



سواد سلامت روان در زنان سنین باروری: از دسترسی به اطلاعات تا اقدام برای ارتقای سلامت روان

عاطفه صفرعلی نژاد

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

atfsafaralinezhad@gmail.com

چکیده

مقدمه: سلامت روان زنان در سال های باروری تحت تأثیر مجموعه ای از عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی قرار دارد. تغییرات هورمونی مرتبط با قاعدگی، بارداری و زایمان، ناباروری، تغییر نقش های خانوادگی و اجتماعی و مواجهه با برخی عوامل استرس زا می تواند زنان را در معرض مشکلات روان شناختی قرار دهد. در این میان، سواد سلامت روان می تواند در شناسایی به موقع مشکلات، استفاده صحیح از اطلاعات سلامت و تصمیم گیری برای دریافت خدمات تخصصی نقش مهمی داشته باشد. با وجود اهمیت موضوع، ابعاد سواد سلامت روان در زنان سنین باروری به طور اختصاصی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف تبیین ابعاد سواد سلامت روان در زنان سنین باروری انجام شد. **روش پژوهش:** این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از تحلیل محتوای متعارف انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۱۴ زن در سنین باروری و ۶ نفر از ارائه دهندگان رسمی خدمات سلامت روان بودند که در سال های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ از استان های تهران، البرز و قزوین انتخاب شدند. نمونه گیری به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال انجام شد و نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته و حضوری جمع آوری و به صورت استقرایی تحلیل شدند. **یافته ها:** در فرآیند تحلیل داده ها، ۹۶۵ واحد معنایی و ۲۹۳ کد فشرده استخراج شد که در نهایت در قالب ۳۴ زیرمقوله، ۹ مقوله اصلی و چهار مضمون کلی سازمان دهی شدند. چهار مضمون شامل «شناخت منابع اطلاعاتی و توانایی درک سلامت روان»، «توانایی به کارگیری اطلاعات سلامت روان در زندگی روزمره»، «سازگاری با تغییرات خلقی اختصاصی دوره باروری» و «اقدام برای ارتقای سلامت روان» بود. یافته ها نشان دادند که سواد سلامت روان تنها به شناخت اختلالات روانی محدود نیست، بلکه توانایی یافتن و ارزیابی اطلاعات معتبر، تشخیص علائم، به کارگیری آموخته ها در روابط و مدیریت هیجانات، سازگاری با تغییرات مرتبط با دوره باروری و تصمیم گیری برای دریافت کمک حرفه ای را نیز دربرمی گیرد. **نتیجه گیری:** سواد سلامت روان در زنان سنین باروری مفهومی چندبعدی است که در تعامل با ویژگی های زیستی، روانی و اجتماعی این دوره شکل می گیرد. تقویت توانایی زنان در دسترسی و ارزیابی اطلاعات، خودمدیریتی روان شناختی، شناخت تغییرات خلقی مرتبط با دوره باروری و مراجعه به موقع برای دریافت خدمات می تواند زمینه ارتقای سلامت روان آنان را فراهم کند. توجه به این ابعاد در برنامه های مراقبت سلامت زنان و به ویژه خدمات مامایی می تواند به شناسایی زود هنگام مشکلات روانی و هدایت مناسب زنان به خدمات تخصصی کمک کند.



نوزدهمین کنفرانس بین المللی یافته های نو در مامایی، زنان، زایمان و نازایی

گرجستان - ۲۷ شهریور ۱۴۰۵ - آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان

<http://icmwmi.ir>
info@icmwmi.ir

18 September 2026 - TBILISI GEORGIA

واژگان کلیدی: سواد سلامت روان، زنان سنین باروری، سلامت روان، خودمراقبتی، خدمات سلامت

مقدمه:

سلامت روان یکی از مؤلفه های اساسی سلامت عمومی است و اختلالات روانی در سال های اخیر سهم قابل توجهی از بار بیماری ها را به خود اختصاص داده اند. بار ناشی از اختلالات روانی علاوه بر پیامدهای فردی، می تواند عملکرد خانوادگی، اجتماعی و شغلی افراد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. شواهد موجود نشان می دهد زنان در مقایسه با مردان با برخی مشکلات سلامت روان، به ویژه افسردگی و اضطراب، بیشتر مواجه هستند و دوره های مختلف زندگی باروری می توانند با تغییرات قابل توجه روانی همراه باشند (Alibudbud, 2023; Afifi, 2007).

