

سلامت روان ایرانیان؛ وضعیت مولفه‌های اجتماعی - اقتصادی در آستانه

قرن پانزدهم خورشیدی

سیدپویا رسولی نژاد^۱

چکیده

سلامت از پیش شرط‌های مهم دستیابی جوامع به رفاه و توسعه اجتماعی است. علی‌رغم تأکید سازمان جهانی بهداشت بر تأثیر عمده عوامل و متغیرهای اجتماعی در سلامت و بیماری روانی، پژوهش‌ها در ایران کمتر در این زمینه به انجام رسیده‌اند. لذا این پژوهش به دنبال بررسی سهم مولفه‌های اجتماعی و اقتصادی در سلامت روان ایرانیان و شیوع بیماری‌های روانی در ایران با روش تحلیل داده‌های موجود بوده، به طوری که برای تحلیل داده‌های موجود در زمینه شیوع بیماری‌های روانی و همچنین متغیرهای ساختاری در حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی از روش تحلیل کمی داده‌های موجود (پیمایش‌های سلامت روان و سالنامه‌های آماری) استفاده شده است. چارچوب نظری این پژوهش با تأکید بر نظریه فشار ساختاری مرتون شکل گرفته است. اگر فرد در پایگاهی که در ساختار اجتماعی اشغال کرده قدرت این را نداشته باشد که نقش‌های خود را به طور صحیح و بر اساس انتظارات جامعه ایفا کند و از هنجارهای مقرر اجتماعی فاصله گیرد، رفتار او به لحاظ اجتماعی خارج از محدوده قابل قبول شناخته و به عنوان رفتارهای نابهنجار و انحرافی در قالب بیماری روانی قلمداد می‌شود. نتایج این پژوهش نشان داد که مولفه‌های اجتماعی و اقتصادی بیش از 29 درصد تغییرات شیوع بیماری‌های روانی در سطح استان‌های کشور را تبیین می‌کند. مولفه‌های «داشتن پیوندهای اجتماعی»، «توانمندی اقتصادی»، «دریافت حمایت‌های اجتماعی» و «دسترسی به رفاه عمومی» به ترتیب بیشترین تأثیر معنادار را بر شیوع بیماری‌های روانی در ایران داشته‌اند. این مطالعه اهمیت عوامل اجتماعی در شیوع بیماری‌های روانی و نیاز به اقدامات سیاستی و مداخلات جدی برای ارتقاء سلامت روان اعضای جامعه را برجسته می‌سازد. به طور خاص، تقویت حمایت‌های رسمی و غیررسمی و تقویت توان اقتصادی اعضای جامعه با ثبات اقتصادی و ایجاد شغل برای بهبود وضعیت سلامت روان جامعه پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژگان: سلامت روان، بیماری روانی، حمایت اجتماعی، توانمندی اقتصادی، محدوده قابل قبول رفتار.

مقدمه

سلامت که یکی از حقوق اساسی افراد جامعه است، از پیش‌شرط‌های مهم دستیابی جوامع به رفاه و توسعه اجتماعی می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را تنها فقدان بیماری و نقص عضو تعریف نمی‌کند، بلکه تعریف آن رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، 2001). سازمان جهانی بهداشت که سلامت روانی را مؤلفه‌ای اساسی در این تعریف می‌داند، این اصل را در سطح جهانی پذیرفته که «هیچ سلامتی‌ای بدون سلامت روان وجود ندارد» و بدین منظور برنامه جامع اجرایی خود را برای تحقق کامل آن تدوین نموده است. چشم‌انداز برنامه اجرایی این سازمان در سطح جهانی در سال‌های 2013-2020 به دنبال تحقق این است که «ارزشمندی سلامت روان محرز گردد، ارتقاء یافته و محافظت شود، از بیماری‌های روانی جلوگیری به عمل آید و افراد مبتلا به این بیماری‌ها قادر به دستیابی به طیف گسترده‌ای از حقوق انسانی، مشارکت کامل در جامعه و همینطور دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی با کیفیت بالا باشند» (برنامه اجرایی سازمان جهانی بهداشت، 2012). در تلقی این سازمان سلامت روانی بسیار اهمیت دارد که بر اساس آن فرد توانمندی‌های خود را می‌شناسد، از قدرت مواجهه با فشارهای معمول زندگی برخوردار است، برای جامعه سودمند است، و می‌تواند تصمیم‌گیری و مشارکت اجتماعی داشته باشد. بر این اساس است که سلامت روان را مبنایی برای رفاه و سلامت افراد و جوامع در نظر می‌گیرند.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (2010)، «ریشه بیشتر نابرابری‌های سلامت و عمده رنج‌های انسان، اجتماعی است: عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت». امروزه تأثیر شرایط اجتماعی بر سلامت افراد کاملاً پذیرفته شده، به گونه‌ای که عبارت «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» (Social Determinants of Health) از دهه 1990 به طور فزاینده‌ای در متون علمی و سیاست‌گذاری مورد تأکید قرار گرفته است. به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت که به نقش و جایگاه اساسی سلامت روان در دستیابی به سلامت برای همه افراد جامعه به خوبی واقف است، سلامت روانی مانند دیگر ابعاد سلامت از طیف گسترده‌ای از عوامل اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. سلامت روانی نه تنها از خصوصیات یا ویژگی‌های فردی تأثیر می‌پذیرد، بلکه با توجه به شرایط اقتصادی - اجتماعی‌ای که افراد در آن قرار می‌گیرند و محیط وسیع‌تری که در آن زندگی می‌کنند نیز تعیین می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، 2012). طبق تصریح برنامه جامع این سازمان برای سلامت روان، عوامل تعیین‌کننده سلامت روان و بیماری‌های روانی علاوه بر ویژگی‌های فردی، عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مانند سیاست‌های کلان ملی، حمایت اجتماعی، استانداردهای زندگی، وضعیت شغلی و شرایط اجتماعات محلی را نیز در بر می‌گیرد. به اذعان این سازمان، قرار گرفتن در معرض شرایط مستعد اجتماعی برای ابتلا به بیماری‌های روانی، احتمال ابتلاء افراد به این بیماری‌ها را بیشتر می‌کند. به عبارت دیگر، شرایط اجتماعی باعث می‌شود برخی از افراد و گروه‌ها در معرض خطر قابل توجهی در رابطه با مشکلات سلامت روان قرار بگیرند. این موضوع ما را به جایگاه و اهمیت عوامل اجتماعی در شیوع بیماری‌های روانی توجه می‌دهد و بر ابعاد اجتماعی سلامت روان تأکید می‌کند. برای نمونه در بسیاری از جوامع، بیماری‌های روانی ناشی از فقر، خشونت خانگی، کار و استرس مفرط به ویژه برای سلامتی زنان نگرانی‌های بسیاری را موجب شده است.

بر پایه اظهار نظر کمیسیون عوامل تعیین کننده روانی - اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت، از بین عوامل مؤثر در سلامت سهم هر دسته از عوامل حدوداً به این قرار است: سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، داروها و ...) 25 درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی 15 درصد، سهم عوامل فیزیکی و زیست محیطی و عوامل رفتاری 10 درصد، و سهم عوامل اجتماعی 50 درصد (مروندی، 1385: 44). در واقع، نقش سیستم ارائه سلامت تنها یکی از عوامل تأثیرگذار است، در حالی که سلامت عمده‌ترین تأثیر را از عوامل اجتماعی که ناشی از شرایط زندگی و کار مردم است می‌پذیرد. اما با اینکه 85 درصد از عوامل تأثیرگذار بر سامانه سلامت، به جز عوامل زیستی و ژنتیکی است، به نظر می‌رسد این مسئله در تمامی کشورها، از جمله ایران، نادیده گرفته شده است. بدون تردید این میزان در مورد بیماری‌های روانی بیشتر مصداق پیدا می‌کند. بنابراین، با توجه به نقش اندک عوامل زیستی و ژنتیکی در بیماری‌های روانی و در مقابل، سهم بسیار مهم و تعیین کننده دیگر عوامل از جمله عوامل اجتماعی ضروری است که رویکرد مناسبی اتخاذ گردد که بتواند به این عوامل موثر و مهم بپردازد.

برنامه عملیاتی‌ای که متناسب با همه کشورها باشد و بتواند نیاز همه آن‌ها را پاسخ دهد وجود ندارد، چرا که کشورها در مراحل متفاوتی از توسعه و بالطبع اجرای یک پاسخ جامع در حوزه سلامت روان قرار دارند. بدین منظور، در کشور ما نیز از سوی دولت و به طور خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سلامت روان افراد جامعه مورد توجه قرار گرفته و برنامه‌های مختلفی در راستای ارتقاء آن طراحی و به مرحله اجرا درآمده است. در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و در راستای سند چشم‌انداز بیست‌ساله بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه‌جانبه» و همچنین ارتقاء شاخص‌های بهداشت روان تأکید گردیده است. در این راستا، نقشه تحول نظام سلامت کشور تدوین و تصویب گشته و ارتقاء سلامت روان به عنوان یکی از بخش‌های کلیدی این نقشه هدف‌گذاری شده است. بر اساس این نقشه، برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور (1394-1390) به عنوان یک سند علمی بالادستی تدوین گردیده و دستیابی به اهداف سلامت روان در برنامه پنجم توسعه کشور را دنبال می‌کند. به طور خاص در زمینه سلامت روان، کاهش بار بیماری‌های روانی در جامعه حداقل به میزان 5 درصد تا پایان این برنامه از اهداف آن می‌باشد. این برنامه همچنین تلاش می‌کند تا از جدیدترین دستاوردهای سلامت روان در تجربیات بین‌المللی به منظور پیشگیری از بیماری‌های روانی استفاده نماید. سرمایه‌گذاری در راستای کاهش عوامل خطر ساز برای سلامت روان یکی از راهبردهای اساسی‌ای است که این برنامه در دستور کار وزارت بهداشت قرار داده است.

رویکردهای زیست‌شناختی و روان‌شناختی بیماری‌های روانی را صرفاً ویژگی و مشخصه‌ای مربوط به فرد می‌دانند، اما رویکردهای جامعه‌شناختی قویاً به این موضوع باور دارند که این بیماری‌ها در محیط اجتماعی و به واسطه شرایط اجتماعی ایجاد و تولید می‌شوند و بر ساختارهای نابرابر اجتماعی، نقش‌های اجتماعی و عدم وجود منابع حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی به عنوان عوامل اصلی شیوع این بیماری‌ها تأکید می‌کنند. شرایط ساختاری جامعه به عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی می‌توانند بر سلامتی تأثیر منفی بگذارند، خطر بیماری‌ها را افزایش دهند و شرایط را در میان مبتلایان به بیماری وخیم‌تر سازند. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، شرایطی‌اند که افراد در آنها متولد می‌شوند، زندگی می‌کنند، یاد می‌-

گیرند، کار می‌کنند، بازی می‌کنند، عبادت می‌کنند، و بر طیف وسیعی از نتایج و خطرات مرتبط با سلامتی، عملکرد و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند (فریدمن، 2019). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که ساختارها و نهادهای اجتماعی، سیاسی و فرهنگی بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارند (کیم و همکاران، 2012). به عنوان مثال، ساختارهای اجتماعی مانند طرد اجتماعی، تفکیک و قشربندی اجتماعی سلامت اعضای جامعه را متأثر می‌سازد (لارسون، 2013؛ رافائل، 2006؛ سازمان جهانی بهداشت، 2006). دولت‌ها و ایدئولوژی و سیاست‌های آنها بر زندگی مردم و در نتیجه بر سلامت آنها تأثیر می‌گذارد (رافائل، 2006). سیاست‌های اقتصاد کلان، سیاست‌های عمومی و سیاست‌های اجتماعی تأثیرات پایین‌دستی دارند که نتیجه آن نابرابری‌های سلامت است (کامپتون و شیم، 2015). به عنوان مثال، این سیاست‌ها بر بازار کار، مسکن، آموزش، مراقبت‌های بهداشتی و ... تأثیر می‌گذارند و به همین ترتیب، همه آنها تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت هستند (سازمان جهانی بهداشت، 2010).

بر اساس نتایج مطالعه‌ای که بخشی از تحقیق ملی درباره سلامت در ایران است، شیوع بیماری‌های روانی در سال 1378 در کل کشور، استان تهران و شهر تهران به ترتیب 21 درصد (25/9 درصد از زنان و 14/9 درصد از مردان)، 21/2 درصد و 21/5 درصد بوده است (نوربالا و همکاران، 2004). پیمایش ملی سلامت روان (1390-1389) نیز نشان داد که تقریباً از هر چهار نفر یک نفر (23/6 درصد) از افراد 15 تا 64 ساله کشور دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی است که بیشتر آن‌ها از بین زنان، ساکنین مناطق شهری، افراد بیکار، افراد با تحصیلات کمتر و افراد دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین می‌باشند. آمار منتشرنشده سال 99 نیز از شیوع 29/7 درصدی بیماری‌های روانی در کشور حکایت دارد (نوربالا، 1399). این آمارها در حالی است که بر پایه آمار سازمان جهانی بهداشت (2008) میزان شیوع بیماری‌های روانی در 14 کشور دنیا بین 4/3 درصد در شانگهای چین تا 26/4 درصد در ایالات متحده آمریکا در نوسان بوده است و بدین ترتیب وضعیت نامساعد کشور ما در رابطه با سلامت روانی مشخص می‌شود.

