فصلنامه علمی اقتصاد و مدیریت شهری، ۹(۱(پیاپی ۳۳))، ۳۲-۱۵
www.iueam.ir
نمایه در ISC، EconLit، Econbiz، EBZ، GateWay-Bayern، SID، Google Scholar، Noormags، Magiran، Civilica، RICeST، Ensani
شاپا: ۲۸۷۰-۲۳۴۵

فصلنامه علمی
اقتصاد و مدیریت شهری

بررسی شاخص‌های اجتماعی مؤثر بر بیماری‌های اعصاب و روان در شهروندان شهرهای صنعتی اروپا

سولماز شیخ شعاعی* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
حسین ابوالحسن تنهایی دانشیار گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
عبدالرضا ادهمی دانشیار گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نوع مقاله: پژوهشی
دریافت: ۹۹/۰۳/۲۰ **پذیرش:** ۹۹/۰۸/۲۵

چکیده: امروزه سلامت روان در جهان نقش اساسی و عمده‌ای دارد و هسته اصلی و مرکزی در توسعه پایدار تلقی می‌شود. سلامت جامعه ارتباط عمیقی با رشد و توسعه جامعه دارد. زمانی جامعه سالم و متعادلی خواهیم داشت که افراد بتوانند با برخورداری از سلامت روان در عرصه‌های اجتماعی به فعالیت بپردازند. جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست‌شناختی یا روان‌شناختی نیستند بلکه به‌طور هم‌زمان دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می‌باشند. از این رو هدف از انجام این پژوهش، بررسی شاخص‌های اجتماعی مؤثر بر بیماری‌های اعصاب و روان در ساکنان شهرهای صنعتی اروپا می‌باشد. در این تحقیق برای بررسی تأثیر این شاخص‌ها بر بیماری‌های اعصاب و روان، از روش تحلیل محتوا استفاده شده است. در این روش نتایج پژوهش‌های مشابه پیشین با توجه به معانی ضمنی و پیامی که دربر دارند، بررسی شده است. واحد تحلیل این پژوهش ۲۰ درصد از مطالعات مشابه خارجی است که در راستای هدف اصلی تحقیق پیشتر انجام شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مطابق با مطالعات مشابه صورت گرفته و نظریات مطرح شده عوامل اجتماعی دخیل در بیماری‌های اعصاب و روان عبارتند از: پایگاه اجتماعی، شرایط اقتصادی، نابرابری اجتماعی، حمایت اجتماعی، خانواده، شیوه زندگی و شهرنشینی.

واژگان کلیدی: بیماری روان، عوامل اجتماعی، خانواده، سلامت جامعه، شهرنشینی، شهرهای صنعتی، اروپا
طبقه‌بندی JEL: J12, I18, P23, N34

* نویسنده مسئول: soolmazshoaei040@gmail.com

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

۱- مقدمه

بیماری‌های روانی از آغاز پیدایش بشر وجود داشته است و هیچ انسانی در مقابل این بیماری‌ها مصونیت ندارد، این خطر همواره بشر را تهدید می‌کند (پاک‌روان‌نژاد و صادقی، ۱۳۹۸). سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آنجایی که در فرایند رشد و توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جوامع، نیروی انسانی نقش اساسی و تعیین‌کننده‌ای دارد، سلامت روان، مؤلفه اساسی و مهم در سلامت فرد است؛ به طوری که نمی‌توان فردی را بدون سلامت روان، سالم دانست. سلامت روان، تأثیر بسیار گسترده‌ای در زندگی فرد و جامعه دارد. این تأثیر شامل داشتن جسمی سالم‌تر، بهبود سریع‌تر فرد پس از ابتلا به بیماری، کاهش دوره نقاهت، افزایش توانایی فرد در انجام کارهای روزانه، افزایش بهره‌وری، آموزش و اشتغال بهتر، برقراری روابط اجتماعی بهتر و به طور خلاصه برخورداری از شیوه زندگی سالم‌تر است. به طور کلی بهبود سلامت روان دربر دارنده یک هدف ارزشمند است و آن بهبود سلامت احساسی افراد و سلامت جامعه است (مذهب‌دار قشقای‌ی و همکاران، ۱۳۹۲). منظور از سلامت روان، سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و فکر می‌باشد. با این وجود هنوز یک تعریف کلی که مورد قبول همه باشد از سلامت روان به‌دست نیامده است و هر فرد یا گروهی تصور خاصی از سلامت روان دارد (میری و همکاران، ۱۳۹۵). از نیمه دهه ۱۹۸۰ عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نیز در تحقق پیدا کردن جنبش ارتقای سلامت اهمیت پیدا کردند. عبارت عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در میانه دهه ۱۹۹۰ به طور فزاینده‌ای مورد استفاده قرار گرفت. تقویت این باور که شواهد به دست آمده در مورد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت اثرات بالقوه گسترده‌ای در سیاست عمومی دارد، باعث شد تا تلاش‌هایی اعمال شود تا یافته‌های علمی به زبان بیان شوند که برای سیاست‌گذاران و عامه مردم قابل فهم باشد به‌طوری که در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل سال‌های ۲۰۰۰ هر کسی جهت اقدام به سیاستی منسجم برای از بین بردن نابرابری در سلامت و لحاظ کردن عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت فراهم آمده بود (مطلق و همکاران، ۱۳۸۷). اینکه چه عواملی سبب اختلال‌های روانی می‌شوند و چرا توزیع این اختلال‌ها در جوامع نابرابر است پرسشی اساسی است که سال‌ها ذهن متخصصان سلامت روان را درگیر کرده است. تا یک دهه پیش سه رویکرد در پاسخ به این پرسش وجود داشت: ۱) رویکرد زیست‌شناختی که علتی مشخص مانند یک ماده، میکروب یا عاملی ارثی را عامل بیماری می‌دانست. ۲) رویکرد روان‌شناختی که رویکردی فردگرایانه بوده بر تبیین‌های روان پویایی از اختلال‌ها پایه‌گذاری شد. ۳) رویکرد اجتماعی که بر پدیده یادگیری اجتماعی و به ویژه رویکردهای رفتاری اختلال روانی تأکید می‌کند. به بیان دیگر، این رویکرد نیز برخلاف نامش با فرد و اصلاح رفتار او سروکار دارد (ستاره فروزان، ۱۳۹۰).

به‌طور کلی مطالعات متعددی نشان می‌دهند که سلامت روان به‌طور نامساوی در جوامع توزیع شده است، به این معنی که افرادی که از لحاظ اجتماعی و اقتصادی در محرومیت زندگی می‌کنند بیشتر در معرض اختلالات روانی و عواقب نامطلوب بعدی ناشی از آن هستند. سبب شناسی بیماری‌های روان حاکی از وجود علل چندگانه است.

بیماری، امری اجتماعی است نه تنها به این علت که در اوضاع اجتماعی پدید می‌آید، مخصوصاً به این دلیل که ریشه‌های آن در خود ساختمان جامعه قرار دارد. پس تعبیر و تفسیر آن میسر نیست مگر آنکه این کار بنابر محیط فرهنگی که در آنجا بیماری پدید می‌آید صورت گیرد. منظور این نیست که می‌توان از پایه‌های حیاتی یا وظایف اعضایی بیماری غافل بود. البته نمی‌توان انکار کرد که بسیاری از اختلالات روحی معلول عللی است که مستقیماً اجتماعی نیستند. جراحات مغزی و اعتیاد به مسکرات و سموم و سفلیس و عفونت‌های بدنی دیگر عواقبی روانی دارند. اما نباید فراموش کرد که

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

این عوامل نیز خود جنبه اجتماعی دارند. مثلاً اعتیاد به مسکرات و سموم تنها علت اختلال شخصیت نیست بلکه گاهی معلول آن است. در بسیاری از موارد، این عادات وسیله فرار از محیط اجتماعی است و بدون آنها تحمل این محیط محال است. از این گذشته، می‌توان ثابت کرد که آثار عامل بدنی مانند الکل بر رفتار با پدیده ساختمان فرهنگی پیوند نزدیک دارد (کلاینبرگ، ۱۳۸۷). سلامت جسم و روان، انبساط خاطر و در نهایت شادکامی و تن آرامی، پدیده‌هایی هستند که در ارتباط با محیط‌زیست انسان‌ها تحقق می‌پذیرند. کارکرد نامناسب نهادها، نظام‌های اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و درمانی در یک جامعه در ارتباط مستقیم با بهداشت روانی و جسمی مردم آن جامعه است و سلامت افراد را دچار مخاطره می‌کند (احمدوند، ۱۳۸۲). جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست‌شناختی یا روان‌شناختی نیستند، بلکه به طور هم‌زمان دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می‌باشند. عوامل اجتماعی، همان گونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامتی ایفا کنند، در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی هستند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). جنبه جامعه‌شناختی رویکرد سبب‌شناختی آن است که نشانه‌ها و حالات روانی، از موقعیت‌های افراد در ساختار اجتماعی ناشی می‌شوند. این رویکرد بر نقش سبب‌شناختی فشارهای مزمن (نظیر فقر یا زندگی در خانواده‌های تک والد)، حوادث حاد زندگی (نظیر بیکاری یا فسخ زناشویی)، جنبه‌هایی از نقش‌های اجتماعی (نظیر تعارض نقش، گرانباری نقش یا فشار نقش) و میزان حمایت اجتماعی به هنگام درگیری با عوامل تنش‌زا، تأکید دارد. همچنین مطالعات جامعه‌شناختی بیش‌تر به دنبال بررسی میزان‌های متفاوت اختلال روانی در میان مکان‌ها (ملت‌ها، شهرها و مناطق) (Sik, 2019) یا گروه‌های اجتماعی متفاوت (طبقه اجتماعی، جنسیت، و سن) هستند تا این‌که چرا افراد خاص، نشانه‌های بیماری‌های روانی را تجربه می‌کنند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین براساس دیدگاه جامعه‌شناختی گاهی اوقات به دلیل فشارهای اجتماعی زندگی روزمره و عوامل تنش‌زا، فرد دچار اختلالات روانی می‌گردد.

