

بررسی تطبیقی سرمایه اجتماعی و سلامت
روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه‌های
تهران و شیراز

محمدتقی ایمان*، گلمراد مرادی**، سکینه حسینی رودبارکی***

طرح مساله: این مقاله رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را در میان دانشجویان غیربومی در دو دانشگاه تهران و شیراز مورد بررسی قرار داده است. روش: روش مطالعه پیمایش است که در آن از ابزار پرسش‌نامه استفاده شده است. ۵۰۰ نفر دانشجویان غیرساکن دو دانشگاه تهران و شیراز به شیوه تصادفی سیستماتیک برای مطالعه انتخاب شدند. از روش‌های آماری ضریب همبستگی و تحلیل واریانس برای آزمون فرضیات و تکنیک تحلیل ممیزی برای سنجش مدل تحقیق استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان دو دانشگاه با هم تفاوت بوده است. نتایج حاصل از تحلیل ممیزی نشان می‌دهد که احتمال ارتقاء سلامت روانی دانشجویان تحت تاثیر متغیرهایی چون سرمایه اجتماعی، سن افراد، میزان درآمد خانوادگی و قومیت آن‌ها می‌باشد. این متغیرها روی هم رفته توانسته‌اند ۵۹/۶ درصد صحت این احتمال را مشخص نمایند. اما برای پیش‌بینی سرمایه اجتماعی متغیرهایی چون سلامت روان، مقطع تحصیلی، سن و وضعیت تاهل وارد معادله شده و روی هم رفته مقدار ۶۰ درصد صحت احتمال سرمایه اجتماعی را مشخص کرده‌اند.

نتایج: نتایج این تحقیق نشان می‌دهد هر اندازه افراد در ساختار اجتماعی موجود دارای سرمایه اجتماعی بالاتری باشند، سلامت روانی آن‌ها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.

کلید واژه‌ها: تحلیل ممیزی، دانشجویان، سرمایه اجتماعی، سلامت روانی

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۱۰

* دکتر جامعه‌شناس، عضو هیات علمی دانشگاه شیراز <iman@shirazu.ac.ir>

** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی

*** کارشناس ارشد جامعه‌شناسی توسعه روستایی

مقدمه

امروزه قسمت عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه در ارتباط جدی با عوامل و مدل‌های اجتماعی می‌باشند (WHO, 2001) که پیامدهای آن در درازمدت خود را نشان می‌دهند. مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب و سطح بالای عدم امنیت در جامعه (مثل خشونت‌ها و تصادفات) و عواملی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار و یا مهاجرت اجباری از عوامل اجتماعی می‌باشند که تاثیرات زیادی روی سلامت روانی افراد می‌گذارند (Harpham, et al., 2004: 2268). سلامت روان، قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها به صورت مناسب تعریف شده است (WHO, 2004: 10).

انجمن سلامت روانی کانادا، سلامت روانی را در سه قسمت تعریف می‌کند:

الف) نگرش‌های مربوط به خود: شامل تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های ساده؛

ب) نگرش‌های مربوط به دیگران: شامل علاقه به دوستی‌های طولانی مدت و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه، احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی؛

ج) نگرش‌های مربوط به زندگی: شامل پذیرش مسئولیت‌ها، انگیزه توسعه امکانات و علائق خود، توانایی اخذ تصمیم‌های شخصی و انگیزه خوب کارکردن (CMHA, 1996).

یکی از این عواملی که شناخت آن می‌تواند در ارتقاء کیفیت سلامت روانی دانشجویان نقش داشته باشد و امروزه به عنوان حلقه مفقوده سلامت روانی شناخته شده است، سرمایه اجتماعی است (بهزاد، ۱۳۸۴: ۴۵). در میان عوامل اجتماعی توجه به سرمایه اجتماعی و نقش آن در تحقق کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد در سطوح مختلف، همواره مورد توجه صاحب‌نظران بوده است (علوی، ۱۳۸۴؛ اونق، ۱۳۸۴؛ گیدنز، ۱۳۷۸ و ازکیا و غفاری، ۱۳۸۴). پاتل (Patel, 2001) به نقش عوامل اجتماعی در سلامت روانی توجه کرده است. به نظر او ارتقاء سلامت روانی در کشورهای جهان سوم هم‌زمان با رشد و توسعه سرمایه

اجتماعی می‌باشد که ممکن است در آینده مدل‌های اجتماعی سلامت روانی را شکل دهد (Harpham, et.al., 2004: 2268). لینچ و کاپلان سرمایه اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه و شبکه‌هایی معرفی کرده‌اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی و در نتیجه نوعی عزت نفس و سلامتی را در افراد به وجود می‌آورد (Lynch & Kaplan, 1997: 307). روز بر این باور است که سرمایه اجتماعی تنها به وسیله عضویت در نهادها به دست می‌آید. وی معتقد است که شبکه‌های سرمایه اجتماعی به طور خاص در فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقش موثری در ارتقاء سلامت روانی افراد دارند (Rose, 2000: 1423). پاتنام نیز سرمایه اجتماعی را در اجزایی چون شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد می‌داند (Putnam, 1995: 54). ویلکسون بر این باور است که عواملی چون بی‌عدالتی‌ها، سرخوردگی‌ها و بی‌احترامی‌های ناشی از عوامل اجتماعی سلامت افراد را به خطر می‌اندازند (Wilkinson, 1999: 529). هارفام و همکاران بر این باورند که سرمایه اجتماعی عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می‌کند. سرمایه اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی چون از دست دادن شغل را در زندگی کاهش دهد (Harpham, 1994: 107).

بوردیو، موقعیت‌ها و روابطی که در درون گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی دسترسی به فرصت‌ها، اطلاعات، منابع مادی و موقعیت اجتماعی برای افراد را افزایش می‌دهد، در سرمایه اجتماعی مهم می‌داند (Putnam, 1995: 54). به نظر فوکویاما سرمایه اجتماعی مجموعه معینی از هنجارها و ارزش‌های غیررسمی است که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میان‌شان مجاز است در آن سهیم هستند (Harpham, 1994: 111).

از آن‌جا که در هر جامعه پویاترین گروه‌های آن را قشر دانشجو تشکیل می‌دهند و سلامت این قشر تا حد زیادی لازمه سلامت بسیاری از آحاد جامعه است، سلامت روانی این قشر از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. دانشجویان به عنوان یکی از عناصر اصلی نظام آموزش عالی، در ارتباط با دیگران در محیط‌های مختلف، از جمله خوابگاه، نقش مهمی بازی می‌کنند و در مواقعی به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی خانواده خود

دچار مشکلات سازگاری با دیگران در خوابگاه می‌شوند (Furnham & Bochner, 1982: 22). لذا توجه به مشکلات دانشجویان خوابگاهی، بالاخص مشکلات سازگاری اجتماعی آن‌ها از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. هدف اصلی پژوهش حاضر ارائه تصویری روشن از رابطه بین سلامت روانی دانشجویان در خوابگاه و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی در دو دانشگاه شیراز و تهران می‌باشد و به دنبال این است که نشان دهد تا چه اندازه بین وضعیت فرهنگی - اجتماعی دانشجویان یا سرمایه اجتماعی آن‌ها با میزان سازگاری اجتماعی و سلامت روانی آن‌ها رابطه وجود دارد. محیط دانشگاه، ضمن این‌که ماهیتاً یک محیط آموزشی است، یک محیط اجتماعی نیز هست. در سال‌های تحصیل در دانشگاه عوامل مختلفی بر رفتار و سلامت روانی دانشجو اثر می‌گذارد که برخی از آن‌ها مربوط به ویژگی‌های محیط انسانی یا فیزیکی دانشگاه و برخی دیگر مربوط به گذشته، وضعیت خانوادگی، یا تصمیم‌گیری زمان حال دانشجو است (Caroline, et al., 2000: 108). بر اساس مباحث مطرح شده فوق می‌توان گفت که در سرمایه اجتماعی دانشجویان در قالب هنجارهای غیررسمی محیط خوابگاه‌ها، ارتباطات افقی بین آن‌ها، مشارکت آن‌ها در اتحادیه‌ها و انجمن‌های دانشگاهی، و حمایت‌های اجتماعی و روانی و مالی می‌تواند زمینه قابلیت‌های روانی دانشجویان را ارتقاء دهد (بهزاد، ۱۳۸۴: ۴۶). هدف کلی این تحقیق، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی در دو دانشگاه شیراز و تهران است. در این راستا اهداف جزئی به صورت ذیل مطرح می‌باشند:

- الف) شناخت میزان سلامت روانی دانشجویان غیربومی دانشگاه شیراز و تهران و مقایسه آن‌ها با هم؛
 ب) شناخت میزان سرمایه اجتماعی میان دانشجویان غیربومی دو دانشگاه تهران و شیراز؛
 ج) شناخت رابطه بین سرمایه اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان غیربومی شیراز و تهران.

