

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیررسمی و سلامت روان
(مورد مطالعه: مقایسه زنان و مردان شاغل در شرکت ایران ترانسفو زنجان)

محبوبه بابائی^۱

لیلا ژاله عبداللهی^۲

تاریخ وصول: ۹۷/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۱۸

چکیده

هدف این پژوهش، تعیین میزان رابطه بین پیوندهای اجتماعی غیررسمی و سلامت روان کارکنان شرکت ایران ترانسفو زنجان (بر مبنای جنسیت) است. شاخص‌های پیوندهای اجتماعی غیررسمی ده متغیر: دامنه پیوندهای غیررسمی، شدت پیوندهای غیررسمی، دریافت حمایت، عرضه حمایت، جنسیت، سن، تحصیلات، تأهل، تعداد فرزندان و پست سازمانی است. چهارچوب نظری تحقیق تلفیقی از آرای صاحب نظران اجتماعی در رابطه با سرمایه اجتماعی شبکه (بارت، لین، ولمن و گرانووتر) می‌باشد. روش این تحقیق، توصیفی-تحلیلی، نحوه گردآوری داده‌ها پیمایش تحلیلی و ابزار آن پرسشنامه است. حجم جامعه آماری ۱۸۰۰ نفر و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۱۶ نفر است. روش نمونه‌گیری، تصادفی ساده می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و از آماره‌های توصیفی و آزمون‌های آماری استنباطی با توجه به سطح سنجش متغیرها استفاده شد. یافته‌های حاصل از تحقیق با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که: ۱- دامنه پیوندها، شدت پیوندها، عرضه حمایت، دریافت حمایت در شبکه پیوندهای غیررسمی، جنسیت، سن، تحصیلات، تأهل، تعداد فرزندان و پست سازمانی با سلامت روان رابطه معناداری دارند. ۲- براساس نتایج حاصل از آزمون تی مستقل، مردان در مقایسه با زنان از سلامت روان بیشتری برخوردارند و همچنین مردان نسبت به زنان از: عرضه حمایت، دریافت حمایت، شدت پیوندها و همچنین دامنه پیوندهای بیشتری برخوردارند. ۳- در کل ضریب تعیین تحلیل مسیر عدد ۰/۶۹۷ را نشان داد. بدین معنا که متغیرهای مورد بررسی ۶۹/۷ درصد از واریانس متغیر وابسته را تعیین نموده و ۳۰/۳ درصد واریانس متغیر وابسته مربوط به متغیرهایی است که در این تحقیق پیش‌بینی نشده است.

واژگان کلیدی: پیوندهای اجتماعی غیررسمی، سرمایه اجتماعی شبکه، سلامت روان.

- استادیار گروه علوم اجتماعی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. (نویسنده مسئول). mbabaei1013@yahoo.com

- کارشناس ارشد پژوهشگری اجتماعی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

مقدمه

روابط اجتماعی هسته اصلی جامعه محسوب می‌گردد و موجب می‌شود تا کنشگران با گسترش پیوندهای خود کنش‌های خود را در ساختار جامعه تسهیل نمایند و از این طریق به اهداف خود دست یابند. همه افراد در جامعه به نوعی در تلاش برای برقراری ارتباط با دیگران می‌باشند تا مبادلات خود در زمینه‌های مختلف سرعت بخشند (باستانی و صالحی هیکویی، ۱۳۸۶: ۶۴).

علاوه بر جامعه در سطح کلان که تعاملات گسترده‌ی را در خود جای می‌هد، اجتماعی کوچکتری به نام «اجتماع شبکه‌ای^۱» مطرح می‌شود که شبکه روابط غیررسمی فرد است. روابط و پیوندهای اجتماعی بنابر نظریه «تحلیل شبکه^۲» به عنوان سرمایه اجتماعی و دارایی فرد محسوب می‌ود و فرد از طریق آن می‌تواند به منابع و حمایت‌ای موجود در این پیوندها دسترسی یابد (همان: ۵۶).

طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود پیوندهای اجتماعی در جامعه به عنوان یک حائل در مقابل عامل فشارزای درونی، نقش مثبتی بر جابجایی و حرکت افراد از یک محیط و به محیط فرهنگی دیگر می‌تواند داشته باشد، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنی‌دار در قالب سرمایه اجتماعی، اثر مهم و مؤثری روی سلامت روانی افراد دارد (ایمان و همکاران: ۱۴۷).

هر چه افراد به لحاظ اجتماعی پیوندهای مستحکم‌تری با اطرافیان خود برقرار نماید، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و برعکس، هرچه دایره روابط اجتماعی افراد تنگ‌تر باشد، از سلامت روانی کم‌تری برخوردارند. بر این اساس است که کارل مننجر^۳ سلامتی روان را «سازش فرد با جهان اطرافش با حداکثر امکان، به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به طور کامل شود» (لهسای زاده و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۵۹)، تعریف می‌کند.

بر این اساس، هدف تمامی جوامع این است که شرایطی را فراهم نمایند تا سلامت اعضایشان را حفظ نموده و ارتقا بخشند. تغییرات و تحولات سریع در عصر جدید تمامی ابعاد زندگی فردی و اجتماعی بشر را تحت تأثیر قرار داده و در این زمینه ابعاد وسیع‌تری از سلامت را مطرح ساخته که یکی از این ابعاد، سلامت روانی افراد جامعه است.

این زمینه ابعاد وسیع‌تری از سلامت را مطرح ساخته که یکی از این ابعاد، سلامت روانی افراد جامعه است. پیشگیری از آسیب‌های عدم سلامت روانی مانند افسردگی، پرخاشگری و انواع خشونت‌ها در عرصه اجتماع و بسیاری از معضلات دیگر بدون شناخت عوامل مؤثر بر آن ممکن نیست و بررسی این عوامل ما را در به‌کارگیری روش‌های مؤثر جهت حل این ناهنجاری‌ها یاری خواهد داد. تحقیقاتی که در

-
- 1- Network community
 - 2- Network Analysis Theory
 - 3- Manenier, K

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

این زمینه صورت گرفته بیانگر تأثیر و اهمیت سرمایه اجتماعی به عنوان یک اصل محوری در ایجاد سلامت روان می‌باشد. این پژوهش بر اساس اصل فوق به بررسی روابط بین پیوندهای اجتماعی غیررسمی به عنوان یکی از ابعاد مهم سرمایه اجتماعی و سلامت روان پرداخته و تفاوت‌های معنی‌دار بین این روابط را در زنان و مردان مقایسه می‌کند و فرض تحقیق بر این است که افراد و گروه‌هایی که دامنه و شدت شبکه پیوندهای اجتماعی غیررسمی آنان گسترده و قوی است از سلامت روان بیش‌تری برخوردارند، بنابراین سوال تحقیق حاضر عبارت است از: تا چه حد سلامت روان زنان و مردان می‌تواند وابسته به پیوندهای اجتماعی غیررسمی آن‌ها باشد و از این حیث چه تفاوتی بین زنان و مردان شاغل وجود دارد؟

انسان سالم محور توسعه است و در سایه سلامت تک تک آحاد جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی، می‌توان در جاده پیشرفت و توسعه قدم گذاشت. اهمیت و ضرورت برخورداری از یک جامعه سالم بر کسی پوشیده نیست و از آنجا که جامعه متشکل از افراد و گروه‌های اجتماعی است، توجه به سلامت این افراد از بدیهی‌ترین مسائل جوامع امروزی است. سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا کرده و یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف محسوب می‌گردد. عنصر مهم در این جریان کسب شناخت واقع‌بینانه از خود و دیگری و عوامل محیطی می‌باشد و این امر ضرورت سلامت روانی را ایجاد می‌کند. زیرا سلامت روانی به نوعی، کارایی فردی است و به سرمایه‌گذاری افراد در روابط اجتماعی و در اختیار گرفتن منابع موجود در این روابط در سطح جامعه و کسب بازده کمک می‌کند. از طرفی تجهیز کارکنان به سلامت روانی باعث ایمنی آن‌ها در برابر مشکلات می‌شود و آنان به راحتی می‌توانند با شرایط متغیر زندگی و رو به تکامل فن‌آوری، با شیوه‌هایی که خانواده و جامعه آنان را مثبت می‌داند، انطباق یابند و نقشی مفید در جامعه داشته باشند. بنابراین افزایش سلامت روانی باعث افزایش کارایی افراد می‌شود.