فرض بنیادین رویکردهای جامعه‌شناختی این است که افراد متفاوتی که در موقعیت‌های مشابه زندگی می‌کنند، دارای میزان‌های مشابهی از سلامت و بیماری روانی خواهند بود. بدین ترتیب، آنچه مشخص می‌کند افراد چقدر احساس سلامتی یا بیماری دارند، صرفاً به شخصیت آنها یا عملکرد مغزشان بستگی ندارد بلکه همچنین وابسته به اوضاع و احوال اجتماعی‌ای است که در آن زندگی می‌کنند و از آنجا که این اوضاع و احوال اجتماعی، در گروه‌ها و جوامع مختلف و دوره‌های تاریخی گوناگون متفاوت است، مهم‌ترین وظیفه جامعه‌شناسان، شناسایی مهم‌ترین حوادث و موقعیت‌های اجتماعی است که موجب بروز اختلالات روانی برای افراد، گروه‌های اجتماعی و یک جامعه معین می‌گردند (ریاحی و رهبری، ۱۳۹۳).

سلامت ذهنی در اساسنامه سازمان سلامت جهانی، اهمیتی برابر با سلامت جسمانی دارد و به طور کلی این دو حوزه به ظاهر جدا و نامربوط در تعاملی دائمی و تأثیر و تأثر متقابل تعریف شده‌اند. سلامت ذهنی به اندازه سلامت جسمی، در مجموع برای رفاه افراد جوامع و کشورها اهمیت دارد. پیشرفت‌های چشمگیر در حوزه‌های علوم اعصاب‌شناختی و پزشکی رفتاری نشان داده است که مانند بسیاری از بیماری‌های جسمی، اختلالات ذهنی و رفتاری پیامد تعاملی پیچیده میان مؤلفه‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند.

مطالعات بسیاری در خصوص بیماری‌های روانی در جهان انجام شده است که بیشتر ذیل رشته‌های روان‌شناسی، رفتار درمانی، زیست‌شناسی و جرم‌شناسی قرار می‌گیرند، اما آنچه اخیراً جهت‌گیری اصلی این مقالات را تعیین می‌کند توجه به عدالت اجتماعی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی اختلالات و بیماری‌های روانی است. به عبارت دیگر، محققان پی به سهم عمده

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

مؤلفه‌های اجتماعی در شکل‌گیری، شیوع و حتی درمان این اختلالات برده و رویکرد میان رشته‌ای در این مطالعات، از رشته‌های نامبرده چرخشی معنی‌دار به سمت جامعه‌شناسی داشته است. با توجه به اهمیت و کمتر دیده شدن مؤلفه‌های اجتماعی در بروز یا پیشرفت علائم در بیماری‌های روان بررسی این مولفه ها از اهمیت بسزایی برخوردار است.

هدف از این تحقیق بررسی شاخص‌های اجتماعی مؤثر بر بیماری‌های اعصاب و روان در ساکنین کشورهای صنعتی اروپا می‌باشد.

۲- پیشینه تحقیق

الف) پژوهش‌های خارجی

مانینگ[1] (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای به بررسی دلایل تأثیر زندگی شهری بر سطح بالای اختلال روانی پرداخت. در این مقاله با استفاده از روش‌هایی که با بهره‌گیری از آنالیزهای جامعه‌شناختی و تجزیه‌وتحلیل بیولوژیکی انجام شده است و از طریق شناسایی مکانیسم‌ها و داده‌ها، روشی که به زندگی شهری زیر پوست می‌انجامد، را بررسی کرده است.

چاسان تابر[2] و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیقی، به مطالعه و بررسی فرهنگ‌پذیری و سلامت روان بارداری در میان لاتین‌ها پرداختند. نتایج نشان دادند که هیچ ارتباط معناداری میان فرایند فرهنگ‌پذیری و استرس وجود ندارد و فرهنگ‌پذیری روان‌شناختی با استرس کمتر در دوران بارداری همراه بود.

زیفل[3] (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای به بررسی چالش‌های سه‌گانه سلامت و تأثیر اختلالات روانی بر پیشرفت تحصیلی و شغلی و زندگی بعدی جوانان و همچنین کمبود هزینه‌های مراقبت بهداشتی در این خصوص پرداخت که به احتمال مؤثر نبودن مراقبت از سلامت روان می‌تواند مرتبط باشد هرچند شواهدی از چندین درمان مقرون‌به‌صرفه وجود دارد.

در مطالعه کانت[4] (۲۰۱۸) درباره جامعه‌شناسی اختلالات سلامت روان در دانشجویان با اشاره به مطالعات اندک مرتبط پیشنهاد می‌کند در حالی که با مشارکت بیشتر فرصت‌های آموزشی گسترده می‌شود، هم‌زمان زمینه‌ای مهیا شود که حالت هیستری در آن ایجاد می‌شود.

در هلند در مطالعه‌ای فراتحلیلی از اختلالات ذهنی و ارتکاب جرم توسط ویبلنیک[5] و همکاران (۲۰۱۷) انجام شد. نتایج نشان دادند که نوع تکرار جرم، نوع بزهکاری و جنسیت، جهت و شدت رابطه میان تکرار جرم و اختلالات درونی و برونی را تحت تأثیر قرار داده است.

مادن و سیم[6] (۲۰۱۶) به بررسی جامعه‌شناسی سندروم فیبرومیالژیا که یک اختلال بیولوژیک می‌باشد پرداختند. نتایج نشان دادند این معنای تجربه از بیماری و ظهور شخصی متخصص است که مذاکره فرد را از نتیجه قابل‌قبول در جست‌وجوی تشخیصی راهنمایی می‌کند. با این وجود، این نیز توسط یک گفتمان اجتماعی هدایت می‌شود که منعکس‌کننده درک درستی از کمک‌های قابل‌قبول است؛ مانند اثبات این‌که شخصی برای مقابله با بیماری تلاش کرده است و همچنین انتظارات فرهنگی در مورد دسترسی به مراقبت‌های پزشکی است.

کوهن[7] (۲۰۱۶) به بررسی نظریه مارکسیستی و بیماری روانی می‌پردازد. کوهن با استفاده از نظریه ماتریالیسم تاریخی مارکس، نشان می‌دهد که چگونه فلسفه‌های سلامتی مانند معالجه اخلاقی، اختلالات روانی و معالجه مانند الکتروشوک درمانی می‌توانند به عنوان تحقق مقدمات خاص اقتصادی و ایدئولوژیک

1- Manning
2- Chasan-Taber
3- Zweifel
4- Cant
5- Wibbelink
6- Madden and Sim
7- Cohen

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

سرمایه‌داری صنعتی برای کارگران سازگار با محیط درک شوند.

مطالعه کوگلماس و گارسیا[1] (۲۰۱۵) درباره اختلال ذهنی در جوانان غیرمذهبی در آمریکا نیز بیان می‌دارد که جوانان غیرمذهبی به‌طور متوسط نرخ‌های بالاتری از اختلال ذهنی نسبت به جوانانی دارند که به‌عنوان مذهبی شناخته می‌شوند. دوم، تغییرپذیری درخصوص نرخ‌های اختلال ذهنی در میان سه گونه از جوانان غیرمذهبی وجود دارد و سپس افراد فاقد مذهب و در نهایت افرادی که ترجیحات مذهبی ندارند. در واقع پس از کنترل متغیر خصایص اجتماعی جمعیت‌شناختی، جوانان فاقد هر گونه تعلق مذهبی، سطوحی از اختلال ذهنی را داشتند که تفاوتی با جوانان غیرمذهبی نداشت. سوم، نقص سلامت ذهنی غیرمذهبی بودن، در میان جوانان غیرمذهبی با والدین مذهبی تقریباً دوبرابر بود. به علاوه نه جوانان غیرمذهبی و نه مذهبی تحت تأثیرات منفی بزرگ شدن در خانوارهای غیرمذهبی بودند.

گاندهی[2] و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر عملکرد شغلی بر عملکرد جهانی افراد دارای بیماری روانی دریافت خدمات توانبخشی روانپزشکی پرداختند. نتایج نشان دادند که توانبخشی روانپزشکی می‌تواند در ایجاد تغییرات چشمگیر در کلیه حوزه‌های عملکرد کمک کند و همچنین به عنوان مطالعه‌ای مقدماتی، به هموار کردن راه بهبودی برای بیماران مبتلا به بیماری روانی کمک کند.

استنلی[3] و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی به بررسی تأثیر عوامل شیوه زندگی بر سلامت جسمی افراد دارای بیماری روانی پرداختند. نتایج نشان دادند که باید به ارزیابی سلامت جسمی و نظارت مداوم همه مبتلایان به اختلالات سلامت روان توجه بیشتری شود تا بیماری‌های قابل پیشگیری منجر به عوارض و مرگ و میر بالاتر برای این جمعیت محروم نشود. شناسایی اولیه به مداخلات پیشگیرانه کمک می‌کند و به پزشکان و کارکنان بهداشت روان کمک می‌کند تا به طور مؤثرتری مشکلات بهداشت جسمی را درمان کنند.

ب) پژوهش‌های داخلی

سیفی (۱۳۹۸)، پژوهشی تحت عنوان «پیش‌بینی علائم اختلال دوقطبی در نوجوانان براساس عملکرد خانواده و تعامل والد-فرزند» انجام داده است. هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی شدت علائم اختلال دوقطبی در نوجوانان از طریق عملکرد خانواده و تعامل والد-فرزند می‌باشد. نتیجه نتایج نشان دادند که عملکرد ناسازگارانه ابعاد مختلف محیط خانواده و مداخله زودهنگام در آن می‌تواند نقش بسیار مهمی در بهبود سلامت روانی و همچنین پیش‌گیری و درمان نوجوانان دچار اختلال دوقطبی ایفا کند.

