

نابرابری اجتماعی و سلامت روان: بررسی نقش سرمایه اجتماعی، محرومیت اقتصادی و دسترسی به خدمات روان‌شناختی

شیوه استناددهی به این مقاله: موسوی، الهام، و یوسفی، حمید. (۱۴۰۴). نابرابری اجتماعی و سلامت روان: بررسی نقش سرمایه اجتماعی، محرومیت اقتصادی و دسترسی به خدمات روان‌شناختی. *مطالعات رفتاری و اجتماعی در سلامت روان*، ۱(۲)، ۳۸-۲۰.

© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



چکیده

هدف این پژوهش، تبیین تجربه زیسته شهروندان تهرانی از تأثیر نابرابری اجتماعی بر سلامت روان، با تمرکز بر نقش سرمایه اجتماعی، محرومیت اقتصادی و دسترسی به خدمات روان‌شناختی بود. این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از تحلیل محتوای کیفی متعارف انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۴ نفر از شهروندان ۲۳ تا ۵۸ ساله ساکن مناطق مختلف تهران بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع از نظر جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت و تجربه استفاده از خدمات روان‌شناختی انتخاب شدند. داده‌ها صرفاً از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انفرادی گردآوری شد. مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه طول کشید و پس از کسب رضایت آگاهانه ضبط و به صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شد. اشباع نظری در مصاحبه بیست‌ویکم حاصل شد و سه مصاحبه تکمیلی برای اطمینان از کفایت داده‌ها انجام گرفت. تحلیل داده‌ها به صورت استقرایی و هم‌زمان با گردآوری داده‌ها در نرم‌افزار NVivo ۱۴ انجام شد. اعتبار یافته‌ها از طریق بازبینی مشارکت‌کنندگان، مرور همتایان، ثبت مسیر تحلیل و نمونه‌گیری با حداکثر تنوع تقویت شد. تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج چهار مقوله اصلی منجر شد: «فشار اقتصادی مزمن و فرسایش امنیت روانی»، «سرمایه اجتماعی دوگانه؛ سپر حمایتی و منبع فشار»، «دسترسی طبقاتی و ناپیوسته به خدمات روان‌شناختی» و «چرخه بازتولید نابرابری و راهبردهای بقا». مشارکت‌کنندگان، بی‌ثباتی شغلی، افزایش هزینه مسکن، بدهی، نگرانی درباره آینده و ناتوانی در تأمین نیازهای اساسی را با اضطراب، اختلال خواب، احساس درماندگی و تعارض خانوادگی مرتبط می‌دانستند. حمایت خانوادگی و محلی در برخی موارد آثار فشار اقتصادی را تعدیل می‌کرد، اما فرسودگی شبکه‌های حمایتی، مقایسه اجتماعی و ترس از قضاوت، کارکرد سرمایه اجتماعی را محدود می‌ساخت. هزینه جلسات، پوشش ناکافی بیمه، پراکندگی جغرافیایی خدمات، انگ اجتماعی و بی‌اعتمادی به کیفیت خدمات از مهم‌ترین موانع مراجعه بودند. یافته‌ها نشان داد که نابرابری در سلامت روان صرفاً حاصل تفاوت‌های فردی نیست، بلکه در تعامل میان ناامنی اقتصادی، کیفیت روابط اجتماعی و ساختار نابرابر خدمات شکل می‌گیرد. محرومیت اقتصادی هم احتمال تجربه آشفتگی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد و هم توانایی فرد برای دریافت مراقبت مستمر را کاهش می‌دهد. سرمایه اجتماعی هنگامی نقش محافظتی دارد که بر اعتماد، حمایت متقابل و دسترسی به منابع واقعی استوار باشد. کاهش نابرابری سلامت روان مستلزم سیاست‌های بین‌بخشی شامل حمایت اقتصادی، تقویت خدمات محله‌محور، توسعه پوشش بیمه‌ای و کاهش انگ مراجعه به روان‌شناس است.

واژگان کلیدی: نابرابری اجتماعی، سلامت روان، سرمایه اجتماعی، محرومیت اقتصادی، خدمات روان‌شناختی، پژوهش کیفی، تهران

مشخصات نویسندگان

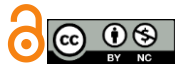
۱. الهام موسوی: گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. حمید یوسفی*: گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیک نویسنده مسئول: hamid.yousefi.edu@gmail.com

Social Inequality and Mental Health: Exploring the Roles of Social Capital, Economic Deprivation, and Access to Psychological Services

How to cite this article: Mousavi, E. & Yousefi, H. (2025). Social Inequality and Mental Health: Exploring the Roles of Social Capital, Economic Deprivation, and Access to Psychological Services. *Behavioral and Social Studies in Mental Health*, 1(2), 20-38.



© 2025 the authors.

Abstract

This study aimed to explain Tehran residents' lived experiences of the effects of social inequality on mental health, focusing on social capital, economic deprivation, and access to psychological services. This qualitative study was conducted using conventional qualitative content analysis. The proposed sample consisted of 24 Tehran residents aged 23–58 years who were recruited through purposive maximum-variation sampling based on gender, age, educational attainment, employment status, residential area, socioeconomic circumstances, and experience of using psychological services. Data were collected exclusively through individual semi-structured interviews. Interviews lasted approximately 45–75 minutes and were audio-recorded and transcribed verbatim after obtaining informed consent. Theoretical saturation was reached after the twenty-first interview, followed by three additional interviews to confirm data adequacy. Data collection and analysis were conducted concurrently. An inductive coding process was managed using NVivo 14. Credibility and trustworthiness were enhanced through participant checking, peer review of codes and categories, maintenance of an audit trail, maximum-variation sampling, and reflexive documentation. Four main categories were identified: “chronic economic pressure and erosion of psychological security,” “the dual nature of social capital: protective resource and source of pressure,” “class-based and discontinuous access to psychological services,” and “the reproduction cycle of inequality and survival strategies.” Participants associated job insecurity, rising housing expenses, indebtedness, uncertainty about the future, and difficulty meeting basic needs with anxiety, sleep disturbance, helplessness, irritability, and family conflict. Family, friendship, and neighborhood support sometimes buffered the effects of economic hardship. Nevertheless, exhausted support networks, social comparison, shame, and fear of judgment weakened this protective function. The cost of treatment, inadequate insurance coverage, geographical concentration of services, inconvenient appointment times, stigma, and distrust of service quality were described as major barriers to professional help-seeking. Mental-health inequalities were experienced as outcomes of interacting economic, relational, cultural, and service-system conditions rather than isolated individual vulnerabilities. Economic deprivation simultaneously increased exposure to psychological distress and reduced the ability to obtain timely and continuous care. Social capital was protective when it provided dependable emotional, informational, and material resources, but could become ineffective or stressful in unequal and depleted communities. Reducing mental-health inequalities therefore requires intersectoral policies that combine socioeconomic protection, affordable insurance coverage, community-based psychological services, culturally responsive care, and systematic stigma reduction.

Keywords: Social inequality, mental health, social capital, economic deprivation, psychological services, qualitative research, Tehran

Authors' Information

1. Elham Mousavi: Department of Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. Hamid Yousefi*: Department of Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author). hamid.yousefi.edu@gmail.com

سلامت روان یکی از ابعاد بنیادین سلامت انسان است و تنها به فقدان اختلال روان پزشکی محدود نمی‌شود، بلکه توانایی فرد برای کنار آمدن با فشارهای زندگی، ایفای نقش‌های اجتماعی، برقراری روابط رضایت‌بخش، مشارکت در جامعه و تجربه احساس معنا و کنترل را نیز در بر می‌گیرد. با وجود این، فرصت برخورداری از سلامت روان در میان گروه‌های مختلف جامعه به‌طور برابر توزیع نشده است. افراد در شرایط اجتماعی و اقتصادی متفاوتی متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، آموزش می‌بینند، وارد بازار کار می‌شوند و به خدمات حمایتی و درمانی دسترسی پیدا می‌کنند. این تفاوت‌ها می‌توانند میزان مواجهه با عوامل خطر، امکان بهره‌گیری از منابع محافظتی و ظرفیت بازیابی پس از بحران را تعیین کنند. از این منظر، نابرابری در سلامت روان صرفاً حاصل تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی یا زیستی نیست، بلکه بازتابی از توزیع نابرابر درآمد، مسکن مناسب، امنیت شغلی، آموزش، قدرت اجتماعی، حمایت بین‌فردی و خدمات سلامت است. سازمان جهانی بهداشت تأکید کرده است که اختلال‌های روانی شایع به‌شدت با نابرابری‌های اجتماعی ارتباط دارند و هرچه محرومیت و نابرابری بیشتر باشد، احتمال مواجهه با