ایجاد شبکه‌های ارتباطی در سازمان به خصوص در شرایط بحرانی دشوار است. تعداد کمی از مدیران می‌دانند که چطور در سرمایه اجتماعی سرمایه‌گذاری کنند. اما، بعضی از شرکت‌ها موفقیت قابل توجهی در توسعه و به‌کارگیری سرمایه اجتماعی به دست آوردند و این مهم را از تحقیق و تفحص در این زمینه کسب می‌کنند (حسن‌پور، ۱۳۸۸: ۱۸۳).

وضعیت روانی نیروی انسانی ایران ترانسفو بر رفتار و عملکرد آنان و بر میزان بروز مسائل متعدد و متنوع تأثیر می‌گذارد و تعیین‌کننده موفقیت اهداف سازمانی از پیش تعیین شده افراد است. تلاش داوطلبانه در این شرکت و احساس تعلق به جامعه، همگی چیزهایی هستند که با شبکه پیوندهای اجتماعی شرکت ارتباط دارند. بر این اساس تحقیق و بررسی این موضوع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

همچنین با حصول نتایج این تحقیق می‌توان حساسیت و نگرانی مسئولان را در قبال سلامت روانی کارکنان را بیشتر کرد و سازمان‌ها و ارگان‌های ذیربط می‌توانند گام‌های مؤثری در جهت حفظ و ارتقای سلامت روانی که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد در محیط کار می‌شود، بردارند و به مداخلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست بزنند.

هدف کلی تحقیق، تعیین میزان رابطه بین پیوندهای اجتماعی غیررسمی و سلامت روان کارکنان شرکت ایران ترانسفو است. و اهداف جزئی تحقیق عبارتند از:

- ۱- تعیین میزان رابطه بین دامنه پیوندهای غیررسمی افراد و سلامت روان آن‌ها
- ۲- تعیین میزان رابطه بین شدت پیوندهای غیررسمی (فراوانی و صمیمیت) افراد و سلامت روان آن‌ها
- ۳- تعیین میزان رابطه بین دریافت حمایت فرد از دیگران در شبکه پیوندهای غیررسمی و میزان سلامت روان افراد
- ۴- تعیین میزان رابطه بین عرضه حمایت فرد به دیگران در شبکه پیوندهای غیررسمی و میزان سلامت روان افراد
- ۵- تعیین میزان رابطه بین (جنسیت، سن، تحصیلات، تأهل، تعداد فرزندان و پست سازمانی) با میزان سلامت روان افراد.

در ادامه برخی از مهم‌ترین تحقیقات انجام شده در خارج از و داخل کشور مرور می‌شود. ریچارد رزا^۱ (۱۹۹۹) تحقیقی با عنوان «سرمایه اجتماعی چه چیزی به رفاه فردی می‌افزاید؟ تجزیه و تحلیل تجربی در روسیه» به انجام رسانیده است. مقاله مورد بررسی به مطالعه تجربی مبتنی بر اطلاعات در مورد شبکه‌های سرمایه اجتماعی در روسیه می‌پردازد. ۵۹ درصد از نمونه مورد مطالعه رز از سلامت روانی متوسطی برخوردار بوده‌اند، ۱۶ درصد در حد خوب و ۲۵ درصد از افراد از سلامت روان ضعیفی برخوردار بوده‌اند. شبکه‌های سرمایه اجتماعی اعمال نفوذ قابل توجهی در بهداشت روانی افراد داشته است. ویژگی‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان افراد داشته است. افراد با درآمد بالاتر و وضعیت اجتماعی مناسب‌تر، از سلامت روان بیش‌تری نسبت به سایرین برخوردار بوده‌اند. افراد مسن و زنان از سلامت روان کم‌تری برخوردار بوده‌اند. افراد با سن بالاتر سازگاری کم‌تری با پیرامون خود داشته و سلامت روان آنها کم‌تر از افراد جوان است. محرومیت اجتماعی افراد نیز در میزان سلامت روان افراد مؤثر بوده است. مشارکت افراد در شبکه‌های رسمی و غیررسمی با سلامت روان افراد رابطه معناداری داشته است. همچنین برخورداری از حمایت اجتماعی رابطه مستقیمی با سلامت روان مردم روسیه داشته است.

1- Rose, R

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

گراهام کلدیتز^۱ و همکارانش (۲۰۰۴) در ایالات متحده امریکا در تحقیقی به بررسی «پیوندهای اجتماعی، وضعیت اشتغال و سلامت روان» پرداخته اند. هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین ارائه مراقبت‌های رسمی و علائم افسردگی و همچنین دسترسی بالقوه شرکت کنندگان به حمایت و پیوندهای اجتماعی در میان زنان میانسال و مسن بوده است. مطالعه مقطعی در میان زنان بین سنین ۷۱-۴۶ انجام گرفته است. در مدل رگرسیون لجستیک در پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی، به بررسی رابطه بین اشتغال در خارج از خانه و ارائه مراقبت‌های رسمی برای همسر معلول یا بیمار یا پدر و همچنین به بررسی سطح روابط اجتماعی، شبکه اجتماعی پرداخته شده است.

نتایج تحقیقی نشان می‌دهد که بین وضعیت استخدام (پاره وقت یا تمام وقت) و سلامت روان افراد رابطه معناداری وجود دارد. زنانی که از همسرشان مراقبت می‌کردند و دارای تعهد بالا و روابط اجتماعی متعدد و چشمگیری بوده‌اند، علائم افسردگی کم‌تری در مقایسه با زنان فاقد مسئولیت مراقبت از همسر و دارای و روابط اجتماعی محدود داشته‌اند. اشتغال زنان در خارج از خانه رابطه معناداری با سلامت روان زنان مورد مطالعه نداشته است در صورتی که دسترسی به روابط گسترده اجتماعی، سلامت روان آنان را افزایش می‌داد.

کواچی^۲ و برکمن^۳ (۲۰۰۶) از جمله اولین افرادی بودند که تلاش کردند سلامت روانی را به حمایت و شبکه‌های اجتماعی پیوند بزنند. آن‌ها تا سال ۲۰۰۶ حدودی ۴۲ پژوهش در مورد رابطه بین سرمایه اجتماعی و بهداشت جسمی و روانی یافتند که بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ انجام شده‌اند. البته تنها ۱۲ مطالعه از بین آن‌ها به کشورهای کم درآمد و کمتر توسعه یافته تعلق دارند. در این مطالعه راه‌هایی که به این وسیله آن شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های محیطی، سلامت افراد را تحت تأثیر قرار داده است، مدنظر قرار گرفته و مشخص شده است که آثار حمایتی پیوندهای اجتماعی روی سلامت روان، در میان گروه‌های جامعه یکسان نیست. برای نمونه، اختلاف‌های جنسیتی در جلب حمایت شبکه‌های اجتماعی، موجب غلبه بیش‌تر پریشانی روانی زنان (در مقایسه با مردان) می‌شود.

