چشم‌پوشی است [۳۸]. درباره ترغیب نوجوانان به شرکت در دوره

اطلاعات مبهم و یا گمراه‌کننده در زمینه سلامت روان به واسطه استفاده گسترده و روزمره از فضای مجازی صحنه گذاشته‌اند و به‌عنوان یک تهدید از آن یاد کرده‌اند [۳۴]. به‌طور کلی مجموعه چالش‌های مربوط به فراگیران احتمالاً به عدم استقبال چشم‌گیر گروه هدف از برنامه یا حضور بدون انگیزه و مشارکت فعال و سازنده آنان در جلسات آموزشی منجر می‌شود و این مسئله دستیابی به اهداف طراحی و پیاده‌سازی برنامه را متأثر خواهد ساخت. از جمله چالش‌هایی که در این مطالعه به آن پرداخته نشد بحث تفاوت‌های جنسیتی بود به این صورت که عموماً پسران تمایل کمتری به استفاده از خدمات سلامت روان نشان می‌دهند [۳۵]. در توجیه این یافته، باید توجه کرد که هدف مطالعه حاضر شناسایی طیف گسترده چالش‌ها فارغ از جنسیت فراگیران بوده است. این موضوع می‌تواند در مطالعات آتی عمیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد.

مشارکت دادن خانواده‌ها در برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان و اطلاع‌رسانی به آن‌ها، تنوع بخشیدن به شیوه

مراقبت‌های تخصصی مانند مشاوره و درمان‌های اورژانسی پیش‌تر شریفی و همکاران به ناکافی بودن خدمات سازمان‌های دولتی (از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت آموزش و پرورش) و خصوصی در حمایت از نیازهای روانی کودکان و نوجوانان ایرانی اشاره کرده بودند. به عقیده این گروه، ارتباطات و همکاری ناکارآمد بین سازمان‌ها و فقدان سیاست ملی از دلایل ناکافی بودن خدمات و محدود بودن آن‌ها به واحدهای کوچک بستری و امکانات سرپایی در شهرهای بزرگ هستند [۴۵]. این در حالی است که تقاضای نوجوانان و خانواده‌های آنان برای دریافت خدمات فوریت‌های روان در کشورهای توسعه‌یافته طی دهه‌های اخیر رو به فزونی نهاده است [۴۶]. به‌طور کلی ممکن است مجموعه چالش‌های یادشده، کیفیت دوره آموزشی و دسترسی سراسری به آن را متأثر سازند.

از دید مشارکت‌کنندگان، چالش‌های مربوط به بعد زیرساخت‌ها و منابع در اختیار را می‌توان از طریق مشارکت دادن معلمان، دانشجویان علوم پزشکی و روان‌شناسان به‌عنوان مدرسین دوره، رعایت نسبت تعداد دانش‌آموز به تعداد متخصص، تأمین اعتبارات مالی و فضای فیزیکی از طریق منابع چندگانه، بومی‌سازی راهنماهای بین‌المللی، نیازسنجی از مخاطبین و تدوین محتوا متناسب با آن، ادغام برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان در کتب درسی، تهیه یک کتابچه ویژه، تهیه فهرست مراکز خدمت‌رسانی مرتبط و راه‌اندازی خطوط کمک اضطراری برطرف نمود. یافته‌ها بر مبنای نتایج حاصل از مطالعات مشابه قابل تأیید هستند. در پژوهش‌های متعددی بیان شده که بهبود سواد سلامت معلمان می‌تواند از نگرانی‌ها درباره انتقال باورهای غلط نظیر انگ اجتماعی به دانش‌آموزان بکاهد [۴۷].

در راستای رفع کمبود نیروی متخصص در مدارس، در بسیاری از مدارس پیشرفته جهان از نیروهای تخصصی نظام سلامت از جمله پرستاران برای هدایت امور مرتبط با بهبود سلامت روان در مدارس استفاده می‌شود [۴۸]. در مطالعه‌ای درباره اجرای برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان برای جوانان، به‌کارگیری رویکرد مشارکتی و درگیر نمودن جامعه مدنی به‌عنوان یکی از راهکارهای فائق آمدن بر مشکلات مربوط به کمبود منابع توصیه شده بود [۴۹]. البته نقش جامعه مدنی در زمینه سلامت روان محدود به تأمین مالی نبوده و این نهادها می‌توانند از نظر تقنین، برنامه‌ریزی، پایبندی به استانداردهای بین‌المللی، مطالبه‌گری، آگاهی‌بخشی و شبکه‌سازی نیز ایفاگر نقش باشند [۵۰]. در رابطه با یافته ادغام کمک‌های اولیه سلامت روان در کتب درسی، مطابق مطالعه‌ای در عربستان، کتاب‌های علوم مقطع راهنمایی مناسب‌ترین گزینه هستند [۵۱]. بدیهی است که گنجانیدن مطالب آموزشی مرتبط با برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان در کتب درسی بر اهمیت نقش معلمان در پیشبرد برنامه می‌افزاید و نیازمند توانمندسازی تخصصی آن‌ها است [۵۲].

