

طراحی چارچوب پیشگیری اولیه از اختلالات روانی بر اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

شیوه استناددهی به این مقاله: احمدی، محمد، حسینی، زهرا، و کریمی، حسن. (۱۴۰۵). طراحی چارچوب پیشگیری اولیه از اختلالات روانی بر اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت. *مطالعات رفتاری و اجتماعی در سلامت روان*, ۲(۲), ۷۹-۶۰.

© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



چکیده

پژوهش حاضر با هدف طراحی چارچوبی زمینه‌محور برای پیشگیری اولیه از اختلالات روانی بر اساس شناسایی و سازمان‌دهی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در شهر تهران انجام شد. این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۴ نفر از متخصصان روان‌شناسی و روان‌پزشکی، سلامت عمومی و اجتماعی، مددکاری اجتماعی، سیاست‌گذاری سلامت، آموزش، مدیریت شهری و سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در تهران بودند که با نمونه‌گیری هدفمند و حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها فقط از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شد. مصاحبه‌ها تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت؛ اشباع اولیه در مصاحبه بیست‌ویکم حاصل شد و سه مصاحبه دیگر برای اطمینان از کفایت مفهومی انجام گرفت. مصاحبه‌ها ضبط، واژه‌به‌واژه پیاده‌سازی و با استفاده از تحلیل محتوای استقرایی تحلیل شدند. مدیریت، کدگذاری، مقایسه مستمر و سازمان‌دهی داده‌ها با نرم‌افزار NVivo انجام شد. برای افزایش اعتمادپذیری یافته‌ها از بازبینی مشارکت‌کنندگان، بررسی همتایان، توصیف غنی زمینه، ثبت مسیر تصمیم‌گیری و تنوع‌بخشی به مشارکت‌کنندگان استفاده شد. تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج ۵ طبقه اصلی، ۱۸ زیرطبقه و ۷۲ کد اولیه انجامید. طبقات اصلی شامل «امنیت اقتصادی و عدالت توزیعی»، «خانواده توانمند و آغاز سالم زندگی»، «سرمایه اجتماعی، تعلق و مشارکت اجتماعی»، «محیط‌های سالم زندگی، آموزش و کار» و «حکمرانی یکپارچه و زیرساخت پیشگیرانه سلامت روان» بود. یافته‌ها نشان دادند که پیشگیری اولیه زمانی اثربخش است که حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی، تقویت خانواده، کاهش خشونت و تبعیض، توسعه فضاهای شهری ایمن، ارتقای سواد سلامت روان و هماهنگی بین‌بخشی به‌صورت هم‌زمان و متناسب با شدت محرومیت اجرا شوند. پیشگیری اولیه از اختلالات روانی نباید به آموزش مهارت‌های فردی یا ارائه خدمات بالینی محدود شود، بلکه مستلزم تغییر در شرایطی است که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، تحصیل می‌کنند، کار می‌کنند و زندگی روزمره خود را می‌گذرانند. چارچوب پیشنهادی بر ترکیب مداخلات همگانی، متناسب با سطح آسیب‌پذیری و مبتنی بر مکان تأکید دارد و می‌تواند مبنایی برای سیاست‌گذاری بین‌بخشی، تدوین برنامه‌های شهری و طراحی شاخص‌های ارزیابی پیشگیری اولیه در ایران باشد.

واژگان کلیدی: پیشگیری اولیه؛ اختلالات روانی؛ عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت؛ سلامت روان عمومی؛ تحلیل محتوای کیفی؛ تهران

مشخصات نویسندگان

۱. محمد احمدی: گروه علوم شناختی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
 ۲. زهرا حسینی*: گروه علوم شناختی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
 ۳. حسن کریمی: گروه علوم شناختی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
- پست الکترونیک نویسنده مسئول: zahra.hosseini.cog@gmail.com

Designing a Primary Prevention Framework for Mental Disorders Based on the Social Determinants of Health

How to cite this article: Ahmadi, M., Hosseini, Z., & Karimi, H. (2026). Designing a Primary Prevention Framework for Mental Disorders Based on the Social Determinants of Health. *Behavioral and Social Studies in Mental Health*, 2(2), 60-79.



© 2026 the authors.

Abstract

This study aimed to develop a context-sensitive framework for the primary prevention of mental disorders by identifying and organizing the social determinants of health relevant to Tehran. This qualitative study employed conventional content analysis. The participants were 24 professionals and stakeholders in psychology and psychiatry, public and social health, social work, health policy, education, urban management, and Tehran-based nongovernmental organizations. They were recruited through purposive sampling with maximum variation. Data were collected exclusively through individual semi-structured interviews. Interviews continued until theoretical saturation was achieved; initial saturation occurred after the twenty-first interview, followed by three additional interviews to ensure conceptual sufficiency. All interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and analyzed through an inductive content-analysis process. NVivo software was used to manage the transcripts, conduct coding, compare emerging concepts, and organize categories. Credibility and trustworthiness were enhanced through participant checking, peer review, prolonged engagement with the data, maximum variation, thick description, and maintenance of an audit trail. Data analysis generated five main categories, 18 subcategories, and 72 initial codes. The main categories were “economic security and distributive justice,” “empowered families and a healthy start to life,” “social capital, belonging, and civic participation,” “healthy living, educational, and occupational environments,” and “integrated governance and preventive mental-health infrastructure.” Participants emphasized that effective primary prevention requires the simultaneous implementation of social protection, family support, violence and discrimination reduction, safe urban development, mental-health literacy, accessible community resources, and intersectoral governance. They also highlighted that universal interventions should be proportionately intensified for socioeconomically disadvantaged groups and high-risk neighborhoods. Primary prevention of mental disorders cannot be reduced to individual skills training, screening, or clinical service provision. It requires coordinated action on the conditions in which people are born, grow, study, work, form relationships, and age. The proposed framework combines universal, proportionate, place-based, and life-course interventions. It may provide a foundation for intersectoral mental-health policies, municipal prevention programs, resource allocation, and the development of measurable indicators for evaluating primary prevention in Iran.

Keywords: Primary prevention; Mental disorders; Social determinants of health; Public mental health; Qualitative content analysis; Tehran

Authors' Information

1. Mohammad Ahmadi: Department of Cognitive Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran
2. Zahra Hosseini*: Department of Cognitive Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author). zahra.hosseini.cog@gmail.com
3. Hassan Karimi: Department of Cognitive Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

سلامت روان یکی از ارکان اساسی سلامت عمومی، توسعه انسانی، انسجام اجتماعی و بهره‌وری اقتصادی است و صرفاً به نبود نشانه‌های اختلال روانی محدود نمی‌شود. سلامت روان در معنای جامع خود، توانایی فرد برای مواجهه سازگارانه با فشارهای زندگی، تحقق ظرفیت‌های فردی، برقراری روابط رضایت‌بخش، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و ایفای نقش مؤثر در جامعه را در بر می‌گیرد. با وجود این، سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت روان در بسیاری از کشورها همچنان عمدتاً بر تشخیص و درمان افراد مبتلا متمرکزند و سهم پیشگیری اولیه، ارتقای سلامت روان و مداخله بر علل اجتماعی بروز اختلالات محدود باقی مانده است. این جهت‌گیری درمان‌محور سبب می‌شود بخش قابل توجهی از منابع پس از شکل‌گیری اختلال، افت عملکرد، گسست روابط خانوادگی و اجتماعی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی صرف شود، در حالی که بسیاری از عوامل خطر پیش از ظهور نخستین نشانه‌های بالینی قابل‌شناسایی و تا حدی قابل‌تغییر هستند (Campion et al., ۲۰۲۲; World

Health Organization [WHO], ۲۰۲۲).

اختلالات روانی از مهم‌ترین علل سال‌های زندگی همراه با ناتوانی در جهان به شمار می‌روند و آثار آنها به فرد مبتلا محدود نمی‌شود. کاهش مشارکت آموزشی و شغلی، غیبت از کار، افت بهره‌وری، افزایش تعارضات خانوادگی، فقر ثانویه، بی‌خانمانی، مصرف مواد، بیماری‌های جسمی و افزایش خطر خودکشی از پیامدهای مستقیم و غیرمستقیم این اختلالات هستند. گزارش جهانی سلامتی روان تأکید می‌کند که نیازهای سلامت روان در سراسر جهان گسترده است، اما پاسخ نظام‌های سلامت از نظر پوشش، کیفیت، دسترسی‌پذیری و توجه به پیشگیری ناکافی باقی مانده است. افزون بر شکاف درمان، شکاف مهم‌تری نیز در سطح پیشگیری وجود دارد؛ بدین معنا که سیاست‌های اقتصادی، آموزشی، مسکن، اشتغال، حمایت اجتماعی، محیط‌زیست و توسعه شهری بدون ارزیابی پیامدهای سلامت روان طراحی می‌شوند، در حالی که همین حوزه‌ها می‌توانند توزیع خطر و محافظت روان‌شناختی را در جمعیت تعیین کنند (Kirkbride et al., ۲۰۲۴; Patel et al., ۲۰۱۸; WHO, ۲۰۲۲).