(۱) مباحث نظری

در این مقاله از دیدگاه بوم‌شناسی و نظریه شبکه استفاده به عمل آمده است و چارچوب نظری و مدل آن از دیدگاه شبکه اجتماعی استنتاج شده است. جوهره تحلیل جامعه شناختی نظریه پردازان اکولوژیکی، ایجاد ارتباط بین ویژگی‌های ساختاری جامعه و نظم اخلاقی جامعه بوده است. آن‌ها بر این باورند که اندازه جمعیت، تراکم اجتماعی و سکونت و ناهماهنگی اجتماعی منجر به تخریب حمایت‌های اجتماعی و روابط نزدیک و جایگزین آن‌ها با مکانیزم‌های رسمی کنترل رسمی و غیرشخصی و سازمان‌های بوروکراتیک می‌شود (Schwirian, 1993: 287). می‌توان استدلال کرد که زندگی در محیط‌هایی چون خوابگاه‌ها در مواردی به فشارهای فیزیکی و روانی برای دانشجویان منجر می‌شود، به طوری که به آن‌ها احساس از خودبیگانگی و جدایی دست می‌دهد. بنابراین در صورتی که این مدل اتفاق بیفتد، دانشجویان در محیط‌های شهری به طور قابل توجهی با چالش‌هایی در حفظ سلامت روانی و فیزیکی مواجه می‌شوند به گونه‌ای که نظام حمایت اجتماعی برای آن‌ها ضعیف می‌شود.

طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی در جامعه به عنوان یک حائل در مقابل عامل فشارزای درونی، نقش مثبتی بر جابه‌جایی و حرکت افراد از یک محیط 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 بسیار مهم و مؤثری روی عزت نفس دانشجویان، افزایش توان مقابله آن‌ها با مشکلات زندگی، افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شود (Caroline, 2000: 108-109). دیدگاه شبکه به سرمایه اجتماعی که در صدد پوشش دادن و در نظر گرفتن روساخت‌ها و زیرساخت‌ها است بر اهمیت روابط افقی و عمودی بین مردم در قالب انجمن‌ها و گروه‌های اجتماعی تاکید دارد. مکانیزم تاثیر نظام شبکه‌ای بدین صورت است که افراد تازه وارد به دانشگاه برای کسب اعتبار و حمایت اجتماعی به خانواده، دوستان و هم‌اتاقی‌های خود متوسل می‌شوند و سپس برای دسترسی

به سرمایه‌های اجتماعی وسیع‌تر به منابع گروهی روی آورده می‌شوند از این طریق شبکه‌ای را بین درون گروه و برون گروه ایجاد می‌کنند. وولکاک و نارایان اشاره می‌کنند که شبکه‌های موجود در بین افراد و گروه‌ها، شرایطی را ایجاد می‌کند که باعث می‌شود تا افراد فقیرتر، بیش‌تر تمایل به دفاع و کاهش ریسک، و ثروتمندان بیش‌تر تمایل به حمله و ریسک‌پذیری داشته باشند. بنابراین دیدگاه شبکه‌ای سرمایه اجتماعی را در قالب‌های سرمایه اجتماعی درون گروهی و سرمایه اجتماعی برون گروهی معرفی می‌کند (اونق، ۱۳۸۴: ۲۸). براین اساس، رویکرد شبکه به‌طور ضمنی فرض می‌کند که این اجتماعات، کلیت‌های همگنی هستند که هم شامل همه اعضا می‌شود و هم برای همه آن‌ها منفعت دارد (فیروز آبادی، ۱۳۸۴: ۲۴).

راگلر براین باور است که جدایی افراد از شبکه‌های اجتماعی اولیه، خانوادگی و همسایگی خود و گسترش و توسعه نوعی شبکه اجتماعی جدید در جامعه میزبان، با تنش‌هایی مواجه است و موفقیت در بازسازی این شبکه‌ها، اثرات منفی روانی مانند ترک کردن شبکه خویشاوندی و بیماری‌های روانی را کاهش می‌دهد (Rogler, 1994: 705). به عبارتی دیگر انتقال از یک نظام فرهنگی به نظام فرهنگی دیگر در بیش‌تر موارد منجر به اختلال در سلامت روانی افراد دانشجو می‌شود (Thompson, 2002: 683).

کاوچی، در خصوص ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت، سوالات مهمی را مطرح نموده است: چگونه سرمایه اجتماعی می‌تواند سلامت را ارتقا بخشد؟ در چه وضعیتی جامعه می‌تواند سرمایه اجتماعی مورد نیاز برای ارتقای سلامت را تأمین نماید؟ عوارض بهداشتی کمبود سرمایه اجتماعی چیست؟ از دیدگاه کاوچی کاهش مشارکت مردم در مناطق بزرگ شهری موجب کاهش سرمایه اجتماعی می‌شود. امروزه درک و به‌کارگیری راهکارهای توان‌مندسازی، یکی از اهداف نهایی آشکار ارتقای سلامت جمعیت‌ها می‌باشد. در ارتقای سلامت، توان‌مندسازی فرآیندی است که افراد از طریق آن، کنترل بیش‌تری بر تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌هایی که بر سلامت‌شان اثر می‌گذارد، خواهند داشت. مدت‌مدتی است آثار سوء فقدان قدرت بر سلامت افراد، شناخته شده است (بهراد، ۱۳۸۴: ۴۸).

وایتفورد بر این باور است که هرچه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی‌تر باشند از سلامت روانی کم‌تری برخوردارند و برعکس هر چه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیش‌تر باشد آن جامعه سالم‌تر خواهد بود. کاهش بار بیماری روانی و ارتقاء سلامت روانی ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی افراد لازم است افزایش می‌دهد. بنابراین سلامت روانی به همراه سلامت جسمی، صلاحیت‌های مورد نیاز برای مشارکت دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی را افزایش داده و سرمایه اجتماعی را در سطح ملی فراهم می‌آورد (Whiteford, 2000).

بحث مفهومی در این مقاله برای ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی این فرضیه است که سرمایه اجتماعی بر روی وضعیت سلامت روانی از طریق مکانیزم‌های متعددی تاثیر می‌گذارد. بر اساس مباحث نظری در این تحقیق می‌توان گفت سرمایه اجتماعی از دو جنبه ساختاری و جنبه شناختی بر روی سلامت روانی تاثیر می‌گذارد. جزء ساختاری سرمایه اجتماعی شامل ارتباطات، زندگی همبسته گروهی و مشارکت مدنی، و جزء شناختی آن شامل حمایت، اعتماد، همبستگی و تعهد متقابل می‌شود. جنبه ساختاری سرمایه اجتماعی می‌تواند به طور رسمی و یا غیر رسمی اثرات حوادث منفی زندگی مانند از دست دادن شغل را با افزایش حمایت‌های اجتماعی، عاطفی و روانی کاهش دهد. از طرف دیگر جنبه شناختی سرمایه اجتماعی (مانند اعتماد، داشتن حس تعلق و ارزش‌های مشترک) ممکن است حس امنیت و عزت نفس و در نتیجه سلامت روانی را افزایش دهد.

