Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 13, Issue 3, Autumn 2024

Mental Health Inequality among Older Adults: A Policy Brief

Vahid Rashedi [1*], Mohsen Asadi-Lari [2]

1- Assistant Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2- Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding author:** Vahid Rashedi. Assistant Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
Email: vahidrashedi@yahoo.com, vrashedi@uswr.ac.ir

Received: 9 Feb 2025 Accepted: 7 May 2025

Abstract

Introduction: Although many older adults are vulnerable to mental health challenges due to factors such as chronic illness, bereavement, and social isolation, experiencing mental health issues is not an inherent aspect of aging.

Methods: This study conducted a secondary analysis of the Urban HEART-2 survey, a large-scale health assessment from 2011, which included a representative sample of 5,326 Tehran residents aged 60 and above. The study aimed to ensure broad demographic representation across the city using multistage, cluster sampling.

Results: Findings revealed that men generally reported better mental health, especially concerning anxiety, insomnia, and depression, with the Gini coefficient reflecting greater mental health equity among men than women. Socioeconomic disparities in mental health were evident through concentration indices, underscoring the role of social determinants in influencing mental health outcomes among older adults. However, these disparities did not significantly vary by gender.

Conclusions: The study highlights the need for targeted interventions addressing the social factors affecting mental health, such as income level and access to care. Effective policies must consider gender-specific mental health needs, enhance financial and healthcare resources for low-income older adults, and promote mental health awareness across all education levels to foster equitable health outcomes and improve the quality of life for Tehran's aging population.

Keywords: Mental health, Older adults, Inequality, Policy Brief.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

Extended Abstract

Introduction

Mental health encompasses our emotional, psychological, and social well-being, influencing our thoughts, feelings, and behavior. It plays a crucial role in managing stress, connecting with others, and making decisions throughout life's various stages (1). This holds especially true as we age, when mental health becomes not only foundational for quality of life but also intertwined with our ability to face age-related challenges with resilience (2). While many older adults are more susceptible to mental health issues—due to factors like chronic illness, loss of loved ones, and social isolation—experiencing mental health challenges is not an inevitable part of aging (3). Research shows that most older adults find fulfillment and satisfaction, even when confronted with physical health issues or limitations. Their ability to adapt and find contentment demonstrates the profound importance of mental health support and the potential for well-being at any age. Prioritizing mental health among older adults is essential to nurturing their independence, dignity, and overall quality of life (4).

As the population of older adults expands, the city's health sector faces escalating demands and rising costs (5). These challenges are compounded in developing countries like Iran, where healthcare resources are limited, and disparities are pronounced. Social and economic inequalities significantly impact mental health outcomes among older adults in Tehran, often resulting in heightened vulnerability for lower socioeconomic groups (6). This policy brief explores findings from a secondary analysis of the Urban HEART-2 survey, which investigated mental health disparities among Tehran's older population. Understanding these disparities is crucial to developing responsive policies that promote mental well-being and support healthy aging.

Methods

The study conducted a secondary analysis of the Urban HEART-2 survey, a population-based health assessment from 2011, which included a representative sample of 5,326 individuals aged 60 years and above in Tehran, Iran. Multistage, cluster sampling was employed to ensure comprehensive demographic coverage across the city (7, 8). Data were collected through three types of questionnaires covering 21 sections: a general household survey, an elected household questionnaire, and a nutrition questionnaire. Mental health was assessed using the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), which evaluates symptoms related to anxiety, insomnia, somatic complaints, and depression (9). Inequality indices, including the Gini coefficient (GC), Concentration Index (CI), Slope Index of Inequality (SII), Relative Index of Inequality (RII), and Kunst Mackenbach Relative Index (KMI), were used to quantify mental health disparities across different socio-economic groups.

Results

Analysis revealed considerable disparities in mental health among the older population. The sample's mean age was approximately 69 years, with women making up 54.8% of participants. Findings indicated that men generally experienced better mental health outcomes, particularly in areas related to anxiety, insomnia, and depression. The Gini coefficient suggested greater mental health equity among men compared to women. Concentration indices confirmed significant socioeconomic disparities in mental health, although there was no statistically significant difference by gender. Higher socioeconomic status was associated with better mental health outcomes across all measures, as confirmed by SII and RII analyses, indicating that income and social class strongly influence mental well-being in Tehran's aging population.

Discussion

The results from this study underscore the complexity of mental health inequality among older adults. The disparities identified are shaped by socioeconomic status, occupation, and education, which together contribute to a landscape where mental health outcomes are inequitable and highly dependent on social determinants. Addressing these disparities requires nuanced, multi-level strategies that target the specific needs of Tehran's older adults.