مفهوم عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به شرایطی اشاره دارد که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، آموزش می‌بینند، کار می‌کنند، زندگی می‌کنند و سالمند می‌شوند و نیز به توزیع قدرت، پول، منزلت و منابعی مربوط است که این شرایط را شکل می‌دهد. در این رویکرد، سلامت محصول انتخاب‌های فردی یا دسترسی به خدمات پزشکی به‌تنهایی نیست، بلکه در بستر ساختارهای اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی تولید می‌شود. موقعیت اجتماعی - اقتصادی، درآمد، امنیت غذایی، کیفیت مسکن، سطح تحصیلات، اشتغال، امنیت شغلی، روابط

خانوادگی، تجربه خشونت، تبعیض، سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، ویژگی‌های محله و دسترسی به خدمات عمومی از جمله تعیین‌کننده‌هایی هستند که می‌توانند در طول دوره زندگی، احتمال سلامت یا اختلال روانی را تغییر دهند (WHO, ۲۰۱۴; Allen et al., ۲۰۱۴).

پیوند میان شرایط اجتماعی نامطلوب و اختلالات روانی رابطه‌ای ساده، خطی و تک‌علتی نیست. این رابطه از مسیرهای متعدد زیستی، روان‌شناختی، رفتاری و اجتماعی عمل می‌کند. قرارگرفتن طولانی‌مدت در معرض ناامنی اقتصادی، بدهی، بیکاری، مسکن نامناسب، تبعیض یا خشونت می‌تواند سامانه پاسخ به استرس را به‌طور مزمن فعال کند، احساس کنترل فرد را کاهش دهد، منابع مقابله‌ای را فرسوده سازد و احتمال اضطراب، افسردگی، مصرف مواد و رفتارهای پرخطر را افزایش دهد. از سوی دیگر، اختلال روانی نیز ممکن است به کاهش درآمد، از دست دادن شغل، گسست روابط، طرد اجتماعی و تنزل موقعیت اجتماعی منجر شود. بنابراین، رابطه فقر و اختلال روانی ماهیتی دوطرفه و تقویت‌شونده دارد و بدون مداخله در هر دو سوی این چرخه، نابرابری‌های سلامت روان بازتولید می‌شوند (Lund et al., ۲۰۱۰, ۲۰۱۸).

بررسی‌های جامع نشان داده‌اند که تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سطوح مختلف عمل می‌کنند. در سطح ساختاری، نظام اقتصادی، سیاست‌های مالیاتی و رفاهی، بازار کار، توزیع درآمد، قوانین کار، سیاست‌های جنسیتی، کیفیت حکمرانی، امکان مشارکت سیاسی و میزان حمایت اجتماعی قرار دارند. در سطح میانی، شرایط مادی زندگی، کیفیت مسکن و محله، امنیت شغلی، دسترسی به آموزش، حمایت خانوادگی، تجربه خشونت، انزوای اجتماعی، دسترسی به مراقبت و میزان مواجهه با آلودگی و ناامنی مطرح می‌شوند. در سطح نزدیک به فرد نیز منابع روان‌شناختی، احساس تعلق، امید، خودکارآمدی، شیوه‌های مقابله و رفتارهای مرتبط با سلامت قرار می‌گیرند. تمرکز انحصاری بر سطح فردی می‌تواند علل ساختاری پریشانی روان‌شناختی را پنهان کند و مسئولیت شرایط نامطلوب اجتماعی را به افرادی نسبت دهد که کنترل اندکی بر آنها دارند (Alegría et al., ۲۰۱۸; Kirkbride et al., ۲۰۲۴).

پیشگیری اولیه به اقداماتی اطلاق می‌شود که پیش از بروز اختلال و با هدف کاهش وقوع موارد جدید انجام می‌شوند. این اقدامات می‌توانند همگانی باشند و کل جمعیت را پوشش دهند، برای گروه‌هایی که به دلیل شرایط اجتماعی در معرض خطر بیشتری قرار دارند به‌صورت انتخابی اجرا شوند، یا برای افرادی به کار روند که هنوز معیارهای تشخیصی اختلال را ندارند اما نشانه‌ها یا مواجهه‌های پرخطر اولیه را نشان می‌دهند. در چارچوب عوامل اجتماعی، پیشگیری اولیه فقط شامل آموزش مهارت‌های مقابله، مدیریت استرس یا سواد سلامت روان نیست؛ بلکه سیاست‌های کاهش فقر، حمایت از درآمد، امنیت شغلی، مسکن مناسب، پیشگیری از خشونت، حمایت از والدین، آموزش باکیفیت،

تقویت سرمایه اجتماعی و ایجاد محیط شهری سالم نیز مداخلات پیشگیرانه سلامت روان محسوب می‌شوند (Oswald et al., ۲۰۲۴; WHO, ۲۰۱۴).

مرور نظام‌مند مرورهای پژوهشی درباره مداخلات معطوف به عوامل اجتماعی نشان داده است که مجموعه‌ای از مداخلات اقتصادی، خانوادگی، آموزشی، محیطی و اجتماعی می‌توانند پیامدهای سلامت روان را بهبود بخشند. انتقال‌های نقدی و حمایت‌های اجتماعی در برخی جمعیت‌ها فشار مالی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهند؛ برنامه‌های حمایت از والدین و رشد اوان کودکی احتمال مشکلات هیجانی و رفتاری را کم می‌کنند؛ مداخلات مدرسه‌محور، پیشگیری از قلدری و توسعه یادگیری اجتماعی - هیجانی می‌توانند تاب‌آوری و تعلق مدرسه‌ای را افزایش دهند؛ و برنامه‌های کاهش خشونت، ارتقای امنیت محله، بهبود مسکن و تقویت پیوندهای اجتماعی نیز ظرفیت پیشگیرانه دارند. با این حال، اندازه اثر این برنامه‌ها به کیفیت اجرا، پوشش، استمرار، بافت فرهنگی و همراهی آنها با اصلاحات ساختاری وابسته است و هیچ مداخله منفردی قادر به جبران هم‌زمان مجموعه محرومیت‌ها نیست (Oswald et al., ۲۰۲۴; Zimmerman et al., ۲۰۲۱).

دیدگاه دوره زندگی یکی دیگر از مبانی ضروری پیشگیری اولیه است. رشد روانی از پیش از تولد آغاز می‌شود و تحت تأثیر سلامت مادر، امنیت خانواده، کیفیت مراقبت، تغذیه، دلبستگی، تحریک شناختی و تجربه‌های اولیه قرار دارد. فقر دوران کودکی، تعارض شدید والدین، غفلت، خشونت، سوءاستفاده و بی‌ثباتی مسکن می‌توانند رشد عصبی و تنظیم هیجان را مختل کنند و حساسیت فرد را نسبت به استرس‌های بعدی افزایش دهند. اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی همچنین می‌تواند در طول زمان انباشته شود و از نسلی به نسل دیگر انتقال یابد. از این رو، سرمایه‌گذاری در سلامت مادران، حمایت از والدگری، آموزش پیش‌دبستانی، تغذیه، حفاظت از کودک و مدارس ایمن از مؤثرترین نقاط ورود برای پیشگیری اولیه محسوب می‌شود (Hughes et al., ۲۰۱۷; Shonkoff et al., ۲۰۱۲).

محیط‌های آموزشی و شغلی نیز از مهم‌ترین میدان‌های تولید یا حفاظت از سلامت روان هستند. مدارس می‌توانند از طریق ایجاد احساس تعلق، روابط حمایتگر، شناسایی زورگویی، تقویت مهارت‌های اجتماعی - هیجانی و دسترسی زودهنگام به حمایت روان‌شناختی نقش محافظتی داشته باشند. در مقابل، رقابت افراطی، تحقیر، تبعیض، طرد و ناامنی آموزشی می‌تواند فشار روانی را تشدید کنند. در محیط کار نیز امنیت قرارداد، درآمد عادلانه، کنترل بر وظایف، تعادل کار و زندگی، حمایت مدیریتی و جلوگیری از آزار و تبعیض با سلامت روان ارتباط دارند. بیکاری و اشتغال بی‌ثبات فقط درآمد را کاهش نمی‌دهند، بلکه هویت، منزلت، ساختار زمانی، روابط اجتماعی و احساس سودمندی را نیز تضعیف می‌کنند (Allen et al., ۲۰۱۴; Kirkbride et al., ۲۰۲۴).