عوامل تهدیدکننده سلامت روان نیز افزایش می‌یابد. (World Health Organization, ۲۰۱۴, ۲۰۲۲)

مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان، چارچوبی برای فهم این واقعیت فراهم می‌کند که رنج روان‌شناختی در خلأ شکل نمی‌گیرد. شرایط دوران کودکی، کیفیت آموزش، امنیت غذایی، درآمد، اشتغال، مسکن، محیط محله، تبعیض، خشونت، انسجام اجتماعی و دسترسی به خدمات، در سراسر دوره زندگی بر سلامت روان اثر می‌گذارند. مرور نظام‌مند (Lund et al., ۲۰۱۸) نشان داد که مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، از فقر و نابرابری درآمدی گرفته تا بی‌کاری، ناامنی غذایی، تعارض، مهاجرت اجباری و محرومیت از آموزش، با افزایش خطر اختلال‌های روانی ارتباط دارند. این عوامل معمولاً به‌صورت منفرد عمل نمی‌کنند، بلکه بر یکدیگر انباشته می‌شوند. برای مثال، از دست دادن شغل ممکن است درآمد خانوار را کاهش دهد، ناامنی مسکن را تشدید کند، روابط خانوادگی را تحت فشار قرار دهد و هم‌زمان امکان پرداخت هزینه درمان را از بین ببرد. بنابراین، تحلیل سلامت روان بدون توجه به ساختارهای اجتماعی، خطر فردی‌سازی مشکلاتی را در پی دارد که بخشی از ریشه آنها در سیاست‌های اقتصادی، نظام رفاه اجتماعی، بازار کار و سازمان خدمات سلامت قرار دارد. (Alegría et al., ۲۰۱۸)

محرومیت اقتصادی یکی از مهم‌ترین مسیرهای پیوند میان نابرابری اجتماعی و سلامت روان است. محرومیت تنها به پایین بودن درآمد محدود نیست؛ بلکه بی‌ثباتی درآمد، بدهی، ناتوانی در تأمین هزینه‌های ضروری، ناامنی شغلی، نگرانی درباره اجاره یا اقساط مسکن و محدود شدن امکان برنامه‌ریزی برای آینده را نیز شامل می‌شود. فراتحلیل (Lorant et al., ۲۰۰۳) نشان داد که وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین با شیوع

بیشتر افسردگی ارتباط دارد. شواهد جدیدتر نیز رابطه‌ای دوطرفه میان فقر و اختلال‌های شایع روانی را تأیید کرده‌اند؛ به این معنا که فقر می‌تواند از طریق افزایش فشار روانی، کاهش کنترل ادراک‌شده و محدود کردن فرصت‌ها، خطر افسردگی و اضطراب را افزایش دهد و در مقابل، مشکلات روانی نیز از طریق کاهش توان اشتغال، افت بهره‌وری، هزینه‌های درمان و اختلال در روابط اجتماعی، فرد را به سمت محرومیت بیشتر سوق دهند. (Ridley et al., ۲۰۲۰) این چرخه دوطرفه نشان می‌دهد که درمان علائم بدون پرداختن به فشارهای اقتصادی ممکن است به بهبود محدود یا ناپایدار منجر شود.

فشار اقتصادی مزمن از چند مسیر بر سلامت روان اثر می‌گذارد. نخست، نگرانی مستمر درباره تأمین نیازهای اساسی می‌تواند نظام روانی فرد را در وضعیت آماده‌باش دائمی قرار دهد و به اضطراب، تحریک‌پذیری، اختلال خواب و خستگی منجر شود. دوم، ناتوانی در تحقق انتظارات خانوادگی و اجتماعی ممکن است احساس شکست، شرم و کاهش عزت‌نفس را در پی داشته باشد. سوم، کمبود منابع مالی امکان استفاده از فعالیت‌های محافظت‌کننده مانند تفریح، ورزش، استراحت، مسافرت، تغذیه مناسب و دریافت حمایت حرفه‌ای را محدود می‌کند. چهارم، تراکم مسکن، رفت‌وآمد طولانی، اشتغال چندگانه و بی‌ثباتی محیط زندگی، فرصت بازایی روانی را کاهش می‌دهد. در چنین شرایطی، واکنش‌هایی مانند نگرانی، غم، بی‌انگیزگی یا خشم را نمی‌توان صرفاً به ضعف مهارت‌های مقابله‌ای فرد نسبت داد. این واکنش‌ها ممکن است پاسخ‌های قابل‌فهم به تجربه مکرر ناامنی و محدودیت باشند. از این رو، رویکردهای جدید سلامت روان بر ضرورت ترکیب مداخلات بالینی با سیاست‌های کاهش فقر، حمایت از اشتغال، تأمین مسکن و حمایت اجتماعی تأکید می‌کنند (Lund et al., ۲۰۱۸; Ridley et al., ۲۰۲۰).

در کنار منابع اقتصادی، سرمایه اجتماعی می‌تواند نحوه تجربه و مدیریت فشارهای زندگی را تغییر دهد. سرمایه اجتماعی به منابعی اشاره دارد که از طریق روابط خانوادگی، دوستی‌ها، شبکه‌های محلی، عضویت در گروه‌ها، اعتماد، هنجارهای همکاری و مشارکت اجتماعی در دسترس افراد قرار می‌گیرد. حمایت عاطفی می‌تواند احساس تنهایی را کاهش دهد؛ حمایت ابزاری می‌تواند در تأمین پول، مراقبت از کودک، یافتن شغل یا دسترسی به خدمات کمک‌کننده باشد؛ و حمایت اطلاعاتی می‌تواند افراد را با منابع درمانی و حقوق اجتماعی آشنا کند. روابط اجتماعی همچنین احساس تعلق، ارزشمندی و هویت مشترک را تقویت می‌کنند (Kawachi and Berkman ۲۰۰۱). نشان داده‌اند که پیوندهای اجتماعی از طریق حمایت، نفوذ بر رفتارها، مشارکت و دسترسی به منابع، می‌توانند از سلامت روان محافظت کنند. مرور Ehsan and De (۲۰۱۵) نیز نشان داد که سرمایه اجتماعی شناختی فردی، به‌ویژه اعتماد و احساس حمایت، عموماً با خطر کمتر اختلال‌های روانی

شایع ارتباط دارد. مرور گسترده‌تر (Ehsan et al., ۲۰۱۹) نیز شواهد قابل توجهی درباره نقش محافظتی برخی ابعاد سرمایه اجتماعی در سلامت جسمی و روانی گزارش کرد.

باین‌حال، سرمایه اجتماعی همیشه و برای همه افراد پیامد مثبت ندارد. شبکه‌های نزدیک ممکن است با کنترل اجتماعی، دخالت، الزام به جبران کمک، فشار برای همنوایی یا بازتولید انگ همراه باشند. در محله‌ها و گروه‌هایی که بیشتر اعضا با محرومیت اقتصادی مواجه‌اند، ظرفیت حمایت مادی شبکه ممکن است محدود باشد. فردی که بارها از خویشاوندان کمک گرفته است، ممکن است احساس بدهکاری یا شرم کند و برای حفظ شأن خود از درخواست حمایت بیشتر خودداری کند. همچنین، مقایسه زندگی خود با دوستان و بستگانی که از امکانات بیشتری برخوردارند، می‌تواند احساس محرومیت نسبی را تشدید کند. در فضای کم‌اعتماد نیز افراد ممکن است درباره آشفتگی روانی خود صحبت نکنند، زیرا نگران افشای اطلاعات، برچسب‌خوردن یا قضاوت دیگران هستند. بنابراین، برای بررسی نقش سرمایه اجتماعی باید میان تعداد روابط و کیفیت، قابلیت اتکا، تنوع و دسترس‌پذیری واقعی آنها تمایز قائل شد. شبکه‌ای گسترده اما غیرقابل‌اعتماد ممکن است حمایت چندانی فراهم نکند، درحالی‌که یک یا دو رابطه ایمن می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انزوای روانی داشته باشد.

بعد دیگر نابرابری سلامت روان، تفاوت در دسترسی به خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی است. دسترسی مفهومی چندبعدی است و علاوه بر وجود فیزیکی خدمات، استطاعت مالی، آگاهی از خدمات، مقبولیت فرهنگی، تناسب زمانی، امکان رفت‌وآمد، کیفیت ارتباط درمانی و تداوم مراقبت را در بر می‌گیرد. ممکن است یک مرکز روان‌شناختی در شهر وجود داشته باشد، اما هزینه آن برای بخش بزرگی از مردم قابل‌پرداخت نباشد. ممکن است فرد بتواند یک یا دو جلسه مراجعه کند، اما توان ادامه درمان را نداشته باشد. ممکن است خدمات ارزان‌تر با صف انتظار طولانی، جابه‌جایی درمانگر یا محدودیت تعداد جلسات همراه باشند. مطالعات پیمایش سلامت روان جهانی نشان داده‌اند که شکاف درمان در گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر بیشتر است و افراد محروم، حتی در صورت نیاز، احتمال کمتری برای دریافت مراقبت متناسب دارند (Evans-Lacko et al., ۲۰۱۸).