حال که مشخص گردید که سلامت و بیماری روان ریشه در ساختارهای اجتماعی یک جامعه دارد، مهم‌ترین پرسش جامعه‌شناختی در این زمینه این است که چه نوعی از سامانه‌ها و ساختارهای اجتماعی با توجه به عملکرد خود می‌توانند شادی، خوشبختی و سلامت روانی افراد را افزایش دهند و در مقابل، چه نوعی از ساختارها با عملکرد خود پریشانی، آشفتگی و بیماری روانی را به کمترین حد ممکن می‌رسانند؟ با عنایت به اهمیت و تاثیر شرایط اجتماعی در شیوع این بیماری‌ها، در این پژوهش نقش ساختارهای اجتماعی و اقتصادی در سلامت روان را مورد بررسی قرار دهیم.

پیشینه تحقیق

از میان تحقیقات داخلی، نتایج تحقیق چلبی و یاقوتی (1392) بیانگر آن است که عامل نبود پیوند اجتماعی که متشکل از دو متغیر نبود حمایت اجتماعی و جدایی اجتماعی است، بیش از سایر عوامل با افسردگی رابطه دارد. بعد از آن به ترتیب، عامل نبود موفقیت اقتصادی که شامل متغیر دست نیافتن به هدف است، و عامل نابسامانی اخلاقی که متشکل از متغیرهای بی‌اعتمادی اجتماعی، انومی و احساس ناامنی می‌باشد، بیشترین تا کمترین سهم خالص را در توضیح افسردگی داشته‌اند. قادرزاده و درویش‌منش (1396) نشان دادند که بیماری روانی در زمینه‌هایی همچون گسیختگی خانوادگی (که در

پدیده‌هایی مانند طلاق، اعتیاد و خشونت جسمانی و عاطفی بروز پیدا می‌کند)، نابه‌سامانی اقتصادی، زوال شبکه‌های اجتماعی حمایتی، تجارب دردناک، رفتارهای نامتعارف و سابقه بیماری روانی ایجاد می‌شود.

توکل و فراهانی (1396) در مطالعه‌ای جامعه‌شناختی نشان دادند که مولفه‌های مهاجرت، وضعیت شغلی، پایگاه طبقاتی، قومیت، فشارهای ساختاری و اجتماعی، مشکلات خانوادگی و سرمایه اجتماعی، همگی در به خطر انداختن سلامت روانی و ابتلای افراد به بیماری‌های روانی اثرگذارند. همچنین، توکل و مقصودی (1390) در بررسی مکانیسم و چگونگی تاثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روان از طریق مطالعه‌ای اسنادی نشان دادند که وجود سرمایه اجتماعی، شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی موجب احساس آسودگی خیال، کاهش اضطراب، افزایش سیستم دفاعی بدن و در نهایت سلامت روانی می‌شود. این پژوهشگران با بررسی تئوری‌ها و مدل‌های موجود در این زمینه به این نتیجه دست یافتند که وجود سرمایه اجتماعی به عنوان یک حائل در مقابل عوامل فشارزای درونی و بیرونی نقش مثبتی ایفا می‌کند. افرادی که به عضویت در گروه‌ها موفق می‌شوند اثرات منفی روانی ناشی از استرس‌های محیطی را دفع می‌کنند و به این ترتیب بیماری‌های روانی در آنها کاهش می‌یابد.

مهرگان و همکاران (1395) در بررسی تاثیر شرایط اقتصادی و اجتماعی بر سلامت روانی در استان‌های ایران به رابطه معکوس و معنادار بین بیکاری، ضریب جینی، نرخ شهرنشینی و تورم، و همچنین رابطه مثبت و معنادار بین رشد اقتصادی و سرمایه اجتماعی با سلامت روان دست یافتند. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش گویای این مطلب است که رشد اقتصادی و سلامت روانی با هم در ارتباط هستند؛ به گونه‌ای که سلامت روانی همراه با رشد اقتصادی افزایش و پس از رسیدن به یک نقطه عطف کاهش می‌یابد. در کشورهای در حال توسعه، سلامت جمعیت با رشد و توسعه اقتصادی و از طریق افزایش استانداردهای زندگی بهبود پیدا می‌کند، اما پس از رسیدن به یک نقطه عطف، مواردی مانند رشد شهرنشینی و زندگی پراسترس، ترافیک، تبعات منفی ازدحام جمعیت در شهرها و ... آغاز می‌شود و سلامت روانی کاهش می‌یابد. فاضلی و همکاران (1392) با بررسی رابطه رفاه، سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، نشان دادند که رفاه مادی تبیین‌کننده تغییرات سطح سلامت روانی در جامعه ایران نیست، سرمایه اجتماعی روابط نسبتاً ضعیفی دارد و پارادوکس ایسترلین به نوعی در خصوص جامعه ایران وضعیت پیچیده‌تری دارد. در حالت تاثیرگذاری متغیرهای دیگر و سرمایه اجتماعی فرسوده‌شده، تغییرات سطح رفاه اقتصادی افراد جامعه بر تغییرات سطح سلامت روان آن‌ها بی‌تاثیر است.

نتایج پژوهش ریاحی و همکاران (1389) نشان داد که حمایت اجتماعی و جنسیت اثرات مستقیمی بر سلامت روان داشته‌اند، در حالی که طبقه اجتماعی و دین‌داری از طریق افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اثرات غیرمستقیمی بر سلامت روان افراد می‌گذارند. به گفته این پژوهشگران، افراد متعلق به طبقات بالاتر اجتماعی به علت برخورداری از منابع ارزشمند و کمیابی نظیر قدرت، ثروت و منزلت، احتمالاً بیش‌تر از هم‌تایان خود در طبقات پایین‌تر در شبکه‌های اجتماعی عضویت دارند و این امر می‌تواند در مواقع لزوم حمایت اجتماعی بیشتری را فراهم نماید که برای سلامت روان آنها مفید می‌باشد. عریضی و همکاران (1383) نشان دادند که طبقات پایین جامعه به دلیل سطح زندگی پایین، درآمد کم، امکانات

و تسهیلات نامناسب فشارهای روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه بیشتر دچار افسردگی و برخی بیماری‌های جسمانی و روانی می‌شوند.

محسنی تبریزی و راضی (1386) نیز به این نتیجه دست یافتند که بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی رابطه وجود دارد. از بین منابع حمایتی نیز حمایت اجتماعی خانواده تاثیر بیشتری نسبت به حمایت دوستان و سایر افراد داشته است. بررسی سایر فرضیات در این پژوهش نشان داد که بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی از یک سو و حمایت اجتماعی و سلامت روان از سوی دیگر رابطه معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های پژوهش خاقانی‌زاده و سیرتی (1383) در بین جانبازان اعصاب و روان نشان داد که از نظر آن‌ها از میان عوامل موثر خانوادگی، عدم سازش و همفکری و احترام متقابل پدر و مادر 72/2 درصد، همسر 91/3 درصد و فرزندان 85 درصد در تشدید علائم روانپزشکی‌شان موثر است. همچنین از میان عوامل اجتماعی - اقتصادی، عدم برخورداری از تسهیلات رفاهی و امکانات تفریحی را 97/8 درصد، مضيقه مالی را 94/6 درصد و بدرفتاری همسایگان و دوستان را 81/8 درصد موثر دانسته‌اند.

سیدان (1383) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که وضعیت‌های ساختاری نابرابر اجتماعی - اقتصادی، با ایجاد دست‌یابی نابسند و نابرابر زنان به منابع خصوصی و همگانی، به پیدایش تنش در زنان کمک می‌کند و آنان را هرچه بیشتر به سمت بیماری روانی می‌کشانند. وضعیت اجتماعی - اقتصادی زنان از راه تقسیم کار و روابط قدرت در خانواده، بر تنش و فشار روانی آنان می‌افزاید. محسنی تبریزی و سیدان (1383) در پژوهشی با عنوان «منشا اجتماعی افسردگی زنان» معتقدند که فشارهای روانی زنان به طور وسیعی از مسائل و حوادث اجماعی تاثیر می‌پذیرد. یافته‌های این پژوهش مؤید آن است که رابطه معناداری بین متغیر فشار روانی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی زنان وجود دارد و بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی و دستیابی بیشتر زنان به منابع ارزشمند اجتماعی و اقتصادی از احتمال بروز فشار روانی در آن‌ها می‌کاهد. در بین تحقیقات خارجی نیز الچاک و همکاران (2021) نشان دادند که بین عدم حمایت ادراک‌شده از دیگران، افزایش ناخشنودی درونی، ناراحتی روانی و خودکشی رابطه وجود دارد. همچنین مشخص شد که تنهایی واسطه رابطه بین حمایت ادراک‌شده از خانواده و پیامدهای سلامت روانی و تا حدی واسطه رابطه بین ناخشنودی درونی و پریشانی روانی است. عبدی و همکاران (2021) با بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان در بین زنان ساکن در محلات فقیرنشین، نشان دادند که در بین عوامل تعیین‌کننده ساختاری، موقعیت اقتصادی - اجتماعی دارای بیشترین فراوانی بوده است. در میان عوامل تعیین‌کننده میانی نیز شرایط زندگی، ناامنی غذایی، سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی با وضعیت سلامت روانی مرتبط بودند. این پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که زنانی که در مناطق فقیرنشین زندگی می‌کنند مستعد ابتلا به اختلالات روانی و سلامت روانی ضعیف هستند.

گودکایند و همکاران (2020) در پژوهش خود نشان دادند که 41 درصد از پناهندگان عوامل استرس‌زای اقتصادی را منبع اصلی بیماری روانی بود خود دانستند. همچنین مسیرهایی را توصیف کردند که از طریق آن‌ها این عوامل استرس‌زا با محدود کردن توانایی یادگیری زبان انگلیسی، به دست آوردن شغل معنی‌دار، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، برقراری ارتباط با خانواده و ادغام در جوامع خود، بر سلامت روان آنها تأثیر منفی گذاشته است. نتایج تحقیق کیم (2020) نشان

داد که نابرابری و طبقه‌بندی اجتماعی می‌تواند سلامت جمعیت در نسل بعدی را از طریق طبقه‌بندی اقتصادی - اجتماعی در مدارس مشخص سازد. تحقیق استروچین و گادیر (2017) نیز نشان داد که عمق فقر جاری با اضطراب / افسردگی کودک ارتباط داشت، در حالی که فقر مداوم با رفتار ضداجتماعی کودک همراه بود.

سیلوا و همکاران (2016) با مرور پژوهش‌های منتشرشده در مورد تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی - جمعیتی با سلامت نشان دادند که 78 مطالعه به ارتباط بین عوامل سطح فردی و سلامت روان ازجمله درآمد کم، زندگی نکردن با شریک زندگی، عدم حمایت اجتماعی، جنسیت زن، سطح پایین تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، بیکاری، فشار مالی و تبعیض ادراک‌شده پرداخته‌اند. 69 مطالعه نیز ارتباط بین عوامل سطح منطقه‌ای و سلامت روان، یعنی شرایط اقتصادی اجتماعی همسایگی، سرمایه اجتماعی، توزیع جغرافیایی و محیط ساختمانی، مشکلات محله و ترکیب قومیتی را بررسی کرده‌اند. آلبو¹ و همکاران (2014) نشان دادند مادرانی با موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی پایین زمانی که در محله‌های سطح پایین زندگی می‌کنند، فاقد حمایت اجتماعی، عزت نفس و سلامت روان هستند. نتایج مطالعه نپ و ایممی² (2014) نیز نشان داد که اشتغال و سطح تولید رابطه مثبت و فقر و بیکاری رابطه منفی با سلامت روان دارند. مشکلات اقتصادی ریسک ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد و همچنین خطر ابتلا به اختلالات روانی برای کشوری با تجربه رکود طولانی مدت بسیار بالاست.