توکل و فراهانی (۱۳۹۷)، مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی در سایگون و مقایسه آن با اراک» انجام دادند. در مطالعه فوق تمرکز بر شیوه‌شناسی اختلالات روانی در جمعیت ۱۸ تا ۶۴ سال ساکن در شهر سایگون و بررسی مؤلفه‌های جامعه‌شناختی مؤثر بر شیوع این اختلالات بوده و همچنین به مقایسه وضعیت سلامت ذهنی ساکنین این شهر با شهر اراک نیز پرداخته شده است. نتایج نشان دادند که میزان شیوع اختلالات روانی در شهر سایگون برابر با ۱۰/۲ درصد و مؤلفه‌های مهاجرت، وضعیت شغلی، پایگاه طبقاتی، قومیت، فشارهای ساختاری و اجتماعی، مشکلات خانوادگی و سرمایه اجتماعی، همگی در به خطر انداختن سلامت روانی و ابتلای افراد به اختلالات روانی تأثیرگذارند.

نقیبی و چالشگر کردآسیایی (۱۳۹۶) مطالعه‌ای تحت عنوان «مروری بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سلامت» انجام دادند. جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی معتبر و با استفاده از کلیدواژه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، نابرابری در سلامت و اصلاحات نظام سلامت صورت پذیرفت. با توجه به گستردگی دامنه عناوین و

1- Kugelmass and Garcia
2- Gandhi
3- Stanley

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

مطالعات در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در این مقالات عناوین پژوهش‌ها در چهار محور طبقه‌بندی شده است: ۱- مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و توسعه الگوی مفهومی ۲- نابرابری‌ها در سلامت ۳- سلامت و درآمد ۴- بازنگری در نظام سلامت براساس رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت. نتیجه اینکه با توجه به نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر سلامت، توسعه پژوهش‌های مرتبط نیازمند به گفتمان‌سازی، تبیین الگوی مفهومی متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی کشور، طراحی ابزارهای پژوهشی معتبر، هدفمند کردن و عمق بخشیدن و جلب مشارکت متخصصان سایر رشته‌های مرتبط به همراه متخصصین علوم سلامت می‌باشد.

دولت‌فرد (۱۳۹۷)، پژوهشی تحت عنوان «تجارب و چالش‌های خانواده‌های دارای فرد اختلال روان» انجام داده است. اختلال روان به عنوان یکی از مهمترین علل از کار افتادگی، عملکرد اجتماعی شخص مبتلا را در ابعاد خانوادگی، شغلی و تحصیلی تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. با توجه به رویکرد پدیدارشناختی در این مطالعه، نظرات مشارکت‌کنندگان در پژوهش که حاصل تجربه زیسته آنان از زندگی با فرد دارای اختلال روان بود با استفاده از مصاحبه عمیق اخذ شد و سپس به صورت مکتوب آماده گردید و از طریق روش تماتیک تجزیه‌وتحلیل شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که خانواده‌های دارای بیمار روانی تجربه‌های تلخ و ناگوار و مسائل و مشکلات بسیاری دارند و به دلیل قرار گیری در چنین شرایطی، انزوا، طرد اجتماعی و انگ را تجربه می‌کنند که این طرد اجتماعی و انگ منجر به اختلال در عملکرد خانواده و مراقب می‌گردد.

رحمانی‌نژاد (۱۳۹۵)، پژوهشی تحت عنوان «بررسی جامعه‌شناختی تأثیر ترس از مزاحمت خیابانی بر روی سلامت روان دانشجویان دختر دانشگاه مازندارن» انجام داده است. این پژوهش در راستای پاسخگویی به پرسش اول در مورد اثر عوامل اجتماعی بر تولید بیماری بوده و به دنبال این است که نشان دهد جایگاه اجتماعی متفاوت افراد (در این تحقیق، جنسیت)، چگونه می‌تواند بر سلامت روان آنها تأثیر داشته باشد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که در مقایسه با مردان، زنان به دلیل منزلت اجتماعی و دسترسی کمتر به منابع قدرت بیشتر در معرض مخاطرات جسمی و روانی قرار می‌گیرند و عوامل استرس‌زا بیشتری را در زندگی خود تجربه می‌کنند که می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی آنها تأثیرگذار باشد در این بین، یکی از مهمترین عوامل استرس‌زا برای زنان خشونت علیه آنهاست.

موسوی بزاز و همکاران (۱۳۹۴)، در مطالعه‌ای به بررسی شیوع اختلالات روانی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع دبیرستانی شهرستان بشاگرد پرداختند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه تصحیح شده بوده که روایی و پایایی آن قبل از اجرا بررسی و تعیین گردید. پرسشنامه در حضور یک نفر کارشناس روان‌شناس که بدین منظور آموزش‌دیده، توزیع و پس از توضیحات لازم توسط دانش‌آموزان تکمیل گردید. نتایج حاکی از این امر است که اختلال پارانوئید شایع‌ترین اختلال و ترس مرضی کمترین میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی در میان دانش‌آموزان بود. به طور کلی هیچ کدام از اختلالات روان‌شناختی با عواملی مانند: شغل پدر، شغل مادر، تحصیلات پدر و مادر، تعداد فرزندان در خانواده و وضعیت اقتصادی خانواده ارتباط معناداری نداشت.

۳- مبانی نظری

با پیشرفت پژوهشگران در مورد آگاهی از دلایل اختلال‌های روانی، به طور فزاینده‌ای توجه و علاقه به تأثیر این اختلال‌ها بر خانواده و جامعه متمرکز شد. پخش گسترده اطلاعات همراه با نگرانی بیشتر جامعه برای افراد مبتلا به اختلال‌های روانی، باعث شده است که مردم بیشتر بدانند که چگونه اختلال‌های روانی بر

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

جنبه‌های گوناگون زندگی تأثیر می‌گذارند. مشکلات روانی بر چند جنبه از تجربه انسان تأثیر می‌گذارند:

- تأثیر اختلال‌های روانی بر فرد: داغ[1]، برچسبی است که باعث می‌شود برخی از افراد، متفاوت، معیوب و جدا از روند کلی اعضای جامعه پنداشته شوند. آثار جامعه‌شناس معروف اروینگ گافمن[2] در دهه ۱۹۶۰، توجه عموم را به پدیده داغ جلب کرد و چند دهه بعد، داغ همچنان موضوع اصلی نشریات و بحث‌هایی است که به حقوق و درمان افرادی که دچار پریشانی هستند، مربوط می‌شود (Zweifel et al., 2018). افراد مبتلا به اختلال‌های روانی جدی، دچار عوارض هیجانی و اجتماعی عمیق و بادوام می‌شوند، این افراد می‌گویند دیگران آنها را طرد کرده‌اند، گاهی آنها کمتر به فکر خودشان هستند، فرصت‌های رشد و نمو را غنیمت نمی‌شمارند و افسانه‌های جامعه را در مورد بیماران روانی و انتظاراتی که از آنها دارد، باور می‌کنند.

- تأثیر اختلال روانی بر خانواده: معمولاً حتی قبل از اینکه یک فرد مبتلا به اختلال روانی توسط متخصص ارزیابی شده باشد، خانواده تحت تأثیر رفتار و پریشانی او قرار گرفته است. میزان این تأثیر تا اندازه‌ای به ماهیت اختلال و تحرکات یا پویش‌های خانواده بستگی دارد. داغ اختلال روانی خانواده را نیز لکه‌دار می‌کند. حرفه سلامت روانی به طور کلی در قرن بیستم نسبت به تأثیر اختلال روانی بر خانواده، بی‌اعتنا بوده است، نه تنها خانواده‌ها را از درمان بی‌خبر نگه می‌داشتند بلکه آنها را به خاطر این مشکل سرزنش می‌کردند. نظریه‌های مربوط به برخی از اختلال‌ها، ازجمله اسکیزوفرنی و افسردگی معمولاً خانواده‌ها مخصوصاً مادران را سرزنش می‌کردند. خانوادها در اثر مشکلات یکی از اعضایشان دستخوش آشوب و ناراحتی می‌شدند و وقتی می‌شنیدند که متخصصان سلامت روانی آنها را مسئول نمی‌دانند، گیج و آزرده‌خاطر می‌شدند. هنگامی که چند نفر از متخصصان مشهور سلامت روانی مانند ای فولر توری[3]؛ روان‌پزشک، پریشانی این خانواده‌ها را درک کردند و کتاب‌هایی را نوشتند که اختصاصاً به آنها مربوط می‌شدند، این وضعیت در سال‌های اخیر به مقدار زیاد تغییر کرد. این متخصصان، خانواده‌ها را آگاه ساختند که تنها نیستند و در واقع نگرانی‌ها و مشکلات آنها شبیه مشکلاتی است که میلیون‌ها آمریکایی دیگر تجربه می‌کنند (Madden & Sim, 2016).

- تأثیر اختلال روانی بر جامعه: هر کسی که در محله‌ای زندگی کرده است که یک بیمارستان روانی دولتی در آن قرار دارد می‌داند که در تأمین نیازهای افرادی که پریشانی روانی دارند بعد از مرخص شدن آنها از بیمارستان، مشکلات زیادی وجود دارد. در آغاز دهه ۱۹۷۰، در مورد نقل مکان بیماران روانی از بیمارستان‌ها به محیط‌های کمتر محدودکننده، جنبشی ملی به وجود آمد. در اواسط دهه ۱۹۷۰، بیمارستان‌های روانی معمولاً چندین هزار بیمار را در خود جای می‌دادند. در اواسط دهه ۱۹۹۰، این تعداد کاهش یافت. تعدادی از مؤسسات تعصیل شدند و آنهایی که بازماندند در مقیاس کوچکی عمل می‌کردند. تأثیر اختلال‌های روانی بر جامعه را نمی‌توان به‌راحتی ارزیابی کرد، ولی متخصصان سلامت روانی قبول دارند که مشکلات روانی هزینه هنگفتی برای جامعه دارد، معمولاً خانواده‌ها از هم می‌پاشند و جوامع آسیب می‌بینند (Cohen, 2016).

در سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت به نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تأثیر آنها بر روی سلامت اشاره داشت. در فواصل دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ رویکرد اساسی مورد توجه سازمان جهانی بهداشت و سایر نهادهای بین‌المللی رویکرد فناوری‌محور و مبارزه با بیماری‌ها بود و توجه کمتری به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت داشتند. اولین‌بار مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در بیانیه آلماتا و در قالب راهبرد بهداشت برای همه مطرح گردید و تا سالیان مدید اقدامات در این زمینه تحت لوای پرچم بهداشت برای

1- Stigma
2- Erving Goffman
3- E. Fuller Torrey

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

همه انجام شد. در اوایل دهه ۱۹۹۰ دفتر منطقه‌ای اروپایی سازمان جهانی بهداشت، کار بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نابرابری در سلامت را آغاز نمود. امروزه شواهد محکم علمی وجود دارد که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی، محرومیت اجتماعی، حاشیه‌نشینی، بیکاری، حمایت اجتماعی، شرایط محیط کار، اعتیاد، مهاجرت، شهرنشینی و جهانی‌شدن تأثیر بسیاری بر سلامت دارند (زابلی و سنایی‌نسب، ۱۳۹۳). در سال‌های اخیر مطالعات در مورد نقش عوامل اجتماعی در سلامت به شدت رو به گسترش است. چون به این واقعیت پی برده شده است که بسیاری از مسائل موجود در نظام ارائه خدمات سلامت اساساً اجتماعی‌اند و ماهیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی دارند بر این اساس بسیاری از بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و انواع اختلالات در فرد تحت تأثیر این عوامل قرار دارند. برخی از عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت عبارتند از:

حمایت اجتماعی: پژوهش‌های متعددی ثابت کرده‌اند که هرچه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است. برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف کرده‌اند. در مجموع، شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و این که او به یک شبکه اجتماعی متعلق است. اکثر پژوهش‌های انجام شده به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان پرداخته و تأثیر آشکار حمایت اجتماعی ادارک شده بر سلامتی آسایش روانی را تأیید نموده‌اند. بخش زیادی این تلاش‌های پژوهشی، بر این فرض متمرکز شده‌اند که سطح پایین‌تر حمایت اجتماعی، خطر ابتلا به نشانه‌های افسردگی را افزایش می‌دهد. هندرسون (۱۹۹۲) با انجام یک فراتحلیل، به این نتیجه رسید که علیرغم به‌کارگیری مقیاس‌های متفاوت برای سنجش میزان حمایت اجتماعی و افسردگی، در تمام پژوهش‌های انجام شده، نتایج ثابتی راجع به اثرات مثبت حمایت اجتماعی در کاهش ابتلای به افسردگی، مشاهده شده است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند. در مجموع، پژوهشگران مهم‌ترین اختلالات روانی ناشی از کمبود یا فقدان حمایت اجتماعی ر ا شامل افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری و انزواطلبی، بی‌تفاوتی، ناامیدی، آشفتگی و اغتشاش ادراک، کاهش سرعت واکنش به محرک‌های محیطی، کاهش عزت نفس، و ناتوانی در کنترل جریان جریانات زندگی می‌دانند. راتوس معتقد است که حمایت اجتماعی، تأثیرات نامطلوب فشار روانی را از پنج طریق، تعدیل و تضعیف می‌کند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹):

- **توجه عاطفی:** شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن
- **یاری‌رسانی**: یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی و سازگارانه می‌انجامد.
- **اطلاع‌رسانی:** ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد با تنش‌ها و مشکلات
- **ارزیابی**: ارائه بازخورد و پسخوراند از سوی دیگران در زمینه چگونگی عملکرد که می‌تواند منجر به تصحیح عملکرد شود.
- **جامعه‌پذیری:** دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطه جامعه‌پذیری به وجود می‌آید و در نتیجه، اثرات سودمندی به دنبال دارد.

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

پایگاه اجتماعی: بی‌شک در تمام رویکردهایی که درباره کیفیت زندگی مطرح می‌شود بر شاخص پایگاه اجتماعی به عنوان یکی از شاخص‌های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی تأکید شده است. موقعیت حرفه‌ای رئیس خانواده است که از بسیاری جهات برای تعیین نوع حیثیت و منزلت اجتماعی خانواده به کار می‌رود. با توجه به این موقعیت می‌توان مقام آنها را در سلسله‌مراتب درآمدها و حیثیت‌ها تعیین کرد (گورویچ و مندراس، ۱۳۸۴). درآمد، یکی از عوامل مؤثر در تعیین پایگاه اجتماعی- اقتصادی است. داشتن درآمد مکفی که بتوان نیازهای زندگی را در حد انتظار برآورد از جمله مهم‌ترین متغیرهایی است که تأثیر بسزایی بر کیفیت زندگی دارد.

- مهارت‌های اجتماعی: مهارت‌های اجتماعی شامل مجموعه مهارت‌هایی هستند که موانع روابط اجتماعی مثبت و عملکرد اجتماعی آموخته شده را برطرف می‌کنند و می‌توانند به عملکرد مثبت و مفید کمک کنند (کریمی و همکاران، ۱۳۸۹). مهارت‌های اجتماعی اغلب به عنوان مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌ها در نظر گرفته شده است که شامل ارتباط، حل مسئله و تصمیم‌گیری و جرأت‌ورزی، تعاملات با همسالان و گروه و خودمدیریتی می‌باشد. ماتسون[1] و همکاران (۲۰۰۰) مهارت‌های اجتماعی را به عنوان رفتارهای قابل‌مشاهده و قابل اندازه‌گیری تعریف کردند که استقلال، قابلیت پذیرش و کیفیت مطلوب زندگی را بهبود می‌بخشند. این مهارت‌ها برای سازش‌یافتگی و کارکرد به‌هنجار مهم هستند و نارسایی در مهارت‌های اجتماعی به‌طور نزدیکی با اختلالات روانی و مشکلات رفتاری مرتبط هستند (جلیلی، ۱۳۸۹). به طور کلی مهارت‌های اجتماعی به رفتارهایی گفته می‌شود که شالوده ارتباطات موفق و رودررو را تشکیل می‌دهند (تقی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵). نقص در مهارت‌های اجتماعی افراد را با مشکلات متعددی مواجه می‌سازد و باعث عدم‌مصالحه و سازش در روابط بین فردی، مشکلات و اختلالات رفتاری می‌گردد (کریمی و همکاران، ۱۳۸۹). مهارت‌های اجتماعی، دیگر متغیر مستقلی است که با توجه به اهمیت و توانایی آن در حل مسائل بین فردی و ارتقای سازگاری اجتماعی و بهبود سلامت روان، در این پژوهش مطرح شده است. مهارت‌های اجتماعی، رفتارهای انطباقی فراگرفته شده‌ای است که فرد را قادر می‌سازد با دیگران روابط متقابل داشته باشد، واکنش‌های مثبت بروز دهد و از رفتارهایی که پیامد منفی دارد، اجتناب ورزد.

شهرنشینی: تغییرات اجتماعی ابعاد گسترده‌ای از جامعه را درگیر می‌کنند که عینی‌ترین بعد آن را می‌توان تغییر فضاهای شهری به شمار آورد که به تبع آن، تغییراتی را در بافت جمعیتی و کنش‌های متقابل روزمره شهروندان به وجود می‌آورد. تغییرات فضایی از یک‌سو نشانه‌های مطلوبی در گسترش فضاهای خدماتی در شهر و تفکیک جغرافیایی شهر بر اساس کارکردهای آن است و از سوی دیگر، بافت جمعیتی را به سمت طبقاتی شدن پیش می‌برد. طبقاتی شدن به رشد فزاینده افرادی از طبقه پایین که فقر را تجربه می‌کنند، می‌انجامد و موجب می‌شود که حمایت‌های خویشاوندی و روابط غیررسمی که در جامعه سنتی همانند سازمان‌های حمایتی عمل می‌کردند، به‌تدریج رو به افول گذارند. همین نکته را در آرای تافلر[2] می‌توان مشاهده کرد. گسترش پدیده انزواگرایی در میان شهرنشینان و گرایش به سمت غربیگری به تعبیر زیمل[3] علاوه بر پیامدهای مثبت، دارای پیامدهای دیگری نیز می‌باشد. تظاهر تحرک در درون گروهی دارای مرز، ترکیبی از نزدیکی و دوری پدید می‌آورد که موقعیت غریبه را می‌سازد. شخصی که کاملاً در تحرک است، به طور اتفاقی با هر یک از عناصر مفرد گروه تماس برقرار می‌کند، اما نمی‌تواند از طریق پیوندهای تثبیت شده خویشاوندی، محل زندگی یا شغل، به‌طور ارگانیک با کسی ارتباط برقرار کند (Zweifel, 2018).

1- Matheson

2- Toffler

3- Simmel

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

۴- روش تحقیق

در این تحقیق برای بررسی تأثیر شاخص‌های اجتماعی بر بیماری‌های اعصاب و روان در ساکنین شهرهای صنعتی اروپا، از روش تحلیل محتوا که از نوع کیفی می‌باشد، استفاده شده است. روش تحلیل محتوا از جمله روش‌های مهم در مطالعات جامعه‌شناسی است. در این روش نتایج پژوهش‌های مشابه پیشین با توجه به معانی ضمنی و پیامی که دربردارند، بررسی می‌شود. در این روش کمتر به شبکه متن و بیشتر به فکر پیامی که در متن بیان شده است توجه می‌شود. تحلیل محتوا، یکی از روش‌های کلاسیک تحلیل داده‌های متنی است بی‌آنکه به این توجه داشته باشد که از کجا آمده‌اند و در مورد محصولات رسانه‌ای تا داده‌های مصاحبه‌ای کاربرد دارد. یکی از ویژگی‌های برجسته این روش، استفاده از مقوله‌هایی است که غالباً از الگوهای نظری اخذ شده‌اند؛ مقوله‌ها روی داده‌ها اعمال می‌شوند. مقوله‌هایی ضرورتاً براساس این داده‌ها تدوین نشده‌اند. البته این مقولات بارها بر اساس داده‌ها، ارزیابی و در صورت نیاز اصلاح می‌شوند. نکته مهم در این روش این است که در اینجا بر خلاف سایر رویکردها، هدف تقلیل داده‌هاست (فلیک، ۱۳۹۷). ابزار مورد استفاده در تحلیل محتوا، نظام مقوله‌ها، تطبیق و سنجش آنها با یکدیگر می‌باشد. روایی در این نوع پژوهش قابلیت تکرارپذیری مقوله‌ها و پایایی آن، همخوانی مقوله‌ها با یکدیگر و عدم‌نقض یکدیگر است. در این پژوهش متغیرهای مرتبط با هدف تحقیق، کدگذاری و سپس تجزیه‌وتحلیل می‌شوند. واحد تحلیل این پژوهش، ۲۰ درصد از مطالعات مشابه خارجی است که در راستای هدف اصلی تحقیق پیشتر انجام شده است.