فریدون کامرانی و خانم خدیجه ارشادی (۱۳۸۸) در تحقیقی به «بررسی سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان» در بین کارکنان سازمان آموزش و پرورش شهر ساری پرداخته‌اند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که هرچه سرمایه اجتماعی افراد در بعد کارکردی بیش‌تر شود، سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد. زنان انواع زنانه‌تر حمایت (عاطفی) و مردان انواع مردانه‌تر حمایت (مالی، عملی، اطلاع رسانی) را فراهم می‌کنند. نحوه ادراکات و نگرش‌های افراد در مورد اعضای شبکه بر سلامت روان آنان مؤثر بوده است.

1- Coldits, G
2- kawachi, L
3- berkman, L

همچنین بین متغیرهای دریافت حمایت، عرضه حمایت، صمیمیت (از ابعاد شبکه اجتماعی) تحصیلات، سن، درآمد، طبقه اجتماعی وضعیت مسکن، وضعیت تأهل و مقطع شغلی و سلامت روان افراد رابطه معناداری وجود دارد.

طاهره سلطانی و مؤده جمالی (۱۳۸۷) به «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز» پرداخته‌اند. در این تحقیق رابطه بین دو متغیر سرمایه اجتماعی به‌طور کلی و سلامت روانی به لحاظ آماری معنادار و جهت رابطه نیز مثبت بوده است. یعنی هرچه فرد از نظر برخورداری از سرمایه اجتماعی در سطح بالاتری قرار داشته باشد از سلامت روانی بیش‌تری نیز بهره‌مند است. بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی درون گروهی و ارتباطی با سلامت روانی نیز از لحاظ آماری معنادار و جهت رابطه نیز مثبت بوده، لیکن بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی برون گروهی و سلامت روانی نشان می‌دهد بین دو متغیر رابطه معناداری به لحاظ آماری وجود نداشته است.

بحث نظری تحقیق حاضر، حول محور شبکه پیوندهای اجتماعی (متغیر مستقل) و سلامت روان (متغیر وابسته) است. براساس نظریه بارت که مبتنی بر مفهوم شبکه است، الگوی ارتباطات و پیوندها در میان اعضای موجود در شبکه متمرکز می‌شود. برقراری ارتباط با همکاران منجر به کسب استفاده و مزایای بسیاری از جمله دستیابی به فرصت‌های زندگی می‌شود. تقویت شبکه‌های شکاف‌دار دارای مزایایی از جمله انتقال و ارزیابی سریع اطلاعات است. انتشار و گسترش اطلاعات وقفه‌ای در زمان ایجاد می‌کند، به این معنا که کسب اطلاعات زودتر از دیگران موجبات برتری و دسترسی سریع‌تر به مزایای اجتماعی می‌شود. بنابراین افراد با غنی بودن شکاف‌های ساختاری در شبکه‌های ارتباطی فرصت‌های ارزشمند را تشخیص داده و نهایت بهره را می‌برند (اعظم آزاده و دهقان دهنوی، ۱۳۸۷: ۱۵).

لین^۱ (۱۹۸۱) از منظر منابع اجتماعی و ویژگی‌های تعاملی و ارتباطی و محتوایی شبکه، سرمایه اجتماعی فردی را مطالعه می‌کند. وی کارآمدی پیوندهای شبکه‌ای را در رابطه با منابع موجود در پیوندها بررسی می‌کند. از این منظر، اعضای شبکه دارای منابع با ارزشی هستند که می‌تواند فرد را در رسیدن به اهداف یاری کند. وی به تشهیل جریان اطلاعات در برخی پیوندهای اجتماعی اشاره می‌کند که به واسطه آن اطلاعات سودمندی درباره فرصت‌ها و انتخاب‌ها به فرد می‌رسد و یا پیوندها می‌توانند یک سازمان و کارگزاران یا حتی جامعه را از وجود و علایق افرادی که در صورت فقدان پیوندها ناشناس باقی می‌مانند، آگاه کند.

1- Lin, N

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

ولمن^۱ نیز یکی از نظریه‌پردازان سرمایه اجتماعی شبکه است که به پیوندها و روابط میان اعضای یک شبکه و منابع و حمایت‌های متنوعی که در این ارتباطات بین کنشگران رد و بدل می‌شود، علاقمند است (اعظم آزاده و دهقان دهنوی، ۱۳۸۷: ۱۳).

ولمن از نظر رویکرد تحلیل شبکه به بررسی تأثیر تغییرات اجتماعی بر روابط اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی پرداخته است. افراد در جوامع جدید در گروه‌های چندگانه عضویت دارند که از نظر وی کمک‌ها و حمایت‌های متنوعی را از اعضای شبکه شان دریافت می‌کنند. پیوندهای گوناگون در جوامع امروزی حمایت‌های اجتماعی متنوعی را برای اعضای شبکه‌شان فراهم می‌سازند. حمایت‌های اجتماعی افراد را قادر می‌سازد تا توانایی رویارویی با مشکلات روزمره زندگی و بحران‌های آن را داشته باشند و به خوبی آن‌ها را مدیریت کنند. از نظر ولمن حمایت‌های اجتماعی انواع متفاوتی دارند. وی بر شش نوع حمایت تأکید می‌کند که عبارتند از: حمایت عاطفی، حمایت مالی، حمایت اطلاعاتی، حمایت خدماتی و کاری، حمایت مصاحبتی و حمایت مشورتی. که هریک از این حمایت‌ها از هر یک از اعضای شبکه دریافت می‌شود. او همچنین انواع مختلف حمایت‌هایی را که افراد از شبکه دریافت می‌کنند، در ارتباط با ویژگی‌های شبکه مورد بررسی قرار داده است (همان: ۲۷).

گرانووتر^۲ واضع تئوری پیوندهای ضعیف، معتقد است که می‌توان سرمایه اجتماعی را از نظر شدت، تکرار و شمولیت انواع مختلف روابط مانند: دوستی‌ها، همکاری‌ها و ... مورد سنجش قرار داد. شدت و استحکام روابط یک گروه اجتماعی در داخل گروه موجب تضعیف روابط اعضای آن گروه با بیرون می‌گردد. پیوندهای ضعیف همانند پلی افراد متفاوت را به هم پیوند می‌دهد. این نوع پیوند احتمال برقراری ارتباط را حتی با فاصله‌های اجتماعی امکان پذیر ساخته و روابط بهتری را با محیط‌های اجتماعی و فرهنگی برقرار می‌سازد و امکان تماس با افراد متفاوت اجتماعی را به وجود می‌آورد. از این رو چنین پیوندهایی مانند پلی عمل می‌کنند که دستیابی به اطلاعات و خدمات حمایتی را ممکن ساخته و منابعی فراتر از حوزه‌های اجتماعی را در دسترس افراد قرار می‌دهد. گرانووتر معتقد است پیوندهای ضعیف در مقایسه با پیوندهای قوی برای انتقال اطلاعات مستعدتر است (گرانووتر، ۱۹۷۳، به نقل از: اعظم آزاده و دهقان دهنوی). بر اساس نظریات گرانووتر، استحکام یک رابطه، احتمالاً ترکیبی است از زمان، شدت عواطف، صمیمیت (اعتماد متقابل) و خدمات متقابل که توصیف کننده رابطه می‌باشد.

اسکینر^۳ صاحب نظر مکتب رفتارگرایی معتقد است سلامت روانی و انسان سالم معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است چنین انسانی وقتی با مشکلی روبه رو می‌شود که از طریق جامعه

1- Wellman, B

2- Granovetter, M

3- Skinner, B. F

نابهنجار تلقی می‌شود، از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبود و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور مداوم سود می‌جوید (حسینی و همکاران: ۱۳۳).

این تعریف از سلامت روان یکی از رایج‌ترین تعاریف بهداشت روانی است که در عصر کنونی به چشم می‌خورد و متعلق به یک نظام ارزشی و یک مکتب روان‌شناختی است که به مکتب رفتارگرایی (اصالت رفتار) معروف است. اگرچه ریشه و مرکز این نوع تفکر و عمل در آمریکا است، ولی امروزه به سراسر جهان سرایت کرده است (میردریگوندی: ۶۱-۶۰).