استروب و همکاران (2005) در تحقیق خود گزارش کردند که هرچه میزان حمایتی که فرد از سوی دیگران دریافت می‌کند بالاتر باشد، به همان نسبت سلامت روانی بالاتری دارد و کمتر دچار رفتارهای خشونت‌آمیز علیه اطرافیانش می‌شود. سیلورا و آلبک (2001) نیز با بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان مهاجران نشان دادند که عوامل مهمی چون حمایت پایین خانوادگی و به طور خاص تنهایی، دسترسی محدود و نامناسب به خدمات جمعی، ناتوانی در برگشت به خانه و تحقیر اجتماعی در مختل شدن سلامت روانی مهاجران موثر می‌باشد. همچنین دسترسی نامناسب به خدمات، آشفتگی در حمایت‌های اجتماعی، از دست دادن خویشاوندان و دوستان، و فاصله جغرافیایی از خانواده و بستگان در آشفتگی روانی مهاجران نقش موثری دارند. به اعتقاد کاواچی (2001)، پیوندهای اجتماعی تأثیر به‌سزایی در حفظ سلامت روانی افراد دارد. افراد به لحاظ اجتماعی منزوی از نظر سلامت روانی در وضعیت مطلوبی به سر نمی‌برند؛ شبکه‌های اجتماعی کوچکتر، روابط خویشاوندی کمرنگ‌تر، و دریافت حمایت اجتماعی اندک باعث ایجاد حالت افسردگی و یأس در افراد می‌شود.

مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده، از غلبه روش‌شناسی کمی و رویکرد روان‌پزشکی به بیماری‌های روانی حکایت دارد. آنچه در این پژوهش‌ها مغفول مانده است، واکاوی زمینه‌های ساختاری بیماری روانی در حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی و بررسی دقیق سهم هر کدام از این ساختارها می‌باشد.

چارچوب نظری

¹. Albo

². Knapp & Iemmi

بر خلاف رویکرد زیست پزشکی که صرفاً به جنبه‌های فیزیکی بدن توجه نشان می‌دهد و بیماری را حاصل اختلال و آشفتگی در سازوکارهای جسمی می‌داند، رویکرد جامعه‌شناختی، توجه خود را بیشتر به ساختارهای اجتماعی و محیطی‌ای که فرد در آن به سر می‌برد، معطوف می‌دارد. در دیدگاه جامعه‌شناسی در بررسی سلامت روانی نمی‌شود و نباید فرد را به تنهایی مطالعه کنیم، بلکه به دلیل این که سلامت یا بیماری فرد عمدتاً در درون روابطی (با خود، گروه‌ها و یا ساختارهای جامعه) ایجاد می‌شود، ضروری است که عوامل و زمینه‌های اجتماعی را نیز مطرح نظر قرار دهیم. جامعه‌شناسی پزشکی به عنوان یکی از زیرشاخه‌های جامعه‌شناسی ساختارهای اجتماعی و این که به چه نحو سلامت و بیماری در جامعه ایجاد می‌شوند را بررسی می‌کند. نظریه جامعه‌شناختی تبیین می‌کند که چگونه نظم تجویزی اجتماعی، شرایطی را ایجاد می‌کند که سبب آشفتگی روانی مردم می‌شود (تاسیگ و همکاران، 1386).

در این پژوهش برای تبیین این که شرایط اجتماعی چگونه سلامت روان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بر ساختار اجتماعی و دو بعد آن (نقش و پایگاه) تأکید می‌کنیم. تلاقی این نقش‌ها و پایگاه‌ها بیانگر این است که هر فردی در زندگی خود ویژگی‌های منزلتی و نقشی متعددی دارد که در مجموع شرایط زندگی او و جایگاهش را در ساختار اجتماعی نشان می‌دهد (همان). بنابراین، در سطح ساختاری که مد نظر این پژوهش است، اعضای جامعه به واسطه پایگاه اجتماعی‌ای که در جامعه احراز کرده‌اند و همچنین نقش‌هایی که به واسطه این موقعیت‌ها ایفای آن‌ها را در حیطه‌های مختلف زندگی بر خود لازم می‌دانند، پیوند عمیقی با ساختارهای جامعه پیدا می‌کنند.

سلامت و بیماری و به طور خاص سلامت روان را نیز می‌توان بدین صورت از طریق بررسی رابطه افراد با ساختارهای اجتماعی مورد مطالعه قرار داد. بر اساس معیار کارکردی، سلامتی معادل توانایی به عهده گرفتن نقش‌های اجتماعی است. به عبارت دیگر، برخورداری از سلامتی به افراد این اطمینان را می‌دهد که قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی خود در جامعه خواهند بود. زمانی که افراد در پایگاه اجتماعی خود در ساختار جامعه، نتوانند نقش‌هایی که جامعه از آن‌ها انتظار دارد را به طور صحیح اجرا نمایند، رفتارشان از حالت بهنجار، طبیعی و سالم خارج می‌شود. به عبارت دیگر، در برخی از مواقع و به واسطه جایگاه و شرایط ساختاری افراد، فاصله و شکافی بین این نقش و نقش اجراشده (که رفتارهای واقعی‌ای است که فرد در پایگاه خود در رابطه متقابل با سایر افراد از خود نشان می‌دهد) ایجاد می‌شود. بدین ترتیب، اگر رفتار فردی از نقش مقرر و هنجارها و انتظارات وابسته به آن فاصله زیادی بگیرد، رفتار او خارج از محدوده قابل قبول تلقی می‌گردد و منجر به طرد و مجازات اجتماعی می‌شود.

اجرای صحیح و قابل قبول نقش‌های اجتماعی اعضای جامعه در پایگاه‌های اجتماعی خود به عملکرد صحیح ساختارهای اجتماعی بستگی دارد. ساختارهای جامعه کارکردهایی دارند و عملکرد درست یا نادرست آن‌ها خود را در زندگی روزمره و رفتارهای اجتماعی افراد نشان می‌دهد. ساختارهایی که کارکرد خود را به درستی به انجام می‌رسانند، بهنجاری رفتار و بالطبع سلامت روانی افراد جامعه را به همراه می‌آورند و بدین ترتیب نظم جامعه را حفظ می‌کنند. در مقابل، ساختارهایی که از عهده کارکردهای ضروری خود بر نمی‌آیند و عملکرد درستی در نسبت با اعضای جامعه ندارند، موجد «فشار ساختاری»

بر افراد می‌شوند که رفتارهای نابهنجار و «خارج از محدوده قابل قبول» (از جمله انواع بیماری‌های روانی) را در آن‌ها به دنبال می‌آورد.

در این تحقیق، مولفه‌های تعیین‌کننده بیماری روانی و نقش آن‌ها در شیوع بیماری‌های روانی بر اساس رویکرد پارسونزی و تأکید خاص بر دو ساختار اجتماعی و اقتصادی دنبال می‌شود. ما این موضوع را در سطح کلان از طریق آمار و داده‌های مرتبط با مولفه‌هایی که از زمینه ساختاری حکایت می‌کنند مورد مطالعه و بررسی قرار می‌دهیم. در واقع، هر کدام از ساختارهای جامعه به عنوان خرده‌نظام‌های نظام اجتماعی متناسب با وضعیت و شرایط عملکردی و کارکردی خود، میزان-های متفاوتی از قدرت را در حوزه‌های مربوط به خود در اختیار افراد جامعه قرار می‌دهند و بالطبع امکان‌های متفاوتی را به منظور ایفای نقش‌های اجتماعی برای آنها فراهم می‌کنند؛ امکان‌هایی که می‌تواند به حفظ بهنجاری و سلامت یا رفتارهای انحرافی‌ای همچون بیماری‌های روانی منجر شود. در واقع، بر اساس بهره‌مندی اعضای جامعه از قدرت در ساختارهای اجتماعی و اقتصادی، موفقیت یا عدم موفقیت افراد در ایفای نقش‌های اجتماعی و بالطبع شیوع بیماری‌های روانی در جامعه قابل تبیین می‌باشد.

بدین ترتیب، اگر ساختارهای جامعه نتوانند عملکرد مناسبی داشته باشند و کارکردهای خود را به درستی ایفا کنند، با فشار ساختاری خود بر روی اعضای جامعه به شیوع بیماری‌های روانی در جامعه دامن می‌زنند. به عبارت دیگر، اگر ساختارها دچار کژکارکردی شوند، بروز و ظهور این کژکارکردی‌ها را که بی‌قدرتی افراد جامعه را به همراه دارد، به طور عینی در افراد و به طور خاص در وضعیت سلامت روان آن‌ها مشاهده خواهد شد. به طور خلاصه، از این زاویه، عامل عمده ایجادکننده بیماری‌های روانی روابط بیمارگونه ساختارها با افراد جامعه قلمداد می‌شود. در واقع، از آن‌جا که بیماری افراد بیانگر بیماری جامعه است، بیماری‌های روانی از عملکرد نامناسب ساختارهای جامعه حکایت می‌کند، چرا که میزان محدودی از قدرت را در اختیار افراد در پایگاه‌های مختلف اجتماعی قرار می‌دهد که آن‌ها را در ایفای صحیح نقش خود آن‌گونه که جامعه و اعضای آن انتظار دارند، با مشکل مواجه می‌سازد. بدین ترتیب، این افراد رفتاری را از خود بروز می‌دهند که خارج از محدوده قابل قبول قرار می‌گیرد و به عنوان یک رفتار انحرافی و بیمارگونه که هنجارهای مرسوم جامعه را نقض کرده است، تلقی و طرد می‌شود. این بی‌قدرتی ناظر به حوزه‌های مختلف ساختاری و مولفه‌های مرتبط به آن‌هاست که مورد توجه و تأکید این پژوهش قرار دارد. بنابراین، در این پژوهش با بهره‌مندی از نظریه فشار ساختاری مرتون، نقش ساختارهای اجتماعی و اقتصادی و مولفه‌های ساختاری ناظر به آنها (که بر اساس کارکردهای اصلی این ساختارها احصا شده‌اند) را در شیوع بیماری‌های روانی مورد بررسی قرار خواهیم داد.

در ساختار اجتماعی که کارکرد حفظ انسجام و همبستگی را بر عهده دارد، نقش مولفه‌های «دریافت حمایت‌های اجتماعی» و «داشتن پیوندهای اجتماعی» و تأثیر آن‌ها بر شیوع بیماری‌های روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. ساختار اجتماعی سالم و با عملکرد مناسب، حمایت اجتماعی کافی از اعضای جامعه را فراهم می‌آورد و امکان پیوندهای اجتماعی محکم و پایدار را در بین آنها محقق می‌سازد و بدین ترتیب، قدرت افراد را برای ایفای صحیح نقش‌های اجتماعی تأمین می‌نماید. به عبارت دقیق‌تر، وضعیت افراد در رابطه با مولفه‌های حمایت اجتماعی و پیوند اجتماعی، میزان کم یا زیاد قدرت آن‌ها را در

ساختار اجتماعی برای به انجام رساندن نقش‌های مقرر اجتماعی مشخص می‌سازد، نقش‌های مقرر که ایفای آن‌ها توسط افراد در دایره قابل قبول، آن‌ها را به لحاظ روانی سالم معرفی می‌کند. در واقع، ایفای این رفتار به قدرتی نیاز دارد که ساختار اجتماعی با مولفه‌های حمایت اجتماعی و پیوند اجتماعی در اختیار فرد قرار می‌دهد.

در رابطه با ساختار اقتصادی جامعه که کارکرد انطباق در نظام اجتماعی را عهده‌دار است، نقش «توانمندی اقتصادی» و «دسترسی به رفاه عمومی» در شیوع بیماری‌های روانی بررسی می‌شود. در این زمینه نیز نظریه فشار ساختاری مرتون راهگشاست. در مورد توانمندی اقتصادی، هر فردی برای داشتن زندگی مطلوب و دستیابی به اهداف خود در زندگی نیاز به امکانات لازمی دارد که از آن تحت عنوان وسایل نهادی شده یاد می‌شود. دستیابی به این وسایل نهادی شده بستگی به پایگاه فرد در ساختار اجتماعی دارد؛ ساختار اجتماعی می‌تواند دسترسی افراد به این وسایل را ممکن، محدود و یا قطع کند. در نتیجه، فرد با توجه به جایگاه ساختاری خود قدرت لازم را پیدا نمی‌کند که نقشش را متناسب با انتظارات جامعه اجرا نماید. این موضوع ایجاد و تشدید استرس را در او به دنبال دارد که می‌تواند او را به اختلالات روانی‌ای همچون اختلالات اضطرابی مبتلا سازد. در این حالت، فرد درمانده می‌شود و قادر نیست فعالیت‌ها و نقش‌های روزمره خود را انجام دهد. همچنین، بخش مهمی از داشتن زندگی توأم با آرامش، به دسترسی به امکانات و خدماتی برمی‌گردد که موقعیت فرد در ساختارهای اجتماعی میزان این دسترسی را تعیین می‌کند. به عبارت دقیق‌تر، رفاه عمومی فرد آرامش فکر و روان او را موجب می‌شود و سلامت روان او را به همراه دارد. در مقابل، عدم دسترسی به خدمات و امکانات لازم برای زندگی، می‌تواند با تشدید استرس و افسردگی در فرد او را به اختلالات روانی مبتلا سازد.