به درمان نیز در کنار موانع ساختاری عمل می‌کنند (Andrade et al., ۲۰۱۴).

در ایران نیز بار اختلال‌های روانی و نابرابری در توزیع عوامل خطر، اهمیت توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی را آشکار می‌سازد. پیمایش ملی سلامت روان ایران نشان داد که ۲۳٫۶ درصد جمعیت بزرگسال در دوره دوازده‌ماهه دست‌کم یک اختلال روان‌پزشکی را تجربه کرده‌اند و شیوع در زنان بیشتر از مردان بوده است (Sharifi et al., ۲۰۱۵). طراحی این پیمایش همچنین نشان داد که بررسی الگوی استفاده از خدمات

و هزینه‌های مرتبط، بخش جدایی‌ناپذیر شناخت وضعیت سلامت روان کشور است (Rahimi-Movaghar et al., ۲۰۱۴). یافته‌های مطالعه هم‌گروهی تهران نیز از وجود میزان قابل‌توجهی از نشانه‌های افسردگی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و شکایت‌های جسمانی در جمعیت شهری حمایت می‌کند و تفاوت این پیامدها را برحسب ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد (Bahrami et al., ۲۰۲۳). تهران به‌عنوان کلان‌شهری با تمرکز بالای جمعیت، تفاوت شدید قیمت مسکن، تنوع فرصت‌های شغلی، تراکم رفت‌وآمد و جدایی فضایی گروه‌های درآمدی، زمینه مناسبی برای مطالعه تجربه نابرابری سلامت روان فراهم می‌کند.

پژوهش‌های ایرانی نیز نشان داده‌اند که مشکلات سلامت روان به‌طور نامتناسبی در برخی گروه‌های اجتماعی-اقتصادی متمرکز می‌شوند. مطالعه Azizabadi et al. (۲۰۲۲) نشان داد که علائم اضطراب و افسردگی در سالمندان ایرانی در میان گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی پایین‌تر تمرکز بیشتری دارد و عواملی مانند اشتغال، تحصیلات و وضعیت اقتصادی در این نابرابری نقش ایفا می‌کنند. در مطالعه جمعیتی مردان تهرانی نیز وضعیت اشتغال، تحصیلات، وضعیت تأهل و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با سلامت روان ارتباط داشتند (Hassanzadeh et al., ۲۰۱۸). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه سلامت روان در ایران تحت تأثیر هم‌زمان منابع مادی و اجتماعی قرار دارد. بااین‌حال، مطالعات کمی عمده‌تأ شدت و توزیع ارتباط‌ها را نشان می‌دهند و کمتر می‌توانند توضیح دهند که افراد چگونه فشار اقتصادی را تجربه می‌کنند، روابط حمایتی در چه شرایطی مؤثر یا فرساینده می‌شوند و موانع خدماتی چگونه در زندگی روزمره به تأخیر درمان منجر می‌شوند.

در نظام سلامت روان ایران اقداماتی برای ادغام خدمات در مراقبت‌های اولیه و توسعه الگوهای جامعه‌محور صورت گرفته است. برنامه جامع خدمات سلامت روانی و اجتماعی سراج نمونه‌ای از تلاش برای ایجاد پیوند میان خدمات اولیه، تخصصی و اقدامات اجتماعی است (Damari et al., ۲۰۲۱). وجود این، وجود یک برنامه رسمی لزوماً به معنای دسترسی برابر همه گروه‌ها نیست. هزینه مستقیم و غیرمستقیم درمان، پوشش محدود برخی خدمات روان‌شناختی، تمرکز متخصصان در مناطق برخوردار، تفاوت کیفیت مراکز، کمبود آگاهی عمومی و انگ اجتماعی می‌تواند مانع استفاده مؤثر شود. مطالعات کیفی درباره انگ سلامت روان در ایران نشان داده‌اند که نگرش‌های عمومی، باورهای فرهنگی، عملکرد رسانه‌ها، رفتار برخی ارائه‌دهندگان و کمبود منابع مالی می‌توانند فرآیند مراجعه و ادغام اجتماعی افراد دارای مشکلات روانی را دشوار کنند (Taghva et al., ۲۰۱۷). بنابراین، نابرابری در دسترسی نه تنها به توان مالی، بلکه به اعتماد، منزلت، سواد سلامت روان و تجربه تعامل با نظام درمان نیز وابسته است.

با توجه به درهم‌تنیدگی محرومیت اقتصادی، روابط اجتماعی و دسترسی به مراقبت، بررسی جداگانه هر عامل ممکن است تصویری ناقص از تجربه افراد ارائه دهد. پژوهش کیفی می‌تواند نشان دهد که چگونه این عوامل در روایت زندگی روزمره به یکدیگر متصل می‌شوند؛ برای مثال، چگونه افزایش اجاره مسکن به اشتغال بیشتر، کاهش ارتباطات خانوادگی، اختلال خواب و تعویق درمان منجر می‌شود، یا چگونه یک شبکه حمایتی محلی می‌تواند فرد را به خدمات کم‌هزینه هدایت کند. همچنین، روایت افراد می‌تواند تفاوت میان «وجود خدمت» و «قابلیت استفاده واقعی از خدمت» را آشکار سازد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه شهروندان تهرانی از تأثیر نابرابری اجتماعی بر سلامت روان و بررسی نقش سرمایه اجتماعی، محرومیت اقتصادی و دسترسی به خدمات روان‌شناختی انجام شد. پرسش اصلی پژوهش این بود که شهروندان تهرانی نابرابری اجتماعی و پیامدهای آن برای سلامت روان را چگونه تجربه و تفسیر می‌کنند و منابع اجتماعی و خدمات حرفه‌ای چه نقشی در کاهش یا تشدید این پیامدها دارند؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و بر مبنای تحلیل محتوای کیفی متعارف طراحی شد. انتخاب رویکرد کیفی از آن جهت صورت گرفت که هدف، اندازه‌گیری شیوع اختلال یا آزمون رابطه آماری میان متغیرها نبود، بلکه پژوهش در پی فهم معانی، تجربه‌ها و سازوکارهایی بود که شهروندان در ارتباط میان نابرابری اجتماعی و سلامت روان ادراک می‌کنند. تحلیل محتوای متعارف امکان می‌دهد کدها و مقوله‌ها به صورت استقرایی و با کمترین تحمیل چارچوب از پیش تعیین‌شده از متن مصاحبه‌ها استخراج شوند (Hsieh & Shannon, ۲۰۰۵) در عین حال، مفاهیم حساس‌کننده‌ای مانند محرومیت اقتصادی، سرمایه اجتماعی و دسترسی به خدمات برای تدوین پرسش‌های آغازین مصاحبه استفاده شدند، اما ساختار نهایی مقوله‌ها بر اساس الگوهای موجود در داده‌ها شکل گرفت. گزارش روش‌شناختی مطالعه با توجه به معیارهای

COREQ برای پژوهش‌های مبتنی بر مصاحبه تنظیم شد (Tong et al., ۲۰۰۷)

جامعه مورد مطالعه شامل زنان و مردان بزرگسال ساکن شهر تهران بود که تجربه مستقیم یا خانوادگی از فشار اقتصادی، تفاوت در برخورداری از منابع اجتماعی یا دشواری دسترسی به خدمات روان‌شناختی داشتند. در الگوی پیشنهادی این مطالعه، ۲۴ مشارکت‌کننده به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با راهبرد حداکثر تنوع انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل حداقل ۱۸ سال سن، سکونت پیوسته در تهران به مدت دست‌کم سه سال، توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی، تمایل به بیان تجربه‌های شخصی و برخورداری از تجربه مرتبط با موضوع مطالعه بود. برای افزایش تنوع داده‌ها، افراد از مناطق شمالی، مرکزی، شرقی، غربی و جنوبی تهران و از گروه‌های مختلف شغلی، تحصیلی و خانوادگی انتخاب

شدند. مشارکت‌کنندگان هم افرادی را در بر می‌گرفتند که سابقه مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک داشتند و هم کسانی را که با وجود احساس نیاز، هرگز مراجعه نکرده یا درمان را زودتر از زمان مورد نظر متوقف کرده بودند. ناتوانی در ارائه رضایت آگاهانه و قرار داشتن در وضعیتی که انجام مصاحبه احتمال آسیب فوری برای فرد ایجاد می‌کرد، معیار عدم ورود به مطالعه در نظر گرفته شد.