از معروف‌ترین نظریه‌پردازان که در این قالب جای می‌گیرد، راجرز^۱ است. به نظر راجرز، در برخی از فرهنگ‌ها، زمینه برای نوآوری نسبت به فرهنگ‌های دیگر بیشتر است. از دیدگاه راجرز پذیرش یک اندیشه که متضمن یادگیری آن اندیشه و هم تصمیم‌گیری درباره آن است، در پنج مرحله رخ می‌دهد که عبارتند از: آگاهی، علاقه، ارزشیابی، آزمایش و پذیرش آن اندیشه. از دیدگاه راجرز، کسانی که اندیشه نویی را می‌پذیرند، هریک از مراحل بالا را به سرعت پشت سر می‌گذارند، همچنان که دیگران نیز چنین تصویری را در مورد آن‌ها دارند (عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹: ۳۲).

متناسب‌ترین نگاه برای تبیین رابطه بین پیوندهای غیررسمی و سلامت روان تلفیقی از نظریان لین ولمن گرانوتر در ارتباط با نظریه سرمایه اجتماعی شبکه می‌باشد. بنابراین فرضیات این تحقیق بر مبنای نظریه سرمایه اجتماعی شبکه تدوین شده است.

طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که با وجود شبکه‌های اجتماعی در جامعه به عنوان یک حائل در مقابل عامل فشارزای درونی، نقش مثبتی بر جابجایی و حرکت افراد از یک محیط به محیط دیگر می‌تواند داشته باشد، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی و معنی‌دار در قالب سرمایه اجتماعی، اثر بسیار مهم و مؤثری روی عزت نفس افراد، افزایش توان مقابله آن‌ها با مشکلات زندگی و همچنین مقابله آن‌ها با افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شود.

بر اساس نظریات محققان، خصوصیات شبکه در سه بعد: خصوصیات ساختی (اندازه، تراکم) خصوصیات تعاملی (فراوانی، شدت و دامنه پیوندها، صداقت، صمیمیت) و خصوصیات کارکردی (انواع حمایت‌ها) طبقه‌بندی شده است. بر این اساس در تدوین فرضیات تحقیق از میان این خصوصیات، شدت و دامنه پیوندها، صمیمیت و انواع حمایت‌ها (دریافت حمایت از دیگران و عرضه حمایت به دیگران) انتخاب شده اند:

فرضیه اصلی: بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیررسمی و سلامت روان رابطه معنی دار مستقیم وجود دارد.

1- Rajers

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

فرضیه‌های فرعی:

- ۱- بین دامنه پیوندهای غیررسمی افراد و سلامت روان آنان رابطه معنی دار مستقیم وجود دارد.
- ۲- بین شدت پیوندهای غیررسمی (فراوانی تماس‌ها و صمیمیت) افراد و سلامت روان آن‌ها رابطه معنی دار مستقیم وجود دارد.
- ۳- بین دریافت حمایت فرد در شبکه پیوندهای غیررسمی و میزان سلامت روان افراد رابطه معنی دار مستقیم وجود دارد.
- ۴- بین عرضه حمایت فرد در شبکه پیوندهای غیررسمی و میزان سلامت روان افراد رابطه معنی دار مستقیم وجود دارد.
- ۵- بین ویژگی‌های فردی (جنسیت، سن، تحصیلات، تأهل، تعداد فرزندان و پست سازمانی) افراد و میزان سلامت روان آنان رابطه معنی دار وجود دارد.

روش

روش این تحقیق برحسب هدف توصیفی-تحلیلی است و در بخش نظری تحقیق از روش اسنادی و منابع کتبی (مکتوب) استفاده شده و برای نظریه‌ها و تجارب تحقیقاتی به منابع و اسناد مراجعه شده است و در بخش تجربی تحقیق نیز برای گردآوری اطلاعات از روش پیمایش تحلیلی با ابزار پرسشنامه استفاده شد. از نظر وسعت، یک مطالعه پهنانگر و از نظر دامنه یک بررسی خرد و از نظر هدف، توصیفی-تحلیلی و نوع تحقیق کاربردی است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را زنان و مردان شاغل در شرکت ایران ترانسفو زنجان در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دهد که تعداد کل آن‌ها بالغ بر ۱۸۰۰ نفر می‌باشد. جهت برآورد حجم نمونه از روش برآورد حجم نمونه کوکران استفاده شده است. و از کل ۱۸۰۰ نفری که در شرکت مذکور مشغول به کارند، ۳۱۶ نفر طبق فرمول انتخاب شدند.

با توجه به تکنیک جمع‌آوری اطلاعات در تحقیقات پیمایشی، در این تحقیق از پرسشنامه استفاده شده است. در تهیه پرسشنامه سعی شده است مواردی که لازم است در قلمرو پرسش، محتوای پرسش، جمله‌بندی گویه‌ها، نحوه استفاده از سوالات باز یا بسته، آرایش پرسشنامه و نیز اصول دیگری که به اجرای بهتر آن منتهی می‌شود، رعایت شود. برای متغیرهای دریافت حمایت از دیگران و عرضه حمایت به دیگران، دامنه پیوندهای اجتماعی، شدت پیوندهای اجتماعی و همچنین متغیرهای زمینه‌ای از پرسشنامه محقق ساخته استفاده می‌گردد. همچنین برای به دست آوردن سلامت روانی افراد، از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸ استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ گویه است که چهار مؤلفه یا شاخص اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و نیز جسمانی‌سازی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در واقع هدف اصلی این آزمون، تمایز بین افراد دارای اختلالات روانی با افرادی که

دارای سلامت روان هستند، می‌باشد (کجباف و همایی، ۱۳۸۳: ۲۲۱). بعد از تهیه پرسشنامه و قبل از اجرای نهایی آن، آزمون مقدماتی یا پیش آزمون به عمل آمد که طی آن هر پرسش و کلیت پرسشنامه با دقت ارزیابی می‌گردد و علاوه بر ارزیابی تک تک گویه‌ها، خود پرسشنامه نیز از جهات روان بودن سوالات، زمان‌بندی، علاقه و توجه پاسخگو و مواردی از این دست مورد بررسی قرار می‌گیرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (جدول فراوانی، درصد، میانگین و ...) و جهت استخراج نتایج پرسش نامه از آمار استنباطی بهره گرفته می‌شود. برای آزمون فرضیات این پژوهش نیز با به کارگیری نرم افزار SPSS و آزمون همبستگی، آزمون تی، رگرسیون چندمتغیره، پیرسون خی دو و ... استفاده می‌گردد.