1. **Gender and Mental Health Inequality:** Although the concentration indices did not show a significant gender-based disparity, the findings suggest that mental health outcomes are somewhat more equitable among men. This discrepancy may stem from socio-cultural factors that disproportionately affect women's access to mental health support, including gender norms that influence caregiving roles, access to healthcare,

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

and social isolation. Given that women comprise a significant portion of Tehran's older population, policy efforts must prioritize mental health resources that address the specific needs of older women, particularly concerning anxiety, depression, and other prevalent mental health concerns. This policy brief outlines targeted recommendations to address mental health disparities within Tehran's older population.

2. **Impact of Socioeconomic Status:** Socioeconomic status emerged as a central determinant of mental health outcomes, with higher-income groups experiencing more favorable mental health states. This suggests that wealthier individuals may have greater access to healthcare services, mental health support, and social resources that alleviate stress and promote mental well-being. Conversely, lower-income groups may lack adequate mental health resources and face barriers to accessing even basic healthcare. Policies that target financial support for low-income older adults and increase accessibility to mental health services are essential to bridging this gap. Public health interventions must also consider income-related stressors, including housing instability, food insecurity, and financial strain, which contribute to poorer mental health among economically disadvantaged groups.

3.**Educational and Occupational Inequities:** Educational attainment and former occupation were also identified as critical factors influencing mental health outcomes. Education levels are often linked to health literacy, enabling individuals to make informed health decisions and access relevant resources. Low literacy and limited knowledge about mental health can exacerbate conditions, leading to reliance on emergency care and reducing the likelihood of preventive mental health practices. Policy interventions could focus on health education campaigns that are accessible and comprehensible to all educational backgrounds, encouraging older adults to seek preventive care and mental health services. Additionally, the findings suggest that retired individuals or those from lower-paying, physically demanding jobs experience poorer mental health, indicating the need for specialized mental health programs for retired and low-wage workers.

4.**Structural and Social Determinants:** The hierarchical regression analysis highlighted the influence of structural determinants, such as income and education, and intermediary determinants, like occupation, on mental health outcomes. These factors not only shape individual mental health but also contribute to a broader social gradient in mental health disparities. Addressing these structural issues requires systemic interventions that focus on social protection measures, such as expanding social security benefits, creating age-friendly employment opportunities, and ensuring access to affordable mental health services. Developing community support programs for older adults and strengthening social networks can also mitigate the social isolation that often accompanies aging and contributes to poorer mental health.

Policy Recommendations

To address these disparities and support mental well-being among older population, the following policy measures are recommended:

• **Expand Mental Health Services with a Gender-Sensitive Approach:** Develop mental health programs that specifically cater to the needs of older women, focusing on issues such as anxiety, depression, and access to counseling services. Integrating mental health services into community health centers can provide accessible, localized support.

• **Enhance Financial Assistance Programs for Low-Income Seniors:** Establish financial support programs to mitigate economic strain and increase access to healthcare resources for lower-income older adults. This could include increased social security benefits, subsidized mental health services, and transportation vouchers for healthcare visits.

• **Implement Health Education Campaigns for Older Adults:** Promote mental health literacy through community-based initiatives that educate older adults on managing mental health conditions, recognizing symptoms, and seeking appropriate care. These campaigns should be designed to reach low-literacy populations and address cultural stigmas surrounding mental health.

• **Address Geographic Inequities through Targeted Resource Allocation:** Allocate resources to underserved regions within Tehran, establishing mobile mental health units and community-based support groups in areas with limited healthcare infrastructure. By increasing resource availability in these areas, mental health services can become more equitable and accessible.

• **Strengthen Social Networks and Community Support:** Foster social support networks that combat isolation and promote engagement among older adults. Programs that encourage social interaction,

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

community involvement, and volunteer opportunities can improve mental well-being and reduce the loneliness that often exacerbates mental health issues.

Conclusions

The study's findings reveal a pressing need to address mental health disparities among older adults, with inequalities driven by socioeconomic, occupational, and educational factors. These disparities highlight the importance of addressing social determinants of mental health in the older population to promote equitable health outcomes and improve overall quality of life. Effective policy interventions must be multifaceted, targeting gender-specific mental health needs, enhancing financial and healthcare support for low-income seniors, and promoting mental health literacy across all education levels. Moreover, expanding resources to underserved areas and strengthening social networks can mitigate the structural and intermediary determinants that contribute to mental health inequality. Addressing these issues is essential to ensure that Tehran's aging population can access adequate mental health support. By implementing these policies, Tehran can move toward a more inclusive and supportive health system that prioritizes mental health equity and enhances the quality of life for all older adults. Continued research is necessary to monitor the effectiveness of these interventions and adapt policies as the needs of Tehran's older population evolve.

Keywords

Mental health, Older adults, Inequality, Policy Brief.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This research is the final output of an MPH thesis and was conducted with the formal approval of the Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (approval code: IR.IUMS.REC.1400.007). The study adhered rigorously to the ethical principles and guidelines outlined in the Declaration of Helsinki to ensure the highest standards of integrity and respect for participants' rights. Before their inclusion in the study, informed consent was obtained from all participants, ensuring that they fully understood the objectives, procedures, potential risks, and benefits associated with the research.