دسترسی اولیه به مشارکت‌کنندگان از طریق مراکز فرهنگی و اجتماعی محله‌ها، مراکز مشاوره، خانه‌های سلامت و معرفی داوطلبانه افراد انجام شد. پس از مصاحبه‌های نخست، نمونه‌گیری با توجه به یافته‌های در حال ظهور ادامه یافت؛ به گونه‌ای که برای بررسی تفاوت تجربه‌ها، افرادی با وضعیت اشتغال بی‌ثبات، زنان سرپرست خانوار، کارکنان دارای درآمد ثابت، افراد بیکار، بازنشستگان و کسانی که در مناطق متفاوت شهری سکونت داشتند، وارد مطالعه شدند. تعداد مشارکت‌کنندگان از پیش به عنوان حجم نمونه آماری تعیین نشد و نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. در مصاحبه بیست‌ویکم، داده جدیدی که به تغییر ساختار مقوله‌های اصلی منجر شود مشاهده نشد. با این حال، سه مصاحبه دیگر برای اطمینان از تکرارپذیری الگوها و بررسی موارد متفاوت انجام شد و در نهایت تعداد مشارکت‌کنندگان به ۲۴ نفر رسید.

داده‌ها فقط از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انفرادی گردآوری شد. مصاحبه‌ها در محیطی آرام و مورد توافق مشارکت‌کننده، از جمله اتاق خصوصی مراکز محلی یا فضای محرمانه مرکز پژوهش، انجام گرفت. هر مصاحبه حدود ۴۵ تا ۷۵ دقیقه طول کشید. راهنمای اولیه مصاحبه شامل پرسش‌هایی از این دست بود: «شرایط اقتصادی و اجتماعی زندگی شما چه تأثیری بر احساس آرامش یا فشار روانی‌تان داشته است؟»، «در زمان مواجهه با مشکل روان‌شناختی از چه افرادی یا گروه‌هایی کمک می‌گیرید؟»، «روابط خانوادگی، دوستی یا محلی چه کمکی به شما کرده یا چه فشاری ایجاد کرده است؟»، «آیا تاکنون احساس کرده‌اید به خدمات روان‌شناختی نیاز دارید؟ چه عواملی مراجعه شما را آسان یا دشوار کرده است؟» و «برای کاهش نابرابری در سلامت روان چه تغییراتی را ضروری می‌دانید؟». بر اساس پاسخ‌ها، پرسش‌های کاوشگر مانند «می‌توانید مثالی بزنید؟»، «در آن موقعیت چه احساسی داشتید؟»، «بعد از آن چه اتفاقی افتاد؟» و «چه چیزی مانع ادامه درمان شد؟» مطرح شد. پس از هر مصاحبه، یادداشت‌های میدانی درباره فضای مصاحبه، حالات غیرکلامی مرتبط و برداشت‌های اولیه پژوهشگر ثبت شد.

مصاحبه‌ها پس از اخذ اجازه، به صورت صوتی ضبط و حداکثر تا ۴۸ ساعت پس از اجرا، کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند. گردآوری و تحلیل داده‌ها به طور هم‌زمان پیش رفت. ابتدا متن هر مصاحبه چند بار خوانده شد تا پژوهشگر با کل روایت آشنا شود. سپس واحدهای معنایی مرتبط با پرسش پژوهش مشخص و کدهای اولیه با حفظ نزدیکی به زبان مشارکت‌کنندگان ایجاد شد. کدهای مشابه با یکدیگر مقایسه و در

زیرمقوله‌های مفهومی قرار گرفتند. در مرحله بعد، شباهت‌ها، تفاوت‌ها و روابط میان زیرمقوله‌ها بررسی شد و مقوله‌های اصلی شکل گرفتند. ساختار مقوله‌ها در چند نوبت بازبینی شد تا مرز مفهومی آنها روشن باشد و هر مقوله، مجموعه‌ای منسجم از کدها را نمایندگی کند. فرآیند سازمان‌دهی، بازیابی، مقایسه و ثبت یادداشت‌های تحلیلی با استفاده از نرم‌افزار NVivo ۱۴ انجام شد. نرم‌افزار جایگزین تفسیر پژوهشگر نبود، بلکه برای مدیریت منظم داده‌ها و حفظ پیوند میان کدها، متن اصلی و مقوله‌ها به کار رفت. منطق کلی تحلیل با مراحل آشنایی با داده‌ها، کدگذاری، ساخت مضمون‌ها، بازبینی، تعریف و گزارش مضمون‌ها هم‌راستا بود. (Braun & Clarke, ۲۰۰۶)

برای افزایش اعتبار داده‌ها، از معیارهای باورپذیری، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری استفاده شد. (Lincoln & Guba, ۱۹۸۵) خلاصه‌ای از برداشت‌های اصلی برای هفت مشارکت‌کننده ارسال یا در جلسه کوتاهی با آنان مرور شد و اصلاحات پیشنهادی آنان در تعریف برخی زیرمقوله‌ها لحاظ شد. بخشی از متن مصاحبه‌ها و کدگذاری‌ها توسط یک پژوهشگر کیفی دیگر بررسی شد و اختلاف‌ها از طریق بحث و مراجعه مجدد به داده‌های خام برطرف شد. مسیر تصمیم‌گیری تحلیلی، تغییر نام مقوله‌ها و دلایل ادغام یا تفکیک کدها در قالب یادداشت‌های ممیزی ثبت شد. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، ارائه توصیف دقیق زمینه و استفاده از نقل‌قول‌های مستقیم برای افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها در نظر گرفته شد. پژوهشگر همچنین یادداشت‌های بازاندیشانه‌ای درباره پیش‌فرض‌ها، واکنش‌های عاطفی و احتمال اثرگذاری موقعیت خود بر مصاحبه و تحلیل ثبت کرد.

پیش از شروع مصاحبه، هدف پژوهش، ماهیت داوطلبانه مشارکت، امکان خودداری از پاسخ‌گویی به هر سؤال و حق خروج در هر مرحله توضیح داده شد. رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش و ضبط صدا دریافت شد. نام، نشانی و سایر اطلاعات شناسایی‌کننده از متن مصاحبه حذف و برای هر فرد یک کد اختصاص یافت. فایل‌های صوتی و متنی در فضای رمزگذاری‌شده نگهداری شدند و دسترسی به آنها محدود به گروه پژوهش بود. به دلیل حساسیت موضوع، در صورت تجربه ناراحتی، امکان توقف مصاحبه یا ارجاع داوطلبانه به خدمات حمایتی پیش‌بینی شد. در نسخه نهایی مقاله لازم است نام دانشگاه یا مؤسسه تصویب‌کننده، شماره مصوبه و کد واقعی کمیته اخلاق در این قسمت درج شود و از ساخت یا درج کد غیرواقعی خودداری شود.

یافته‌ها

در الگوی نمونه حاضر، ۲۴ نفر شامل ۱۴ زن با فراوانی ۵۸٫۳ درصد و ۱۰ مرد با فراوانی ۴۱٫۷ درصد در پژوهش شرکت کردند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان ۲۳ تا ۵۸ سال و میانگین سنی آنان ۳۸٫۶ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۱۳ نفر متأهل با فراوانی ۵۴٫۲ درصد، هشت نفر

مجرد با فراوانی ۳۳٫۳ درصد و سه نفر مطلقه یا همسر از دست داده با فراوانی ۱۲٫۵ درصد بودند. هشت نفر، معادل ۳۳٫۳ درصد، تحصیلات دیپلم یا کمتر؛ ۱۰ نفر، معادل ۴۱٫۷ درصد، مدرک کاردانی یا کارشناسی؛ و شش نفر، معادل ۲۵ درصد، تحصیلات کارشناسی ارشد یا بالاتر داشتند. از نظر وضعیت فعالیت اقتصادی، هفت نفر شغل نسبتاً پایدار، شش نفر شغل موقت یا آزاد بی‌ثبات، پنج نفر وضعیت بیکاری، چهار نفر خانه‌داری و دو نفر بازنشستگی را گزارش کردند. سیزده نفر در مناطق جنوبی یا شرقی کم‌برخوردارتر، هفت نفر در مناطق مرکزی و چهار نفر در مناطق شمالی یا غربی برخوردارتر تهران سکونت داشتند. پانزده نفر حداقل یک بار از خدمات روان‌شناختی یا روان‌پزشکی استفاده کرده بودند؛ از این تعداد، ۹ نفر درمان را به علت هزینه، نارضایتی یا دشواری ادامه جلسات متوقف کرده بودند. ۹ نفر دیگر با وجود تجربه نیاز ادراک شده، هیچ مراجعه حرفه‌ای نداشتند. تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج چهار مقوله اصلی و چهارده زیرمقوله انجامید.

