

سرمایه 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 زیست‌شناختی و روان‌شناختی دلیل بیماری‌های روانی را عامل استرس زای فیزیولوژیکی یا تجربیات دوران کودکی تلقی می‌کنند. در حالی که مکاتب جامعه‌شناختی، ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی، عدم وجود منابع حمایت اجتماعی و سرمایه 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. سرمایه 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 سرمایه اجتماعی بر سلامتی از اهمیت خاصی برخوردار است.

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

بحث: در این بین مدل‌های تئوریک 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: سرمایه اجتماعی، سلامت روانی، مدل‌های علی - تعاملی.

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

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

** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان

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 هزینه 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 و پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند و محققان پیش‌بینی 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 از جمله عوامل اجتماعی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامت روانی افراد می‌گذارند (Harpham, 2003). سرمایه اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر بسیار مطرح شده و توجه به رابطه بین سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت روان افراد، مورد توجه صاحب نظران قرار گرفته است (علوی ۱۳۸۴، اونق ۱۳۸۴، گیدنز ۱۳۷۸، ازکیا و غفاری ۱۳۸۴)، (Linch & Kaplan, 1997).

(Putnam, 1995). آن‌ها بر این باورند که سرمایه اجتماعی عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می‌کند. همچنین سرمایه 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 و طلاق روبرو میشوند، برای آن‌ها فرایند سازگاری، استرس‌زا می‌باشد. در این حالت وجود سرمایه اجتماعی آرامش بخش خواهد بود (لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۳).

در حالی که دیدگاه‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی دلیل بیماری‌های روانی را عامل استرس‌زای فیزیولوژیکی یا تجربیات دوران کودکی تلقی می‌کنند، رویکردهای جامعه‌شناختی، ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی و عدم وجود منابع حمایت اجتماعی و سرمایه 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 سرمایه اجتماعی در پیشگیری از بیماری‌های روانی مؤثر هستند.

(Bolin et al 2003, Harpham et al, 2003, 2002, Green et al 2000, Desilva et al 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 سرمایه 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 همه این عوامل به سلامت روانی می‌انجامد. توجه به موضوع بیماری‌های روانی از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا هزینه اجتماعی این بیماری‌ها زیاد است. بیماری روانی بر بهره‌وری فرد، عمل کرد

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 و پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که امروزه بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند و محققان 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 سرمایه اجتماعی بین آن‌ها معرفی کرده است (WHO, 2004). به این خاطر، هدف مقاله حاضر شناخت چگونگی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی از طریق مرور مکاتب و تئوری‌ها، مطالعه مکانیسم‌ها و مدل‌های نظری مربوط به موضوع و در نهایت ارائه مدلی نهایی در این قالب می‌باشد.

اهداف تحقیق

- ارزیابی مکاتب و رویکردهای اساسی جامعه‌شناسی مربوط به سرمایه اجتماعی و سلامتی
- مرور انتقادی منابع مربوط به موضوع
- شناخت مکانیسم تأثیر گذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی
- ارائه مدل‌های نظری (علی و تعاملی) مربوط به موضوع تحقیق

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 مطالعه^۱ ۹ ساله در آلامدا در کالیفرنیا از ۱۹۶۵ تا ۱۹۷۴ توسط برگمن و سیم^۱ رابطه بین خطر مرگ و فراوانی تماس‌های اجتماعی، شرکت در امور مذهبی و کلیسا و عضویت در انجمن‌های داوطلبانه غیر رسمی را مشخص کرد. مشابه این مطالعه، پژوهشی در امریکای شمالی بود که مشخص کرد بیماری‌های بدخیم منجر به مرگ در بین مردانی بیش‌تر دیده می‌شود که تماس‌های اجتماعی روزانه کم‌تری دارند یا مشارکتی در انجمن‌ها و کلوب‌های اجتماعی ایفا نمی‌کنند. رز^۲ (۲۰۰۰) نیز نشان داد که مشارکت افراد در شبکه‌های رسمی و غیررسمی و برخورداری از حمایت اجتماعی و اعتماد به طور معنی‌داری با سلامت عاطفی مردم روسیه مرتبط است. او در روسیه گزارش داد که سرمایه اجتماعی و یگانگی اجتماعی در سلامت روانی مؤثر هستند. در بریتانیا، مک کالوک^۳ (۲۰۰۱) و در امریکا هایو و جانسون^۴ (۲۰۰۰) در تحقیقی بین مهاجران اثبات کردند که سطوح بالای مشارکت اجتماعی خطر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های روانی را کاهش می‌دهد و رفاه و سلامت عاطفی را افزایش می‌دهد. در مطالعه دیگری در دانمارک آشکار شد افرادی که حمایت اجتماعی بیش‌تری را در مورد بیماری روانی‌شان دریافت می‌کنند معلولیت و ناتوانی کم‌تری را تحمل می‌کنند و طول دوره بیماری‌شان کم‌تر از افرادی است که حمایت اجتماعی کم‌تری را از دیگران می‌گیرند. وینسترا و همکارانش^۵ در پژوهشی در ساسکاچوان کانادا دریافتند که بین میزان تماس‌های اجتماعی و شرکت در گروه‌های مذهبی (به عنوان شاخص سرمایه اجتماعی) و وضعیت سلامتی فرد ارتباط وجود دارد. آن‌ها در سال (۲۰۰۵) نیز اهمیت مشارکت فرد در انجمن‌های داوطلبانه و تأثیرش بر سلامتی و کاهش استرس‌های عاطفی را خاطر نشان