۵- یافته‌های تحقیق

در راستای دستیابی به هدف اصلی پژوهش، نتایج تحلیل محتوا ۲۰ درصد از مطالعات خارجی و نتایجی که از حیث نظریه مبنا و مؤلفه‌های اجتماعی موردتأکید بررسی شده‌اند، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- تحلیل محتوای مؤلفه‌های اجتماعی

مؤلفه‌های اجتماعی	مطالعه(عنوان)	نظریه مبنا	تحلیل
خانواده	جونز[1] (۱۹۹۷) نظریه نگرش نسبی به جنون: «تجربیات خانواده‌ها از زندگی با بیماران روانی»	نظریه تکامل اجتماعی هربرت اسپنسر	تجربیات مثبت افراد خانواده بیماران روانی می‌تواند تأثیر بسزایی در راستای کاهش روند بیماری روانی داشته باشد.
تخصص کادر درمان	مورانت[2] (۱۹۹۷) «بازنمودهای اجتماعی بیماری روانی: مطالعه متخصصان بهداشت روان انگلیس و فرانسه»	نظریه بازنمودهای اجتماعی	این پژوهش با تکیه بر نظریه بازنمودهای اجتماعی، چگونگی درک متخصصان بهداشت روان از بیماری روانی را بررسی می‌کند.
شناخت، دانش و درک خانواده	اویسون[3] (۱۹۹۹) «تأثیر بیماری روانی بر خانواده»	نظریه برچسب‌زنی	بیماری روانی یک عضو خانواده به‌عنوان منبع استرس اجتماعی و سپس ردیابی پیامدهای آن برای بهزیستی روان‌شناختی دیگران بوده است؛ لذا درک درستی از مفهوم بیماری روانی می‌تواند تأثیر اساسی در سلامت روان فرد و خانواده داشته باشد.
عدم‌پذیرش اجتماعی- از خودبیگانگی	ادنر[4] و همکاران (۲۰۰۵) «بیگانگی اجتماعی و وجودی تجربه‌شده توسط افراد مبتلا به بیماری روانی طولانی‌مدت»	نظریه تعامل‌گرای بلومر، نظریه مارکس	دیدن خود به عنوان فرد عجیب و غریب، علامت بیماری روانی نیست بلکه بیشتر شاهد اثبات بیگانگی وجودی و اجتماعی آنهاست؛ یعنی نه تنها در نتیجه واکنش دیگران بلکه نگرش منفی خودشان نسبت به بیماری روانی و اثرات اختلال‌شناختی آنهاست.

1- Jones
2- Morant
3- Avison
4- Erdner

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

مؤلفه‌های اجتماعی	مطالعه(عنوان)	نظریه مبنا	تحلیل
حمایت اجتماعی- اقتصادی (هزینه‌های درمان، حمایت خانواده)	کینگ[1] (۲۰۱۰) «عدم پای‌بندی به دارو در اسکیزوفرنی: تأثیر در استفاده از خدمات و هزینه‌های آن»	نظریه فشار اجتماعی مرتون، نظریه زیمل	سطح بالای هزینه‌های درمان بیماری و پایین بودن سطح درآمد فرد می‌تواند موجب کاهش استفاده از دارو و بالارفتن علائم بیماری و تنش در سلامت روان فرد گردد. در راستای این نتایج تأکید بر نقش مراقبان و اعضای خانواده در مدیریت موفق بیماری می‌تواند در کنترل بیماری روانی افراد مؤثر باشد.
وراثت	کالمن (۲۰۱۱) جنبه ارثی اسکیزوفرنی	نظریه روان‌پویشی	هرچه شباهت بدنی میان دو نفر بیشتر باشد امکان پیدایش بیماری واحد در آنان نیز بیشتر است. کالمن از این مطالعه نتیجه می‌گیرد که تأثیر عامل ارثی در بیماری اسکیزوفرنی کاملاً ثابت شده است.
شرایط اقتصادی (نابرابری درآمد)	هانگ[2] (۲۰۱۲) «نابرابری اجتماعی و اقتصادی در سلامت روان و تعیین‌کننده‌های آنها در کره جنوبی»	نظریه مارکس	سطح پایین تجمعات اجتماعی و آسیب‌های اقتصادی ممکن است تا حدودی روند سلامت روان و در نهایت خودکشی غیرعادی را تبیین کند.
کیفیت زندگی و زندگی در شهر	استنلی و همکاران (۲۰۱۴) «تأثیر عوامل شیوه زندگی بر سلامت جسمی افراد دارای بیماری روانی: مروری کوتاه»	نظریه زیمل	شیوه زندگی سالم وابستگی تنگاتنگی با ارتقای بهداشت روانی دارد. تغذیه مناسب و متنوع و انجام رفتارهای بهداشتی سالم از اساسی‌ترین پایه‌های سلامت می‌باشد.
پایگاه اجتماعی	گاندهی و همکاران (۲۰۱۴) «تأثیر عملکرد شغلی بر عملکرد جهانی افراد دارای بیماری روانی دریافت خدمات توانبخشی روانپزشکی در یک بیمارستان فوق‌تخصصی روانپزشکی در بنگلور هند: یک مطالعه آزمایشی»	نظریه مارکس	عملکرد بالای شغلی و اجتماعی می‌تواند در کاهش علائم بیماری روانی مؤثر واقع شود.
اعتقادات دینی	کوگلماس و گارسیا (۲۰۱۵) «اختلال ذهنی در جوانان غیرمذهبی در آمریکا»	نظریه ساختارگرای وبر	دین و اعتقادات مذهبی می‌تواند در بهبود سلامت روان تأثیر داشته باشد؛ به‌گونه‌ای که این مطالعه مشخص کرده افراد مذهبی کمتر دچار اختلالات ذهنی می‌گردند.
شرایط اقتصادی	کوهن (۲۰۱۶) «نظریه مارکسیستی و بیماری روانی: نقدی بر اقتصاد سیاسی»	نشریه ماتریالیسم تاریخی مارکس	نشان می‌دهد که چگونه فلسفه‌های سلامتی مانند معالجه اخلاقی، اختلالات و معالجه مانند الکتروشوک درمانی همه می‌توانند به عنوان تحقق مقدمات خاص اقتصادی و ایدئولوژیک سرمایه‌داری صنعتی برای کارگران سازگار با محیط درک شوند.
پایگاه اجتماعی	ویبلنیک و همکاران (۲۰۱۷) «فراتحلیلی از رابطه میان اختلالات ذهنی و تکرار جرم»	ساختارگرایی و نابرابری اجتماعی (ماکس وبر)	یافته‌های پژوهش حاکی از این است که نوع تکرار جرم، نوع بزهکاری و جنسیت، جهت و شدت رابطه میان تکرار جرم و اختلالات درونی و برونی را تحت‌تأثیر قرار داده است.
نابرابری اجتماعی	کانت (۲۰۱۸) «هیسترزیس، احتقان اجتماعی و بدهی: به سمت یک جامعه‌شناسی اختلالات سلامت روان در دانشجویان»	دیدگاه تضاد و نابرابری اجتماعی (مارکس)	این مقاله با تأمل بر کمبود کار جامعه‌شناختی در این زمینه، به ترسیم جامعه‌شناسی برابری، آموزش و بهداشت و بیماری می‌پردازد و به بررسی ارزش‌ها برای درک ظهور اختلالات سلامت روان در جمعیت کارشناسی می‌پردازد.
زندگی شهری	مانینگ (۲۰۱۹)، «جامعه‌شناسی، زیست‌شناسی و سازوکارهای بهداشت روان»	نظریه فشار ساختاری	به گفته محققان این مطالعه، شرایط محله‌های فقیرنشین و جرم و جنایت در شهرها از عوامل افزایش این خطر هستند. دلایل احتمالی افزایش خطر بروز بیماری‌های روانی در نوجوانان ساکن در شهرهای بزرگ شامل واکنش شدید بیولوژیکی به استرس است که بر دوپامین مغز تأثیر می‌گذارد.

1- King
2- Hong

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

با توجه به نتایج به‌دست آمده و نظریات مطرح شده، ازجمله عواملی که بار روانی بر افراد متحمل می‌سازد عوامل اقتصادی است. مارکس معتقد است که پول مهم‌ترین عامل از خودبیگانگی انسان است. به نظر او به‌هم‌ریختگی و وارونه شدن تمام ویژگی‌های انسانی و طبیعی، اخوت ناممکن‌ها و قدرت پول ریشه در خصلت آن دارد که با فروش خویش، خویشتن را بیگانه می‌سازد. پول توانایی از خود بیگانه بشر است، مالکیت خصوصی هم ایجادکننده بیگانگی و هم نتیجه آن است، از یک سو محصول کار بیگانه شده است و از سویی دیگر، وسیله‌ای است که با آن کار خود را بیگانه می‌کند (مارکس، ۱۳۸۷). براساس یافته‌های مطالعات کینگ (۲۰۱۰)، هانگ (۲۰۱۲)، گاندهی و همکاران (۲۰۱۴)، کوهن (۲۰۱۶) و کانت (۲۰۱۸)، میزان و سطح درآمد مطلوب موجب بهبود سلامت روانی می‌گردد، همچنین ارتباطات چندسویه و دوطرفه‌ای بین بیماری‌های سلامت روان و مشکلات اشتغال وجود دارد. هانگ (۲۰۱۲)، به این نتیجه دست یافته است که سطح پایین تجمعات اجتماعی و آسیب‌های اقتصادی ممکن است تا حدودی روند سلامت روان و درنهایت خودکشی غیرعادی را تبیین کند.