سال های باروری برای زنان دوره ای از تغییرات مهم زیستی و اجتماعی است. قاعدگی، بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان از جمله مراحل مرتبط با تغییرات هورمونی و روانی هستند. علاوه بر این، مسائلی همچون ناباروری، سقط، نگرانی درباره سلامت جنین، مسئولیت مراقبت از کودک، تغییر نقش های خانوادگی، مشکلات اقتصادی و تعارضات بین فردی می توانند بر سلامت روان زنان اثرگذار باشند (Hillemeier et al., 2008; Adewuya et al., 2005).

از سوی دیگر، زنان در سنین باروری در بسیاری از جوامع با نقش ها و مسئولیت های متعددی در خانواده و اجتماع مواجه اند. ترکیب مسئولیت های خانوادگی، مراقبت از فرزندان، فعالیت های شغلی و مسائل مرتبط با سلامت باروری ممکن است زمینه افزایش فشار روانی را فراهم کند. بنابراین، ارتقای توانایی زنان برای شناخت مشکلات روانی و استفاده صحیح از منابع حمایتی و درمانی اهمیت ویژه ای دارد.

یکی از مفاهیم مهم در این زمینه، سواد سلامت روان است. سواد سلامت روان به دانش و باورهای اشاره دارد که به فرد در شناسایی، مدیریت و پیشگیری از مشکلات سلامت روان کمک می کنند (Jorm et al., 1997; Jorm, 2000). این مفهوم شامل شناخت علائم اختلالات روانی، آگاهی از عوامل خطر، شناخت روش های خودیاری، آشنایی با خدمات حرفه ای و نگرش مناسب نسبت به دریافت کمک است.

با وجود اهمیت این مفهوم، سواد سلامت روان زنان سنین باروری نمی تواند صرفاً با استفاده از ابعاد عمومی سواد سلامت روان توضیح داده شود. زنان در این دوره با شرایط اختصاصی مانند تغییرات خلقی مرتبط با چرخه قاعدگی، بارداری و پس از زایمان، ناباروری و تغییر نقش های اجتماعی و خانوادگی مواجه اند. بنابراین ممکن است ابعاد ویژه ای از سواد سلامت روان در این گروه وجود داشته باشد که در ابزارها و مطالعات عمومی کمتر مورد توجه قرار گرفته اند.

مرور مطالعات موجود نیز نشان داده است که پژوهش های اختصاصی درباره سواد سلامت روان زنان محدود بوده و در اندازه گیری این مفهوم نیز ناهمگونی وجود دارد. از این رو، شناخت ابعاد این مفهوم از دیدگاه خود زنان و ارائه دهندگان خدمات سلامت می تواند زمینه مناسبی برای طراحی برنامه های آموزشی و مداخلات ارتقای سلامت فراهم کند.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تبیین و توصیف ابعاد سواد سلامت روان در زنان سنین باروری از دیدگاه زنان و ارائه دهندگان رسمی خدمات سلامت بود.

روش تحقیق:

طرح مطالعه

این پژوهش یک مطالعه کیفی بود که با هدف دستیابی به درک عمیق تر از مفهوم سواد سلامت روان در زنان سنین باروری انجام شد. برای تحلیل داده ها از تحلیل محتوای متعارف و استقرایی استفاده شد.

مشارکت کنندگان و روش نمونه گیری

مشارکت کنندگان شامل ۱۴ زن در سنین باروری و ۶ نفر از ارائه دهندگان رسمی خدمات سلامت بودند. زنان در محدوده سنی ۱۵ تا ۴۹ سال قرار داشتند. ارائه دهندگان خدمات نیز از گروه های تخصصی مرتبط با سلامت روان شامل روان پزشکان، روان شناسان و مشاوران بودند.