1- Berkman and syme
4- Hao and Johson

2- Rose
5- veensentra

3- Mc culloch

کردند. مشابه این مطالعه تحقیق کاواچی و کندی و ویلکینسون^۱ (۱۹۹۴) بود که اثبات کرد فقدان سلامتی با سرمایه اجتماعی در سطح کلان یعنی دولت و نهادهای اجتماعی مرتبط است. مطالعه دیگری در انگلستان نشان داد که سرمایه 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 سرمایه اجتماعی پایین به عنوان عامل مؤثری در بی نظمی روانی در نظر گرفته شد. نتایج این پژوهش نشان داد که ارتباط قوی بین سرمایه اجتماعی و بستری شدن به دلیل افسردگی و بیماری روانی وجود دارد. مطالعاتی هم در بالتیمور، مریلند و آدلاید در استرلیا انجام پذیرفت. نتیجه مطالعات نشان داد که قیود و پیوستگی قوی تر درون اجتماعات تعیین کننده سلامتی افراد هستند (Stone, 2001) زیرش و بوم^۲ در بررسی دیگری بر روی طبقه کارگر در آدلاید گزارش دادند که درگیر شدن با گروه های اجتماعی با سلامت جسمانی و روانی ارتباط دارد (Harpham, 2003).

با وجود پژوهش های فوق کاواچی^۳ و برکمن از جمله اولین افرادی بودند که تلاش کردند سلامت روانی را به حمایت و شبکه های اجتماعی پیوند بزنند. آن ها تا سال ۲۰۰۶ حدود ۴۲ پژوهش در مورد رابطه بین سرمایه اجتماعی و بهداشت جسمی و روانی یافته اند که بین سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ انجام شده اند. البته تنها ۱۲ مطالعه از بین آن ها 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 می شود. آن ها در بخش نظری به نحوه اندازه گیری و سنجش سرمایه اجتماعی در زمینه سلامت روانی و مدل ها و تئوری های مهم در این مورد اشاره کرده اند. بخش عملی این کتاب به مطالعات بین المللی می پردازد که در کشورهای مختلف جهان چه توسعه یافته و چه در حال توسعه انجام

1- Kawachi, Kennedy and Wilkinson 2- Ziensch and Baum 3- Kawachi and Berkman

شده‌اند. نمونه این پژوهش‌ها عبارتند از: در انگلستان توسط راب وایتلی^۱، در ماستریخت هلند توسط ماریان دروکر^۲، مطالعه پیمایشی کری آشر^۳ در ایالات متحده امریکا، پژوهش کمی لیزتوماس^۴ در دوربان آفریقای جنوبی و لاساکای زامبیا که بین زنان انجام شد و تحقیق ترودی هارفام و اما گرنت^۵ که بین جوانان کالی کلمبیا و مطالعه‌ای دیگر توسط جمعی از محققان در ویتنام صورت گرفت. همه 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 سرمایه اجتماعی و سلامت روانی صورت پذیرفته است. با این وجود شیریان تحقیقی با عنوان «همسایگی، رضایت مندی 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 توسعه 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 درآمد بالا و بر خوردار از حمایت اجتماعی، مالی و روانی دارای سلامت روان بهتری می‌باشند. لهسایبی زاده و مرادی نیز (۱۳۸۷) همین مطالعه را بر روی مهاجران در شهر کرمانشاه انجام دادند و به همین نتیجه رسیدند (لهسایبی زاده و مرادی، ۱۳۸۷). همچنین محقق هم‌زمان با اجرای این تحقیق مطلع شد که طرح ملی «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی با خطرپذیری دانشجویان دانشگاه‌های سراسر کشور» توسط وزارت علوم در حال انجام است.