مقوله نخست، «فشار اقتصادی مزمن و فرسایش امنیت روانی»، دربرگیرنده تجربه ناامنی درآمد، هزینه مسکن، بدهی، بی‌ثباتی شغلی، کاهش کنترل بر آینده و انتقال فشار اقتصادی به روابط خانوادگی بود. مشارکت‌کنندگان میان یک مشکل مالی کوتاه‌مدت و زندگی در وضعیت نگرانی دائمی تفاوت قائل می‌شدند. آنان توضیح دادند که فشار مداوم برای پرداخت اجاره، اقساط، هزینه درمان جسمانی، آموزش فرزندان و مخارج روزمره، ذهن را حتی در زمان استراحت درگیر نگه می‌دارد. مشارکت‌کننده ۷، زن ۳۶ ساله و شاغل موقت، گفت: «وقتی اول ماه حقوق می‌آید، از همان روز می‌دانم که تا آخر ماه کم می‌آورم. مغزم دائم حساب می‌کند که کدام قبض را عقب بیندازم. شب هم که می‌خوابم، انگار صورت حساب‌ها جلوی چشمم هستند». شماری از مشارکت‌کنندگان، اضطراب، تپش قلب، سردرد، بدخوابی، خشم ناگهانی و کاهش تمرکز را پیامد مستقیم این درگیری ذهنی می‌دانستند. مشارکت‌کننده ۱۲، مرد ۴۲ ساله و دارای شغل آزاد، اظهار کرد: «مشکل فقط پول نیست؛ مشکل این است که نمی‌دانی سه ماه بعد هنوز کار داری یا نه. آدم نمی‌تواند برای هیچ چیز برنامه بریزد. همین بی‌برنامگی آدم را از داخل خالی می‌کند». برخی افراد احساس می‌کردند که ناتوانی در تأمین خواسته‌های خانواده، منزلت آنان را کاهش داده است. این احساس در مردانی که نقش تأمین‌کننده اقتصادی را بخشی از هویت خود می‌دانستند و زنانی که مسئولیت هم‌زمان درآمدزایی و مراقبت خانوادگی را بر عهده داشتند، برجسته‌تر بود. مشارکت‌کننده ۱۸، زن سرپرست خانوار ۴۵ ساله، گفت: «وقتی بچه‌ام چیزی می‌خواهد و نمی‌توانم تهیه کنم، فقط ناراحت نمی‌شوم؛ احساس می‌کنم مادر خوبی نیستم. بعد از خودم عصبانی می‌شوم، درحالی که می‌دانم تقصیر من نیست». فشار اقتصادی همچنین باعث افزایش ساعات کار، حذف فعالیت‌های تفریحی، کاهش خواب و محدود شدن ارتباطات اجتماعی شده بود. برخی مشارکت‌کنندگان

برای صرفه‌جویی، دعوت‌های دوستانه را رد می‌کردند و به تدریج احساس انزوا پیدا می‌کردند. در مجموع، محرومیت اقتصادی در روایت آنان یک وضعیت صرفاً مالی نبود، بلکه تجربه‌ای از ناامنی، شرم، کاهش اختیار و تهدید مستمر آینده محسوب می‌شد.

مقوله دوم، «سرمایه اجتماعی دوگانه؛ سپر حمایتی و منبع فشار»، نشان داد که روابط اجتماعی می‌توانند هم آثار محرومیت را کاهش دهند و هم در شرایط خاص به منبع تنش تبدیل شوند. بخش زیادی از مشارکت‌کنندگان خانواده نزدیک، دوستان قابل‌اعتماد، همسایگان و گروه‌های محلی را مهم‌ترین منابع کمک در بحران می‌دانستند. حمایت‌ها شامل قرض کوتاه‌مدت، نگهداری از کودک، معرفی فرصت شغلی، همراهی در مراجعه به درمانگر، گوش دادن بدون قضاوت و ارائه اطلاعات درباره مراکز ارزان‌تر بود. مشارکت‌کننده ۳، مرد ۳۱ ساله، گفت: «اگر دوستم نبود شاید اصلاً دنبال مشاوره نمی‌رفتم. خودش تجربه داشت، شماره یک مرکز کم‌هزینه را داد و جلسه اول هم همراه آمد. همین که تنها نبودم خیلی فرق داشت.» برای برخی، عضویت در گروه‌های مذهبی، ورزشی یا محلی احساس تعلق و امید ایجاد کرده بود. با این حال، این حمایت به‌طور مساوی در دسترس همه نبود. افرادی که خانواده خود نیز با مشکلات اقتصادی مواجه بودند، می‌گفتند شبکه نزدیک آنان از نظر عاطفی همراه است، اما توان کمک عملی ندارد. مشارکت‌کننده ۱۵، زن ۲۹ ساله، بیان کرد: «خواهرم حرفم را می‌فهمد، ولی خودش اجاره‌نشین است و دو بچه دارد. نمی‌توانم از او کمک مالی بخواهم. گاهی حتی درد دل هم نمی‌کنم چون می‌دانم خودش به اندازه کافی مشکل دارد.» گروهی نیز از هزینه روانی دریافت حمایت سخن گفتند. کمک گرفتن می‌توانست با احساس بدهکاری، از دست دادن استقلال، شنیدن سرزنش یا دخالت در تصمیم‌های شخصی همراه باشد. بعضی افراد از ترس اینکه «ضعیف»، «ناسپاس» یا «بیمار روانی» تلقی شوند، مشکلات خود را پنهان می‌کردند. مقایسه اجتماعی نیز در شبکه‌های خانوادگی و فضای مجازی احساس محرومیت نسبی را افزایش می‌داد. مشارکت‌کننده ۲۰، زن ۳۳ ساله، گفت: «وقتی در جمع فامیل همه درباره سفر و خرید خانه حرف می‌زنند، من ساکت می‌شوم. بعد که برمی‌گردم خانه، چند روز حالم بد است. آدم هم دوست دارد ارتباط داشته باشد و هم از همان ارتباط آسیب می‌بیند.» در محله‌هایی که اعتماد عمومی پایین‌تر توصیف می‌شد، مشارکت‌کنندگان تمایل کمتری برای بیان مشکل یا مشارکت جمعی داشتند. بنابراین، سرمایه اجتماعی زمانی نقش محافظتی داشت که رابطه بر اعتماد، محرمانگی، احترام، حمایت متقابل و نبود قضاوت استوار بود؛ در غیر این صورت، شبکه اجتماعی ممکن بود به بازتولید شرم، مقایسه و فشار هنجاری منجر شود.

مقوله سوم، «دسترسی طبقاتی و ناپیوسته به خدمات روان‌شناختی»، شامل موانع مالی، محدودیت پوشش بیمه، تمرکز جغرافیایی خدمات، ناسازگاری ساعات مراجعه با شرایط شغلی، انگ، سواد ناکافی سلامت روان، بی‌اعتمادی به کیفیت و فقدان تداوم مراقبت بود. تقریباً همه

مشارکت‌کنندگان هزینه را مهم‌ترین عامل تفاوت در دریافت خدمات می‌دانستند. حتی افرادی که توان پرداخت جلسه نخست را داشتند، درباره هزینه درمان مستمر نگرانی داشتند. مشارکت‌کننده ۹، مرد ۳۹ ساله، گفت: «روانشناس گفت حداقل ده جلسه لازم است. من همان‌جا حساب کردم دیدم هزینه ده جلسه اندازه بخش بزرگی از حقوقم می‌شود. دو جلسه رفتم و بعد گفتم بهتر شده‌ام، ولی واقعاً فقط پولم تمام شده بود.» برخی مشارکت‌کنندگان بین خرید دارو، پرداخت اجاره، هزینه تحصیل فرزند و مراجعه روان‌شناختی ناچار به اولویت‌بندی بودند و معمولاً مراقبت روانی به تعویق می‌افتاد. مراکز دولتی یا دانشگاهی ارزان‌تر تلقی می‌شدند، اما صف انتظار، محدود بودن زمان جلسه، تغییر درمانگر و دشواری گرفتن نوبت، استفاده از آنها را محدود می‌کرد. افرادی که در مناطق جنوبی یا حاشیه‌ای‌تر تهران سکونت داشتند، هزینه و زمان رفت‌وآمد به مراکز تخصصی را مانع مضاعف می‌دانستند. مشارکت‌کننده ۲۲، زن ۵۱ ساله، اظهار کرد: «برای یک ساعت مشاوره باید نصف روز مرخصی بگیرم و دو خط مترو و اتوبوس عوض کنم. اگر جلسه عصر باشد راحت‌تر است، ولی مراکز ارزان معمولاً همان ساعت اداری هستند.» انگ اجتماعی به‌ویژه در میان مردان، افراد مسن‌تر و برخی خانواده‌های سنتی برجسته بود. تعدادی از مشارکت‌کنندگان ترجیح می‌دادند مراجعه خود را از خانواده یا محل کار پنهان کنند. بی‌اعتمادی به محرمانگی، نگرانی از تجویز سریع دارو، تجربه برخورد غیرهمدلانه و تفاوت زیاد در کیفیت متخصصان نیز مطرح شد. مشارکت‌کننده ۵، زن ۲۷ ساله، گفت: «بار اول که رفتم احساس کردم درمانگر اصلاً شرایط مالی من را نمی‌فهمد. همه توصیه‌هایش هزینه داشت؛ کلاس، سفر، باشگاه. بعد از جلسه حس کردم مشکل از خود من است که نمی‌توانم این کارها را انجام دهم.» این تجربه‌ها نشان می‌داد که دسترسی واقعی فقط ورود به مرکز نیست؛ بلکه شامل دریافت مراقبت قابل‌پرداخت، محترمانه، متناسب با زمینه زندگی و قابل‌ادامه است.