نمونه گیری به روش هدفمند و با حداکثر تنوع انجام شد. در انتخاب زنان تلاش شد تنوع مناسبی از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال وجود داشته باشد. نمونه گیری تا زمانی ادامه یافت که داده های جدید، اطلاعات یا کدهای جدیدی به یافته های قبلی اضافه نمی کردند و اشباع داده ها حاصل شد.

گردآوری داده ها

داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته و عمیق به صورت حضوری جمع آوری شدند. مصاحبه ها توسط پژوهشگر اول انجام شد و در طول مصاحبه، علاوه بر پرسش های اصلی، از پرسش های کاوشگر برای دستیابی به تجربیات و دیدگاه های عمیق تر مشارکت کنندگان استفاده شد.

مدت زمان مصاحبه ها بین ۲۲ تا ۴۸ دقیقه بود و میانگین مدت مصاحبه حدود ۳۵ دقیقه گزارش شد. جمع آوری داده ها از ۱۴ مرداد ۱۴۰۱ تا ۴ فروردین ۱۴۰۲ انجام شد. با رضایت مشارکت کنندگان، مصاحبه ها ضبط و همزمان یادداشت های میدانی نیز ثبت شد. در مواردی که در بخشی از داده ها ابهام وجود داشت، مصاحبه تکمیلی انجام شد.

تحلیل داده ها

پس از پیاده سازی کامل مصاحبه ها، متن مصاحبه ها به صورت خط به خط مطالعه شد و کدهای اولیه بر اساس محتوای واقعی داده ها استخراج شدند. در ادامه، کدهای مشابه با یکدیگر مقایسه و در گروه های مرتبط قرار گرفتند. فرآیند کدگذاری به صورت تکرارشونده انجام شد؛ به این معنا که با تحلیل مصاحبه های بعدی، کدهای جدید شناسایی و کدهای قبلی نیز مجدداً بررسی و در صورت نیاز اصلاح شدند. در نهایت، کدهای مشابه در زیرمقوله ها و مقوله های اصلی قرار گرفته و از ترکیب مقوله های مرتبط، مضامین نهایی استخراج شدند.

اطمینان پذیری یافته ها

برای افزایش اعتبار یافته های مطالعه از معیارهای اعتبار، قابلیت انتقال، وابستگی و تأیید پذیری استفاده شد. بخشی از کدهای استخراج شده در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت تا برداشت پژوهشگر مورد بررسی و تأیید قرار گیرد. همچنین استفاده از دیدگاه افراد متخصص شامل روان شناسان، روان پزشکان و مشاوران و بررسی فرآیند کدگذاری توسط اعضای تیم پژوهش به افزایش اعتبار یافته ها کمک کرد.

تنوع مشارکت کنندگان، ثبت دقیق فرآیند پژوهش، استفاده از یادداشت های میدانی و برگزاری جلسات متعدد تیم پژوهش برای دستیابی به توافق در مورد کدها و طبقات نیز در افزایش کیفیت یافته ها مورد استفاده قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس با کد IR.MODARES.REC.1401.119 انجام شد. اهداف مطالعه برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و مشارکت به صورت داوطلبانه انجام گرفت. همچنین محرمانگی اطلاعات تضمین و رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان دریافت شد.

یافته ها (فونت B Nazanin - اندازه ۱۲ - پررنگ)

در مجموع، ۲۰ نفر در پژوهش شرکت کردند که شامل ۱۴ زن در سنین باروری و ۶ ارائه دهنده رسمی خدمات سلامت بودند. میانگین سنی زنان شرکت کننده $7/31 \pm 9$ سال بود و دامنه سنی آنان از ۱۵ تا ۴۹ سال متغیر بود. سطح تحصیلات مشارکت کنندگان از متوسطه تا تحصیلات دانشگاهی متفاوت بود. در فرآیند تحلیل داده ها، ۹۶۵ واحد معنایی، ۲۹۳ کد فشرده، ۳۴ زیرمقوله و ۹ مقوله اصلی استخراج شد که در نهایت در قالب چهار مضمون اصلی قرار گرفتند.