۲) پیشینه تحقیق

مرزآبادی (۱۳۸۳) در مطالعه «بررسی نقش استرس‌های فرهنگی در بهداشت روانی دانشجویان» به این نتیجه رسید که متغیرهایی چون جنسیت، قومیت، وضعیت شغلی، الگوهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان ارتباط معناداری داشته است.

جوان شیخی (۱۳۸۰) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه وضعیت فرهنگی - اجتماعی

خانواده با میزان سازگاری اجتماعی دانشجویان خوابگاهی دانشگاه الزهراء نشان داد عمده‌ترین مشکلات دانشجویان خوابگاهی، مشکلات سازگاری، عاطفی، رفاهی، و بهداشتی، مالی، تحصیلی و بالاخره جسمی (بیماری) می‌باشد.

بحرینیان و رستمی (۱۳۸۱) در تحقیقی با عنوان «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران ورودی سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹»، نشان دادند شیوع اختلال روانی در دانشجویان با رتبه کنکور و شغل پدر آنها دارای ارتباط معنی‌دار است (بحرینیان، ۱۳۸۱).

امیری اختیاری (۱۳۸۳) در «مقایسه بهداشت روانی بین دانشجویان مجرد و متأهل خوابگاهی»، نتیجه گرفت که بین دانشجویان مجرد و متأهل، در سلامت روانی (یعنی اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی) تفاوت معناداری وجود ندارد.

استوار و همکارانش (۱۳۸۳) در تحقیقی با عنوان «بررسی رابطه انسجام خانوادگی با میزان سازگاری روانی - اجتماعی در گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز» به این نتیجه رسیدند که بین انسجام خانوادگی و اضطراب اجتماعی، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی و ترس از ارزیابی منفی، همبستگی معکوس وجود دارد.

لی و همکارانش در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی به عنوان مانع استرس‌های فرهنگ‌پذیری» به مطالعه سلامت روانی در میان دانشجویان کره در سال ۲۰۰۴ پرداختند. به نظر آنها دانشجویانی که از سطح بالایی از حمایت اجتماعی برخوردارند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ‌پذیری کم‌تری دارند (Lee, et al., 2004: 399-414).

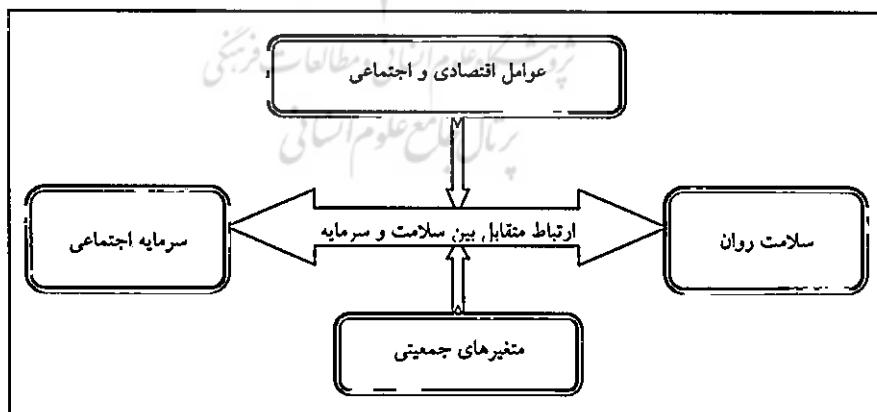
تامپسون و همکارانش در سال ۲۰۰۲ تحقیقی با عنوان «زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی سلامت روانی مهاجران فیلیپینی در استرالیا» انجام دادند. نتایجی که از این پژوهش به‌دست آمده نشان می‌دهد که درگذر از یک جامعه جمع‌گرا به جامعه‌ای فردگرا، زنان با بسیاری از مشکلات و فشارهای روانی و عاطفی حمایت‌های اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علائق مشترک گرفتار می‌شوند (Thompson, et. al., 2002: 671-678).

سیلورا و آلبک در تحقیقی با عنوان «مهاجرت، سالخورده‌گی و سلامت روانی در بین بزرگسالان مرد در سومالی» به این نتیجه رسیدند که حمایت خانوادگی پایین، تنهایی، دسترسی محدود و نامناسب به خدمات جمعی و تحقیر اجتماعی در مختل شدن سلامت روانی مهاجران موثر بودند (Silvera & Allbech, 2001: 306-320).

شیریان و شیریان تحقیقی با عنوان «همسایگی، رضایت‌مندی از محل سکونت و سلامت روانی بزرگسالان شهری در اوهایو» انجام داده‌اند که نتایج پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد که همسایگی به عنوان یک حمایت‌کننده اجتماعی، برای سلامت روانی مهاجران بسیار موثر است (Schwirian & Schwirian, 1993: 285-299). اسکوبر در بررسی وضعیت سلامت روانی مهاجران مکزیک به نقش عواملی چون حمایت‌های اجتماعی، حفظ سنت‌های فرهنگی و ارزش‌های مذهبی اشاره می‌کند (Desouza, 2005: 16).

نتایج حاصل از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که بیش‌تر تحقیقات انجام شده، به رابطه‌ی یک بعد از سرمایه اجتماعی با سلامت روانی پرداخته‌اند. تحقیقات داخلی بیش‌تر بر متغیرهای جمعیتی، و تحقیقات خارجی بر عوامل اجتماعی به خصوص زمینه خانوادگی و تاثیر آن در سلامت روانی متمرکز شده‌اند. آن‌چه در این تحقیق مدنظر است، ارتباط ابعاد سه‌گانه سرمایه اجتماعی با سلامت روان دانشجویان و هم‌چنین مقایسه آن در دو دانشگاه تهران و شیراز است. نمودار شماره ۱ روابط میان متغیرها را در قالب مدل تجربی تحقیق نشان می‌دهد.

نمودار ۱: مدل تجربی تحقیق



مهم‌ترین فرضیات در این تحقیق عبارت‌اند از:

الف) بین سرمایه اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان غیربومی شیراز و تهران رابطه وجود دارد.

ب) بین متغیرهای جمعیتی (سن، جنس، درآمد، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی و قومیت و نوع دانشگاه) و سلامت روانی دانشجویان غیربومی شیراز و تهران رابطه وجود دارد.

ج) بین عوامل اقتصادی (محل سکونت و وضعیت شغلی) و سرمایه اجتماعی دانشجویان رابطه وجود دارد.

۳) روش تحقیق

۳-۱) جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد مطالعه، دانشجویان غیربومی دو دانشگاه تهران و شیراز هستند که بر اساس آخرین آمار رسمی اداره آموزش دانشگاه در سال ۱۳۸۶، جمعیت کل دانشجویان دو دانشگاه به ترتیب برابر ۳۰۶۱۱ و ۱۱۷۷۱ نفر می‌باشند. از این تعداد ۵۰۰ نفر نمونه‌گیری تصادفی از دو دانشگاه برای مطالعه انتخاب شدند. قابل ذکر است در این تحقیق برای تعیین حجم نمونه از جدول لین استفاده شده است (Lin, 1974).

۳-۲) روش و ابزار پژوهش

به اقتضای موضوع تحقیق و با توجه به امکانات، روش پیمایش به منزله مناسب‌ترین روش برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه انجام گرفته است. قابل ذکر است که نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط نویسندگان مقاله که یکی در شیراز و دیگری در تهران بود، انجام شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، کار تحلیل داده‌ها ابتدا جداگانه و سپس در مقایسه با هم انجام گرفت.

