سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روانی، مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و تعاملی

محمد توکل*، سوده مقصودی**

مقدمه: *دیدگاه‌های گوناگون تبیین‌های متفاوتی از علل بروز بیماری‌های روانی ارائه داده‌اند. دیدگاه‌های زیست شناختی و روان شناختی دلیل بیماری‌های روانی را عامل استرس زای فیزیولوژیکی یا تجربیات دوران کودکی تلقی می‌کنند. در حالی که مکاتب جامعه شناختی، ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی، عدم وجود منابع حمایت اجتماعی و سرمایهٔ اجتماعی را عامل اصلی این بیماری‌ها معرفی می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افزایش سطح بی‌اعتمادی باعث کاهش تعهد اجتماعی، کاهش همکاری و مشارکت اجتماعی و افزایش آسیب‌های اجتماعی می‌شود. سرمایهٔ اجتماعی تأثیر وقایع منفی زندگی (مانند از دست دادن شغل یا اختلافات زناشویی) را کاهش می‌دهد و مشکلات طولانی مدت (همچون بیماری‌های جسمی و روانی طولانی مدت)را قابل تحمل می‌سازد. بنابراین شناخت مکانیسم و چگونگی تأثیر سرمایهٔ اجتماعی بر سلامتی از اهمیت خاصی بر خوردار است.*

مرور انتقادی: *مقالهٔ ارزیابی مکاتب جامعه‌شناسی در ارتباط با سرمایهٔ اجتماعی و سلامتی، بررسی تحقیقات گذشته مربوط به موضوع، شناخت مکانیسم تأثیر گذاری سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت روانی و ارائهٔ مدل‌های نظری (علّی و تعاملی) مربوط به موضوع می‌باشد و جهت دست‌یابی به اهداف فوق از روش اسنادی ـ کتابخانه‌ای استفاده شده است. یافته‌های حاصل از مطالعات اسنادی نشان می‌دهد که وجود سرمایهٔ اجتماعی، شبکه‌ها و حمایتهای اجتماعی موجب احساس آسودگی خیال، کاهش اضطراب، افزایش توان سیستم دفاعی بدن و در نهایت سلامت روانی می‌شود. مقالهٔ حاضر سعی نموده در قالب مدل‌های نظری (علّی ـ خطی) که خود شامل مدل‌های سطح کلان، خرد و میانه‌اند و مدل‌های تعاملی به نحوهٔ تأثیر پذیری سلامت روانی از سرمایهٔ اجتماعی بپردازد.*

بحث: *در این بین مدلهای تئوریکی نان لین(Nan Lin) و جیمز کلمن (James Coleman) به عنوان مدل نهایی معرفی شده‌اند که می‌توانند در سطح میانه به بررسی این دو متغیر بپردازند.*

کلید واژه‌ها: سرمایهٔ اجتماعی، سلامت روانی، مدل‌های علّی ـ تعاملی.

تاریخ دریافت: **۸۹/۱/۱۷** ***تاریخ پذیرش:*** **۸۹/۱۱/۱۱**

* دکتر جامعه‌شناس دانشگاه تهران <mtavakol@.ut.ac.ir>

** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

امروزه بخش قابل ملاحظه‌ای از مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت اجتماعی به بررسی موضوعات مربوط به سلامتی و بهداشت روانی اختصاص یافته است. توجه جدی به این حوزه از مطالعات، بیش‌تر بدان خاطر بوده که هزینهٔ اجتماعی بیماری‌های روانی زیاد است. بیماری روانی بر بهره‌وری فرد، یا عملکرد شغلی، غیبت از تحصیل و کار، ثبات زندگی زناشویی و خانواده، نگهداری و پرورش فرزندان و رفاه اقتصادی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد و زندگی فرد و اجتماع را مختل می‌سازد (تا سیگ و دیگران، ۱۳۸۶).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت بیماری قلبی و افسردگی دو عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سطح جهان تا سال ۲۰۰۲ به شمار می‌آیند (سیدان، ۱۳۸۱). افسردگی در سال ۱۹۹۰ چهارمین بیماری شایع به شمار می‌رفت ولی انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری بعد از ناراحتی قلبی تبدیل شود. نتایج تحقیقات وپژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند ومحققان پیش بینی می‌کنند که این رقم تا ۲۰ سال آینده بیش‌تر و چشم‌گیرتر خواهد شد(WHO,2004). از سوی دیگر سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) اعلام کرده است که بخش اعظم بیماری‌ها (جسمی و روانی) در کشورهای در حال توسعه به دلیل عوامل اجتماعی روی می‌دهند(همان: ۷). مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالای بی‌اعتمادی و عدم امنیت در جامعه (مانند خشونت‌ها و تصادفات)و عواملی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار و یا مهاجرت اجباری ازجمله عوامل اجتماعی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامت روانی افراد می‌گذارند(Harpham,2003). سرمایهٔ اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر بسیار مطرح شده و توجه به رابطهٔ بین سرمایهٔ اجتماعی و نقش آن در سلامت روان افراد، مورد توجه صاحب نظران قرار گرفته است (علوی۱۳۸۴، اونق۱۳۸۴، گیدنز۱۳۷۸، ازکیا و غفاری۱۳۸۴)، (Linch & Kaplan,1997)،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

(Putnam ,1995). آن‌ها بر این باورند که سرمایهٔ اجتماعی عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می‌کند. همچنین سرمایهٔ اجتماعی میتواند حوادث منفی زندگی چون از دست دادن شغل را در زندگی کاهش دهد(Harpham,2006). زمانی که افراد با تغییرات و چالش‌هایی چون یادگیری یک زبان جدید، تفاوت‌های فرهنگی و هنجاری، دور شدن از فرهنگ آبا و اجدادی، اختلافات زناشویی وطلاق روبرو میشوند، برای آن‌ها فرایند سازگاری، استرس‌زا می‌باشد. در این حالت وجود سرمایهٔ اجتماعی آرامش بخش خواهد بود (لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۳).

در حالی که دیدگاه‌های زیست شناختی و روان شناختی دلیل بیماری‌های روانی را عامل استرس زای فیزیولوژیکی یا تجربیات دوران کودکی تلقی می‌کنند، رویکردهای جامعه شناختی، ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی و عدم وجود منابع حمایت اجتماعی و سرمایهٔ اجتماعی را عامل اصلی این بیماری‌ها معرفی می‌کنند. پژوهش‌های زیادی در سراسر جهان بر این رویکرد تأکید کرده و نشان می‌دهند که عدم دست‌رسی به منابع حمایت و سرمایهٔ اجتماعی درپیشگیری از بیماری‌های روانی مؤثر هستند.

(Bolin etal 2003, Harpham etal, 2003, 2002, Green etal 2000,Desilva eal 2007, Loford 2007, Kawachi, 2001, 2006, Handryx 2002, Wright 2001, Rose, 2000)

در این تحقیقات نشان داده شده که افزایش سطح بی‌اعتمادی در خانواده و جامعه موجب کاهش تعهد اجتماعی، کاهش همکاری و مشارکت اجتماعی و افزایش آسیب‌های اجتماعی می‌شود. به نظر می‌رسد که سرمایهٔ اجتماعی تأثیر وقایع منفی زندگی (مانند از دست دادن شغل) را کاهش می‌دهد و مشکلات طولانی مدت (هم چون بیماری‌های جسمی و روانی طولانی مدت) را قابل تحمل می‌سازد که همهٔ این عوامل به سلامت روانی می‌انجامد. توجه به موضوع بیماری‌های روانی از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا هزینهٔ اجتماعی این بیماری‌ها زیاد است. بیماری روانی بر بهره‌وری فرد، عمل کرد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

شغلی، غیبت از تحصیل و کار، ثبات زندگی زناشویی و خانواده، نگهداری و پرورش فرزندان و رفاه اقتصادی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد و زندگی فرد و اجتماع را مختل می‌سازد (تا سیگ و دیگران، ۱۳۸۶).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت(WHO)، بیماری قلبی و افسردگی دو عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سطح جهان تا سال ۲۰۰۲ به شمار می‌آیند (سیدان، ۱۳۸۱). افسردگی در سال ۱۹۹۰ چهارمین بیماری شایع به شمار می‌رفت ولی پیش بینی میشود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری بعد از ناراحتی قلبی تبدیل شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). نتایج تحقیقات وپژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند ومحققان پیش بینی می‌کنند که این رقم تا ۲۰ سال آینده بیش‌تر و چشم‌گیرتر خواهد شد(WHO,2004). از طرفی سازمان بهداشت جهانی(WHO) یکی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عاطفی افراد را وجود سرمایهٔ اجتماعی بین آن‌ها معرفی کرده است(WHO,2004). به این خاطر، هدف مقالهٔ حاضر شناخت چگونگی رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روانی از طریق مرور مکاتب و تئوری‌ها، مطالعه مکانیسم‌ها و مدل‌های نظری مربوط به موضوع و در نهایت ارائهٔ مدلی نهایی در این قالب می‌باشد.