یافته‌ها

جدول (۱): مشخصات فردی پاسخگویان

| متغیرها | مقوله‌ها | فراوانی | درصد فراوانی |
|---------------|---------------------|---------|--------------|
| جنسیت | زن | ۱۳۰ | ۴۱/۱ |
| | مرد | ۱۸۶ | ۵۸/۹ |
| سن | زیر ۳۰ سال | ۱۲۱ | ۳۸/۳ |
| | ۳۰-۳۵ سال | ۹۶ | ۳۰/۴ |
| مدرک تحصیلی | بالاتر از ۳۵ سال | ۹۹ | ۳۱/۳ |
| | دیپلم | ۶۱ | ۱۹/۳ |
| | فوق دیپلم | ۳۴ | ۱۰/۸ |
| | لیسانس | ۱۶۷ | ۵۲/۸ |
| وضعیت تاهل | فوق لیسانس و بالاتر | ۴۴ | ۱۳/۹ |
| | متاهل | ۱۹۰ | ۶۰/۱ |
| تعداد فرزندان | مجرد | ۱۲۶ | ۳۹/۹ |
| | بدون فرزند | ۳۳ | ۱۰/۴ |
| | یک فرزند | ۵۳ | ۱۶/۸ |
| | دو فرزند | ۴۶ | ۱۴/۶ |
| بست سازمانی | سه فرزند و بیشتر | ۲۲ | ۷ |
| | مدیران و روسا | ۲۳ | ۷/۳ |
| | مهندسان و کارشناسان | ۱۳۴ | ۴۲/۴ |
| | کارمندان و آکارگران | ۱۵۳ | ۴۸/۴ |

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

جدول (۲): جدول یک بعدی شاخص‌های شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان

| جنسیت | | کل | متغیرها |
|-------|------|------|-------------------------|
| زن | مرد | | |
| ۵۰/۸ | ۴۴/۱ | ۴۶/۸ | سلامت روان کامل |
| ۳۳ | ۴۸/۴ | ۴۲/۱ | سلامت روان نسبی |
| ۱۶/۱ | ۵/۴ | ۹/۸ | معرض تهدید و آسیب |
| - | ۴ | ۱/۳ | وخیم |
| ۲۲/۳ | ۱۰/۲ | ۱۵/۲ | دریافت حمایت بسیار کم |
| ۱۸/۵ | ۲۴/۲ | ۲۱/۸ | دریافت حمایت کم |
| ۳۳/۸ | ۲۹ | ۳۱ | دریافت حمایت متوسط |
| ۲۰/۸ | ۲۳/۷ | ۲۲/۵ | دریافت حمایت زیاد |
| ۴/۶ | ۱۲/۹ | ۹/۵ | دریافت حمایت بسیار زیاد |
| ۲/۳ | ۲/۲ | ۲/۲ | عرضه حمایت بسیار کم |
| ۱۰ | ۲/۲ | ۵/۴ | عرضه حمایت کم |
| ۸/۵ | ۱۱/۳ | ۱۰/۱ | عرضه حمایت متوسط |
| ۶۰/۸ | ۴۸/۹ | ۵۳/۸ | عرضه حمایت زیاد |
| ۱۸/۵ | ۳۵/۵ | ۲۸/۵ | عرضه حمایت بسیار زیاد |
| ۱۶/۹ | ۴/۳ | ۹/۵ | دامنه پیوند بسیار محدود |
| ۲۹/۲ | ۲۸/۵ | ۲۸/۸ | دامنه پیوند محدود |
| ۳۳/۸ | ۳۰/۶ | ۳۲ | دامنه پیوند متوسط |
| ۱۳/۱ | ۲۹/۶ | ۲۲/۸ | دامنه پیوند زیاد |
| ۶/۹ | ۷ | ۷ | دامنه پیوند بسیار زیاد |
| ۱۲/۳ | ۴/۸ | ۷/۹ | شدت پیوند بسیار ضعیف |
| ۳۳/۱ | ۱۳/۴ | ۲۱/۵ | شدت پیوند ضعیف |
| ۲۶/۹ | ۳۵/۵ | ۳۲ | شدت پیوند متوسط |
| ۱۶/۲ | ۲۴/۷ | ۲۱/۲ | شدت پیوند زیاد |
| ۱۱/۵ | ۲۱/۵ | ۱۷/۴ | شدت پیوند بسیار زیاد |

نتایج نشان می‌دهد که علاوه بر رابطه مثبت متغیرها با سلامت روان در مقایسه میانگین دو گروه به صورت کلی مردان با ۲ با توجه به طیف‌های پنج درجه‌ای و در دامنه‌های ۴-۰ مردان در شرکت ایران ترانسفو به صورت کلی از شدت، دامنه، عرضه حمایت، دریافت حمایت و سلامت روان بالاتری برخوردارند.

آزمون فرضیه‌های یک الی چهار با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیره گام به گام و فرضیه پنجم با استفاده از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس ساده انجام شد. فرضیه شماره یک: دامنه پیوندهای غیررسمی افراد با سلامت روان آنان رابطه معنی دار مستقیم وجود دارد.

جدول (۳): ضریب پیرسون رابطه بین دامنه پیوندهای غیررسمی و سلامت روان

| | | دامنه پیوندهای اجتماعی | سلامت روان |
|------------------------|---------------------|------------------------|------------|
| دامنه پیوندهای اجتماعی | pearson Correlation | ۱ | ۰/۲۳۷ |
| | Sig-(2-tailed) | | ۰/۰۰۰ |
| | N | ۳۱۶ | ۳۱۶ |
| سلامت روان | pearson Correlation | ۰/۲۳۷ | ۱ |
| | Sig-(2-tailed) | ۰/۰۰۰ | |
| | N | ۳۱۶ | ۳۱۶ |

جدول بالا نشان می‌دهد که همبستگی بین دو متغیر دامنه پیوندهای غیررسمی و سلامت روان مثبت بوده و با میزان ضریب همبستگی پیرسون $0/227$ در سطح معنی‌داری زیر $0/05$ این رابطه کاملاً معنی‌دار، مثبت، فزاینده و شدت آن رو به متوسط است. بنابراین می‌توان گفت با افزایش دامنه پیوندهای غیررسمی، میزان سلامت روان افراد تحت بررسی افزایش می‌یابد و برعکس، با کاهش دامنه پیوندهای غیررسمی، میزان سلامت روان آنان کاهش می‌یابد.

فرضیه شماره دو: شدت پیوندهای غیررسمی با سلامت روان افراد رابطه مستقیم معنی‌دار دارد.

جدول (۴): ضریب پیرسون رابطه بین متغیرهای شدت پیوندهای غیررسمی و سلامت روان

| | | سلامت روان | شدت پیوندهای اجتماعی |
|----------------------|---------------------|------------|----------------------|
| سلامت روان | pearson Correlation | ۱ | $-0/287$ |
| | Sig-(2-tailed) | | $0/000$ |
| | N | ۳۱۶ | ۳۱۶ |
| شدت پیوندهای اجتماعی | pearson Correlation | $-0/287$ | ۱ |
| | Sig-(2-tailed) | $0/000$ | |
| | N | ۳۱۶ | ۳۱۶ |

داده‌های جدول بالا نشان می‌دهد که همبستگی بین دو متغیر شدت پیوندهای غیررسمی و سلامت روان مثبت بوده و با میزان ضریب همبستگی پیرسون $0/287$ در سطح معنی‌داری زیر $0/05$ این رابطه کاملاً معنی‌دار، مثبت، فزاینده و شدت آن رو به متوسط است. بنابراین می‌توان گفت با افزایش شدت پیوندهای غیررسمی، میزان سلامت روان افراد تحت بررسی افزایش می‌یابد و برعکس، با کاهش شدت پیوندهای غیررسمی، میزان سلامت روان آنان کاهش می‌یابد.

جدول (۵): آزمون تی مستقل رابطه بین جنسیت و سلامت روان

| | Levenes test for equality of variances | | t-test for equality of means | | | | | | |
|---------------------------|--|---------|------------------------------|-----|----------------|-----------------|-----------------------|--|------------|
| | f | sig | t | Df | Sig.(2-tailed) | Mean difference | Std. error difference | 0/95 confidence interval of the difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Equalvariances assumed | ۹/۵۸۶ | $0/002$ | $10/920$ | ۳۱۶ | $0/000$ | ۶۹۰ | $-0/6321$ | $0/5690$ | $-0/81465$ |
| Equalvarances Not assumed | | | $10/409$ | ۲۲۷ | $0/000$ | $0/28$ | $-0/6631$ | $0/55961$ | $-0/82094$ |

با عنایت به جدول خروجی، از آنجا که در آزمون Leven به دست آمده، sig کوچکتر از $0/05$ می‌باشد فرض برابری واریانس‌ها در جامعه رد می‌شود و این نشان می‌دهد که واریانس‌ها نابرابر هستند؛ پس نتایج ردیف دوم (فرض نابرابری واریانس‌ها) لحاظ می‌شود. مقدار t در سطح معنی‌داری $0/00$ برابر $10/409$ می‌باشد و میانگین میزان سلامت روان مردان با توجه به طیف پنج درجه‌ای (بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد) و در دامنه $4-0$ برابر $X=1/478$ در حالی که میانگین میزان سلامت روان زنان $X=0/788$ می‌باشد؛ گویای تفاوت زنان و مردان از نظر میزان سلامت روان می‌باشد. یعنی سلامت

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

روان مردان بیش از سلامت روان زنان است. بنابراین فرضیه تفاوت بین این دو گروه از نظر میزان سلامت روان تأیید می‌شود.