سرمایه اجتماعی، اعتماد، حمایت متقابل، مشارکت مدنی و احساس تعلق به محله می‌توانند اثر فشارهای اقتصادی و روانی را تعدیل کنند. افرادی که به شبکه‌های حمایتگر خانوادگی، دوستی و اجتماعی دسترسی دارند، در زمان بحران منابع بیشتری برای دریافت کمک عملی، عاطفی و اطلاعاتی در اختیار دارند. در مقابل، تنهایی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی عمومی و کاهش فضاهای جمعی می‌توانند خطر افسردگی، اضطراب و پریشانی را افزایش دهند. با این حال، نباید سرمایه اجتماعی را جایگزینی برای حقوق اجتماعی و سیاست‌های عمومی دانست؛ شبکه‌های محلی زمانی کارآمدند که از زیرساخت، منابع و حمایت نهادی برخوردار باشند و مسئولیت جبران فقر یا نابرابری صرفاً به خانواده و جامعه محلی واگذار نشود. (Santini et al., ۲۰۲۰; Wickramaratne et al., ۲۰۲۲)

محیط فیزیکی و شهری نیز بخشی از معماری سلامت روان است. تراکم نامتناسب، آلودگی هوا و صوت، ترافیک، ناامنی، کمبود فضای سبز، دسترسی نابرابر به حمل‌ونقل عمومی و جدایی فضایی گروه‌های اجتماعی می‌توانند بر استرس روزانه، خواب، فعالیت بدنی، تعامل اجتماعی و احساس کنترل تأثیر بگذارند. ساکنان مناطق محروم معمولاً هم‌زمان در معرض چندین عامل خطر قرار می‌گیرند و از دسترسی کمتری به امکانات فرهنگی، ورزشی، آموزشی و درمانی برخوردارند. در نتیجه، پیشگیری اولیه در کلان‌شهرها باید ماهیتی مبتنی بر مکان داشته باشد و منابع بیشتری را به محله‌هایی اختصاص دهد که محرومیت اجتماعی و خطرهای محیطی در آنها متراکم شده است. (Bahrami et al., ۲۰۲۳; Kirkbride et al., ۲۰۲۴).

شواهد موجود در ایران نیز بر اهمیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی تأکید دارند. مطالعات ملی نشان داده‌اند که وضعیت سلامت روان بر حسب جنسیت، موقعیت اجتماعی - اقتصادی و جغرافیا متفاوت است و گروه‌های کم‌برخوردار، زنان و ساکنان مناطق محروم با آسیب‌پذیری بیشتری مواجه‌اند. تحلیل داده‌های مطالعه هم‌گروهی PERSIAN نشان داد که سلامت روان نامطلوب، هرچند در تمام گروه‌ها مشاهده می‌شود، در گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر تمرکز بیشتری دارد و جنسیت و محل زندگی در توضیح نابرابری نقش مهمی ایفا می‌کنند (Najafi et al., ۲۰۲۰). همچنین، در پژوهش کیفی انجام‌شده در جامعه ایرانی، شرایط اقتصادی و سیاسی، موقعیت اجتماعی، شرایط کار و زندگی، عوامل خانوادگی، عوامل روانی - اجتماعی و عملکرد نظام سلامت به‌عنوان تعیین‌کننده‌های سلامت روان مثبت شناسایی شدند (Falahat et al., ۲۰۱۹).

تهران به‌عنوان یک کلان‌شهر متراکم، ناهمگون و مهاجرپذیر، نمونه روشنی از هم‌زمانی فرصت‌ها و تهدیدهای اجتماعی سلامت روان است. تمرکز امکانات تخصصی، فرصت‌های آموزشی و اشتغال در کنار هزینه بالای مسکن، تراکم ترافیک، آلودگی، نابرابری فضایی، ناامنی شغلی، فاصله‌های طبقاتی و کاهش پیوندهای محله‌ای قرار گرفته است. در مطالعه هم‌گروهی تهران، ۳۷٫۱ درصد شهروندان بررسی‌شده در معرض

مشکلات سلامت روان قرار داشتند و میزان مشکلات در زنان بیشتر از مردان و در مناطق جنوب شرقی شهر برجسته‌تر بود. این تفاوت‌های فضایی و اجتماعی نشان می‌دهد که یک برنامه یکسان برای همه مناطق نمی‌تواند پاسخگوی توزیع نابرابر نیازها و منابع باشد (Bahrami et al., ۲۰۲۳).

با وجود گسترش مطالعات مربوط به شیوع اختلالات و عوامل همبسته، هنوز در ایران چارچوبی عملیاتی، چندسطحی و زمینه‌محور برای پیوند دادن تعیین‌کننده‌های اجتماعی به پیشگیری اولیه سلامت روان به‌طور کافی توسعه نیافته است. بخش زیادی از برنامه‌های موجود بر افزایش آگاهی، غربالگری یا ارائه خدمات فردمحور تأکید دارند و ارتباط سازمان‌یافته‌ای میان سیاست‌های رفاه اجتماعی، شهرداری، آموزش و پرورش، اشتغال، مسکن، رسانه و نظام سلامت برقرار نشده است. علاوه بر این، انتقال مستقیم چارچوب‌های تدوین‌شده در سایر کشورها بدون توجه به ساختار خانواده، نظام رفاهی، تفاوت‌های محله‌ای، فرهنگ کمک‌خواهی و ظرفیت سازمان‌های محلی ممکن است اثربخشی محدودی داشته باشد. بنابراین، شنیدن دیدگاه متخصصان و ذی‌نفعانی که در حوزه‌های مختلف با علل اجتماعی پریشانی روانی مواجه‌اند، برای طراحی یک چارچوب قابل اجرا ضروری است.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف طراحی چارچوب پیشگیری اولیه از اختلالات روانی بر پایه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در تهران انجام شد. پرسش اصلی آن بود که از دیدگاه متخصصان و ذی‌نفعان، چه عوامل اجتماعی در شکل‌گیری خطر یا حفاظت از سلامت روان نقش محوری دارند، چه اقدامات پیشگیرانه‌ای باید در سطوح ساختاری، اجتماعی، محیطی، خانوادگی و خدماتی انجام شود و عناصر این اقدامات چگونه می‌توانند در قالب چارچوبی منسجم سازمان یابند. انتظار می‌رود چارچوب حاصل بتواند فاصله میان شواهد علمی و سیاست‌گذاری را کاهش دهد و مبنایی برای طراحی برنامه‌های بین‌بخشی، تخصیص عادلانه منابع و ارزیابی پیامدهای سلامت روان سیاست‌های عمومی فراهم آورد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بود. انتخاب این رویکرد از آن رو صورت گرفت که هدف پژوهش، کشف و سازمان‌دهی ادراکات، تجربه‌ها و پیشنهادها متخصصان درباره پدیده‌ای چندسطحی و وابسته به زمینه بود و پژوهشگران نمی‌خواستند داده‌ها را از آغاز در قالب یک طبقه‌بندی ازپیش‌تعیین‌شده محدود کنند. تحلیل محتوای قراردادی امکان می‌دهد کدها، زیرطبقات و طبقات اصلی به‌صورت استقرایی از متن مصاحبه‌ها استخراج شوند و در عین حال ارتباط میان سطوح فردی، خانوادگی، اجتماعی، محیطی و ساختاری

روشن شود (Elo & Kyngäs, ۲۰۰۸; Hsieh & Shannon, ۲۰۰۵) گزارش مطالعه با توجه به معیارهای راهنمای تلفیقی گزارش

پژوهش‌های کیفی مبتنی بر مصاحبه و گروه کانونی، یعنی COREQ، تنظیم شد (Tong et al., ۲۰۰۷).

محیط پژوهش شهر تهران بود. جامعه مورد مطالعه از متخصصان، مدیران و کنشگرانی تشکیل شد که دست کم پنج سال تجربه علمی، اجرایی یا سیاستی مرتبط با سلامت روان، عوامل اجتماعی سلامت یا پیشگیری اجتماعی داشتند. مشارکت‌کنندگان از حوزه‌های روان‌شناسی بالینی و سلامت، روان‌پزشکی، سلامت عمومی و اجتماعی، مددکاری اجتماعی، سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، آموزش و پرورش، مدیریت شهری، برنامه‌ریزی اجتماعی، حوزه کار و رفاه و سازمان‌های مردم‌نهاد انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل اشتغال یا سابقه فعالیت حرفه‌ای در تهران، داشتن تجربه مستقیم در طراحی، اجرا یا ارزیابی برنامه‌های مرتبط، تمایل به مشارکت، توانایی بیان تجربه‌ها و رضایت از ضبط مصاحبه بود. نداشتن تجربه مرتبط، انصراف در جریان مصاحبه و ناممکن بودن تکمیل مصاحبه معیار خروج محسوب شد.

نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با راهبرد حداکثر تنوع انجام گرفت. در مرحله نخست، افرادی انتخاب شدند که تجربه مستقیم در نظام سلامت روان یا سلامت اجتماعی داشتند. با پیشرفت تحلیل، نمونه‌گیری جنبه نظری پیدا کرد و برای تکمیل مفاهیم در حال ظهور، متخصصانی از حوزه‌های آموزش، مدیریت شهری، اشتغال، رفاه اجتماعی و سازمان‌های مردم‌نهاد دعوت شدند. تنوع از نظر جنسیت، سن، رشته تخصصی، جایگاه دانشگاهی یا اجرایی، سابقه حرفه‌ای و نوع سازمان محل خدمت مورد توجه قرار گرفت. در مجموع، ۲۴ نفر در مطالعه شرکت کردند. اشباع اولیه در مصاحبه بیست‌ویکم حاصل شد؛ به این معنا که مصاحبه‌های جدید کد یا رابطه مفهومی اساسی تازه‌ای ایجاد نمی‌کردند. سه مصاحبه دیگر برای اطمینان از اشباع، بررسی انسجام طبقات و جست‌وجوی موارد مخالف انجام شد.

داده‌ها فقط با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شدند. راهنمای اولیه مصاحبه پس از مرور ادبیات و بحث در تیم پژوهش تدوین شد و سپس در دو مصاحبه آزمایشی از نظر وضوح، ترتیب و قدرت برانگیختن تجربه‌های عمیق بررسی شد. پرسش آغازین چنین بود: «از نظر شما مهم‌ترین شرایط اجتماعی که احتمال بروز مشکلات و اختلالات روانی را در شهروندان تهران افزایش یا کاهش می‌دهند کدام‌اند؟» پرسش‌های بعدی شامل این موارد بود: «پیشگیری اولیه در این حوزه باید از کجا آغاز شود؟»، «کدام گروه‌ها و محله‌ها به حمایت بیشتری نیاز دارند؟»، «خانواده، مدرسه، محیط کار، شهرداری، نظام رفاه و نظام سلامت چه نقشی دارند؟»، «موانع اجرای برنامه‌های پیشگیرانه چیست؟» و «یک چارچوب عملیاتی مطلوب چه اجزایی باید داشته باشد؟» برای تعمیق پاسخ‌ها از پرسش‌های کاوشگر مانند «لطفاً نمونه‌ای

بیان کنید»، «چرا این عامل را مهم می‌دانید؟»، «این موضوع از چه مسیری بر سلامت روان اثر می‌گذارد؟» و «چه اقدامی می‌تواند آن را تغییر دهد؟» استفاده شد.

مصاحبه‌ها از ۲۰۲۵ October تا ۲۰۲۶ February در مکان مورد توافق مشارکت‌کنندگان، عمدتاً اتاق‌های آرام دانشگاهی، مراکز حرفه‌ای یا به صورت برخط امن، انجام شدند. هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۸۲ دقیقه و به طور میانگین حدود ۶۱ دقیقه طول کشید. پیش از مصاحبه، هدف پژوهش، داوطلبانه بودن مشارکت، امکان انصراف، نحوه استفاده از داده‌ها و تدابیر محرمانگی توضیح داده شد. با رضایت مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها به صورت صوتی ضبط شدند. پژوهشگر علاوه بر ضبط صدا، یادداشت‌های میدانی درباره بافت مصاحبه، تأکیدها، مکث‌ها، واکنش‌های غیرکلامی و تأملات تحلیلی خود ثبت کرد. فایل‌های صوتی حداکثر ظرف ۴۸ ساعت به صورت واژه‌به‌واژه پیاده‌سازی و با فایل اصلی تطبیق داده شدند.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با گردآوری انجام گرفت. ابتدا هر متن چند بار خوانده شد تا پژوهشگران در داده‌ها غوطه‌ور شوند. سپس واحدهای معنایی مرتبط با عوامل خطر، عوامل محافظتی، گروه‌های آسیب‌پذیر، سازوکارهای اثرگذاری و راهبردهای پیشگیرانه مشخص شدند. واحدهای معنایی بدون تغییر مفهوم فشرده و به کدهای اولیه تبدیل شدند. کدهای مشابه یا مرتبط با مقایسه مستمر در زیرطبقات قرار گرفتند و زیرطبقات بر اساس شباهت‌ها، تفاوت‌ها و روابط مفهومی در طبقات اصلی سازمان یافتند. تحلیل فقط بر فراوانی عبارات متکی نبود، بلکه اهمیت مفهومی، قدرت تبیینی، ارتباط با پرسش پژوهش و موارد مخالف نیز در نظر گرفته شد. در مراحل پایانی، روابط میان طبقات بررسی و چارچوب پیشنهادی بر اساس منطق «تعیین‌کننده اجتماعی، سازوکار اثر، سطح مداخله، کنشگر مسئول و پیامد مورد انتظار» صورت‌بندی شد.

از نرم‌افزار NVivo برای ذخیره و مدیریت متن مصاحبه‌ها، ایجاد گره‌های کدگذاری، ادغام یا تفکیک کدها، نوشتن یادداشت‌های تحلیلی، مقایسه دیدگاه گروه‌های حرفه‌ای و بازیابی نقل‌قول‌های مرتبط استفاده شد. نرم‌افزار جایگزین تفسیر پژوهشگر نبود، بلکه به شفافیت، نظم و قابلیت ردیابی فرایند تحلیل کمک کرد. دو عضو تیم پژوهش بخشی از مصاحبه‌ها را به طور مستقل کدگذاری کردند و اختلافات از طریق گفت‌وگوی تحلیلی و مراجعه مجدد به متن برطرف شد. نسخه‌های مختلف درخت کدها، دلایل تغییر نام یا ادغام طبقات و تصمیم‌های تحلیلی در یک مسیر ممیزی ثبت شدند.

برای اطمینان از استحکام یافته‌ها، معیارهای اعتبار، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری مورد توجه قرار گرفتند (Lincoln & Guba, ۱۹۸۵). برای افزایش اعتبار، تحلیل هم‌زمان با مصاحبه، تعامل مستمر با داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، بررسی موارد ناسازگار و ارائه

خلاصه‌ای از برداشت‌ها به شش مشارکت‌کننده انجام شد. بازخورد مشارکت‌کنندگان به اصلاح تعریف دو زیرطبقه و شفاف‌تر شدن روابط میان حمایت اجتماعی و امنیت اقتصادی کمک کرد. برای وابستگی و تأییدپذیری، مسیر ممیزی، یادداشت‌های تأملی، نسخه‌های کدگذاری و صورت‌جلسات تیم تحلیل نگهداری شد. برای انتقال‌پذیری نیز ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، زمینه تهران، شیوه نمونه‌گیری و فرایند تحلیل با جزئیات توصیف شدند تا خوانندگان درباره کاربردپذیری یافته‌ها در زمینه‌های دیگر قضاوت کنند.

اصول اخلاقی شامل رضایت آگاهانه، محرمانگی، ناشناس‌سازی، حق انصراف و نگهداری ایمن داده‌ها رعایت شد. برای هر مشارکت‌کننده یک کد مانند P1 تا P24 در نظر گرفته شد و نام افراد، سازمان‌ها و نشانه‌های قابل‌شناسایی از متن حذف شد. فایل‌های صوتی و متون رمزگذاری شده فقط در اختیار تیم پژوهش قرار گرفت. پروتکل پژوهش باید پیش از اجرای واقعی به تصویب کمیته اخلاق مؤسسه مسئول برسد و در نسخه نهایی مقاله، نام کمیته و کد واقعی اخلاق در محل [نام کمیته اخلاق و کد مصوب] درج شود.

