



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مرور نظام‌مند مطالعات ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت روان

### در جامعه ایرانی

#### مورد کاوش: مقالات علمی پژوهشی داخلی ۱۳۸۵-۱۳۹۹

محمد توکل\*، ابراهیم اخلاصی\*\*، سیدپویا رسولی‌نژاد\*\*\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۲

#### چکیده

پراکندگی نتایج مطالعات، ضرورت مرور نظام‌مند پژوهش‌های ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت روان را به‌منظور رسیدن به تصویری نسبتاً جامع از آورده‌ها و چالش‌های مطالعاتی آشکار می‌سازد. هدف مطالعه، شناسایی و سنخ‌بندی متغیرهای معطوف به سلامت روان در جامعه ایرانی است. پرسش اصلی مطالعه این است که در پژوهش‌های داخلی ۱۳۸۵-۱۳۹۹ موضوع سلامت روان در نسبت با چه متغیرهایی مورد توجه محققان علوم اجتماعی قرار گرفته است؟ مرور نظام‌مند ۳۰ مقاله پژوهشی منتخب نشان می‌دهد سلامت روان متأثر از ۳۶ متغیر در چهار سنخ اجتماعی، فرهنگی، زمینه‌ای و روان‌شناختی، محصول شرایط اجتماعی و فرهنگی است. متغیرهای اجتماعی در ۳۶/۶٪ موارد بیشترین فراوانی را دارا هستند و متغیرهای روان‌شناختی در ۲۳/۴٪ موارد کمترین اهمیت را نزد نویسندگان پژوهش‌های مرور شده داشته‌اند. این نتیجه نشانگر اهمیت شرایط اجتماعی و مؤید یافته‌های علمی جهانی ناظر به سهم بیشتر تعیین‌کننده‌های اجتماعی - نسبت به تعیین‌کننده‌های فردی و روان‌شناختی - در سلامت و بیماری و به‌طور خاص سلامت و بیماری روانی می‌باشد. متغیرهای فرهنگی و زمینه‌ای نیز هرکدام به‌طور جداگانه در ۳۰٪ پژوهش‌ها توجه پژوهشگران را به خود جلب نموده‌اند. عدم راهکار اجرایی در مطالعات، امتناع پژوهشگران داخلی از کاربرد روش‌های کیفی و تفسیری، و بی‌توجهی به نوع مناسبات میان ساختار و مؤلفه‌های سیاسی با سلامت روان از جمله محوری‌ترین وجوه مغفول در پژوهش‌های مرور شده است. این بررسی اهمیت عوامل اجتماعی و نیاز به اقدامات سیاستی و مداخلات جدی برای ارتقاء سلامت روان اعضای جامعه را برجسته می‌سازد.

\* استاد جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول). mtavakol@ut.ac.ir

\*\* استادیار جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. eb.ekhlesi@gmail.com

\*\*\* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی سیاسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. puya\_rasulinejad@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی، نهاد سلامت، مرور نظام‌مند، حمایت اجتماعی.

## بیان مسئله

سلامت که یکی از حقوق اساسی افراد جامعه است، از پیش‌شرط‌های مهم دستیابی جوامع به رفاه و توسعه اجتماعی می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را تنها فقدان بیماری و نقص عضو تعریف نمی‌کند، بلکه تعریف آن رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود (کوریتس، ۱۳۸۱: ۱۵). این سازمان که سلامت روانی را مؤلفه‌ای اساسی در این تعریف می‌داند، این اصل را در سطح جهانی پذیرفته است که «هیچ سلامتی‌ای بدون سلامت روان وجود ندارد» و بدین منظور برنامه جامع اجرایی خود را برای تحقق کامل آن تدوین نموده است. چشم‌انداز برنامه اجرایی این سازمان در سطح جهانی در سال‌های ۲۰۲۰-۲۰۱۳ به دنبال تحقق این است که «ارزشمندی سلامت روان محرز گردد، ارتقاء یافته و محافظت شود، از بیماری‌های روانی جلوگیری به عمل آید و افراد مبتلا به این بیماری‌ها قادر به دستیابی به طیف گسترده‌ای از حقوق انسانی، مشارکت کامل در جامعه و همین‌طور دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی با کیفیت بالا باشند» (WHO, 2013). در تلقی این سازمان سلامت روان بسیار اهمیت دارد که در آن فرد توانمندی‌های خود را می‌شناسد، از قدرت مواجهه با فشارهای معمول زندگی برخوردار است، برای جامعه سودمند است، و می‌تواند تصمیم‌گیری و مشارکت اجتماعی داشته باشد. بر این اساس است که سلامت روان را مبنایی برای رفاه و سلامت افراد و جوامع در نظر می‌گیرند.

به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان مانند ابعاد دیگر سلامت از طیف گسترده‌ای از عوامل و تعیین‌کننده‌های اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. طبق تصریح برنامه جامع این سازمان برای سلامت روان، عوامل تعیین‌کننده سلامت روان و بیماری‌های روانی علاوه بر ویژگی‌های فردی، عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مانند

سیاست‌های کلان ملی، حمایت اجتماعی، استانداردهای زندگی، وضعیت شغلی و شرایط اجتماعات محلی را نیز در برمی‌گیرد. نه تنها تجربه بیماری توسط عوامل اجتماعی شکل می‌گیرد، بلکه علل، پیامدها و درمان افراد مبتلا به بیماری روانی زمینه اجتماعی دارد (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۲). امر بیماری دیگر آن چیزی نیست که به حیطه مطب، درمانگاه و بیمارستان منحصر باشد، بلکه مسئله‌ای است که غیر از خود بیمار به دولت و سیاست و در نهایت به اداره جامعه مربوط می‌شود (Adam & Herzlich, 2006: 11). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، «ریشه بیشتر نابرابری‌های سلامت و عمده رنج‌های انسان، اجتماعی است: عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت» (WHO, 2010: 39). امروزه تأثیر شرایط اجتماعی بر سلامت افراد تا حدی پذیرفته شده که عبارت «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت»<sup>۱</sup> (SDH) از دهه ۱۹۹۰ به‌طور فزاینده‌ای در متون علمی و سیاست‌گذاری مورد تأکید قرار گرفته است. بنا بر تعریف، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شرایطی‌اند که افراد در آنها متولد می‌شوند، زندگی می‌کنند، یاد می‌گیرند، کار می‌کنند، بازی می‌کنند، عبادت می‌کنند، و بر طیف وسیعی از نتایج و خطرات مرتبط با سلامتی، عملکرد و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند (Friedman, 2019: 27). تعیین‌کننده‌های سلامت می‌توانند بر سلامتی تأثیر منفی بگذارند، خطر بیماری‌ها را افزایش دهند و شرایط را در میان مبتلایان به بیماری‌ها وخیم‌تر سازند. بر پایه اظهار نظر کمیسیون تعیین‌کننده‌های روانی - اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت، از بین عوامل مؤثر در سلامت سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی تنها ۱۵ درصد می‌باشد، درحالی‌که سلامت و بیماری عمده‌ترین تأثیر را از عوامل اجتماعی که ناشی از شرایط زندگی و کار مردم است می‌پذیرد. بدون تردید این میزان در مورد بیماری‌های روانی بیشتر مصداق پیدا می‌کند. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان نیز خطر شیوع بیماری‌های روانی و اختلالات مصرف مواد را افزایش

می دهند و در میان کسانی که با اختلال در سلامت روان زندگی می کنند، دوره را پیچیده و نتایج را بدتر می کنند (Compton & Shim, 2020: 216).

در رابطه با تعیین کننده های سلامت، مطالعات گوناگونی نشان داده اند که ساختارها و نهادهای اجتماعی، سیاسی و فرهنگی بر سلامت افراد تأثیر می گذارند (Kim & et al, United States Department of Health & Human Services, 2015: 348.). سیاست های اقتصاد کلان، سیاست های عمومی و سیاست های اجتماعی تأثیرات پایین دستی دارند که نتیجه آن نابرابری های سلامت است (Compton & Shim, 2015: 420). به عنوان مثال، ساختارهای اجتماعی مانند طرد اجتماعی، تفکیک و قشربندی اجتماعی سلامت اعضای جامعه را تحت تأثیر قرار می دهند (Larsson, 2013: 185.). Raphael, 2006: 655). ساختارهای اجتماعی غالباً فرصت های نابرابری را در پی دارند و گروه هایی که مزیت های بیشتری دارند (به عنوان مثال درآمد، تحصیلات، طبقه اجتماعی و...) از سلامتی بیشتری برخوردار هستند (Compton & Shim, 2015: 421). در مجموع، ساختارها و سیاست های اجتماعی بر بازار کار، مسکن، آموزش، مراقبت های بهداشتی و... تأثیر می گذارند و به همین ترتیب، همه آنها تعیین کننده های اجتماعی سلامت هستند (WHO, 2010).

برای نمونه، می توان به جنسیت گرایی به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت روان اشاره نمود. در بسیاری از جوامع مردسالار با تفاوت های شدیدی در فرصت های زن و مرد مواجه هستیم. زنان در بین تمام مشاغل اصلی، درآمد کمتری نسبت به مردان دارند (Graf et al, 2019) و زنان مجرد ثروت کمتری نسبت به مردان مجرد کسب می کنند (Shaw et al, 2019). نابرابری های فاحشی برای زنان در موقعیت های مدیریتی در زمینه های مختلف وجود دارد. زنان در ایالات متحده، در سیاست های فدرال، ایالتی و محلی، به ویژه در مقایسه با سایر کشورهای جهان، حضور بسیار اندکی دارند. این نابرابری ها را نمی توان از طریق ژنتیک (مربوط به کروموزوم X یا کروموزوم Y) یا هورمون ها (مربوط به استروژن در مقابل تستوسترون) توضیح داد، بلکه به عنوان نتیجه

یک مسئله ناعادلانه اجتماعی به شکل بسیار بهتری قابل تبیین هستند (Compton & Shim, 2020: 216). تبعیض جنسیتی به‌عنوان یک تعیین‌کننده اجتماعی در سلامت، با توزیع ناعادلانه و ناعادلانه فرصت‌ها پایه‌گذاری شده است که بدون شک هم بر اساس سیاست‌های عمومی و هم هنجارهای اجتماعی بنا شده است. تبعیض جنسیتی بر سلامتی و بیماری تأثیر بسزایی دارد. اگرچه این سازوکار کاملاً روشن نیست، اما تحقیقات قابل‌توجهی در مورد ارتباط بین تبعیض ادراک‌شده و نتایج ضعیف سلامت روان وجود دارد. تبعیض جنسیتی با افزایش خطر پریشانی روانشناختی، اضطراب و افسردگی برای زنانی که این تبعیض را درک می‌کنند همراه است (Landry & Mercurio, 2019: 195).

بر اساس نتایج تحقیقات سازمان جهانی بهداشت، امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از مسائل روانی رنج می‌برند، حال آنکه محققان پیش‌بینی کرده‌اند این رقم تا ۲۰ سال آینده بیشتر و چشمگیرتر خواهد شد (WHO, 2004: 10). موضوع سلامت روان و شیوع بالای بیماری‌های روانی به‌طور خاص در جامعه ما نیز بسیار حائز اهمیت می‌باشد. بر اساس نتایج مطالعه‌ای که بخشی از تحقیق ملی درباره سلامت در ایران است، شیوع بیماری‌های روانی در سال ۱۳۷۸ در کل کشور، استان تهران و شهر تهران به ترتیب ۲۱ درصد (۲۵/۹ درصد از زنان و ۱۴/۹ درصد از مردان)، ۲۱/۲ درصد و ۲۱/۵ درصد بوده است (Noorbala et al, 2004). همچنین در راستای پروژه سنجش عدالت در سلامت که به بررسی سلامت روانی شهر تهران در سال ۱۳۸۷ پرداخته است، شیوع بیماری‌های روانی در این شهر ۳۴/۲ درصد (۳۷/۹ درصد زنان و ۲۸/۶ درصد مردان) برآورد شده است. در این پژوهش حدود دو میلیون نفر در شهر تهران نیازمند خدمات بهداشت روان برآورد شده‌اند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۹). پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۸۹-۱۳۹۰) نیز نشان داد که تقریباً از هر چهار نفر یک نفر (۲۳/۶ درصد) از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی است که بیشتر آن‌ها از بین زنان، ساکنین مناطق شهری، افراد بیکار، افراد با تحصیلات کمتر و افراد دارای

وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین می‌باشند. این آمارها در حالی است که بر پایه آمار سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) میزان شیوع بیماری‌های روانی در ۱۴ کشور دنیا بین ۴/۳ درصد در شانگهای چین تا ۲۶/۴ درصد در ایالات متحده آمریکا در نوسان بوده است و بنابراین وضعیت نامساعد کشور ما در رابطه با سلامت روانی را خاطر نشان می‌سازد (WHO, 2008).