جدول (۶): آزمون تحلیل واریانس ساده رابطه بین سن و متغیرهای سلامت روان

| سن (L) | سن (J) | Mean difference (I-j) | Std.error | Sig. | Confidence interval | |
|------------|-----------------|-----------------------|-----------|-------|---------------------|-------------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| زیر ۳۰ سال | ۳۰-۳۵ سال | ۰/۵۲۰۱۶ | ۰/۰۷۸۵۹ | ۰/۰۰۰ | -۰/۳۳۵۱ | ۰/۷۰۵۲ |
| | بالتر از ۳۵ سال | ۰/۶۹۲۱۸ | ۰/۰۷۷۹۵ | ۰/۰۰۰ | -۰/۵۰۸۷ | ۰/۸۷۵۷ |
| زیر ۳۰ سال | ۳۰-۳۵ سال | -۰/۵۲۰۱۶ | ۰/۰۷۸۵۹ | ۰/۰۰۰ | -۰/۷۰۵۲ | -۰/۳۳۵۱ |
| | بالتر از ۳۵ سال | ۰/۱۷۲۰۲ | ۰/۰۸۲۳۶ | ۰/۰۹۴ | -۰/۰۲۱۹ | ۰/۳۶۶۰ |
| زیر ۳۰ سال | ۳۰-۳۵ سال | -۰/۶۹۲۱۸ | ۰/۰۷۷۹۲ | ۰/۰۰۰ | -۰/۸۷۵۷ | -۰/۵۰۸۷ |
| | بالتر از ۳۵ سال | -۰/۱۷۲۰۲ | ۰/۰۸۲۳۶ | ۰/۰۹۴ | -۰/۳۶۶۰ | ۰/۰۲۱۹ |

آنچه از نتایج این جدول بر می‌آید، F به دست آمده برابر با $۴۳/۸۵۹$ با سطح معنی‌داری $۰/۰۰$ می‌باشد که کمتر از $۰/۰۵$ می‌باشد. بنابراین بین سه گروه سنی تفاوت معنی‌داری از لحاظ میزان سلامت روان وجود دارد. به عبارت دقیق‌تر حداقل میانگین یکی از گروه‌ها با بقیه تفاوت معنی‌داری دارد. به طوری که بین میانگین گروه سنی زیر ۲۵ سال با گروه سنی ۳۰-۳۵ سال و همچنین گروه سنی بالاتر از ۳۵ سال با سطح معنی‌داری $۰/۰۰$ تفاوت وجود دارد. بین گروه‌های سنی ۳۰-۳۵ و بالاتر از ۳۵ سال با سطح معنی‌داری $۰/۰۹۴$ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول (۷): نتایج آزمون فرضیه‌ها

| فرضیه‌ها | نوع آزمون استفاده شده | ضرایب محاسبه شده | سطح معنی‌داری | نتیجه آزمون |
|--|-----------------------|------------------|---------------|---|
| فرضیه ۱: دامنه پیوندهای غیررسمی افراد با سلامت روانی آنان رابطه معنی دار مستقیم دارد. | همبستگی پیرسون | ۰/۲۲۷ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۲: شدت پیوندهای غیررسمی (فراوانی تماس‌ها و صمیمیت) افراد با سلامت روانی آنها رابطه معنی دار مستقیم دارد. | همبستگی پیرسون | ۰/۲۸۷ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۳: دریافت حمایت فرد در شبکه پیوندهای غیررسمی با میزان سلامت روانی افراد رابطه معنی دار مستقیم دارد. | همبستگی پیرسون | ۰/۲۳۰ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۴: عرضه حمایت فرد در شبکه پیوندهای غیررسمی با میزان سلامت روانی افراد رابطه معنی دار مستقیم دارد. | همبستگی پیرسون | ۰/۲۸۱ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۱-۵: جنسیت افراد با میزان سلامت روانی آنان رابطه معنی دار مستقیم دارد. | آزمون تی مستقل | $t=۱/۴۰۹$ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۲-۵: سن افراد با میزان سلامت روانی آنان ارتباط دارد. | تحلیل واریانس ساده | $F=۴۳/۸۵۹$ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۳-۵: مدرک تحصیلی افراد با میزان سلامت روانی افراد ارتباط دارد. | تحلیل واریانس ساده | ۹/۱۸۶ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۴-۵: تأهل افراد با میزان سلامت روانی آنان رابطه معنادار معکوس دارد. | آزمون تی مستقل | -۲۰/۸۱۳ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۵-۵: تعداد فرزندان افراد با میزان سلامت روانی آنان رابطه معنی دار مستقیم دارد. | تحلیل واریانس ساده | ۲۱/۹۹۲ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |
| فرضیه ۶-۵: پست سازمانی افراد با میزان سلامت روانی آنان رابطه معنی دار مستقیم دارد. | آزمون تی مستقل | ۶/۱۷۵ | زیر ۰/۰۵ | فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. |

فرضیه ۵:
عوامل فردی (جنسیت، سن، تحصیلات، تأهل، تعداد فرزندان و پست سازمانی) افراد با میزان سلامت روانی آنان ارتباط دارد.

جدول (۸): ضریب رگرسیون با روش گام به گام، میزان تأثیر هریک از متغیرهای مستقل بر وابسته

| Model | Unstandardized coefficients | | Standardized coefficients | T | Sig |
|------------------------|-----------------------------|-----------|---------------------------|--------|-------|
| | B | Std.error | | | |
| (constant) | ۱/۸۷۲ | ۰/۱۲۷ | | ۱۴/۶۸۷ | ۰/۰۰۰ |
| ۱ | ۰/۰۲۳ | ۰/۰۳۴ | ۰/۰۴۱ | ۰/۶۵۵ | ۰/۰۴۱ |
| دریافت حمایت از دیگران | ۰/۱۴۳ | ۰/۰۴۲ | ۰/۰۸۹ | ۳/۴۲۶ | ۰/۰۰۱ |
| عرضه حمایت از دیگران | ۰/۰۶۰ | ۰/۰۳۶ | ۰/۱۰۰ | ۱/۶۶۵ | ۰/۰۱۰ |
| دامنه پیوندهای اجتماعی | ۰/۰۹۸ | ۰/۰۳۳ | ۰/۱۱۸ | ۳/۰۱۵ | ۰/۰۰۳ |
| شدت پیوندهای اجتماعی | | | | | |

در این پژوهش از روش گام به گام^۱ استفاده شده و تحلیل رگرسیون تا دو گام پیش رفته است. این بدان معنی است که دو متغیر بیش تر وارد معادله شده است که میان ضرایب همبستگی آن (R= /) به دست آمده است. در این مرحله میزان ضریب تعیین برابر با R Squar= / ، ضریب تعیین تعدیل شده برابر با R = / به دست آمده است. در گام دوم با وارد شدن دومین متغیر یعنی عرضه حمایت به دیگران، ضریب همبستگی چندگانه به ۰/۳۶۳، ضریب تعیین به R square= / ، ضریب تعیین تعدیل شده به R = / افزایش یافته است.