Authors' contributions

All authors contributed to the design and implementation of the research, analysis of the results, and manuscript writing.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and materials

The data supporting the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Competing interests

None

Funding

Not applicable

Acknowledgments

We wish to extend our heartfelt gratitude to all the participants whose invaluable contributions made this study possible. Their willingness to share their experiences and insights enriched our work and provided a foundation for meaningful findings.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی

دوره ۱۳، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳

نابرابری سلامت روان در سالمندان: یک خلاصه سیاستی

وحید راشدی[1*]، محسن اسدی لاری[2]

۱- استادیار، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲- استاد، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** وحید راشدی. استادیار، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
ایمیل: vahidrashedi@yahoo.com، vrashedi@uswr.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۱۷

چکیده

مقدمه: اگرچه بسیاری از سالمندان به دلیل عواملی مانند بیماری‌های مزمن، از دست دادن عزیزان و انزوای اجتماعی در معرض چالش‌های سلامت روان هستند، با این حال تجربه مشکلات سلامت روان بخش ذاتی از سالمندی نیست.

روش کار: این مطالعه تحلیل ثانویه‌ای براساس داده‌های فاز دوم مطالعه عدالت در سلامت شهری (Urban HEART-2) می باشد که یک ارزیابی سلامت در مقیاس کلان در سال ۲۰۱۱ بود و شامل نمونه‌ای معرف از ۵۳۲۶ سالمند تهرانی ۶۰ سال و بالاتر می باشد. این مطالعه با استفاده از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای، تعمیم پذیری جمعیت‌شناختی گسترده‌ای در سطح شهر تهران را تضمین کرد.

یافته ها: یافته‌ها نشان داد که مردان به طور کلی سلامت روان بهتری را گزارش کردند، به ویژه در زمینه اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی، با شاخص جینی که برابری بیشتر سلامت روان در مردان نسبت به زنان را نشان می‌داد. نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامت روان از طریق شاخص تمرکز آشکار شد و نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی در تأثیرگذاری بر نتایج سلامت روان در میان سالمندان را برجسته کرد. با این حال، این نابرابری‌ها به طور قابل توجهی بر اساس جنسیت متفاوت نبودند.

نتیجه گیری: این مطالعه نیاز به مداخلات هدفمند برای مقابله با عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت روان، مانند سطح درآمد و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد. سیاست‌های مؤثر باید نیازهای خاص جنسیتی در سلامت روان را در نظر بگیرند، منابع مالی و بهداشتی را برای سالمندان کم‌درآمد افزایش دهند و آگاهی از سلامت روان را در تمام سطوح آموزشی ارتقاء دهند تا نتایج سلامت عادلانه‌تری ایجاد شود و کیفیت زندگی جمعیت سالمند تهران بهبود یابد.

کلیدواژه ها: سلامت روان، سالمندان، نابرابری، گزارش سیاستی.

مقدمه

سلامت روان شامل سلامت عاطفی، روانی و اجتماعی ما می‌شود و بر افکار، احساسات و رفتار ما تأثیر می‌گذارد. این موضوع نقش مهمی در مدیریت استرس، ارتباط با دیگران و تصمیم‌گیری در مراحل مختلف زندگی ایفا می‌کند (۱). این موضوع به ویژه با افزایش سن اهمیت بیشتری پیدا می‌کند، زمانی که سلامت روان نه تنها برای کیفیت زندگی اساسی است، بلکه با توانایی ما برای مواجهه با چالش‌های مرتبط با سن با انعطاف‌پذیری همراه است (۲). اگرچه بسیاری از سالمندان به دلیل عواملی مانند بیماری‌های مزمن، از دست دادن عزیزان و انزوای اجتماعی بیشتر در معرض مشکلات سلامت روان هستند، با این حال تجربه چالش‌های سلامت روان بخش اجتناب‌ناپذیر سالمندی نیست (۳). تحقیقات نشان می‌دهد که بیشتر سالمندان حتی در مواجهه با مشکلات یا محدودیت‌های جسمی، احساس رضایت و خوشنودی می‌کنند. توانایی آن‌ها برای سازگاری و یافتن رضایت، اهمیت حمایت از سلامت روان و پتانسیل برای رفاه و بهزیستی در هر سنی را نشان می‌دهد. اولویت‌دهی به سلامت روان در میان سالمندان برای پرورش استقلال، عزت نفس و کیفیت کلی زندگی آن‌ها ضروری است (۴).