علی‌رغم اینکه ۸۵ درصد از تعیین‌کننده‌های سلامت، به‌جز عوامل زیستی و ژنتیکی است، به نظر می‌رسد این مسئله در تمامی کشورها، از جمله ایران، نادیده گرفته شده است. بنابراین، با توجه به نقش اندک عوامل زیستی و ژنتیکی در بیماری‌های روانی و در مقابل، سهم بسیار مهم و تعیین‌کننده دیگر عوامل از جمله تعیین‌کننده‌های اجتماعی ضروری است که همه عوامل و متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت روان مورد توجه جدی قرار بگیرند. علی‌رغم اهمیت موضوع سلامت روان در کشور ما، همچنان که در گزارش عملکرد اداره سلامت روان وزارت بهداشت (به‌عنوان متولی ارتقاء سلامت روان در جامعه) اشاره شده، هنوز یکی از نقاط ضعف کشور در این زمینه، فقدان عزم سیاسی و مدیریتی برای اولویت قرار دادن سلامت روان، علی‌رغم بار عظیم اختلالات روانپزشکی است. یکی از دلایل این مسئله این است که نتایج پراکنده و بعضاً متناقض مطالعات (که تحقیقات مختلف و متعددی را در ایران رقم زده)، امکان رسیدن به دریافتی نسبتاً جامع از موضوع سلامت روان در کشور را دچار ابهام جدی نموده است. مرتفع شدن ابهامات پژوهشی در این باره صرفاً از طریق ترکیب و مقایسه نتایج پژوهش‌های گذشته، و در پرتو مرور نظام‌مند نتایج مطالعات قبلی فراهم می‌گردد. این مرور زمانی امکان‌پذیر می‌گردد که فراوانی مطالعات مرتبط با یک موضوع خاص - در اینجا سلامت روان - به میزان و اندازه‌ای باشد که بتوان به ترکیب نتایج و انطباق آن‌ها با یکدیگر اقدام نمود. وفور مطالعات معطوف به سلامت روان، این امکان را در مورد پدیده مذکور به‌خوبی فراهم آورده است. بدین ترتیب، مطالعه حاضر می‌کوشد به این پرسش اصلی پاسخ دهد که پژوهش‌های متعدد داخلی، انجام گرفته در سال‌های اخیر، چه تصویری از وجوه



مرور نظام‌مند مطالعات ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت ... ۷

مختلف موضوع سلامت روان در جامعه ایرانی ارائه می‌دهند؟ علاوه بر این پرسش، دو پرسش فرعی دیگر که باز هم در امتداد پرسش اصلی مطالعه قرار می‌گیرد، به شرح زیر مطرح می‌گردد:

- تعیین‌کننده‌های سلامت روان در بین مطالعات داخلی انجام‌شده در بازه زمانی ۱۳۸۵-۱۳۹۹ را چگونه می‌توان گونه‌شناسی نمود؟
- وضعیت مطالعات مرور شده به لحاظ ویژگی‌های روش‌شناختی و نظری به چه صورت است؟
- نقاط ضعف و قوت مطالعات داخلی انجام‌شده با موضوع سلامت روان در بازه زمانی ۱۳۸۵-۱۳۹۹ چیست؟

### پیشینه پژوهشی

بررسی پیشینه تجربی نشان می‌دهد که مطالعات چندی به بررسی رابطه متغیرهای گوناگون با سلامت روان پرداخته‌اند، اما هیچ‌کدام به‌طور جامع و نظام‌مند مؤثر بر سلامت روان را مورد توجه و بررسی قرار نداده‌اند. موسوی فخر و کیوانلو (۱۴۰۰) نقش دینداری در سلامت روان دانشجویان را به شکل مروری و با بررسی شانزده مقاله مطالعه کردند و به ارتباط معنی‌داری بین دینداری و سلامت روان دست یافتند. پژوهشگران در این مطالعه نتیجه گرفتند که دینداری یکی از سازه‌های روانشناختی مهم و مرتبط با سلامت روان است و استفاده از آن در برنامه‌ریزی‌های سلامتی و بهداشتی برای مسئولین کمک‌کننده خواهد بود، بدین معنی که تقویت ابعاد مختلف دینداری در دانشجویان منجر به ارتقای سلامت می‌شود. یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴) با فراتحلیل رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان از طریق مطالعه ده پژوهش به مقدار بالایی در میزان اثر این رابطه دست یافتند. آن‌ها نشان دادند که مذهب می‌تواند موجب ایجاد معنا شود. مذهب به زیستن و مردن انسان معنا می‌بخشد، موجب امیدواری می‌شود و

خوش‌بینی افراد را افزایش می‌دهد، به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه‌خدایی دارد و می‌تواند کاهش‌یافتگی کنترل شخصی را جبران کند. در مقابل، نیازی و همکاران (۱۳۹۸) با انجام فراتحلیلی بر مطالعات و پژوهش‌های دینداری و سلامت روان در ایران که با بررسی شانزده مقاله انجام شد، به‌اندازه اثر یا ضریب تأثیر اندک دینداری در سلامت روان دست یافتند و نتیجه گرفتند که میزان دینداری افراد جامعه در حد کمی می‌تواند سطح سلامت آنها را تبیین کند.

ابراهیمی پرگو و همکاران (۱۳۹۲) با فراتحلیل شانزده پژوهش در مورد رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد، به‌طوری‌که هرچه میزان حمایت اجتماعی بیشتر باشد، افراد از لحاظ سلامت روان وضعیت بهتری دارند. پژوهشگران در توجیه این رابطه افزودند که روابط اجتماعی تقریباً در هر حال می‌تواند به‌عنوان سپری در مقابل حوادث و رویدادهای فشار آور عمل کند و بدین ترتیب فرد را در مقابل پیامدهای ناگوار مصون دارد. همچنین، مرادی و همکاران (۱۳۹۱) از طریق فراتحلیل هشت پژوهش، اندازه اثر میزان رابطه سلامت روان و حمایت اجتماعی در ایران را بالاتر از حد متوسط برآورد و اهمیت فراهم نمودن زمینه تقویت حمایت اجتماعی از افراد را خاطر نشان کردند. نیازی و همکاران (۱۳۹۶) نیز تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان را با فراتحلیل یازده پژوهش مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که اندازه اثر ترکیبی تصادفی سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در حد متوسطی است. همچنین، پژوهشگران به‌عنوان یافته‌های راهبردی نشان دادند که توجه به سرمایه اجتماعی مهاجران، حاشیه‌نشینان، دانشجویان و معلمان، دارای اهمیت بسیاری است، زیرا با کاهش سرمایه اجتماعی در میان این گروه‌ها سلامت روانی آنها بسیار کاهش می‌یابد.

توکل و مقصودی (۱۳۹۰) در بررسی مکانیسم و چگونگی تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روان از طریق مطالعه‌ای اسنادی نشان دادند که وجود سرمایه اجتماعی، شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی موجب احساس آسودگی خیال، کاهش

اضطراب، افزایش سیستم دفاعی بدن و در نهایت سلامت روانی می‌شود. این پژوهشگران با بررسی تئوری‌ها و مدل‌های موجود در این زمینه به این نتیجه دست یافتند که وجود سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک حائل در مقابل عوامل فشارزای درونی و بیرونی نقش مثبتی ایفا می‌کند. مکانیسم تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بدین صورت است که افراد برای کسب حمایت اجتماعی و آرامش روانی به خانواده، دوستان و آشنایان خود متوسل می‌شوند و سپس برای دسترسی به سرمایه اجتماعی وسیع‌تر به منابع گروهی متوسل می‌گردند و از این طریق شبکه‌ای را بین درون‌گروه و برون‌گروه ایجاد می‌کنند. افرادی که به عضویت در گروه‌ها موفق می‌شوند اثرات منفی روانی ناشی از استرس‌های محیطی را دفع می‌کنند و به‌این‌ترتیب بیماری‌های روانی در آن‌ها کاهش می‌یابد. توکل و فراهانی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای جامعه‌شناختی به بررسی تطبیقی اختلالات روانی در شهرهای اراک و سایگون (به‌عنوان بزرگ‌ترین شهر صنعتی ویتنام) پرداختند و نشان دادند که مؤلفه‌های مهاجرت، وضعیت شغلی، پایگاه طبقاتی، قومیت، فشارهای ساختاری و اجتماعی، مشکلات خانوادگی و سرمایه اجتماعی، همگی در به خطر انداختن سلامت روانی و ابتلای افراد به بیماری‌های روانی اثرگذارند.

عرب‌زاده (۱۳۹۵) با مطالعه سی پژوهش در رابطه با عوامل مؤثر در سلامت روان سالمندان و با بهره‌گیری از روش ترکیب اندازه اثر به روش «اشمیت و هانتز» نشان داد که رابطه بین سلامت روان و متغیرهای سرمایه اجتماعی، فعالیت‌های جسمانی (ورزشی / تفریحی)، تأهل، عدم سکونت در سرای سالمندی، بهزیستی، جنسیت، وضعیت اقتصادی، تحصیلات و شیوه‌های مختلف درمانی با سلامت روان سالمندان حمایت لازم را دریافت کرد. یافته‌های این پژوهش مشخص کرد که عوامل فردی، اجتماعی، روانی و جمعیت‌شناختی می‌تواند بر سلامت روان سالمندان تأثیرگذار باشد. نتایج تحقیق چلبی و یاقوتی (۱۳۹۲) بیانگر آن است که عامل نبود پیوند اجتماعی که متشکل از دو متغیر نبود حمایت اجتماعی و جدایی اجتماعی است، بیش از سایر عوامل با افسردگی رابطه دارد. بعدازآن به ترتیب، عامل نبود موفقیت اقتصادی که شامل متغیر دست نیافتن به

هدف است، و عامل نابسامانی اخلاقی که متشکل از متغیرهای بی‌اعتمادی اجتماعی، آنومی و احساس ناامنی می‌باشد، بیشترین تا کمترین سهم خالص را در توضیح افسردگی داشته‌اند.

مرتضوی و یاراللهی (۱۳۹۴) با فراتحلیل نه پژوهش داخلی در مورد رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان، نشان دادند که بین دو متغیر تاب‌آوری و سلامت روان، رابطه متوسط معنی‌داری وجود دارد. این یافته بیانگر این بوده است که افراد با سطح تاب‌آوری بالا به دلایل مختلفی از جمله مقاومت در برابر تنش، غلبه بر مشکلات، واکنش سازگارانه در مقابل شرایط ناگوار و توانمندی اجتماعی بالا، می‌توانند بر مسائل و مشکلات زندگی غلبه کنند و سلامت روان خود را حفظ کنند و از این جهت رضایت‌مندی کافی از زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی خود داشته باشند. عریضی و همکاران (۱۳۹۲) با استفاده از الگوی پژوهشی فراتحلیل و از طریق مطالعه ده پژوهش، مقدار اثر رابطه فرسودگی شغلی و ابعاد آن (خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و ناموفقیتی فردی) بر سلامت روان را بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که فرسودگی شغلی بیشتر ارتباط معنی‌داری با سلامت روانی کمتر دارد. همچنین، شاهپوری و عابدی (۱۳۹۷) از طریق فراتحلیل هفده پژوهش، رابطه نسبتاً قوی بین فرسودگی شغلی و سلامت روان را نشان دادند. نتایج این پژوهش بر اهمیت توجه به فرسودگی شغلی و پیامدهای زیان‌بار آن در زمینه سلامت روان تأکید می‌ورزد. جمالی پاقلعه و همکاران (۱۳۹۸) نیز در فراتحلیلی رابطه هوش هیجانی و سلامت روان را نشان دادند. بر اساس یافته‌های این تحقیق که با مطالعه سی پژوهش به انجام رسید، زمانی که هوش هیجانی به‌عنوان صفت ارزیابی می‌شود، ارتباط قوی‌تری با سلامت روان دارد نسبت به زمانی که به‌عنوان توانایی ارزیابی می‌شود. این پژوهش‌ها هرکدام از زاویه خاصی و با تأکید بر متغیرهای منفردی، ارتباط آنها را با سلامت روان سنجیده‌اند و بدین ترتیب مروری نظام‌مند در رابطه با مطالعات ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت روان ضرورت دارد.

## مبانی نظری

مطالعه حاضر بر پایه راهبرد قیاسی به انجام نرسیده است. همچنین، هدف مطالعه نظریه‌آزمایی و آزمون فرضیه‌ها نیست. طرح فشرده مباحث نظری در این بخش صرفاً با هدف اشباع نظری پژوهش صورت پذیرفته است. تحلیل‌های نظری برآمده از مرور نظام‌مند مقالات در بخش یافته‌های توصیفی و به‌ویژه در بخش تبیین‌های تفسیری مقاله، ارائه خواهند شد. چندسویه‌سازی تحلیل‌های نظری مرتبط با موضوع سلامت روان، ذیل سنت‌های نظری جامعه‌شناسی، فهم روشنی از سلامت روان و شیوع بیماری‌های روانی به‌مثابه واقعیت اجتماعی جامعه ایرانی در دسترس قرار می‌دهد. به‌بیان‌دیگر، پارادایم‌های نظری جامعه‌شناسی چشم‌اندازهای معرفتی منحصربه‌فردی را در نسبت با مطالعه مناسبات سلامت روان و جامعه در اختیار جامعه‌شناسان، روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی و اصحاب مطالعات اجتماعی قرار می‌دهد.