بدین‌ترتیب، برای بررسی نقش ساختار اجتماعی، مولفه‌های «دریافت حمایت‌های اجتماعی» و «داشتن پیوندهای اجتماعی» و برای بررسی نقش ساختار اقتصادی، مولفه‌های «توانمندی اقتصادی» و «دسترسی به رفاه عمومی» مورد بررسی قرار می‌گیرند. بدین منظور، در این پژوهش که با تحلیل ثانویه داده‌ها در سطح کشور و به تفکیک استان در بازه شش ساله 93 تا 98 انجام شده، فرضیات متناسب با نظریه مورد آزمون و بررسی قرار می‌گیرند؛ این‌گونه که با رفت و برگشت میان داده و نظریه تصویر روشنی از ارتباط میان انواع مولفه‌های ساختاری با شیوع بیماری‌های روانی استنتاج و بیان شده است.

روش تحقیق

این تحقیق بر اساس تحلیل داده‌های موجود در جامعه ایران و بر حسب استان به انجام رسیده است. مسیر روشی پژوهش به این شکل بوده که در ابتدا مولفه‌های ساختاری در ابعاد اجتماعی و اقتصادی از چارچوب نظری پژوهش استخراج و شناسایی شده است. سپس، مقادیر آن‌ها در ایران و به تفکیک استان‌ها به دست آمده و در نهایت در ارتباط با وضعیت سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته است.

داده‌های مربوط به سلامت روان از منابع زیر استخراج و تحلیل شده‌اند (در سطح کشور و به تفکیک استان در بازه 93 تا 98): 1. پیمایش ملی سلامت روان و سرمایه اجتماعی (1393)، 2. طرح ملی سلامت و بیماری (1378)، 3. پیمایش ملی سلامت روان (89-90)، 4. پایگاه داده سازمان بهزیستی کشور (در فاصله سال‌های 1393 تا 1398 از طریق ارائه

خدمات مشاوره‌ای در مراکز مشاوره خود در سراسر کشور و ثبت آمار مراجعین در زمینه اختلالات روانی). از داده‌های سازمان بهزیستی کشور در سال 1398 برای برآورد تا سال 1393 بر اساس ضریب رشد به‌دست‌آمده استفاده شد و درصد بیماری روانی طی سال‌های 1393 تا 1398 برآورد گردید. در پیمایش‌های سلامت روان (طرح ملی سلامت و بیماری در سال 1378 و پیمایش ملی سلامت روان و سرمایه اجتماعی در سال 1393) که مبنای برآورد سال‌های 1393 تا 1398 بوده‌اند، از پرسشنامه 28 ماده‌ای سلامت عمومی (GHQ-28) به عنوان ابزار غربالگری برای تشخیص اختلالات روانی استفاده شده که توسط گلدبرگ و هیلیر (1979) برای غربالگری جسمانی‌سازی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی تهیه شده است. بررسی مطالعات مربوط به اعتبارسنجی GHQ-28 در کشورهای مختلف، اعتبار و قابلیت اطمینان بالای آن را نشان داده است (گلدبرگ و هیلیر، 1979).

داده‌های مربوط به عوامل ساختاری (مولفه‌های اجتماعی و اقتصادی) نیز از منابع زیر استخراج و تحلیل شده‌اند (در سطح کشور و به تفکیک استان در بازه 93 تا 98): 1. مرکز آمار ایران: سالنامه‌های آماری با ارائه آمار و اطلاعات صحیح در خصوص اندازه، ساختار و ویژگی‌های جمعیت کشور، ابزار مناسبی را برای طراحی و اجرای برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در اختیار برنامه‌ریزان، سیاست‌گذاران و مسئولان کشور قرار می‌دهد. 2. بانک مرکزی: بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و اداره بررسی‌ها و سیاست‌های اقتصادی آن جهت نیل به اهداف خود که همانا کنترل تورم و توسعه اقتصادی است، اقدام به گردآوری و تهیه طیف وسیعی از آمارهای اقتصادی می‌کند که می‌تواند در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار بگیرد.

ساخت شاخص‌ها

شاخص اندازه‌ای مرکب است برای نشان دادن اجزای مختلف مفهوم مورد بررسی. به عبارت دیگر، شاخص ترکیبی است از رشته‌ای از معرف‌ها که با هم جمع شده‌اند (بیکر، 1388: 448). در این پژوهش، تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت روان با توجه به چارچوب نظری پژوهش احصا شده‌اند. در مدل نظری نظام اجتماعی پارسونز، چهار خرده‌نظام شامل نظام اقتصادی، نظام سیاسی، اجتماع جامعه‌ای و نظام جامعه‌پذیری وجود دارد که بر اساس آن، نظم جامعه به تامین مستمر همین ضرورت‌های کارکردی، حفظ روابط متعادل و مسالمت‌آمیز میان آنها، هماهنگی میان آنها با سایر نظام‌های کنش و با محیط بستگی دارد (جیسوب، 1972: 16-17). در خرده‌نظام اجتماعی، انسجام، هماهنگی و همکاری بین اجزا حائز اهمیت است. مقتضیات ساختاری نظام در بعد اقتصادی نیز مواجهه با محیط بیرونی و بقا در آن است (چلبی، 1383).

در این پژوهش، مطالعه ساختار اقتصادی جامعه، با بررسی «توانمندی اقتصادی» از طریق بررسی مولفه‌هایی همچون نرخ بیکاری، درآمد خالص سالانه خانوار و ... و «دسترسی به رفاه عمومی» از طریق مولفه‌هایی مانند ضریب نفوذ اینترنت و تلفن همراه، برخورداری از خدمات آب شهری، برق، گاز و ... صورت می‌گیرد. ساختار اجتماعی نیز با بررسی «دریافت حمایت‌های اجتماعی» به واسطه مولفه‌هایی همچون تعداد افراد تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی، تعداد شرکت‌های تعاونی در حوزه‌های خدماتی، مسکن، روستایی و ... و «داشتن پیوندهای اجتماعی» با مولفه‌هایی مانند میزان عمومی ازدواج و طلاق،

سکونت در مناطق روستایی و شهری، تراکم خانوار در واحد مسکونی و ... بررسی می‌گردد. از آن‌جا که تفاوت در شاخصه‌های اندازه متغیرها (نسبت، میزان، نرخ و ...)، در تجمیع آن‌ها برای ساختن مولفه‌ها و شاخص‌های مطالعه سوگیری ایجاد می‌کند، ابتدا تمامی متغیرها با استفاده از نمره استاندارد Z استاندارد شده‌اند. با استفاده از این فرمول امکان مقایسه واقعی متغیرهایی که واحد سنجش متفاوتی دارند، فراهم می‌شود.

با توجه به این‌که مولفه‌ها و شاخص‌ها از مطالعات تجربی پیشین و همین‌طور نظریه‌های مرتبط به دست آمده‌اند، اعتبار تجربی و اعتبار سازه مولفه‌ها و شاخص‌های مورد مطالعه از سطح بالایی برخوردار است. برای بررسی پایایی سازه‌ها در این تحقیق، از آلفای کرونباخ و به طور خاص روش اعتبار مرکب برای هر یک از سازه‌ها استفاده شد که در آن مقدار آلفای کرونباخ باید بزرگتر از مقدار 7.0 باشد. جدول 1 تعداد گویه‌ها و مقدار آلفای کرونباخ مولفه‌های تحقیق را نشان می‌دهد.

جدول 1. پایایی و تعداد گویه‌های مولفه‌های اجتماعی و اقتصادی

مولفه‌ها	آلفای کرونباخ	تعداد گویه‌ها
دریافت حمایت‌های اجتماعی	649.0	7
داشتن پیوندهای اجتماعی	715.0	7
توانمندی اقتصادی	871.0	10
دسترسی به رفاه عمومی	639.0	7

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های ثانویه، با استفاده از آماره‌های استنباطی آزمون‌های آماری مختلف مانند محاسبه ضریب همبستگی (پیرسون و اسپیرمن)، و رگرسیون چندگانه برای بررسی میزان قدرت تبیین سلامت روان توسط متغیرهای اجتماعی و اقتصادی مورد استفاده قرار گرفت. به منظور ارائه اطلاعات توصیفی، داده‌های موجود با کمک نرم‌افزار Excel پایش شده و اطلاعات مورد نیاز استخراج گشته است. علاوه بر این، آمار و اطلاعات استنباطی نیز به کمک نرم‌افزار SPSS به دست آمده است.

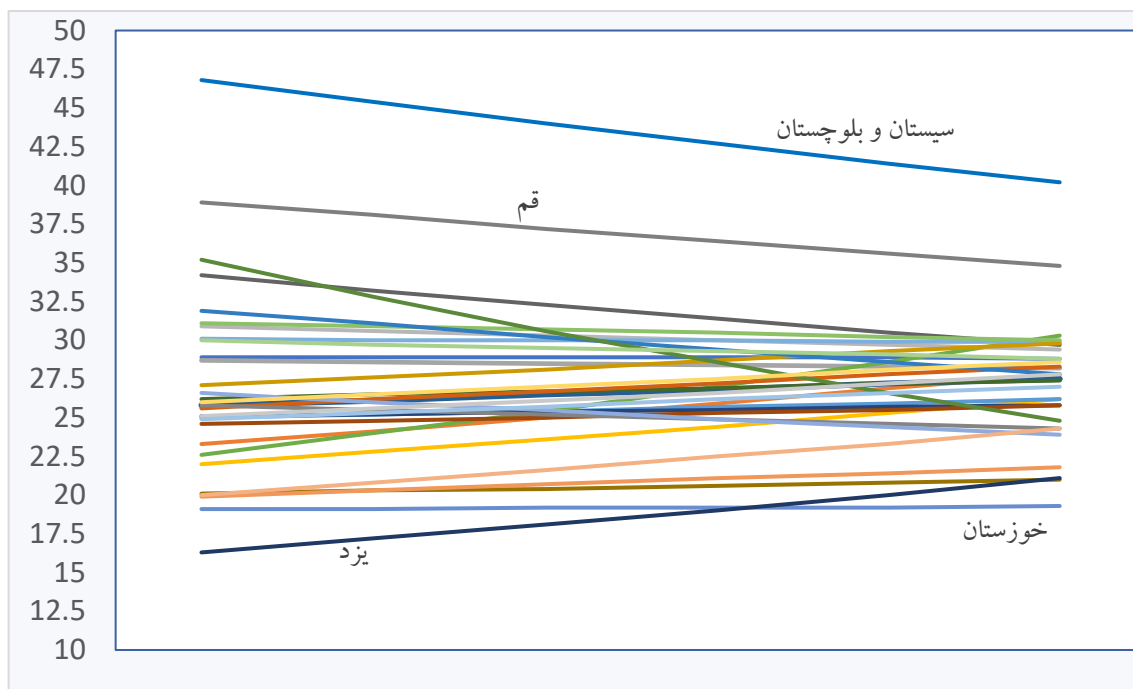
یافته‌های تحقیق

داده‌های مربوط به شیوع بیماری‌های روانی به تفکیک استان‌های کشور طی سال‌های 1393 تا 1398 با بهره‌گیری از داده‌های جدید سازمان بهزیستی کشور در سال 1398 برای برآورد تا سال 1393 بر اساس ضریب رشد به دست آمده برآورد گردید.