همچنین میزان F در جدول Anova در سطح ۹۹ درصد (sig= /) معنی دار شده است که حاکی از معنی دار بودن رگرسیون می باشد.

متغیرهای شدت پیوند و عرضه حمایت به دیگران در سطح ۹۵ درصد (sig= /) معنی دار می باشند. بنابراین میزان سطح معنی داری این دو متغیر کمتر از ۰/۰۵ بوده است و به همین دلیل در معادله رگرسیون باقی مانده اند.

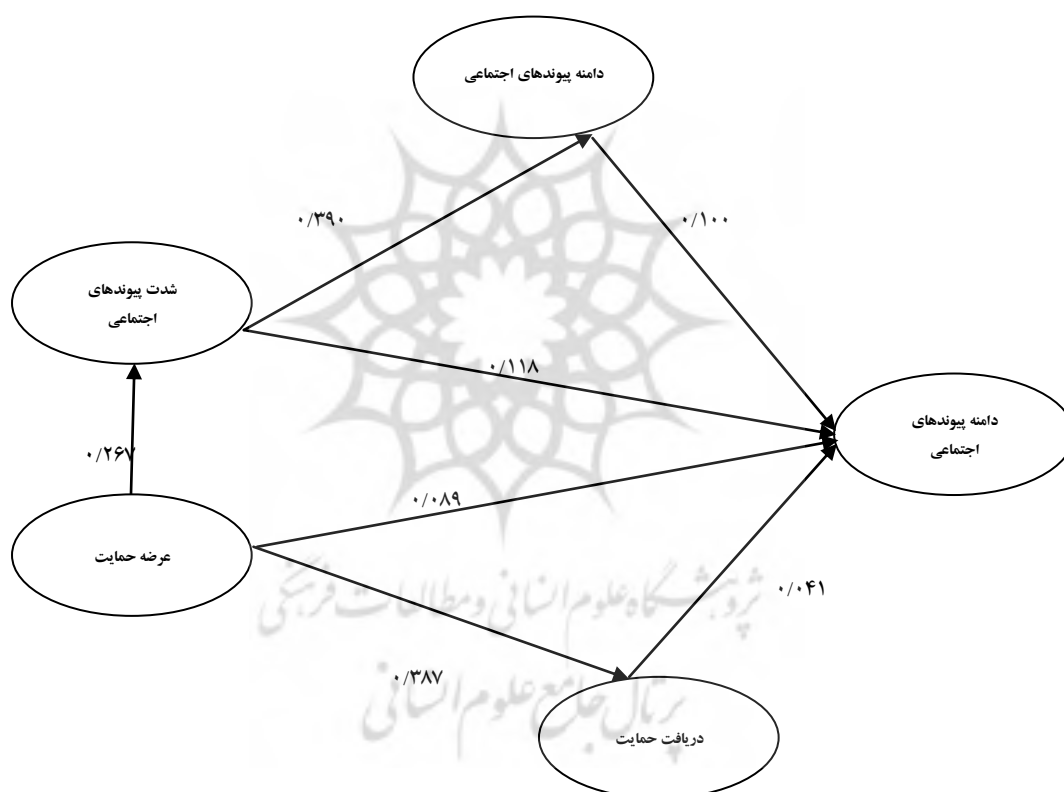
قضاوت در مورد سهم و نقش هریک از متغیرها در تبیین متغیر وابسته را باید به مقادیر Beta واگذار کرد؛ زیرا این مقادیر استاندارد شده است و امکان مقایسه و تعیین سهمی نسبی هریک از متغیرها را فراهم می سازد. براساس بتای بدست آمده برای شدت پیوند، به ازای یک واحد تغییر ایجاد می گردد. همچنین بر اساس بتای بدست آمده برای عرضه حمایت به دیگران، به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار، به اندازه ۰/۱۸۵ در انحراف معیار متغیر وابسته (سلامت روان) تغییر ایجاد می شود.

براساس داده های بالا می توان گفت شدت پیوندهای اجتماعی ضمن اینکه بر سلامت روان و دامنه پیوندهای اجتماعی تأثیر می گذارد، از عرضه حمایت به دیگران نیز تأثیر می پذیرد، عرضه حمایت به دیگران بر سلامت روان دریافت حمایت از دیگران و شدت پیوندهای اجتماعی تأثیر می گذارد. دامنه پیوندهای اجتماعی ضمن تأثیر گذاشتن بر سلامت روان، از شدت پیوندهای اجتماعی تأثیر می پذیرد. دریافت حمایت از دیگران ضمن تأثیر بر سلامت روان، از عرضه حمایت به دیگران تأثیر می پذیرد.

1- stepwise method

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

در کل ضریب تعیین تحلیل مسیر عدد $0/697$ را نشان می‌دهد. بدین معنا که متغیرهای مورد بررسی $69/7$ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین نموده است. طبق تحلیل مسیر، چنین استنباط می‌گردد که بر اثر کنش متقابل متغیرهای مستقل، تا حد زیادی سلامت روان افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. یعنی می‌توان گفت با افزایش پیوندهای غیررسمی افراد، میزان سلامت آنان تا حد قابل توجهی ارتقاء می‌یابد. با عنایت به میزان واریانس تبیین نشده، می‌توان گفت که $30/3$ درصد واریانس متغیر وابسته مربوط به متغیرهایی است که در طرح پیش‌بینی نشده است.



نمودار شماره (۲): تحلیل مسیر میزان تأثیر مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته

بحث و نتیجه‌گیری

در این تحقیق سلامت روان به عنوان متغیر وابسته مورد آزمون قرار گرفت. نتایج حاکی از آن است که پیوندهای غیررسمی به طور مؤثری با سلامت روان افراد در ارتباط بوده و همچنین بین ویژگی‌های فردی چون جنسیت، سن، تأهل، تعداد فرزندان، تحصیلات و پست سازمانی افراد و میزان سلامت روان

آن‌ها رابطه معنی داری وجود دارد، و در مقایسه تمام مؤلفه‌ها در میان زنان و مردان، مردان هم از لحاظ پیوندهای غیررسمی و هم سلامت روان در سطح بالاتری قرار دارند. نتایج این تحقیق یافته‌های پیشین را مورد تأیید قرار می‌دهد. آمارها قویاً نشان می‌دهد که زنان دسترسی برابر به سرمایه اجتماعی ندارند، که مانع مهمی در برابر دستیابی به سلامت روان است. هرچند که گام‌های بلندی در ایجاد برابری زنان و مردان در محیط کار برداشته شده است ولی اکثریت زنان در سطوح پایین متمرکز شده‌اند و دسترسی کم‌تری به شبکه‌ها و ارتباطاتی که منجر به پیشرفت و عزت نفس می‌شوند دارند و تعداد کمی از زنان به سطوح عالی دست می‌یابند. می‌توان گفت که اگرچه ورود زنان به طور پیوسته به محیط کار در نیم قرن اخیر در حال رشد بوده است و گام‌های بلندی در به دست آوردن تساوی با مردان برداشته شده است، اما زنان هنوز نسبت به مردان در موارد متعدد از اولویت کم‌تری برخوردارند.