1- Rab whitley
4- Liz Thomas

2- Marian Drukker

3- Carey Usher

5- Trudy Harpham and Emma Grant

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

مکاتب جامعه‌شناختی

مطالعه جامعه‌شناختی فرآیند استرس رویکردی ساختاری است. این مکاتب این سؤال را مطرح می‌کنند که چرا همه 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 و دیدگاه‌های انتقادی.

تئوری کنش متقابل نمادی و ساخت اجتماعی

«در این رویکرد بیماری روانی یک سازه اجتماعی است. این رویکرد از دهه 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 فزاینده عوامل اجتماعی تأکید می‌ورزید. تئوری بر چسب زنی یکی از تئوری‌های زیر مجموعه این رویکرد است. در این دیدگاه بر فرآیندهایی تأکید می‌شود که به موجب آن بر افراد بر چسبی زده می‌شود و درباره 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 بر چسب زدن به فردی که رفتاری متفاوت نشان می‌دهد به تثبیت و تقویت آن انگاره 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 - 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 در ارتباط هستند. طبق این تئوری برابری در کسب منزلت اجتماعی - اقتصادی می‌تواند مانع از بیماری روانی شود (همان).

شاخص‌های سرمایه 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 سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن پرداختند. آن‌ها عناصر اساسی سرمایه 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 سرمایه اجتماعی و تأثیرش بر سلامتی، رضایت از زندگی و احساس خوشبختی را مطرح کرد. او بر سه نوع سرمایه اجتماعی تأکید دارد: درون گروهی، برون گروهی و نهادی. سرمایه درون گروهی (قیود پیوندی) به تعداد تماس‌های اجتماعی فرد با دیگران در طول روز گفته می‌شود. نان لین در سرمایه برون گروهی (قیود آوندی) بر سرمایه خویشاوندی، اعتماد و حمایت اجتماعی که از دوستان و آشنایان نزدیک کسب می‌کند، تأکید می‌کند و نهایتاً در سرمایه 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 سرمایه اجتماعی به دست می‌آید که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر سلامتی روانی تأثیر می‌گذارند:

- ۱- سرمایه درون گروهی ساختاری (مدت زمان و تکرار روابط صمیمانه در گروه‌های کوچک)
- ۲- سرمایه برون گروهی ساختاری (میزان ارتباط با خویشان و دوستان)
- ۳- سرمایه نهادی ساختاری (میزان عضویت فرد در انجمن‌های داوطلبانه)

۴- سرمایه درون گروهی شناختی (اعتماد، تعهد و مسئولیت افراد نسبت به هم درون گروه‌های کوچک)

۵- سرمایه برون گروهی شناختی (میزان حمایت اجتماعی از طرف دوستان و خویشاوندان)

۶- سرمایه نهادی شناختی (اعتماد به مشاغل و مؤسسات دولتی و عموم مردم)

طبق نظر این دو تن، اجتماعی با سرمایه اجتماعی فراوان از پیوندهای اجتماعی قوی و اعتماد متقابل محکمی بر خوردار خواهد بود و گفته می‌شود که این نوع سرمایه اجتماعی سد محافظتی در برابر بیماری‌های روانی و اجتماعی است. جوامعی که سرمایه 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 سرمایه 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 پشتوانه 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 در آن 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^۱ (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 دارندة روابط بین فردی است در نظر گرفت. دراگوتیس^۲ (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

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

مکانیسم تأثیر گذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی

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

۱- شبکه‌های اجتماعی به گونه‌ای کمک‌های مادی را در اختیار افراد قرار می‌دهند که 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 فضاهاى اجتماعى که داراى برخى از انواع مشارکت و اعتماد هستند بهداشت مناسب را ایجاد و یا تسهیل می‌کنند. در حقیقت روابطی چون تعاون، رابطه 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:

- به طور مستقیم در هویت کنش‌گر نقش دارند.

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

- حمایت عاطفی و ابزاری از اعضای گروه را موجب می‌شوند که منجر به آرامش

روانی در فرد می‌شود.