ازجمله عوامل اجتماعی دیگر دخیل در بیماری‌های روان، کیفیت زندگی و زندگی در شهر است (Stanley et al., 2014; Manning, 2019) (استنلی و همکاران (۲۰۱۴) و مانینگ (۲۰۱۹) در مطالعه خود به این عامل پرداخته و تأثیر مثبت آن را به خوبی نشان داده‌اند. همسو با این مطالعات نظریه زیمل مطرح است. زیمل در مقاله کلان‌شهر خود به بحث از شرایطی می‌پردازد که در آن روابط انسانی رو به افول می‌گذارند، او در تحلیل خود به از میان رفتن روابطی عاطفی و تسلط روابط حساب‌گرانه توجه دارد. روابط صمیمانه و نزدیکی که زیمل بیان می‌کند از سنخ روابطی است که در اجتماع قابل‌مشاهده است، در مقابل روابطی که او تجلی و انعکاس آن را در کلان‌شهر می‌بیند از سنخ روابط جامعه‌ای است. از دیدگاه زیمل می‌توان در مورد کیفیت زندگی دو گونه قضاوت متفاوت را مطرح کرد؛ به طوری که زندگی شهری جایگاه عقلانیت است و احساس و روابط عاطفی جایگاهی در آن ندارد؛ لذا رفتار معقولانه و حساب‌گرانه می‌تواند به کیفیت زندگی فرد بها داده از این منظر فردی کیفیت زندگی بالاتری از تجربه می‌کند؛ ولی از طرفی با توجه به این که یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی توجه به احساسات و خصوصاً روابط عاطفی در جامعه است؛ بنابراین عدم وجود این ویژگی در کلان‌شهر اثری منفی بر کیفیت زندگی دارد (صباغ و همکاران، ۱۳۹۰). مطالعه مانینگ و همکاران (۲۰۱۹)، نیز به این نتیجه دست یافته‌اند که از دیگر عوامل اجتماعی، کمبود شناخت و درک خانواده نسبت به بیمار یا به بیان دیگر عامل هم‌کنشگرایی است.این مؤلفه به خوبی در مطالعات اویسون (۱۹۹۹) و جونز (۱۹۹۷) بررسی شده است. مطالعه اویسون (۱۹۹۹)، بر نظریه برچسب‌زنی تأکید داشته است. رهیافت برچسب‌زنی عمدتاً بر واکنش ناظران اجتماعی نسبت به اشخاص و رفتار آنها و آثار بعدی این واکنش متمرکز است و کمتر به علت خود رفتار انحرافی توجه می‌نماید. نظریه‌پردازان برچسب‌زنی مدعی هستند که شیوه برخورد با افراد، بیش از آنکه به رفتار آنها بستگی داشته باشد، به چگونگی نگاه دیگران به اعمال آنها وابسته است (علیوردی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱). اما مطالعه جونز (۱۹۹۷) با تأکید بر نظریه تکامل اجتماعی هربرت اسپنسر بیان داشته است که تجربیات مثبت افراد خانواده بیماران روانی می‌تواند تأثیر بسزایی در جهت کاهش روند بیماری داشته باشد. در نظر اسپنسر جامعه یک اندام برتر است که از ترکیب اندام‌های فردی حاصل شده و فرهنگ به مفهوم امروز آن به‌صورت نظام مناسبات متقابل کردار و افکار در نوشته‌های او ملاحظه می‌شود. وی جامعه را به یک اندام زنده که دارای اعضا و جوارحی است تشبیه می‌کند. در نظر وی کل جامعه کارکرد معینی دارد؛ به صورتی که دولت را به سر و ارتش و فعالیت‌های اقتصادی را به دیگر

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

اندام‌ها تشبیه می‌کند و اجتماعات بشری را مانند یک موجود زنده در حال رشد و تکامل می‌پندارد. وی تکامل جامعه را متکی به یک عامل نمی‌داند بلکه معتقد است مسیر تکاملی از طریق نیروی ناشناخته‌ای تعیین می‌شود و هیچ عامل تعیین‌کننده واحدی برای تبیین تغییر و تحولات جامعه وجود ندارد (توسلی، ۱۳۹۱). جامعه واقعیتی است با ساختی ویژه خود، با اندام‌ها و اعضایی که هر یک کارکرد خاصی را بر عهده دارند. حفظ همین کارکردهاست که نظام و ساخت کلی جامعه را در جهت رشد و گسترش کمک می‌سازد؛ زیرا رشد و گسترش جوامع نتیجه ساختی شدن بیشتر و تفکیک وظایف میان اندام‌هاست. بدین ترتیب هر نظام و اندام‌واره‌ای با ساخت و سرشت ویژه خود، کارکردهای خاصی را برای اندام‌ها و اعضای خویش معین کرده و اندام‌ها نیز در مقابل، برای تحقق هماهنگی و تعادل در سستم، موظف هستند در راستای ماندگاری نظام اجتماعی، ایفای نقش کنند.

براساس نظریه بلومر، هرگونه کنشی اعم از انجام دادن یا انجام ندادن یا به تعلیق و تعویق درآوردن کردار را به انجام می‌رساند. چنین کنشی را بلومر کنشی نمادی می‌خواند. این کنش می‌تواند خوب یا بد، متناسب یا نامتناسب باشد و می‌تواند در همان سه معنای فوق، یعنی انجام دادن کردار، انجام ندادن آن یا به تعلیق یا به تعویق انداختن کردار انجام پذیرد. هر کنش متقابل اجتماعی، نمادی یا نانمادی، به ناگزیر براساس یک نظام شخصیتی پایه که متناسب با آن گونه کنش باشد، رخ می‌دهد (ابوالحسن تنهایی، ۱۳۹۴). همچنین در مطالعه کینگ (۲۰۱۰) نشان داده شده است که سطح بالای هزینه‌های درمان بیماری و پایین بودن سطح درآمد فرد می‌تواند موجب کاهش استفاده از دارو و بالا رفتن علائم بیماری و تنش در سلامت روان فرد گردد. در راستای این نتایج تأکید بر نقش مراقبان و اعضای خانواده در مدیریت موفق بیماری می‌تواند در کنترل بیماری روانی افراد مؤثر واقع شود.

نابرابری اجتماعی، پایگاه اجتماعی و حمایت اجتماعی؛ از جمله علل دیگری است که در بیماری‌های اعصاب و روان می‌تواند دخیل باشد. مطالعات رز (۱۹۹۵)، گاندهی (۲۰۱۴)، ویبلنیک و همکاران (۲۰۱۷) و کانت (۲۰۱۸) در این راستا نتایج مثبت و هم‌سویی را به‌دست آورده‌اند. عامل نابرابری اجتماعی و پایگاه اجتماعی در مطالعات صورت گرفته با تأکید بر نظریه تضاد و نابرابری اجتماعی مارکس و نظریه ساختارگرایی و نابرابری اجتماعی وبر مطرح شده است. مارکس معتقد بود که فهم طبقه اجتماعی درونی‌ترین راز و اساس پنهان کل ساختار اجتماعی را آشکار می‌سازد. برای مارکس طبقه اجتماعی از طریق ارتباط آن با ابزارهای تولید یا به عبارت دیگر منابع مولد تعریف می‌شد. در نظر مارکس توسعه اجتماعی از طریق تعامل مولد انسان و محیط حاصل می‌شود. این فعالیت مولد ریشه تمامی جوامع را شکل می‌دهد و هر سیستم تولید نیز روابط اجتماعی خاصی را بین افراد و فرایند تولید ایجاد می‌کند. سرمایه‌داری نظامی از تولید کالا است که در آن افراد در فرایندی دخیل می‌شوند که نه تنها نیازهای آنها را برآورده می‌کند بلکه کالاهای مازادی را نیز تولید می‌کند که می‌تواند در بازار معامله گردد. حال این سیستم از روابط تولید هنگامی سبب ایجاد طبقات اجتماعی می‌شود که این مازاد توسط گروه کوچکی از افراد تصاحب شود. بعد از آن این افراد شروع به بهره‌کشی از کسانی می‌کنند که این مازاد را تولید می‌نمایند و این جاست که نابرابری اجتماعی شکل می‌گیرد و آغاز می‌شود. در حالی که مارکس تقریباً تأکید انحصاری بر عوامل اقتصادی به عنوان عامل تعیین‌کننده طبقه اجتماعی دارد، وبر معتقد است که علایق اقتصادی باید به عنوان موردی خاص از مقوله بزرگ ارزش‌ها نگریسته شود، مقوله‌ای که شامل موارد بسیاری می‌باشد که اقتصادی‌اند و در راستای منافع قابل ارزیابی نمی‌باشند. وبر مفهوم قشربندی اجتماعی را جایگزین طبقه اجتماعی کرد. نقطه شروع بحث وبر درخصوص طبقه یا قشر این است که قشربندی