اهداف تحقیق

- ارزیابی مکاتب و رویکردهای اساسی‌جامعه‌شناسی مربوط به سرمایهٔ اجتماعی و سلامتی
- مرور انتقادی منابع مربوط به موضوع
- شناخت مکانیسم تأثیر گذاری سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت روانی
- ارائهٔ مدل‌های نظری (علّی و تعاملی)مربوط به موضوع تحقیق

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

مرور انتقادی منابع

پژوهش‌ها در جهان

شواهد پژوهشی در سراسر دنیا نشان می‌دهند افرادی که از اجتماع دورند و منزوی هستند، احساس خطر مرگ را بیش‌تر تجربه می‌کنند. یک مطالعهٔ ۹ ساله در آلامـدا در کالیفرنیـا از ۱۹۶۵ تا ۱۹۷۴ توسط برگمن و سیم[1] رابطه بین خطر مرگ و فراوانی تماس‌های اجتماعی، شرکت در امور مذهبی و کلیسا و عضویت در انجمن‌های داوطلبانهٔ غیر رسمی را مشخص کرد. مشابه این مطالعه، پژوهشی در امریکای شمالی بود کـه مـشخص کـرد بیمـاری‌هـای بدخیم منجر به مرگ در بین مردانی بیش‌تر دیده می‌شود که تماس‌هـای اجتمـاعی روزانـهٔ کم‌تری دارند یا مشارکتی در انجمن‌ها و کلوپ‌های اجتماعی ایفا نمـی‌کننـد. رز [2] (۲۰۰۰) نیز نشان داد که مشارکت افراد در شبکه‌های رسمی و غیررسمی و برخورداری از حمایـت اجتماعی و اعتماد به طور معنی‌داری با سلامت عاطفی مـردم روسـیه مـرتبط اسـت. او در روسیه گزارش داد که سرمایهٔ اجتماعی و یگانگی اجتماعی در سلامت روانی مؤثر هـستند. در بریتانیا، مک کالوک[3] (۲۰۰۱) و در امریکا هـایو و جانـسون[4] (۲۰۰۰) در تحقیقـی بـین مهاجران اثبات کردند که سطوح بـالای مـشارکت اجتمـاعی خطـر مـرگ و میـر ناشـی از بیماری‌های روانی را کاهش می‌دهد و رفاه و سلامت عاطفی را افزایش می‌دهد. در مطالعهٔ دیگری در دانمارک آشکار شد افرادی که حمایت اجتماعی بیش‌تری را در مـورد بیمـاری روانی‌شان دریافت می‌کنند معلولیت و ناتوانی کـم‌تـری را تحمـل مـی‌کننـد و طـول دورهٔ بیماری شان کم‌تر از افرادی است که حمایت اجتماعی کـم‌تـری را از دیگـران مـی‌گیرنـد. وینسنترا و همکارانش[5] در پژوهشی در ساسکاچوان کانادا دریافتند که بین میزان تماس‌های اجتماعی و شرکت در گروه‌های مذهبی (به عنوان شاخص سرمایهٔ اجتمـاعی) و وضـعیت سلامتی فـرد ارتبـاط وجـود دارد. آن‌هـا در سـال (۲۰۰۵) نیـز اهمیـت مـشارکت فـرد در انجمن‌های داوطلبانه و تأثیرش بر سلامتی و کاهش استرس‌هـای عـاطفی را خـاطر نـشان

1- Berkman and syme 2- Rose 3- Mc culloch
4- Hao and Johson 5- veensentra

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

کردند. مشابه این مطالعه تحقیق کاواچی و کندی و ویلکینسون[1] (۱۹۹۴) بود که اثبات کرد فقدان سلامتی با سرمایهٔ اجتماعی در سطح کلان یعنی دولت و نهادهای اجتماعی مرتبط است. مطالعهٔ دیگری در انگلستان نشان داد که سرمایهٔ اجتماعی در بین همسایگان با احساس امنیت اجتماعی و کاهش بیماری روانی رابطه دارد. (Lofords and sundquist,2007)

در پژوهشی که بین ۴/۵ میلیون سوئدی صورت گرفت سرمایهٔ اجتماعی پایین به عنوان عامل مؤثری در بی‌نظمی روانی در نظر گرفته شد. نتایج این پژوهش نشان داد که ارتباط قوی بین سرمایهٔ اجتماعی و بستری شدن به دلیل افسردگی و بیماری روانی وجود دارد. مطالعاتی هم در بالتیمور، مریلند و آدلاید در استرلیا انجام پذیرفت. نتیجهٔ مطالعات نشان داد که قیود و پیوستگی قوی‌تر درون اجتماعات تعیین‌کنندهٔ سلامتی‌افرادهستن (Stone, 2001) زیرش و بوم[2] در بررسی دیگری بر روی طبقهٔ کارگر در آدلاید گزارش دادند که درگیر شدن با گروه‌های اجتماعی با سلامت جسمانی و روانی ارتباط دارد (Harpham, 2003).

با وجود پژوهش‌های فوق کاواچی[3] و برکمن از جمله اولین افرادی بودند که تلاش کردند سلامت روانی را به حمایت و شبکه‌های اجتماعی پیوند بزنند. آن‌ها تا سال ۲۰۰۶ حدود ۴۲ پژوهش در مورد رابطهٔ بین سرمایهٔ اجتماعی و بهداشت جسمی و روانی یافته‌اند که بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ انجام شده‌اند. البته تنها ۱۲ مطالعه از بین آن‌ها به کشورهای کم درآمد و توسعه نیافته تعلق دارند(Kawachi, 2006).

در سال ۲۰۰۶، مک کنزی و هارفام کتابی را با عنوان "Social capital and Mental Health" به چاپ رساندند. این کتاب به دو بخش تئوری و عملی تقسیم می‌شود. آن‌ها در بخش نظری به نحوهٔ اندازه‌گیری و سنجش سرمایهٔ اجتماعی در زمینهٔ سلامت روانی و مدل‌ها و تئوری‌های مهم در این مورد اشاره کرده‌اند. بخش عملی این کتاب به مطالعات بین‌المللی می‌پردازد که در کشورهای مختلف جهان چه توسعه یافته و چه در حال توسعه انجام

1- Kawachi, kennedy and wilkinson 2- Ziersch and Baum 3- Kawachi and Berkman

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

شده‌اند. نمونه این پژوهش‌ها عبارتند از: در انگلستان توسط راب وایتلی[1]، در ماستریخت هلند توسط ماریان دروکر[2]، مطالعهٔ پیمایشی کری آشر[3] در ایالات متحده امریکا، پژوهش کمّی لیزتوماس[4] در دوربان آفریقای جنوبی و لاساکای زامبیا که بین زنان انجام شد و تحقیق ترودی هارفام و اما گرنت[5] که بین جوانان کالی کلمبیا و مطالعه‌ای دیگر توسط جمعی ازمحققان در ویتنام صورت گرفت. همهٔ این تحقیقات ارتباط این متغیرها با یکدیگر را تأیید کردند(Harpham and Mckenzie, 2006).

پژوهش‌ها در ایران

در ایران، مطالعات زیادی در مورد سلامت و بیماری روانی انجام شده، اما پژوهش‌های بسیار اندکی در مورد سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روانی صورت پذیرفته است. با این وجود شیریان تحقیقی با عنوان «همسایگی، رضایت‌مندی از محل سکونت و سلامت روان مهاجران بزرگ‌سال» انجام داد. او نشان داد که همسایگی به عنوان حمایت کننده‌ای اجتماعی بر سلامت روان مهاجران مؤثر است. وی در تبیین تحقیق خود از دو مدل توسعهٔ خطی و سیستمی استفاده کرد. اساس این دو مدل این است که داشتن دوستان، آشنایان و همسایگان خوب در شهر در ارتقای کیفیت سلامت روان مهاجران مؤثر است. در این تحقیق افراد با تحرک اجتماعی بالا، دارای در آمد بالا و بر خوردار از حمایت اجتماعی، مالی و روانی دارای سلامت روان بهتری می‌باشند. لهسایی‌زاده و مرادی نیز (۱۳۸۷) همین مطالعه را بر روی مهاجران در شهر کرمانشاه انجام دادند و به همین نتیجه رسیدند (لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۷). همچنین محقق هم‌زمان با اجرای این تحقیق مطلع شد که طرح ملّی «رابطهٔ سرمایه اجتماعی و سلامت روانی با خطرپذیری دانشجویان دانشگاه‌های سراسر کشور» توسط وزارت علوم در حال انجام است.