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

از نقطه نظر کاواچی و برکمن «مناطق که سرمایه 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 سرمایه 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 سرمایه 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 متحده آمریکا عضویت در هر گروه شهری و اعتماد به آن با سن مرگ و میر رابطه دارد. پژوهش‌گران تأکید می‌کنند که انبوهی و عضویت در سازمان‌های شهری عامل پیش‌بینی‌کننده مرگ بر اثر بیماری‌ها بدخیم کرونر قلبی است. سطح بی‌اعتمادی نیز به 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 Berkman 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 اساس آن سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی مؤثر واقع می‌شود طبق مدل زیر و بر اساس تئوری‌های موجود سرمایه اجتماعی به وسیله این روند به سلامت روانی می‌انجامد:

سرمایه اجتماعی ← حمایت اجتماعی ← احساس آسودگی خیال ← کاهش اضطراب ← سلامت روانی
(Cullen and Whitedford, 2000)

مدل‌های نظری سرمایه اجتماعی و سلامت روانی

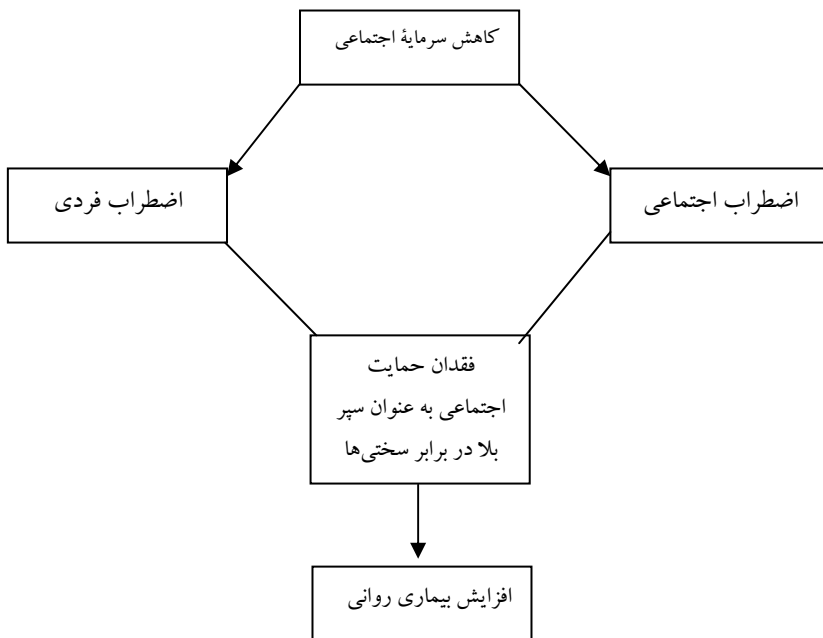
در کتب و مقالات جامعه‌شناسان دو گونه اصلی از مدل‌های نظری مربوط به این موضوع مطرح شده است: مدل‌های علی و مدل‌های تعاملی. این مدل‌ها انواع ارتباطات بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را شرح می‌دهند.

مدل‌های علی - خطی

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

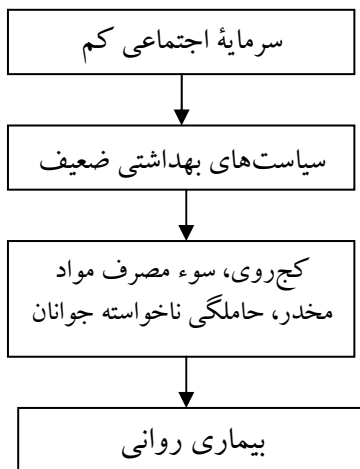
مدل‌های سطح کلان:

این مدل‌ها به سیاست‌های اجتماعی - 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 - درمانی و اجتماعی برخوردار می‌شوند که این امر باعث افزایش سرمایه 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 سرمایه 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.