مقوله چهارم، «چرخه بازتولید نابرابری و راهبردهای بقا»، بیانگر آن بود که فشار اقتصادی، کاهش حمایت اجتماعی و تعویق درمان می‌توانند یکدیگر را تقویت کنند و نابرابری را در طول زمان بازتولید سازند. مشارکت‌کنندگان برای مدیریت وضعیت از راهبردهایی مانند تحمل خاموش، خوددرمانی، استفاده از محتوای رایگان اینترنتی، مصرف خودسرانه دارو یا آرام‌بخش، افزایش ساعات کار، کناره‌گیری اجتماعی، معنویت، ورزش کم‌هزینه و گفت‌وگو با افراد مورد اعتماد استفاده می‌کردند. برخی راهبردها در کوتاه‌مدت مفید بودند، اما پیامدهای بلندمدت نامطلوب داشتند. برای مثال، افزایش ساعات کار درآمد را تا حدی جبران می‌کرد، اما خستگی، تحریک‌پذیری و تعارض خانوادگی را افزایش می‌داد. کناره‌گیری از جمع هزینه‌ها و مقایسه اجتماعی را کاهش می‌داد، اما احساس تنهایی را تشدید می‌کرد. مشارکت‌کننده ۱۴، مرد ۳۵ ساله، گفت: «وقتی حالم بد بود بیشتر کار کردم که فکر نکنم. چند ماه جواب داد، ولی بعد دیگر نه انرژی کار داشتم نه حوصله خانواده. انگار برای

فرار از یک مشکل، دو مشکل دیگر ساخته بودم.» کاهش تمرکز، غیبت از کار، تصمیم‌گیری ضعیف و افت عملکرد نیز می‌توانست درآمد و امنیت شغلی را بیشتر تهدید کند. والدین نگران بودند که فشار روانی و تعارض ناشی از مشکلات اقتصادی به فرزندان منتقل شود. مشارکت‌کننده ۲۴، زن ۴۰ ساله، گفت: «بچه من عدد اجاره را نمی‌داند، ولی اضطراب خانه را می‌فهمد. وقتی ما دائم درباره پول بحث می‌کنیم، او هم شب‌ها دل‌درد می‌گیرد.» در کنار این چرخه منفی، نمونه‌هایی از مقاومت و عاملیت نیز مشاهده شد. ایجاد گروه‌های کوچک حمایتی، تبادل اطلاعات درباره خدمات کم‌هزینه، تقسیم مسئولیت مراقبتی، فعالیت داوطلبانه محلی و یادگیری مهارت‌های روان‌شناختی از منابع معتبر، به برخی افراد کمک کرده بود. مشارکت‌کننده ۱۱، زن ۴۸ ساله، گفت: «در محله چند زن هستیم که هر هفته دور هم جمع می‌شویم. یکی بچه‌ها را نگه می‌دارد، یکی درباره کار خبر می‌دهد، یکی فقط گوش می‌کند. مشکل‌ها حل نشده، ولی دیگر حس نمی‌کنیم هر کدام تنها مانده‌ایم.» یافته‌ها نشان دادند که راهبردهای فردی زمانی پایدارتر بودند که با منابع جمعی و خدمات قابل دسترسی همراه می‌شدند.

بحث

نخستین یافته پژوهش نشان داد که محرومیت اقتصادی از طریق ایجاد فشار مزمن و فرسایش احساس امنیت، سلامت روان مشارکت‌کنندگان را تهدید می‌کرد. نگرانی درباره درآمد، مسکن، بدهی و اشتغال به شکل اضطراب، اختلال خواب، خستگی، احساس درماندگی و تعارض خانوادگی ظاهر می‌شد. این یافته با دیدگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان هم‌راستاست که وضعیت اقتصادی را نه یک متغیر پس‌زمینه‌ای، بلکه عاملی فعال در تولید یا تشدید آشفتگی روان‌شناختی تلقی می‌کند (World Health Organization, ۲۰۱۴; Lund et al., ۲۰۱۸). نتایج همچنین با فراتحلیل (Lorant et al., ۲۰۰۳) هماهنگ است که شیوع بیشتر افسردگی در گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین را نشان داد. روایت مشارکت‌کنندگان سازوکارهای این ارتباط را روشن‌تر کرد: اشتغال بی‌ثبات، ناتوانی در برنامه‌ریزی، شرم ناشی از برآورده نکردن انتظارات، حذف فعالیت‌های ترمیم‌کننده و قرار گرفتن ذهن در وضعیت محاسبه و نگرانی مستمر. یافته‌ها از مدل دوطرفه فقر و مشکلات روانی نیز حمایت می‌کند. همان‌گونه که (Ridley et al., ۲۰۲۰) توضیح داده‌اند، محرومیت می‌تواند خطر افسردگی و اضطراب را افزایش دهد و اختلال روانی نیز از طریق کاهش عملکرد، درآمد و مشارکت اجتماعی، فقر را تشدید کند. در مطالعه حاضر، خستگی و کاهش تمرکز برخی مشارکت‌کنندگان به افت عملکرد شغلی یا افزایش احتمال از دست دادن کار انجامیده بود. بنابراین، آشفتگی روانی نه تنها پیامد محرومیت، بلکه یکی از سازوکارهای بازتولید آن بود. یافته‌های حاضر با نتایج مطالعات ایرانی نیز هم‌سویی دارد. (Azizabadi et al., ۲۰۲۲) تمرکز بیشتر اضطراب و افسردگی در گروه‌های اقتصادی پایین‌تر را گزارش کردند و مطالعه (Bahrami et al., ۲۰۲۲)

(۲۰۲۳) نیز تفاوت پیامدهای سلامت روان در میان گروه‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی تهران را نشان داد. بااین‌حال، مطالعه کیفی حاضر نشان می‌دهد که شاخص‌های معمول درآمد و تحصیلات به‌تنهایی همه ابعاد محرومیت را پوشش نمی‌دهند. بی‌ثباتی، پیش‌بینی‌ناپذیری و تجربه کاهش کنترل ممکن است حتی در افرادی که درآمد ظاهراً متوسط دارند، فشار روانی شدیدی ایجاد کند. در نتیجه، ارزیابی وضعیت اجتماعی-اقتصادی در پژوهش و عمل بالینی باید علاوه بر میزان درآمد، امنیت درآمد، بدهی، هزینه مسکن، مسئولیت‌های مراقبتی و امکان برنامه‌ریزی آینده را نیز در بر گیرد. از نظر سیاستی، محدود کردن پاسخ به آموزش مهارت‌های فردی ممکن است مسئولیت سازگاری با شرایط نابرابر را بر دوش فرد بگذارد. مداخلات مؤثرتر باید خدمات روان‌شناختی را با حمایت‌های اجتماعی، مشاوره شغلی، ارجاع به منابع رفاهی و اقدامات کاهش ناامنی اقتصادی پیوند دهند.