در پژوهش حاضر برای تعیین ابزار از روایی صوری^۱ و روایی سازه استفاده شده و برای به دست آوردن پایایی^۲ آن از آلفاکرونباخ استفاده شده است. میزان آلفای کرونباخ برای سلامت روانی برابر ۰/۸۱ و برای سرمایه اجتماعی ۰/۷۹ بود که بیانگر پایایی یا مناسب بودن ابزار تحقیق است. جهت ارزیابی روایی سازه‌ای، ضمن استناد به مبانی نظری، از تحلیل عامل^۳ استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل عامل برای متغیر سلامت روانی نشان می‌دهد که کلیه گویه‌های آن بر یک بار عاملی قرار گرفتند. آزمون KMO در این ماتریس برای سلامت روانی برابر ۰/۷۸ بود و آزمون کرویت بارتلت در سطح حداقل ۹۵ درصد اطمینان این معنی‌داری را نشان داد، که خود دلیلی بر وجود روایی سازه‌ای تحقیق است.

۳-۳) تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های تحقیق حاصل استخراج پرسش‌نامه‌هایی است که توسط ۵۰۰ نفر دانشجوی غیربومی در دو دانشگاه شیراز و تهران تکمیل گردیده و سپس با استفاده از بسته نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی (SPSS)^۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفته است. از روش‌های آماری ضریب همبستگی و تحلیل واریانس برای آزمون فرضیات و تکنیک تحلیل ممیزی برای سنجش مدل تحقیق استفاده شد. در این تحقیق برای این‌که مشخص شود وضعیت‌هایی مثل سلامت روانی و سرمایه اجتماعی دانشجویان در دو بعد (وجود و نبود این دو وضعیت) بر اساس کدام ویژگی‌های افراد شناخته می‌شود، از تحلیل ممیزی^۵ استفاده شده است. قابل ذکر است که تحلیل ابتدا بر روی دو متغیر اساسی (سرمایه و

1. Face Validity
2. Reliability
3. Factor Analysis
4. Statistical Package for Social Science (SPSS)
5. Discriminate Analysis

سلامت) انجام گرفت و در تحلیل مدل سعی شد تمامی متغیرها برای هر یک از دو سازه فوق با هم وارد شوند تا تبیین بهتری صورت گیرد.

۳-۴) تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

الف) سلامت روانی: عبارت است از استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و موثر کار کردن، در موقعیت‌های دشوار انعطاف پذیر بودن و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود (WHO, 2001: 7). در این تحقیق برای سنجش سلامت روانی از شجویان، از تلفیق سوالاتی از فرم ۲۸ سوالی سازمان جهانی بهداشت و مقیاس Scl-90 استفاده شده است و با استفاده از ۱۵ گویه بر مبنای طیف لیکرت سنجیده شده است. سوالات سلامت روانی در توصیف مواردی چون بعد اجتماعی، هیجانی، افسردگی و استرس‌های روانی طراحی شدند. نمره‌گذاری این گویه‌ها بدین صورت است که به «کاملاً موافق»، عدد ۵ و «کاملاً مخالف»، عدد ۱ داده شده است. پس از تحلیل داده‌ها، نمره این متغیر به صورت فاصله‌ای بین نمره ۱۵ تا ۷۵ به دست آمد.

ب) سرمایه اجتماعی: سرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از شبکه‌های اجتماع محلی، سطوح بالای تعهد یا مشارکت در شبکه‌های اجتماع محلی، احساس تجماع و برابری و هنجارهای تعمیم‌یافته مربوط به اعتماد و کمک متقابل بین اعضای اجتماع محلی است (Campbell & Jovchelovitch, 2000: 259). در این مقاله سرمایه اجتماعی در ابعادی چون اعتماد افراد نسبت به یکدیگر، مشارکت آن‌ها در زمینه زندگی خوابگاهی و حمایت‌های اجتماعی، مالی و روانی در میان آن‌ها سنجش شده است. این ابعاد با استفاده از مقیاس لیکرت با ۱۵ گویه سنجش شده است. بعد اعتماد با ۵ گویه، مشارکت با ۶ گویه و حمایت با ۴ گویه سنجیده شده است. قابل ذکر است که کدگذاری سوالات برای «کاملاً موافق» با عدد ۴ و «کاملاً مخالف» با عدد ۱ ثبت شده است. در تحلیل ممیزی پیش‌بینی احتمال افزایش سلامت روانی و سرمایه اجتماعی و متغیرهای مرتبط با آن‌ها انجام گرفته است؛ لذا پاسخ‌ها در قالب طیف لیکرت مجدداً کدگذاری شده و به دو گروه سلامت

روانی بالا که حاصل میانگین نمرات دو مفهوم فوق به اضافه یک انحراف معیار و منهای یک انحراف معیار است، که محاسبه شده و در تحلیل ممیزی وارد شده‌اند. در این تحقیق متغیرهای جمعیتی (سن، جنس، درآمد، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، قومیت و نوع دانشگاه) و عوامل اقتصادی و اجتماعی (محل سکونت و وضعیت شغلی) به صورت تک تک در ارتباط با دو سازه سلامت و سرمایه اجتماعی مورد تحلیل قرار نمی‌گیرند، بلکه در مدل تحقیق (تحلیل ممیزی) سنجش خواهند شد و اثر نسبی هر کدام مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۴) یافته‌های تحقیق

۴-۱) یافته‌های زمینه‌ای

۶۳/۴ درصد از پاسخ‌گویان در دانشگاه تهران مرد و ۳۶/۶ درصد آن‌ها زن می‌باشند. این مقیاس برای دانشگاه شیراز نیز مشابه بود (۶۴ درصد مرد و ۳۵ درصد زن). بیش‌ترین پاسخ‌گویان در دو دانشگاه در مقطع تحصیلی کارشناسی و کم‌ترین درصد آن‌ها در دو مقطع دکتری و فوق دیپلم قرار دارند. ۷۵/۵ درصد آن‌ها در شیراز و ۶۴/۶ درصد در دانشگاه تهران در خوابگاه دانشجویی سکونت دارند و بقیه در خانه‌های اجاره‌ای بوده‌اند. از نظر وضعیت تاهل ۷۰ درصد در تهران و ۶۸ درصد آن‌ها در شیراز مجرد و بقیه افراد پاسخ‌گو متاهل می‌باشند. نتایج نشان می‌دهد که ۶۵/۶ درصد افراد در تهران و ۷۵ درصد آن‌ها در شیراز، فارس و به ترتیب ۱۷/۳ در تهران و ۲/۴ در شیراز کرد، ۲۳/۸ درصد در شیراز و ۱۷/۶ درصد آن‌ها در تهران لر، ۳۳/۴ درصد در تهران و ۱۱/۱ درصد در شیراز ترک و کم‌ترین درصد پاسخ‌گویان را قومیت‌های بلوچ، عرب و سایر قومیت‌ها تشکیل می‌دهند. به نظر می‌رسد که تفاوت قومیت‌های متفاوت در دو دانشگاه بی‌ربط به فاصله جغرافیایی نیست، چنان‌چه بیش‌ترین درصد اقوام لر در دانشگاه شیراز و در عین حال کم‌ترین تعداد کردها در این دانشگاه هستند؛ این نتیجه در دانشگاه تهران برعکس می‌باشد. از نظر وضعیت شغلی، ۴۳/۹ درصد از دانشجویان دانشگاه تهران شاغل و ۵۶/۱ درصد

آن‌ها بیکار می‌باشد. این شاخص برای شیراز به ترتیب برابر ۳۸/۷ درصد و ۶۱/۳ درصد می‌باشد.