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

یا تفکیک طبقاتی تبلور و نشانه سازمان‌یافته نابرابری قدرت در جامعه است. به عقیده وبر رتبه‌بندی طبقاتی تبلور عنصر قدرت در عرصه اقتصادی است؛ به این معنا که تمام افرادی که منافع اقتصادی یکسان و قدرت اقتصادی همسان و مشابهی دارند، اعضای یک طبقه به حساب می‌آیند. وی معتقد است تعارض و تضاد طبقاتی اجتناب‌ناپذیر است. به اعتقاد وبر دومین بُعد، پایگاه (منزلت) اشاره به خصوصیت کنش متقابل مشاهده شده دارد. منزلت توسط وبر به عنوان برآوردی مثبت یا منفی از احترام یا پرستیژ پذیرفته شده از سوی افراد یا موقعیت‌ها تعریف شده است. وبر طبقه اقتصادی را به عنوان امری اساساً مهم در نظر گرفت؛ زیرا به عنوان یک عامل مؤثر بر پایگاه (منزلت) پنداشته می‌شد. از آنجا که معمولاً به دست آوردن یا از دست دادن پول آسان‌تر از به دست آوردن یا از دست دادن منزلت است، کسانی که در جایگاه‌های منزلتی بالا قرار دارند در جهت تفکیک منزلت از بقیه می‌کوشند؛ یعنی بر منزلت تأکید می‌کنند؛ زیرا منزلت بازتاب‌دهنده عواملی همچون منشأ خانوادگی، رفتار، تحصیلات و خصایصی مشابه است که دستیابی به آنها یا از دست دادنشان سخت‌تر از دست یافتن یا از دست دادن ثروت اقتصادی است (خوشرو و رضایی نسب، ۱۳۹۳). همچنین عامل حمایت اجتماعی را می‌توان با توجه به نظریه فشار ساختاری مرتون بیان نمود. در نظریه فشار اجتماعی، مرتون بر این باور است در هر جامعه‌ای گروه زیادی هستند که در انتخاب راه‌های رسیدن به اهداف مشترک توافق دارند، این گروه شیوه‌های سازگاری مشترکی را در انتخاب راه‌های ساختاری و اهداف فرهنگی برمی‌گزینند (تنهایی، ۱۳۹۴). وی معتقد است انحراف زمانی پیش می‌آید که جامعه دستیابی به برخی هدف‌ها را تشویق می‌کند؛ ولی وسایل ضروری برای رسیدن به هدف‌ها را در اختیار همه اعضای جامعه قرار نمی‌دهد. در نتیجه، برخی افراد یا باید هدف‌های خاصی را برای خود برگزینند یا برای رسیدن به هدف‌هایی که فرهنگ جامعه‌شان تجویز کرده باید وسایل نامشروعی را به‌کار برند. در چنین شرایطی فرد دچار سرشکستگی‌ها و فشارهای متعددی می‌گردد که چه بسا منجر به شیوع اختلالات روانی خواهد شد. علاوه بر موارد بالا، رویکرد مرتون به عناوین مختلفی می‌تواند در حوزه‌های جامعه‌شناسی پزشکی نیز مورد استفاده قرار گیرد و تبیین‌گر باشد (ستوده، ۱۳۸۹).

در راستای تأثیر شاخص حمایت اجتماعی بر سلامت روان مطالعات متعددی صورت گرفته است؛ از جمله، رز[1] (۱۹۹۵)، به این نتیجه دست یافته است که محیط نمادین تلویزیون بر نگرش‌های اجتماعی نسبت به بیماری‌های روانی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند سیاست مراقبت از افراد مضطرب روانی را تحت‌تأثیر قرار دهد. در این مطالعه اساس کار نظریه بازنمودهای اجتماعی (بازنمایی اجتماعی) است. در شیوه بازنمایی اجتماعی به مثابه نوعی مردم‌شناسی فرهنگی مدرن، تلاش می‌شود به اعماق ذهنی افراد دست یافت. از نظرگاه این تئوری بر خلاف مدل‌های دیگر، پروسه‌های فکر و انتخاب‌های انسان را نمی‌توان به گونه‌ای کاملاً ذهنی که انحصاراً درونی هستند، مطالعه کرد. از این رو تئوری بازنمایی اجتماعی به درک فاکتورهای محیطی مربوط می‌شود؛ یعنی فاکتورهایی که ساختارهای اعتقادی افراد را تقویت می‌کنند. این تئوری همچنین معرف مدل‌هایی برای شناخت در محدوده سلامتی و بیماری است. در این زمینه تئوری بازنمایی اجتماعی بر افراد متمرکز است و این‌که آن‌ها چگونه مسائل سلامتی خاص را برای خود معنا می‌کنند و تکامل ساختارهای معنایی آن‌ها به چه صورت است. همچنین شیوه بازنمایی‌های اجتماعی به تغییر شکل مربوط می‌شود و هنگامی رخ می‌دهد که دانش و علم از جهانی علمی و تأیید شده به افکار عادی و عام منتقل می‌شود. رسانه‌های جمعی نقش مهمی در تغییر دانش کارشناسی و تبدیل آن به دانش عامه دارند. غالباً فرض بر این است که دانش مدرن در حوزه مسائل سلامتی بیشتر در علوم پزشکی در غرب ریشه دارد و

1- Rose

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

دایره لغات و تصاویری که علم پزشکی به وجود آورده، از طریق رسانه‌های جمعی برای مردم عادی انتشار یافته است (Joffe, 2002).

۶- نتیجه گیری و پیشنهاد

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مطابق با مطالعات صورت گرفته و نظریات مطرح شده عوامل اجتماعی دخیل در بیماری‌های اعصاب و روان عبارتند از: پایگاه اجتماعی، شرایط اقتصادی، نابرابری اجتماعی، حمایت اجتماعی، شناخت و درک خانواده و شیوه زندگی و شهرنشینی.

به‌طور کلی مسائلی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالای بی‌اعتمادی و عدم‌امنیت در جامعه، از دست دادن کار، مهاجرت اجباری و نابرابری درآمد از جمله عوامل اجتماعی و اقتصادی هستند که آثار قابل‌توجهی بر سلامت روانی افراد می‌گذارند.

همچنین شرایط محله‌های فقیرنشین و جرم و جنایت در شهرها، از عوامل اصلی افزایش خطر بیماری‌های روانی هستند. به بیانی دیگر، دلایل احتمالی افزایش خطر بروز بیماری‌های روانی در نوجوانان ساکن در شهرهای بزرگ شامل واکنش شدید بیولوژیکی به استرس است که بر دوپامین مغز تأثیر می‌گذارد.

بیماری روانی یک عضو خانواده به عنوان منبع استرس اجتماعی و سپس ردیابی پیامدهای آن برای بهزیستی روان‌شناختی دیگران بوده است. لذا درک درستی از مفهوم بیماری روانی می‌تواند تأثیر اساسی در روند سلامت روان فرد و خانواده داشته باشد. براساس نظریه تعامل‌گرایی بلومر، واکنش دیگران نسبت به ظاهر، رفتار، اهداف و شخصیت فرد، نقش مهمی در شکل‌گیری و تغییر هویت و اعمال وی دارد و در کنار برداشت ذهنی خود شخص از این ارزیابی می‌تواند هویتی مثبت و رفتارهایی شایسته یا خودانگاره‌ای منفی و اعمالی ناشایست را در او بیافریند.

پایگاه اجتماعی یکی از سنجه‌های رفاه در سطح فردی و اجتماعی کیفیت زندگی است. می‌توان گفت شغل مهم‌ترین منبع و ملاک در سنجش منزلت افراد است. در واقع اقتدار سازمانی، درآمد و احترام اجتماعی افراد تا حد زیادی منوط به شغل آنهاست.

برخی از پژوهشگران، بی‌عدالتی اجتماعی که در نهایت منجر به نابرابری اجتماعی می‌شود را مهم ترین عامل بروز نارضایتی و گسست تعهد گروهی، در سطوح مختلف اجتماعی می‌داند. وی معتقد است هرچه امکانات پیشرفت و ارتقا در افراد و گروه‌های مرجع دیگر بیشتر باشد، انتظارات انسان‌ها بیشتر می‌شود و اگر احساس کنند که خودشان آن امکانات را ندارند دچار محرومیت نسبی می‌شوند.

حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش طول عمر و بهبود مراقبت‌های بهداشتی و درپایان بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود. بر این اساس، به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی دریافتی از شبکه می‌تواند تنش‌های عاطفی و روانی را کاهش دهد. حمایت اجتماعی، عاملی محافظت‌کننده در مقابل فشار روانی است.حمایت اجتماعی، احساس ذهنی تعلق، پذیرش، محبوب و ارزشمند بودن و نیز امکان دریافت کمک در وضعیت اضطراری می‌باشد.

بنابراین، بیماری‌های اعصاب و روان دارای تم‌های اجتماعی- اقتصادی تأثیرگذار بر وضعیت بیمار هستند که غفلت از آنها یا نادیده گرفتن آنها نه تنها تلاش پزشکان را بی‌ثمر خواهد گذاشت، بلکه برای بیمار نیز جز قرار گرفتن در یک فرایند دردناک و طولانی‌مدت درمان در ازای هزینه‌های مالی و مخارج اقتصادی کمرشکن، نتیجه‌ای نخواهد داشت. همچنین جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، اعم از روستا یا شهر با مخاطراتی جدی روبه‌رو می‌گردد. براساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری در پژوهش

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

حاضر اشاره کرد. در سطح نظری توجه به بیماری‌های اعصاب و روان از رهیافت نظریات مطرح شده و با استناد به دیدگاه ساخت‌گرایی اجتماعی که هنوز مورد توجه پژوهشگران داخلی قرار نگرفته است. در رهیافت، ساخت‌گرای اجتماعی، برچسب زدن در بیماری روانی اهمیت زیادی دارد. سازه‌گرایی اجتماعی نقش مهمی در کنترل کجروی دارد. چند مطالعه موردی نشان داده‌اند که هنجارهای اجتماعی حاکم چگونه توانسته‌اند تشخیص‌های روان پزشکی را صورت قانونی ببخشند و به رفتارهای خاص برچسب انحراف یا نابه‌هنجار بزنند. در سطح عملی نیز اگر نسبت به عوامل اجتماعی دخیل در این گونه بیماری‌ها شناخت و توجه بیشتری وجود داشته باشد، در ایجاد راهبردها و روش‌هایی که اهداف آموزش بهداشت را عملی می‌سازند، موقعیت بهتری ایجاد می‌شود.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود آگاهی خانواده‌های بیماران و همچنین عموم جامعه در خصوص بیماری‌های روانی از طریق رسانه‌های جمعی ارتقا یابد. مشکلات شهرها مانند بیکاری، گسترش جرم و جنایت، آلودگی‌های زیست‌محیطی و فرهنگی باعث گسترش زمینه‌های بی‌اعتمادی میان شهروندان می‌شود؛ از این رو توصیه می‌شود مسئولین امر با درایت و توانمندی بیشتری سعی در حل این معضلات داشته باشند. نتایج پژوهش حاضر در برنامه‌های آموزشی و مداخلات درمانی به کار گرفته شوند و در کار با بیماران اعصاب و روان به جنبه‌های اجتماعی نیز توجه شود. در شهرهای بزرگ تحرک اجتماعی و تغییر پایگاه طبقاتی به راحتی صورت می‌پذیرد و این امر باعث تغییر ساختار سنتی و ازهم‌گسیختگی روابط عاطفی افراد می‌گردد، بنابراین پیشنهاد می‌شود رسانه‌های عمومی نقش واضح‌تری از طریق تبلیغات و ... برای حفظ برخی الگوهای سنتی داشته باشند.