1- Rab whitley 2- Marian Drukker 3- Carey Usher
4- Liz Thomas 5- Trudy Harpham and Emma Grant

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

مرور رویکردها و مکاتب مرتبط با موضوع

مکاتب زیستی

این تئوری‌ها بر اهمیت توارث در انتقال آمادگی‌های اولیه برای برخی از آسیب‌های روانی تأکید می‌کنند. به طور مثال مدل‌های زیستی تأکید می‌کنند که افسردگی در زنان به دنبال تغییرات طبیعی و فیزیولوژیک ایجاد می‌شود مانند زایمان، یائسگی، بلوغ و... طبق این مکاتب درمان بیماری‌های روانی مداخلات دارویی و اعمال جراحی در نظر گرفته می‌شوند (سیدان، ۱۳۸۵).

مکاتب روان‌شناسی

در این رویکرد بر رابطهٔ میان تجربه‌های دوران کودکی و آسیب‌های روانی تأکید شده است. برای درمان گران، علت بیماری روانی را باید در تاریخچهٔ زندگی شخص جستجو کرد. مهم‌ترین تئوری‌های روان‌شناسی که به موضوع بیماری روانی پرداخته‌اند عبارتند از: تئوری یادگیری و تئوری شناختی، نظریهٔ بک، نظریهٔ درماندگی اکتسابی و نظریهٔ آمادگی ـ استرس از جمله مهم‌ترین نظریه‌های مکتب شناختی به شمار می‌روند.

مکاتب جامعه شناختی

مطالعهٔ جامعه شناختی فرآیند استرس رویکردی ساختاری است. این مکاتب این سئوال را مطرح می‌کنند که چرا همهٔ افراد وقتی رویداد تلخی را تجربه می‌کنند بیمار روانی نمی‌شوند؟ آن‌ها معتقدند مردمی که در مواجهه با رویدادها از «حمایت اجتماعی»، خویشاوندی یا دوستی‌های قوی بر خوردار نیستند بیمار می‌شوند. آن‌ها تأکید می‌کنند که آشفتگی روانی ممکن است به خاطر توزیع نابرابر فرصت‌ها و منابع زندگی باشد که توسط ساختار اجتماعی معین می‌شوند(تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۷). مهم‌ترین تئوری‌های مربوط به این موضوع در مکاتب جامعه‌شناسی عبارتند از: تئوری کنش متقابل ودیدگاه‌های انتقادی.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

تئوری کنش متقابل نمادی و ساخت اجتماعی

«در این رویکرد بیماری روانی یک سازهٔ اجتماعی است. این رویکرد از دههٔ ۱۹۶۰ به ویژه در آمریکا مطرح شد. در حالی که در سایر نقاط اروپا و انگلیس چندان مورد توجه نبوده است. این رویکرد در واقع انتقادی علیه سلطه جویی‌های مکاتب زیستی و پزشکی بود و در مقابل، بر اهمیت فزایندهٔ عوامل اجتماعی تأکید می‌ورزید. تئوری بر چسب زنی یکی از تئوری‌های زیر مجموعهٔ این رویکرد است. در این دیدگاه بر فرآیندهایی تأکید می‌شود که به موجب آن بر افراد بر چسبی زده می‌شود و دربارهٔ آن‌ها قضاوت‌هایی می‌شود که منجر به بیماری روانی فرد می‌گردد. این نظریه توسط هاوارد بکر در سال ۱۹۶۳ مطرح گشت. بر چسب زدن مهم‌ترین علت بیماری مزمن روانی است زیرا برچسب زدن به فردی که رفتاری متفاوت نشان می‌دهد به تثبیت و تقویت آن انگارهٔ رفتاری می‌انجامد و آن را دائمی می‌کند.» (سیدان، ۱۳۸۳)

مکتب انتقادی

مهم‌ترین این تئوری‌ها، تئوری تولید اجتماعی بیماری روانی است. این دیدگاه‌ها به انتقاد از ساختارهای اجتماعی و نقش آنها در بروز بیماری می‌پردازند.

تئوری تولید اجتماعی بیماری روانی

در این تئوری بیماری روانی تولیدی اجتماعی انگاشته می‌شود. به طوری که مهم‌ترین علت بیماری روانی افراد را می‌بایست در «منزلت اجتماعی ـ اقتصادی» آنان، ساختار روابط در خانواده، ویژگی‌های نقش‌های اجتماعی زنان، اشتغال، قومیت و ... جستجو کرد. در این مورد بیکاری، سطح پایین تحصیلات و درآمد، مشکلات زناشویی، فقدان بهداشت و سلامت جسمانی عواملی هستند که قویاً با بروز بیماری روانی به خصوص در زنان درارتباط هستند. طبق این تئوری برابری در کسب منزلت اجتماعی ـ اقتصادی می‌تواند مانع از بیماری روانی شود(همان).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

شاخص‌های سرمایهٔ اجتماعی و بیماری روانی در تئوری‌های جامعه‌شناسی

پیر بوردیو، جیمز کلمن، رابرت پوتنام و نان لین از مهم‌ترین متفکرانی هستند که در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ به مفهوم سرمایهٔ اجتماعی و شاخص‌های آن پرداختند. آن‌ها عناصر اساسی سرمایهٔ اجتماعی را تعهد و اعتماد متقابل، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک، احساس تعلق، صداقت و تعاملات اجتماعی می‌دانند(Webber. etal, 2007) .

کلمن بر دو جزء ساختاری (کمیت روابط اجتماعی) که عضویت فرد در گروه‌ها، میزان همکاری، تنوع فعالیت‌های جمعی، انواع ارتباطات و شعاع آن‌ها را در بر می‌گیرد و بعد شناختی (کیفیت روابط اجتماعی) که میزانی از اعتماد و تعهد اجتماعی را شامل می‌شود تأکید می‌کند. در واقع در حالی که بعد ساختاری تعلقات و تعاملات اجتماعی را بیان می‌کند بعد شناختی به اعتماد اجتماعی و تعهد اجتماعی می‌پردازد.

نان لین از جمله اولین متفکرانی است که در سال ۱۹۸۲ تئوری سرمایهٔ اجتماعی و تأثیرش بر سلامتی، رضایت از زندگی و احساس خوشبختی را مطرح کرد. او برسه نوع سرمایهٔ اجتماعی تأکید دارد: درون گروهی، برون گروهی و نهادی. سرمایهٔ درون گروهی (قیود پیوندی)به تعداد تماس‌های اجتماعی فرد با دیگران در طول روز گفته می‌شود. نان لین در سرمایهٔ برون گروهی (قیود آوندی) بر سرمایهٔ خویشاوندی، اعتماد و حمایت اجتماعی که از دوستان و آشنایان نزدیک کسب می‌کند، تأکید می‌کند و نهایتاً درسرمایهٔ نهادی (قیود هم آوندی) به عضویت و مشارکت فرد در گروه‌ها، نهادهای بزرگ و انجمن‌های داوطلبانه اشاره دارد. اگر تئوری جیمز کلمن و نان لین را با هم تلفیق کنیم ۶ نوع سرمایهٔ اجتماعی به دست می‌آید که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر سلامتی روانی تأثیر می‌گذارند:

۱- سرمایهٔ درون گروهی ساختاری (مدت زمان وتکررروابط صمیمانه در گروههای کوچک)

۲- سرمایهٔ برون گروهی ساختاری (میزان ارتباط با خویشان و دوستان)

۳- سرمایهٔ نهادی ساختاری (میزان عضویت فرد در انجمن‌های داوطلبانه)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

۴- سرمایهٔ درون گروهی شناختی (اعتماد، تعهد ومسئولیت افراد نسبت به هم درون گروه‌های کوچک)
۵- سرمایهٔ برون گروهی شناختی (میزان حمایت اجتماعی از طرف دوستان و خویشاوندان)
۶- سرمایهٔ نهادی شناختی (اعتماد به مشاغل ومؤسسات دولتی و عموم مردم)

طبق نظر این دو تن، اجتماعی با سرمایهٔ اجتماعی فراوان از پیوندهای اجتماعی قوی و اعتماد متقابل محکمی بر خوردارخواهد بود و گفته می‌شود که این نوع سرمایهٔ اجتماعی سد محافظی در برابر بیماری‌های روانی و اجتماعی است. جوامعی که سرمایهٔ اجتماعی بالایی دارند از سلامت روانی بیش‌تری برخوردارند و میزان جرم و جنایت در آن‌ها کم‌تر از دیگران است(آرمسترانگ و توکل، ۱۳۸۷). تحقیقات نشان می‌دهند که حضور سرمایهٔ اجتماعی نوعی حمایت اجتماعی برای فرد پدید می‌آورد که از فرد حمایت مالی می‌کنند ولی از حمایت‌های اطلاعاتی، عملی و عاطفی او نیز دریغ نمی‌ورزد. در این میان پشتوانهٔ عاطفی به طور آشکارتری به سلامتی فرد کمک میکند(آدام و هرتسلینگ، ۱۳۸۵).