در دوران مدرن، فرایند ارزیابی و تشخیص بیماری‌های روانی در بستر درمانی - بالینی، ابتدا کار روان‌پزشکان بوده است، اما رویکرد بین‌رشته‌ای<sup>۱</sup> علاقه‌مندی به مطالعه سلامت و بیماری روانی در بسیاری از رشته‌های دیگر را افزایش داده است. شکل ۱، چهار رشته اصلی و مادر را نشان می‌دهد که از منظر حیطه‌هایی دغدغه‌مند هستند که در مطالعه مفهوم‌سازی سلامت و بیماری روان به آن می‌پردازند (Switzer et al, 2008: 90).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



شکل ۱- رشته‌های اصلی مطالعات سلامت و بیماری روان (Switzer & et al, 2008: 68)

رویکردهای روان‌شناسی و روان‌پزشکی فردگرایانه هستند و علل و درمان اختلالات روانی را در فرد مبتلا به اختلال جستجو می‌کنند. این نظریه‌ها مجزا بودن جسم و ذهن را می‌پذیرند و استدلال می‌کنند ذهن طی مراحل رشد و توسعه می‌یابد و اختلال ذهنی بر اساس اختلالات در رشد مشخص می‌شود که از رویدادهای تکان‌دهنده دوران کودکی یا از سایر اختلالات در طی مراحل رشد نشات می‌گیرند (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۴۹). رویکردهای روان‌شناسی و روان‌پزشکی، فردگرایانه و در جستجوی علل بروز اختلالات روانی و درمان آن‌ها در جسم و روان فرد هستند، درحالی‌که جامعه‌شناسی و واگیرشناسی هنگام مطالعه مباحث سلامت روان بر ویژگی‌های بیرونی افراد یعنی محیط‌های اجتماعی و طبیعی متمرکز هستند.

مرور نظام‌مند مطالعات ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت ... ۱۳

وجه تمایز سنت جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در مطالعه سلامت روان این است که تلاش جامعه‌شناسان برای کشف الگوهای اجتماعی تولید و توزیع سلامت و بیماری روانی می‌باشد (ریاحی و رهبری، ۱۳۹۳: ۵۳). بر اساس این رویکرد، اختلالات روانی از اثرات متقابل و همزمان ساختارها و کنش‌های متقابل اجتماعی تأثیر گرفته است.

جدول ۱- رویکردهای نظری در تبیین جامعه‌شناختی سلامت روان

|   |                |  |  |
|---|----------------|--|--|
| بعد دوم<br>ماهیت نشانه‌ها<br>(وابستگی یا استقلال نشانه‌های اختلالات روانی<br>از بافت فرهنگی و تاریخی جامعه) |                | اختلالات روانی   |  |
| وابسته به فرهنگ   | مستقل از فرهنگ |  |  |
| روان‌شناسی<br>جامعه‌شناختی  | سبب‌شناختی     | چگونگی تولید<br>اختلالات روانی (با<br>محوریت فرد مبتلا به<br>نشانه‌های اختلال) | بعد اول<br>هدف یا موضوع<br>تبیین (چگونگی<br>تولید اختلالات<br>روانی و نحوه<br>واکنش در برابر آن) |
| برساختگی اجتماعی  | پاسخ اجتماعی   | نحوه واکنش اجتماعی<br>(با محوریت<br>پاسخ‌دهندگان به<br>شخص دارای اختلال)       |  |

منبع: (Horwitz, 2006: 58)

مطالعات علیت اجتماعی و پاسخ اجتماعی، نشانه‌های اختلالات روانی را نشانه‌هایی مستقل از فرهنگ بررسی می‌کند، در صورتی‌که هدف اصلی از توضیحات روان‌شناسی جامعه‌شناختی و برساخت‌گرایی اجتماعی، درک این مسئله است که علائم و نشانه‌های اختلالات روانی، حاصل بافت اجتماعی بوده و به‌عنوان یک برساخته اجتماعی به‌طور فرهنگی ساخته شده‌اند (Horwitz, 2006: 61).

رویکردهای زیست‌شناختی و روان‌شناختی بیماری‌های روانی را صرفاً ویژگی و مشخصه‌ای مربوط به فرد می‌دانند، اما رویکردهای جامعه‌شناختی قویاً به این موضوع باور دارند که این بیماری‌ها در محیط اجتماعی و به‌واسطه شرایط اجتماعی ایجاد و تولید می‌شوند. رویکرد جامعه‌شناختی با مطالعه مفاهیم غالب این بیماری‌ها، آن‌ها را در زمینه گسترده‌تر اجتماعی و تحلیل روابط اجتماعی بررسی می‌کند و بدین ترتیب روش دیگری را برای نگریستن و اندیشیدن در مورد پدیده‌های روانی در دستور کار قرار می‌دهد. درحالی‌که رویکردهای فردگرا در بررسی سبب‌شناختی بیماری‌های روانی، به عواملی همچون استرس فیزیولوژیکی و یا تجربیات دوران کودکی اشاره می‌کنند، رویکردهای جامعه‌شناختی بر ساختارهای نابرابر اجتماعی، نقش‌های اجتماعی و عدم وجود منابع حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اصلی شیوع این بیماری‌ها تأکید می‌کنند.

جامعه‌شناسی پزشکی به‌عنوان یکی از زیرشاخه‌های جامعه‌شناسی، به‌طور خاص، ساختارهای اجتماعی و این‌که به چه نحو سلامت و بیماری در جامعه ایجاد می‌شوند را بررسی می‌کند. نظریه جامعه‌شناختی تبیین می‌کند که چگونه نظم تجویزی اجتماعی، شرایطی را ایجاد می‌کند که سبب آشفتگی روانی مردم می‌شود (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۸). در همین راستا، میروفسکی و رأس (۱۹۸۹) معتقدند که شرایط اجتماعی حداقل نیمی از تمام علائم و نشانه‌های افسردگی، و تقریباً سه‌چهارم علائم در بین افراد رده‌های پایین منزلت‌های اجتماعی، و آنهایی که از کمترین کنترل شخصی برخوردارند را تبیین می‌کنند (Mirowsky & Ross, 1989: 14). ترنر و همکاران (۱۹۹۵) نیز تصور می‌کنند که بین ۲۳ تا ۵۰ درصد از تفاوت‌های مشاهده‌شده در وضعیت سلامت روان از طریق تفاوت‌هایی که در رویارویی فرد با عوامل استرس‌زایی که بر پایه جنسیت، وضعیت تأهل و شغل استوار است، تبیین می‌شود (Turner et al, 1995: 107). بدین ترتیب، در رویکرد جامعه‌شناسی به بیماری‌های روانی، این موضوع کاملاً پذیرفته شده است که زندگی اجتماعی افراد است که باعث بروز و شیوع این بیماری‌ها در بین آن‌ها



می‌گردد. جامعه‌شناسان به دنبال شناسایی و مطالعه مهم‌ترین عوامل و موقعیت‌های اجتماعی‌ای هستند که منجر به بروز و شیوع بیماری‌های روانی در افراد و گروه‌های اجتماعی و یا یک جامعه معین می‌شود. توجه و تأکید ویژه جامعه‌شناسان در این زمینه به شیوه سازمان‌یافتگی جامعه (ساختار اجتماعی نابرابری‌ها)، موقعیت اجتماعی افراد (نقش و پایگاه اجتماعی)، و عضویت‌های گروهی آنان (کنش‌های متقابل اجتماعی) می‌باشد.

توجه به تأثیر عوامل و تعیین‌کننده‌های ساختاری در بروز رفتارهای انحرافی (همچون بیماری‌های روانی) در نظریات بزرگان جامعه‌شناسی به‌وضوح دیده می‌شود. دورکیم در مطالعه‌ای که درباره وضعیت آنومیک به انجام رسانده، تأثیرپذیری سلامت یا بیماری روانی از مؤلفه‌های کلان ساختاری را بررسی نموده است. تئوری آنومی دورکیم ارتباط نزدیکی با سلامت و اختلال روانی دارد. دورکیم، پس از بررسی میزان‌های خودکشی در کشورهای مختلف صنعتی و غیرصنعتی و نیز مقایسه این دو با هم، به این نتیجه می‌رسد که تقسیم‌کار آنومیک در جوامع صنعتی، بدون فراهم شدن مبنای اخلاقی انسجام‌بخش و حداقلی از وجدان جمعی، منجر به فروپاشی اجتماعی می‌شود. دورکیم در نظریه خودکشی خود با تأکید بر پیامدهای انسجام و انتظام، مؤلفه‌های ساختاری‌ای را مدنظر قرار می‌دهد که آمار خودکشی را افزایش می‌دهد. «عللی که افزایش خودکشی در میان افراد متمدن مثبتی بر آنهاست، خصیصه‌ای عمومی دارند. با پدیده‌ای روبرو هستیم که ارتباطی به هیچ شرایط محلی خاصی ندارد، بلکه به جو عمومی محیط اجتماعی وابسته است. آنچه افزایش مرگ‌های خودخواسته اثبات می‌نماید، نه فقط این است که تعداد بیشتری از افراد وجود دارند که برای ادامه زندگی خیلی ناخوشحال‌اند، بلکه نشان می‌دهد که خوشحالی عمومی جامعه نیز در حال کاهش است» (Durkheim, 2005: 346). به این ترتیب، دورکیم مطالعه گسترده خود درباره این وضعیت آنومیک را در کتابی با همین نام، یعنی خودکشی، پی می‌گیرد و اثر مؤلفه‌های کلان‌مقیاس و ساختاری را بر سلامت یا بیماری‌های روانی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. دورکیم بیش از

هر متفکر دیگری به مسائل جامعه مدرن از دید ساختاری پرداخته و یکی از مهم‌ترین مطالعاتش در زمینه خودکشی، به‌خوبی توان تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی‌ای که فرد را به گرفتن زندگی‌اش تشویق می‌کند سنجیده است (توکل و فراهانی، ۱۳۹۶: ۲۶۰).

جامعه‌شناسان متعلق به سنت دورکیم که در جستجوی علل بیماری‌های روانی در ساختارهای اجتماعی هستند، با بررسی ساختار جوامع گوناگون در حوزه‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی، چگونگی روابط بین این ساختارها و بیماری‌های روانی را مورد مطالعه قرار می‌دهند. رابرت مرتون یکی از مهم‌ترین نظریه‌ها را درباره بیماری و انحراف، بر اساس مفهوم آنومی دورکیم مطرح کرد. مرتون، جامعه را به‌مثابه نظامی در نظر می‌گیرد که متشکل است از مجموعه‌ای از مؤلفه‌های ساختاری چون فرهنگ و ساختارهای اجتماعی. مرتون به پیروی از دورکیم، معتقد است که تداوم وضعیت‌های آنومیک می‌تواند تبعات مختلفی برای افراد داشته باشد اما برخلاف دورکیم آن را نتیجه تغییرات ناگهانی اجتماعی نمی‌بیند، بلکه آن را مولود ساختار اجتماعی موجود تلقی می‌کند. چنین وضعیتی، به نظر مرتون، زمانی رخ می‌دهد که میان اهداف مقبول اجتماعی و وسایل مشروع رسیدن به چنین اهدافی در جامعه، شکافی دست‌نیافتنی و پرنکردنی موجود باشد. در نظریه فشار ساختاری، مرتون بر این باور است که انحراف (کژرفتاری) به این دلیل ایجاد می‌شود که جامعه دستیابی به برخی هدف‌ها را تشویق می‌کند، ولی وسایل ضروری برای رسیدن به این هدف‌ها را در اختیار همه اعضای جامعه قرار نمی‌دهد (Merton, 1968: 43). در چنین شرایطی فرد دچار فشارهای متعددی می‌شود که چه‌بسا منجر به شیوع اختلالات روانی خواهد شد. علاوه بر این، رویکرد مرتون به عناوین مختلفی می‌تواند در حوزه‌های جامعه‌شناسی پزشکی نیز مورد استفاده قرار گیرد و تبیین‌گر باشد (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۸۷: ۳۸)، چرا که اگرچه مرتون اساساً نظریه فشار ساختاری را در تبیین و تحلیل انحرافات مطرح کرد، ولی این نظریه چارچوب مؤثری در فهم مسائل و اختلالات روانی نیز ارائه می‌کند. عدم تعادل بین انتظارات و دستاوردهای واقعی، اثرات سوء بر سلامت روانی افراد بر

جای می‌گذارد. مهم‌ترین سهم این نظریه در مطالعه بیماری این است که این نظریه بینش جدیدی درباره اینکه چگونه شرایط اجتماعی کلان ممکن است بر شیوع بیماری در فرد اثر بگذارد، ارائه می‌کند. برای مثال، بروز اسکیزوفرنی به گونه نامتناسبی در میان طبقات کارگر به چشم می‌خورد، یعنی همان بخش‌هایی از جامعه که از نظر مرتون، بیشترین فشارها را متحمل می‌شوند و کمترین منابع برای انطباق را در اختیار دارند (Cockerham, 1992: 75).