۱. شناخت منابع اطلاعاتی و توانایی درک سلامت روان

نخستین مضمون نشان داد که سواد سلامت روان زنان با توانایی آنان برای پیدا کردن، دریافت، ارزیابی و درک اطلاعات سلامت روان ارتباط دارد.

مشارکت کنندگان منابع مختلفی را برای دریافت اطلاعات معرفی کردند؛ از جمله کتاب ها و منابع مکتوب، اینترنت، شبکه های اجتماعی، وبگاه های تخصصی، نرم افزارهای سلامت روان، اعضای خانواده و دوستان و متخصصان سلامت.

در میان منابع انسانی، پزشکان و متخصصان سلامت به عنوان منابع قابل اعتماد اطلاعات مطرح شدند. در عین حال، زنان از اینترنت و شبکه های اجتماعی نیز برای جستجوی اطلاعات درباره علائم مشکلات روانی، داروها، روش های کنترل استرس و راهکارهای خودمراقبتی استفاده می کردند.

با این حال، دسترسی محدود به اینترنت، سرعت پایین، حجم زیاد اطلاعات، دشواری تشخیص اطلاعات معتبر از اطلاعات نادرست و محدودیت دسترسی به برخی منابع فارسی از جمله موانع دریافت اطلاعات مناسب بودند.

بخش دیگر این مضمون به توانایی درک و استفاده از اطلاعات مربوط بود. مشارکت کنندگان اهمیت تشخیص زودهنگام علائم مشکلات روانی و تشخیص تغییرات خلقی مرتبط با دوره باروری را مورد توجه قرار دادند. همچنین مقایسه اطلاعات منابع مختلف و پرسش از متخصصان به عنوان راهکارهایی برای ارزیابی اعتبار اطلاعات مطرح شد.

۲. توانایی به کارگیری اطلاعات سلامت روان در زندگی

دومین مضمون نشان داد که داشتن اطلاعات به تنهایی برای ارتقای سلامت روان کافی نیست و زنان باید بتوانند این اطلاعات را در زندگی روزمره خود به کار گیرند.

این مضمون شامل سه حوزه اصلی بود:

ارتباط مؤثر با دیگران، مدیریت هیجانات و خودمدیریتی روان شناختی.

مشارکت کنندگان از اهمیت برقراری ارتباط مناسب با اعضای خانواده، مدیریت تعارضات و حفظ روابط خانوادگی مطلوب صحبت

کردند. همچنین توانایی کنترل خشم، اضطراب و استرس و سازگاری با مشکلات زندگی از مهارت های مهم مورد اشاره بود.

از سوی دیگر، زنان به اهمیت شناخت خود، پذیرش خود، توجه به نیازهای روانی و استفاده از فعالیت هایی مانند ورزش، موسیقی، تفریح، برقراری ارتباط اجتماعی و تکنیک های آرام سازی اشاره کردند. بنابراین یافته ها نشان داد که سواد سلامت روان زمانی می تواند به سلامت واقعی منجر شود که اطلاعات کسب شده به مهارت های عملی و رفتارهای روزمره تبدیل شود.

۳. سازگاری با تغییرات خلقی اختصاصی دوره باروری
سومین مضمون بر ویژگی های اختصاصی سلامت روان زنان در دوره باروری تمرکز داشت. مشارکت کنندگان عوامل مختلفی را در ارتباط با سلامت روان خود مطرح کردند؛ از جمله تغییرات هورمونی، قاعدگی، بارداری، زایمان، ناباروری، نگرانی درباره سلامت جنین، سقط، تغییر نقش به مادر، مشکلات خانوادگی، مسائل اقتصادی، تنهایی، تبعیض جنسیتی و تجربه خشونت.