۲-۴) وضعیت سرمایه اجتماعی و سلامت روانی

جدول شماره ۱ مقایسه نمره میانگین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی میان دانشجویان غیربومی دو دانشگاه شیراز و تهران را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره سرمایه اجتماعی در این دو دانشگاه با هم تفاوت دارد، به طوری که میانگین این نمره برای دانشگاه تهران و شیراز به ترتیب ۶۴/۴۵ و ۵۸/۱۶ می‌باشد و این تفاوت بر اساس آزمون T در سطح حداقل ۹۵ درصد معنی‌دار بوده و فرضیه مذکور قابل پذیرش است. نتایج هم‌چنین نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روانی دو دانشگاه با هم تفاوت دارد به طوری که میانگین این نمره برای دانشگاه تهران و شیراز به ترتیب ۵۲/۶۷ و ۴۲/۵۹ می‌باشد و این تفاوت بر اساس آزمون T معنی‌دار بوده و فرضیه مذکور قابل پذیرش است. میانگین سلامت روان و سرمایه اجتماعی برای دانشجویان ساکن در خوابگاه دانشگاه تهران در مقایسه با نمره آن‌ها در دانشگاه شیراز در سطح بالایی قرار دارد.

جدول ۱: وضعیت سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و مقایسه میانگین آن‌ها در بین دانشجویان

شاخص‌های سرمایه اجتماعی و سلامت روان	دانشگاه تهران	دانشگاه شیراز
میانگین	۶۴/۴۵	۵۸/۱۶
انحراف معیار	۸/۱۶	۷/۴۲
آزمون T	۶/۴۸	
سطح معنی‌داری T	۰/۰۰۰	
میانگین	۵۲/۶۷	۴۲/۵۹
انحراف معیار	۱۱/۳۶	۱۱/۷۹
آزمون T	۹/۷۲	
سطح معنی‌داری T	۰/۰۰۰	

۳-۴) رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی

جهت بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیربومی دو دانشگاه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج حاصل از این آزمون نشان می‌دهد که بین سلامت روانی و میزان سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز مقدار همبستگی برابر $0/48$ است و این در حالی است که برای دانشگاه تهران $0/59$ می‌باشد. نکته حائز اهمیت این است که میزان سرمایه اجتماعی در میان دانشجویان تهران بیش‌تر از میزان آن برای دانشجویان دانشگاه شیراز می‌باشد، و این رابطه در سطح 95 درصد معنادار است.

۴-۴) تحلیل ممیزی

در این تحقیق برای این‌که مشخص شود وضعیتی مثل سلامت روانی و سرمایه اجتماعی دانشجویان غیربومی در خوابگاه‌های دانشجویی در دانشگاه شیراز و تهران در دو گروه (احتمال وجود سلامت یا سرمایه روانی قوی و ضعیف) بر اساس کدام ویژگی‌های افراد شناخته می‌شود، و برای بررسی تفاوت‌های موجود بین دو وضعیت مذکور، از تحلیل ممیزی استفاده شده است. نتایج آزمون‌های آماری در تحلیل ممیزی برای مدل سلامت روانی دانشجویان غیرساکن در دو دانشگاه به صورت ذیل است:

ضریب لامبدا و یلکز^۱ با مقدار $0/74$ گویای این واقعیت است که اختلاف معنی داری بین میانگین نمره ممیزی دو وضعیت (وجود سلامت روانی قوی و ضعیف) وجود دارد. ضریب همبستگی کانونیکال^۲ با مقدار $0/62$ نشان می‌دهد که بین دو وضعیت (وجود سلامت روانی قوی و ضعیف) و نمره ممیزی، همبستگی نسبتاً بالایی وجود دارد. این مقدار، مطلوبیت بیش‌تر مدل در پیش‌بینی وضعیت سلامت روانی دو دانشگاه را نشان

1. Wilks Lambda Coefficient.
2. Canonical Coefficient.

می‌دهد. ویژه مقدار^۱ در این تحقیق برابر $0/64$ می‌باشد که نشان‌دهنده این است که مدل دارای توانایی نسبتاً متوسطی می‌باشد. مقدار درصد صحت برابر $0/81$ ، میزان صحت را در سطح بالایی نشان می‌دهد. آزمون کای اسکور در این مطالعه در سطح $0/95$ اطمینان معنی دار است و بر قدرت تمیز خوب تابع ممیزی دلالت دارد. جدول شماره ۲ میزان همبستگی متغیرهای مستقل و تابع ممیزی استاندارد شده سلامت روانی را نشان می‌دهد. در این جدول برای تحلیل وضعیت سلامت روانی دانشجویان دو دانشگاه در چارچوب تحلیل ممیزی، تابع استاندارد شده ممیزی به شرح ذیل است:

دانشگاه تهران = تحلیل ممیزی (D.A) = سرمایه اجتماعی ($0/64$) + سن ($0/31$) + میزان درآمد خانواده ($0/28$) + وضعیت تاهل ($0/45$) + قومیت ($0/14$).

دانشگاه شیراز = تحلیل ممیزی (D.A) = سرمایه اجتماعی ($0/52$) + سن ($0/25$) + میزان درآمد خانواده ($0/26$) + وضعیت تاهل ($0/44$) + قومیت ($0/32$).

ضرایب استاندارد بیان‌گر اهمیت نسبی هر یک از متغیرها در تمایز بین دو وضعیت سلامت روانی در دو دانشگاه است. چنانچه از نتایج بر می‌آید، میزان سرمایه اجتماعی از میان سایر متغیرهای موجود در مدل دارای قوی‌ترین همبستگی با تابع ممیزی است، به نحوی که مقدار آن برای دانشجویان دانشگاه تهران برابر $0/64$ است و برای دانشجویان دانشگاه شیراز برابر $0/52$ می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که این میزان سرمایه اجتماعی میان دانشجویان دانشگاه تهران بیش‌تر از دانشگاه شیراز است. لذا این متغیر نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی مهم‌ترین سازه متمایزکننده بین دو وضعیت سلامت روانی قوی و سلامت روانی ضعیف در میان دانشجویان غیربومی در خوابگاه و دانشگاه می‌باشد. با فاصله اندکی از این متغیر، متغیرهایی چون سن، وضعیت تاهل، طبقه اجتماعی و درآمد قومیت برای دو دانشگاه وارد مدل شده‌اند. متغیرهای وضعیت تاهل، سن و میزان درآمد خانوادگی از متغیرهایی می‌باشند که با ضریب همبستگی بین $0/22$ تا $0/45$ از اهمیت متوسطی در تمایز بین دو گروه مورد مطالعه برخوردارند و نهایتاً متغیری چون قومیت از

1. Eigen Value

متغیرهایی است که به دلیل پایین بودن ضریب همبستگی آن‌ها با تابع ممیزی اهمیت کم‌تری دارد.

در جدول شماره ۲، معیار دیگر مقایسه، میانگین‌های دو وضعیت از سلامت روانی دانشجویان در دو دانشگاه است. بین دو گروه از نظر بیش‌تر ویژگی‌های مذکور تفاوت معناداری وجود دارد. برای مثال سرمایه اجتماعی افراد در گروه اول (سلامت روانی قوی) بیش‌تر از وضعیت دوم (سلامت روانی ضعیف)، و هم‌چنین در بین دانشجویان دانشگاه تهران این نتایج با دانشگاه شیراز تفاوت دارد.