بنابراین، اگرچه بیماری روانی از عوامل ژنتیکی، محیطی و ذهنی تأثیر می‌پذیرد، اما شرایط کلان اجتماعی نیز در آن تأثیر بسزا و بااهمیتی دارد. سلامت روان و بیماری روانی، به شدت محصولاتی اجتماعی هستند؛ به این معنی که در جامعه و توسط ساختارهای اجتماعی تولید می‌شوند. بی‌عدالتی و سرخوردگی‌ای که افراد جامعه دریافت می‌کنند، از شرایط اجتماعی‌ای ناشی می‌شود که سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد که نقش این عوامل و تعیین‌کننده‌های اجتماعی به‌طور خاص در مورد انواع گوناگون بیماری‌های روانی به‌طور قابل‌توجهی مشخص و محرز گشته است.

### روش تحقیق

پژوهش حاضر به روش مرور نظام‌مند انجام شده است. این روش مطالعه، ابزاری قوی برای مطالعه و تشخیص همه‌جانبه و تحلیل مطالعات مرتبط برای پاسخگویی به پرسش‌های تحقیق مورد نظر است. با بررسی و انجام مطالعات به‌صورت پراکنده تنها می‌توان به یک جنبه از یک تصویر بزرگ‌تر رسید، درحالی‌که ارزش یک بررسی نظام‌مند در ترکیب کردن قطعات گسسته و هم‌افزایی نتایج در یک روش سازمان‌یافته است و این امکان را فراهم می‌سازد که پژوهشگر یک نمای کلی از موضوع موردبررسی کسب کند (کنعانی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۲). در این پژوهش، مقالات منتشره علمی پژوهشی داخلی در بازه زمانی ۱۳۸۵-۱۳۹۹ با موضوع سلامت روان، جامعه آماری

مطالعه را تشکیل می‌دهند. «سلامت روان» عنوان متغیر وابسته این مطالعه است. با توجه به این‌که در هرکدام از پژوهش‌های مرور شده، سلامت روان از دیدگاه‌های متفاوتی موردبررسی قرار گرفته، لذا تأثیر طیف وسیعی از متغیرها بر روی سلامت روان بررسی شده است که در این مطالعه مرور نظام‌مند آن‌ها را پی گرفته‌ایم. جستجوی مقالات با استفاده از کلیدواژه «سلامت روان» در پایگاه‌های داده‌ای مشتمل بر پایگاه جهاد دانشگاهی، پایگاه مجلات تخصصی نور، بانک اطلاعات نشریات کشور و پرتال جامع علوم انسانی به انجام رسیده است. روال غربال‌گری مقالات بدین‌صورت بوده است که بر اساس کلیدواژه محوری جستجو شده در پایگاه‌های مذکور، در ابتدا ۷۲ مقاله موردبررسی اولیه قرار گرفتند و بر اساس معیارهای ورود و ملاک‌های اولیه (شامل علمی - پژوهشی بودن، تجربی (میدانی) بودن، و قرار داشتن در مقطع زمانی ۱۳۹۹-۱۳۸۵)، بسیاری از مقالات از دایره بررسی خارج و ۳۰ مقاله برای انجام مرور نظام‌مند انتخاب شدند. بخش‌های گوناگون متن مقالات منتخب به‌گونه‌ای معطوف به سؤالات پژوهش، از زوایای مختلف، به‌صورت نظام‌مند خوانش و مرور گردیدند. فهرست اطلاعاتی که در قالب پرسش از مطالعات مذکور استخراج شده، شامل موارد زیر است: نام نویسندگان، مکان و زمان پژوهش، ماهیت روش تحقیق، ابزار مطالعه، ماهیت و جنسیت جامعه آماری، جنسیت پژوهشگر، روایی و پایایی، آزمون فرضیه و استفاده یا عدم استفاده از چارچوب نظری. همچنین، بررسی ملاحظات نظری پژوهش‌های مرور شده، سنخ‌شناسی متغیرهای استفاده‌شده در آن‌ها، احصاء متغیرهای اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی و زمینه‌ای، ارائه راهکارهای اجرایی و میانگین متغیر وابسته در مقالات مرور شده نیز در دستور کار قرار گرفتند. در آخرین مرحله پردازش داده‌ها، تبیین‌های تفسیری مبتنی بر یافته‌های توصیفی به شیوه‌ای نظام‌مند و باورپذیر بر ساخت گردیده‌اند.

## یافته‌های پژوهش

یافته‌های این پژوهش در سطح آماره‌های توصیفی گزارش می‌شود. یافته‌ها به لحاظ تفسیری با تفصیل لازم در بخش بحث و نتیجه‌گیری مورد توجه قرار خواهد گرفت.

### توصیف وجوه مختلف پژوهش‌های مرور شده حسب متغیرهای گوناگون

این بخش از یافته‌ها ناظر به گزارش فراوانی و درصد مهم‌ترین متغیرهای مندرج در مطالعات مرور شده و نیز میانگین متغیر وابسته خواهد بود.

### زمان و مکان پژوهش‌های مرور شده: همان‌گونه که در جدول (۲) نشان داده شده

است، بیشترین درصد مکان انجام پژوهش‌های ناظر به موضوع سلامت روان مربوط به کلان‌شهر تهران (۴۰٪) است. شهرهای شیراز و کرمانشاه در رتبه دوم قرار دارند (۶/۷٪). بقیه مطالعات با ۴۶/۲٪ در سایر شهرهای دیگر به انجام رسیده‌اند که در مجموع این دسته از شهرهای اخیر در رتبه چهارم قرار می‌گیرند. مزید بر موارد قبل، بیشترین تعداد درصد مطالعات به ترتیب در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۹۰ (۱۳/۳٪) و ۱۳۸۷، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۶ (۱۰٪) به انجام رسیده‌اند. کمترین درصد مطالعات نیز مربوط به سایر سال‌ها (۳/۳٪) می‌باشد.

جدول ۲- ملاحظات زمانی و مکانی پژوهش‌های مرور شده

| مکان پژوهش          | آماره توصیفی |         | مکان پژوهش  | آماره توصیفی |         | مکان پژوهش | آماره توصیفی |         |
|---------------------|--------------|---------|-------------|--------------|---------|------------|--------------|---------|
|                     | درصد         | فراوانی |             | درصد         | فراوانی |            | درصد         | فراوانی |
| تهران               | ۴۰           | ۱۲      | مشکین شهر   | ۳/۳          | ۱       | تهران      | ۳/۳          | ۱       |
| شیراز               | ۶/۷          | ۲       | اردبیل      | ۳/۳          | ۱       | شیراز      | ۳/۳          | ۱       |
| کرمانشاه            | ۶/۷          | ۲       | سپیدان      | ۳/۳          | ۱       | کرمانشاه   | ۳/۳          | ۱       |
| مشهد                | ۳/۳          | ۱       | ساری        | ۳/۳          | ۱       | مشهد       | ۳/۳          | ۱       |
| تبریز               | ۳/۳          | ۱       | بابلسر      | ۳/۳          | ۱       | تبریز      | ۳/۳          | ۱       |
| اصفهان              | ۳/۳          | ۱       | تیران وکرون | ۳/۳          | ۱       | اصفهان     | ۳/۳          | ۱       |
| اراک                | ۳/۳          | ۱       | سرباز       | ۳/۳          | ۱       | اراک       | ۳/۳          | ۱       |
| سنندج               | ۳/۳          | ۱       | گیلان و     | ۳/۳          | ۱       | سنندج      | ۳/۳          | ۱       |
| همدان               | ۳/۳          | ۱       | تهران       | ۳/۳          | ۱       | همدان      | ۳/۳          | ۱       |
| فراوانی کل (۱۰۰) ۳۰ |              |         |             |              |         |            |              |         |

**ملاحظات روش شناختی پژوهش‌های مرور شده:** بر پایه مقادیر موجود در جدول (۳)، در ۹۰٪ مقالات روایی و پایایی ابزار سنجش مورد توجه پژوهشگران داخلی قرار گرفته است و در ۲ مورد از مقالات (۱۰٪)، محققان هیچ‌گونه تصریحی به روایی و پایایی مطالعه نداشته‌اند. در ۱۶/۶٪ مقالات، زنان، در ۲۳/۴٪ مقالات، مردان، و در ۶۰٪ مقالات، زنان و مردان با یکدیگر در مقام پژوهشگر واقع شده‌اند. نکته قابل ذکر در مورد روش تحقیق پژوهش‌های مرور شده این است که ۹۳/۳٪ مقالات به صورت کمی، با استفاده از ابزار پرسشنامه و آزمون فرضیات به انجام رسیده‌اند. تنها ۶/۷٪ مقالات بر پایه شیوه‌های کیفی، با بهره جستن از مصاحبه صورت گرفته‌اند. ۶۶/۷٪ از مقالات در قالب کاربست چارچوب نظری به انجام رسیده‌اند. در ۷۰٪ مقالات، جامعه آماری مشترکا به زنان و مردان تعلق داشته است و زنان در ۲۶/۷٪ مقالات، جامعه آماری پژوهش را تشکیل داده‌اند. در ۲۰٪ مقالات دانشجویان، و در ۸۰٪ افراد عادی سازنده جامعه آماری بوده‌اند.

جدول ۳- ملاحظات روش شناختی پژوهش‌های مرور شده

| آماره توصیفی |         | مؤلفه روش شناختی |                        | آماره توصیفی |         | مؤلفه روش شناختی |                   |
|--------------|---------|------------------|------------------------|--------------|---------|------------------|-------------------|
| درصد         | فراوانی |                  |                        | درصد         | فراوانی |                  |                   |
| ۲۰           | ۶       | دانشجو           | ماهیت جامعه آماری      | ۹۳/۳         | ۲۸      | کمی و پیمایشی    | ماهیت روش تحقیق   |
| ۸۰           | ۲۴      | افراد عادی       |                        | ۶/۷          | ۲       | کیفی و تفسیری    |                   |
| ۹۳/۳         | ۲۸      | بلی              | آزمون فرضیه            | ۹۳/۳         | ۲۸      | پرسشنامه         | ابزار مطالعه      |
| ۶/۷          | ۲       | خیر              |                        | ۶/۷          | ۲       | مصاحبه           |                   |
| ۱۶/۶         | ۵       | زن               | جنسیت پژوهشگر          | ۲۶/۷         | ۸       | زن               | جنسیت جامعه آماری |
| ۲۳/۴         | ۷       | مرد              |                        | ۳/۳          | ۱       | مرد              |                   |
| ۶۰           | ۱۸      | زن و مرد         |                        | ۷۰           | ۲۱      | زن و مرد         |                   |
| ۶۶/۷         | ۲۰      | بلی              | استفاده از چارچوب نظری | ۹۰           | ۲۷      | تصریح شده است    | روایی و پایایی    |
| ۳۳/۳         | ۱۰      | خیر              |                        | ۱۰           | ۳       | تصریح نشده است   |                   |

**ملاحظات نظری پژوهش‌های مرور شده:** در میان چشم‌اندازهای نظری مورد

استفاده محققان، نظریه حمایت اجتماعی بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است (۳۰٪). نظریه شبکه اجتماعی با قرار گرفتن پس از نظریه حمایت اجتماعی، رتبه دوم را از آن خود نموده است و نظریات رابرت پاتنام و جیمز کلمن در رده‌های بعدی قرار گرفته‌اند. هرکدام از نظریات دورکیم، گیدنز، هارفام و کاواچی در ۱۶/۶ درصد از پژوهش‌ها مورد توجه نویسندگان مقالات قرار گرفته است. به نظریات بوردیو، فوکویاما و راجرز نیز در ۱۳/۳٪ و به نظریه ویلکینسون در ۱۰٪ از مقالات توجه شده است. دیدگاه‌های فشار ساختاری، تولید اجتماعی بیماری روانی، جامعه چندفرهنگی و سبک زندگی سلامت‌محور از حمله مواردی هستند که دارای کمترین درصد (۳/۳٪) هستند. دیدگاه‌های سایر نظریه‌پردازان نیز در یک رتبه مانده به آخر قرار دارند که مقادیر آنها با رجوع به جدول (۴) قابل مشاهده است.