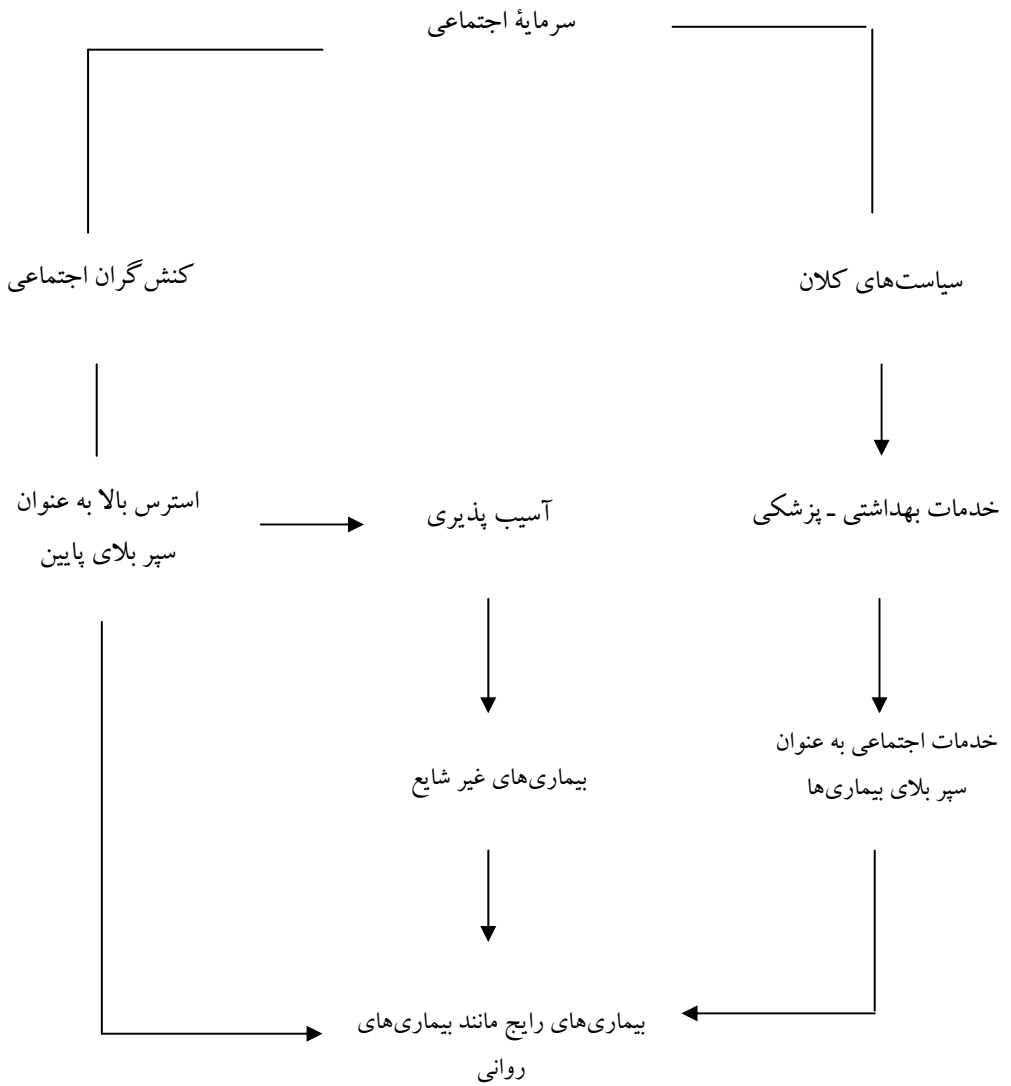
(Harpham and Mckenzie, 2006)

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



(Harpham and Mckenzie)

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



(Cullen & Whiteford, 2001)

همان‌طور که در این مدل مشاهده می‌شود وجود سرمایه 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 علی 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 رفتار آن‌ها تمرکز دارند. به این ترتیب فقر، بی‌خانمانی، جرم و انحرافات اجتماعی، سوء مصرف مواد مخدر و گرایش به الکل، رفتارهای تهاجمی و پر خاش‌گرانه به دلیل فقدان عزت نفس پدید می‌آیند و موجب بیماری روانی می‌شوند. در این مدل‌ها عزت نفس با استفاده از گفتگو کردن درباره موضوع‌ها، فعالیت‌های جسمانی و ورزش، یادگیری مهارت‌های جدید و آرام‌سازی (ریلکسیشن) به وجود می‌آید. در مدل‌های خرد سن، تاهل، سابقه کاری و... نیز به عنوان متغیرهای مؤثر بر سلامت روانی مطرح می‌شوند. نمونه این گونه مدل‌ها بر حسب تئوری هارفام و مک کنزی در زیر آمده است:

سرمایه اجتماعی ← احساس قدرتمندی ← افزایش عزت نفس ← سلامت روانی
(MacKenzie & Harpham, 2006)

مدل‌های علی سطح میانه:

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

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

هدف از ارائه مدل‌های علی 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.