یافته‌ها

در این مطالعه نمونه، 24 نفر شامل 13 زن با فراوانی 54.2 درصد و 11 مرد با فراوانی 45.8 درصد شرکت داشتند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان 32 تا 61 سال و میانگین سنی آنان 44.8 سال بود. از نظر تحصیلات، 18 نفر معادل 75 درصد دارای مدرک دکتری تخصصی یا حرفه‌ای و 6 نفر معادل 25 درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. هشت نفر، معادل 33.3 درصد، در حوزه روان‌شناسی یا روان‌پزشکی؛ پنج نفر، معادل 20.8 درصد، در سلامت عمومی، سلامت اجتماعی یا اپیدمیولوژی؛ چهار نفر، معادل 16.7 درصد، در مددکاری اجتماعی و سازمان‌های مردم‌نهاد؛ سه نفر، معادل 12.5 درصد، در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت؛ دو نفر، معادل 8.3 درصد، در آموزش؛ و دو نفر، معادل 8.3 درصد، در مدیریت شهری، اشتغال یا رفاه اجتماعی فعالیت داشتند. سابقه حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان بین 7 تا 31 سال و میانگین آن 16.2 سال بود. تحلیل 24 مصاحبه به استخراج 72 کد اولیه، 18 زیرطبقه و پنج طبقه اصلی منجر شد.

طبقه نخست، امنیت اقتصادی و عدالت توزیعی، شامل زیرطبقه‌های ثبات درآمد و حمایت در برابر شوک‌های اقتصادی، اشتغال شایسته و امنیت شغلی، مسکن استطاعت‌پذیر و امنیت غذایی و تخصیص متناسب منابع به گروه‌های محروم بود. مشارکت‌کنندگان فشار اقتصادی را نه صرفاً یک مشکل مالی، بلکه منبعی از استرس مزمن، تعارض خانوادگی، احساس شکست، کاهش کنترل و فرسایش امید توصیف کردند. آنان تأکید داشتند که آموزش مدیریت استرس در شرایطی که فرد با بدهی، اجاره سنگین، بیکاری یا ناامنی غذایی مواجه است، اثر محدودی دارد. مداخلات پیشنهادی شامل بیمه بیکاری کارآمد، حمایت موقت از درآمد در دوره بحران، پوشش خدمات پایه، حمایت از مستأجران آسیب‌پذیر،

برنامه‌های امنیت غذایی، مشاوره مالی و حقوقی رایگان و ایجاد اشتغال پایدار بود. اصل محوری این طبقه «همگانی گرایی متناسب» بود؛ یعنی حمایت‌های پایه باید برای کل جمعیت وجود داشته باشد، اما شدت و منابع برنامه‌ها در مناطق محروم و برای زنان سرپرست خانوار، افراد بیکار، کارگران غیررسمی، مهاجران، افراد دارای معلولیت و خانواده‌های دارای کودک بیشتر باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «وقتی یک خانواده هر ماه نمی‌داند اجاره خانه را چگونه بدهد، اضطراب دیگر یک مسئله صرفاً فردی نیست؛ حتی بهترین آموزش آرام‌سازی هم تا وقتی ناامنی اصلی سر جایش است، اثرش کوتاه‌مدت می‌ماند» [نقل قول نمونه، P۷]. مشارکت‌کننده دیگری گفت: «پیشگیری باید قبل از رسیدن فرد به مطب شروع شود؛ گاهی مؤثرترین مداخله روانی، جلوگیری از اخراج، حفظ شغل یا تأمین غذای کودک است» [نقل قول نمونه، P۱۸].

طبقه دوم، خانواده توانمند و آغاز سالم زندگی، زیرطبقات حمایت از سلامت روان و امنیت مادران، والدگری حمایتگر، پیشگیری از خشونت و غفلت، مراقبت و آموزش باکیفیت دوران کودکی و پشتیبانی از خانواده در گذارها و بحران‌ها را در بر گرفت. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، خانواده نخستین محیط توزیع امنیت، تعلق، تنظیم هیجان و فرصت رشد است، اما نباید همه مسئولیت پیشگیری به والدین واگذار شود؛ زیرا کیفیت والدگری خود تحت تأثیر فقر، فشار کار، مسکن، سلامت والدین و دسترسی به خدمات قرار دارد. آنان پیشنهاد کردند آموزش والدگری از دوره بارداری آغاز و در مراکز بهداشت، مهدکودک‌ها و مدارس به صورت رایگان و غیرانگ‌زننده ارائه شود. غربالگری خشونت خانگی و مشکلات شدید خانوادگی باید با مسیر ایمن حمایت اجتماعی، حقوقی و روان‌شناختی همراه باشد. مرخصی والدینی، خدمات مراقبت از کودک، حمایت از خانواده‌های تک‌والد، مداخله در سوگ و طلاق و آموزش مهارت‌های ارتباطی از دیگر اجزای پیشنهادی بودند. یک متخصص گفت: «کودکی که هر روز شاهد ترس، تحقیر یا درگیری است، پیش از مدرسه یاد می‌گیرد دنیا جای امنی نیست؛ پیشگیری واقعی یعنی این چرخه را همان‌جا متوقف کنیم» [نقل قول نمونه، P۳]. مشارکت‌کننده دیگری تأکید کرد: «نباید به مادر خسته و مضطرب فقط بگوییم بهتر والدگری کن؛ باید ببینیم آیا حمایت دارد، می‌تواند استراحت کند، امنیت مالی دارد و در معرض خشونت نیست» [نقل قول نمونه، P۱۴]. طبقه سوم، سرمایه اجتماعی، تعلق و مشارکت اجتماعی، از زیرطبقات شبکه‌های حمایت رسمی و غیررسمی، اعتماد و همبستگی محله‌ای، کاهش انگ و تبعیض، مشارکت شهروندی و دسترسی به فضاهای جمعی فراگیر تشکیل شد. مشارکت‌کنندگان تنهایی، بی‌اعتمادی، گسست روابط محله‌ای و فقدان مکان‌های امن برای تعامل را از عوامل رو به افزایش آسیب‌پذیری روانی در تهران دانستند. آنان بر ایجاد مراکز اجتماعی محله‌محور، گروه‌های همیاری، فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی کم‌هزینه، برنامه‌های داوطلبانه، حمایت از سالمندان تنها و شبکه‌های حمایت

از نوجوانان و تازه‌واردان تأکید کردند. مقابله با انگ اختلالات روانی باید از اطلاع‌رسانی یک‌طرفه فراتر رود و بر تماس اجتماعی هدایت‌شده، روایت تجربه زیسته و اصلاح زبان رسانه‌ای متکی باشد. مشارکت واقعی شهروندان در نیازسنجی، طراحی و ارزیابی برنامه‌ها نیز بخشی از پیشگیری تلقی شد؛ زیرا مشارکت می‌تواند احساس کنترل، اعتماد و مالکیت اجتماعی را افزایش دهد. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «در بعضی محله‌ها مردم در کنار هم زندگی می‌کنند، اما واقعاً همدیگر را نمی‌شناسند؛ فرد ممکن است هزاران همسایه داشته باشد و در بحران حتی یک نفر را برای تماس پیدا نکند» [نقل قول نمونه، P۱۱]. دیگری بیان کرد: «مرکز سلامت روان نباید تنها جایی باشد که فرد بیمار به آن مراجعه می‌کند؛ محله باید فضاهایی داشته باشد که مردم بدون برجسب، برای ارتباط، یادگیری و دریافت حمایت وارد شوند» [نقل قول نمونه، P۲۱].

طبقه چهارم، محیط‌های سالم زندگی، آموزش و کار، زیرطبقات شهر و محله ارتقادهنده سلامت روان، مدرسه ایمن و تعلق‌آفرین، محیط کار عادلانه و حمایتگر و دسترسی عادلانه به فرهنگ، ورزش و طبیعت را شامل شد. مشارکت‌کنندگان آلودگی هوا و صوت، رفت‌وآمد طولانی، ناامنی معابر، ازدحام، کمبود فضای سبز، جدایی فضایی طبقات و نابرابری امکانات شهری را فشارهای روزمره‌ای دانستند که به تدریج ظرفیت سازگاری را کاهش می‌دهند. آنان پیشنهاد کردند ارزیابی اثرات سلامت روان به بخشی از تصمیم‌های توسعه شهری، حمل‌ونقل، مسکن و بازآفرینی محله تبدیل شود. در مدارس، برنامه‌های یادگیری اجتماعی - هیجانی، پیشگیری از قلدری، آموزش معلمان، خدمات مشاوره در دسترس و کاهش رقابت آسیب‌زا ضروری دانسته شد. در محیط کار نیز امنیت قرارداد، دستمزد منصفانه، ساعات کار قابل‌پیش‌بینی، پیشگیری از آزار، مشارکت کارکنان در تصمیم‌ها و دسترسی محرمانه به حمایت روان‌شناختی مورد تأکید قرار گرفت. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار کرد: «کسی که روزی سه ساعت در ترافیک است، شب در خانه کوچک و پر تنش می‌خوابد و در محل کار از اخراج می‌ترسد، با یک کارگاه دو ساعته تاب‌آوری محافظت نمی‌شود» [نقل قول نمونه، P۵]. مشارکت‌کننده‌ای از حوزه آموزش گفت: «مدرسه می‌تواند عامل محافظتی بسیار قدرتمندی باشد، اما اگر کودک در مدرسه تحقیر، مقایسه یا طرد شود، همان مدرسه به عامل خطر تبدیل می‌شود» [نقل قول نمونه، P۱۶].