جدول ۴- ملاحظات نظری پژوهش‌های مرور شده

| آماره توصیفی |         | نظریه پرداز / نظریه                           | آماره توصیفی |         | نظریه پرداز / نظریه                      |
|--------------|---------|---|--------------|---------|--|
| درصد         | فراوانی |   | درصد         | فراوانی |  |
| ۶/۷          | ۲       | کنش متقابل نمادین                             | ۳۰           | ۹       | نظریه حمایت اجتماعی                      |
| ۶/۷          | ۲       | نظریه برچسب‌زنی                               | ۲۶/۷         | ۸       | نظریه شبکه اجتماعی                       |
| ۶/۷          | ۲       | آبراهام مازلو                                 | ۲۳/۴         | ۷       | رابرت پاتنام                             |
| ۶/۷          | ۲       | نظریه نقش                                     | ۲۰           | ۶       | نظریه سرمایه اجتماعی<br>جیمز کلمن        |
| ۶/۷          | ۲       | نظریه سلامت اجتماعی<br>کوری کبیز <sup>۱</sup> | ۱۶/۶         | ۵       | امیل دورکیم                              |
| ۳/۳          | ۱       | اروینگ گافمن                                  | ۱۶/۶         | ۵       | نظریه ناامنی هستی‌شناختی<br>آنتونی گیدنز |

| آماره توصیفی |         | نظریه پرداز / نظریه        | آماره توصیفی |         | نظریه پرداز / نظریه           |
|--------------|---------|----------------------------|--------------|---------|-------------------------------|
| درصد         | فراوانی |                            | درصد         | فراوانی |                               |
| ۳/۳          | ۱       | نظریه فشار ساختاری         | ۱۶/۶         | ۵       | ترودی هارفام <sup>۱</sup>     |
| ۳/۳          | ۱       | تولید اجتماعی بیماری روانی | ۱۶/۶         | ۵       | ایکیرو کاواچی <sup>۲</sup>    |
| ۳/۳          | ۱       | نظریه جامعه چندفرهنگی      | ۱۳/۳         | ۴       | پیر بوردیو                    |
| ۳/۳          | ۱       | نظریه سبک زندگی سلامت محور | ۱۳/۳         | ۴       | فرانسیس فوکویاما              |
| ۳/۳          | ۱       | بری ولمن <sup>۴</sup>      | ۱۳/۳         | ۴       | اورت راجرز <sup>۳</sup>       |
| ۳/۳          | ۱       | نظریه شناختی               | ۱۰           | ۳       | ریچارد ویلکینسون <sup>۵</sup> |
| ۳/۳          | ۱       | تفسیرگرایی اجتماعی         | ۶/۷          | ۲       | تالکوت پارسونز                |
|              |         |                            | ۶/۷          | ۲       | ماکس وبر                      |

سنخ‌شناسی متغیرهای مستقل: حسب مرور نظام‌مند مطالعات منتخب، و به استناد مقادیر جدول (۵)، متغیر سلامت روان به‌عنوان متغیر وابسته این پژوهش در نسبت با ۳۶ متغیر تأثیرگذار مور بررسی قرار گرفته است؛ متغیرهای مستقل شناسایی شده به‌عنوان تعیین‌کننده‌های سلامت روان در مطالعات منتخب، قابل سنخ‌بندی به چهار گونه اجتماعی (۳۶/۶٪)، روان‌شناختی (۲۳/۴٪)، زمینه‌ای (۳۰٪) و فرهنگی (۳۰٪) هستند.

- 
1. Trudy Harpham
  2. Ichiro Kawachi
  3. Everett Rogers
  4. Barry Wellman
  5. Richard Wilkinson



جدول ۵- سنخ‌شناسی متغیرهای استفاده‌شده در پژوهش‌های مرور شده

| سنخ مفهومی  |  | آماره توصیفی |      | سنخ مفهومی |      |
|-------------|--|--------------|------|------------|------|
| متغیرها     |  | فراوانی      | درصد | فراوانی    | درصد |
| اجتماعی     |  | ۱۱           | ۳۶/۶ | ۹          | ۳۰   |
| روان‌شناختی |  | ۷            | ۲۳/۴ | ۹          | ۳۰   |

**متغیرهای اجتماعی:** در بین ۱۱ متغیر اجتماعی، متغیرهای حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی به ترتیب در ۳۳/۳٪ و ۲۶/۷٪ مقالات بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند. کمترین درصد (۳/۳٪) مربوط به ۲ متغیر اجتماعی دیگر (تعارض نقش و اعتماد نهادی) است. در این میان ۷ متغیر با حداکثر فراوانی ۲۰٪ و حداقل فراوانی ۶/۷٪ واقع گردیده‌اند. تأمل در محتوای جدول (۶) مقادیر متغیرهای اجتماعی و جایگاه رتبه‌ای آن‌ها را به روشنی نشان می‌دهد.

جدول ۶- متغیرهای اجتماعی مؤثر بر سلامت روان در پژوهش‌های مرور شده

| متغیرهای اجتماعی |    | آماره توصیفی |      | متغیرهای اجتماعی |      | آماره توصیفی |      | متغیرهای اجتماعی |      |
|------------------|----|--------------|------|------------------|------|--------------|------|------------------|------|
| اجتماعی          |    | فراوانی      | درصد | فراوانی          | درصد | فراوانی      | درصد | فراوانی          | درصد |
| حمایت اجتماعی    | ۱۰ | ۳۳/۳         | ۴    | ۱۳/۳             | ۲    | ۶/۷          | ۲    | ۶/۷              | ۲    |
| اعتماد اجتماعی   | ۸  | ۲۶/۷         | ۲    | ۶/۷              | ۱    | ۳/۳          | ۱    | ۳/۳              | ۱    |
| عملکرد خانواده   | ۶  | ۲۰           | ۲    | ۶/۷              | ۱    | ۳/۳          | ۱    | ۳/۳              | ۱    |
| مشارکت اجتماعی   | ۶  | ۲۰           | ۲    | ۶/۷              |      |              |      |                  |      |

**متغیرهای روان‌شناختی:** به اعتبار جدول (۷)، از میان ۷ متغیر روان‌شناختی مؤثر بر سلامت روان، بیشترین درصد متعلق به متغیرهای احساس ناامنی، تجارب دردناک و رضایت از زندگی با مقادیر (۶/۷٪) بوده است. مقادیر ۵ متغیر باقی‌مانده دیگر برابر با (۳/۳٪) است که از حیث جایگاه رتبه‌ای، در میان ۷ متغیر روان‌شناختی شناسایی شده در مطالعات، کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند.

جدول ۷- متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر سلامت روان در پژوهش‌های مرور شده

| متغیرهای روان‌شناختی |      | آماره توصیفی |      | متغیرهای روان‌شناختی |
|----------------------|------|--------------|------|----------------------|
| فراوانی              | درصد | فراوانی      | درصد |                      |
| ۱                    | ۳/۳  | ۲            | ۶/۷  | احساس ناامنی         |
| ۱                    | ۳/۳  | ۲            | ۶/۷  | تجارب دردناک         |
| ۱                    | ۳/۳  | ۲            | ۶/۷  | رضایت از زندگی       |
|                      |      | ۱            | ۳/۳  | عزت نفس              |

**متغیرهای زمینه‌ای:** پایگاه اقتصادی اجتماعی، جنس و وضعیت تأهل پرکاربردترین متغیرهای زمینه‌ای مورد توجه نویسندگان مقالات می‌باشند که به ترتیب با مقادیر (۲۶/۷٪)، (۲۳/۴٪) و (۲۳/۴٪) صدرنشین دیگر متغیرهای زمینه‌ای واقع شده‌اند. سن، درآمد و تحصیلات، به ترتیب با مقادیر (۲۰٪)، (۱۶/۶٪) و (۱۶/۶٪) در مراتب بعدی قرار دارند. همچنین رده شغلی (۱۰٪)، قومیت و وضعیت مسکن (۶/۷٪) در پایین‌ترین رده قرار گرفتند.

جدول ۸- متغیرهای زمینه‌ای مؤثر بر سلامت روان در پژوهش‌های مرور شده

| آماره توصیفی |         | متغیرهای زمینه‌ای | آماره توصیفی |         | متغیرهای زمینه‌ای      |
|--------------|---------|-------------------|--------------|---------|------------------------|
| درصد         | فراوانی |                   | درصد         | فراوانی |                        |
| ۱۶/۶         | ۵       | تحصیلات           | ۲۶/۷         | ۸       | پایگاه اقتصادی اجتماعی |
| ۱۰           | ۳       | رده شغلی          | ۲۳/۴         | ۷       | جنس                    |
| ۶/۷          | ۲       | قومیت             | ۲۳/۴         | ۷       | وضعیت تأهل             |
| ۶/۷          | ۲       | وضعیت مسکن        | ۲۰           | ۶       | سن                     |
|              |         |                   | ۱۶/۶         | ۵       | درآمد                  |

متغیرهای فرهنگی: همان‌گونه که جدول (۹) نشان می‌دهد، در میان ۹ متغیر فرهنگی مؤثر بر سلامت روان، دینداری بیشترین مقدار (۱۰٪) را متعلق به خود ساخته است. بعد از دینداری، متغیرهای احساس آنومی و ارزش‌ها و هنجارها، با مقادیر یکسان (۶/۷٪) در رتبه دوم قرار گرفته‌اند. بقیه متغیرها، با کمترین مقدار مشترک (۳/۳٪)، در آخرین رتبه واقع شدند.

جدول ۹- متغیرهای فرهنگی مؤثر بر سلامت روان در پژوهش‌های مرور شده

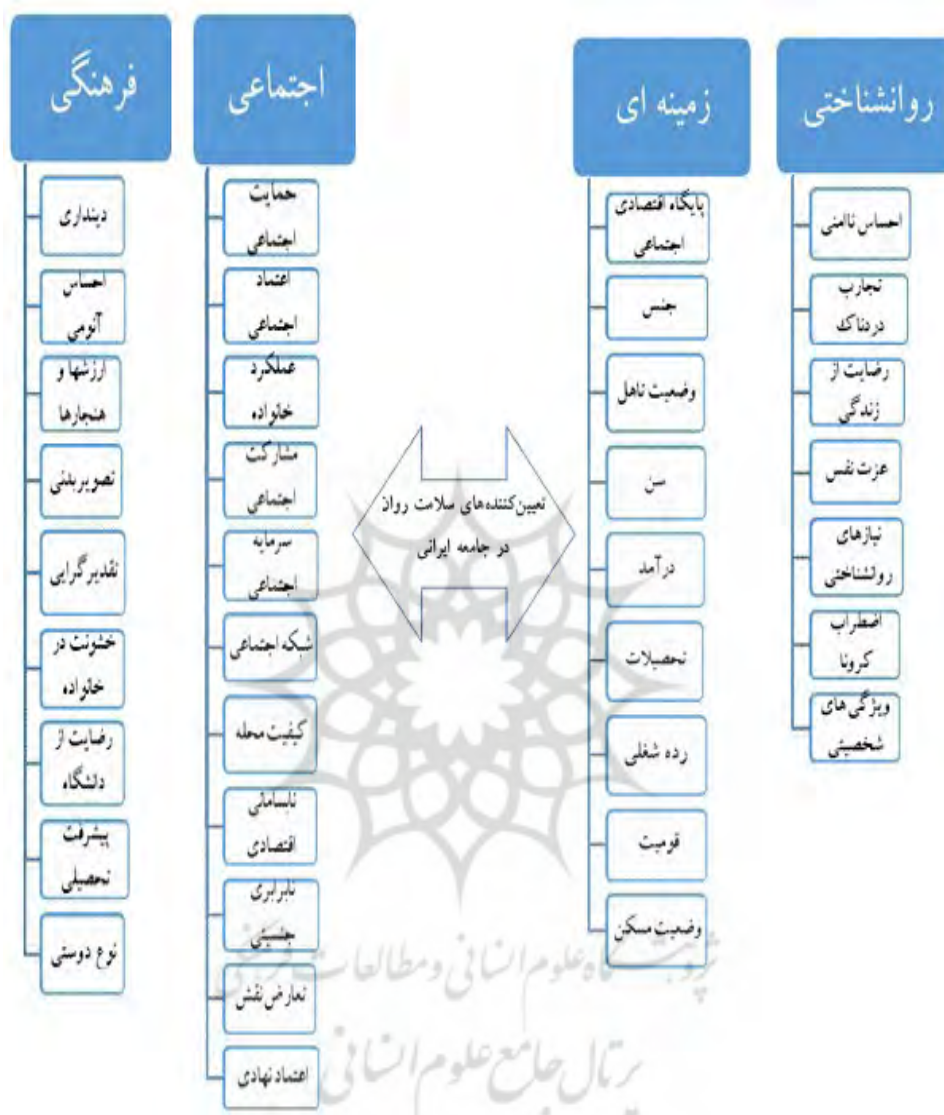
| آماره توصیفی |         | متغیرهای فرهنگی        | آماره توصیفی |         | متغیرهای فرهنگی   |
|--------------|---------|------------------------|--------------|---------|-------------------|
| درصد         | فراوانی |                        | درصد         | فراوانی |                   |
| ۳/۳          | ۱       | تجربه خشونت در خانواده | ۱۰           | ۳       | دینداری           |
| ۳/۳          | ۱       | رضایت از دانشگاه       | ۶/۷          | ۲       | احساس آنومی       |
| ۳/۳          | ۱       | پیشرفت تحصیلی          | ۶/۷          | ۲       | ارزش‌ها و هنجارها |
| ۳/۳          | ۱       | نوع دوستی              | ۳/۳          | ۱       | تصویر بدنی        |
|              |         |                        | ۳/۳          | ۱       | تقدیرگرایی        |

ارائه راهکارهای اجرایی و پژوهشی: به استناد مرور صورت گرفته، همان گونه که در جدول (۱۰) ملاحظه می شود، از مجموع مقالات منتخب، تنها در ۳۶/۶٪ مقالات راهکارهای پژوهشی و اجرایی پیرامون عوامل و مؤلفه های تأثیرگذار بر سلامت روان مورد توجه نویسندگان قرار گرفته است. در ۶۳/۴٪ از مقالات، پرداختن به راهکارهای پژوهشی و اجرایی در بطن توجه نویسندگان مقالات واقع نشده است.