سرمایه اجتماعی ← توسعه روابط گروهی ← احساس آسودگی ← سلامت روانی
آموزش ارزش‌ها

حضور کارکنان بهداشتی در محله

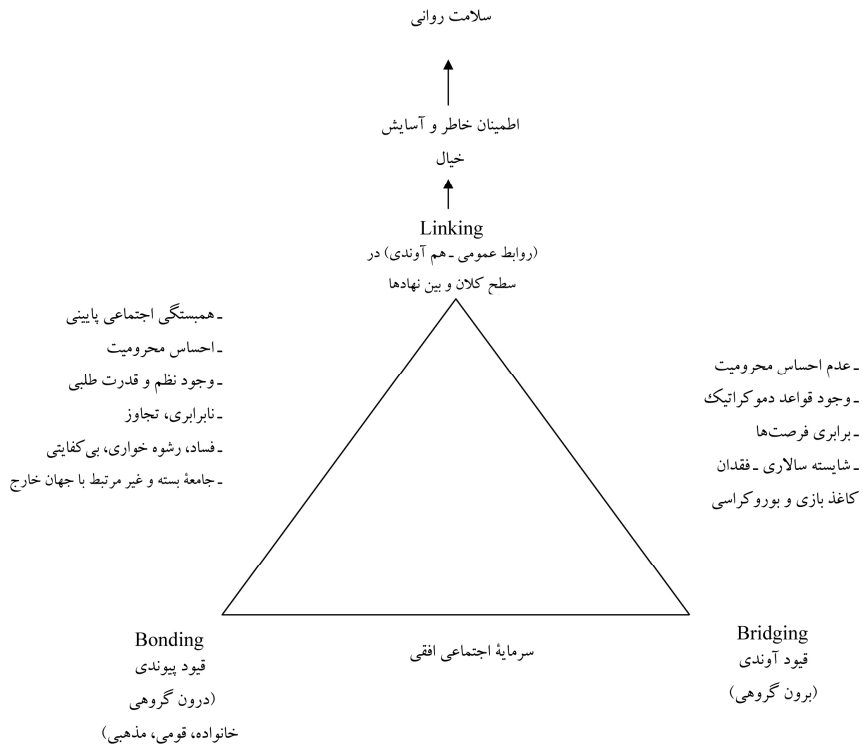
تشکیل کارگاه و سمینار محلی برای پیشگیری از بیماری روانی

مشاوره مبتنی بر درهای باز به عنوان مکانیسم مشارکت آمیز

استفاده از روشهای مشارکت‌آمیز مانند بازی‌ها، نمایش و تئاتر

(احترامی، ۱۳۸۷)

یکی از مدل‌های علی سطح میانه، مدل تئوری نان لین است. در مدل او سرمایه اجتماعی در سطح افقی و خرد موجب سرمایه اجتماعی عمودی در سطح کلان و بین نهادها می‌شود که این امر همبستگی اجتماعی را افزایش می‌دهد و نهایتاً 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 قانون‌مداری سرمایه‌ای برای افراد فراهم می‌کند که منجر به اطمینان خاطر و آسودگی خیال می‌شود، همین امر سلامت روانی را به وجود می‌آورد.



(Lin & Dane, 1990)

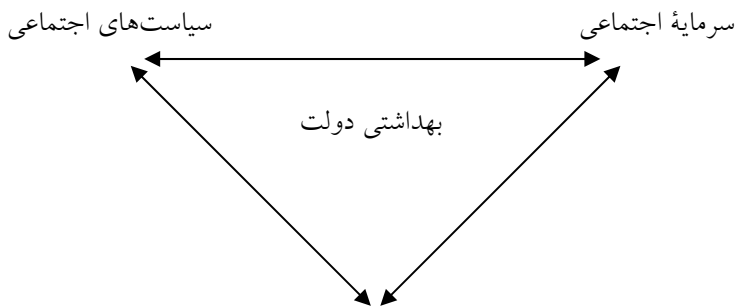
نان لین در مدل‌هایش سطح خرد را با سطح کلان تلفیق نمود و به مدلی در سطح میانه دست یافت. او سرمایه اجتماعی در سطح خرد یعنی خانواده و گروه‌های کوچک را با سرمایه اجتماعی در سطح میانه مثل اعتماد به گروه‌های محله‌ای و همسایه‌ها و سرمایه اجتماعی در سطح کلان به صورت اعتماد به نهادها و سازمان‌ها تلفیق کرده است. سرمایه اجتماعی ← احساس کنترل و قدرتمندی بر زندگی ← احساس آسودگی خیال و خوشبختی ← سلامت روانی

(درون گروهی، برون گروهی و نهادی)

(Lin & Dane, 2007)

مدل‌های تعاملی

منظور از مدل‌های تعاملی مدلی است که عناصر آن‌ها بیش از همه در تعامل با یکدیگر قرار می‌گیرند. براساس این مدل‌ها سرمایه اجتماعی منجر به سلامت روانی و متعاقباً سلامت روانی باعث سرمایه اجتماعی می‌شود و البته در این حین متغیرهای مداخله‌گری نقش ایفا می‌کنند.