امروزه سالمندی از پدیده های مطرح و مهم در عرصه های بهداشت و سلامت جهانی می‌باشد. با رشد سریع جمعیت سالمندی تخمین زده می‌شود که تا ۴۰ سال آینده، جمعیت

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

بالای ۶۵ سال جهان دو برابر شود، به طوری که نسبت افراد ۶۰ سال و بالاتر به جمعیت جهانی از ۱۱ درصد در سال ۲۰۰۶ به ۲۲ درصد در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید (۵). بر اساس برآوردهای بین‌المللی نیز جمعیت سالمند ایران از سال ۱۴۱۹ رشد سریع‌تری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان خواهد یافت و تا سال ۱۴۲۴ از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد از آسیا نیز پیشی خواهد گرفت (۶).

با افزایش جمعیت سالمندان، سلامت سالمندان در مناطق شهری با چالش های فزاینده و هزینه‌های رو به رشد مواجه است. این چالش‌ها در کشورهای در حال توسعه مانند ایران که منابع بهداشتی محدود و نابرابری‌ها مشهود است، تشدید می‌شود (۷). در حال حاضر شهر تهران نیز مانند بسیاری از شهرهای کشور، مرحله انتقال ساختار سنی جمعیت از جوان به سالمند را تجربه می کند. تهران به عنوان بزرگ ترین و پرجمعیت ترین کلان شهر کشور، شرایط اقتصادی، اجتماعی و ساختار جمعیتی متفاوتی از سایر مناطق شهری کشور دارد و رشد سریع جمعیت سالمند در این شهر، سبب شده که سالمندی به مسأله جدی برای برنامه ریزان و سیاست گذاران تبدیل شود (۸).

نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی تأثیر قابل توجهی بر نتایج سلامت روان در میان سالمندان تهران دارد و اغلب منجر به آسیب‌پذیری بیشتر گروه‌های کم‌درآمد می‌شود (۹). این گزارش سیاستی به بررسی یافته‌های تحلیل ثانویه داده‌های فاز دوم مطالعه عدالت در سلامت شهری (Urban Health Equity Assessment & Response Tool- 2) می‌پردازد که نابرابری‌های سلامت روان در میان جمعیت سالمند تهران را مورد تحلیل قرار داده است. درک این نابرابری‌ها برای توسعه سیاست‌های پاسخگو که به ترویج بهزیستی روانی و حمایت از سالمندی سالم کمک می‌کنند، ضروری است.

روش کار

این مطالعه تحلیل ثانویه‌ای براساس داده‌های فاز دوم مطالعه عدالت در سلامت شهری می باشد که یک ارزیابی سلامت در مقیاس کلان در سال ۲۰۱۱ بود و شامل نمونه‌ای معرف از ۵۳۲۶ سالمند تهرانی ۶۰ سال و بالاتر می باشد. این مطالعه با استفاده از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای (طبقه ای، خوشه ای سیستماتیک و سیستماتیک)، تعمیم پذیری جمعیت‌شناختی گسترده‌ای در سطح شهر تهران را تضمین کرد (۱۰, ۱۱).

داده‌ها از طریق سه پرسشنامه جمع‌آوری شدند که ۲۱ بخش را پوشش می‌دادند: یک نظرسنجی عمومی خانوار، یک پرسشنامه فرد منتخب خانوار و یک پرسشنامه تغذیه. سلامت روان با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire-28) ارزیابی شد که علائم مرتبط با اضطراب و بی‌خوابی، شکایات جسمی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را بررسی می‌کند. این پرسشنامه ۲۸ سؤالی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن ها دارای ۷ سؤال است. مطالعه نوربالا و همکارانش نشان داد که این پرسشنامه اعتبار مناسبی در میان جامعه ایرانی دارد و می تواند به عنوان ابزار غربالگری در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی، به طور موفقیت آمیزی به کار برده شود (۱۲). پژوهش ملکوتی و همکاران نیز تأیید نمود که این پرسشنامه در بین سالمندان ایرانی دارای روایی و پایای مناسبی است (۱۳).

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزارهای STATA-14، SPSS-20 و ArcGIS 10.2 استفاده گردید. در قسمت آمار توصیفی از میانگین، حداقل، حداکثر، واریانس، انحراف معیار، جداول و نمودارهای مختلف مورد استفاده قرار گرفت. شاخص‌های نابرابری، از جمله شاخص جینی (Gini Coefficient)، شاخص تمرکز (Concentration Index)، شاخص شیب نابرابری (Slope Index of Inequality)، شاخص نسبی نابرابری (Relative Index of Inequality) و شاخص نسبی نابرابری کونتس مکینباخ (Kunst-Mackenbach Relative Index) برای کمی‌سازی نابرابری‌های سلامت روان در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی استفاده شدند.