جدول ۱۰- راهکارهای اجرایی در مطالعات مرور شده

| آماره توصیفی |         | بعد | راهکار اجرایی |
|--------------|---------|-----|---------------|
| درصد         | فراوانی |     |               |
| ۳۶/۶         | ۱۱      | بلی |               |
| ۶۳/۴         | ۱۸      | خیر |               |

**میانگین متغیر وابسته:** همان گونه که در بخش روش تحقیق بیان شد، برای نشان دادن متغیر وابسته این مطالعه از عنوان «سلامت روان» استفاده شده است. حسب مرور انجام شده، میانگین کلی سلامت روان، از طریق میانگین گیری از میانگین های موردی هر یک از وجوه مختلف مرتبط با سلامت روان، برابر با ۵۹/۷۳ به دست آمده است. همچنین، در مطالعات بررسی شده، رابطه میان وجوه مختلف سلامت روان با مجموعه عوامل گوناگون در قالب فرضیات متعدد نیز مورد آزمون قرار گرفته است. مجموعه این عوامل ۴۸ مورد هستند که در چهار سنخ اجتماعی، روان شناختی، زمینه ای و فرهنگی، مطابق با شکل (۲) طبقه بندی شده اند.



شکل ۲- مدل نظری برآمده از مرور نظام‌مند مطالعات

## نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که بیشترین درصد مطالعات به ترتیب در تهران (۴۰٪) و شیراز و کرمانشاه (۶/۷٪) به انجام رسیده‌اند. همچنین، در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۹۰، ۱۳/۳٪ و در سال‌های ۱۳۸۷، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۶، ۱۰٪ مقالات با موضوع سلامت روان به جامعه علمی ارائه شده است. مزید بر آن، در ۹۳/۳٪ موارد، ترجیح بیشتر نویسندگان ناظر به استفاده از روش‌های کمی و پیمایشی - در مقایسه با روش‌های کیفی و تفسیری - و با بهره‌گیری از ابزار پرسشنامه - در مقایسه با ابزار مصاحبه - بوده است. به علاوه، ۶۶/۷٪ از نویسندگان در مقالات خود از چارچوب نظری استفاده نموده‌اند. از حیث مطالعات نظری، نظریات حمایت اجتماعی و شبکه اجتماعی از جمله نظریاتی هستند که بیشترین توجه پژوهشگران را به ترتیب در ۳۰٪ و ۲۶/۷٪ از مقالات مرور شده به خود اختصاص داده‌اند. پس از این نظریات، رابرت پاتنام و جیمز کلنن به ترتیب با ۲۳/۴٪ و ۲۰٪ از جمله صاحب نظرانی هستند که بیشترین استناد نویسندگان مقالات بررسی شده به آن‌ها صورت گرفته است. متغیرهای مؤثر بر سلامت روان در چهار سنخ اجتماعی، روان‌شناختی، زمینه‌ای و فرهنگی قابل بازشناسایی هستند. تعداد کل متغیرهای واقع شده در سنخ‌های مذکور برابر با ۳۶ متغیر است که تفصیل آن‌ها در شکل شماره (۱) قابل مشاهده است.

از بین متغیرهای اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت روان، به ترتیب حمایت اجتماعی و دینداری بیشترین تکرار را در بین پژوهش‌های مرور شده داشته‌اند. مطالعات بسیاری به تعیین‌کنندگی حمایت اجتماعی در افزایش سلامت روان و کاهش احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی پرداخته‌اند (ابراهیمی پرگو و همکاران، ۱۳۹۲؛ مرادی و همکاران، ۱۳۹۱؛ توکل و مقصودی، ۱۳۹۰؛ چلبی و یاقوتی، ۱۳۹۲؛ مهرآئین و همکاران، ۱۳۹۵). برای نمونه، ابراهیمی پرگو و همکاران (۱۳۹۲) در توجیه این رابطه افزودند که روابط اجتماعی می‌تواند به‌عنوان سپری در مقابل حوادث و رویدادهای فشار آور عمل

کند و بدین ترتیب فرد را در برابر پیامدهای ناگوار مصون دارد. همچنین، توکل و مقصودی (۱۳۹۰) نشان دادند که افراد برای کسب حمایت اجتماعی و آرامش روانی، از طریق توسل به خانواده و دوستان خود شبکه‌ای را بین درون‌گروه و برون‌گروه ایجاد می‌کنند. افرادی که به عضویت در گروه‌ها موفق می‌شوند اثرات منفی روانی ناشی از استرس‌های محیطی را دفع می‌کنند و به‌این‌ترتیب بیماری‌های روانی در آن‌ها کاهش می‌یابد. در رابطه با دینداری به‌عنوان پرتکرارترین متغیر فرهنگی تأثیرگذار بر سلامت روان در مطالعات مرور شده، بسیاری از تحقیقات به این رابطه دست یافته‌اند (موسوی فخر و کیوانلو، ۱۴۰۰؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۴؛ نیازی و همکاران، ۱۳۹۸). یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴) تأثیر دینداری بر سلامت روان را از طریق ایجاد معنا می‌دانند. به اعتقاد آنها، مذهب به زندگی و مرگ انسان‌ها معنا می‌بخشد و با افزایش امیدواری افراد سلامت روان آنها را ارتقا می‌دهد. همچنین، یافته‌های این تحقیق نشان داد که پایگاه اقتصادی و اجتماعی بیشترین فراوانی را در متغیرهای زمینه‌ای در بین مطالعات مرور شده داشته که این نتیجه با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌ها قابل‌مقایسه است (توکل و فراهانی، ۱۳۹۶؛ عرب‌زاده، ۱۳۹۵؛ چلبی و یاقوتی، ۱۳۹۲). برای نمونه، محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳) در توجیه بیماری‌های روانی در بین زنان طبقات پایین، نشان دادند که فرودستی اجتماعی و اقتصادی آنها عامل اصلی ابتلا به بیماری‌های روانی است، چنان‌که فراوانی استرس در زنان طبقات پایین اجتماع به نسبت زنان طبقات بالا، گاه به بیش از ۲/۳ برابر می‌رسد. این پژوهشگران نتیجه‌گیری کردند که رابطه معناداری بین متغیر فشار روانی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی زنان وجود دارد و بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی و دستیابی بیشتر زنان به منابع ارزشمند اجتماعی و اقتصادی فشارهای روانی را در بین آنها کاهش می‌دهد.

درمجموع، بررسی نتایج تحقیق حاضر بیانگر نقش و اهمیت تعیین‌کننده‌های ساختاری و اجتماعی در سلامت روان اعضای جامعه است که فراتر از ویژگی‌های فردی، سلامت یا بیماری آنها را تعیین می‌کند. این مسئله از آن‌رو است که اختلال‌های

روانی، حاصل رویدادهای صرف نیستند، بلکه از تفاوت در توانایی‌های مردم به واسطه جایگاه آنها در جامعه ناشی می‌شوند. به گفته صاحب‌نظران، بیماری‌های روانی به مثابه واقعیت‌های اجتماعی از ساختارهای اجتماعی در سطح کلان ناشی می‌شوند (Cockerham, 2013: 25). هلم‌شا و هیلر (۲۰۰۰) اشاره می‌کنند که الگوهای ساختاری در سطح کلان، دربردارنده چنان بافت پیچیده‌ای از کنش‌های متقابل است که بر الگوهای تقسیم‌کار تأثیر می‌گذارد و موجب می‌شود برخی از افراد در جایگاهی نابرابر با سایرین قرار بگیرند و پایگاه کمتری داشته باشند، که این، خود دارای پیامدهای مختلفی همچون بیماری روانی است (Helmshaw & Hiller, 2000: 63). به عبارت دیگر، علل اختلال‌های روانی ممکن است از وضعیت معمول زندگی افراد ناشی شود که این امر مستقیماً می‌تواند به خاطر توزیع نابرابر فرصت‌ها و منابع زندگی باشد. به لحاظ جامعه‌شناختی، این توزیع فرصت‌ها و منابع توسط ساختار اجتماعی تعیین می‌گردد (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۸). منظور از این‌که بیماری روانی به طور اجتماعی تولید می‌شود نیز همین است که ساختارهای اجتماعی با عدم اجرای درست کارکردهای خود، سلامت روانی افراد جامعه را با مشکل روبه‌رو می‌سازند. علائم آشفتگی روانی همچون افسردگی، اضطراب و رفتارهای ناسازگار با جامعه، از یک نظام اجتماعی بیمار و تنش‌آفرین ناشی می‌شوند. به عبارت دیگر، سلامت نظام اجتماعی که در اجرای صحیح کارکردهای آن مشخص می‌گردد، سلامت روانی افراد، و بیماری نظام اجتماعی که در کژکارکردی‌های آن هویداست، بیماری روانی را تولید می‌کند.

محور اصلی این مقاله در مرور پژوهش‌ها، تعیین‌کننده‌های سلامت روان بوده است. بدین ترتیب، ارزیابی این پژوهش‌ها ناظر به همین موضوع می‌باشد. کاربست حداکثری روش‌های کمی و پیمایشی به روشنی هرچه تمام‌تر غلبه انگاره دورکیمی بر اذهان پژوهشگران داخلی در مقالات بررسی‌شده را نشان می‌دهد. این در حالی است که بخش عمده‌ای از فهم وجوه مکنون تعیین‌کنندگی سلامت مرتبط با دیالکتیک زمینه، کنش، آگاهی و ساختار در موضوع سلامت روان اعضای جامعه است که از طریق



مطالعه عمیق و پدیدارشناسانه وضعیت زندگی این افراد در پارادایم تفسیری قابل استحصال خواهد بود. بدین ترتیب، این گزاره که شیفتگی پژوهشگران داخلی نسبت به سنت ساختاری و کارکردی که قهرا آن‌ها را از مطالعه ساخت اجتماعی سلامت و بیماری روان بازداشته است، خود می‌تواند به‌عنوان یکی از عمده‌ترین محورهای انتقاد به مطالعات بررسی‌شده مورد توجه قرار گیرد. «بی‌توجهی نویسندگان به الزامات پارادایمی» از دیگر رئوس نقد نسبت به مطالعات داخلی است. به‌عنوان نمونه، علی‌رغم گرایش قابل‌ملاحظه محققان به رویکرد دورکیمی، و کاربست حداکثری روش‌های کمی و پیمایشی (۹۳/۳٪)، اما پژوهشگران باز هم در از مقالات مرور شده، از بیان راهکار اجرایی حل مسئله در رابطه با تعیین‌کننده‌های سلامت روان اجتناب نموده‌اند. حسب رویکرد دورکیمی، مسائل اجتماعی برآمده از ایجاد اختلال در فرایند تقسیم‌کار بوده و جنبه مرضی داشته، که به‌مثابه نوعی آسیب، بر نظم اجتماعی عارض گشته و اختلال اجتماعی را رقم‌زده‌اند. از این‌رو، بر اساس این نگاه، ضرورت دارد با پرداختن پژوهش‌محورانه به نحوه حل و فصل مسائل اجتماعی، به ارائه راهکارهای علمی ناظر به برون‌رفت از مسائل اجتماعی به‌عنوان بخش لاینفک و عمده‌ای از گزارش‌های علمی و پژوهشی پرداخته شود. این ضرورت از آنجا ناشی می‌شود که اختلالات اجتماعی، توازن جامعه و ابعاد مختلف ریخت‌شناسانه آن را از خود متأثر می‌سازند. اهمیت این موضوع زمانی بیشتر می‌شود که به وضعیت مسئله‌مند و بیمارگونه شیوع بیماری‌های روانی در جامعه ایرانی توجه کافی مبذول نماییم که ضرورت ارائه راهکارهای علمی و تخصصی برای حل این مسئله جدی را به پژوهشگران خاطر نشان می‌سازد.

محور بعدی ارزیابی انتقادی مقالات مرور شده، بی‌توجهی به موضوع برساخت اجتماعی سلامت و بیماری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت روان می‌باشد. علی‌رغم وجود میراث نظری قابل‌ملاحظه درباره این موضوع، اما در هیچ‌کدام از ۳۰ مطالعه مرور شده، سلامت و بیماری روانی از این نقطه‌نظر به‌طور جدی مطرح نظر پژوهشگران قرار نگرفته است. باید به این نکته توجه داشت که درحالی‌که آشفتگی

روانی به حالتی احساسی در یک فرد اطلاق می‌شود، سلامت و بیماری روانی به معنای تصور و تلقی احساسی دیگران از او می‌باشد (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۱). نگاه و نگرش دیگران به رفتار بیمارگونه فرد به این دلیل واجد اهمیت است که «بیماری روانی حالتی نیست که درون فرد باشد، بلکه پایگاهی اجتماعی دانسته می‌شود که از دیگر اعضای جامعه به فرد نسبت داده می‌شود. به بیان دیگر، شخصی بیمار روانی شناخته می‌شود که دیگران وی را بیمار روانی بنامند» (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۱: ۳۴). الگوی پزشکی اختلالات روانی غالباً به عنوان الگوی پذیرفته شده عموم در نظر گرفته می‌شود، عمدتاً به این دلیل که رفتار انحرافی‌ای که ما با بیماری روانی مرتبط می‌سازیم، «طبی» شده است. «طبی کردن انحراف» تبیین می‌کند که چگونه نهاد پزشکی در مورد رفتارهای انحرافی خاصی صلاحیت قانونی کسب کرده است (Conrad & Schneider, 1980). در واقع، زمانی که برخی رفتارهای ناپسند به بیماری تبدیل می‌شود و بیماری نیز امری غیرعادی محسوب می‌گردد که باید برطرف شود، پزشک نقشی را به عهده می‌گیرد که هوارد بکر از آن تحت عنوان «کارگزار اخلاقی» یاد می‌کند. در واقع، پزشک نیازمند قواعد جدیدی است تا بر اساس آن انحراف را شناسایی و تعریف کند. در این فرایند برچسب و نگرش منفی از «فرد بیمار» به «بیماری» منتقل می‌شود و یک نوع سوگیری اخلاقی به وجود می‌آید که پزشک کارگزار آن می‌باشد. مأموریت او این است که معانی اجتماعی و اخلاقی را به نشانه‌های جسمانی و سایر علائم مرتبط سازد (جوهری، ۱۳۸۴: ۵۵). حرفه پزشکی که بر یک دانش تخصصی تکیه دارد، به صورت یک اهرم نظارتی می‌تواند در مدیریت سیاسی جامعه مشارکت داشته باشد و با دانش و نهادهای تخصصی سلامت و بیماری روانی را در جامعه بسازد نماید.