تعیین‌کننده‌های سلامتی:

- تعیین‌کننده‌های زیستی
- تعیین‌کننده‌های محیطی
- تعیین‌کننده‌های اجتماعی (فراوانی ارتباطات اجتماعی،

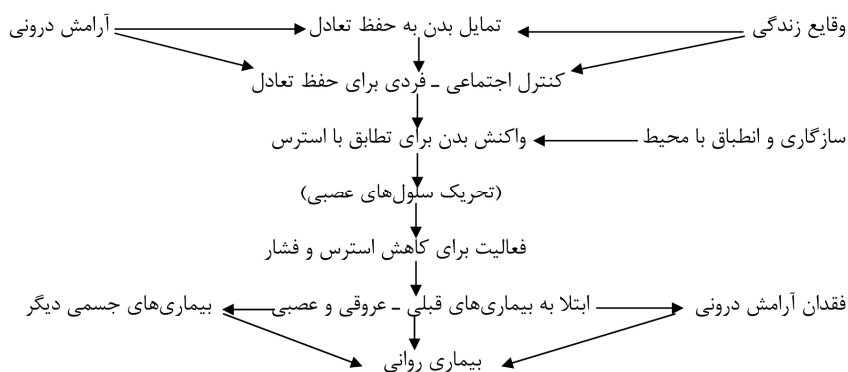
حمایت اجتماعی، پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا



سلامتی

(Lavis & Stoddart, 1999)

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.

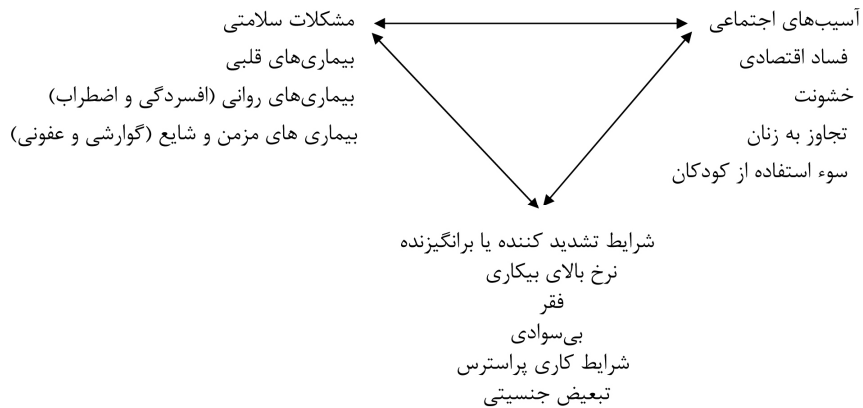


(Cullen & Whiteford, 2001)

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 پروسه 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^۱ (۱۹۹۵) مدلی را از تعامل این دو متغیر ارائه کرد. طبق این مدل وجود مشکلات اجتماعی و فقدان سرمایه 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

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

همان‌طور که 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

- افزایش سواد و ارتقای پایگاه شغلی فرد
 - استقلال در محل کار
 - تغذیه 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 حوزه سلامت را در سازمان‌ها و نهادهای بزرگ جستجو می‌کنند (سطح کلان)

طبق این مدل‌ها، سلامت روانی افراد جامعه بر عهده حکومت و سازمان‌های بهداشتی است. بر این اساس وجود بیمه‌ها تأمین اجتماعی و رفاه اقتصادی موجب نوعی اعتماد اجتماعی در بین افراد جامعه می‌شود که این امر میزان اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد و جلوی کج‌روی‌ها و آسیب‌های اجتماعی را نیز می‌گیرد. به این منظور پیشنهادها 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 زمینه خدمات بهداشتی
- ### - اجرا:
- ریشه کنی فقر به عنوان عامل مهم احساس نابرابری و بیماری روانی
 - حمایت‌های رسانه‌ای از طریق اطلاع رسانی‌های بهداشتی - درمانی
 - تقویت روحیه مشارکت مردم برای اجرا و نظارت بر فعالیت‌های سلامتی روانی