یافته ها

۵۳۲۶ سالمند تهرانی در مطالعه شرکت نمودند که میانگین سنی نمونه ۶۸/۹۲ سال (انحراف معیار ۷/۰۳) بود و زنان ۵۴/۸ درصد از شرکت‌کنندگان را تشکیل می‌دادند. براساس یافته ها، ۷۰/۶ درصد نمونه دارای همسر و حدود ۱/۲ درصد مجرد بودند. نتایج مطالعه نشان داد که اکثریت نمونه مورد بررسی در طبقات بیسواد (۲۶/۱ درصد)، سواد در سطح خواندن و نوشتن (۲۱/۲ درصد) و تحصیلات در سطح راهنمایی (۱۵/۲ درصد) و کمترین آن ها (۳/۷ درصد) دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند.

تحلیل‌ها نابرابری‌های قابل توجهی در سلامت روان در میان

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

جمعیت سالمند نشان داد. همچنین یافته‌ها نشان داد که مردان به طور کلی سلامت روان بهتری را تجربه کردند، به ویژه در زمینه‌های مرتبط با اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی. شاخص جینی برابری بیشتر سلامت روان در مردان نسبت به زنان را نشان داد. شاخص تمرکز نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی قابل توجهی در سلامت روان را تأیید کردند، اگرچه تفاوت آماری معنی‌داری بر اساس جنسیت وجود نداشت. وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر با نتایج بهتر سلامت روان در تمام معیارها همراه بود، همان‌طور که توسط شاخص شیب نابرابری وشاخص نسبی نابرابری تأیید شد، که نشان می دهد درآمد و طبقه اجتماعی تأثیری قوی بر بهزیستی روانی در جمعیت سالمند تهران دارند.

بحث

هدف این پژوهش تحلیل شاخص های نابرابری سلامت روان در سالمندان شهر تهران براساس داده‌های فاز دوم مطالعه عدالت در سلامت شهری بود که در بین ساکنین ۳۶۸ محله مناطق ۲۲ گانه تهران انجام پذیرفت و ۵۳۲۶ سالمند وارد مطالعه شدند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مردان به طور کلی سلامت روان بهتری را به ویژه در زمینه‌های مرتبط با اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی تجربه می کنند. این یافته پژوهش همسو با یافته های نجفی و همکاران (۱۴) است که داده‌های فاز اول مطالعه عدالت در سلامت شهری را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. احتمال دارد نمرات پایین تر زنان ناشی از حساسیت بیشتر آن ها به وضعیت سلامتی و اظهار نارضایتی شان از تغییر شرایط جسمانی هر چند اندکی باشد که ممکن است تجربه کنند و بالعکس وضعیت بهتر مردان ممکن است ناشی از بی توجهی آنان نسبت به دردهای مزمن و خفیف جسمانی باشد که تجربه می کنند.

در حوزه نابرابری و در بخش شاخص جینی، براساس یافته ها، وجود نابرابری در سلامت جسمی (۰/۱۲۷۰) و روانی (۰/۲۵۹۰) تأیید شده و بالاتر بودن ضریب جینی در سلامت روان نشان دهنده این است که این مؤلفه از توزیع ناعادلانه تری برخوردار است. یافته های مطالعه حاضر، با یافته های ویتربی و همکارانش همسوست که زنان بالای ۵۰ سال ۳۸ کشور را مورد مطالعه قرار دادند. آن ها همچنین دریافتند که با افزایش سن میزان نابرابری سلامت در زنان افزایش پیدا می کند (۱۵). در بخش شاخص تمرکز، افراد گروه های برخوردارتر به لحاظ وضعیت اقتصادی اجتماعی از سلامت روانی و جسمی مطلوبتری برخوردارند (۰/۰۳۲۵-، ۰/۰۲۷۳). این یافته همسو با یافته های گلی و همکارانش (مبتنی بر یافته های فاز شصتم NSS) (۱۶)، درودزاک و تورک (مبتنی بر یافته های فاز ششم ESS)، جورجس (۱۷, ۱۸)، سومکوترا (۱۹) و آلین و همکاران (۲۰) است (۲۱). در بخش شاخص های شیب نابرابری، نسبی نابرابری و نسبی نابرابری کونتس مکینباخ، بین شاخص سلامت روانی و جایگاه اقتصادی اجتماعی خانوار رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. این یافته ها با نتایج مطالعه فن زن و همکاران که داده های کوهورت سه نسل هلند (LifeLines) را مورد بررسی قرار دادند، منطبق است (۲۲).

نتایج این مطالعه پیچیدگی نابرابری سلامت روان در میان سالمندان را نیز برجسته می‌کند. نابرابری‌های شناسایی‌شده توسط وضعیت اقتصادی-اجتماعی، شغل و تحصیلات شکل گرفته‌اند که با هم منجر به چشم‌اندازی می‌شوند که در آن نتایج سلامت روان ناعادلانه و بسیار وابسته به تعیین‌کننده‌های اجتماعی هستند. مقابله با این نابرابری‌ها نیاز به استراتژی‌های چندسطحی و ظریف دارد که نیازهای خاص سالمندان تهران را هدف قرار دهند.