جدول 2. درصد بیماری‌های روانی استان‌های کشور طی سال‌های 1393 تا 1398

سال / استان	1393	1394	1395	1396	1397	1398
آذربایجان شرقی	9.28	9.28	9.28	9.28	9.28	8.28

8.27	9.26	9.25	25	1.24	3.23	آذربایجان غربی
2.28	3.28	4.28	5.28	6.28	7.28	اردبیل
2.26	3.25	4.24	6.23	8.22	22	اصفهان
2.26	9.25	7.25	4.25	2.25	25	البرز
3.30	6.28	27	4.25	24	6.22	ایلام
8.25	7.25	5.25	4.25	2.25	1.25	بوشهر
8.25	5.25	3.25	25	8.24	6.24	تهران
7.29	5.30	4.31	3.32	2.33	2.34	چهارمحال و بختیاری
21	8.20	6.20	4.20	3.20	1.20	خراسان جنوبی
5.27	2.27	8.26	5.26	1.26	8.25	خراسان رضوی
4.27	2.27	9.26	7.26	5.26	2.26	خراسان شمالی
3.19	2.19	2.19	2.19	1.19	1.19	خوزستان
8.21	4.21	1.21	7.20	3.20	9.19	زنجان
4.29	7.29	30	3.30	6.30	9.30	سمنان
2.40	4.41	7.42	44	4.45	8.46	سیستان و بلوچستان
9.29	9.29	30	30	30	1.30	فارس
30	2.30	5.30	7.30	9.30	1.31	قزوین
8.34	6.35	4.36	2.37	1.38	9.38	قم
3.28	8.27	2.27	7.26	2.26	6.25	کردستان
3.24	6.24	9.24	2.25	5.25	8.25	کرمان
8.29	3.29	7.28	1.28	6.27	1.27	کرمانشاه
8.27	6.28	4.29	2.30	1.31	9.31	کهگیلویه و بویر احمد
8.24	6.26	6.28	6.30	8.32	2.35	گلستان
9.23	4.24	9.24	5.25	26	6.26	گیلان
3.24	3.23	5.22	6.21	8.20	20	لرستان
8.27	2.27	6.26	1.26	6.25	1.25	مازندران
6.28	1.28	5.27	27	5.26	26	مرکزی
27	6.26	2.26	7.25	3.25	9.24	هرمزگان
8.28	1.29	3.29	5.29	7.29	30	همدان
1.21	20	19	1.18	2.17	3.16	یزد



نمودار 1. روند بیماری‌های روانی استان‌های کشور طی سال‌های 1393 تا 1398

توزیع بیماری‌های روانی در سطح استان‌های کشور طی سال‌های 1393 تا 1398 در جدول شماره 2 قابل مشاهده است. طی این مدت استان‌های یزد، خوزستان، خراسان جنوبی و زنجان پایین‌ترین سطح بیماری‌های روانی را در بین استان‌های کشور داشته‌اند. همچنین استان‌های سیستان و بلوچستان، قم و چهارمحال و بختیاری دارای بیشترین نسبت بیماری‌های روانی بوده‌اند. در سال 1393 بیشترین میزان بیماری‌های روانی در استان سیستان و بلوچستان با 8.46 درصد بوده است و کمترین میزان نیز در استان یزد با 3.16 درصد. تفاوت این دو استان بیش از 30 درصد بوده است. در حالی که در سال 1398 بیشترین میزان در استان سیستان و بلوچستان با 2.40 درصد و کمترین میزان در استان خوزستان با 3.19 درصد. اختلاف این دو استان نیز در حدود 21 درصد است. این نتایج نشان می‌دهد که پراکندگی و دامنه تغییرات بیماری‌های روانی در سال 1398 به نسبت سال 1393 کاهش داشته است (یک سوم کاهش را نشان می‌دهد). به عبارت دیگر، همانطور که در نمودار 1 مشاهده می‌شود، در سال‌های اخیر نسبت بیماری‌های روانی در استان‌های کشور همگرا شده است.

متغیرهای مستقل (مولفه‌ها و شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی):

در این بخش ابتدا به مطالعه توصیفی مولفه‌های پژوهش پرداخته شده که خود شامل دو بخش است؛ ابتدا جداولی بر حسب نمرات استاندارد برای هر کدام از شاخص‌ها طی سال‌های 1393 تا 1398 ارائه شده است. همچنین شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی طی این شش سال مورد بررسی قرار گرفته و هم نمرات استاندارد شاخص‌ها و هم خوشه‌بندی‌های به‌دست‌آمده ارائه شده است. در نهایت، به منظور ارائه توصیفی از وضعیت اخیرتر خوشه‌های سه‌گانه ناظر به شاخص‌ها، سال 1398 به طور خاص مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول 3. نمرات استاندارد T شاخص اجتماعی استان‌ها طی سال‌های 1393 تا 1398

سال / استان	1393	1394	1395	1396	1397	1398
آذربایجان شرقی	2.49	1.48	1.46	6.44	9.42	4.42
آذربایجان غربی	7.46	4.45	7.43	3.41	6.39	9.38
اردبیل	9.50	5.50	5.46	8.45	4.44	8.43
اصفهان	55	6.53	8.51	3.50	5.48	7.47
البرز	1.47	35	9.34	5.34	33	7.31
ایلام	7.70	4.70	5.69	2.67	4.65	68
بوشهر	6.60	9.58	2.56	7.54	2.53	4.50
تهران	2.49	7.50	50	9.48	9.48	4.48
چهارمحال و بختیاری	5.72	7.70	1.63	2.64	5.62	9.63
خراسان جنوبی	5.64	8.62	6.58	56	54	4.53
خراسان رضوی	46	4.44	6.43	7.42	3.40	5.39
خراسان شمالی	7.56	55	6.53	52	1.50	8.48
خوزستان	7.64	3.63	2.61	4.60	2.59	7.58
زنجان	5.60	7.64	5.59	2.58	8.56	7.51
سمنان	5.62	8.60	5.59	4.55	7.54	7.53
سیستان و بلوچستان	5.31	2.27	27	8.27	9.28	2.34
فارس	49	2.47	2.46	1.43	8.42	4.40
قزوین	8.47	7.47	3.45	3.44	6.44	6.43
قم	8.47	9.46	7.43	6.42	1.42	2.43
کردستان	3.53	8.52	5.50	5.48	9.46	48
کرمان	1.45	8.44	9.42	6.41	4.40	1.41
کرمانشاه	52	6.51	4.50	9.47	5.49	7.47
کهگیلویه و بویر احمد	6.51	8.50	5.50	9.49	1.49	4.48
گلستان	3.47	7.45	7.44	1.42	4.40	40
گیلان	7.46	45	5.44	5.43	5.41	3.40
لرستان	4.59	5.56	2.53	9.48	4.46	1.42
مازندران	9.45	7.45	7.43	7.43	3.43	2.42
مرکزی	2.53	3.52	1.51	7.48	9.48	6.47
هرمزگان	5.43	4.42	8.41	8.40	1.39	9.38
همدان	1.57	8.54	5.50	3.48	2.46	5.42
یزد	1.65	3.86	8.81	4.80	7.73	4.72
کل کشور	3.53	6.52	5.50	49	7.47	9.46

همانطور که مشاهده می‌شود، جدول 3 نمرات استاندارد T شاخص اجتماعی طی سال‌های 1393 تا 1398 را به تفکیک استان نشان می‌دهد. برای قابل فهم شدن جدول از چهار دسته‌بندی و رنگ‌بندی استفاده شده است که استان‌های پایین‌تر از میانگین کل جدول با رنگ مشکی نمایش داده شده و استان‌های بالاتر از میانگین با رنگ سبز به نمایش درآمده‌اند.

علاوه بر این، ده نمره پایین جدول با رنگ قهوه‌ای نشان داده شده که استان‌های سیستان و بلوچستان در کل دوره مورد مطالعه و البرز طی سال‌های 1395 تا 1398 دارای کمترین میزان در شاخص اجتماعی بوده‌اند. همچنین بالاترین نمرات در این شاخص که با رنگ قرمز مشخص شده، نشان می‌دهد که استان‌های چهارمحال و بختیاری در دو سال اول دوره مطالعه، ایلام در سه سال اول دوره مطالعه و یزد طی سال‌های 1394 تا 1398 دارای بیشترین میزان در شاخص اجتماعی بودند.

نقشه 1. خوشه‌بندی شاخص اجتماعی استان‌های ایران طی سال‌های 1393 تا 1398



جدول 4. میانگین نمرات T شاخص اجتماعی در خوشه‌های سه‌گانه طی سال‌های 1393 تا 1398

سال	میانگین نمرات T		
	خوشه سه	خوشه دو	خوشه یک
1393	3.68	6.56	46
1394	7.72	8.55	44
1395	9.68	5.53	5.42
1396	1.68	4.51	3.41
1397	2.65	2.50	2.40
1398	8.65	5.48	40

استان‌های کشور بر حسب شاخص اجتماعی به سه دسته تقسیم شده‌اند که در نقشه شماره 1 آمده است. در این نقشه استان‌های فارس، سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان در نوار جنوبی و استان‌های خراسان رضوی، گلستان، مازندران، البرز، قزوین، قم، گیلان، اردبیل، آذربایجان غربی و آذربایجان شرقی در بخش شمالی کشور در خوشه اول قرار دارند. میانگین نمره شاخص اجتماعی در این استان‌ها بر اساس جدول 4 در سال 1393، 46 بوده که در سال 1398 به 40 کاهش پیدا کرده است. استان‌های میانی کشور نیز با میانگین 6.56 در سال 1393 و 5.48 در سال 1398 در خوشه دوم قرار دارند که نشان‌دهنده وضعیت اجتماعی متوسطی است. چهار استان یزد، خوزستان، چهارمحال بختیاری و ایلام با میانگین بالای 65 طی سال‌های 1393 تا 1398 بهترین وضعیت شاخص اجتماعی را نشان دادند.

نقشه 2. خوشه‌بندی شاخص اجتماعی استان‌های ایران در سال 1398



جدول 5. میانگین نمرات T شاخص اجتماعی در خوشه‌های سه‌گانه در سال 1398

میانگین نمرات T			سال
خوشه سه	خوشه دو	خوشه یک	
8.65	6.49	3.40	1398

استان‌های کشور بر حسب شاخص اجتماعی و به طور خاص برای سال 1398 به سه دسته تقسیم شده‌اند که در نقشه شماره 2 آمده است. در این نقشه استان‌های خوزستان، چهارمحال و بختیاری، ایلام و یزد با قرار گرفتن در خوشه سه بهترین وضعیت شاخص اجتماعی را نشان دادند. میانگین نمره شاخص اجتماعی در این استان‌ها در سال 1398 بر اساس جدول 5، 8.65 بوده است. استان‌های بوشهر، کهگیلویه و بویراحمد، اصفهان، سمنان، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، تهران، مرکزی، زنجان، کرمانشاه و کردستان نیز با میانگین 6.49 در خوشه دو قرار دارند که نشان‌دهنده وضعیت اجتماعی متوسطی است. سایر استان‌ها نیز با میانگین 3.40 در خوشه یک با پایین‌ترین میزان شاخص اجتماعی قرار می‌گیرند.

جدول 6. نمرات استاندارد T شاخص اقتصادی استان طی سال های 1393 تا 1398

سال / استان	1393	1394	1395	1396	1397	1398
آذربایجان شرقی	2.56	6.56	7.56	1.57	57	9.57
آذربایجان غربی	49	7.48	2.51	9.49	2.50	9.51
اردبیل	6.53	5.53	9.53	55	4.55	1.54
اصفهان	8.54	4.55	7.55	56	3.55	7.57
البرز	7.48	2.50	3.50	5.50	4.53	5.53
ایلام	1.47	9.47	4.48	3.49	5.49	5.50
بوشهر	6.48	1.49	6.48	1.52	9.48	5.52
تهران	5.55	6.56	5.56	1.57	3.57	2.59
چهارمحال و بختیاری	2.50	4.50	7.50	50	50	1.51
خراسان جنوبی	7.36	9.39	5.45	49	4.54	6.55
خراسان رضوی	3.53	4.54	9.54	8.55	1.56	1.58
خراسان شمالی	1.51	3.50	5.52	9.53	51	8.52
خوزستان	8.55	9.54	55	3.55	4.53	9.53
زنجان	8.49	3.51	9.51	53	7.54	56
سمنان	4.55	6.55	7.55	3.56	7.55	6.56
سیستان و بلوچستان	5.7	8.8	9.10	1.12	5.12	7.15
فارس	4.49	7.49	52	3.52	52	1.54
قزوین	2.47	2.49	7.49	6.54	9.54	56
قم	3.53	9.53	1.54	3.54	2.54	6.55
کردستان	5.53	54	9.52	5.54	6.53	5.54
کرمان	5.38	8.38	6.40	3.41	8.41	3.42
کرمانشاه	8.42	1.44	2.44	7.46	4.47	48
کهگیلویه و بویر احمد	1.46	2.47	6.48	7.48	3.50	8.51
گلستان	1.53	3.53	4.53	54	5.54	2.54
گیلان	2.55	4.55	7.56	7.56	57	9.57
لرستان	2.49	4.49	2.48	47	5.47	9.47
مازندران	6.52	54	6.54	7.55	6.56	4.58
مرکزی	9.54	3.55	5.55	3.56	4.56	3.58
هرمزگان	1.19	7.19	8.19	9.20	2.20	8.21
همدان	6.53	6.54	6.54	2.55	5.55	57
یزد	7.53	6.54	9.54	7.55	8.55	6.56
کل کشور	2.48	9.48	6.49	5.50	7.50	52

جدول 6 نمرات استاندارد T شاخص اقتصادی طی سال های 1393 تا 1398 را به تفکیک استان نشان می دهد. برای قابل فهم شدن جدول از چهار دسته بندی و رنگ بندی استفاده شده است که استان های پایین تر از میانگین کل جدول با رنگ مشکی نمایش داده شده و استان های بالاتر از میانگین با رنگ سبز به نمایش درآمده اند. علاوه بر این، ده نمره پایین جدول

با رنگ قهوه‌ای نشان داده شده که در شاخص اقتصادی دو استان سیستان و بلوچستان و هرمزگان طی دوره مطالعه‌شده دارای بدترین وضعیت اقتصادی بوده‌اند. این در حالی است که استان تهران در طی این دوره بهترین وضعیت اقتصادی را در بین استان‌های دیگر داشته است. علاوه بر استان تهران، استان‌های آذربایجان شرقی، اصفهان، خراسان رضوی، گیلان، مازندران و مرکزی شرایط خوبی را در شاخص اقتصادی دارند.