سلامت روانی نیز طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت حالتی از رفاه است که درآن فرد توانایی‌هایش را تشخیص می‌دهد و می‌تواند استرس‌های طبیعی را تحمل کند، کار کند و به راحتی در جامعه اش مشارکت داشته باشد (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). کمپل[1] (۱۹۸۹) نیز سلامت روان را عمل کرد روانی موفقیت آمیزی می‌داند که به فعالیت‌های سازنده، ارتباط رضایت بخش و توانایی فرد برای سازگاری با تغییرات و مقابله با حوادث می‌انجامد. سلامت روان را نمی‌توان جدا از آسایش فردی، خانوادگی و اجتماعی که در بر دارندهٔ روابط بین فردی است در نظر گرفت. دراگوتیس[2](۱۹۸۴) هم سلامت روانی را توانایی زندگی کردن همراه با شادی، بهره‌وری و زندگی بدون دردسر و نداشتن ۹ علامت بیماری روانی می‌داند علائمی چون: افسردگی، اضطراب، پرخاش‌گری، بیماری‌های جسمانی ناشی از بیماری‌های روانی، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی، ترس

1- Campel 2- Deragotis

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

مرضی، پارانوئید و اسکیزوفرنی. به دلیل جامعیت این تعریف ما نیز سلامت روان را همین تعریف در نظر می‌گیریم.

مکانیسم تأثیر گذاری سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت روانی

پس از دورکیم که بر یکی از مؤلفه‌های مهم سرمایهٔ اجتماعی یعنی انسجام و همبستگی اجتماعی و رابطهٔ آن با خودکشی تأکید کرده برای اولین بار این پوتنام بود که در سال ۱۹۹۳ به رابطهٔ بین سرمایهٔ اجتماعی وسلامت روانی اشاره کرد. او سعی کرد در قالب یک مدل چند بعدی، همبستگی بین سرمایهٔ اجتماعی در سطح همسایگی و سلامت روانی افراد را توصیف نماید (Webber , ۲۰۰۷). پوتنام معتقد است که «سرمایهٔ اجتماعی و سلامتی به چهار دلیل با هم ارتباط دارند:

۱- شبکه‌های اجتماعی به گونه‌ای کمک‌های مادی را دراختیار افراد قرارمی دهندکه سبب کاهش اضطراب می‌شوند.

۲- شبکه‌ها، معیارهای سلامتی و بهداشت را تقویت می‌کنند.

۳- شبکه‌های بهتر می‌توانند خدمات بهداشتی مناسب‌تری را تقاضا کنند.

۴- تکامل و فعالیت اجتماعی سبب فعال‌تر شدن سیستم دفاعی بدن می‌شود.» (۲۰۰۰: ۳۷ و Putnam).

بنابراین فرض بر این است که فضاهای اجتماعی که دارای برخی از انواع مشارکت و اعتماد هستند بهداشت مناسب را ایجاد و یا تسهیل می‌کنند. در حقیقت روابطی چون تعاون، رابطهٔ متقابل و پذیرش این که نیازهای دیگران نیازهای ما هستند تأثیر عمیقی بر تندرستی دارند(همان: ۶۲۲). به نظر بولین «این عوامل بر سلامتی مؤثرند زیرا:

ـ به طور مستقیم در هویت کنش‌گر نقش دارند.

ـ موجب افزایش منابع اطلاعاتی، همکاری و تصمیمات جمعی می‌شوند.

ـ حمایت عاطفی و ابزاری از اعضای گروه را موجب می‌شوند که منجر به آرامش روانی در فرد می‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

ـ نهایتاً قواعدی منظم پدید می‌آورند و کنترل اجتماعی را تشدید می‌کنند که موجب پیش‌گیری از رفتارهای پر خطری چون سیگار کشیدن و الکلی شدن می‌شود.» (Bolin et al ,2003)

از نقطه نظر کاواچی و برکمن «مناطقی که سرمایهٔ اجتماعی بالاتری دارند دست‌رسی بیش‌تری به خدمات اجتماعی و بهداشتی دارند. هم‌چنین آن‌ها قادرند نبردی را برای مقابله با دولت برای اعتراض به کسری بودجه یا مثلاً جلوگیری از بسته شدن یک مدرسه یا بیمارستان آغاز کنند. این مناطق هم‌چنین قادرند گروه‌های فشار رسمی به وجود بیاورند که باعث شود سازمان‌های بهداشتی به آسانی در دست‌رس همگان قرار گیرند. مثلاً مناطق دارای سرمایهٔ اجتماعی درون گروهی و برون گروهی در زمان بحران، جنگ یا خشک‌سالی، بیش‌تر قادرند از ساکنانشان محافظت کنند، آن‌ها را حمایت کنند و خدمات بهداشتی در اختیارشان قرار دهند.» (Kawachi and Berkman ,2000)

وجود سرمایهٔ اجتماعی در گروه‌ها هم‌چنین موجب رشد اعتماد می‌شود. به طوری که عضویت در یک سازمان و اعتماد به گروه‌ها و انجمن‌های شهری با سلامتی همبستگی بالایی دارد مثلاً در ایالات متحدهٔ امریکا عضویت در هر گروه شهری و اعتماد به آن با سن مرگ و میر رابطه دارد. پژوهش‌گران تأکید می‌کنندکه انبوهی و عضویت درسازمان‌های شهری عامل پیش بینی کنندهٔ مرگ بر اثر بیماری‌ها بدخیم کرونر قلبی است. سطح بی‌اعتمادی نیزبه طور معنی‌داری با نرخ مرگ و میر رابطه دارد. به طوری که یک فرد در اجتماع کم اعتماد میزان بیش‌تری از بیماری‌های جسمانی و روانی را تجربه می‌کند(Kawachi and Berkaman 2000 و cullen and whitedford 2000).

با توجه به مرور منابع گوناگون و مطالب مطرح شده در آن‌ها به طور خلاصه می‌توان مکانیسمی را ارائه داد که بر اساس‌آن سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت روانی مؤثر واقع می‌شود طبق مدل زیر و بر اساس تئوری‌های موجود سرمایهٔ اجتماعی به وسیله این روند به سلامت روانی می‌انجامد:

سرمایهٔ اجتماعی ← حمایت اجتماعی ← احساس آسودگی خیال ←کاهش اضطراب ← سلامت روانی
(cullen and whitedford , 2000)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

مدل‌های نظری سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روانی

در کتب و مقالات جامعه شناسان دو گونهٔ اصلی از مدل‌های نظری مربوط به این موضوع مطرح شده است: مدل‌های علّی و مدل‌های تعاملی. این مدل‌ها انواع ارتباطات بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را شرح می‌دهند.

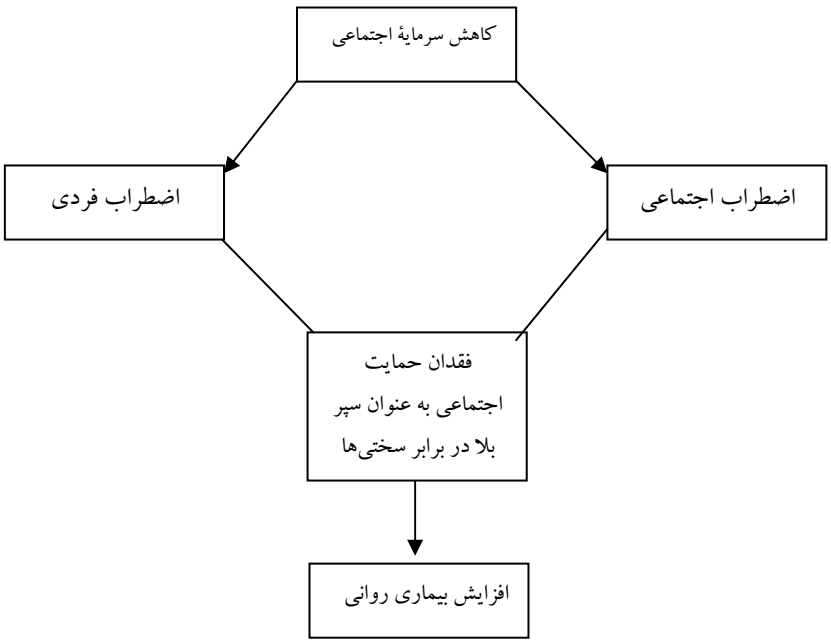
مدل‌های علّی ـ خطی

در مدل‌های علّی و خطی سلامت روانی تابع سرمایهٔ اجتماعی است. این مدل‌ها رابطهٔ خطی بین دو متغیر را نشان می‌دهند و به سه دسته تقسیم می‌شوند: مدل‌های سطح خرد، مدل‌های سطح کلان و مدل‌های سطح میانه.