۱. جنسیت و نابرابری سلامت روان: اگرچه شاخص تمرکز نابرابری قابل توجهی بر اساس جنسیت نشان ندادند، یافته‌ها حاکی از آن است که نتایج سلامت روان در میان مردان تا حدی عادلانه‌تر است. این تفاوت ممکن است ناشی از عوامل اجتماعی-فرهنگی باشد که دسترسی زنان به حمایت‌های سلامت روان را به طور نامتناسبی تحت تأثیر قرار می‌دهد، از جمله هنجارهای جنسیتی که بر نقش‌های مراقبتی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و انزوای اجتماعی تأثیر می‌گذارند. با توجه به اینکه زنان بخش قابل توجهی از جمعیت سالمند تهران را تشکیل می‌دهند، تلاش‌های سیاستی باید منابع سلامت روانی را که نیازهای خاص زنان سالمند را برطرف می‌کنند، در اولویت قرار دهند، به ویژه در مورد اضطراب، افسردگی و سایر نگرانی‌های رایج سلامت روان.

۲. تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی: وضعیت اقتصادی-اجتماعی یک تعیین‌کننده اصلی سلامت روان سالمندان می باشد، با تأکید بر این که گروه‌های با درآمد بالاتر وضعیت سلامت روان بهتری را تجربه کردند. این موضوع نشان می‌دهد که افراد ثروتمندتر ممکن است دسترسی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

بیشتری به خدمات بهداشتی، حمایت‌های سلامت روان و منابع اجتماعی داشته باشند که استرس را کاهش داده و بهزیستی روانی را تقویت می‌کنند. در مقابل، گروه‌های کم‌درآمد ممکن است فاقد منابع کافی سلامت روان باشند و با موانعی برای دسترسی حتی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه مواجه شوند. سیاست‌هایی که حمایت مالی برای سالمندان کم‌درآمد را هدف قرار می‌دهند و دسترسی به خدمات سلامت روان را افزایش می‌دهند، برای پر کردن این شکاف ضروری هستند. مداخلات بهداشت عمومی همچنین باید استرس‌های مرتبط با درآمد، از جمله ناپایداری مسکن، ناامنی غذایی و فشار مالی را در نظر بگیرند که به سلامت روان ضعیف‌تر در میان گروه‌های کم‌درآمد کمک می‌کنند.

۳. نابرابری‌های آموزشی و شغلی: سطح تحصیلات و شغل نیز به عنوان عوامل مهم تأثیرگذار بر نتایج سلامت روان شناسایی شدند. سطح تحصیلات اغلب با سواد سلامت مرتبط است و به افراد امکان می‌دهد تصمیمات بهداشتی آگاهانه‌ای بگیرند و به منابع مرتبط دسترسی پیدا کنند. سواد کم و دانش محدود در مورد سلامت روان می‌تواند شرایط را تشدید کند و منجر به اتکاء به مراقبت‌های اورژانسی و کاهش احتمال انجام اقدامات پیشگیرانه سلامت روان شود. مداخلات سیاستی می‌توانند بر کمپین‌های آموزش سلامت متمرکز شوند که برای همه سطوح تحصیلی قابل دسترس و قابل درک باشند و سالمندان را به دنبال مراقبت‌های پیشگیرانه و خدمات سلامت روان تشویق کنند. علاوه بر این، یافته‌ها نشان می‌دهند که افراد بازنشسته یا کسانی که از مشاغل کم‌درآمد و فیزیکی سخت کار کرده‌اند، سلامت روان ضعیف‌تری را تجربه می‌کنند، که نشان‌دهنده نیاز به برنامه‌های سلامت روان تخصصی برای کارگران بازنشسته و کم‌درآمد است.

٤. تعیین‌کننده‌های ساختاری و اجتماعی: تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی تأثیر تعیین‌کننده‌های ساختاری، مانند درآمد و تحصیلات، و تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای، مانند شغل، بر نتایج سلامت روان را برجسته کرد. این عوامل نه تنها سلامت روان فردی را شکل می‌دهند، بلکه به یک گرادیان اجتماعی گسترده‌تر در نابرابری‌های سلامت روان کمک می‌کنند. مقابله با این مسائل ساختاری نیاز به مداخلات سیستمی دارد که بر اقدامات حمایت اجتماعی متمرکز شوند، مانند گسترش مزایای تأمین اجتماعی، ایجاد فرصت‌های شغلی مناسب برای سالمندان و اطمینان از دسترسی به خدمات سلامت روان مقرون به صرفه. توسعه برنامه‌های حمایت جامعه برای سالمندان و تقویت شبکه‌های اجتماعی نیز می‌تواند انزوای اجتماعی را که اغلب با سالمندی همراه است و به سلامت روان ضعیف‌تر کمک می‌کند، کاهش دهد.