جدول ۲: میزان همبستگی متغیرهای مستقل و تابع ممیزی استاندارد شده سلامت روانی

معنی داری	میانگین‌ها سلامت روانی در دانشگاه				تابع ممیزی		متغیرهای پیش‌بینی‌کننده
	سلامت روانی ضعیف		سلامت روانی قوی		دانشگاه شیراز	دانشگاه تهران	
	شیراز	تهران	شیراز	تهران	شیراز	تهران	
۰/۰۰۰	۳۷/۱۲	۳۹/۳۹	۶۲/۱۱	۶۰/۷۱	۰/۵۲	۰/۶۴	سرمایه اجتماعی
۰/۰۳۵	۲۴/۴۱	۲۳/۷۷	۲۷/۳۱	۲۶/۷۴	۰/۲۵	۰/۳۱	سن
۰/۰۰۰	۳۴/۵۰	۳۰/۲۷	۲۸/۴۳	۳۵/۱۷	۰/۲۶	۰/۲۸	میزان درآمد خانواده
۰/۰۰۶	۱۱/۵۴	۱۱/۵۲	۱۳/۲۵	۱۲/۴۷	۰/۴۴	۰/۴۵	وضعیت تاهل
۰/۰۲۱	۳/۱۲	۴/۵۸	۳/۳۵	۳/۴۰	۰/۳۲	۰/۱۴	قومیت

بحث اساسی دیگر در تحلیل ممیزی همبستگی میان متغیرهای مستقل موجود در مدل ممیزی است که هر اندازه این ضریب بین متغیرهای مستقل قوی‌تر باشد، می‌تواند کارایی مدل ممیزی را بیشتر مورد تردید قرار دهد. نتایج نشان می‌دهد که همبستگی بین متغیرهای مستقل وارد شده در مدل ممیزی همبستگی چندانی با هم ندارند و این نشان‌دهنده این مطلب است که متغیرهای مستقل، زیاد تحت تاثیر همدیگر عمل نکرده و تا حدودی مستقل از همدیگر بر روی متغیر وابسته تاثیرگذار بوده‌اند.

ارزیابی توانایی مدل وضعیت سلامت روانی دانشجویان در دانشگاه را می‌توان با توجه

به میزان توانایی مدل تحلیل ممیزی در درست طبقه‌بندی نمودن دو گروه از دانشجویان با وضعیت سلامت قوی و سلامت روانی ضعیف بررسی کرد. نتایج ارزیابی نهایی مدل تحلیل ممیزی در جدول شماره ۳ آمده است. هر تابع ممیزی را می‌توان بر مبنای میزان دقت آن تابع در طبقه‌بندی صحیح گروه‌ها مورد ارزیابی قرار داد. همان‌طور که در جدول شماره ۳ آمده است تابع ممیزی حاصل از مدل کلی نشان می‌دهد که در کل ۵۹/۶ درصد از موارد می‌توانند گروه‌بندی دانشجویان در دو وضعیت سلامت روانی بررسی شده را به صورت صحیح پیش‌بینی کنند. با جمع‌آوری اطلاعات مربوط به دانشجویان می‌توان با توجه به تابع به دست آمده برای این مدل، درصد احتمال ورود هر وضعیت از سلامت روانی را محاسبه کرد.

جدول ۳: نتایج نهایی گروه‌بندی براساس تحلیل ممیزی (دانشجویان دو دانشگاه تهران و شیراز)

پیش‌بینی عضویت برای دو دانشگاه		تعداد		تعداد نمونه	گروه‌های واقعی
گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱		
۲۱/۴	۷۸/۶	۶۵	۲۳۵	۳۰۰	گروه ۱: وضعیت سلامت روانی قوی
۳۰/۳	۶۹/۷	۶۳	۱۳۷	۲۰۰	گروه ۲: وضعیت سلامت روانی ضعیف
درصد صحت گروه بندی دو وضعیت سلامت روانی دانشجویان در مدل ممیزی = ۵۹/۴					

نتایج آزمون‌های آماری در تحلیل ممیزی برای مدل سرمایه اجتماعی دانشجویان در دو دانشگاه به صورت ذیل است: مقدار لامبدا برابر ۰/۶۹ گویای این واقعیت است که اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره ممیزی در دو وضعیت (وجود سرمایه اجتماعی قوی و ضعیف) وجود دارد. ضریب همبستگی کانونیکال با مقدار ۰/۷۳ نشان می‌دهد که بین دو وضعیت (وجود سرمایه اجتماعی قوی و ضعیف) و نمره ممیزی همبستگی نسبتاً بالایی وجود دارد. در این مدل، ویژه مقدار برابر ۰/۷۸ نشان‌دهنده این است که مدل دارای توانایی نسبتاً متوسطی می‌باشد. از آن‌جا که مقدار صحت پیش‌بینی آن در این مدل ممیزی

برابر ۰/۶۰ است، لذا میزان صحت را در سطح بالایی نشان می‌دهد. جدول شماره ۴ میزان همبستگی متغیرهای مستقل و تابع ممیزی استاندارد شده سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد. در این جدول برای تحلیل وضعیت سرمایه اجتماعی دانشجویان دو دانشگاه در چارچوب تحلیل ممیزی، تابع استاندارد شده ممیزی به شرح ذیل است:

دانشگاه تهران: تحلیل ممیزی (D.A.) = سلامت روانی (۰/۵۲) + رشته تحصیلی (۰/۴۲) + مقطع تحصیلی (۰/۳۷) + سن (۰/۳۲) + وضعیت تاهل (۰/۱۷).

دانشگاه شیراز: تحلیل ممیزی (D.A.) = سلامت روانی (۰/۵۰) + رشته تحصیلی (۰/۴۵) + مقطع تحصیلی (۰/۳۷) + سن (۰/۳۴) + وضعیت تاهل (۰/۲۶).

ضرایب استاندارد بیان‌گر اهمیت نسبی هر یک از متغیرها در تمایز بین دو وضعیت سرمایه اجتماعی در دو دانشگاه را نشان می‌دهد. چنانچه از نتایج بر می‌آید، میزان سلامت روانی از میان سایر متغیرهای موجود در مدل دارای قوی‌ترین همبستگی با تابع ممیزی است، به نحوی که مقدار آن برای دانشجویان دانشگاه تهران برابر $r=0/52$ و برای دانشجویان دانشگاه شیراز برابر $r=0/50$ می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که این میزان سلامت روانی میان دانشجویان دانشگاه تهران بیش‌تر از دانشگاه شیراز است. لذا این متغیر نشان می‌دهد که سلامت روانی مهم‌ترین سازه متمایزکننده بین دو سرمایه اجتماعی روانی قوی و سرمایه اجتماعی ضعیف در میان دانشجویان غیربومی در خوابگاه دو دانشگاه می‌باشد. با فاصله اندکی از این متغیر، متغیرهایی چون سن، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی و وضعیت تاهل برای دو دانشگاه وارد مدل شده‌اند. در جدول شماره ۴ معیار دیگر مقایسه، میانگین‌های دو وضعیت از سرمایه اجتماعی دانشجویان در دو دانشگاه است. بین دو گروه از نظر بیش‌تر ویژگی‌های مذکور تفاوت معناداری وجود دارد. برای مثال سلامت روانی افراد در گروه اول (سرمایه اجتماعی قوی) بیش‌تر از وضعیت دوم (سرمایه اجتماعی ضعیف) است، و هم‌چنین در بین دانشجویان دانشگاه تهران، این نتایج با دانشگاه شیراز تفاوت دارد.