مدل‌های سطح کلان:

این مدل‌ها به سیاست‌های اجتماعی ـ بهداشتی، بیش‌تر از نقش افراد اهمیت می‌دهند. در این مدل‌ها سیاست‌های کلان بهداشتی و درمانی در سطح دولت و حکومت مد نظر قرار می‌گیرند. بر اساس این سیاست‌ها مردم مناطق مختلف یک کشور از برابری در خدمات بهداشتی ـ درمانی و اجتماعی برخوردار می‌شوند که این امر باعث افزایش سرمایهٔ اجتماعی، کاهش اضطراب و افزایش حمایت اجتماعی به عنوان سپر بلایی در برابر فشارهای روانی می‌شود. این مدل‌ها، تغییرات در سازمان‌ها و ساختارهای جامعه را برای بهبود وضع بهداشت، به خصوص بهداشت روانی مؤثر می‌دانند نظیر تئوری تغییر سازمان‌ها به طور مثال مدل زیر نشان می‌دهد که سرمایهٔ اجتماعی کم باعث افزایش استرس و اضطراب فردی و اجتماعی می‌شود. اضطراب بالا نیز منجر به تغییرات رفتاری و شناختی هم در سطح فرد و هم اجتماع می‌شود . این امر موجب می‌شود که فرد از حمایت اجتماعی برخوردار نشود و به بیماری روانی مبتلا گردد.

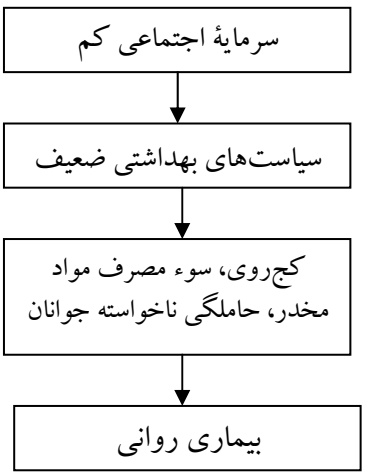
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]



(Harpham and Mckenzie, 2006)

هارفام و مکنزی مدل دیگری نیز ارائه کردند که بر حسب سیاست‌های کلان تنظیم شده بود. شرح آن بدین ترتیب است:

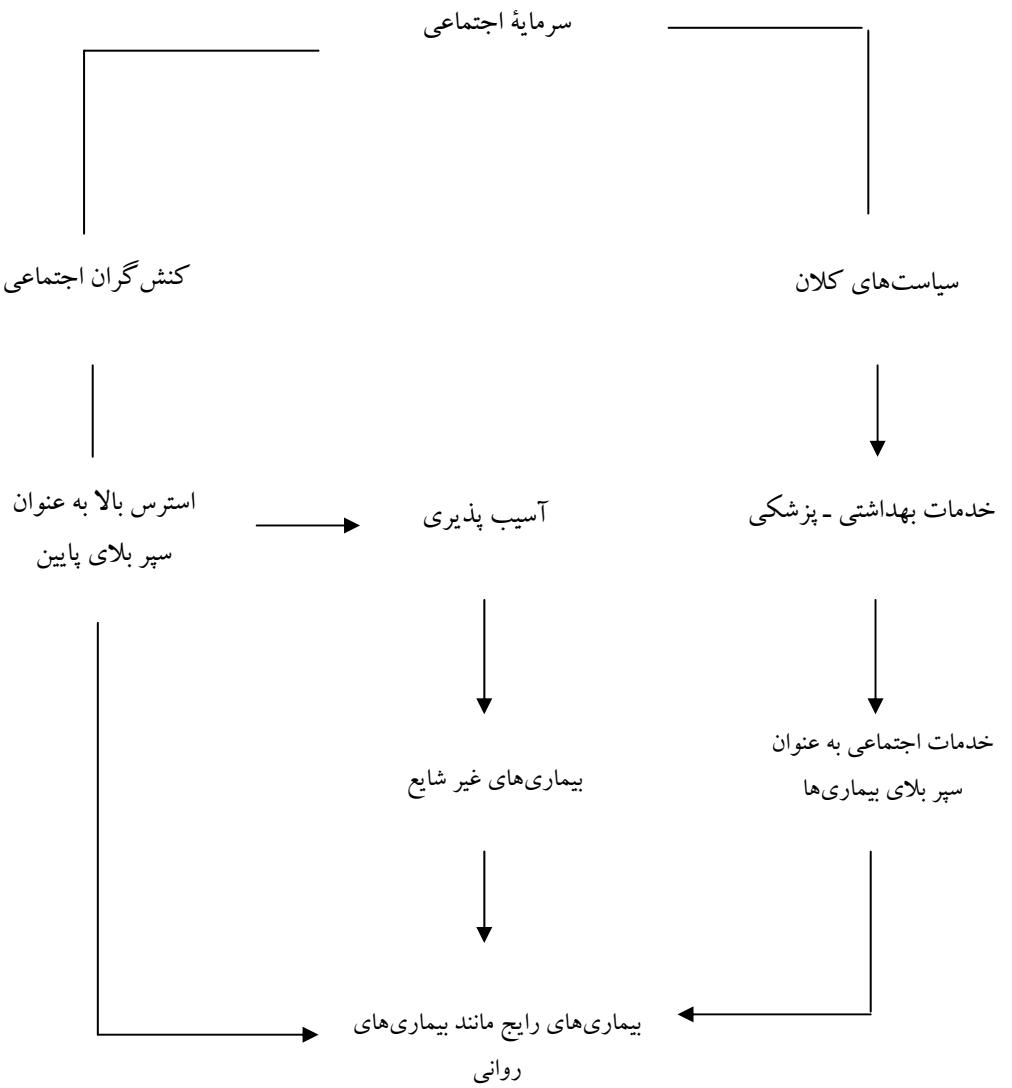
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]



.(Harpham and Mckenzie)

مدل فوق به سیاست‌های بهداشتی جامعه اشاره دارد که نشان می‌دهد اگر سرمایهٔ اجتماعی در جامعه در حد پایینی باشد، سیاست‌های کلان بهداشتی ضعیفی اعمال می‌شود و انواع انحرافات و کج‌روی‌های اجتماعی در جامعه افزایش می‌یابد که پیامد این امر افزایش بیماری‌های روانی است. مدل فوق ایدهٔ ارتباط بین سرمایهٔ اجتماعی و بیماری روانی را بر اساس عمل کرد دولت و فقدان یگانگی اجتماعی برای تصمیم‌گیری‌ها نشان داده شده است. در مدل سوم ارتباط سرمایهٔ اجتماعی و بیماری روانی بر حسب سطح کلان و سطح خرد بین کنش‌گران نشان داده می‌شود:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]



(Cullen &Whiteford,2001)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

همان‌طورکه در این مدل مشاهده می‌شود وجود سرمایهٔ اجتماعی هم در سطح خرد بر کنش‌گران و هم در سطح کلان بر سیاست‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد که این فرآیند موجب افزایش بیماری‌های غیر شایع و شایع می‌شود.

مدل‌های علّی سطح خرد

در این مدل‌ها بر عزت نفس خود فرد و احساس کنترل بر زندگی و استرس‌های آن تأکید شده است. این مدل‌ها بر افراد و رفتارآن‌ها تمرکز دارند. به این ترتیب فقر، بی‌خانمانی، جرم و انحرافات اجتماعی، سوء مصرف مواد مخدر و گرایش به الکل، رفتارهای تهاجمی و پرخاش‌گرانه به دلیل فقدان عزت نفس پدید می‌آیند و موجب بیماری روانی می‌شوند. در این مدل‌ها عزت نفس با استفاده از گفتگو کردن دربارهٔ موضوع‌ها، فعالیت‌های جسمانی و ورزش، یادگیری مهارت‌های جدید و آرام سازی (ریلکسیشن) به وجود می‌آید. در مدل‌های خرد سن، تاهل، سابقهٔ کاری و... نیز به عنوان متغیرهای مؤثر بر سلامت روانی مطرح می‌شوند. نمونهٔ این گونه مدلها بر حسب تئوری هارفام و مک کنزی در زیر آمده است:

سرمایهٔ اجتماعی← احساس قدرتمندی ← افزایش عزت نفس ← سلامت روانی

(MacKenzie &Harpham,2006)

مدل‌های علّی سطح میانه:

طبق این مدل‌ها مردم محلی به مداخلهٔ خود جوش در فعالیت‌های پیش‌گیرانه تشویق می‌شوند و برای پیشبرد استراتژی‌های بهداشتی به همکاری با هم می‌پردازند. نمونهٔ این مدل‌ها مدلی است که در پژوهش احمدی علون آبادی و همکارانش پیشنهاد می‌شود:

وجود اجتماع کوچک محله‌ای ← سرمایهٔ اجتماعی ← مشارکت مردم در تعریف مسئلهٔ بهداشتی محله ← افزایش نقش مردم در تصمیمات بهداشتی ← فعالیت برای ارتقای سلامت (احترامی، ۱۳۸۳).