یافته‌های این مطالعه نیاز فوری به مقابله با نابرابری‌های سلامت روان در میان سالمندان را نشان می‌دهد، علی الخصوص با نابرابری‌هایی که توسط عوامل اقتصادی-اجتماعی، شغلی و آموزشی ایجاد می شوند. این نابرابری‌ها اهمیت مقابله با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان در جمعیت سالمند را برای ترویج نتایج سلامت عادلانه و بهبود کیفیت کلی زندگی برجسته می‌کنند. مداخلات سیاستی مؤثر باید چندوجهی باشند، نیازهای خاص جنسیتی در سلامت روان را هدف قرار دهند، حمایت مالی و بهداشتی برای سالمندان کم‌درآمد را افزایش دهند و سواد سلامت روان را در تمام سطوح آموزشی ترویج دهند. علاوه بر این، گسترش منابع به مناطق محروم و تقویت شبکه‌های اجتماعی می‌تواند تعیین‌کننده‌های ساختاری و واسطه‌ای را که به نابرابری سلامت روان کمک می‌کنند کاهش دهد. مقابله با این مسائل برای اطمینان از دسترسی جمعیت سالمند تهران به حمایت‌های کافی سلامت روان ضروری است. با اجرای این سیاست‌ها، تهران می‌تواند به سمت یک سیستم سلامت فراگیرتر و حمایت‌کننده‌تر حرکت کند که برابری سلامت روان را در اولویت قرار داده و کیفیت زندگی تمام سالمندان را بهبود می‌بخشد. تحقیقات بیشتر برای نظارت بر اثربخشی این مداخلات و تطبیق سیاست‌ها با نیازهای در حال تغییر جمعیت سالمند تهران ضروری است.

توصیه‌های سیاستی

برای مقابله با این نابرابری‌ها و حمایت از بهزیستی روانی در میان جمعیت سالمند، اقدامات سیاستی زیر توصیه می‌شود:

گسترش خدمات سلامت روان با رویکرد حساس به جنسیت: توسعه برنامه‌های سلامت روان که به طور خاص نیازهای زنان سالمند را برطرف می‌کنند، با تمرکز بر مسائلی مانند اضطراب، افسردگی و دسترسی به خدمات مشاوره. ادغام خدمات سلامت روان در مراکز بهداشت جامعه می‌تواند حمایت محلی و قابل دسترسی را فراهم کند.

تقویت برنامه‌های کمک مالی برای سالمندان کم‌درآمد: ایجاد برنامه‌های حمایت مالی برای کاهش فشار اقتصادی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

و افزایش دسترسی به منابع بهداشتی برای سالمندان کم‌درآمد. این مورد می‌تواند شامل افزایش مزایای تأمین اجتماعی، خدمات سلامت روان یارانه‌ای و کوپن‌های حمل و نقل برای مراجعه به مراکز بهداشتی باشد.

اجرای کمپین‌های آموزش سلامت برای سالمندان: ترویج سواد سلامت روان از طریق ابتکارات جامعه‌محور که سالمندان را در مورد مدیریت شرایط سلامت روان، تشخیص علائم و جستجوی مراقبت مناسب آموزش می‌دهند. این کمپین‌ها باید به گونه‌ای طراحی شوند که به جمعیت‌های کم‌سواد دسترسی داشته باشند و بر انگ‌های فرهنگی مرتبط با سلامت روان تأکید کنند.

مقابله با نابرابری‌های جغرافیایی از طریق تخصیص هدفمند منابع: تخصیص منابع به مناطق محروم در تهران، ایجاد واحدهای سیار سلامت روان و گروه‌های حمایتی جامعه‌محور در مناطقی با زیرساخت‌های بهداشتی محدود. با افزایش دسترسی به منابع در این مناطق، خدمات سلامت روان می‌توانند عادلانه‌تر و قابل دسترس‌تر شوند.

تقویت شبکه‌های اجتماعی و حمایت جامعه: ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی که با انزوا مقابله کرده و مشارکت سالمندان را تقویت می‌کنند. برنامه‌هایی که تعامل اجتماعی، مشارکت جامعه و فرصت‌های داوطلبانه را تشویق می‌کنند، می‌توانند بهزیستی روانی را بهبود بخشند و تنهایی را که اغلب مشکلات سلامت روان را تشدید می‌کند، کاهش دهند.

ملاحظات اخلاقی

این خلاصه سیاستی حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد بهداشت عمومی (MPH) با گرایش سلامت روان بوده و با تأیید رسمی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1400.007) انجام شده است. این مطالعه به طور دقیق به اصول و دستورالعمل‌های اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی پایبند بوده است تا بالاترین استانداردهای صداقت و احترام به حقوق شرکت‌کنندگان را تضمین کند. قبل از مشارکت در مطالعه، رضایت آگاهانه از تمام شرکت‌کنندگان گرفته شد تا اطمینان حاصل شود که آن‌ها به طور کامل اهداف، روش‌ها، خطرات احتمالی و مزایای مرتبط با پژوهش را درک کرده‌اند.