با مشارکت افراد تأثیرگذار، تهیه گواهی پایان دوره برای واجدین شرایط و زمان‌بندی منعطف برای برگزاری دوره، مطالعه‌ای با یافته‌های مشابه شناسایی نشد. بر مبنای یافته‌ها، مشارکت فعال خانواده نوجوان از نظر بهبود انگیزه و تعهد به گذراندن دوره حائز اهمیت است. استفاده از فضای مجازی و فناوری‌های نوین به‌ویژه در شرایطی که دانش‌آموزان با محدودیت حضور در مدارس مواجه‌اند، به بهبود دسترسی و تداوم اجرای برنامه منجر می‌شود. به‌کارگیری چنین ابزارهایی برای جذب مخاطبین و تنوع بخشیدن به شیوه‌های یادگیری ضروری هستند.

همچنین در مطالعه‌ای درباره شیوه‌های برخط آموزش مسائل مرتبط با سلامت روان به نوجوانان آمده است که این برنامه‌ها مزایایی از جمله ناشناس ماندن در طول دوره، تسهیل و انعطاف‌پذیری در دسترسی را به دنبال دارند [۳۹]. ادغام برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان در فعالیت‌های فرهنگی، ورزشی و تفریحی، آن را به شکل جذابی به‌جز جدایی‌ناپذیر مسائل روزمره مدرسه و نوجوانان تبدیل می‌کند و فضای مثبت حاکم بر این فعالیت‌ها، شانس مشارکت فعالانه مخاطبین دوره را افزایش می‌دهد. در همین راستا و در مطالعات پیشین به ادغام دوره در جدول هفتگی برنامه‌های مدرسه و جلب پشتیبانی مدیران و والدین اشاره شده است [۴۰]. افزون بر آن، افراد شناخته‌شده و تأثیرگذار می‌توانند بر اعتبار و جذابیت دوره بیفزایند و به این واسطه، تمایل نوجوانان به ثبت‌نام در دوره بهبود می‌یابد. اعطای یک گواهی معتبر در پایان دوره و یا تقدیرنامه از نظر ایجاد انگیزه برای فراگیران، زمان‌بندی منعطف با هدف رفع موانع حضور، تحت فشار قرار ندادن فراگیران و توجه به نیازهای خاص آن‌ها نیز حائز اهمیت هستند.

کمبود مدرسین حائز صلاحیت، ناکافی بودن منابع مالی و فیزیکی، عدم دسترسی به محتواهای آموزشی و راهنماهای مرتبط و نقصان در شبکه خدمت‌رسانی در زمره چالش‌های مرتبط با زیرساخت‌ها و منابع در اختیار برای پیاده‌سازی برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان بودند. پیش‌تر راس نیز در رابطه با اجرای چنین برنامه‌هایی در مدارس به کمبود دانش معلمان و لزوم توانمندسازی آن‌ها اشاره کرده بود [۴۱]. در مطالعه دیگری نوجوانان اهل هندوستان تأکید داشتند عدم دخالت مستقیم کادر آموزشی مدرسه از جمله معلمان و والدین در برنامه‌های سلامت روان مدارس، به حفظ محرمانگی اطلاعات آن‌ها منجر خواهد شد [۴۲].

در ایران نیز کمبود نیروی متخصص و مجرب سلامت روان به‌ویژه در مدارس مستقر در مناطق کم‌برخوردار به‌شدت احساس می‌شود [۴۳]. مطالعات بار بیماری در ایران نشان داده‌اند اختلالات روانی سهم قابل توجهی از بار بیماری کشور را به خود اختصاص می‌دهند، درحالی‌که تنها حدود ۳ درصد از کل هزینه‌های سلامت به حوزه سلامت روان اختصاص یافته است. [۴۴]. همچنین در رابطه با دسترسی ناکافی نوجوانان به

کیدگر در یک مطالعه مداخله‌ای، عدم حمایت مدیریت ارشد را از چالش‌های اجرای برنامه‌های آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان در مدارس خواند [۵۵]. مطابق با یافته‌های یک مرور نظام‌مند تمرکز بر سلامت روان در محیط‌های آموزشی ایران ناکافی بوده و این امر نیازمند برنامه‌ریزی برای اجرا در این محیط‌ها است [۵۶]. پیش‌بینی می‌شود عدم هماهنگی و یکپارچگی در سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات نهادهای ذی‌نقش، ناکارآمدی و عدم اثربخشی دوره آموزشی، میسر نبودن بهبود کیفیت برنامه از تبعات چالش‌های یادشده باشند. از چالش‌های ارائه آموزش‌های کمک‌های اولیه سلامت روان که در این مطالعه مورد اشاره قرار نگرفت، می‌توان به کوتاه بودن طول دوره آموزشی اشاره کرد [۵۷]. از سوی دیگر در مطالعات دیگری بازه زمانی اثرگذاری آموزش‌ها بر رفتار امدادگران محدود بیان شده و بر لزوم ارائه آموزش‌ها به شکلی کاربردی و مکرر تأکید شده است [۴۱، ۵۸]. در توجیه عدم دستیابی به این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که چالش‌های اخیر در مرحله پس از مداخله قابل شناسایی هستند.