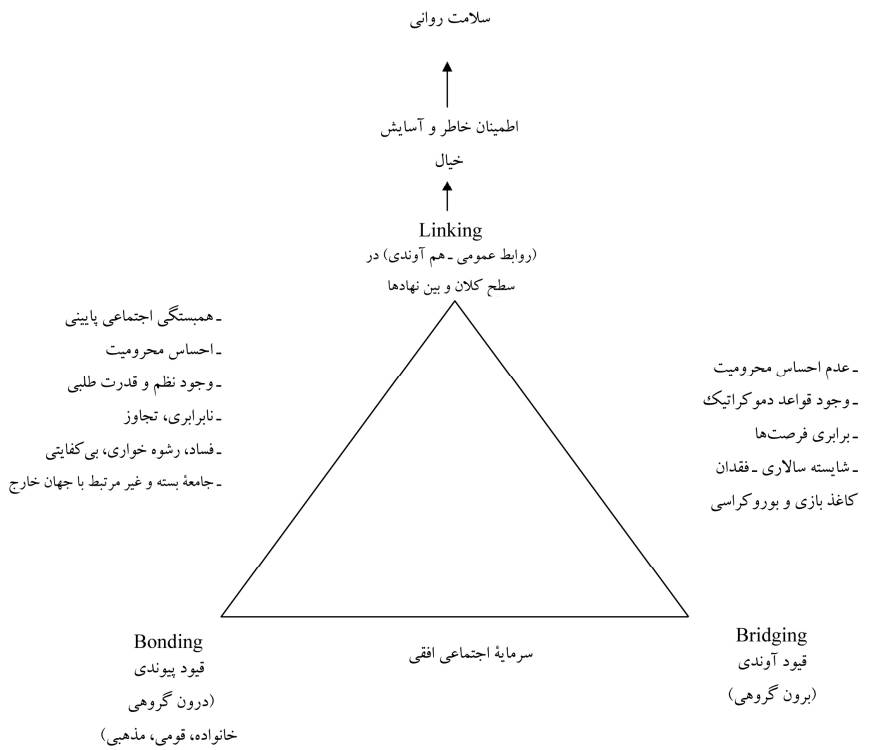
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

هدف از ارائهٔ مدل‌های علّی سطح میانه، ارتقای سطح بهداشت از طریق مشارکت مردم است. در این زمینه شخصیت‌های کلیدی محل مانند کدخدا، روحانی ده و معلم می‌توانند نقش معتمد و برانگیزنده را ایفا کنند(محسنی، ۱۳۷۶). این مدل‌ها عواملی را که ممکن است موجب گسترش بهداشت روانی در یک منطقه شود چنین خاطر نشان می‌کنند .

سرمایهٔ اجتماعی ← توسعهٔ روابط گروهی ← احساس آسودگی ← سلامت روانی
آموزش ارزش‌ها
حضور کارکنان بهداشتی در محله
تشکیل کارگاه و سمینارمحلی برای پیشگیری از بیماری روانی
مشاورهٔ مبتنی بر درهای باز به عنوان مکانیسم مشارکت آمیز
استفاده از روشهای مشارکت‌آمیز مانند بازی‌ها، نمایش و تئاتر
(احترامی، ۱۳۸۷)

یکی از مدل‌های علّی سطح میانه، مدل تئوری نان لین است. در مدل او سرمایهٔ اجتماعی در سطح افقی و خرد موجب سرمایهٔ اجتماعی عمودی در سطح کلان و بین نهادها می‌شود که این امر همبستگی اجتماعی را افزایش می‌دهد و نهایتا بر اطمینان خاطر و آسایش خیال می‌افزاید و سلامت روانی را به وجود می‌آورد. در واقع عدم وجود احساس محرومیت، نابرابری و بی‌نظمی و وجود همبستگی اجتماعی و قانون مداری سرمایه‌ای برای افراد فراهم میکند که منجر به اطمینان خاطر و آسودگی خیال می‌شود، همین امر سلامت روانی را به وجود می‌آورد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]



(Lin & Dane,1990)

نان لین در مدل‌هایش سطح خرد را با سطح کلان تلفیق نمود و به مدلی در سطح میانه دست یافت. او سرمایهٔ اجتماعی در سطح خرد یعنی خانواده و گروه‌های کوچک را با سرمایهٔ اجتماعی در سطح میانه مثل اعتماد به گروه‌های محله‌ای و همسایه‌ها و سرمایهٔ اجتماعی در سطح کلان به صورت اعتماد به نهادها و سازمان‌ها تلفیق کرده است.

سرمایهٔ اجتماعی ← احساس کنترل و قدرتمندی بر زندگی ← احساس آسودگی خیال و خوشبختی ← سلامت روانی

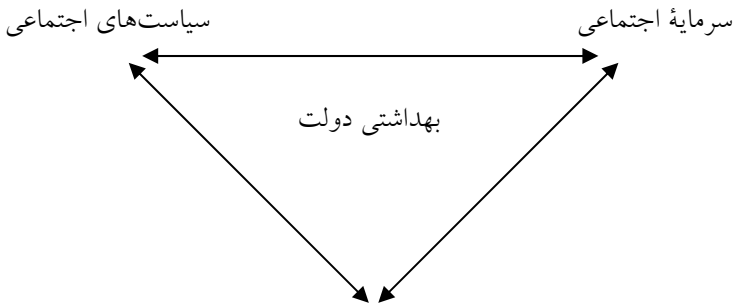
(درون گروهی، برون گروهی و نهادی)

(Lin & Dane, 2007)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

مدل‌های تعاملی

منظور از مدل‌های تعاملی مدل‌هایی هستند که عناصر آن‌ها بیش از همه در تعامل با یکدیگر قرار می‌گیرند. براساس این مدل‌ها سرمایهٔ اجتماعی منجر به سلامت روانی و متعاقبا سلامت روانی باعث سرمایهٔ اجتماعی می‌شود و البته در این حین متغیرهای مداخله گری نقش ایفا می‌کنند.



تعیین کننده‌های سلامتی:

- تعیین کننده‌های زیستی
- تعیین کننده‌های محیطی
- تعیین کننده‌های اجتماعی (فراوانی ارتباطات اجتماعی،

حمایت اجتماعی، پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا

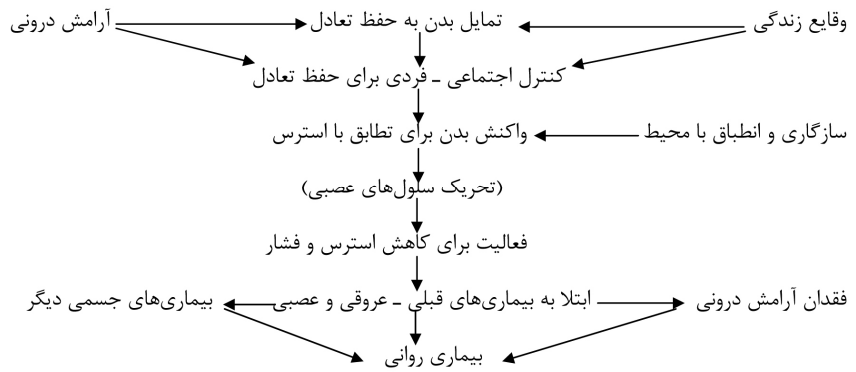
↓

سلامتی

(Lavis & Stoddart,1999)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

مک کنزی در مدل دیگری در سال ۲۰۰۰ مسیرهایی را نشان داده که بر اساس آن‌ها استرس به بیماری روانی می‌انجامد و در این بین متغیرهایی با هم در تعامل قرار می‌گیرند.