جدول ۴: میزان همبستگی متغیرهای مستقل و تابع ممیزی استاندارد شده سرمایه اجتماعی

معنی داری	میانگین سرمایه اجتماعی در دانشگاه				تابع ممیزی		متغیرهای پیش‌بینی کننده
	سرمایه اجتماعی ضعیف		سرمایه اجتماعی قوی		دانشگاه شیراز	دانشگاه تهران	
	شیراز	تهران	شیراز	تهران			
۰/۰۰۰	۵۱/۳۲	۵۷/۲۶	۵۰/۲۴	۵۵/۵۱	۰/۵۰	۰/۵۲	سلامت روانی
۰/۰۰۱	۲۸/۴۱	۲۳/۳۱	۲۲/۴۴	۱۸/۳۶	۰/۳۷	۰/۳۷	مقطع تحصیلی
۰/۰۰۴	۲۶/۵۰	۲۷/۲۷	۲۸/۶	۲۵/۳۴	۰/۳۴	۰/۳۲	سن
۰/۰۰۰	۱۵/۷۱	۱۱/۳۴	۱۳/۷۳	۱۴/۳۵	۰/۲۶	۰/۱۷	وضعیت تاهل

نتایج ارزیابی نهایی مدل تحلیل ممیزی در جدول شماره ۵ آمده است. هر تابع ممیزی را می‌توان بر مبنای میزان دقت آن تابع در طبقه‌بندی صحیح گروه‌ها مورد ارزیابی قرار داد. همان‌طور که در جدول شماره ۵ آمده است، تابع ممیزی حاصل از مدل کلی نشان می‌دهد که در کل، ۶۰ درصد از موارد می‌توانند گروه‌بندی دانشجویان در دو وضعیت سرمایه اجتماعی بررسی شده را به صورت صحیح پیش‌بینی کنند. با جمع‌آوری اطلاعات مربوط به دانشجویان هدف می‌توان با توجه به تابع به دست آمده برای این مدل، درصد احتمال ورود هر وضعیت از سرمایه اجتماعی را محاسبه کرد.

جدول ۵: نتایج نهایی گروه‌بندی براساس تحلیل ممیزی (دانشجویان دو دانشگاه تهران و شیراز)

پیش‌بینی عضویت برای دو دانشگاه		تعداد نمونه		تعداد نمونه	گروه‌های واقعی
درصد		تعداد			
گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱		
۲۸/۵۷	۷۱/۴۲	۱۰۰	۲۵۰	۳۵۰	گروه ۱: وضعیت سرمایه اجتماعی قوی
۳۳/۳	۶۶/۶	۵۰	۱۰۰	۱۵۰	گروه ۲: وضعیت سرمایه اجتماعی ضعیف
درصد صحت گروه بندی دو وضعیت سرمایه اجتماعی دانشجویان در مدل ممیزی = ۶۰					

با توجه به نتیجه‌گیری حاصل از تحلیل ممیزی می‌توان این مدل را به عنوان ابزاری در جهت تشخیص این که کدام عوامل می‌توانند سرمایه اجتماعی دانشجویان را بالا ببرند، استفاده نمود. براین اساس، نهادهای مرتبط در افزایش سرمایه اجتماعی دانشجویان می‌توانند با این مدل و پژوهش آن در نقاط مختلف، توسط آن، درصد احتمال افزایش سرمایه اجتماعی را محاسبه نمایند. قابل ذکر است متغیرهایی که در این مدل‌ها وارد نشده‌اند، با دو سازه سلامت روان و سرمایه اجتماعی معنادار نبوده‌اند.

۵) بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مقاله نشان می‌دهد که میان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از ضریب همبستگی محاسبه شده در دانشگاه تهران برای دو متغیر سلامت روانی و سرمایه اجتماعی، $r=0/59$ می‌باشد. این در حالی است که این مقادیر در دانشگاه شیراز برابر $r=0/48$ می‌باشد. نتایج حاصل از این ضریب به ما می‌گوید که رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در سطح حداقل ۹۵ درصد معنی‌دار است.

در این مقاله از آن‌جا که لازم بوده وضعیت دو مفهوم سلامت روانی و سرمایه اجتماعی را در بین دانشجویان دو دانشگاه شیراز و تهران بررسی شود، لذا جهت برآورد احتمال هر کدام و نقش متغیرهای مختلف در آن‌ها از تحلیل ممیزی استفاده شده است. نتایج حاصل از تحلیل ممیزی برای سلامت روانی نشان می‌دهد که احتمال ارتقاء سلامت روانی میان دانشجویان تحت تاثیر متغیرهایی بوده است. این متغیرها روی هم رفته توانسته‌اند $59/6$ درصد صحت احتمال سلامت روانی و $60/0$ درصد صحت احتمال سرمایه اجتماعی را مشخص نمایند.

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد هر اندازه افراد در این ساختار دارای سرمایه اجتماعی بالاتری باشند (به این معنا که این متغیر به عنوان مجموعه‌ای از ذخائر ارزش‌مند مانند اعتماد متقابل، حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، وجود شبکه‌های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی و مشارکت در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی برای افراد وجود

داشته باشد)، سلامت روانی آن‌ها در جامعه جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. نتایج تحقیق مبین ارتباط بین سطح نظری و تجربی تحقیق می‌باشد. این یافته‌ها علاوه بر این که اهمیت نسبی سرمایه اجتماعی را در ارتقا سلامت روانی افراد نشان می‌دهد، بیان‌گر تایید و اهمیت نسبی مطالعات و تحقیقات پیشین نیز می‌باشد. در تحقیقات انجام شده داخلی پیش‌تر به متغیرهای جمعیتی (مرزآبادی، ۱۳۸۳)، تاثیر خانواده (جوان شیخی، ۱۳۸۰)، وضعیت سلامت روان (بحرینیان، ۱۳۸۱) و وضعیت تاهل (امیری اختیاری، ۱۳۸۳) و تحقیقات خارجی، به عوامل اجتماعی و فرهنگی به خصوص زمینه خانوادگی و رضایت اجتماعی (Lee, et al., 2004; Thompson, 2002; Silvera & Allebech, 2001) و تاثیر آن در سلامت روانی توجه شده است.

این نتایج براساس رویکرد شبکه اجتماعی که وجود شبکه‌های اجتماعی در جامعه را به عنوان یک حائل در مقابل عامل فشارزای درونی می‌داند (Caroline, 2000: 108-109)، با بحث اعتماد ورزی، صداقت، ادای تعهدات و ارتباطات دو جانبه فوکویاما (اونو، ۱۳۸۴: ۲۸)، مشارکت اجتماعی کاواچی و انسجام اجتماعی وایتفورد (Whiteford, 2000) و همچنین دیدگاه‌های راگلر و رویکرد بوم شناختی مطابقت دارد. براین اساس می‌توان گفت وجود سرمایه اجتماعی در میان دانشجویان بسیاری از ترتیبات رسمی و کنترل‌های قانونی را غیررسمی و با هزینه کم‌تر به انجام می‌رساند، گویی که سرمایه اجتماعی ماشین اقتصاد را روغن کاری می‌کند تا روان‌تر و سریع‌تر حرکت نماید. در این راستا فوکویا معتقد است که تفاوت کشورها به لحاظ ساختار صنعتی‌شان بیش از آن که به سطح توسعه آن‌ها ربط داشته باشد به سرمایه اجتماعی‌شان - یعنی میزان اعتمادورزی افراد یک جامعه به یکدیگر و نیز مشارکت آن‌ها در تشکیل گروه‌ها و انجمن‌های شهروندی - بستگی دارد. لذا سطح بالاتر سرمایه اجتماعی در میان دانشجویان موجب پیدایش وضعیت روانی کارا و پویاتر می‌شود و از این روست که ارتباط وثیق و مستحکم بین سرمایه اجتماعی و توسعه هر جامعه وجود دارد و رتبه هر یک در دیگری منعکس می‌شود. احساس مسئولیت، حمایت‌های اجتماعی و احساس تعلق به همدیگر در قالب سرمایه اجتماعی از مباحثی

است که انجمن سلامت روانی کانادا نیز روی آن تاکید دارد.

در پژوهش حاضر بین سلامت روانی سرمایه اجتماعی دانشجویان تهران در مقایسه با دانشجویان شیراز تفاوتی معناداری مشاهده شده است. علت مشاهده این تفاوت معنادار این است که بین دو گروه از لحاظ ویژگی‌های سکونت، وضعیت آب و هوایی و نوع روابط و جو حاکم بر دو دانشگاه تفاوت وجود دارد. همچنین عوامل دیگری مانند نمونه‌های انتخاب شده، نوع خوابگاه دانشجویی و همچنین مشکلات مربوط به خوابگاه‌ها و مشکلات خاص خود دانشجویان در این تفاوت نقش دارند.

اعتماد کردن دانشجویان به همدیگر در قالب سرمایه اجتماعی متضمن نوعی خوش‌بینی و به این مفهوم است که این افراد حتی در غیاب سازوکارهای قانونی نیز به دلایل اخلاقی به تعهدات خود پایبند می‌مانند. هرگونه تلاش برای احیای اعتماد اجتماعی از مسیر احیای حیات اخلاقی می‌گذرد. اگر چه مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که مشارکت افراد در فعالیت‌های مدنی و انجمن‌های داوطلبانه معمولاً سطح بالاتری از اعتماد را در میان آن‌ها ایجاد می‌کند، اما این امر تنها در صورتی تحقق می‌یابد که فعالیت‌های این گونه گروه‌ها و انجمن‌ها زمینه تعامل میان افراد را فراهم کرده و به شناخت عمیق‌تر اعضا از یکدیگر بیانجامد. در این راستا روز عنوان می‌کند که سرمایه اجتماعی و فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقش موثری در ارتقاء سلامت روانی افراد دارد (Rose, 2000: 1424). بر اساس نتایج حاصل از این مقاله می‌توان راهکارهایی جهت افزایش سلامت روانی و سرمایه اجتماعی دانشجویانی که در خوابگاه‌های دانشجویی زندگی می‌کنند، ارائه داد:

الف) تدوین سیاست‌هایی که در آن به سلامت روان به عنوان پدیده‌ای برای هدایت فرایندهای روانی دانشجویان نگریسته شود، این امر با تشکیل کمیته‌های دانشجویی بهداشت روان در دانشگاه‌ها قابل اجرا می‌باشد.

ب) تغییر نگرش و آگاه نمودن دانشجویان از اهمیت و حیاتی بودن برنامه‌های بهداشت روان. (ج) آموزش همگانی بهداشت روان از طریق نوعی سیستم تبلیغاتی و رسانه‌های گروهی.

د) تقویت پایه‌های مناسبات اجتماعی، حس مشارکت و همکاری و همبستگی بین افراد جهت جلوگیری از احساس تنهایی و انزواگرایی.

ه) برگزاری کارگاه‌های آموزشی، سمینارها و کنفرانس‌های مختلف با عنوان سلامت روان.

و) در نهایت امر، توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی برای موفقیت برنامه‌های بهداشت روان ضروری خواهد بود. لذا تقویت و ارتقاء تحقیقات و پژوهش‌های علمی در زمینه‌های مرتبط با بهداشت روان از اهمیت و ضرورت بسیار بالایی برخوردار است.



- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا. (۱۳۸۴)، جامعه‌شناسی توسعه، تهران، انتشارات کیهان.
- استوار، صغری؛ مزیدی، محمد و آشوب، محمد. (۱۳۸۳)، «بررسی رابطه انسجام خانوادگی با میزان سازگاری روانی - اجتماعی در گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز»، در: مجموعه مقالات نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران.
- امیری اختیاری، رضیه. (۱۳۸۳)، «مقایسه بهداشت روانی بین دانشجویان مجرد و متاهل خوابگاهی»، در: مجموعه مقالات نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.
- اونق، محمد (۱۳۸۴)، «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی»، پایان نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- بحرینیان، سید عبدالمجید و رستمی، رضا. (۱۳۸۱)، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران ورودی سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹»، در: مجموعه مقالات دومین کنگره روان‌شناسی بالینی ایران، دانشگاه علوم پزشکی.
- بهزاد، داوود. (۱۳۸۴)، «سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقاء سلامت روانی»، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره ۶.
- جوان شیخی، تمینه. (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه وضعیت فرهنگی - اجتماعی خانواده با میزان سازگاری اجتماعی دانشجویان خوابگاهی دانشگاه الزهراء»، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- علوی، سید بابک. (۱۳۸۴)، «نقش سرمایه اجتماعی در توسعه»، ماهنامه تدبیر، شماره ۱۱۶.
- غفاری، غلامرضا و ابراهیمی اویه، عادل. (۱۳۸۴)، جامعه‌شناسی تغییرات اجتماعی، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور. ابراهیمی اویه، فیروزآبادی، احمد. (۱۳۸۴)، «سرمایه اجتماعی و عوامل موثر بر آن»، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناس، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۸)، تجدد و تشخیص (ترجمه ناصر موفقیان)، نشر نی، چاپ اول.
- مرزآبادی، اسفندیار. (۱۳۸۳). «بررسی نقش استرس‌های فرهنگی در بهداشت روانی دانشجویان»، در: مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان.

References

منابع

- Campbell, C. & Jovchelovitch, S. (2000), "Health, Community and Development", *Journal of Community and Applied Social Psychology*, Vol. 10.
- Caroline, B.B.(2000), *Migration Theory: Talking Across Discipline*, New York, Roulade.
- CMHA.(1996), *Preamble to Policy Statement on Cross – Cultural Mental Health*, Canadian Mental Health Association.
- Desouza, R.(2005),"Migration and Mental Health", *Migrant News*, Vol. 3, No. 22.
- Furnham, A.& Bochner, S.(1982), "Social Difficulty in a Foreign Culture: An Empirical Analysis of Culture Shock", In: S. Bochner (Ed.), *Culture in Contact*, Oxford: Pergamon Press.
- Harpham, T.(1994)."Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role For Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists", *Social Science And Medicine*, Vol. 39.
- Harpham, T; Grant E., & Rodriguez C., (2004), "Mental Health and Social Capital in Coli, Colombia", *Social Science and Medicine*. Vol. 58.
- Lee, J.S. Gary, F. K.x Esther, S. (2004), "Social Support Buffering of Acculturation Stress: A Study of Mental Health Symptoms Among Korean International Students". *International of Intercultural Relations*, Vol. 28, pp.
- Lin, N.(1974), *Foundation of Social Research*, New York, MC Grew, Hill.
- Lynch, J.&Kaplan, G.(1997), "Understanding How Inequality in the Distribution of Income Effect Health", *Journal of Health Psychology*, Vol.2.
- Putnam, R. (1995), "Democracy in America at Century end", In: A. Hadenius (Ed.), *Democracy Victory and Crisis*, New York, Cambridge University Press.
- Rogler, I. H. (1994),"International Migration: A framework for Directing Research", *American Psychology*, Vol. 49.

- Rose, R. (2000), "How Much Does Social Capital Add to Individual Health?", **Social Science and Medicine**, Vol. 51.
- Schwirian, O. K. & Schwirian, M. P. (1993), "Neighboring, Residential Satisfaction and Psychological Well-being Inurbane Elders", **Journal of Community Psychology**, Vol. 21.
- Silvera, E. & Allebech, P. (2001), "Migration, Aging and Mental Health: An Ethnographic Study on Perceptions of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London", **International Journal of Social Welfare**, Vol. 10.
- Thompson, S.; Lenore, M.; Nicole, W.x Amanda, C. (2002), "The Social and Cultural Context of the Mental Health of Filipinas in Queensland", **Australlan and New Zealand Journal of Psychology**, Vol. 36.
- Whiteford, H. (2000), **Human Capital, Social Capital & Mental Health**, MFMH, World Federation of Mental health.
- WHO. (2001), **The World Health Report: Mental Health**, Geneva, World Health Organization.
- WHO. (2004), **Promoting Mental Health: A Report of the World Health Organization**, Department of Mental Health, University of Melbourne.
- Wilkinson, R. (1999), "Income Inequality, Social Cohesion and Health", **International Journal of Health Services**, Vol. 29.

پښتونخواه علمون انساني و مطالعات فرانسې
پرتال جامع علمون انساني



پښتونستان د علوم او انسانیت د مطالعاتو فریښکی
پرتال جامع علوم انسانیت