طبقه پنجم، حکمرانی یکپارچه و زیرساخت پیشگیرانه سلامت روان، شامل زیرطبقات مسئولیت مشترک بین‌بخشی، سلامت روان در همه سیاست‌ها، داده و پایش نابرابری، خدمات پیشگیرانه جامعه‌محور و مشارکت افراد دارای تجربه زیسته بود. مشارکت‌کنندگان پراکندگی مسئولیت‌ها، اجرای پروژه‌های کوتاه‌مدت، نبود شاخص‌های مشترک، غلبه نگاه درمانی و ضعف تبادل داده میان سازمان‌ها را موانع اصلی دانستند. آنان پیشنهاد کردند شورایی دائمی با حضور نظام سلامت، رفاه، آموزش، شهرداری، کار، مسکن، رسانه، سازمان‌های مردم‌نهاد و

نمایندگان شهروندان تشکیل شود و هر دستگاه اهداف قابل اندازه‌گیری مرتبط با سلامت روان داشته باشد. ارزیابی پیامدهای سلامت روان باید پیش از تصویب سیاست‌های مهم اقتصادی و شهری انجام شود. داده‌ها نیز باید بر حسب جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی، معلولیت، اشتغال و محله تفکیک شوند تا نابرابری‌ها پنهان نمانند. خدمات اولیه سلامت باید علاوه بر شناسایی زودهنگام، امکان ارجاع به مددکاری، حمایت حقوقی، اشتغال، مسکن و منابع محله‌ای را فراهم کنند. یکی از مدیران اظهار کرد: «تا زمانی که سلامت روان فقط مأموریت وزارت بهداشت تلقی شود، علت‌های اصلی بیرون از اتاق درمان دست‌نخورده باقی می‌مانند» [نقل قول نمونه، P۹]. مشارکت‌کننده دیگری گفت: «هر سیاست بزرگ باید یک سؤال ساده را پاسخ دهد: این تصمیم برای اضطراب، امید، احساس امنیت و روابط مردم چه پیامدی دارد و این پیامد برای کدام گروه شدیدتر است؟» [نقل قول نمونه، P۲۴].

برآیند طبقات به طراحی چارچوبی منجر شد که در آن پیشگیری اولیه بر پنج اصل استوار است: رویکرد دوره زندگی، همگانی‌گرایی متناسب، مداخله مبتنی بر مکان، مشارکت معنادار جامعه و پاسخ‌گویی بین‌بخشی. در این چارچوب، سطح ساختاری شامل سیاست‌های درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش، حمایت اجتماعی و مقابله با تبعیض است؛ سطح محیطی و نهادی مدارس، محیط‌های کار، محله‌ها و فضاهای شهری را در بر می‌گیرد؛ سطح خانوادگی بر والدگری، امنیت کودک و حمایت در بحران‌ها تمرکز دارد؛ و سطح جامعه‌محور شامل شبکه‌های حمایت، مشارکت مدنی، سواد سلامت روان و خدمات پیشگیرانه قابل‌دسترس است. پیامدهای کوتاه‌مدت چارچوب شامل کاهش فشار مالی، افزایش احساس امنیت، تقویت حمایت اجتماعی و افزایش دسترسی به منابع است؛ پیامدهای میان‌مدت شامل کاهش تنهایی، خشونت، فرسودگی و نشانه‌های اولیه پریشانی؛ و پیامد بلندمدت آن کاهش بروز اختلالات روانی و نابرابری‌های مرتبط با آنها خواهد بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف طراحی چارچوب پیشگیری اولیه از اختلالات روانی بر اساس عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت انجام شد و پنج طبقه اصلی را آشکار ساخت: امنیت اقتصادی و عدالت توزیعی، خانواده توانمند و آغاز سالم زندگی، سرمایه اجتماعی و تعلق، محیط‌های سالم زندگی و کار و حکمرانی یکپارچه پیشگیرانه. ارتباط این طبقات نشان داد که سلامت روان نتیجه تعامل میان منابع مادی، روابط اجتماعی، تجربه‌های دوره زندگی، ویژگی‌های محیطی و عملکرد نهادهای عمومی است. بنابراین، پیشگیری اولیه را نمی‌توان به یک برنامه آموزشی منفرد یا ارائه مشاوره محدود کرد. چارچوب پیشنهادی، پیشگیری را فرایندی چندسطحی می‌داند که در آن کاهش مواجهه با عوامل خطر ساختاری باید هم‌زمان با تقویت عوامل محافظتی فردی، خانوادگی و اجتماعی انجام گیرد. این برداشت با چارچوب اجتماعی اختلالات روانی

(Lund et al. ۲۰۱۸)، نقشه راه Kirkbride et al. (۲۰۲۴) و جهت گیری گزارش جهانی سلامت روان هماهنگ است که بر بازطراحی محیط های مؤثر بر سلامت روان، اقدام میان بخشی و توجه به نابرابری تأکید دارند. (WHO, ۲۰۲۲)

یافته مربوط به امنیت اقتصادی و عدالت توزیعی نشان داد که بی ثباتی درآمد، بیکاری، کار غیررسمی، هزینه مسکن و ناامنی غذایی از دید مشارکت کنندگان مهم ترین ریشه های قابل پیشگیری فشار روانی اند. این یافته با مدل چرخه فقر و اختلالات روانی سازگار است؛ در این مدل، محرومیت اقتصادی از طریق استرس مزمن، کاهش اختیار، محدود کردن فرصت ها و افزایش تعارض بر سلامت روان اثر می گذارد و اختلال روانی نیز با کاهش توان اشتغال و درآمد، محرومیت را تشدید می کند. (Lund et al., ۲۰۱۰) مرور Oswald et al. (۲۰۲۴) نیز نشان داد که مداخلات مرتبط با حمایت اجتماعی، درآمد، اشتغال و مسکن در مجموعه مداخلات دارای ظرفیت پیشگیرانه قرار می گیرند، هرچند نتایج آنها به طراحی و زمینه اجرا وابسته است. در ایران، (Najafi et al. ۲۰۲۰) نشان دادند سلامت روان نامطلوب در گروه های کم برخوردار تمرکز بیشتری دارد و تفاوت های جنسیتی و جغرافیایی باید در برنامه های مداخله ای مورد توجه قرار گیرد. بنابراین، توصیه مشارکت کنندگان به همگانی گرای متناسب اهمیت ویژه ای دارد؛ سیاست های همگانی از انگ و حذف گروه های مرزی جلوگیری می کنند، اما منابع باید بر اساس شدت محرومیت افزایش یابند تا مداخله به کاهش شکاف منجر شود، نه اینکه گروه های برخوردارتر بیشتر از آن بهره مند شوند.

طبقه خانواده توانمند و آغاز سالم زندگی نشان داد که پیشگیری باید پیش از ظهور نشانه های بالینی و حتی پیش از تولد کودک آغاز شود. سلامت روان مادر، امنیت رابطه ای، کیفیت مراقبت، ثبات خانه و نبود خشونت، زیرساخت رشد تنظیم هیجان و اعتماد کودک را فراهم می کنند. این یافته با دیدگاه دوره زندگی و شواهد مربوط به تجربه های نامطلوب کودکی مطابقت دارد (Hughes et al. ۲۰۱۷). در یک مرور نظام مند و فراتحلیل نشان دادند تجمع تجربه های نامطلوب دوران کودکی با افزایش خطر طیفی از پیامدهای نامطلوب روانی، رفتاری و جسمانی ارتباط دارد (Shonkoff et al. ۲۰۱۲). نیز توضیح دادند که استرس سمی در غیاب روابط حمایتگر می تواند سامانه های زیستی در حال رشد را تحت تأثیر قرار دهد. تأکید مشارکت کنندگان بر حمایت از والدین، نه سرزنش آنان، از نظر سیاستی مهم است؛ زیرا کیفیت والدگری مستقل از شرایط مادی و اجتماعی خانواده نیست. برنامه های آموزش والدگری زمانی پایدارتر خواهند بود که با مرخصی والدینی، مراقبت از کودک، حمایت درآمدی، پیشگیری از خشونت و خدمات قابل دسترس همراه شوند. این نتیجه همچنین با یافته (Falahat et al. ۲۰۱۹) همسو است که عوامل خانوادگی، شرایط زندگی و زمینه اقتصادی را در کنار یکدیگر از تعیین کننده های سلامت روان مثبت در ایران معرفی کردند.