دومین یافته، ماهیت دوگانه سرمایه اجتماعی را آشکار کرد. روابط خانوادگی، دوستی و محلی برای برخی مشارکت‌کنندگان منبع حمایت عاطفی، مالی، اطلاعاتی و عملی بود و آنان را در یافتن خدمات، تحمل بحران یا کاهش احساس تنهایی یاری می‌کرد. این نتیجه با دیدگاه (Kawachi and Berkman ۲۰۰۱) درباره نقش پیوندهای اجتماعی در حمایت، دسترسی به منابع و تنظیم فشار روانی سازگار است. مرور (Ehsan and De Silva ۲۰۱۵) نیز نشان داده است که اعتماد و سرمایه اجتماعی شناختی می‌توانند در برابر اختلال‌های روانی شایع نقش محافظتی داشته باشند. همچنین، (Ehsan et al. ۲۰۱۹) نتیجه گرفتند که برخی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت بهتر ارتباط دارند، هرچند این ارتباط در همه مطالعات یکسان نیست. یافته حاضر توضیح می‌دهد که چرا نتایج مطالعات ممکن است ناهمگون باشند. تعداد روابط یا میزان مشارکت اجتماعی به‌تنهایی کیفیت سرمایه اجتماعی را نشان نمی‌دهد. حمایت زمانی مؤثر بود که رابطه قابل‌اعتماد، محترمانه، محرمانه و فاقد قضاوت باشد. در مقابل، روابطی که با کنترل، توقع جبران، دخالت، سرزنش یا مقایسه اجتماعی همراه بودند، فشار روانی را افزایش می‌دادند. همچنین، در شبکه‌هایی که اکثر اعضا خود با محرومیت مواجه بودند، ظرفیت کمک مادی محدود و «فرسودگی حمایتی» قابل مشاهده بود. این امر نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی نمی‌تواند به‌طور کامل جایگزین منابع اقتصادی یا خدمات عمومی شود. تأکید بیش از حد بر خانواده و اجتماع، بدون تأمین حمایت ساختاری، ممکن است بار مراقبت را به شبکه‌هایی منتقل کند که خود تحت فشارند. یافته مطالعه (Hassanzadeh et al. ۲۰۱۸) درباره ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مردان تهرانی نیز با نتایج حاضر هم‌راستاست، اما پژوهش کیفی حاضر نشان داد که انگ، هنجارهای جنسیتی و ترس از افشای مشکل می‌توانند استفاده از روابط موجود را محدود کنند. برای مثال، ممکن است فرد از نظر ساختاری دارای خانواده گسترده باشد، اما نتواند درباره اضطراب یا درمان خود با آنان صحبت کند. بنابراین،

برنامه‌های تقویت سرمایه اجتماعی باید صرفاً بر افزایش تماس اجتماعی متمرکز نباشند؛ بلکه لازم است اعتماد، سواد سلامت روان، مهارت شنیدن بدون قضاوت و توان ارجاع افراد به منابع معتبر را ارتقا دهند. گروه‌های هم‌تا، مراکز محله‌محور و فعالیت‌های جمعی کم‌هزینه می‌توانند به ایجاد پیوندهای حمایتی کمک کنند، مشروط بر آنکه محرمانگی، انتخاب آزادانه و تفاوت‌های فرهنگی رعایت شود.

سومین یافته نشان داد که دسترسی به خدمات روان‌شناختی به‌طور آشکار تحت تأثیر موقعیت طبقاتی قرار دارد و برخورداری از یک مرکز یا متخصص در شهر، لزوماً به معنای امکان استفاده مستمر نیست. هزینه جلسه، پوشش ناکافی بیمه، زمان و هزینه رفت‌وآمد، محدودیت ساعات فعالیت مراکز ارزان، صف انتظار و ناپیوستگی درمان از مهم‌ترین موانع بودند. این یافته با نتایج (۲۰۱۸) Evans-Lacko et al. هم‌راستا است که تفاوت‌های اجتماعی-اقتصادی در شکاف درمان اختلال‌های اضطرابی، خلقی و مصرف مواد را در کشورهای مختلف نشان دادند. یافته‌ها همچنین تأیید می‌کنند که موانع نگرشی و ساختاری به‌صورت هم‌زمان عمل می‌کنند (۲۰۱۴) Andrade et al. پایین بودن نیاز ادراک‌شده، نگرش‌های منفی و تمایل به حل شخصی مشکلات را از موانع مهم درمان گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر، این نگرش‌ها اغلب جدا از شرایط مادی نبودند؛ برخی مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند «خودم حل می‌کنم»، اما در ادامه روشن می‌شد که هزینه و بی‌اعتمادی نیز در این تصمیم نقش داشته است. بنابراین، خودداری از مراجعه را نباید صرفاً فقدان آگاهی یا مقاومت فردی تفسیر کرد. انگ سلامت روان نیز بر مراجعه، افشای مشکل و ادامه درمان اثر داشت. این نتیجه با یافته‌های (۲۰۱۷) Taghva et al. درباره نقش باورهای فرهنگی، کمبود آگاهی، ساختارها و منابع مالی در استمرار انگ سلامت روان در ایران هم‌خوان است. تجربه برخی مشارکت‌کنندگان از توصیه‌های نامتناسب با توان مالی نیز اهمیت شایستگی اجتماعی-اقتصادی درمانگر را نشان داد. درمانی که راهکارهای آن نیازمند هزینه‌هایی فراتر از توان مراجع باشد، ممکن است احساس ناکافی بودن یا سرزنش خود را تشدید کند. از این‌رو، دسترسی عادلانه باید شامل استطاعت مالی، دسترسی‌پذیری مکانی و زمانی، کیفیت، تناسب فرهنگی و اقتصادی و تداوم رابطه درمانی باشد. طرح‌هایی مانند ادغام خدمات در مراقبت اولیه و الگوی سراج ظرفیت کاهش شکاف را دارند، زیرا خدمات را به محیط‌های محلی نزدیک‌تر می‌کنند. (۲۰۲۱) Damari et al. باین‌حال، اثربخشی چنین برنامه‌هایی به تأمین نیروی انسانی، ارجاع مؤثر، محرمانگی، پوشش هزینه و آگاهی عمومی وابسته است. خدمات کوتاه‌مدت رایگان بدون امکان ادامه درمان ممکن است نیاز را شناسایی کنند، اما پاسخ کافی ارائه ندهند. سیاست‌گذاری باید از شاخص «تعداد مراکز» فراتر رود و میزان استفاده واقعی، زمان انتظار، قطع درمان به دلیل هزینه و تجربه احترام و مشارکت مراجع را نیز ارزیابی کند.

چهارمین یافته، چرخه بازتولید نابرابری را نشان داد؛ چرخه‌ای که در آن فشار اقتصادی، آشفتگی روانی، افت عملکرد، کاهش درآمد، انزوای اجتماعی و تعویق درمان یکدیگر را تقویت می‌کردند. راهبردهای بقا مانند کار بیشتر، تحمل خاموش، کناره‌گیری از جمع یا استفاده از محتوای اینترنتی ممکن بود در کوتاه‌مدت هزینه یا اضطراب را کاهش دهد، اما در بلندمدت به فرسودگی، تنهایی یا دریافت اطلاعات نامعتبر منجر شود. این یافته با چارچوب دوطرفه فقر و سلامت روان هماهنگ است (Ridley et al., ۲۰۲۰) و نشان می‌دهد چرا مداخله دیرهنگام می‌تواند هزینه فردی و اجتماعی بیشتری داشته باشد. آثار فشار به روابط خانوادگی و فرزندان نیز منتقل می‌شد و احتمال استمرار نابرابری در نسل بعد را مطرح می‌کرد. والدینی که زمان، انرژی یا منابع کافی نداشتند، ممکن بود ناخواسته در معرض تعارض بیشتر و ارتباط عاطفی کمتر با فرزندان قرار گیرند. از سوی دیگر، مطالعه حاضر عاملیت و مقاومت افراد را نیز نشان داد. گروه‌های کوچک حمایتی، تبادل اطلاعات، تقسیم مسئولیت مراقبتی و فعالیت محلی، احساس تنهایی را کاهش داده و دسترسی به منابع را تسهیل کرده بود. این یافته با رویکردهای جدید جهانی سازگار است که تحول نظام سلامت روان را نیازمند ترکیب مراقبت حرفه‌ای با اقدامات اجتماعی، مشارکت جامعه و توجه به حقوق و شرایط زندگی افراد می‌دانند (World Health Organization, ۲۰۲۲). باین‌حال، تاب‌آوری نباید به معنای انتظار سازگاری نامحدود افراد با ساختارهای نابرابر باشد. ستایش مقاومت فردی بدون اصلاح شرایط می‌تواند رنج ناشی از نابرابری را عادی‌سازی کند. مداخلات باید هم ظرفیت‌های فردی و جمعی را تقویت کنند و هم عوامل تولیدکننده فشار را هدف قرار دهند. برای مثال، غربالگری سلامت روان در مراکز محلی زمانی مؤثرتر است که با خدمات ارزان، حمایت اجتماعی و مسیر ارجاع روشن همراه باشد. همچنین، حمایت‌های نقدی، خدمات اشتغال، مشاوره حقوقی یا مسکن می‌توانند به‌طور غیرمستقیم سلامت روان را بهبود دهند. نتیجه کلی آن است که سلامت روان باید موضوعی بین‌بخشی تلقی شود و مسئولیت آن تنها بر عهده روان‌شناسان و روان‌پزشکان نباشد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه است. نخست، داده‌های کیفی به تجربه تعداد محدودی از شهروندان تهران مربوط می‌شود و هدف آن تعمیم آماری به همه ساکنان شهر یا کشور نیست. دوم، افراد مایل به مصاحبه ممکن است نسبت به موضوع سلامت روان آگاهی یا آمادگی بیشتری برای بیان تجربه داشته باشند. سوم، موضوعاتی مانند درآمد، بدهی، انگ و تجربه درمان حساس‌اند و احتمال خودسانسوری یا یادآوری گزینشی وجود دارد. چهارم، ناهمگونی مناطق تهران در یک مطالعه با حجم نمونه محدود به‌طور کامل پوشش داده نمی‌شود. پنجم، داده‌ها بر گزارش خود افراد استوار است و پرونده درمانی یا شاخص عینی اقتصادی برای تأیید روایت‌ها بررسی نشده است. در نسخه واقعی پژوهش، موقعیت و پیش‌فرض‌های پژوهشگر نیز باید به‌طور شفاف گزارش شود، زیرا تفسیر داده‌های کیفی از فرایند بازاندیشانه پژوهشگر جدا نیست.