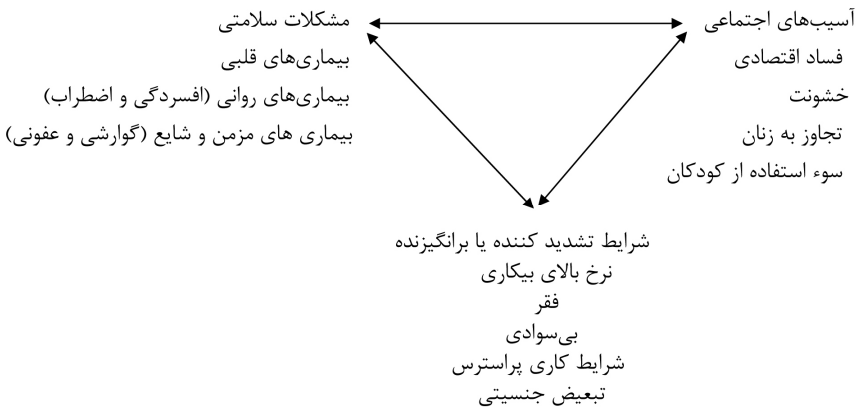
(Cullen &Whiteford,2001)

طبق این مدل بدن به طور دائم تمایل به حفظ تعادل و سازگاری با محیط دارد. این تمایل موجب می‌شود فرد به کنترل فردی و اجتماعی بپردازد. در این حین اگر وقایع زندگی بر این پروسهٔ تعادل تأثیر بگذارند و برفرد فشار روانی وارد کنند سلول‌های عصبی به کمک بدن می‌آیند و واکنش نشان می‌دهند. اما اگر این فرآیند موفق نبوده و فعالیت بدن برای کاهش استرس و فشار عصبی کافی نباشد بدن برای ابتلا به بیماری‌های قلبی و عصبی آمادگی پیدا خواهد کرد و این امر موجب بیماری روانی هم خواهد شد. اما اگر این روند به خوبی انجام نشود شخص دوباره به آرامش و سکون می‌رسد. دسجارلس[1](۱۹۹۵) مدلی را از تعامل این دو متغیر ارائه کرد. طبق این مدل وجود مشکلات اجتماعی و فقدان سرمایهٔ اجتماعی موجب بیماری جسمی و روانی می‌شود و برعکس بیماری‌های جسمی و روانی نیز موجب آسیب‌های اجتماعی می‌شود. در این حین شرایطی تشدید کننده در

1- Desjarles

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

جامعه پدید می‌آید که هم موجب آسیب‌های اجتماعی و هم مشکلات سلامتی می‌شوند و این سیکل در جامعه‌ای که از مشکلات اجتماعی و بیماری‌های جسمی و روانی رنج می‌برد ادامه دارد.



(Cullen &Whiteford,2001)

بحث

همان‌طورکه در متن نیز اشاره شد، مدل‌ها و تئوری‌های ارتقای سلامتی به سه دسته تقسیم می‌شوند:

۱- مدل‌هایی که بر افراد تمرکز دارند(سطح خرد)

در این مدل‌ها بر ویژگی‌ها و توانایی‌های فردی برای مقابله با استرس‌های بیرونی تأکید می‌شود. به این خاطر برای پیشگیری از بیماری‌های روانی توصیه‌های زیر را پیشنهاد می‌کنند:

- پیشگیری یا درمان بیماری‌های جسمانی
- عدم وجود والدین دارای بیماری روانی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

- افزایش سواد و ارتقای پایگاه شغلی فرد
- استقلال در محل کار
- تغذیهٔ مناسب و تحرک کافی
- عدم سکونت در شهرهای شلوغ
- وجود در آمد کافی در فرد
- وجود عزت نفس کافی در فرد

تأکید بر تفکر مثبت به عنوان راهی برای برون رفت از مشکلات

۲- مدل‌هایی که تغییرات در حوزهٔ سلامتی را در سازمان‌ها و نهادهای بزرگ جستجو می‌کنند(سطح کلان)

طبق این مدل‌ها، سلامت روانی افراد جامعه بر عهدهٔ حکومت و سازمان‌های بهداشتی است. بر این اساس وجود بیمه‌ها تأمین اجتماعی و رفاه اقتصادی موجب نوعی اعتماد اجتماعی در بین افراد جامعه می‌شودکه این امر میزان اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد و جلوی کج‌روی‌ها و آسیب‌های اجتماعی را نیز می‌گیرد. به این منظور پیشنهادهای زیر در سه بخش آموزش، اجرا و نظارت ارائه می‌شوند:

-آموزش:

- انجام مطالعات و تحقیقات کلان جهت شناخت میزان و عوامل بیماری‌های روانی
- آموزش روان درمان گران برای درمان بیماران
- آموزش بهداشت عمومی روانی جلب مشارکت مردم در زمینهٔ خدمات بهداشتی

- اجرا:

- ریشه کنی فقر به عنوان عامل مهم احساس نابرابری و بیماری روانی
- حمایت‌های رسانه‌ای از طریق اطلاع رسانی‌های بهداشتی ـ درمانی
- تقویت روحیهٔ مشارکت مردم برای اجرا و نظارت بر فعالیت‌های سلامتی روانی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

-ایجاد احساس شادمانی در افراد جامعه به عنوان زمینهٔ همکاری در جامعه
- حمایت از شبکه‌ها و گروه‌های اجتماعی ترویج دهندهٔ سلا مت روانی
- تأمین بودجهٔ لازم برای درمان بیماری‌های روانی از طرف ارگان‌های بزرگ
- تأسیس کلینیک‌ها ومراکز بهداشتی برای درمان بیماران
- **نظارت:**
- نظارت و ارزشیابی عملکرد مراکز بهداشتی
-مدیریت و برنامه‌ریزی اجرای طرح‌های بهداشت روانی
- طراحی ونظارت بر امور بهسازی محیط آسیب زا
-کنترل روش‌های حفاظت فردی و جمعی

۳- مدل‌هایی که تغییر در اجتماع کوچک را جستجو می‌کنند (سطح میانه)

در این مدل‌ها پیشنهادهای زیر برای ارتقای سلامت روانی ارائه شده است:

- در گیر کردن مردم در زمینهٔ زندگی روزمره
- به کارگیری شیوه‌های متفاوت بهداشتی نظیر: ارتباطات، آموزش، توسعهٔ فعالیت‌های محلی خود جوش
- توجه به مشارکت مردم برای ارائهٔ راه حل‌هایی که به ارتقای سلامت روان افراد جامعه منجر شود.
-از بین بردن آسیب‌های اجتماعی محله برای پیشگیری از بیماری‌های روانی با استفاده از خود مردم
- ارائهٔ بروشورهای تبلیغاتی و توزیع آن‌ها درمردم محله
- شناسایی افرادی که از بیماری روانی رنج می‌برند.

بررسی تئوری‌ها و مدل‌های فوق نشان می‌دهد که وجود سرمایهٔ اجتماعی به عنوان یک حائل در مقابل عوامل فشار زای درونی و بیرونی نقش مثبتی ایفا می‌کند. مکانیسم

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

تأثیر گذاری سرمایهٔ 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 سرمایهٔ اجتماعی وسیع‌تر به منابع گروهی متوسل می‌گردند و از این طریق شبکه‌ای را بین درون گروه و برون گروه ایجاد می‌کنند. افرادی که به عضویت در گروه‌ها موفق می‌شوند اثرات منفی روانی ناشی از استرس‌های محیطی را دفع می‌کنند و به این ترتیب بیماری‌های روانی در آن‌ها کاهش می‌یابد. بر اساس مباحث تئوری در این تحقیق می‌توان گفت سرمایهٔ اجتماعی فقط به عضویت در گروه‌ها و سازمان‌های رسمی یا انجمن‌های داوطلبانه محدود نیست. سرمایه اجتماعی شامل کلیهٔ هنجارها و پیوندهای اجتماعی می‌شود که افراد را به گروه‌ها وصل می‌کند. بنابراین در بحث سلامت روانی و مکانیسم‌های تأثیر گذاری آن بر فرد هم کمیت روابط اجتماعی و هم کیفیت آن بر پیش‌گیری از بیماری روانی قابل بررسی است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سرمایهٔ اجتماعی بر سلامتی مؤثر است، چون در هویت کنش‌گر نقش دارد، باعث افزایش منابع اطلاعاتی، همکاری و فعالیت‌ها و تصمیمات جمعی می‌شود، حمایت عاطفی و ابزاری از اعضای گروه را موجب می‌شود، قواعد منظمی پدید می‌آوردو کنترل اجتماعی را تشدید می‌کند که باعث پیش‌گیری از رفتارهای پر خطری چون سیگار کشیدن و الکلی شدن می‌شود. همچنین مشخص شد دوگونه مدل نظری در باب ارتباط این دو متغیر قابل شناسایی است: مدل‌های علّی –خطی و مدل‌های تعاملی. مدل‌های خطی خود به سه دستهٔ مدل‌های سطح خرد، سطح کلان و سطح میانه تقسیم می‌شوند. در مدل‌های علّی سطح خرد بر عزت نفس فرد و احساس کنترل و قدرتمندی بر زندگی، آسودگی خیال و مدیریت استرس‌های بیرونی تأکید می‌شود در حالی که مدل‌های علّی و خطی سطح کلان به سیاست‌های کلان بهداشتی ـ درمانی در سطح دولت و حکومت اشاره می‌کنند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