این تحقیق نشان می‌دهد که مردان در شبکه‌های غیررسمی با محدودیت کم و فرصت زیاد در دستیابی به قدرت و اطلاعات و نهایتاً سلامت روانی موفق‌ترند. این تفاوت احتمالاً به خاطر تفاوت در فرآیند اجتماعی شدن مردان و زنان باشد، که مردان در شبکه پیوندهای غیررسمی بهتر عمل می‌کنند. به عنوان مثال احتمالاً کمتر یکدیگر را حمایت می‌کنند. براس (۱۹۸۵) بایک مطالعه می‌خواست رابطه بین کلیشه جنسیت و تفاوت‌های مشاهده شده مؤثر بین زنان و مردان در سازمان را تعیین کند. در این تحقیق اثر عضویت در شبکه‌های سازمانی بر روی امکان نفوذ کارکنان بر سازمان بررسی شد. بررسی او دو نوع شبکه غیررسمی مشخص جنسیتی مجزا را که یکسان در سازمان عمل می‌کنند، مشخص کرد. هرچند به دلیل تبعیض جنسیتی زنان کمتر در مرکز شبکه‌های مردان قرار دارند و دسترسی کم‌تری به ائتلافات اصلی مردان دارند و به دلیل دسترسی نداشتن به گروه‌های مردانه سطوح بالا به خاطر اهمیت آن‌ها در پیشرفت شغلی و نفوذ در سازمان، زنان مزیت‌های زیادی را از دست می‌دهند. زنان غالباً در گروه‌های زنانه اثر کمی بر سازمان نسبت به زمانی که با مردان کار می‌کنند دارند. وی دریافت که ملاقات‌های غیررسمی در درون سازمان مزایای زیادی برای مردان نسبت به زنان دارد و متوجه شد که زنان به دلایلی از شبکه‌های ارتباطی غیررسمی محرومند. نخست، مدیران مرد اغلب از ارتباط با زنان احساس راحتی نمی‌کنند. در حقیقت مردان و زنان اغلب در کنار فردی از جنس مخالف اصلاً راحت نیستند. دوم، تازه واردها و زنان به عنوان گروه‌های خارجی مشکلات زیادی در دسترسی به شبکه‌های غیررسمی دارند و در نهایت، دیدگاه دیگری بیان می‌کند که مردان، گروه مسلط در سازمانند که می‌خواهد تسلط خود را محروم کردن عمدی زنان از ارتباطات غیررسمی حفظ کنند. به دلیل محرومیت آن‌ها، زنان از مزیت اطلاعات با ارزش منابع و حمایتی که مردان از شبکه‌های غیررسمی سازمان به دست می‌آورند، برخوردار نیستند (حسن پور و نیاکان، ۱۳۸۸: ۱۸۳)

در نهایت براساس مباحث نظری و یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت با گذر از جامعه سنتی به صنعتی زندگی افراد دستخوش تغییر و دگرگونی شده است زندگی کردن در این ساختار جدید مستلزم

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

گسترش انواع پیوندها، حمایت‌ها، همکاری و عضویت در شبکه‌های اجتماعی است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد هر اندازه افراد در این ساختار دارای پیوندهای اجتماعی بالاتری باشند، سلامت روانی آن‌ها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.

از دید پژوهشگران تأثیر سرمایه اجتماعی فردی بر اختلالات روانی عمومی عمدتاً از طریق فشار روانی است بدین ترتیب که فقدان حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی محدود به احساس ناامنی و کاهش عزت نفس منجر شده و این وضعیت می‌تواند سطوح بالاتر استرس و اضطراب و افسردگی را در پی داشته باشد. همچنین شبکه‌های اجتماعی (تعداد تماس‌ها، میزان صمیمیت و نزدیکی با اطرافیان، پیوندهای اجتماعی و تعهد محلی) باعث بالا رفتن سلامت روان افراد می‌گردد (ریاحی، ۱۳۹۰: ۲۰۹) پژوهش فوق و پژوهش‌های پیشین نشان داده که در مجموع شبکه‌های اجتماعی یکپارچگی و اجتماعی و حمایت اجتماعی پیوند مثبت ویژه‌ای با تندرستی افراد داشته است.

در نهایت می‌توان گفت که ارتقای سلامت روان در جامعه شاخص توانمندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید. این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مد نظر قرار می‌گیرد. سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سازمان‌ها باید بر اساس ابزار و امکانات موجود کیفیت زندگی و سلامت روانی کارکنان را افزایش داده و زمینه لازم را تقویت مناسبات و همبستگی‌های اجتماعی فراهم نمایند.

منابع

- اعظم آزاده، منصوره و دهقان دهنوی، آزاده. (۱۳۸۸). اشتغال دانشجویان: رابطه بین شبکه روابط اجتماعی و وضعیت شغلی. مجله مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۶، شماره ۱۳.
- ایمان، محمد تقی. (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیر بومی دانشگاه‌های تهران و شیراز. فصلنامه فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره های ۳۱ و ۳۰.
- باستانی، سوسن و صالحی هیکویی، مریم. (۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی شبکه و جنسیت: بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران. نامه علوم اجتماعی، شماره ۳. نوبت بهار.
- باستانی، سوسن. (۱۳۸۷). سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل بین شخصی. مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه الزهراء. سال ۱۶، شماره ۶۱ نوبت تابستان
- حاتمی، حسین، رضوی، سید منصور، افتخار اردبیلی، حسن، مجلسی، فرشته. (۱۳۸۵)، بهداشت عمومی، تهران: نشر ارجمند.

مطالعات علوم اجتماعی ایران، سال پانزدهم، شماره پنجاه و ششم، بهار ۱۳۹۷

- حسن پور، نیاکان. (۱۳۸۸). سرمایه اجتماعی و جنسیت در محیط کار. ماهنامه تدبیر، سال هجدهم، شماره ۱۸۳.
- حسینی، احمد فروزان، ستاره، امیرفریاری، معصومه. (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، دوره تابستان.
- دادگران، محمد. (۱۳۷۹). مبانی ارتباطات جمعی، تهران: انتشارات فیروزه، چاپ سوم.
- سلطانی، طاهره و جمالی. مزده. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز. فصلنامه فرایند مدیریت و توسعه، شماره های ۶۸-۶۹ نوبت تابستان و پاییز.
- عنایت، حلیمه، آقاپور، اسلام. (۱۳۸۹). بررسی عامل‌های اجتماعی- فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده؛ نمونه مورد مطالعه: خانواده‌های ساکن شهر شیراز. فصلنامه زن و جامعه، سال اول، شماره دوم، نوبت تابستان.
- کامران، فریدون و ارشادی، خدیجه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، نوبت تابستان.
- کجباف، محمدباقر و همایی، رضا. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد خوارسگان. فصلنامه دانش و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان اصفهان، شماره های ۲۱ و ۲۲، نوبت پاییز و زمستان.
- کیم، فلیپ و آلدریج، هاوارد. (۱۳۸۸). سرمایه های اجتماعی و کارآفرینی، ترجمه خلیل حنیف، فصلنامه کار و جامعه، شماره ۱۰۸، نوبت خرداد.
- لهسایی زاده، عبدالعلی، آذرگون، زهره و مرادی، گلرمد. (۱۳۸۵). بررسی جهت گیری مذهبی و سلامت روانی مهاجران براساس مدل آلپورت و راس، نمونه مورد مطالعه: قصر شیرین. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوس مشهد، شماره دوم، دوره بهار و تابستان.
- میردریکوندی، رحیم (۱۳۸۶). الگوها و نظریه‌های عهده بهداشت روانی. ماهنامه معرفت، سال شانزدهم، شماره ۱۱۲، نوبت فروردین.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۸۴). بهداشت روانی، تهران: انتشارات قومس.
- هومن، حیدرعلی و لیوارجانی، شعله (۱۳۸۷). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه حمایت اجتماعی SSQ برای دانش آموزان مقطع متوسطه. نشریه روان شناسی و علوم تربیتی، شماره ۱، نوبت بهار

- Colditz A & et al. (2004). Employment status social ties and caregivers mental health social science and medicine 58-1424-1456.

رابطه بین شبکه پیوندهای اجتماعی غیر رسمی و سلامت روان . . .

-Kawachi L & berkman L.f. (2001). Social ties and mental health urban health sep 78(3):458-467.

- Kawachi L & berkman L f. (2001). Social capital and health social epidemiology 25

- Rose Richard. (1999). how much does social capital add to individual health? A survey study of Russians journal of social science & medicine working no.15