نقشه 3. خوشه‌بندی شاخص اقتصادی استان‌های ایران طی سال‌های 1393 تا 1398



جدول 7. میانگین نمرات T شاخص اقتصادی در خوشه‌های سه‌گانه طی سال‌های 1393 تا 1398

سال	میانگین نمرات T		
	خوشه سه	خوشه دو	خوشه یک
1393	2.87	53	2.45
1394	1.86	8.52	5.45
1395	1.85	6.51	45
1396	3.84	5.50	8.44
1397	2.84	5.50	5.45
1398	82	3.50	5.45

استان‌های کشور بر حسب شاخص اقتصادی به سه دسته تقسیم شده‌اند که در نقشه شماره 3 آمده است. در این نقشه عمدتاً استان‌های جنوب شرقی کشور شامل سیستان و بلوچستان، هرمزگان، کرمان، خراسان جنوبی، و خراسان شمالی در خوشه اول قرار دارند. میانگین نمره شاخص اقتصادی در این استان‌ها بر اساس جدول 7 در سال 1393، 2.45 بوده که در سال 1398 به 5.45 افزایش یافته است. استان‌های البرز، قزوین، اردبیل، آذربایجان غربی، کردستان، کرمانشاه، لرستان، ایلام، بوشهر، چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویراحمد با میانگین 53 در سال 1393 و 3.50 در سال 1398 در خوشه دوم قرار دارند که نشان‌دهنده وضعیت اقتصادی متوسطی است. 15 استان دیگر با میانگین 2.87 در سال 1393 و 82 در سال 1398 در خوشه سوم قرار دارند که به لحاظ شاخص اقتصادی دارای وضعیت بهتری نسبت به سایر استان‌ها هستند.

نقشه 4. خوشه‌بندی شاخص اقتصادی استان‌های ایران در سال 1398



جدول 8. میانگین نمرات T شاخص اقتصادی در خوشه‌های سه‌گانه در سال 1398

سال	میانگین نمرات T		
	خوشه سه	خوشه دو	خوشه یک
1398	2.63	7.48	7.44

استان‌های کشور بر حسب شاخص اقتصادی و به طور خاص برای سال 1398 به سه دسته تقسیم شده‌اند که در نقشه شماره 4 آمده است. در این نقشه استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، کرمان، بوشهر، لرستان و کرمانشاه با قرار گرفتن در خوشه یک بدترین وضعیت شاخص اقتصادی را نشان دادند. میانگین نمره شاخص اقتصادی در این استان‌ها در سال 1398 بر اساس جدول 8، 7.44 بوده است. استان‌های فارس، کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال و بختیاری، خوزستان، ایلام، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، گلستان، کردستان، آذربایجان غربی، اردبیل و البرز نیز با میانگین 7.48 در خوشه دو قرار دارند که نشان‌دهنده وضعیت اقتصادی متوسطی است. سایر استان‌ها نیز با میانگین 2.63 در خوشه سه با بالاترین میزان شاخص اقتصادی قرار می‌گیرند.

همانطور که در جدول 9 قابل مشاهده است، مولفه «دریافت حمایت‌های اجتماعی» رابطه معکوسی با شیوع بیماری‌های روانی دارد. در نتیجه، مقدار همبستگی 0/418- از لحاظ آماری تایید می‌کند که هرچه میزان حمایت‌های اجتماعی در ایران تقویت شود، میزان بیماری‌های روانی نیز کاهش می‌یابد.

جدول 9. آزمون همبستگی بین مولفه «دریافت حمایت‌های اجتماعی» با شیوع بیماری‌های روانی

شیوع بیماری‌های روانی		
دریافت حمایت‌های اجتماعی	همبستگی	-418.0
	سطح معناداری	000.0

همانطور که در جدول 10 قابل مشاهده است، مولفه «داشتن پیوندهای اجتماعی» رابطه معکوسی با شیوع بیماری‌های روانی دارد. در نتیجه، مقدار همبستگی 0/438- از لحاظ آماری تایید می‌کند که هرچه میزان پیوندهای اجتماعی در ایران تقویت شود، میزان بیماری‌های روانی نیز کاهش می‌یابد.

جدول 10. آزمون همبستگی بین مولفه «داشتن پیوندهای اجتماعی» با شیوع بیماری‌های روانی

شیوع بیماری‌های روانی		
داشتن پیوندهای اجتماعی	همبستگی	-438.0
	سطح معناداری	000.0

همانطور که در جدول 11 قابل مشاهده است، مولفه «توانمندی اقتصادی» رابطه معکوسی با شیوع بیماری‌های روانی دارد. در نتیجه، مقدار همبستگی 0/263- از لحاظ آماری تایید می‌کند که هرچه میزان توانمندی اقتصادی در ایران تقویت شود، میزان بیماری‌های روانی کاهش می‌یابد.

جدول 11. آزمون همبستگی بین مولفه «توانمندی اقتصادی» با شیوع بیماری‌های روانی

شیوع بیماری‌های روانی		
توانمندی اقتصادی	همبستگی	-263.0
	سطح معناداری	000.0

همانطور که در جدول 12 قابل مشاهده است، مولفه «دسترسی به رفاه عمومی» رابطه نسبتاً خوب و معکوسی با شیوع بیماری‌های روانی دارد. در نتیجه، مقدار همبستگی 0/380- از لحاظ آماری تایید می‌کند که هرچه میزان دسترسی به رفاه عمومی در ایران تقویت شود، میزان بیماری‌های روانی کاهش می‌یابد.

جدول 12. آزمون همبستگی بین مولفه «دسترسی به رفاه عمومی» با شیوع بیماری‌های روانی

شیوع بیماری‌های روانی		
دسترسی به رفاه عمومی	همبستگی	-380.0
	سطح معناداری	000.0

در این مرحله با استفاده از روش‌های آماری مناسب، به ویژه نمره Z استاندارد و روش معمولی ترکیب مولفه‌ها، شاخص‌های مورد نظر استخراج شد که با استفاده از آزمون همبستگی ارتباط آنها با شیوع بیماری‌های روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول 13. آزمون همبستگی بین شاخص اجتماعی با شیوع بیماری‌های روانی

شیوع بیماری‌های روانی		شاخص اجتماعی
همبستگی	سطح معناداری	
-475.0	000.0	

همانطور که در جدول 13 قابل مشاهده است، شاخص اجتماعی که از ترکیب مولفه‌های «دریافت حمایت‌های اجتماعی» و «داشتن پیوندهای اجتماعی» به دست آمده، رابطه خوب و معکوسی با شیوع بیماری‌های روانی دارد. در نتیجه، مقدار همبستگی 0/475- از لحاظ آماری تایید می‌کند که هرچه میزان شاخص اجتماعی در ایران تقویت شود، میزان بیماری‌های روانی کاهش می‌یابد.

جدول 14. آزمون همبستگی بین شاخص اقتصادی با شیوع بیماری‌های روانی

شیوع بیماری‌های روانی		شاخص اقتصادی
همبستگی	سطح معناداری	
-370.0	000.0	

همانطور که در جدول 14 قابل مشاهده است، شاخص اقتصادی که از ترکیب مولفه‌های «توانمندی اقتصادی» و «دسترسی به رفاه عمومی» به دست آمده، رابطه نسبتاً خوب و معکوسی با شیوع بیماری‌های روانی دارد. در نتیجه، مقدار همبستگی 0/370- از لحاظ آماری تایید می‌کند که هرچه میزان شاخص اقتصادی در ایران تقویت شود، میزان بیماری‌های روانی کاهش می‌یابد.

تبیین مدل رگرسیونی مولفه‌ها و شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی

جدول 15 آزمون معناداری مدل تحقیق بر اساس مولفه‌های چهارگانه

مدل تبیینی	R	R Square	R Square تعدیل شده
1	0.690	0.476	0.446

جدول 16. رگرسیون و ارتباط مولفه‌های چهارگانه مدل تحقیق با شیوع بیماری‌های روانی در ایران

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	T	سطح معناداری
مقدار ثابت	271.817	2.672	--	101.581	0.000
دریافت حمایت‌های اجتماعی	-2.368	0.870	-0.222	-2.720	0.007
داشتن پیوندهای اجتماعی	-4.014	0.928	-0.348	-4.328	0.000
توانمندی اقتصادی	-2.181	0.485	-0.345	-4.493	0.000
دسترسی به رفاه عمومی	-0.071	0.035	-0.170	-2.028	0.044

در انتها مولفه‌های چهارگانه در مدل تحقیق قرار داده شدند که در جداول 15 و 16 نمایش داده شده است. با توجه به R دو مدل، می‌توان عنوان نمود که مدل تحقیق بیش از 47 درصد تغییرات شیوع بیماری‌های روانی در سطح استان‌های کشور را تبیین می‌کند. بتاهای به‌دست‌آمده از مدل تحقیق نشان می‌دهد که به ترتیب مولفه‌های «داشتن پیوندهای اجتماعی»، «توانمندی اقتصادی»، «دریافت حمایت‌های اجتماعی»، و «دسترسی به رفاه عمومی» بیشترین تاثیر معنادار را بر شیوع بیماری‌های روانی در ایران داشته اند.

جدول 17. آزمون معناداری مدل تحقیق بر اساس شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی

مدل تبیینی	R	R Square	R Square تعدیل شده
1	0.537	0.289	0.273

جدول 18. رگرسیون و ارتباط شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی با شیوع بیماری‌های روانی در ایران

شاخص‌های پیش‌بین	B	SE	Beta	T	سطح معناداری
مقدار ثابت	271.817	3.066	--	88.668	0.000
اجتماعی	-1.703	0.281	-0.413	-6.067	0.000
اقتصادی	-0.088	0.029	-0.204	-2.992	0.001

مدل تبیینی تحقیق بر اساس شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی در جداول 17 و 18 آمده است که نشان می‌دهد مدل می‌تواند در حدود 29 درصد از تغییرات شیوع بیماری‌های روانی را تبیین کند. شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی ارتباط معناداری را با شیوع بیماری‌های روانی نشان داده‌اند که تاثیرگذاری شاخص اجتماعی بیشتر و قوی‌تر است. شاخص اجتماعی با بتای -413.0 ارتباط معناداری با بیماری‌های روانی دارد که در سطح کمتر از 0.01 معنادار است. بدین ترتیب، با افزایش شاخص اجتماعی در کشور میزان بیماری‌های روانی کاهش می‌یابد. ارتباط شاخص اقتصادی نیز معکوس است، بدین معنی که با افزایش سطح اقتصادی کشور میزان شیوع بیماری‌های روانی در جامعه کاهش خواهد یافت. تبیین تغییرات بیشتر در این زمینه به سایر حوزه‌ها از جمله وضعیت فرهنگی، سیاسی و ... بازمی‌گردد.

لازم به ذکر است که تفاوت میزان تبیین به‌دست‌آمده بین مدل رگرسیونی مولفه‌ها و مدل رگرسیونی شاخص‌ها از آن‌جا ناشی می‌شود که بر اساس منطق ریاضی و فرمول محاسباتی رگرسیون، میزان تأثیرات هر متغیر مستقل در مدل‌های رگرسیونی با هم جمع می‌شود. با استناد به منطق ریاضی این برآورد، می‌توان انتظار داشت که تعداد متغیرهای مستقل مدل، بر روی میزان R دو مدل رگرسیونی تأثیرگذار باشد. به عبارت دیگر، با افزودن یک متغیر مستقل به مدل رگرسیونی (حتی اگر ارتباط متغیر با متغیر وابسته اندک باشد) مقدار R دو افزایش می‌یابد. به همین علت میزان تبیین به‌دست‌آمده در مدل رگرسیونی مولفه‌ها (که 4 متغیر مستقل دارد) بالاتر از مدل رگرسیونی شاخص‌ها (با 2 متغیر مستقل) می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت روان از طریق ایجاد چشم‌اندازی نظری در تبیین ساختاری این دسته از بیماری‌ها از منظر جامعه‌شناسی پزشکی پرداخت. پژوهش حاضر با تصریح فرایند تأثیرگذاری ساختارهای اجتماعی و اقتصادی در شیوع بیماری روانی، نشان داد که چگونه موقعیت پایگاهی افراد و میزان قدرت در اختیارشان می‌تواند آن‌ها را در ایفای صحیح نقش‌های اجتماعی ناکام گذارد و رفتارهای انحرافی، نابهنجار و بیمارگونه‌شان را موجب شود. این موضوع به واسطه بررسی رابطه چهار مولفه اجتماعی و اقتصادی با شیوع بیماری‌های روانی مورد مطالعه قرار گرفت.