در مدل‌های سطح میانه، تغییر در اجتماع محله مورد تأکید قرار می‌گیرد. طبق این مدل‌ها مردم محلی به مداخلهٔ خود جوش در فعالیت‌های پیش‌گیرانه تشویق می‌شوند و برای پیشبرد استراتژی‌های بهداشتی به همکاری با هم می‌پردازند. در مدل‌های تعاملی، سرمایهٔ اجتماعی منجر به سلامت روانی و سلامت روانی موجب سرمایهٔ اجتماعی می‌شود و این سیکل همچنان ادامه پیدا میکند. سرمایهٔ اجتماعی بر سیاست‌های بهداشتی دولت و متقابلاً سیاست‌های بهداشتی بر کاهش یا افزایش سرمایهٔ اجتماعی اثر می‌گذارند. تعامل بین متغیرها عوامل تعیین کنندهٔ سلامتی را تحت الشعاع قرار می‌دهند.

با توجه به مرور منابع، تئوری‌ها و مدل‌های مربوط به موضوع محققین دریافته‌اند که نان لین به عنوان جامعه‌شناسی که تئوری مهمی در باب رابطهٔ سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دارد، مدل‌هایی در قالب سطح میانه ارائه کرده است. یکی از این مدل‌ها مکانیسم تأثیر گذاری سرمایهٔ اجتماعی بر سلامت روانی را در سطح خرد، کلان و میانه مطرح کرده است. بر این اساس سرمایهٔ اجتماعی به چند دسته تقسیم می‌شود: درون گروهی، برون گروهی و نهادی. او سعی کرده در این قالب هم به سطح خرد (روابط بین افراد در گروه‌های کوچک)، سطح میانه (ارتباط با گروه‌های کوچک محله‌ای مانند همسایه‌ها و انجمن‌های داوطلبانه) و سطح کلان (ارتباط و اعتماد به نهادها و سازمان‌های بزرگ جامعه) اشاره نماید. وجود این نوع از سرمایه‌های اجتماعی احساس کنترل و قدرتمندی بر زندگی افراد را افزایش و منجر به احساس آسودگی خیال و خوشبختی می‌شوند. نهایتاً این امر به سلامت روانی می‌انجامد. تلفیق مدل او با مدل جیمز کلمن که در آن بر سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی تأکید شده مدلی را در جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی جامد که سلامت روانی را تبیین می‌کند و می‌تواند به عنوان مدلی نمونه در بررسی موضوعات جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی در نظر گرفته شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

منابع و مآخذ References

- احترامی، م، (۱۳۸۳)، **ایجاد حرکت در اجتماع کوچک راهبردهایی برای ایران**، همایش اعتیاد به مواد مخدر: ۲۲ تا ۲۳
- ازکیا، م و غفاری، غ، (۱۳۸۴)، **جامعه‌شناسی توسعه**، تهران: نشر کیهان.
- آدام، ف و هرتسلیک، ک (۱۳۸۵)، **جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی**، (ترجمه لورانس دنیا کتبی)، تهران: نشر نی.
- آرمسترانگ، دیوید و محمد توکل، (۱۳۸۷)، **جامعه‌شناسی پزشکی**، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- اونق، م، (۱۳۸۴)، «**بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی**»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- تاسیگ، م، میکلو، ج و سوبدی، س، (۱۳۸۶)، **جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی**، (ترجمه احمد عبداللهی)، تهران: نشر سمت.
- سیدان، ف، (۱۳۸۳)، «**بیماریهای روانی زنان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن**»، پایان نامه دکتری جامعه‌شناسی، استاد راهنما: دکتر محسنی تبریزی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران: ۱۱، ۷۸، ۳۶، ۳۳.
- علوی، ب، (۱۳۸۴)، **سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی**، تهران: نشردانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- گیدنز، آ، (۱۳۷۸)، تجدد و تشخص، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نشر نی.
- لهسایی‌زاده، ع و مرادی، گ، (۱۳۸۶)، «رابطهٔ سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران» **مجله رفاه اجتماعی**، شماره ۲۶: ۱۶۳، ۱۶۵.
- محسنی، م، (۱۳۷۹)، جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: نشر طهوری.
- نصیری، ح و جوکار، ب(۱۳۸۷)، «معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی وسلامت روان درزنان»، **مجله پژوهش زنان**، (۲)، دوره ششم.
- وحیدا، ف، کلانتری، ص و ابوالقاسم، ف، (۱۳۸۳)، «رابطه سرمایهٔ اجتماعی با هویت اجتماعی دانشجویان (مطالعه موردی ۱۱ دانشگاه دولتی شهر تهران)، **مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان**، (۲).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

References منابع و مآخذ

- Bolin, K, Lindgren, B, Lindstorm, M & Nysted, P, (2003), "Investments in social capital- implications of social interactions for the production of health", **journal of social science & Medicine**, 56: PP 2379-2390.
- Bourdieu, P,(1997), **Cultural Reproduction and social Reproduction**, NewYork, oxford university press.
- Cuullen,M ,Whiteford, G, (2001), "**The Interrelations of Social Capital with Mental Health**" ,Australia , Ntional Institute for Mental Health ,Di
- Desilva, M, Hutty, Sh, Harpham T &, Kenward,M, (2007), "Social capital and mental health: A camparative analysis of four low income countries.", **Social science & Medicine**, 64: pp5-20.
- Green, G, Grimsely, M, Suokas, A, Prescott, M, Jowitt, T & Linarce,R , (2000), "**Social capital, Health and economy in south Yorkshire coal field Communities",** center for Regional Economic and social Research, Sheffield.
- Harpham, T, Grant, E & C, R, (2003), "Mental Health and social capital in cali Colombia" **journal of social science and Medicine**, 5.
- Harpham , T, Mckenzie K, (2006), Social capital and Mental health,London, Jessica Kingsley Publishers.
- Hendryx, M, Ahern, M, Lovrich, N & Mccurdy, H, (2002) "Access to Health care and commumty social capital" **Journal of Health services Research**, 37: pp 87-103.
- Kawachi,Ch,(2006). "Commentary: social capital and health: making the connections one step at a time" **International Journal of Epidemiology**, 35: PP 989-993.
- Kawachi ch , Berkman ,L, (2001), " **Social cohesion, social capital and health", social Epidemiology,** 25.
- Lin,N & M . kristen P,(1990), **Social networks and mental health and illness**, New York: Cambridge university press.
- Lin,N, Xiaolan , Y& Walter E,(1990) "Social support and depressed mood: A structural analysis. ", **Journal of health and social behavior 40**: 334-59.
- Lin, N, Karen D, & Yang – Ch,(2007), "Social capital and marital satisfaction", **Journal of health and social behavior**, 115: 125-141.
- Lofords J & Kristina, S, (2007), "Low-linking social capital as a predictor of mental disorder: A cohort study of 4. 5 million Swedens. " **Journal of social science and Medicine**, 64: pp21-34.
- Lyinch , J& Kaplan, G. (1997),"Unerstaning How Ineguality in the Distribution of Income Effect Health" **Journal of Health Psychology**, Vol 2.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]

References

منابع و مآخذ

- Putnam, R (2000), Bowling Alone: The collapse and revival of American community**,** New York: simon and Schuster press.
- Rose, R (2000), "How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians", **journal of social science & Medicine,** 51: PP 1421-1735.
- Stone, W, (2001), "Measuring social capital: towards a theoritically informed measurment framework for researching social capital in family and community life". Australia, **Australian Institute of family studies**, 24: Working paper.
- Webber, M & Huxley, p (2007) "Measuring access to social capital: The validity and reliability of the Resource Generator-UK and its association with common mental disorder. " **Journal of social science and Medicine,** 65: PP 481-492.
- WHO,(2004 &2001),**World Health Report** ,(12 Sep 2004).
- Wright, J (2001)," Family social capital and delinquent involvement" , **Journal of criminal Justice,** 29: PP 1-9.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-23]