در نهایت، می‌توان به بی‌توجهی مطالعات مرور شده به ارتباط ساختار و متغیرهای سیاسی با سلامت روان اشاره نمود، درحالی‌که بخش سیاسی تعیین‌کننده‌های سلامت

نقش مهمی در وضعیت سلامت روان اعضای جامعه ایفا می‌کند. پژوهش‌های بسیاری به این مهم پرداخته و اهمیت مؤلفه‌های سیاسی از جمله تبعیض، نابرابری، محرومیت و ... که به دولت و ساختار سیاسی جامعه بازمی‌گردد را برجسته ساخته‌اند (هیونگ یانگ، ۲۰۲۱؛ لی و ترنر، ۲۰۱۲). به‌طور خاص، پژوهش لافورس و سانداکویست (۲۰۰۷) در مطالعه خود به رابطه بین مفهوم نظری جدید سرمایه اجتماعی پیونددهنده که توصیف‌کننده میزان اعتماد بین افراد و نهادهای اجتماعی است، و بستری شدن به علت افسردگی یا روان‌پریشی پرداخته‌اند. در مطالعه آنها، ماهیت و میزان پیوندهای توأم با احترام و اعتماد به نمایندگان نهادهای رسمی، سازنده سرمایه اجتماعی پیونددهنده به شمار می‌آید. بر این اساس، لافورس و سانداکویست رای‌دادن را مؤلفه مهمی از اعتماد افراد به نهادهای رسمی و معرف خوبی برای سرمایه اجتماعی پیونددهنده در نظر گرفته بودند که نتایج تحقیق رابطه‌ای قوی بین سرمایه اجتماعی پیونددهنده و بستری شدن به دلیل افسردگی یا روان‌پریشی را تأیید نمود. بدین ترتیب، در مطالعات مرور شده، خلأ پرداختن به مؤلفه‌ها و متغیرهای سیاسی از جمله عدم مشارکت یا بی‌تفاوتی سیاسی، بی‌اعتمادی به دولت و نگرانی نسبت به تصمیمات دولتمردان، احساس بی‌عدالتی و عدم شایسته‌سالاری، تنش‌های سیاسی و حزبی و ... به‌عنوان تعیین‌کننده‌های سیاسی سلامت روان در جامعه ایرانی کاملاً ملاحظه می‌شود.

در مجموع، در مطالعات مرور شده که ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت روان می‌باشند، علی‌رغم تلاش‌های صورت گرفته، متناسب با نقش و اهمیت مسائل اجتماعی و ساختاری، کمتر از این زاویه به سلامت روان به‌عنوان یکی از واقعیت‌ها و پدیده‌های اجتماعی مهم جامعه پرداخته شده است. هنوز حتی در بین اصحاب علوم اجتماعی و حداقل به لحاظ پژوهشی، علی‌رغم تأکید و تصریح سازمان جهانی بهداشت مبنی بر نقش تعیین‌کننده مسائل و مؤلفه‌های اجتماعی در سلامت و بیماری، جایگاه حوزه اجتماعی و تأثیر بسیار زیاد آن در سلامت روان شناخته و بررسی نشده است. به‌عبارت‌دیگر، درحالی‌که موضوع سلامت روان اعضای جامعه ارتباط وثیقی با وضعیت

و شرایط کلان و ساختاری جامعه دارد، اما در پژوهش‌های مرور شده پرداخت مناسب، درخور و جامعی به آن نشده است. بنابراین، ضرورت دارد به منظور ارتقاء سطح سلامت روان جامعه، عوامل و تعیین‌کننده‌های اجتماعی که بیشترین سهم را در تبیین سلامت روان دارند مورد بررسی و مطالعه جدی‌تری قرار بگیرند.



شکل ۳- سنخ‌پردازی انتقادات وارد بر مطالعات سلامت روان در داخل کشور

**پیشنهاد‌های تحقیق:** با توجه به نقدهای وارد مقالات مرور شده، موارد زیر به‌عنوان راهنمای پژوهش‌های بعدی ناظر به مطالعه سلامت روان در زمینه و زمان جامعه ایرانی پیشنهاد می‌گردد.

۱. استفاده از رویکردهای اکتشافی، کیفی و تفسیری با توجه خاص به تناظر و تناسب میان وجوه مختلف درون‌پارادایمی در مقام مسئله پردازی، داده‌یابی و داده‌کاوی.
۲. بهره‌گیری از رویکردها و نظریات ترکیبی و توجه به عوامل تعیین‌کننده و تأثیرگذار بر روی سلامت و بیماری روان در حیطه‌های گوناگون اجتماعی، روانشناختی، محیطی و زمینه‌ای به دلیل چندوجهی بودن موضوع سلامت روان به‌عنوان یک واقعیت اجتماعی.
۳. توجه و تأکید بر عوامل و تعیین‌کننده‌های ساختاری به دلیل اهمیت و سهم این دسته از عوامل در سلامت روان و شیوع بیماری‌های روانی در جامعه ایران. حتی در پژوهش‌هایی که عملکرد خانواده در سلامت روان افراد برجسته گشته است، لازم است که شرایط نهاد خانواده در بستر بزرگ‌تر وضعیت اجتماعی لحاظ گردد.
۴. مطالعه موضوع سلامت و بیماری روانی با توجه به دیدگاه برساخت اجتماعی و به‌طور خاص نظریه برجسب‌زنی، چرا که بیماری روانی با برجسب‌های علمی و تخصصی در نهاد پزشکی ایجاد، با کاربرد عمومی این برجسب‌ها توسط عموم مردم تقویت، و بدین ترتیب رفتارهای بیمارگونه و سپس انحرافات ثانویه بازتولید می‌شود.
۵. توجه و اهتمام جدی سازمان‌های حمایتی به مقوله حمایت اجتماعی به‌صورت فراگیر و جامع از طریق به‌کارگیری و توسعه ظرفیت مددکاری کشور و بهره‌گیری از دانش و توان تخصصی مددکاران اجتماعی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین کارگزاران این حوزه برای ارتقاء سطح سلامت روان جامعه و پیشگیری از شیوع بیشتر بیماری‌ها و مشکلات روانی (به‌ویژه در بین گروه‌های آسیب‌پذیر) از طریق ایجاد شبکه‌های کمک‌رسانی، توسعه خدمات مشاوره‌ای و کمک به تشکیل گروه‌های خودیار، و همچنین پیگیری روند درمان و مسائل زندگی افراد آسیب‌دیده به‌منظور بازگشت سریع‌تر آن‌ها به زندگی اجتماعی.



شکل ۴- پیشنهادهای تحقیق

## منابع

- آدام، فیلیپ و هرتسلیک، کلودین. (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه: لورانس دنیا کتبی، تهران: نشر نی، چاپ اول.
- ابراهیمی پرگو، الهام؛ عابدی، احمد و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۲)، «فراتحلیل رابطه حمایت اجتماعی بر سلامت روان»، *دومین کنگره روان‌شناسی اجتماعی ایران*.
- پیمایش ملی سلامت روان. (۱۳۸۹-۱۳۹۰)، *معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*.
- تاسیگ، مارک؛ میکلو، جان و سویدی، سری. (۱۳۸۶)، *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی*، ترجمه: احمد عبداللهی، تهران: سمت، چاپ اول.
- توکل، محمد و آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۸۷)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ دوم.
- توکل، محمد و فراهانی، هادی. (۱۳۹۶)، «بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی در سایگون و مقایسه آن با اراک»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره نهم، شماره ۱: ۲۵۳-۲۷۳.
- توکل، محمد و مقصودی، سوده. (۱۳۹۰)، «سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و تعاملی»، *رفاه اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۴۲: ۱۷۳-۲۰۲.
- جمالی پاقلعه، سمیه؛ عابدی، احمد؛ آقای، الهام و زارع، راضیه. (۱۳۸۹)، «فراتحلیل جامع رابطه هوش هیجانی و سلامت روان»، *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، دوره چهارم، شماره ۲: ۲۱-۳۲.
- جواهری، فاطمه. (۱۳۸۴)، «دلالت‌های حرفه پزشکی برای نظم جامعه»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، سال ششم، شماره ۲: ۴۵-۷۲.
- چلبی، مسعود و یاقوتی، هدا. (۱۳۹۲)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی: بررسی تطبیقی میزان افسردگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در استان گیلان و تهران»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره چهارم، شماره ۲: ۱۸۷-۲۰۷.

- ریاحی، محمد اسماعیل و رهبری، لادن. (۱۳۹۳). «رویکرد فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان: مطالعه جامعه‌شناختی استرس»، *مطالعات اجتماعی ایران*، دوره هشتم، شماره ۱: ۵۱-۸۶.
- شاهپوری، سمیرا و عابدی، احمد. (۱۳۹۷). «فراتحلیل رابطه بین فرسودگی شغلی و سلامت روان در ایران: طی سال‌های ۷۹ تا ۹۲»، *رویش روانشناسی*، سال هفتم، شماره ۱۰: ۳۱۹-۳۳۴.
- عرب‌زاده، مهدی. (۱۳۹۵). «فراتحلیل عوامل مؤثر بر سلامت روان سالمندان»، *پژوهش در سلامت روانشناختی*، دوره دهم، شماره ۲: ۴۲-۵۲.
- عریضی، حمیدرضا؛ نوری، ابوالقاسم؛ زارع، راضیه و امیری، مولود. (۱۳۹۲). «فراتحلیل تحقیقات پیرامون رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان»، *رفاه اجتماعی*، سال سیزدهم، شماره ۴۸: ۹۳-۱۱۲.
- کنعانی، فاطمه؛ حسن‌زاده، علیرضا؛ الهی، شعبان و طباطبائی‌ان، سیدحبيب‌الله. (۱۳۹۷). «بررسی کاربرد روش‌های آینده‌نگری؛ مرور سیستماتیک»، *راهبرد*، سال بیست و هفتم، شماره ۸۷: ۵-۳۳.
- کوریتس، آتونی، جی. (۱۳۸۱). *روانشناسی سلامت*، ترجمه: فرامرز سهرابی، تهران: طلوع دانش، چاپ دوم.
- محسنی تبریزی، علیرضا و سیدان، فریبا. (۱۳۸۳). «منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان»، *پژوهش زنان*، دوره دوم، شماره ۲: ۸۹-۱۰۲.
- مرادی، اعظم؛ طاهری، صغری؛ جوانبخت، فاطمه و طاهری، عقیل. (۱۳۹۱). «فراتحلیل تحقیقات انجام‌شده درباره میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دهم، شماره ۶: ۵۶۵-۵۷۳.
- مرتضوی، نرگس سادات و یاراللهی، نعمت‌الله. (۱۳۹۴). «فراتحلیل رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان»، *اصول بهداشت روانی*، سال هفدهم، شماره ۳: ۱۰۳-۱۰۸.



مرور نظام‌مند مطالعات ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت ... ۳۹

— موسوی فخر، سید محمدحسن و کیوانلو، فهیمه. (۱۴۰۰)، «نقش دینداری در سلامت روان دانشجویان: مطالعه مروری نظام‌مند و فراتحلیل»، *مجله علوم پزشکی رازی*، جلد ۲۸، شماره ۴.

— مهرآئین، محمدرضا؛ سعادت، موسی؛ عباسی، الهام؛ نریمانی، سعید و محمدی، صفرعلی. (۱۳۹۵)، «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان (مورد مطالعه: دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک)»، *جامعه‌پژوهی فرهنگی*، سال هفتم، شماره ۱: ۱۲۵-۱۴۶.

— نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ اسدی لاری، محسن و واعظ مهدوی، محمدرضا. (۱۳۸۹)، «وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۸۷»، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال شانزدهم، شماره ۴: ۴۷۹-۴۸۳.

— نیازی، محسن؛ یعقوبی، داریوش؛ سخایی، ایوب و حسینی زاده آرانی، سید سعید. (۱۳۹۶)، «فراتحلیل تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان»، *راهبرد اجتماعی فرهنگی*، سال ششم، شماره ۲۵: ۱۴۱-۱۷۶.