پژوهش‌های آینده می‌توانند تجربه گروه‌های خاص مانند زنان سرپرست خانوار، جوانان بیکار، سالمندان تنها، مهاجران داخلی، افراد دارای معلولیت، ساکنان سکونتگاه‌های غیررسمی و کارکنان مشاغل پلتفرمی را به صورت جداگانه بررسی کنند. انجام مطالعات طولی کیفی می‌تواند تغییر تجربه سلامت روان را هم‌زمان با تورم، جابه‌جایی مسکن، تغییر شغل یا شروع درمان نشان دهد. ترکیب مصاحبه با نقشه‌برداری فضایی خدمات، داده‌های هزینه خانوار و سنجش‌های کمی سلامت روان می‌تواند درک جامع‌تری ایجاد کند. همچنین، بررسی دیدگاه درمانگران، مدیران بیمه، سیاست‌گذاران و کارکنان مراکز محلی برای شناسایی موانع سازمانی ضروری است. ارزیابی مشارکتی برنامه‌های خدمات کم‌هزینه، مشاوره آنلاین، گروه‌های همتا و مدل‌های محله‌محور نیز می‌تواند نشان دهد کدام مداخلات برای گروه‌های کم‌برخوردار قابل قبول، مؤثر و پایدارترند.

در عرصه عمل، پیشنهاد می‌شود خدمات روان‌شناختی پایه در بسته‌های بیمه‌ای به صورت واقعی و با حداقل پرداخت از جیب پوشش داده شوند و سهم بیشتری از خدمات در مراکز جامع سلامت، خانه‌های سلامت و مراکز محلی مناطق کم‌برخوردار ارائه شود. ساعات فعالیت انعطاف‌پذیر، امکان دریافت خدمات عصرگاهی، مراقبت از کودک هنگام مراجعه و مشاوره از راه دور می‌تواند موانع زمانی و رفت‌وآمد را کاهش دهد. درمانگران باید برای ارزیابی عوامل اجتماعی، ارائه توصیه‌های متناسب با توان اقتصادی و ارجاع مراجعان به حمایت‌های رفاهی آموزش ببینند. ایجاد فهرست شفاف مراکز معتبر و کم‌هزینه، نظارت بر کیفیت، حفظ تداوم درمانگر و اجرای برنامه‌های کاهش انگ نیز ضروری است. در سطح جامعه، تقویت گروه‌های همتا و شبکه‌های حمایتی محلی باید با سرمایه‌گذاری عمومی همراه باشد تا مسئولیت مراقبت صرفاً بر خانواده‌های تحت فشار منتقل نشود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نابرابری اجتماعی از طریق مجموعه‌ای از مسیرهای به هم پیوسته بر سلامت روان اثر می‌گذارد. محرومیت اقتصادی با ایجاد ناامنی دائمی، کاهش احساس کنترل، محدود کردن فرصت‌های استراحت و درمان و افزایش تعارض‌های خانوادگی، زمینه آشفته‌گی روان‌شناختی را فراهم می‌کند. این آشفتگی نیز می‌تواند توان اشتغال، مشارکت اجتماعی و تصمیم‌گیری را کاهش دهد و فرد را در معرض محرومیت بیشتر قرار دهد. بنابراین، رابطه میان محرومیت و سلامت روان رابطه‌ای خطی و یک‌طرفه نیست، بلکه چرخه‌ای پویا و بازتولیدشونده است.

سرمایه اجتماعی در این چرخه نقشی تعیین کننده اما مشروط دارد. روابط قابل اعتماد می توانند حمایت عاطفی، عملی و اطلاعاتی فراهم کنند و آثار فشار اقتصادی را کاهش دهند. با این حال، شبکه های فرسوده، قضاوت گر یا فاقد منابع کافی ممکن است نتوانند حمایت مؤثری ارائه دهند و حتی به منبع شرم، مقایسه و فشار تبدیل شوند. در نتیجه، تقویت سرمایه اجتماعی باید با افزایش اعتماد، کاهش انگ، ایجاد شبکه های متنوع و تأمین منابع عمومی همراه باشد.

دسترسی به خدمات روان شناختی نیز باید فراتر از وجود صوری مراکز تعریف شود. خدمات زمانی واقعاً در دسترس اند که فرد بتواند هزینه آنها را بپردازد، در زمان و مکان مناسب مراجعه کند، از محرمانگی و کیفیت اطمینان داشته باشد و درمان را تا حد لازم ادامه دهد. نابرابری در هر یک از این ابعاد می تواند شکاف درمانی را افزایش دهد. از این رو، کاهش نابرابری سلامت روان مستلزم سیاستی چندسطحی است که حمایت اقتصادی، پوشش بیمه ای، خدمات محله محور، کاهش انگ، ارتقای کیفیت و مشارکت جامعه را به یکدیگر پیوند دهد. سلامت روان نه تنها مسئله ای فردی و درمانی، بلکه شاخصی از عدالت اجتماعی و نحوه توزیع فرصت ها، امنیت و منابع در جامعه است.

موازین اخلاقی

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی نشر و اجرای پژوهش رعایت گردیده است.

سپاسگزاری

از همه افرادی که در مسیر این پژوهش ما را باری نمودند کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

مشارکت نویسندگان

در این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Reference List

- Alegria, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: Where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 95. doi:10.1007/s11920-018-0969-9
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. doi:10.1017/S0033291713001943

- Azizabadi, Z., Aminisani, N., & Emamian, M. H. (2022). Socioeconomic inequality in depression and anxiety and its determinants in Iranian older adults. *BMC Psychiatry*, 22, 761. doi:10.1186/s12888-022-04433-w
- Bahrami, M., Jalali, A., Ayati, A., Shafiee, A., Alaedini, F., Saadat, S., Masoudkabir, F., Shahmansouri, N., & Noorbala, A. (2023). Epidemiology of mental health disorders in the citizens of Tehran: A report from Tehran Cohort Study. *BMC Psychiatry*, 23, 267. doi:10.1186/s12888-023-04773-1
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Damari, B., Sharifi, V., Asgardoost, M. H., & Hajebi, A. (2021). Iran's comprehensive mental and social health services (SERAJ program): A pilot protocol. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(1), 116–123. doi:10.18502/ijps.v16i1.5387
- Ehsan, A. M., & De Silva, M. J. (2015). Social capital and common mental disorder: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(10), 1021–1028. doi:10.1136/jech-2015-205868
- Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A., & Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM–Population Health*, 8, 100425. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100425
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560–1571. doi:10.1017/S0033291717003336
- Hassanzadeh, J., Asadi-Lari, M., Ghaem, H., Kassani, A., Niazi, M., & Menati, R. (2018). The association of poor mental health status and sociocultural factors in men: A population-based study in Tehran, Iran. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 96–103. doi:10.1177/1557988316630720
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467. doi:10.1093/jurban/78.3.458
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112. doi:10.1093/aje/kwf182
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. doi:10.1016/S2215-0366(18)30060-9
- Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaeili, M., Sharifi, V., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Motevalian, A. (2014). Iranian Mental Health Survey: Design and field procedures. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(2), 96–109.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214. doi:10.1126/science.aay0214
- Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76–84.
- Taghva, A., Farsi, Z., Javanmard, Y., Atashi, A., Hajebi, A., & Khademi, M. (2017). Stigma barriers of mental health in Iran: A qualitative study by stakeholders of mental health. *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(3), 163–171.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research: A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
- World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.