۷- منابع

ابوالحسن تنهایی، حسین. (۱۳۹۴). *درآمدی بر مکاتب و نظریه‌های جامعه‌شناسی*. چاپ هشتم، تهران: بهمن برنا.

احمدوند، علی. (۱۳۸۲). *بهداشت روانی*. تهران: دانشگاه پیام‌نور.

پاک‌روان‌نژاد، مهدی؛ صادقی، مجید. (۱۳۹۸). *جامع بهداشت عمومی*. تهران: ارجمند.

تقی‌نژاد، زهرا؛ اقلیما، مصطفی؛ عرشی، ملیحه؛ پورحسین هندآباد، پریا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مددکاری گروهی با شیوه آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی سالمندان. *نشریه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۸*(۳)، ۲۳۱-۲۴۱.

توسلی، غلامعباس. (۱۳۹۱). *نظریه‌های جامعه‌شناسی*. چاپ هیجدهم، تهران: سمت.

توکل، محمد؛ فراهانی، هادی. (۱۳۹۷). بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی در سایگون و مقایسه آن با اراک. *نشریه بررسی مسائل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)*، ۹(۱)، ۲۵۱-۲۷۱.

خوشرو، زینب؛ رضایی‌نسب، زهرا. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای آرا و نظریات کارل مارکس و ماکس وبر در حوزه نابرابری اجتماعی. *مجله اقتصادی*، شماره ۷ و ۸، ۹۰-۷۳.

دولت‌فرد، آرزو. (۱۳۹۷). *تجارب و چالش‌های خانواده‌های دارای فرد اختلال روان*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

رحمانی‌نژاد، طاهره. (۱۳۹۵). *بررسی جامعه‌شناختی تأثیر ترس از مزاحمت خیابانی بر روی سلامت روان دانشجویان دختر دانشگاه مازندران*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه مازندران.

ریاحی، محمداسماعیل؛ رهبری، لادن. (۱۳۹۳). رویکرد فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان: مطالعه جامعه‌شناختی استرس. *نشریه مطالعات اجتماعی، ۸*(۱)، ۴۹-۸۷.

ریاحی، محمداسماعیل؛ وردی‌نیا، اکبرعلی؛ پورحسین، زینب. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. *نشریه رفاه اجتماعی، ۱۰*(۳۹)، ۸۵-۱۲۱.

زابلی، روح‌اله، سنایی‌نسب، هرمز. (۱۳۹۳). چالش‌ها و راهکارهای اقدام در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۲ (۱)، ۵-۱۶.

ستاره فروزان، آمنه. (۱۳۹۰). سلامت روان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن. *همایش سالانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران*.

ستوده، هدایت‌الله. (۱۳۸۹). *آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات)*. چاپ بیست و یکم، تهران: آوای نور.

سیفی، فاطمه. (۱۳۹۸). *پیش‌بینی علایم اختلال دوقطبی در نوجوانان براساس عملکرد خانواده و تعامل والد- فرزند*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علم و فرهنگ تهران.

صباغ، صمد؛ معینیان، نرمینه؛ صباغ، سارا. (۱۳۹۰). سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز. *نشریه مطالعات جامعه‌شناسی*، ۳ (۱۰)، ۲۷-۴۴.

علیوردی‌نیا، اکبر؛ جانعلی‌زاده چوب بستی، حیدر؛ جعفری، آزاده. (۱۳۹۱). تحلیل اجتماعی نقش انگزنی غیررسمی در نگرش دانشجویان نسبت به مواد مخدر. *نشریه پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی*، ۱ (۴)، ۱-۱۸.

فلیک، اووه. (۱۳۹۹). درآمدی بر تحقیق کیفی. مترجم هادی جلیلی، چاپ یازدهم، تهران: نی.

کریمی، مرید؛ کیخاونی، ستار؛ محمدی، محمدباقر. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر اختلالات رفتاری کودکان دبستانی. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱۸ (۳)، ۶۱-۶۸.

کلاینبرگ، اتو. (۱۳۸۷). روان‌شناسی اجتماعی. مترجم علی‌محمد کاردان، تهران: فردوسی.

گورویچ، ژرژ؛ مندراس، هانری. (۱۳۸۴). *مبانی جامعه‌شناسی همراه با تاریخ مختصر جامعه‌شناسی*. ترجمه باقر پرهام، تهران: امیرکبیر.

مارکس، کارل. (۱۳۸۷). *دست‌نوشته‌های اقتصادی و فلسفی ۱۸۴۴*. حسن مرتضوی، چاپ چهارم، تهران: آگه.

مذهب‌دار قشقایی، هما؛ حسینی ذیجود، سید مصطفی؛ زاهدی اصل، محمد. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه طباطبائی در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹. *نشریه پژوهان*، ۲ (۱۲)، ۵۵-۶۳.

مطلق، محمداسماعیل؛ اولیایی‌منش، علیرضا؛ بهشتیان، مریم. (۱۳۸۷). *سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن*. چاپ دوم، تهران: موفق.

موسوی بزاز، سید مصطفی؛ مدنی، عبدالحسین؛ موسوی بزار، سید مجتبی؛ زارعی، فایقه؛ عباسی خادر، الهام. (۱۳۹۴). اختلالات روانی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع دبیرستانی شهرستان بشاگرد در سال ۹۳-۱۳۹۲. *مجله طب پیشگیری*، ۲ (۲)، ۴۰-۴۶.

مهرگان، نادر؛ قاسمی‌فر، ثمینه؛ سهرابی‌وفا، حسین؛ رشید، خسرو. (۱۳۹۴). تأثیر شرایط اقتصادی و اجتماعی روی سلامت روانی در استان‌های ایران (۱۳۷۸-۱۳۹۱). *فصلنامه مجلس و راهبرد*، ۲۳ (۸۵)، ۸۵-۱۰۶.

میری، میرمحمد؛ حسینی ذیجود، مصطفی؛ مذهب‌دارقشقایی، هما. (۱۳۹۵). مقایسه میزان سلامت روانی دانشجویان پزشکی و مهندسی در ایران در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۳. *مجله طب نظامی*، ۱۸ (۴)، ۳۶۰-۳۶۶.

نقیبی، سیدابوالحسن؛ چالشگرد کردآسیایی، مشرفه. (۱۳۹۶). مروری بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سلامت. *مجله تعالی بالینی*. ۷ (۲)، ۵۰-۶۲.

Avison, W. R. (1999). The impact of mental illness on the family. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 495-515). Springer, Boston, MA.

Cant, S. (2018). Hysteresis, social congestion and debt: towards a sociology of mental health disorders in undergraduates. *Social Theory & Health*, *16*(4), 311-325.

Chasan-Taber, L., Kini, N., Harvey, M. W., Pekow, P., & Dole, N. (2019). The association between acculturation and prenatal psychosocial stress among Latinas. *Journal of immigrant and minority health*, 1-11.

Cohen, B. M. (2016). Marxist Theory and Mental Illness: A Critique of Political Economy. In *Psychiatric Hegemony* (pp. 27-67). Palgrave Macmillan, London.

Erdner, A., Magnusson, A., Nyström, M., & Lützen, K. (2005). Social and existential alienation experienced by people with long-term mental illness. *Scandinavian*

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]

Journal of Caring Sciences, *19*(4), 373-380.

Gandhi, S., Thirthalli, J., Bhola, P., Nirmala, B. P., Chinnayya, P., Laxmappa, R., ... & Chaturvedi, S. K. (2014). Effect of work performance on global functioning of persons with mental illness receiving psychiatric rehabilitation services at a tertiary neuro-psychiatric, super-speciality Hospital at Bangalore, India: a pilot study. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, *1*(1), 27-30.

Hong, J. (2012). *Socio-economic inequalities in mental health and their determinants in South Korea* (Doctoral dissertation, The London School of Economics and Political Science (LSE)).

Joffe, H. (2002). Social representations and health psychology. *Social science information*, *41*(4), 559-580.

Jones, D. W. (1997). *Relative views of madness: Families' experiences of living with mental illness* (Doctoral dissertation, London School of Economics and Political Science (United Kingdom)).

Kallmann, F. J. (1946). The genetic theory of schizophrenia: An analysis of 691 schizophrenic twin index families. American Journal of Psychiatry, 103(3), 309-322.

King, D. (2010). *Non-adherence to medication in schizophrenia: The impact on service use and costs* (Doctoral dissertation, The London School of Economics and Political Science (LSE)).

Kugelmass, H., & Garcia, A. (2015). Mental disorder among nonreligious adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, *18*(5), 368-379.

Madden, S., & Sim, J. (2016). Acquiring a diagnosis of fibromyalgia syndrome: The sociology of diagnosis. *Social Theory & Health*, *14*(1), 88-108.

Manning, N. (2019). Sociology, biology and mechanisms in urban mental health. *Social Theory & Health*, *17*(1), 1-22.

Morant, N. J. (1997). *Social representations of mental illness: A study of British and French mental health professionals* (Doctoral dissertation, London School of Economics and Political Science (United Kingdom)).

Rose, D. (1995). *Representations of madness on British television: a social psychological analysis* (Doctoral dissertation, The London School of Economics and Political Science (LSE)).

Sik, D. (2019). From mental disorders to social suffering: Making sense of depression for critical theories. *European Journal of Social Theory*, *22*(4), 477-496.

Stanley, S., & Laugharne, J. (2014). The impact of lifestyle factors on the physical health of people with a mental illness: a brief review. *International journal of behavioral medicine*, *21*(2), 275-281.

Wibbelink, C. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J., & Oort, F. J. (2017). A meta-analysis of the association between mental disorders and juvenile recidivism. *Aggression and Violent Behavior*, *33*, 78-90.

Zweifel, P. (2018). The triple challenge of mental health.

[Downloaded from iueam.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23452870.1399.9.33.2.4]