یافته مربوط به سرمایه اجتماعی، تعلق و مشارکت اجتماعی نشان داد که روابط انسانی و اعتماد جمعی منابع اساسی پیشگیری هستند. انزوا و تنهایی فقط تجربه‌هایی ذهنی نیستند، بلکه می‌توانند از طراحی شهری، جابه‌جایی جمعیت، کاهش فضاهای عمومی، فشار زمانی کار، انگ و بی‌اعتمادی نهادی ناشی شوند (Santini et al. ۲۰۲۰). نشان دادند که گسست اجتماعی و احساس انزوا با افزایش نشانه‌های افسردگی و اضطراب ارتباط متقابل دارند (Wickramaratne et al. ۲۰۲۲). نیز حمایت اجتماعی و پیوند اجتماعی را از تعیین‌کننده‌های مهم سلامت روان معرفی کردند. با این حال، یافته‌های حاضر هشدار می‌دهند که توصیه به معاشرت یا مشارکت بدون ایجاد زیرساخت، برای افرادی که در محله ناامن زندگی می‌کنند، محدودیت حرکتی دارند یا با تبعیض مواجه‌اند کافی نیست. مراکز اجتماعی محله‌ای، فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی کم‌هزینه، گروه‌های همیاری و برنامه‌های داوطلبانه می‌توانند فرصت‌های واقعی ارتباط را افزایش دهند. مشارکت شهروندی نیز علاوه بر تولید برنامه‌های متناسب‌تر، احساس کنترل و اعتماد را تقویت می‌کند. حضور افراد دارای تجربه زیسته در تصمیم‌گیری باید فراتر از مشورت نمادین باشد و شامل اختیار واقعی در اولویت‌گذاری، طراحی و ارزیابی شود.

طبقه محیط‌های سالم زندگی، آموزش و کار نشان داد که پیشگیری اولیه باید در مکان‌های زندگی روزانه ادغام شود. یافته‌های مربوط به تهران با نتایج Bahrami et al. (۲۰۲۳) هماهنگ است که شیوع بالاتر مشکلات سلامت روان را در بخش‌هایی از شهر و ارتباط زندگی کلان‌شهری با آلودگی، نابرابری و ناامنی مطرح کردند. تمرکز جغرافیایی خطر به این معناست که صرف افزایش تعداد مراکز درمانی بدون اصلاح کیفیت محله، حمل‌ونقل، مسکن و فضای عمومی، تنها بخشی از مسئله را پوشش می‌دهد. مدارس نیز به دلیل پوشش گسترده کودکان و نوجوانان، محیطی کلیدی برای پیشگیری همگانی هستند. برنامه‌های یادگیری اجتماعی - هیجانی، پیشگیری از قلدری، روابط حمایتگر با معلمان و دسترسی مجرمانه به مشاوره می‌توانند عوامل محافظتی را تقویت کنند. در محیط کار، ترکیب تقاضای بالا، کنترل پایین، قرارداد بی‌ثبات و بی‌عدالتی سازمانی می‌تواند سلامت روان را تضعیف کند. از این رو، برنامه‌های رفاه کارکنان نباید جایگزین اصلاح شرایط کار شوند. آموزش مدیریت استرس زمانی معتبر است که سازمان نیز مسئولیت کاهش منابع قابل‌تغییر استرس را بپذیرد.

یافته حکمرانی یکپارچه و زیرساخت پیشگیرانه نشان داد که بزرگ‌ترین مانع پیشگیری ممکن است کمبود دانش درباره عوامل خطر نباشد، بلکه پراکندگی مسئولیت و فقدان سازوکار پاسخ‌گویی باشد. عوامل اجتماعی در حوزه اختیار یک سازمان قرار ندارند؛ درآمد، کار، مسکن، آموزش، محیط شهری و خدمات سلامت توسط دستگاه‌های متفاوت مدیریت می‌شوند. در نتیجه، بدون اهداف مشترک، بودجه پایدار، تبادل داده و ارزیابی بین‌بخشی، برنامه‌ها به فعالیت‌های کوتاه‌مدت و پراکنده تبدیل می‌شوند. رویکرد «سلامت روان در همه سیاست‌ها» می‌تواند

پیامدهای روانی سیاست‌های اقتصادی، اجتماعی و شهری را پیش از اجرا آشکار سازد. این یافته با توصیه (Kirkbride et al., ۲۰۲۴) برای اقدام ساختاری، مداخله زودهنگام و پایش نابرابری و نیز با گزارش WHO (۲۰۲۵) درباره ضرورت اصلاح توزیع قدرت، پول و منابع همسو است. تفکیک داده‌ها بر حسب محله و گروه اجتماعی نیز ضروری است، زیرا میانگین‌های شهری می‌توانند تمرکز آسیب در مناطق خاص را پنهان کنند.

چارچوب پیشنهادی حاصل از این پژوهش از چند جهت با الگوهای صرفاً بالینی تفاوت دارد. نخست، واحد مداخله را علاوه بر فرد، خانواده، مدرسه، محیط کار، محله و سیاست عمومی در نظر می‌گیرد. دوم، رابطه میان سطح خطر و شدت حمایت را به رسمیت می‌شناسد و از ارائه بسته یکسان برای تمام جمعیت پرهیز می‌کند. سوم، به‌جای تمرکز انحصاری بر کاهش نشانه‌ها، شاخص‌های میانجی مانند امنیت مالی، احساس کنترل، حمایت اجتماعی، تعلق، اعتماد و دسترسی به فرصت‌ها را وارد ارزیابی می‌کند. چهارم، مسئولیت سلامت روان را میان نظام سلامت و سایر بخش‌ها توزیع می‌کند. پنجم، مشارکت جامعه و افراد دارای تجربه زیسته را شرط اعتبار و پایداری برنامه می‌داند. این ویژگی‌ها با مدل‌های جدید سلامت روان عمومی مطابقت دارند که خواستار توازن میان درمان اختلالات موجود، پیشگیری از موارد جدید و ارتقای سلامت روان مثبت هستند (Campion et al., ۲۰۲۲; Patel et al., ۲۰۱۸).

از منظر اجرایی، چارچوب را می‌توان در سه سطح زمانی عملیاتی کرد. در کوتاه‌مدت، ایجاد سازوکار ارجاع اجتماعی در مراقبت‌های اولیه، خدمات حمایت روانی و اجتماعی در مدارس، مشاوره حقوقی و مالی برای خانواده‌های آسیب‌پذیر، حمایت از شبکه‌های محله‌ای و آموزش کارکنان خط مقدم قابل‌اجراست. در میان‌مدت، توسعه بیمه بیکاری، استانداردهای محیط کار، مراکز اجتماعی محله‌ای، برنامه‌های والدگری همگانی و سامانه پایش نابرابری‌های سلامت روان ضروری است. در بلندمدت، اصلاحات پایدار در مسکن، آموزش، اشتغال، حمایت اجتماعی و طراحی شهری باید دنبال شود. این ترتیب زمانی نباید به تعویق اصلاحات ساختاری منجر شود؛ بلکه هدف آن ترکیب اقدامات فوری با تغییرات بنیادی است.

ارزیابی چارچوب نیز باید چندسطحی باشد. اندازه‌گیری صرف شیوع اختلالات در فاصله زمانی کوتاه ممکن است اثر برنامه‌های اجتماعی را نشان ندهد. بنابراین، شاخص‌های فرایندی مانند پوشش برنامه، مشارکت گروه‌های محروم، همکاری دستگاه‌ها و کیفیت اجرا؛ شاخص‌های میانجی مانند امنیت غذایی، ثبات مسکن، حمایت اجتماعی، احساس امنیت، تعلق مدرسه‌ای و عدالت سازمانی؛ و شاخص‌های نهایی مانند

بروز اختلالات، خودکشی، مصرف مواد، غیبت تحصیلی و شغلی و نابرابری سلامت روان باید هم‌زمان بررسی شوند. استفاده از طرح‌های طولی، ارزیابی‌های طبیعی سیاست‌ها و مقایسه محله‌ها می‌تواند نسبت‌دادن تغییرات به مداخلات را تقویت کند.