سپاسگزاری

ما می‌خواهیم صمیمانه از تمام شرکت‌کنندگانی که با مشارکت ارزشمند خود این مطالعه را ممکن ساختند، تشکر کنیم. تمایل آن‌ها برای به اشتراک گذاشتن تجربیات و دیدگاه‌هایشان، کار ما را غنی کرد و پایه‌ای برای یافته‌های معنادار فراهم آورد.

تعارض منافع

بنابراظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

1. Park CL, Kubzansky LD, Chafouleas SM, Davidson RJ, Keltner D, Parsafar P, et al. Emotional well-being: What it is and why it matters. Affective Science. 2023;4(1):10-20. https://doi.org/10.1007/s42761-022-00163-0
2. Reynolds CF, Jeste DV, Sachdev PS, Blazer DG. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. World Psychiatry. 2022;21(3):336-63. https://doi.org/10.1002/wps.20996
3. Gharib M, Borhaninejad V, Rashedi V. Mental health challenges among older adults. Advances in Medicine, Psychology, and Public Health. 2024;1(3):106-7.
4. Abbasi Z. Enhancing well-being and mental health in older asults: A narrative review on psycho-social interventions. Norway: Høgskulen på Vestlandet; 2024.
5. World Health Organization. Ageing and Life Course 2017 [Available from: http://www.who.int/ageing/en/.
6. Rashedi V, Farvahari A, Sabermahani M, Borhaninejad V. Integrated geriatric health care services at the level of primary health care: a comparison study during COVID-19 pandemic. Journal of Public Health. 2025;33:497-501. https://doi.org/10.1007/s10389-023-01990-6
7. Rony MKK, Parvin MR, Wahiduzzaman M, Akter K, Ullah M. Challenges and advancements in the health-related quality of life of older people. Advances in Public Health. 2024;2024(1):8839631. https://doi.org/10.1155/2024/8839631
8. Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi M. Urban-HEART Tehran experience: Round II results: Deputy for Social and Cultural Affairs; 2013. [Persian].
9. Rashedi V, Asadi-Lari M, Foroughan M,

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

Delbari A, Fadayevatan R. Mental health and pain in older adults: findings from Urban HEART-2. Community Mental Health Journal. 2017;53(6):719-24. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0082-2

10. Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi MR, Faghihzadeh S, Cherghian B, Esteghamati A, Farshad AA, et al. Response-oriented measuring inequalities in Tehran: second round of UrbanHealth Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART-2), concepts and framework. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2013;27(4):236-48.
11. Rashedi V, Asadi-Lari M, Delbari A, Fadayevatan R, Borhaninejad V, Foroughan M. Prevalence of diabetes type 2 in older adults: Findings from a large population-based survey in Tehran, Iran (Urban HEART-2). Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2017;11:S347-S50. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.03.014
12. Noorbala A, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. Hakim Research Journal. 2009;11(4):47-53. [Persian].
13. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28used among elderly Iranians. International Psychogeriatrics. 2007; 19 (04):623-34. https://doi.org/10.1017/S1041610206004522
14. Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaei S, Alizadeh M, et al. Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban-HEART) study in Tehran. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2013;13(1):62-73. [Persian].
15. Weatherby NL, Nam CB, Isaac LW. Development, inequality, health care, and mortality at the older ages: a cross-national analysis. Demography. 1983; 20(1):27-43. https://doi.org/10.2307/2060899
16. Goli S, Singh L, Jain K, Pou LMA. Socioeconomic determinants of health inequalities among the older population in India: a decomposition analysis. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 2014;29(4):353-69. https://doi.org/10.1007/s10823-014-9251-8
17. Jürges H. Healthy minds in healthy bodies: An international comparison of education-related inequality in physical health among older adults. Scottish Journal of Political Economy. 2009;56(3):296-320. https://doi.org/10.1111/j.1467-9485.2009.00485.x
18. Jürges H. Health inequalities by education, income and wealth: a comparison of 11 European countries and the US. Applied Economics Letters. 2010;17(1):87-91. https://doi.org/10.1080/13504850701719835
19. Somkotra T. Inequality in oral health-care utilisation exists among older Thais despite a universal coverage policy. Australasian Journal on Ageing. 2013;32(2):110-4. https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2012.00617.x
20. Allin S, Masseria C, Mossialos E. Inequality in health care use among older people in the United Kingdom: an analysis of panel data. The London School of Economics and Political Science; 2006.
21. Tubeuf S, Jusot F. Social health inequalities among older Europeans: the contribution of social and family background. The European Journal of Health Economics. 2011;12(1):61-77. https://doi.org/10.1007/s10198-010-0229-3
22. van Zon SK, Bültmann U, de Leon CFM, Reijneveld SA. Absolute and relative socioeconomic health inequalities across age groups. PloS One. 2015;10(12):e0145947. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145947

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]