- ایجاد احساس شادمانی در افراد جامعه به عنوان زمینه همکاری در جامعه
 - حمایت از شبکه‌ها و گروه‌های اجتماعی ترویج دهنده سلامت روانی
 - تأمین بودجه لازم برای درمان بیماری‌های روانی از طرف ارگان‌های بزرگ
 - تأسیس کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی برای درمان بیماران
- نظارت:

- نظارت و ارزشیابی عملکرد مراکز بهداشتی
- مدیریت و برنامه‌ریزی اجرای طرح‌های بهداشت روانی
- طراحی و نظارت بر امور بهسازی محیط آسیب‌زا
- 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:
- درگیر کردن مردم در زمینه زندگی روزمره
 - به کارگیری شیوه‌های متفاوت بهداشتی نظیر: ارتباطات، آموزش، توسعه فعالیت‌های محلی خود جوش
 - توجه به مشارکت مردم برای ارائه راه‌حلی 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
 - ارائه بروشورهای تبلیغاتی و توزیع آن‌ها در مردم محله
 - شناسایی افرادی که از بیماری روانی رنج می‌برند.
 - بررسی تئوری‌ها و مدل‌های فوق نشان می‌دهد که وجود سرمایه اجتماعی به عنوان یک حائل در مقابل عوامل فشار زای درونی و بیرونی نقش مثبتی ایفا می‌کند. مکانیسم

تأثیر گذاری 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 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 سرمایه 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 سرمایه اجتماعی بر سلامتی مؤثر است، چون در هویت‌کنش‌گر 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 می‌آورد و کنترل اجتماعی را تشدید می‌کند که باعث پیش‌گیری از رفتارهای پر خطری چون سیگار کشیدن و الکل‌شدن می‌شود. همچنین مشخص شد دوگونه مدل نظری در باب ارتباط این دو متغیر قابل شناسایی است: مدل‌های علی-خطی و مدل‌های تعاملی. مدل‌های خطی خود به سه دستهٔ مدل‌های سطح خرد، سطح کلان و سطح میانه تقسیم می‌شوند. در مدل‌های علی 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 علی و خطی سطح کلان به سیاست‌های کلان بهداشتی - درمانی در سطح دولت و حکومت اشاره می‌کنند.

در مدل‌های سطح میانه، تغییر در اجتماع محله مورد تأکید قرار می‌گیرد. طبق این مدل‌ها مردم محلی به مداخله خود جوش در فعالیت‌های پیش‌گیرانه تشویق می‌شوند و برای پیشبرد استراتژی‌های بهداشتی به همکاری با هم می‌پردازند. در مدل‌های تعاملی، سرمایه اجتماعی منجر به سلامت روانی و سلامت روانی موجب سرمایه اجتماعی می‌شود و این سیکل همچنان ادامه پیدا می‌کند. سرمایه اجتماعی بر سیاست‌های بهداشتی دولت و متقابلاً سیاست‌های بهداشتی بر کاهش یا افزایش سرمایه اجتماعی اثر می‌گذارند. تعامل بین متغیرها عوامل تعیین‌کننده 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 رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دارد، مدلهایی در قالب سطح میانه ارائه کرده است. یکی از این مدل‌ها مکانیسم تأثیر گذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی را در سطح خرد، کلان و میانه مطرح کرده است. بر این اساس سرمایه 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.

- 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 سویدی، س، (۱۳۸۶)، جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی، (ترجمه احمد عبداللهی)، تهران: نشر سمت.
- سیدان، ف، (۱۳۸۳)، «بیماریهای روانی زنان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن»، پایان‌نامه 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: نشر دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- گیدنز، آ، (۱۳۷۸)، تجدد و تشخیص، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نشر نی.
- لهسایی‌زاده، ع و مرادی، گ، (۱۳۸۶)، «رابطه 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 و سلامت روان در زنان»، مجله پژوهش زنان، (۲)، دوره ششم.
- وحید، ف، کلانتری، ص و ابوالقاسم، ف، (۱۳۸۳)، «رابطه سرمایه اجتماعی با هویت اجتماعی دانشجویان (مطالعه موردی ۱۱ دانشگاه دولتی شهر تهران)، مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان، (۲).

- 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, Huttu, 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.
- Lynch , J& Kaplan, G. (1997),"Unerstaning How Inequality in the Distribution of Income Effect Health" **Journal of Health Psychology**, Vol 2.

- 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 theoretically informed measurement 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.