نتایج تحقیق نشان داد که بین «دریافت حمایت‌های اجتماعی» و شیوع بیماری‌های روانی رابطه وجود دارد. افراد به واسطه روابط اجتماعی و نوع پیوندهای خود از منابع حمایتی برای برطرف کردن نیازهایشان بهره می‌برند، به طوری که هر اندازه روابط اجتماعی آنها گسترده‌تر باشد، میزان دسترسی‌شان به منابع حمایتی هم بیشتر می‌شود که این منابع به مثابه چتر دفاعی در برابر عوامل استرس‌زای زندگی عمل می‌کند. حمایت اجتماعی با ایجاد حس خودارزشمندی در افراد و همچنین اطمینان از وجود کمک‌های اطرافیان به ویژه در مواقع بحرانی احتمال ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی را کاهش می‌دهد. همان‌گونه که ترنر و براون (2010: 203) نیز گفته‌اند، حجم وسیعی از مطالعات از رابطه نیرومند بین سنجه‌های سلامت روان با میزان حمایت اجتماعی حکایت می‌کنند. برای نمونه، تامپسون و همکاران (2002) و لاندمن پیتز و همکاران (2005) به نقش حمایت اجتماعی و عاطفی، و لی و همکاران (2004) و سیلورا و آلبک (2001) به تأثیر شبکه‌های خویشاوندی و خانوادگی در رفع مشکلاتی چون بیماری روانی پرداخته‌اند. همچنین این یافته با نتایج پژوهش توکل و مقصودی (1390) و لهسایی‌زاده و مرادی (1386) همخوانی دارد.

از میان گروه‌ها و افراد مختلف، دریافت حمایت از خانواده و اعضای آن اهمیت و ضرورت بیشتری در سلامت روان دارد. افراد در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات زندگی می‌توانند بر روی حمایت‌های خانواده خود به عنوان مطمئن‌ترین و امن‌ترین نزدیکان خود تکیه و از تنش‌ها و فشارهای اجتماعی، اقتصادی و ... با سلامت گذر کنند. تحقیقات گوناگونی این مسئله را مورد تأیید قرار داده‌اند (ایریس و چو، 2001؛ ریاحی و همکاران، 1389؛ محسنی تبریزی و راضی، 1386). همچنین صاحب‌نظران تأکید کردند که علاوه بر حمایت غیررسمی از سوی خانواده و ...، حمایت‌های رسمی به‌ویژه در بحران‌ها و بلایای طبیعی بسیار ضروری و تأثیرگذار است. برخلاف حمایت غیررسمی که در جامعه ایرانی بسیار پررنگ است، حمایت‌های رسمی وضعیت نامناسبی دارد که شهروندان را از نظر روانی دچار اختلال می‌کند.

«داشتن پیوندهای اجتماعی» نیز به عنوان یکی دیگر از مولفه‌های اجتماعی این تحقیق با بیماری‌های روانی ارتباط معناداری را نشان داد. پیوندها و شبکه‌های اجتماعی به صورت حائلی در مقابل فشارهای درونی عمل می‌کنند؛ این پیوندها امکان دریافت حمایت‌های عاطفی، برقراری دوستی‌ها و همچنین فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنی‌دار را در قالب سرمایه اجتماعی فراهم می‌کنند و بدین ترتیب عزت نفس افراد و بالطبع توان مقابله آنها با مشکلات و مسائل زندگی را افزایش می‌دهند و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شوند. افراد در روابط و پیوندهای اجتماعی است که به

مجموعه‌ای از هویت‌ها می‌رسند و به خودارزیابی مثبت دست می‌یابند. مشارکت افراد در جامعه و برقراری پیوندهای اجتماعی به زندگی آنها معنا و هدف می‌بخشد و اضطراب و یأس عمیق را در بین آنها کاهش می‌دهد. اهمیت پیوندهای اجتماعی در سلامت روان تا حدی است که می‌توان گفت شبکه‌های اجتماعی کوچکتر، روابط خویشاوندی کمرنگ‌تر، و دریافت حمایت اجتماعی اندک شیوع بیشتر بیماری‌های روانی در جامعه را به دنبال دارد. این یافته با نتایج تحقیقات بسیاری از جمله وارن فایندلوا^۱ و همکاران (2011)، کاواچی (2001)، کارولین (2000)، کرنول و وایت^۲ (2009)، کیکوگنانی و همکاران (2007)، قادرزاده و درویش‌منش (1396)، چلبی و یاقوتی (1392) و قدسی (1382) همخوانی دارد. بهره‌مندی از پیوندهای قوی و برخورداری از شبکه‌های اجتماعی، قدرت فرد را در زندگی روزمره، تعاملات اجتماعی و همچنین کنار آمدن با مسائل و مصائب زندگی افزایش می‌دهد، به طوری که می‌تواند برای غلبه بر این مسائل از همین پیوندهای اجتماعی بهره بگیرد.

بنابراین، در رابطه با نقش مولفه‌های اجتماعی حمایت و پیوند می‌توان گفت که عدم مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، مانع جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌شود. در این صورت فرد نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود و احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل‌دهنده اجتماع. بنابراین نگرش مثبت خود نسبت به اجتماع و حتی افراد جامعه و بالطبع کارآیی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نمی‌تواند نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه داشته باشد و در نهایت سلامت روانی و اجتماعی فرد کاهش می‌یابد. بنابراین، سرمایه حمایتی و پیوندی فرد در اجتماع عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. دورکیم نیز در نظریه خود به این موضوع توجه داشته، به طوری که از دیدگاه او، در حالت قطع یا ضعف رابطه با جامعه، فرد تحت حمایت قرار نمی‌گیرد و هیچ کنترلی بر او اعمال نمی‌شود. انزوای اخلاقی و عدم دریافت حمایت نیز ناامیدی، بی‌هدفی، احساس بی‌معنایی، نداشتن احساس ارزشمندی، و افسردگی را به همراه دارد.

در این پژوهش مشخص شد که بین «توانمندی اقتصادی» و شیوع بیماری روانی رابطه وجود دارد. در تحقیقات بسیاری مشخص شده که پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین به طور مداوم با کاهش سلامت روانی در ارتباط است (پاتل و همکاران، 2010؛ پاری^۳، 1987، قادرزاده و درویش‌منش، 1396؛ مهرگان و همکاران؛ 1395). عدم توانمندی اقتصادی و ناکامی اعضای جامعه در رفع نیازهای مادی خود و خانواده‌شان موجب فشارهای زیادی می‌شود که تداوم و تراکم آن می‌تواند سلامت روان افراد را تحت‌الشعاع قرار دهد. همچنین، داشتن پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین سبب می‌شود که افراد درگیر رفع نیازهای زیستی خود باشند و فرصت لازم برای توجه به نیازهای سطح بالاتر (چه فردی و چه جمعی) را نداشته باشند که این مسئله به ارتقای سطوح سلامت لطمه می‌زند.

¹. Warren-findlow

². Cornwell and waite

³. parry

مهمترین مولفه تأثیرگذار اقتصادی که توان اعضای جامعه در رفع نیازهای روزمره‌شان به آن بستگی دارد، مسئله شغل و بیکاری است که تأثیر به‌سزایی در سلامت و بیماری روان اعضای جامعه دارد. موضوع شغل و درآمد ناشی از آن به‌ویژه در جامعه ایران یکی از منابع فشارهای وارده بر افراد است که طبق گفته صاحب‌نظران عامل قوی شیوع بیماری‌های روانی به ویژه اختلالات اضطرابی در سال‌های اخیر بوده است. اهمیت داشتن شغل و درآمد از این جهت است که افراد را به این اطمینان می‌رساند که از پس زندگی و تأمین مایحتاج ضروری آن برمی‌آیند و می‌توانند نیاز خود را در ابعاد مختلفی از جمله مسکن، بهداشت و درمان و ... تأمین نمایند. اهمیت مقوله امنیت شغلی و نقش آن در سلامت و بیماری روانی نیز از همین زاویه قابل بررسی است. تحقیقات متعددی اهمیت این موضوع را خاطرنشان کرده‌اند (نپ و ایمی، 2014؛ مارکوس، 2013؛ میکانن و رافائل، 2010؛ تف، 2011؛ محسنی چراغلو، 2013).

«دسترسی به رفاه عمومی» نیز به عنوان دیگر متغیر اقتصادی تأثیرگذار بر بیماری روانی رابطه معنی‌داری را نشان داد که همراستا با نتایج تحقیقات آلبو و همکاران (2014) و آندریا و همکاران (2013) می‌باشد. دسترسی به رفاه عمومی منجر به زندگی همراه با آرامش و آسودگی خاطر می‌شود و توان اعضای جامعه را در راستای ایفای نقش‌های فعال اجتماعی و نیل به اهدافشان در زندگی به همراه می‌آورد. در مقابل، عدم دسترسی افراد به رفاه عمومی و خدمات و امکانات لازم، ناتوانی آنها در پیشبرد اهداف خود، رقابت نابرابر با سایرین، و در نهایت ناامیدی و سرخوردگی آنها را به همراه خواهد داشت. علاوه بر این، عدم دسترسی به خدمات و امکانات عمومی، جستجوی کمک و مراقبت پزشکی را با موانعی مواجه می‌کند و کاهش دسترسی به خدمات پزشکی درمان را در پی دارد. به دلیل شرایط اقتصادی، این افراد قادر به پرداخت هزینه‌های درمانی خود نیستند و در نتیجه نه تنها بیماری آنها بهبود نمی‌یابد بلکه تشدید هم می‌شود. تمام این عوامل باعث ایجاد چرخه منفی بین فقر و بیماری روانی می‌شود. تحقیقات انجام‌شده تأثیرپذیری دسترسی به خدمات روان‌شناختی از شرایط اقتصادی را تأیید می‌کنند (سازمان جهانی بهداشت، 2007؛ آدامز، 2003).

بنابراین، در رابطه با متغیرهای اقتصادی تحقیق می‌توان گفت که این طبقه اجتماعی و پایگاه اقتصادی افراد و شرایط زندگی آنهاست که ابتلای‌شان به بیماری روانی را موجب می‌شود. به عبارت دیگر، اگرچه همه اعضای جامعه به نوعی با فشارهای روانی مواجهند ولی این فشارها در طبقات مختلف اجتماعی به نسبت‌های مختلفی روی می‌دهد. همچنین، همه افراد جهت مقابله با فشارهای روانی به منابع یکسانی دسترسی ندارند و توزیع منابع و امکانات مقابله‌ای نیز عمدتاً با توجه به طبقات اجتماعی‌ای که اشخاص به آن‌ها تعلق دارند، تعیین می‌شود. بنابراین، برخی افراد به دلیل موقعیت و جایگاه اجتماعی خود در معرض فشارهای روانی بیشتر و شدیدتری قرار می‌گیرند و از سوی دیگر به دلیل همین شرایط، از بسیاری از شیوه‌های مقابله با این فشارها محروم هستند. پژوهش‌های بسیاری این موضوع را تایید کرده‌اند که تعلق به طبقات پایین اجتماعی و استرس‌های ناشی از فقر و درآمد پایین، زمینه را برای بروز اختلالات روانی مانند اختلالات افسردگی و اضطراب مهیا می‌کند (مانتانر ۱ و همکاران، 2004؛ ساراکنو ۲ و همکاران، 2005؛ ریاحی و همکاران، 1389).

¹. Muntaner

². Saraceno

نکته بسیار مهم این جاست که با توجه به تأثیر و تأثر سرمایه‌های گوناگون از یکدیگر، افراد متعلق به طبقات بالاتر اجتماعی به علت برخورداری از منابع و سرمایه‌های ارزشمند و کمیابی نظیر قدرت، ثروت و احترام، احتمالاً بیشتر از هم‌تایان خود در طبقات پایین‌تر از سرمایه اجتماعی بهره‌مند می‌گردند. این دسته از افراد بیشتر در شبکه‌های اجتماعی عضویت دارند و بالطبع بیشتر مورد حمایت قرار می‌گیرند. به عبارت دیگر، برخورداری از سرمایه اقتصادی (توانمندی اقتصادی و رفاه عمومی)، می‌تواند بهره‌مندی از سرمایه اجتماعی (حمایت‌ها و پیوندهای اجتماعی) را تسهیل و تقویت کند و به طور مضاعف از ابتلا به بیماری روانی جلوگیری به عمل آورد. در مقابل، افراد و خانواده‌های بی‌بهره از توان اقتصادی امکان بیشتری دارد تا از حمایت‌ها و پیوندهای اجتماعی کمتری بهره ببرند و همین موضوع به ویژه در مواقع بحرانی و برهه‌های حساس زندگی می‌تواند سلامت روان آنها را با چالش مواجه سازد.

علی‌رغم اهمیت توانمندی اقتصادی در کاهش احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی، نکته حائز اهمیت این است که توانمندی اقتصادی اگر با حمایت اجتماعی همراه نباشد، تأثیرات به‌مراتب کمتری خواهد داشت و چه بسا خود این شرایط زمینه‌ساز بیماری روانی گردد. در تحقیقات انجام‌شده مشخص شده که اثر مثبت رشد درآمدی می‌تواند به وسیله کاهش سرمایه اجتماعی خنثی شود (بارتولینی و همکاران، 2008؛ هلی‌ول، 2001، 2002، 2006)، موضوعی که تحت عنوان پاسخ به «پارادوکس ایسترلین» از آن یاد می‌شود؛ اینکه افراد ثروتمند از افراد فقیر شادتر هستند، اما به مرور زمان با افزایش ثروت شادی ثابت باقی می‌ماند. بنابراین، افزایش توانمندی اقتصادی افراد و دسترسی آنها به رفاه عمومی زمانی باعث افزایش شادی می‌شود که موجب تضعیف پیوندها و شبکه‌های اجتماعی حمایتی نشود.