محدودیت نخست پژوهش، ماهیت کیفی و انجام آن در تهران است؛ بنابراین هدف، تعمیم آماری به تمام جمعیت ایران نیست و تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و خدماتی استان‌ها باید در کاربرد چارچوب در نظر گرفته شود. مشارکت‌کنندگان عمدتاً متخصص و ذی‌نفع حرفه‌ای بودند و دیدگاه مستقیم شهروندان کم‌درآمد، کودکان، نوجوانان، سالمندان، مهاجران، افراد دارای معلولیت و افراد دارای تجربه زیسته اختلالات روانی به اندازه کافی بازنمایی نشد. احتمال سوگیری مطلوبیت اجتماعی و تأثیر دیدگاه پژوهشگران بر تفسیر داده‌ها نیز وجود دارد. علاوه بر این، طبقات و نقل‌قول‌های ارائه‌شده در این پیش‌نویس نمونه‌اند و در اجرای واقعی باید منحصرأ از مصاحبه‌های ثبت‌شده استخراج و با مسیر ممیزی مستند شوند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده چارچوب پیشنهادی را در استان‌ها، شهرهای کوچک، مناطق روستایی و گروه‌های اجتماعی گوناگون بازبینی کنند. انجام مطالعات مشارکتی با حضور افراد دارای تجربه زیسته، نوجوانان، خانواده‌های کم‌برخوردار، مهاجران و کارکنان غیررسمی می‌تواند مؤلفه‌های مغفول را آشکار سازد. در مرحله بعد، می‌توان با روش دلفی یا اجماع ذی‌نفعان، اولویت، امکان‌پذیری و شاخص‌های هر مؤلفه را تعیین کرد. مطالعات آمیخته و طولی برای آزمون روابط پیشنهادی چارچوب، بررسی اثر تجمعی تعیین‌کننده‌ها و ارزیابی مداخلات مبتنی بر محله ضروری‌اند. همچنین، ارزیابی طبیعی پیامدهای سیاست‌های مسکن، اشتغال، یارانه، حمل‌ونقل و آموزش می‌تواند شواهد علی‌قوی‌تری درباره تأثیر سیاست‌های غیرسلامتی بر سلامت روان فراهم آورد.

در حوزه عمل، پیشنهاد می‌شود یک ساختار دائمی بین‌بخشی برای پیشگیری اولیه سلامت روان در سطح ملی و شهری تشکیل شود و اهداف هر دستگاه با شاخص‌های روشن و بودجه مشخص تعریف گردد. خدمات مراقبت اولیه باید به نظام ارجاع اجتماعی متصل شوند تا نیازهای مربوط به مسکن، اشتغال، حمایت حقوقی، خشونت و امنیت غذایی در کنار نیازهای روان‌شناختی پاسخ داده شوند. مدارس، دانشگاه‌ها و محیط‌های کار باید برنامه‌های فراگیر ارتقای سلامت روان را همراه با اصلاح شرایط سازمانی اجرا کنند. شهرداری‌ها نیز می‌توانند با اولویت‌دادن به محله‌های محروم، توسعه فضای سبز و فضاهای جمعی ایمن، تقویت مراکز اجتماعی و تسهیل مشارکت شهروندان نقش محوری داشته باشند. تمامی برنامه‌ها باید از نظر دسترسی گروه‌های محروم، اثر بر نابرابری و پایداری مالی ارزیابی شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که پیشگیری اولیه از اختلالات روانی فرایندی فراتر از آموزش فردی، غربالگری یا افزایش تعداد خدمات تخصصی است. اختلالات روانی در خلأ شکل نمی گیرند، بلکه با امنیت اقتصادی، کیفیت روابط خانوادگی، تجربه های کودکی، فرصت های آموزشی و شغلی، وضعیت محله، احساس تعلق، تبعیض و عملکرد نهادهای عمومی پیوند دارند. در نتیجه، برنامه ای که تنها از افراد بخواهد سازگاری بیشتری نشان دهند، بدون آنکه منابع مزمن فشار را تغییر دهد، ممکن است اثری محدود یا نابرابر داشته باشد.

چارچوب پیشنهادی پنج حوزه به هم پیوسته را در مرکز پیشگیری قرار می دهد: امنیت اقتصادی و عدالت توزیعی؛ خانواده توانمند و آغاز سالم زندگی؛ سرمایه اجتماعی، تعلق و مشارکت؛ محیط های سالم زندگی، تحصیل و کار؛ و حکمرانی یکپارچه و زیرساخت پیشگیرانه. این حوزه ها باید بر اساس رویکرد دوره زندگی، همگانی گرایی متناسب، حساسیت به مکان، مشارکت جامعه و پاسخ گویی بین بخشی عملیاتی شوند. مداخلات همگانی پایه باید در دسترس همه شهروندان باشند، اما میزان حمایت باید متناسب با تراکم محرومیت و آسیب پذیری افزایش یابد. کاربرد چارچوب مستلزم آن است که سلامت روان به یکی از معیارهای تصمیم گیری در سیاست های رفاهی، اقتصادی، آموزشی، شغلی، مسکن و توسعه شهری تبدیل شود. نظام سلامت در این چارچوب همچنان نقش مهمی دارد، اما نقش آن از ارائه درمان فراتر می رود و شامل شناسایی اجتماعی نیازها، ارجاع به منابع اجتماعی، تولید داده، حمایت از مداخلات جامعه محور و دفاع از سیاست های عادلانه می شود. موفقیت چارچوب نیز باید نه فقط با کاهش نشانه های روان شناختی، بلکه با افزایش امنیت، اختیار، تعلق، حمایت اجتماعی و کاهش شکاف های سلامت روان سنجیده شود.

در نهایت، پیشگیری اولیه مؤثر نیازمند تغییر پرسش سیاستی از «چگونه افراد بیشتری را درمان کنیم؟» به «چگونه شرایطی ایجاد کنیم که افراد کمتری در معرض علل قابل پیشگیری اختلالات روانی قرار گیرند؟» است. چنین تغییری می تواند سلامت روان را از حاشیه سیاست اجتماعی به یکی از معیارهای اصلی توسعه عادلانه و پایدار منتقل کند.

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.

در این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Reference List

- Alegría, 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, 95. doi:10.1007/s11920-018-0969-9
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407. doi:10.3109/09540261.2014.928270
- Bahrami, M., Jalali, A., Ayati, A., Shafiee, A., Alaedini, F., Saadat, S., Masoudkabar, F., Shahmansouri, N., & Noorbala, A. 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
- Campion, J., Javed, A., Lund, C., Sartorius, N., Saxena, S., Marmot, M., Allan, J., & Udomratn, P. (2022). Public mental health: Required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 169–182. doi:10.1016/S2215-0366(21)00199-1
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Falahat, K., Mirabzadeh, A., Baradaran Eftekhari, M., Sajjadi, H., Vameghi, M., Ghaedamini Harouni, G., & Feizzadeh, G. (2019). Social determinants of positive mental health in Iranian society: A qualitative approach. *International Journal of Preventive Medicine*, 10, 170. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_94_18
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. doi:10.1002/wps.21160
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Swartz, L., & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low- and middle-income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517–528. doi:10.1016/j.socscimed.2010.04.027
- 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
- Najafi, F., Pashdar, Y., Hamzeh, B., Rezaei, S., Moradinazar, M., Soofi, M., & Safari-Faramani, R. (2020). Decomposing socioeconomic inequality in poor mental health among Iranian adult population: Results from the PERSIAN cohort study. *BMC Psychiatry*, 20, 229. doi:10.1186/s12888-020-02596-y

- Oswald, T. K., Nguyen, M. T., Mirza, L., Lund, C., Jones, H. G., Crowley, G., Aslanyan, D., Dean, K., Schofield, P., Hotopf, M., & Das-Munshi, J. (2024). Interventions targeting social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *Psychological Medicine*, 54(8), 1475–1499. doi:10.1017/S0033291724000333
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omighodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70. doi:10.1016/S2468-2667(19)30230-0
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. doi:10.1542/peds.2011-2663
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. doi:10.1093/ije/dyu038
- 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
- Wickramaratne, P. J., Yangchen, T., Lepow, L., Patra, B. G., Glicksburg, B., Talati, A., Adekkanattu, P., Ryu, E., Biernacka, J. M., Charney, A., Mann, J. J., Pathak, J., Olsson, M., & Weissman, M. M. (2022). Social connectedness as a determinant of mental health: A scoping review. *PLOS ONE*, 17(10), e0275004. doi:10.1371/journal.pone.0275004
- 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.
- World Health Organization. (2025). *World report on social determinants of health equity*. World Health Organization.
- Zimmerman, A., Garman, E., Avendano-Pabon, M., Araya, R., Evans-Lacko, S., McDaid, D., Park, A. L., Hessel, P., Diaz, Y., Matijasevich, A., Ziebold, C., Bauer, A., Paula, C. S., & Lund, C. (2021). The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 6(4), e004661. doi:10.1136/bmjgh-2020-004661