یکی از موضوعات مهم، توانایی تشخیص تفاوت میان تغییرات خلقی طبیعی و علائم نیازمند مداخله تخصصی بود. از سوی دیگر، نگرش زنان نسبت به بیماری های روانی و دریافت خدمات نیز بر رفتار آنان تأثیرگذار بود. ترس از داروهای روان پزشکی، نگرانی درباره وابستگی، انگ اجتماعی بیماری های روانی، هزینه خدمات و کم اهمیت شمردن علائم توسط اطرافیان از جمله موانع کمک خواهی بودند. در مقابل، افزایش آگاهی درباره اختلالات روانی می تواند نگرش زنان را تغییر داده و انگ مرتبط با مشکلات روانی را کاهش دهد.

۴. اقدام برای ارتقای سلامت روان
چهارمین مضمون به مرحله ای اشاره داشت که فرد از دانستن و درک کردن به سمت اقدام کردن حرکت می کند. مشارکت کنندگان اقداماتی مانند اصلاح سبک زندگی، فعالیت بدنی، توجه به خواب، استفاده از تکنیک های آرام سازی، کنترل استرس و دریافت حمایت از خانواده و دوستان را برای حفظ سلامت روان مطرح کردند. همچنین زنان در صورت تشدید علائم، مراجعه به متخصصانی مانند روان شناس، روان پزشک، مشاور و پزشک را به عنوان یکی از راهکارهای دریافت کمک عنوان کردند. نکته مهم دیگر، نقش زنان در شناسایی مشکلات روانی افراد نزدیک به خود و کمک به آنان برای دریافت خدمات بود. بنابراین سواد سلامت روان نه تنها یک مهارت فردی، بلکه قابلیت با پیامدهای خانوادگی و اجتماعی نیز محسوب می شود.

بحث و نتیجه گیری (فونت B Nazanin - اندازه ۱۲ - پررنگ)

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که سواد سلامت روان در زنان سنین باروری مفهومی چندبعدی است و نمی توان آن را صرفاً به شناخت بیماری های روانی محدود کرد. چهار مضمون اصلی مطالعه شامل شناخت منابع و درک اطلاعات سلامت روان، توانایی به کارگیری اطلاعات در زندگی، سازگاری با تغییرات خلقی دوره باروری و اقدام برای ارتقای سلامت روان بود. این یافته ها با مفهوم کلاسیک سواد سلامت روان که بر شناخت مشکلات روانی، عوامل خطر، روش های خودیاری، خدمات حرفه ای و نگرش مناسب نسبت به کمک خواهی تأکید دارد، همسو است (Jorm et al., 1997; Jorm, 2000) با این حال، یافته های

مطالعه حاضر نشان می دهد که در زنان سنین باروری باید مؤلفه های اختصاصی این دوره، از جمله تغییرات خلقی مرتبط با چرخه باروری، بارداری، زایمان، ناباروری، تغییر نقش های خانوادگی و مسائل اجتماعی نیز در نظر گرفته شوند. یکی از یافته های قابل توجه، نقش منابع دیجیتال در کسب اطلاعات سلامت روان بود. زنان از موتورهای جستجو، شبکه های اجتماعی و وبگاه های تخصصی برای پاسخ به نیازهای اطلاعاتی خود استفاده می کردند. با این حال، دسترسی به اطلاعات فراوان الزاماً به معنای دسترسی به اطلاعات معتبر نیست؛ بنابراین توانایی ارزیابی اعتبار منابع و تشخیص اطلاعات قابل اعتماد بخش مهمی از سواد سلامت روان محسوب می شود. از سوی دیگر، یافته ها نشان دادند که سواد سلامت روان باید به تغییر رفتار منجر شود. توانایی مدیریت هیجانات، برقراری ارتباط مؤثر، خودمراقبتی، مقابله با استرس و کمک خواهی، بخش مهمی از فرآیند تبدیل دانش به عمل هستند. مطالعات پیشین نیز بر نقش خودمدیریتی و خودیاری در ارتقای سلامت روان تأکید کرده اند (Aker et al., 2023; Town et al., 2021). موضوع دیگر، اهمیت شناخت علائم مشکلات روانی در دوره های حساس باروری است. تشخیص زودهنگام علائم می تواند امکان دریافت مداخلات مناسب را فراهم کند و از تداوم یا تشدید مشکلات جلوگیری نماید. این موضوع به ویژه در شرایطی مانند ناباروری، بارداری و دوره پس از زایمان اهمیت بیشتری پیدا می کند؛ زیرا این شرایط می توانند با فشار روانی قابل توجهی همراه باشند (Sharma & Shrivastava, 2022; Gordon & Balsom, 2020). در این میان، ماماها و کارکنان خدمات سلامت زنان می توانند نقش مهمی در ارتقای سواد سلامت روان ایفا کنند. تماس مکرر زنان با نظام سلامت در دوران پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان و خدمات تنظیم خانواده فرصت مناسبی برای شناسایی مشکلات روانی، ارائه آموزش های ساده و معتبر، کاهش انگ و ارجاع به موقع زنان به خدمات تخصصی فراهم می کند.

پیشنهادهای

با توجه به یافته های پژوهش، پیشنهاد می شود:

- آموزش سواد سلامت روان به عنوان بخشی از خدمات سلامت زنان مورد توجه قرار گیرد.
- ماماها و کارکنان مراقبت های اولیه سلامت با اصول سواد سلامت روان زنان آشنا شوند.
- منابع آموزشی ساده، معتبر و متناسب با فرهنگ و زبان فارسی برای زنان تهیه شود.
- آموزش تشخیص علائم هشدار مشکلات روانی و زمان مراجعه به متخصص در مراقبت های سلامت زنان گنجانده شود.
- توانایی زنان در ارزیابی اعتبار اطلاعات سلامت روان در فضای مجازی تقویت شود.
- برنامه های ارتقای سلامت روان، ویژگی های اختصاصی دوره باروری مانند قاعدگی، بارداری، پس از زایمان، ناباروری و سقط را در نظر بگیرند.

نتیجه گیری

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان می دهد که سواد سلامت روان در زنان سنین باروری یک مفهوم چندبعدی است که از کسب و ارزیابی اطلاعات آغاز شده و به درک، به کارگیری، خودمدیریتی، سازگاری و اقدام برای دریافت کمک منتهی می شود. توجه به ویژگی های اختصاصی سلامت روان زنان در دوره باروری می تواند به طراحی برنامه های آموزشی و مراقبتی مؤثرتر کمک کند. ادغام آموزش سواد سلامت روان در خدمات سلامت زنان، به ویژه مراقبت های مامایی، می تواند فرصت مناسبی برای پیشگیری، شناسایی زودهنگام و ارجاع مناسب مشکلات روانی فراهم آورد.

منابع (فونت B Nazanin - اندازه ۱۲ - پررنگ)

1. Aker, A., Serghides, L., Cotnam, J., et al. (2023). The impact of a stress management intervention including cultural components on stress biomarker levels and mental health indicators among indigenous women. *Journal of Behavioral Medicine*, 46(4), 594–608.
2. Adewuya, A. O., Fatoye, F. O., Ola, B. A., Ijaodola, O. R., & Ibigbami, S. M. (2005). Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 353–358.
3. Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(5), 385–391.
4. Alibudbud, R. (2023). Gender in mental health: Comparison of the rate and social factors of depression, anxiety, and stress among young adult Filipino heterosexual cisgender men and women and LGBT+ individuals. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(2), 430–437.
5. Gordon, J. L., & Balsom, A. A. (2020). The psychological impact of fertility treatment suspensions during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 15(9), e0239253.
6. Hillemeier, M. M., Weisman, C. S., Chase, G. A., & Dyer, A. M. (2008). Mental health status among rural women of reproductive age: Findings from the Central Pennsylvania Women's Health Study. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1271–1279.
7. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396–401.
8. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186.
9. Sharma, A., & Shrivastava, D. (2022). Psychological problems related to infertility. *Cureus*, 14(10), e30320.
10. Town, R., Hayes, D., Fonagy, P., & Stapley, E. (2021). Self-management, self-care, and self-help in adolescents with emotional problems: A scoping review protocol. *JBIM Evidence Synthesis*, 19(9), 2373–2381