مطابق با یافته‌های این مطالعه، به‌کارگیری راهکارهایی از جمله تقویت سیاست‌ها و قوانین مرتبط، تشکیل کمیته‌های تخصصی بین‌بخشی و درون مدارس، اخذ گزارش‌های دوره‌ای از نهادهای مسئول و مجری، تهیه برنامه راهبردی و عملیاتی برای اجرا، گسترش حوزه اختیارات مدیران مدارس، استفاده از شیوه‌های آموزشی مشارکتی، رعایت استانداردهای مربوط به تعداد فراگیران، برگزاری دوره‌های بازآموزی، فراهم آوردن فرصت تبادل تجارب عملیاتی بین مدارس و بین فراگیران، ارزیابی اثربخشی دوره با مشارکت ارزیابان بین‌المللی، اخذ بازخوردها از فراگیران و تسهیل فرایند انجام پژوهش‌های مرتبط، زمینه بهبود فرایند پیاده‌سازی را فراهم می‌آورند.

همسو با نتایج حاضر، وانگ و همکاران پیش‌تر در زمینه پیاده‌سازی برنامه‌های آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان برای جوانان بر لزوم بومی‌سازی برنامه‌ها، مشارکت والدین در اجرا و استفاده از گروه‌های تبادل تجربه پس از پایان دوره تأکید داشتند [۵۹]. همچنین وجود خدمات پشتیبانی پس از پایان دوره آموزشی یکی از نکات مورد اشاره در مطالعات پیشین بوده است [۶۰].

به‌طور کلی باتوجه به نقش نظارتی دولت‌ها، اگر سلامت روان در دستور کار قرار گیرد، به اولویت اقدامات نهادها و مسئولین تبدیل می‌شود، بهترین شیوه‌های آموزشی در اجرای آن به کار گرفته خواهد شد و برنامه‌های مرتبط با سلامت روان از طریق نظارت و پژوهش، در چرخه بهبود مستمر کیفیت قرار خواهند گرفت. باوجود این به نظر می‌رسد ارزیابی یک برنامه آموزشی بومی‌سازی شده کمک‌های اولیه سلامت روان در قالب فاز پایلوت ضروری است. همچنین نظر به این که هارت تأکید داشت

در مطالعه‌ای، از تهیه یک کتابچه اینترنتی و رایگان به‌عنوان یکی از اقدامات حامی اجرای برنامه‌های بهبود سواد سلامت روان در مدارس ژاپن یاد شد [۵۳]. از نظر نیازسنجی، بر مبنای یکی از مطالعات مرتبط، مسائلی از جمله سوء مصرف مواد، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی باید در زمره موضوعات مرتبط با سلامت روان دانش‌آموزان قرار گیرند [۴۸]. همچنین اثربخشی به‌کارگیری خط تلفن اضطراری برای ارائه خدمات سلامت روان به دانش‌آموزان پیش‌تر در جریان همه‌گیری ناشی از کووید-۱۹ در آمریکا با استفاده از یک اپلیکیشن ۲۴ ساعته دوزبانه قابل نصب بر روی تلفن همراه هوشمند اثبات شده است [۵۴].

به‌طور کلی در رابطه با راهکارهای شناسایی شده در این مطالعه می‌توان گفت تأمین نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای برنامه از منابع چندگانه به ایجاد یک شبکه حمایتی قوی برای اجرای برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان منجر می‌شود. استفاده از نیروهای جوان نظیر دانشجویان باتوجه به ایده‌های نوین آن‌ها در آموزش می‌تواند به بهبود فرایند آموزش و ارتباط با فراگیران منجر شود.

همچنین انتظار است، هرچقدر نسبت دانش‌آموز به متخصص کمتر شود، آموزش‌ها به‌صورت شخص‌محور و مؤثرتر ارائه شوند. بومی‌سازی راهنماها به همخوانی آموزش‌ها با نیازها و شرایط محلی منجر خواهد شد که در نتیجه آن، اجرای برنامه در سطح وسیع‌تری مورد استقبال قرار خواهد گرفت. در صورت تهیه محتوای آموزشی متناسب با نیازسنجی از ذی‌نفعان، سطح رضایت از برنامه بهبود خواهد یافت. ادغام برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان در کتب درسی، این موضوع را به بخشی از فرایند آموزش رسمی تبدیل خواهد کرد و تداوم اجرای آن را تضمین خواهد نمود. در صورتی که فراگیران فهرستی از مراکز خدمت‌رسانی و خطوط کمک اضطراری را در اختیار داشته باشند، احساس اعتماد به نفس و امنیت آن‌ها در صورت مواجهه با موقعیت اضطراری و دشوار افزایش خواهد یافت. وجود یک کتابچه تخصصی حتی می‌تواند زمینه ارتقای آگاهی عمومی را فراهم کند. نکته دیگری که در رابطه با تخصیص منابع وجود دارد و در این مطالعه به آن پرداخته نشد، بحث توزیع عادلانه و متناسب با نیاز منابع بین مدارس است که از طریق سازوکارهای نظارتی مناسب باید تضمین گردد. ایجاد یک وبسایت و کانال تخصصی به‌منظور دسترسی همگانی به محتوای آموزشی و راهنماهای معتبر مرتبط نیز توصیه می‌شود.

مشارکت‌کنندگان در زمینه فرایند پیاده‌سازی دوره به عدم شفافیت در زمینه نهاد حاکمیتی و متولی سلامت نوجوانان، همسو نبودن مدیران با برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان، نبود برنامه‌ریزی مشخص، کاربردی و مهارت‌محور نبودن آموزش‌ها و بی‌توجهی نسبت به ارزیابی اثربخشی دوره آموزشی اشاره کردند. این یافته‌ها توسط تعداد قابل‌توجهی از مطالعات پیشین پشتیبانی می‌شوند.

مدارس این منطقه می‌توان به همکاری مناسب در مطالعات پیشین، موقعیت جغرافیایی آن (جنوب غربی پایتخت)، تراکم جمعیتی بالا و بافت شهری فرسوده اشاره کرد.

باتوجه به این‌که مطالعه حاضر با تمرکز بر منطقه یادشده در شهر تهران به اجرا درآمد، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط و در نظر گرفتن خصوصیات محیط اجرا انجام شود. ازسوی دیگر به دلیل کمبود شواهد معتبر و مرتبط داخلی، استناد به شواهد بین‌المللی که ممکن است با زمینه فرهنگی و اجتماعی حاکم بر کشور همخوانی نداشته باشند، اجتناب‌ناپذیر بود.

در این راستا، تلاش شد با بهره‌گیری از شواهد موجود درباره اجرای برنامه‌های سلامت‌محور در مدارس ایران، اثر این محدودیت بر تفسیر یافته‌ها به حداقل برسد. همچنین، هیچ‌گونه شواهد کمی و طولی مبنی بر اثربخشی دوره، اثر خصوصیات فراگیران (ازجمله خصوصیات جمعیت‌شناختی) بر اثربخشی، مقایسه شیوه‌های مختلف اجرا (به‌عنوان مثال حضوری، مجازی یا ترکیبی)، اخذ بازخورد از مدرسین و فراگیران، و تمامی دوره‌های پشتیبان و بازآموزی در این مطالعه فراهم نشد و تمامی این ملاحظات را می‌توان در طراحی مطالعات آتی مدنظر قرار داد.

افزون بر آن، بومی‌سازی بسته‌های آموزشی از دیگر موضوعاتی که در مطالعات آینده باید به شکل عمیق‌تری به آن پرداخته شود. براین اساس، ضرورت دارد باتوجه به یافته‌ها و بحث مطالعه حاضر، پس از تدوین کتاب راهنمای^{۱۱} اجرای آزمایشی این طرح در چند مدرسه و منطقه متفاوت اجتماعی و فرهنگی در سطوح شهری و روستایی و خصوصی و دولتی به‌صورت یک پروژه پژوهشی میدانی و کاربردی همراه با پایش ارزشیابی مداوم طی مراحل پیش، حین و پس از اجرا به‌مدت ۲ تا ۳ سال تدوین و به کار گرفته شود. پایه یافته‌های حاصل از بومی‌سازی بسته‌های آموزشی و مطالعات پایلوت، می‌توان بسته سیاستی و اجرایی قابل تعمیم برای گسترش برنامه در سطح ملی تهیه کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با شناسه اخلاق (IR.TUMS.VCR.REC.1397.1122) مصوب گردید. در راستای پایبندی به اصول علمی و اخلاقی، مصاحبه‌کنندگان در آغاز هر مصاحبه، پس از ذکر عنوان، هدف و ضرورت اجرای طرح، حقوق و اختیارات مشارکت‌کننده درباره انصراف از مطالعه طی تمامی مراحل، حق دسترسی به یافته‌ها و حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی را شفاف‌سازی کردند. مصاحبه‌ها با اخذ رضایت شفاهی مشارکت‌کننده، ضبط شد.

11. Guideline

باتوجه به کوتاه‌مدت بودن آثار چنین برنامه‌هایی، باید ارزیابی‌ها را در پایان یک دوره طولانی‌مدت‌تر مثلاً ۱ ساله تجدید کرد [۶۱]. طول دوره پایلوت را باید حداقل برابر با ۱ سال در نظر گرفت.

نتیجه‌گیری

نوجوانان امروز، سرمایه‌های انسانی ملت‌ها هستند و حفظ سلامت آن‌ها از ابعاد گوناگون حائز اهمیت است؛ در این راستا اجرای برنامه آموزشی کمک‌های اولیه سلامت روان در مدارس می‌تواند یک مداخله ارزنده و عمدتاً پیشگیرانه از نظر سلامت روان محسوب شود. باین‌حال، ممکن است موفقیت این برنامه توسط طیف وسیعی از چالش‌های فرهنگی و اجتماعی، کمبود منابع و زیرساخت‌ها و نقص‌های طراحی و اجرا تهدید شود. برآیند این چالش‌ها می‌تواند به کاهش تمایل نوجوانان به حضور در دوره، از دست رفتن اراده سیاسی مدیران برای اجرا و عدم تداوم حمایت‌ها، انحراف برنامه از اهداف بنیادین آن و حتی دلسردی نسبت به اجرای مداخلات مشابه بینجامد. ازاین‌رو، باید با رویکردی علاقه‌مندانه و سنجیده و با در نظر گرفتن راهکارهای مناسب برای غلبه بر تمامی چالش‌ها اقدام به طراحی و پیاده‌سازی برنامه در کشور نمود.

در این راستا، تدوین قوانین و مقررات مناسب، مشارکت نوجوانان در طراحی و ارزیابی برنامه، توانمندسازی و درگیر نمودن کادر مدرسه و خانواده‌ها، ادغام برنامه در فعالیت‌های جاری مدرسه، هم‌افزایی بین‌بخشی برای به حداکثر رساندن منابع، استفاده از ظرفیت‌های رسانه‌ای و امکانات برخط، استفاده از مشوق‌هایی مانند گواهینامه‌های پایان دوره و اطلاع‌رسانی توسط افراد تأثیرگذار، به‌کارگیری مدرسین حائز صلاحیت و محبوب، ادغام برنامه در نظام سلامت و در هماهنگی کامل با شبکه بهداشت و درمان و ایجاد و اجرای یک چارچوب نظارتی دقیق و چرخه بررسی برای نظارت دقیق بر اثربخشی و جمع‌آوری بازخورد توصیه شد.

همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی MHFA به‌عنوان یک فاز آزمایشی در چندین مدرسه دخترانه و پسرانه به‌مدت ۱ تا ۲ سال اجرا شود. افزون بر آن، ایجاد یک وب‌سایت و کانال تخصصی برای جمع‌آوری مستندات برنامه می‌تواند به اطمینان از به‌روز ماندن دانش فراگیران، تسهیل تبادل نظر درباره دوره و تجربیات کمک‌رسانی و افزایش آگاهی عمومی کمک کند.

به‌دلیل محدودیت‌های دوران همه‌گیری ناشی از بیماری کووید-۱۹، روش غیرحضوری به‌صورت تماس تصویری و صوتی نیز به‌عنوان یکی از روش‌های انجام مصاحبه مورد استفاده قرار گرفت. همچنین باتوجه به اینکه وضعیت برخی از ساکنین و مدارس مناطق شهر تهران قابل تعمیم به سایر نقاط کشور نبود، منطقه ۱۷ شهرداری تهران، مبنای انتخاب مشارکت‌کنندگان در گروه دانش‌آموزان و والدین آن‌ها قرار گرفت. از دلایل انتخاب

کدگذاری مصاحبه‌ها به منظور حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی مشارکت‌کنندگان از دیگر اصول رعایت‌شده در این مطالعه بود.

حامی مالی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۷ به کد ۴۰۳۷۷-۴۰۳-۶۲-۰۳-۹۷ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

مشارکت‌نویسندگان

همه نویسندگان به طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کادر آموزشی، والدین و نوجوانان مدارس منتخب منطقه ۱۷ شهرداری تهران که صمیمانه ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- [1] Nobre J, Oliveira AP, Monteiro F, Sequeira C, Ferré-Grau C. Promotion of mental health literacy in adolescents: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(18):9500. [DOI:10.3390/ijerph18189500] [PMID]
- [2] Seedak S, Turnbull N, Phajan T, Wanchai A. Improving mental health literacy in adolescents: Systematic review of supporting intervention studies. *Tropical Medicine & International Health*. 2020; 25(9):1055-64. [DOI:10.1111/tmi.13449] [PMID]
- [3] Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1):293. [DOI:10.1186/s12888-020-02659-0] [PMID]
- [4] Zhang X, Yue H, Hao X, Liu X, Bao H. Exploring the relationship between mental health literacy and psychological distress in adolescents: A moderated mediation model. *Preventive Medicine Reports*. 2023; 33:102199. [DOI:10.1016/j.pmedr.2023.102199] [PMID]
- [5] Attygalle UR, Perera H, Jayamanne BDW. Mental health literacy in adolescents: Ability to recognize problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2017; 11(1):1-8. [DOI:10.1186/s13034-017-0176-1] [PMID]
- [6] Shahraiki-Mohammadi A, Panahi S, Ashouri A, Sayarifard A. Important Systemic Factors For Improving Adolescent Mental Health Literacy. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2023; 18(1):45. [DOI:10.18502/ijps.v18i1.11412] [PMID]
- [7] Zeidabadi B, Khodayarian M, Sadeghi R, Jambarsang S, Mohseni M. Validation and evaluation of school-based mental health literacy training program "The Guide Cymru" in Iranian adolescent students aged 13-15: Study protocol. *Archives of Public Health*. 2024; 82(1):31. [DOI:10.1186/s13690-024-01257-w] [PMID]
- [8] Hayes D, Moore A, Stapley E, Humphrey N, Mansfield R, Santos J, et al. School-based intervention study examining approaches for well-being and mental health literacy of pupils in Year 9 in England: Study protocol for a multischool, parallel group cluster randomised controlled trial (AWARE). *BMJ Open*. 2019; 9(8):e029044. [DOI:10.1136/bmjopen-2019-029044] [PMID]
- [9] Coles ME, Ravid A, Gibb B, George-Denn D, Bronstein LR, McLeod S. Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *The Journal of Adolescent Health*. 2016; 58(1):57-62. [DOI:10.1016/j.jadohealth.2015.09.017] [PMID]
- [10] Wilcox HC, Pas E, Murray S, Kahn G, DeVinney A, Bhakta S, et al. Effectiveness of teen mental health first aid in improving teen-to-teen support among American adolescents. *The Journal of School Health*. 2023; 93(11):990-9. [DOI:10.1111/josh.13364] [PMID]
- [11] Mental Health First Ais International. The History of Mental Health First Aid. 2025 [Updated 23August 2025]. Available from: [Link]
- [12] Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF, Kitchener BA, Lu S, Li W, et al. Mental health first aid training for China: Protocol for a randomised controlled trial. *Advances in Mental Health*. 2024; 22(3):302-16. [DOI:10.1080/18387357.2023.2274044]
- [13] Hart LM, Mason RJ, Kelly CM, Cvetkovski S, Jorm AF. 'Teen mental health first aid': A description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016; 10:3. [DOI:10.1186/s13033-016-0034-1] [PMID]
- [14] Mental Health First Ais International. Teen MHFA-Empowering young people [Internet]. 2022 [Updated 2025 August 23]. [Link]
- [15] Hart LM, Cox GR, Lees L. Teaching mental health first aid in the school setting: A novel approach to improving outcomes for common adolescent mental disorders. *Current Opinion in Pediatrics*. 2018; 30(4):478-82. [DOI:10.1097/MOP.0000000000000639] [PMID]
- [16] Hart LM, Morgan AJ, Rossetto A, Kelly CM, Gregg K, Gross M, et al. teen Mental Health First Aid: 12-month outcomes from a cluster crossover randomized controlled trial evaluation of a universal program to help adolescents better support peers with a mental health problem. *BMC Public Health*. 2022; 22(1):1159. [DOI:10.1186/s12889-022-13554-6] [PMID]
- [17] Uribe Guajardo MG, Kelly C, Bond K, Thomson R, Slewa-Younan Sh. An evaluation of the teen and Youth Mental Health First Aid training with a CALD focus: an uncontrolled pilot study with adolescents and adults in Australia. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019; 13(73). [DOI:10.1186/s13033-019-0329-0]
- [18] Encina-Zúñiga E, Rodante D, Agrest M, Tapia-Munoz T, Vidal-Zamora I, Ardila-Gómez S, et al. Development of mental health first-aid guidelines for suicide risk: A Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC Psychiatry*. 2023; 23(1):928. [DOI:10.1186/s12888-023-04661-8] [PMID]
- [19] Zare S, Kaveh MH, Ghanizadeh A, Nazari M, Asadollahi A, Zare R. Adolescent mental health literacy questionnaire: Investigating Psychometric properties in Iranian female students. *BioMed Research International*. 2022; 2022(1):7210221. [DOI:10.1155/2022/7210221] [PMID]
- [20] Sharifi V, Mojtabei R, Shahrivar Z, Alaghband-Rad J, Zarafshan H, Wissow L. Child and adolescent mental health care in Iran: Current status and future directions. *Archives of Iranian Medicine*. 2016; 19(11):797-804. [PMID]
- [21] Omidmorad A, Nazari M, Bahmanziari N, Soleymani MH, Barakati SH, Ardalan G, et al. Priority strategic directions in adolescent health in Iran based on the WHO's global accelerated action for the health of adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2023; 35(4):313-21. [DOI:10.1515/ijamh-2023-0023] [PMID]
- [22] Costa TFO, Sampaio FMC, Sequeira C, Lluch Canut MT, Moreno Poyato AR. A qualitative study exploring adolescents' perspective about mental health first aid training programmes promoted by nurses in upper secondary schools. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022; 31(2):326-38. [DOI:10.1111/inm.12959] [PMID]
- [23] Evans R, Bell S, Brockman R, Campbell R, Copeland L, Fisher H, et al. Wellbeing in secondary education (WISE) study to improve the mental health and wellbeing of teachers: A complex system approach to understanding intervention acceptability. *Prevention Science*. 2022; 23(6):922-33. [DOI:10.1007/s11121-022-01351-x] [PMID]

- [24] Borji M, Hajebi A, Naserbakht M, Ranjbar H, Fazeli A, Khorami Z, Hajebi A. Evaluating the efficacy of school mental health promotion program in Iranian schools: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(1):48-65. [DOI:10.32598/ijpcp.29.1.4560.1]
- [25] Shahraki-Mohammadi A, Panahi S, Sayarifard A, Ashouri A. Identifying the prerequisites, facilitators, and barriers in improving adolescents' mental health literacy interventions: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020; 9:322. [DOI:10.4103/jehp.jehp_623_20] [PMID]
- [26] Mansfield R, Patalay P, Humphrey N. A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: Current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):607. [DOI:10.1186/s12889-020-08734-1] [PMID]
- [27] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-101. [DOI:10.1191/1478088706qp0630a]
- [28] Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*: Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1985, 416 pp., \$25.00 (Cloth). *International Journal of Intercultural Relations*. 1985; 9(4):438-9. [DOI:10.1016/0147-1767(85)90062-8]
- [29] Johnco C, Salloum A, McBride NM, Cepeda SL, Gutfreund D, Nova JC, et al. Mental health literacy, treatment preferences, and barriers in Salvadorian parents. *International Journal of Mental Health*. 2019; 48(3):139-64. [DOI:10.1080/00207411.2019.1629376]
- [30] Sayarifard A, Ghadirian L. How are the beliefs about mental health first aid among adults? *Asian Journal of Psychiatry*. 2018; 35:91-2. [DOI:10.1016/j.ajp.2018.05.022] [PMID]
- [31] Baldofski S, Klemm SL, Kohls E, Mueller SME, Bauer S, Becker K, et al. Reasons for non-participation of children and adolescents in a large-scale school-based mental health project. *Frontiers in Public Health*. 2023; 11:1294862. [DOI:10.3389/fpubh.2023.1294862] [PMID]
- [32] Pimenta SM, Hunter SC, Rasmussen S. The influence of stigma and trust in young people seeking support for their own or a friend's symptoms: The role of threat appraisals. *Child & Youth Care Forum*. 2023; 52(3):559-81. [DOI:10.1007/s10566-022-09698-6]
- [33] Goodwin J, Savage E, O'Brien N, O'Donovan Á. "We're not educated on that enough, and we really should be": Adolescents' views of mental health service education. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2023; 18(1):2249287. [DOI:10.1080/17482631.2023.2249287] [PMID]
- [34] Starvaggi I, Dierckman C, Lorenzo-Luaces L. Mental health misinformation on social media: Review and future directions. *Current Opinion in Psychology*. 2024; 56:101738 [DOI:10.1016/j.copsyc.2023.101738] [PMID]
- [35] Sheikh A, Payne-Cook C, Lisk S, Carter B, Brown JSL. Why do young men not seek help for affective mental health issues? A systematic review of perceived barriers and facilitators among adolescent boys and young men. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2025; 34(2):565-83. [DOI:10.1007/s00787-024-02520-9] [PMID]
- [36] Whitley J, Smith JD, Vaillancourt T, Neufeld J. Promoting mental health literacy among educators: A critical aspect of school-based prevention and intervention. In: Leschied AW, Saklofske DH, Flett GL, editors. *Handbook of school-based mental health promotion*. New York: Springer; 2018. [DOI:10.1007/978-3-319-89842-1_9]
- [37] Sharma A, Sharma SD, Sharma M. Mental health promotion: A narrative review of emerging trends. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017; 30(5):339-45. [DOI:10.1097/YCO.0000000000000347] [PMID]
- [38] Swann C, Telenta J, Draper G, Liddle S, Fogarty A, Hurley D, et al. Youth sport as a context for supporting mental health: Adolescent male perspectives. *Psychology of Sport and Exercise*. 2018; 35:55-64. [DOI:10.1016/j.psychsport.2017.11.008]
- [39] Bell BT, Fox L, Salhi L, Fitton D. Exploring adolescents' and stakeholders' perceptions of online and school-based mental health provision. *JCPP Advances*. 2024; 4(4):e12288. [DOI:10.1002/jcv2.12288] [PMID]
- [40] Hickman TMW. *Exploring parent engagement in school-based behavioral health programs* [doctoral thesis]. Washington: Walden University; 2024. [Link]
- [41] Ross AS, Wang C, Liu JL. Youth mental health first aid training with diverse educators. *Psychological Services*. 2023; 20(4):941-51. [DOI:10.1037/ser0000767] [PMID]
- [42] Parikh R, Michelson D, Sapru M, Sahu R, Singh A, Cuijpers P, et al. Priorities and preferences for school-based mental health services in India: A multi-stakeholder study with adolescents, parents, school staff, and mental health providers. *Global Mental Health*. 2019; 6:e18. [DOI:10.1017/gmh.2019.16] [PMID]
- [43] Seifi P. [Challenges and obstacles to counseling and psychology in schools (Persian)]. Paper presented at: 5th International & 8th National Conference on Management, Psychology and Behavioral Sciences; Tehran: Farhangian University; 2024. [Link]
- [44] Hosseini Jebeli SS, Rezapour A, Hajebi A, Moradi-Lakeh M, Damari B. Scaling-up a new socio-mental health service model in Iran to reduce burden of neuropsychiatric disorders: An economic evaluation study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021; 15(47). [DOI:10.1186/s13033-021-00468-w]
- [45] Hosseini Jebeli SS, Rezapour A, Hajebi A, Moradi-Lakeh M, Damari B. Scaling-up a new socio-mental health service model in Iran to reduce burden of neuropsychiatric disorders: An economic evaluation study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021; 15(47). [DOI:10.1186/s13033-021-00468-w]
- [46] Benarous X, Milhiet V, Oppetit A, Viaux S, El Kamel NM, Guinchat V, et al. Changes in the use of emergency care for the youth with mental health problems over decades: A repeated cross sectional study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10:26. [DOI:10.3389/fpsy.2019.00026] [PMID]
- [47] Miller L, Musci R, D'Agati D, Alfes C, Beaudry MB, Swartz K, et al. Teacher mental health literacy is associated with student literacy in the adolescent depression awareness program. *School Mental Health*. 2019; 11(2):357-63. [DOI:10.1007/s12310-018-9281-4] [PMID]
- [48] Atkins J. *Mental Health First Aid: A Useful Tool for School Nurses*. *NASN School Nurse*. 2017; 32(6):361-3. [DOI:10.1177/1942602X17722390] [PMID]

- [49] Wachutka K, Echevarria M, Walsh J. Youth mental health first aid (YMHFA): A change initiative in an underresourced school. *The Journal of School Nursing*. 2025; 41(5):632-41. [DOI:10.1177/10598405241293746] [PMID]
- [50] World Health Organization (WHO). Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019. [Link]
- [51] Aldahmash AH, Almutairi SA. The extent of incorporating health education requirements in middle school science textbooks. *Sustainability*. 2023; 15(14):11005. [DOI:10.3390/su151411005]
- [52] Zeidabadi B, Khodayarian M, Ahmadzadeh K. Evaluation of school-based mental health literacy program in high school students: A scoping review protocol. *Health Science Monitor*. 2024; 3(3):269-75. [DOI:10.61186/hsm.3.3.269]
- [53] Ojio Y, Mori R, Matsumoto K, Nemoto T, Sumiyoshi T, Fujita H, et al. Innovative approach to adolescent mental health in Japan: School-based education about mental health literacy. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021; 15(1):174-82. [DOI:10.1111/eip.12959] [PMID]
- [54] Tharp D, Kious BM, Bakian A, Brewer S, Langenecker S, Schreiner M, et al. Assessing access: Texting hotline app provides mental health crisis care for economically deprived youth. *Social Science & Medicine*. 2024; 361:117369. [DOI:10.1016/j.socsci-med.2024.117369] [PMID]
- [55] Kidger J, Evans R, Bell S, Fisher H, Turner N, Hollingworth W, et al. Mental health support and training to improve secondary school teachers' well-being: the WISE cluster RCT. Southampton: NIHR Journals Library; 2021. [DOI:10.3310/phr09120] [PMID]
- [56] Ghanei M, Ahmady K, Babaei M, Tavana AM, Bahadori M, Ebadi A, et al. Knowledge of healthy lifestyle in Iran: A systematic review. *Electron Physician*. 2016; 8(3):2199-207. [DOI:10.19082/2199] [PMID]
- [57] Movahed M, Khaleghi-Nekou M, Alvani E, Sharif-Alhoseini M. The impact of psychological first aid training on the providers: A systematic review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2022; 17:e120. [DOI:10.1017/dmp.2022.27] [PMID]
- [58] Wadsworth DP, Warren-James M, Duncan D, Clegg L. Mental Health First Aid training for paramedic students: An evaluation study. *Australasian Emergency Care*. 2023; 26(2):142-8. [DOI:10.1016/j.aucec.2022.09.003] [PMID]
- [59] Wang C, Liu JL, Marsico KF, Zhu Q. Culturally adapting youth mental health first aid training for Asian Americans. *Psychological Services*. 2022; 19(3):551-61. [DOI:10.1037/ser0000574] [PMID]
- [60] Fisher H, Harding S, Bell S, Copeland L, Evans R, Powell J, et al. Delivery of a mental health first aid training package and staff peer support service in secondary schools: A process evaluation of uptake and fidelity of the WISE intervention. *Trials*. 2020; 21(1):745. [DOI:10.1186/s13063-020-04682-8] [PMID]
- [61] Hart LM, Cropper P, Morgan AJ, Kelly CM, Jorm AF. Teen mental health first aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: Outcomes from a cluster randomised crossover trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020; 54(4):382-92. [DOI:10.1177/0004867419885450] [PMID]