در مجموع، این پژوهش نشان داد که شیوع بیماری‌های روانی در بین افراد از شرایط اجتماعی و اقتصادی جامعه نشأت می‌گیرد. افراد بسته به جایگاه خود در ساختارهای اجتماعی و اقتصادی، از توانایی‌های لازم برخوردار می‌شوند و بدین ترتیب از پس‌ایفای صحیح و مورد انتظار نقش‌های خود و بالطبع داشتن زندگی سالم و بهنجار برمی‌آیند. این ساختارهای اجتماعی هستند که به دلیل ضعف عملکرد و کژکارکردی خود امکانات لازم که همان قدرت کافی برای ایفای نقش می‌باشد را در اختیار اعضای جامعه قرار نمی‌دهند و انحراف آنها از هنجارهای مقرر جامعه را موجب می‌شوند که یکی از اشکال آن بیماری روانی است. این موضوع در نظریه فشار ساختاری مرتون نیز مورد تأکید قرار دارد که بر اساس آن شرایط ساختاری جامعه امکان لازم برای دستیابی اعضای جامعه به اهدافشان را فراهم نمی‌کند. به عبارت دقیق‌تر، فشارهای ساختاری قدرت‌ایفای صحیح نقش را از افراد می‌گیرد و آنها را به سمت رفتارهای انحرافی از جمله بیماری روانی سوق می‌دهد. بدین ترتیب، این تحقیق مشخص نمود که ساختارهای اجتماعی مناسب و با عملکرد صحیح سلامت اعضای جامعه به لحاظ روانی را به همراه دارد. بنابراین، وضعیت صحیح عملکردی و کارکردی ساختارهای اجتماعی که توانمندی اعضای جامعه و بالطبع ایفای نقش‌های اجتماعی و دستیابی به اهداف زندگی را به همراه دارد، لازمه و پیش‌نیاز سلامت روان افراد و پیشگیری از شیوع بیماری‌های روانی در بین آنها خواهد بود.

منابع:

- برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور (1394-1390) مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- بیکر، ترزال (1388). چگونگی انجام تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ ناییبی، تهران: نشر نی.
- پیمایش رصد آسیب‌های اجتماعی (1398). سازمان بهزیستی کشور، منتشر نشده.
- پیمایش ملی سلامت روان (1390-1389). معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- تاسیگ، مارک؛ میکلو، جانت و سوبدی، سری (1386). جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی، ترجمه احمد عبداللهی، تهران: سمت.
- توکل، محمد و فراهانی، هادی (1396). بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی در سایگون و مقایسه آن با اراک، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره نهم، شماره 1: 253-273.
- توکل، محمد و مقصودی، سوده (1390). سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و تعاملی، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره 42: 173-202.
- چلبی، مسعود (1383). چارچوب مفهومی پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، تهران: انتشارات دفتر طرح‌های ملی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- چلبی، مسعود و یاقوتی، هدا (1392). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر افسردگی: بررسی تطبیقی میزان افسردگی و عوامل اجتماعی موثر بر آن در استان گیلان و تهران، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره چهارم، شماره 2: 187-207.
- خاقانی‌زاده، مرتضی و سیرتی، مسعود (1383). تاثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی در تشدید علائم روانپزشکی جانبازان اعصاب و روان، طب نظامی، شماره 6: 33-37.
- ریاحی، محمداسماعیل؛ علی‌وردی‌نیا، اکبر و پورحسین، سیده زینب (1389). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره 39: 85-121.
- سیدان، فریبا (1383). چندگانه‌گی پایگاه اجتماعی - اقتصادی زنان و بیماری‌های روانی، مطالعه زنان، سال دوم، شماره 6: 31-59.
- فاضلی، محمد؛ جنادله، علی و طالبیان، امیر (1392). پارادوکس ایسترلین در سلامت روان: مطالعه تاثیر رفاه مادی و سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی، سال چهارم، شماره 1: 187-212.
- قادرزاده، امید و درویش‌منش، میدیا (1396). مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی، مسائل اجتماعی ایران، سال هشتم، شماره 1: 49-72.
- قدسی، علی محمد (1382). بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

- عریضی، فروغ؛ ربانی، رسول و فرهمند، مهناز (1383). بررسی عوامل اجتماعی اختلال روانی افسردگی در شهر اصفهان (سال 1381)، فرهنگ اصفهان، شماره 27 و 28: 100-106.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و مرادی، گل‌مراد (1386). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، رفاه اجتماعی، دوره هفتم، شماره 26: 161-180.
- مهرگان، نادر؛ قاسمی‌فر، ثمینه؛ سهرابی‌وفا، حسین و رشید، خسرو (1395). تاثیر شرایط اقتصادی و اجتماعی بر سلامت روانی در استان‌های ایران (1378-1391)، فصلنامه مجلس و راهبرد، سال بیست و سوم، شماره 85: 85-106.
- محسنی تبریزی، علیرضا و راضی، اشرف (1386). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران، مطالعات جوانان، دوره دوم، شماره 10: 83-95.
- محسنی تبریزی، علیرضا و سیدان، فریبا (1383). منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان، پژوهش زنان، دوره دوم، شماره 2: 89-102.
- مردندی، سید علیرضا (1385). عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری، کمیته رایانه‌ای طب و بهداشت.
- مهرگان، نادر؛ قاسمی‌فر، ثمینه؛ سهرابی‌وفا، حسین و رشید، خسرو (1395). تاثیر شرایط اقتصادی و اجتماعی بر سلامت روانی در استان‌های ایران (1378-1391)، فصلنامه مجلس و راهبرد، سال بیست و سوم، شماره 85: 85-106.
- نوربالا، احمدعلی (1399). پیمایش ملی سلامت روان، زیر چاپ.
- Abdi, F., Rahnemaei, F. A., Shojaei, P., Afshani, F. & Mahmoodi, Z. (2021). Social determinants of mental health of women living in slum: a systematic review, *General Gynecology*, 64(2): 143-155.
- Adams, P. M. D. (2003). Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status, *Journal of Econometrics*, 112: 3-56.
- Albo, C., Uphoff, E. P., Stafford, M., Ballas, D., Wilkinson, R. G. & Pickett, K. E. (2014). The Effects of Socioeconomic Incongruity in the Neighbourhood on Social Support, Self-Esteem and Mental Health in England. *Social Science & Medicine*, 111: 1-9.
- Andreea, P. V., Ioana, E. I. & Wim, O. (2013). Inequality, Wealth and Health: Is Decreasing Income Inequality the Key to Create Healthier Societies?, *Soc Indic Res* 113.
- Bartolini, S., Bilancini, E. & Pugno, M. (2008). American Declines in Social Capital and Happiness: Is There Any Linkage? mimeo, University of Siena.
- Carolin, B. B. (2000). *Migration Theory: Talking Across Disciplin*, New York, Routledge.
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R. & Nosratabadi, M. (2007). Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students, *Springer Science & Business Media B.V.*, p 97-112.

- Compton, M. T. & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4): 419-425.
- Cornwell, E. & Waite, L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1): 31-48.
- Friedman, C. (2019). The Social Determinants of Health Index. *Rehabilitation psychology*, online ahead of print.
- Elchuk, D. L., McPhail, I. V. & Olver, M. E. (2021). Stigma-related stress, complex correlates of disclosure, mental health, and loneliness in minor-attracted people. *Stigma and Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sah0000317>.
- Goodkind, J., Ferrera, J., Lardier, D., Meredith Hess, J. & Neil Greene, R. (2020). A Mixed-method Study of the Effects of Post-migration Economic Stressors on the Mental Health of Recently Resettled Refugees, *Society and Mental Health*, First published: 27 Nov 2020.
- Helliwell, J. F. (2001). Social Capital, the Economy and Wellbeing, *The Review of Economic Performance: The Longest Decade: Canada in the 1990s*, Centre for the Study of Living Standards, Ottawa, Canada.
- Helliwell, J. F. (2002). How's life? Combining Individual and National Variables to Explain Subjective Well-being, *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*.
- Helliwell, J. F. (2006). Well-being, Social Capital and Public Policy: What's New?, *The Economic Journal*, 116(510): 34-45.
- Iris, C. & Chou, K. L. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong, *International journal of Aging and Human Development*, Vol 52, Issue 3.
- Kawachi, I. et al. (2001). Social Capital for Health and Human Development', *American Journal of Public Health*, Vol. 44.
- Kim, J. (2020). Does Relative Deprivation within Schools Influence Adolescent Depression?, *Society and Mental Health*, First published: 19 Sep 2020.
- Kim, S. S. & Williams, D. R. (2012). Perceived Discrimination and Self-Rated Health in South Korea: A Nationally Representative Survey, *PLoS ONE* 7(1):e30501. Doi: 10.1371/journal.pone.0030501.
- Knapp, M. & Iemmi, V. (2014). Noncommunicable Disease: The Case of Mental Health, *Macroeconomic Effect of Encyclopedia of Health Economics* 2.
- Jessop, B. (1972). *Social Order, Reform and Revolution: A Power Exchange and Institutionalisation Perspective*, New York: MacMillan.
- Landman-Peters, K. M. C. et al. (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety, *Social Sciences & Medicine*, 60: 2549-59.

- Larsson, P. (2013). The rhetoric/reality gap in social determinants of mental health. *Mental Health Review Journal*, 18(4): 182-193.
- Lee, B. et al. (2004). Alcohol Induced Stress and Social Support as Influences of the Substance Abusers Health and Well-being, PhD. Dissertation, School of Social Work, University of Pittsburgh.
- Marcus, J. (2013). The Effect of Unemployment on the Mental Health of Spouses- Evidence from Plant Closures in Germany, *Journal of Health Economics*, 32.
- Mikkonen, J. & Raphael, D. (2010). Social Determinants of Health: the Canadian Facts. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication.
- Mohseni-Cheraghloo, A. (2013). Labor Markets and Mental Wellbeing: Labor Market Conditions and Suicides in The United States (1979-2004), *The Journal of Socio-Economics* 45.
- Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R. & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol. Rev.* 26(1): 53-62.
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasami, M. T. & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184: 70-73.
- Parry, P. M. (1987). A study of the relationship between visitation and the perceived social well-being of nursing home residents, the University of Texas at Arlington.
- Patel, V., Lund, C. & Hatherill, S. (2010). Mental Disorders: Equity and Social Determinants. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization 34-115.
- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, 36(4): 651-677.
- Saraceno, B., Levav, I. & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*, 4(3): 181-185.
- Silva, M., Loureiro, A. & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence, *Eur. J. Psychiat.* vol.30 no.4 Zaragoza oct./dic.
- Silvera, E. & Allebech, P. (2001). Migration, Aging and Mental Health: An Ethnographic Study on Perceptions of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London, *International Journal of Social Welfare*, Vol. 10.
- Stroebe, w., Zech, E. & StroebeMs, A. B. (2005). Does social support Help in bereavement? *Journal of social and clinical psychology*. 24(7): 1030-1050.
- Strohschein, L. & Gauthier, A. H. (2017). Poverty Dynamics, Parenting, and Child Mental Health in Canada, *Society and Mental Health*, Vol 8, Issue 3.
- Teff, N. (2011). Insights on Unemployment, Unemployment Insurance and Mental Health, *Journal of Health Economics* 3.

- Thompson, S. et al. (2002). The Social and Cultural Context of the Mental Health of Filipinas Inqueensland, Australian and NewZeland Journal of Psychology, Vol. 36.
- Turner, R. J. & Brown, R. L. (2010). Social Support and Mental Health, In: Teresa L. Scheid, & Tony N. Brown: A Handbook for the study of mental health, NY, Cambridge University Press: 200-212.
- Warren-Findlow, J., Laditka, J., Laditka, S. & Thompson, M. (2011). Association Between social relationships and emotional well-Being in Middle-Aged and Older Africans, research on Aging, 33(6): 713-734.
- WHO. (2001). Mental health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2006). Commission on social determinants of health (Ref. WHO/ EIP/ EOH/01/2006). Geneva, Switzerland: Author.
- WHO international consortium of psychiatric epidemiology. (2007). Crossnational comparisons of mental disorders. Bulletin of Word Health Organization, 78: 413-426.
- WHO. (2008). Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2010). Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences: Social determinants of health discussion paper 1 (debates).
- WHO. (2012). Mental Health action plan 2013-2020, Publications of the World Health Organization.