— نیازی، محسن؛ حسینی‌زاده آرانی، سید سعید؛ یعقوبی، فاطمه؛ سخایی، ایوب و امیری دشتی، سیده مهدیه. (۱۳۹۸)، «دین و سلامت؛ فراتحلیلی بر مطالعات و پژوهش‌های دینداری و سلامت روان در ایران (مورد مطالعه: پژوهش‌های انجام‌شده در دهه ۸۰ و نیمه اول دهه ۹۰)»، *روانشناسی سلامت*، سال هشتم، شماره ۱: ۱۶۸-۱۹۳.

— یعقوبی، ابوالقاسم؛ عروتنی موفق، اکبر؛ چگینی، علی‌اصغر و محمدزاده، سروه. (۱۳۹۴)، «فراتحلیل رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان»، *اندازه‌گیری تربیتی*، دوره ششم، شماره ۲۱: ۱۱۴-۱۲۹.

— Cockerham, W. C. (2013). *Social Causes of Health and Disease*. Malden, MA: Polity.

— Cockerham, W. C. (1992). *Sociology of mental disorder*, New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.

- Compton, M. T. and Shim, R. S. (2015). "The social determinants of mental health." *Focus*, 13(4), 419-425.
- Compton, M. T. and Shim, R. S. (2020). "Why Employers Must Focus on the Social Determinants of Mental Health." *American Journal of Health Promotion*, 34(2), 215-219.
- Friedman, C. (2019). The Social Determinants of Health Index. *Rehabilitation psychology*, online ahead of print.
- Graf, N., Brown, A. and Patten, E. (2019). *The Narrowing, but Persistent, Gender Gap in Pay*. Washington, DC: Pew Research Center.
- Helmslow, Y. and S. Hiller. (2000). *Women and Mental Health*. Edited by Doru Kohen. Routledge.
- Horwitz, A. V. (2006). The Sociological Study of Mental Illness A Critique and Synthesis of Four Perspectives, IN Aneshensel, Carol S.; Phelan, Jo C., *Handbook of the Sociology of Mental Health*, United States of America, Springer: 57-80.
- Hyun Jung, J. (2021). "Perceived Distributive Unfairness and Mental Health: The Gender-contingent Buffering Effects of Religion." *Society and Mental Health*, First published: 19 Jan 2021.
- Kim, I., Chen, J. and Spencer, M. S. (2012). "Social determinants of health and mental health among Asian Americans in the United States." *Journal of the Society for Social Work and Research*, 3(4), 346-361.
- Lee, H. and Turney, K. (2012). "Investigating the Relationship between Perceived Discrimination, Social Status, and Mental Health." *Society and Mental Health*, 2(1), 1-20.
- Lofors, J. and Sundquist, K. (2007). "Low Linking Social Capital as a Predictor of Mental Disorders: a Cohort Study of 4.5 Million Swedes." *Social Science & Medicine*, 64(1), 21-34.
- Landry, L. J. and Mercurio, A. E. (2009). "Discrimination and women's mental health: the mediating role of control." *Sex Role*, 61(3-4), 192-203. doi: 10.1007/s11199-009-9624-6.
- Larsson, P. (2013). "The rhetoric/reality gap in social determinants of mental health." *Mental Health Review Journal*, 18(4), 182-193.
- Merton, R. K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press.
- Mirowsky, J. and Ross, C. E. (1989). *Social Causes of Psychological Distress*, New York: Aldin de Gruyter.

- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasami, M. T., and Mohammad, K. (2004). "Mental health survey of the adult population in Iran." *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Raphael, D. (2006). "Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions." *International Journal of Health Services*, 36(4), 651-677.
- Shaw, E., Hess, C. M., Childers, C. and Hayes, J. (2019). Assets for Equity: Building Wealth for Women in Central Ohio; www.womensfundcentralohio.org. Accessed December 13.
- Switzer, G. E., Dew, M., Amanda, B. and Evelyn, J. (2006). Issues in Mental Health Assessment, IN: Aneshensel Carol, Jo C. Phelan, *Handbook of the Sociology of Mental Health*, United States of America, Springer: 81-105.
- Turner, R. J. Wheaton, B. and Lloyd, D. A. (1995). "The Epidemiology of Social Stress." *American Sociological Review*, 60(1), 104-25.
- United States Department of Health & Human Services. (2015). Healthy people 2020: An opportunity to address societal determinants of health in the United States. Washington, DC: Author.
- WHO. (2004). *Promoting Mental Health: A Report of The World Health Organization*. Department of Mental Health, University of Melbourne.
- WHO. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2010). *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences: Social determinants of health*, discussion paper 1 (debates).
- WHO. (2013). *Mental Health action plan 2020-2013*, Publications of the World Health Organization.

پیوست:

### مشخصات کتاب‌شناختی مقالات مورداستفاده در مرور نظام‌مند

۱. قادر زاده، امید و درویش‌منش، میدیا. (۱۳۹۶)، «مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی»، **مسائل اجتماعی ایران**، سال هشتم، شماره ۱: ۴۹-۷۲.
۲. مهرآئین، محمدرضا؛ سعادت، موسی؛ عباسی، الهام؛ نریمانی، سعید و محمدی، صفرعلی. (۱۳۹۵)، «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان (مورد مطالعه: دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک)»، **جامعه‌پژوهی فرهنگی**، سال هفتم، شماره ۱: ۱۲۵-۱۴۶.
۳. رحیمی نژاد، عباس و پاک‌نژاد، محسن. (۱۳۹۳)، «رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی نوجوانان»، **خانواده پژوهی**، سال دهم، شماره ۳۷: ۹۹-۱۱۱.
۴. خاوری، کبری؛ سجادی، حمیرا؛ حبیب‌پور گتایی، کرم و طالبی، مهدی. (۱۳۹۲)، «رابطه ابعاد احساس نابرابری جنسیتی با سلامت روان»، **رفاه اجتماعی**، سال سیزدهم، شماره ۴۸: ۱۱۱-۱۲۸.
۵. لهستانی‌زاده، عبدالعلی و مرادی، گلمراد. (۱۳۸۶)، «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران»، **رفاه اجتماعی**، سال هفتم، شماره ۲۶: ۱۶۱-۱۸۰.
۶. کامران، فریدون و ارشادی، خدیجه. (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان»، **پژوهش اجتماعی**، سال دوم، شماره ۳: ۲۹-۵۳.
۷. محسنی تبریزی، علیرضا و راضی، اشرف. (۱۳۸۶)، «رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران»، **مطالعات جوانان**، دوره دوم، شماره ۱۰: ۸۳-۹۵.

مرور نظام‌مند مطالعات ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت ... ۴۳

۸. حدادی، مهدی؛ کلدی، علیرضا؛ سجادی، حمیرا و صالحی، مسعود. (۱۳۹۰)، «ارتباط رده شغلی و سلامت روان در زنان شاغل»، *رفاه اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۴۰: ۱۰۷-۱۲۷

۹. ریاحی، محمد اسماعیل؛ علی‌وردی‌نیا، اکبر و پورحسین، سیده زینب. (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان»، *رفاه اجتماعی*، سال دهم، شماره ۳۹: ۸۵-۱۲۱

۱۰. احمدی، حبیب؛ مرزبان، مریم و روحانی، علی. (۱۳۹۰)، «بررسی عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز»، *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، دوره اول، شماره ۱: ۹-۳۵

۱۱. کیوان‌آرا، محمود؛ توکلی، ناهید؛ سموعی، راحله و توکلی، فاطمه. (۱۳۹۱)، «رابطه بین سرمایه اجتماعی با سطح بهداشت روانی»، *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره نهم، شماره ۷: ۱۰۵۸-۱۰۶۵

۱۲. خواجه نوری، بیژن و دهقانی، رودابه. (۱۳۹۵)، «مشکلات نوجوانان و ارتباط آن با نهاد خانواده، مورد مطالعه: رابطه تعارضات والدینی و سلامت روان نوجوانان»، *جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی*، دوره سوم، شماره ۷: ۳۷-۶۶

۱۳. یعقوبی هنجین، سیده فاطمه و الهی، طاهره. (۱۳۹۲)، «تأثیر تبعیض جنسیتی ادراک‌شده بر سلامت روان زنان»، *مطالعات اجتماعی - روان‌شناختی زنان*، سال یازدهم، شماره ۳: ۷-۲۶

۱۴. اعظم آزاده، منصوره و مشتاقیان، مرضیه. (۱۳۹۶)، «داغ ننگ، کیفیت روابط اعضای خانواده و سلامت روان خانواده زندانیان»، *جامعه‌شناسی ایران*، دوره هجدهم، شماره ۲: ۴۴-۶۹

۱۵. رضوی زاده، ندا؛ نوغانی دخت بهمنی، محسن و یوسفی، علی. (۱۳۹۱)، «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد»، دو فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، سال نهم، شماره ۲: ۲۵-۵۱.
۱۶. خسروی، زهره و خاقانی فرد، میترا. (۱۳۸۶)، «بررسی عوامل مرتبط با سلامت روان زنان شاغل در بخش‌های مدیریتی، کارشناسی و خدماتی مراکز غیردولتی شهر تهران»، مطالعات زنان، سال پنجم، شماره ۱: ۲۷-۴۴.
۱۷. نوریان نجف‌آبادی، محمد و جهانگیر، نرجس. (۱۳۹۰)، «رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روان (مطالعه موردی: معلمان شهرستان تیران و کرون)»، جامعه‌شناسی تاریخی، دوره سوم، شماره ۲: ۳۵-۵۹.
۱۸. سعادت‌تی، موسی؛ عباس زاده، محمد؛ نیازی، محسن و منتظری خوش، حسن. (۱۳۹۴)، «بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی (مورد مطالعه: زنان متأهل شهر تبریز)»، مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، سال سیزدهم، شماره ۱: ۸۹-۱۱۰.
۱۹. حسین‌زئی، عنایت‌الله و سهامی، سوسن. (۱۳۹۶)، «تبیین سلامت روان زنان فرهنگی بر اساس سرمایه اجتماعی»، مطالعات توسعه اجتماعی ایران، سال دهم، شماره ۱: ۱۱۱-۱۲۳.
۲۰. سیدان، فریبا و عبدالصمدی، محبوبه. (۱۳۹۰)، «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان»، رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۲: ۲۲۹-۲۵۴.
۲۱. چلبی، مسعود و یاقوتی، هدا. (۱۳۹۲)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی: بررسی تطبیقی میزان افسردگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در استان گیلان و تهران»، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره چهارم، شماره ۲: ۱۸۷-۲۰۷.

مرور نظام‌مند مطالعات ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت ... ۴۵

۲۲. علیوردی‌نیا، اکبر؛ رضایی، احمد و پیرو، فریبرز. (۱۳۹۰)، «تحلیل جامعه‌شناختی گرایش دانشجویان به خودکشی»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و دوم، شماره ۴: ۱-۱۸،

۲۳. پهلوان‌زاده، فرهاد و جاراللهی، عذرا. (۱۳۹۰)، «بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی»، *توسعه روستایی*، دوره سوم، شماره ۱: ۶۵-۸۴،  
۲۴. آقاییاری هیر، توکل؛ عباس‌زاده، محمد و گراوند، فرانک. (۱۳۹۵)، «مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و محله‌ای مؤثر بر آن (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی)»، *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲۷: ۱۴۵-۱۸۷،

۲۵. کلانتری، عبدالحسین و حسینی‌زاده، سید سعید. (۱۳۹۴)، «دین، سلامت روان و احساس تنهایی؛ بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی)»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و ششم، شماره ۴: ۲۵-۴۴،

۲۶. شارع‌پور، محمود؛ ریاحی، محمد اسماعیل و آرمان، فاطمه. (۱۳۹۳)، «بررسی تأثیر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر سلامت روان، مطالعه شهروندان ساکن تهران»، *مسائل اجتماعی ایران*، سال پنجم، شماره ۱: ۷۹-۱۰۰،

۲۷. ایران‌مهر، مسلم؛ شفیق‌آبادی، عبدالله و نعیمی، ابراهیم. (۱۳۹۷)، «بررسی کیفی آسیب‌شناسی شبکه‌های اجتماعی مجازی بر سلامت روان دانش‌آموزان (از دیدگاه مشاوران مدارس)»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، سال نهم، شماره ۳۳: ۴۳-۷۲،

۲۸. علیزاده فرد، سوسن و صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۸)، «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا»، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، شماره ۳۶: ۱۲۹-۱۴۱،

۲۹. دهقان اردکانی، زهرا و مصطفوی راد، فرشته. (۱۳۹۸)، «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و تصویر بدنی در دانش‌آموزان دختر نوجوان متوسطه»، *زن و جامعه*، سال دهم، شماره ۱: ۳۳۱-۳۶۴.

۳۰. عظیمی، المیرا؛ ستارزاده، داریوش؛ بلیلان، لیدا؛ عبدالله‌زاده طرف، اکبر و فرامرزی اصلی، مهسا. (۱۳۹۹)، «ارزیابی تأثیر عوامل کالبدی - محیطی فضاهای عمومی بر سلامت روان شهروندان (مطالعه موردی: شهر اردبیل)»، *تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی*، سال بیستم، شماره ۵۹: ۳۰۷-۳۱۹.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی