



رابطه کاربست گفتگو با سلامت روانی و اجتماعی (براساس نمونه‌ای از شاغلان منطقه ۶ تهران)

فاطمه جواهری^۱، محمد رنجبر جورجاده^۲

تاریخ دریافت: ۰۰/۰۵/۱۸، تاریخ تایید: ۰۰/۱۱/۱۹

چکیده

تغییرات در نوع بیماری‌های رایج به تغییر مدل‌ها و پارادایم‌های تبیین سلامت منجر شده است. رویکرد معاصر زیستی-روانی-اجتماعی بر این فرض استوار است که بیماری‌ها، تولیدات و نتایج کنش متقابل کنشگران با یکدیگر و نسبت آنها با عوامل فردی و زیست‌شناختی هستند. با وجود این، نقش ارتباطات میان فردی و رابطه گفتگویی میان طرفین ارتباط کمتر مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه حاضر، با اتکاء به آراء هابرماس براین پایه استوار است که به دلیل استعمار زیست‌جهان توسط سیستم، عقلانیت ارتباطی منحرف گردیده و کاربست گفتگو دچار اختلال شده و سلامت افراد خدشه‌پذیر شده است. هدف، شناسایی رابطه بین کاربست گفتگو و سلامت افراد شاغل با لحاظ کردن برخی مختصات محیط کاری آنهاست.

این تحقیق که شاغلان را مورد توجه قرار داده، به صورت پیمایش و با جامعه آماری شاغلان منطقه ۶ تهران و با حجم نمونه ۴۱۶ نفر انجام گرفته است. نمونه‌گیری بر اساس روش نمونه در دسترس صورت پذیرفته و واحد تحلیل فرد است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ترکیبی محقق‌ساخته و استاندارد استفاده شد. روایی پرسشنامه به شیوه صوری و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. نتایج تحقیق ضمن تأیید اغلب فرضیات پژوهش، نشان داد که ضریب تأثیر کاربست گفتگو و ساختار سازمانی بر سلامت روانی به ترتیب ۰/۳۸ و ۰/۲۰- و ضریب تأثیر گفتگو و فرهنگ سازمانی بر سلامت اجتماعی ۰/۲۴ و ۰/۲۱- می‌باشد. در عین حال فرهنگ سازمانی با کاربست گفتگو دارای همبستگی معنادار و منفی با ضریب ۰/۲۶- می‌باشد.

واژگان کلیدی: گفتگو، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، ساختار سازمانی، فرهنگ سازمانی.

۱ دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه خوارزمی کرج (نویسنده مسئول)؛

javaherm@yahoo.com

۲ دانشجوی دکتری رشته سیاست‌گذاری فرهنگی، گروه جامعه‌شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه

خوارزمی کرج؛ [Mohammad.ranjbar.arch@gmail.com](mailto: Mohammad.ranjbar.arch@gmail.com)

طرح مسئله

در خصوص عوامل موثر بر سلامت تحقیقات گسترده‌ای صورت پذیرفته است. پس از پیشرفت‌های گسترده در خصوص کشف و تولید داروها و واکنش‌های مختلف و گسترش بهداشت عمومی، به تدریج تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت نیز مورد توجه محققان و کارشناسان قرار گرفت. کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت، عواملی را به عنوان پارامترهای تأثیرگذار بر سلامت افراد مطرح نموده است که عبارتند از طبقه اقتصادی، حمایت اجتماعی، تحصیلات، شرایط دوران ابتدایی زندگی، کار و بیکاری، شرایط زندگی کاری، تبعیض اجتماعی، اعتیاد و تغذیه (WHO, 2003).

پس از پرداختن دورکیم به تاثیر انسجام اجتماعی بر میزان خودکشی در جوامع مختلف، برخی صاحب‌نظران به بررسی مفاهیم سلامت و بیماری در سیستم معانی و باورهایی پرداختند که می‌تواند با ارزش‌های مرکزی گروه‌های اجتماعی مرتبط باشد. با اینحال به نظر می‌رسد یکی از متغیرهای میانجی که در رابطه میان فرهنگ و سلامت چندان مورد توجه قرار نگرفته است را می‌توان الگوهای ارتباطات میان‌فردی دانست. هرچند شواهدی در خصوص رابطه میان ارتباطات میان‌فردی و سلامت افراد وجود دارد، اما موضوع تاثیر فرهنگ و ساختارهای اجتماعی بر الگوهای ارتباطات میان‌فردی و در عین حال تاثیر آن بر سلامت چندان مورد توجه قرار نگرفته است.

یکی از عوامل مهم روانی- اجتماعی نقش ارتباطات میان‌فردی و کاربست گفتگو میان طرفین ارتباط است که کنشگران از طریق یادگیری الگوهای اجتماعی ارتباط، جامعه‌پذیر شده و در زندگی روزمره از آنها استفاده می‌کنند. تحقیقات پژوهشگرانی همچون فراستخواه (۱۳۹۵) و قاضی‌مرادی (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که ارتباطات میان‌فردی در بسیاری از موقعیت‌ها مبتنی بر تعارف، رودربایسی، خودسانسوری، پنهان‌کاری، ازخودگذشتگی، روابط دستوری و احساسی می‌باشد. این الگوهای ارتباطی به دلیل عدم کاربست استدلال به شکل‌گیری رابطه‌ای یکسویه منجر می‌شود و درونی‌سازی آنها توسط کنشگران، افراد را مستعد معضلات، سوءتفاهم‌ها و تعارضات می‌سازد.

به زعم برخی صاحب‌نظران، گفتگو و ارتباطات میان‌فردی مناسب افراد بر بروز تعارضات میان آنها موثر می‌باشد. ستیر بر این باور است که با استفاده از برنامه‌های رفتاری ویژه می‌توان اختلافات و تعارضات را کاهش داد. وی رابطه را بزرگترین عاملی می‌داند که نوع رفتار انسان را با دیگران و حوادثی را که در جهان اطراف برایش اتفاق می‌افتد، تعیین می‌کند. سالیوان معتقد

است که هر انسانی یک جزء از یک شبکه ارتباطی است و علت اختلال در رفتارش را باید در این شبکه ارتباطی پیدا کرد. اروین یالوم نیز معتقد است ریشه بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، در روابط بین فردی است. در نتیجه تلاش می‌کند با اصلاح توانایی ارتباطی افراد به آنها یاری برساند. بوهم نیز از طریق شکل گرفتن گفتگو میان اعضا که به تبادل اطلاعات میان آنها و کسب تجربیات جدید می‌انجامید، به نوعی مشکلات ذهنی اعضا را کاهش می‌داد.

در این نوع نگرش به درمان افراد، گفتگو از طریق ایجاد رابطه انسانی، می‌تواند منجر به حل تعارض و برقراری صلح در بین افراد اجتماع شود. ارتباط مناسب مبتنی بر گفتگو، می‌تواند اعضا و گروه‌های متضاد را گرد هم آورد تا به حل تعارض‌ها، مسائل، مجادله‌ها و نگرانی‌های جمعی بپردازند و با طراحی برنامه‌های منطقی به یک توافق عملی دست یابند. گفتگو می‌تواند انسان‌ها را به هم نزدیک نماید و سبب دوری از بدفهمی بین آنها گردد. در عین حال گفتگو تاثیر بسزایی در پرورش اندیشه و شخصیت افراد بازی می‌کند و آدمی را برای حل مشکلات آماده‌تر می‌سازد.

گفتگو واجد ابعاد متفاوتی است و در عین حالیکه نگرش همدلانه میان طرفین را پیش‌نیاز ارتباط دوطرفه می‌داند، ابراز صحیح انتقادات فرد را نیز مورد توجه می‌باشد که می‌تواند به برقراری یک ارتباط مناسب منجر شود. گفتگو به واسطه تبادل احساسات میان طرفین می‌تواند احساسات خوشایندی را در کنشگر به وجود بیاورد و بر بهبود سلامت آنها موثر باشد. با این حال پرداختن به همدلی و احساسات، صرفاً نشان‌دهنده یکی از وجوه گفتگو است. یکی دیگر از ویژگی‌های گفتگو که کمتر به آن پرداخته شده، بیان نظرات و انتقادات به منظور حفظ حقوق فردی می‌باشد که از طریق استدلال به منظور قانع نمودن دیگری صورت می‌گیرد. یکی از پیش‌نیازهای ابراز نظرات و انتقادات افراد، وجود آزادی بیان است. گفتگو به عنوان راه حل و فصل تعارضات، زمانی می‌تواند محقق شود که آزادی بیان کامل برای کنشگران وجود داشته باشد تا از این طریق بتوانند نظرات و انتقاداتشان را با صراحت بیان نموده و به درک دقیقی از موضوع تعارض ساز رسیده و برای آن راه‌حلی اندیشیده شود.

یکی از فضاهایی که رسیدن به توافق در آن از اهمیت بالایی برخوردار است، محیط‌های کاری می‌باشد. در محیط‌های کاری تعاملات بین‌فردی بالایی وجود داشته و عدم برقراری ارتباط مناسب میان منابع انسانی، ممکن است زمینه‌ساز تعارضات، اختلافات و تنش‌های بسیاری گردد. در بسیاری از محیط‌های کاری، تعارض به صورت مسئله جدی وجود دارد. تعارض، ماحصل وابستگی‌ها و روابط متقابل میان انسان‌هاست. تعارض در هر محیط کاری وجود دارد، اما

ضروریست آن را به گونه‌ای مدیریت کرد که به خشونت و دشمنی میان افراد منجر نشود. هر محیط کاری واجد ویژگی‌هایی است که می‌تواند زمینه‌ساز مدیریت آن گردد. ویژگی‌های فردی کنشگران نیز می‌تواند در گسترش خشونت یا جلوگیری از آن نقش دارد.

ادبیات پژوهش و مبانی نظری

پارادایم‌های جدید پزشکی با عبور از نظریات صرفاً زیستی و بیولوژیک انسانی و با تأکید بر عوامل انسانی به سوی پارادایم‌های چندعلتی حرکت کردند و بر مبنای این نظر برگر و لاکمن^۱ (۱۹۶۷) به وجود آمدند که واقعیت اجتماعی از طریق کنش و عملکرد انسان شکل گرفته و مستقل از آن وجود ندارد (مسعودنیا، ۱۳۹۴: ۵۸). به این معنا و براساس نگرش مکتب کنش متقابل نمادین، سلامتی از طریق مجموعه‌ای از عوامل به دست می‌آید که در بافت زندگی روزمره توسط کنشگر ادراک می‌شود. ادراک کنشگر از محیط در یکسو و ویژگی‌های شخصی‌اش از سوی دیگر، سبب کنش‌های سوژه می‌گردد که مجموعه آنها بر سلامتی کنشگر مؤثر هستند. رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، به عنوان رویکرد غالب معاصر بر این فرض استوار است که بیماری‌ها، تولیدات و نتایج کنش متقابل میان عوامل اجتماعی، عوامل فردی و عوامل زیست‌شناختی هستند. به عبارت دیگر علوم اجتماعی و روانی به همان اندازه علوم طبیعی، در فهم عوامل تعیین‌کننده بیماری، نتایج و واکنش‌ها به آن مهم هستند. (Engel, 1977 به نقل از مسعودنیا، ۱۳۹۴)

ارتباطات میان فردی یکی از گونه‌های ارتباطی است و گفتگو یکی از الگوهای ارتباط میان فردی که در پژوهش‌های معاصر بسیار به آن پرداخته شده است. گفتگو به لحاظ لغوی در زبان فارسی به معنای «مباحثه، مجادله، مکالمه، هنگامه و پرخاش، مشاجره، بحث، جنجال، گفتار و گفت‌وشنود» آمده است (لغتنامه دهخدا: ۱۶۹۲۸-۱۶۹۳۱). در زبان انگلیسی گفتگو را بیش از هر واژه‌ای معادل واژه «دیالوگ» (Dialogue) می‌دانند که در لغتنامه به معنای «همپرسه دو یا چند نفر» (Webster, 1989: 434) و «مبادله و مباحثه در باب اندیشه‌ها» (Ibid: 389) است. دیالوگ در برابر مونولوگ (Monologue) قرار می‌گیرد که معنای آن «به‌تنهایی سخن گفتن، سخن گفتن طولانی توسط یک نفر، سخن گفتن انحصاری و متکلم وحده بودن در مذاکره است.» (Ibid, 921) دیالوگ از لغت یونانی «دیالوگوس» گرفته شده که آن هم مرکب از دو بخش «دیا» و «لوگوس» است؛ «دیا» به معنی «از میان» است، اما در مفهوم گفتگویی بیشتر به معنای

1 Berger & Luckmann

«بین» و «میان» را می‌دهد. لوگوس نیز به معنای کلمه است که مفهوم کلی اندیشیدن و استدلال را افاده می‌کند و در قالب گفتار یا نوشتار ظاهر می‌شود و صورت یک مفهوم یا نظریه به خود می‌گیرد.

هابرماس^۱ به عنوان یکی از مهم‌ترین اندیشمندان اجتماعی حوزه گفتگو بر این باور است که به دلیل استعمار زیست‌جهان توسط سیستم، ارتباط کنشگران با یکدیگر مخدوش شده است. وی حقیقت را امری توافقی تلقی کرده، کنش ارتباطی را دستیابی به اجماع طرفین از طریق استدلال تعریف نموده و آن را به عنوان عامل تغییر دهنده وضعیت اجتماعی به سوی شرایط مطلوب معرفی می‌کند. موضوع گفتگو از این رو برای هابرماس امری بنیادی تلقی می‌شود که وی به دنبال تحقق شرایط آرمانی گفتار به منظور برقراری اجماع و تفاهم از طریق بحث و استدلال و پذیرش استدلال برتر است تا بدین طریق، راهی را جهت رهایی زیست‌جهان از سلطه سیستم باز نماید.

وی پیش‌شرط‌هایی را برای ایجاد کنش ارتباطی ضروری می‌داند که یکی از آنها آزادی کنشگران برای بیان نظرات و ابراز انتقاداتشان می‌باشد. وی با تأکید بر عقلانیت ارتباطی در پی از میان برداشتن موانعی است که ارتباط را تحریف می‌کنند. به‌زعم وی عقلانیت ارتباطی، نظامی ارتباطی است که در آن افکار آزادانه ارائه می‌شوند و در برابر انتقاد حق دفاع داشته باشند. در این چارچوب، کنش ارتباطی راهی به سوی دستیابی به حقیقت است که مشروعیت خود را از طریق حوزه عمومی اجماع میان کنشگران به دست می‌آورد. شرایط آرمانی گفتگو الزامات و استانداردهای جهان‌شمول اولیه‌ای مبتنی بر صدق، حقیقت و صحت گفتار دارد که با برقراری این پیش‌فرض‌ها امکان تبادل نظر، مباحثه و دستیابی به استدلالی برتر را فراهم می‌سازد (هابرماس، ۱۳۹۲: ۳۰۶).

مفهوم کنش ارتباطی^۲ متضمن پیش‌فرض گرفتن زبان به عنوان میانجی برای حصول تفاهم است. توافق عبارت است از به رسمیت شناختن بین‌الذهانی دعاوی اعتبار که گوینده برای گفتار خود طرح می‌کند. حصول تفاهم به معنای آن است که مشارکت‌کنندگان در ارتباط درباره اعتبار یک پاره گفتار به تفاهم دست می‌یابند (همان: ۵۱۰). حصول تفاهم در پیش‌زمینه‌ای صورت می‌گیرد که دارای ریشه فرهنگی است. فاعلان شناسا که به نحو ارتباطی عمل می‌کنند، همواره در افق یک زیست‌جهان به تفاهم می‌رسند. زیست‌جهان سوژه‌ها از یک سلسله باورهای

1 Habermas

2 Communicative Action

پیش‌زمینه و پایه‌ای و کمابیش اشاعه یافته ساخته شده است. زیست‌جهان در مقام پیش‌زمینه به منزله منبعی برای تعاریف وضعیت به کار می‌آید. زیست‌جهان همچنین فضایی است که در آن تفسیر نسل‌های پیشین بر روی هم انباشته و ذخیره می‌شود. هر چه یک جهان بینی که ذخایر فرهنگی معرفت را تشکیل می‌دهد، بیشتر فرآیند تمایزیابی را طی کند، کمتر لزوم تفاهم زیر چتر یک زیست‌جهان از پیش تفسیر شده و غیرنقدپذیر قرار می‌گیرد (همان: ۱۰۱).

در فضایی که آزادی بیان کنشگران فراهم شده است، جستجوی راهی تفاهم‌آمیز، زمانی صورت می‌گیرد که با استدلال همگام می‌شود و ارائه استدلال مبتنی بر شواهد، نشانگر رابطه دوطرفه میان گوینده و مخاطب می‌باشد. به‌زعم وی در صورت عدم شکل‌گیری کنش ارتباطی میان طرفین، استعمار زیست‌جهان توسط سیستم تداوم داشته و در صورت عدم ایجاد تعادل میان آنها، آشفتگی در بازتولید عرصه‌های مربوط به فرهنگ، جامعه و شخصیت به صورت از دست رفتن معنا، بی‌هنجاری و بیماری ذهنی (جامعه‌سنجی) ظاهر می‌شود (همان: ۵۳۳).

جدول ۱: تجلیات بحران در صورت اختلال فرآیندهای بازتولید (منبع: هابرماس، ۱۳۹۲: ۵۳۳)

عناصر ساختاری زیست‌جهان			اختلال‌ها در قلمرو
شخص	جامعه	فرهنگ	
بحران در جهت‌گیری و آموزش	نزول مشروعیت	از دست رفتن معنا	بازتولید فرهنگی
بیگانگی	بی‌هنجاری	بی‌ثباتی هویت جمعی	انسجام اجتماعی
بیماری ذهنی (جامعه‌سنجی)	کاهش انگیزه	گسیختگی سنت	جامعه‌پذیری

کاکرهام^۱ با تأکید بر «سبک زندگی سلامت‌محور» معتقد است که در دوران معاصر برخلاف دوران تاریخی قبل، به دلیل تغییرات ایجاد شده در الگوهای بیماری، مدرنیته و هویت‌های اجتماعی، سلامتی به عنوان یک دستاورد در نظر گرفته می‌شود. چیزی که افراد خود را موظف می‌داند تا با ارتقای کیفیت زندگی‌شان، آن را به دست آورند، چه در غیر این صورت، متحمل مرگ زودرس و یا ابتلا به بیماری‌های سخت و مزمن خواهند شد (Cockerhom, 2013: 130). از نظر وی سبک زندگی سلامت‌محور به عنوان الگوهای جمعی از رفتار مرتبط با سلامتی، بر اساس انتخاب‌هایی از گزینه‌های در دسترس مردم تعریف شده است که با فرصت‌های زندگی آنها مطابقت دارد (Cockerham, 2005: 51).

1 Cockerhom

یکی از روش‌هایی که در سال‌های اخیر، به‌منظور درمان افراد در کشورهای توسعه یافته مورد استفاده قرار می‌گیرد، روان‌درمانی گفتگویی می‌باشد. سیکولا و تریمبل^۱ با ارائه سبک «گفتگوی باز» گامی برای حل مشکلات افراد پریشان‌حال برداشته‌اند. راه حل آنها اعزام تیمی تسهیلگر به منزل فرد بیمار به صورت شبانه‌روزی و در کنار آن به جریان انداختن گفتگو و ایجاد رابطه گفتگویی میان فرد و شبکه اعضای خانواده و دوستانش از طریق طرح پرسش‌های باز است. به‌زعم سیکولا و تریمبل گفتگوی آزاد تنها یک روش درمانی نیست، بلکه یک سبک زندگی است (Seikkula & Trimble, 2005).

نظریه ارتباط اجتماعی به عنوان یکی از مدل‌های نظری کلان بر این متمرکز است که چگونه گفتگوهای میان والدین فرزندان و والدین، به صورت مستقیم، ارزش‌ها و هنجارهای ولدین درباره رفتارهای مرتبط با سلامتی را به فرزندان انتقال می‌دهد. مطالعات، نشان می‌دهد که هنجارهای والدین درباره مصرف مواد یا رفتارهای ناسالم، با رفتار نامناسب سلامتی نوجوانان ارتباط دارد. مدل‌های ارتباط اجتماعی شواهدی را نشان می‌دهند که براساس آن فراوانی ارتباط والد-فرزند درباره رفتارهای ناسالم، با نرخ مصرف مواد و نیز رفتار جنسی پرخطر نوجوانان و جوانان ارتباط دارد (Wills & etc. 2003 به نقل از مسعودنیا، ۱۳۹۴: ۲۸۹).

پژوهش حاضر، رابطه بین گفتگو و سلامت را در محیط کار و سازمان شغلی بررسی کرده است. سازمان، یک پدیده اجتماعی هدفمند با برنامه ریزی روشن است که به سبب ساختاری آگاهانه و نیروهای مشخص، فعالیت‌های خاصی را به منظور تحقق اهداف خود به انجام می‌رساند. «پدیده اجتماعی» دال بر این معناست که سازمان از افراد یا گروه‌هایی که با هم در تعامل‌اند، تشکیل شده است. الگوهای تعاملی که افراد از آن تبعیت می‌کنند، تصادفی به وجود نیامده‌اند، بلکه قبلاً در خصوص آن اندیشیده‌اند. الگوهای تعاملی اعضا بایستی موزون و هماهنگ باشند تا ابهام و سردرگمی حداقل گردد و اطمینان حاصل شود که وظایف مهم سازمانی انجام می‌پذیرد (رابینز، ۱۳۹۰).

به‌زعم دفت^۲ ابعاد سازمانی محیط‌های کاری را می‌توان به دو گروه ساختاری و محتوایی تفکیک کرد (دفت، ۱۳۸۹). ساختار سازمانی یک سیستم رسمی از وظایف و روابط اختیار است که پیچیدگی هماهنگی فعالیت‌های اقتصادی افراد و استفاده از منابع برای تحقق اهداف سازمانی

1 Seikkula & Trimble

2 Deft

را کنترل می‌کنند (James, 1998, p. 28). رابینز^۱ ساختار را یکی از اجزای سازمان می‌داند که از عنصر پیچیدگی، رسمیت و تمرکز تشکیل شده است (رابینز، ۱۳۹۰). شیوه ارتباطات میان‌فردی در ساختارهای با تمرکز قدرت بالا و پایین متفاوت است و نوع ساختار سازمان در میزان فشار تحمیلی بر کنشگران تأثیر دارد. میزان پابندی به قوانین رسمی در میان کارکنان یکی دیگر از عواملی است که می‌تواند بر شکل ارتباطات تأثیر بگذارد. بدین ترتیب شکل ارتباطات میان‌فردی تحت تأثیر ساختار قرار گرفته و ممکن است به مخدوش شدن ارتباطات میان‌فردی کارکنان بینجامد. رابطه محور بودن یکی از ویژگی‌هایی است که بر رسمیت سازمان موثر است و در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است.

شبهه معنایی هر فرهنگ که به صورت اجتماعی مورد پذیرش قرار گرفته، ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی و ارتباطی را تعیین می‌کند. ادوارد هال^۲ جوامع را به دو دسته فرهنگ پربافت و کم‌بافت متمایز می‌سازد. ارتباطات میان‌فردی در این دو نوع جوامع بسیار متفاوت بوده و به نتایج متفاوتی منجر می‌شود. ارتباطات پربافت هنگامی محقق می‌شود که قسمت اعظم اطلاعات یا در بافت فیزیکی قرار داشته باشد و یا در فرد درونی شده باشد، در همین حال، اطلاعات بسیار اندکی در بخش رمزگذاری شده، صریح و منتشر شده پیام وجود دارد (Hall, 1976: 79). برعکس، ارتباطات کم‌بافت هنگامی برقرار می‌شود که «توده اطلاعات در رمزگان صریح قرار داشته باشد» (گادیکانست، ۱۳۹۶: ۴۴).

فرهنگ سازمانی، ویژگی و صفت سازمان است، نه افراد. هافستد^۳ کشورها را براساس چهار خصلت‌هایی مانند فاصله قدرت، فردگرایی یا جمع‌گرایی، مردخویی یا زن‌خویی و اجتناب از عدم اطمینان از یکدیگر متمایز می‌سازد (Hofstede, 1980). فرهنگ سازمانی نیز به نوعی تحت تأثیر ساختار سازمانی قرار داشته و ساختار طراحی شده سازمان، فرهنگ و نیز ارتباطات میان‌فردی افراد را تنظیم می‌نماید.

یکی از اولین نظریه‌پردازان جامعه‌شناختی که بین آشفتگی روانی و سازمان اجتماعی ارتباط برقرار کرد، امیل دورکیم^۴ است که عنوان کرد خودکشی صرفاً یک پاسخ فردی به حالت یأس و ناامیدی نیست، بلکه تلاش کرد آن را با استفاده از مفهوم همبستگی اجتماعی و

1 Robbins

2 Hall

3 Hofstede

4 Durkheim

آنومی فهم‌پذیر کند. به‌زعم وی افراد در جوامع با همبستگی بسیار پایین یا بالا به‌دلیل نوع روابطشان با هنجارهای عمومی جامعه احتمالاً بیشتر دست به خودکشی خواهند زد. به‌زعم تاسیگ^۱ ساختار جامعه ممکن است به عنوان مقدمه‌ای برای استرس بیولوژیک که به نوعی افسردگی روانی منجر می‌شود، عمل کند. به‌زعم تاسیگ و همکارانش پایگاه اجتماعی و نقش‌های اجتماعی سبب افزایش یا تشدید موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود (تاسیگ و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۸۴).

تحقیقات همچنین نشان داده‌اند که داشتن یک شغل پرتنش لزوماً به معنی داشتن فشار خون بالا نیست. برای مثال فشار خون خلبانان آزمایشی به‌طور غیرعادی متفاوت‌تر از دیگران نیست. این نشان می‌دهد که انسان می‌تواند با شرایط سخت خو بگیرد (تریاندیس، ۱۳۸۳: ۸۴). با این حال فشار روانی باعث تضعیف سیستم مصون‌ساز بدن است و به این دلیل، زمینه‌ساز بیماری می‌شود. مارموت و سایم^۲ در نمونه‌ای با بیش از ۳۰۰۰ ژاپنی - آمریکایی متوجه شدند هر چه یک فرد ژاپنی - آمریکایی به جای استفاده از الگوهای سنتی ژاپنی، از قواعد انگلیسی و آمریکایی بیشتر استفاده کند، میزان این امراض قلبی بیشتر می‌شود (Marmot & Syme, 1976: 247). تریاندیس در این خصوص، بر این باور است تأکید شدید بر مؤدب بودن، قابل پیش‌بینی بودن رفتار اجتماعی افراد در فرهنگ ژاپنی، تأکید بر هماهنگی درون‌گروهی و همفکری، باعث ایجاد نوعی محیط اجتماعی می‌شود که نسبت به سبک برخورد آمریکایی‌ها، فشار روانی کمتری ایجاد می‌کند. آمریکایی‌ها به فرد به‌عنوان نقطه مقابل موفقیت گروهی می‌نگرند (تریاندیس، ۱۳۸۳: ۹۰).

تریاندیس و همکارانش در سال ۱۹۸۸ عنوان کردند میان جمع‌گرایی و بیماری قلبی، رابطه وجود دارد و این موضوع را با جزئیات در مقاله‌اش نشان دادند (Traindis & etc, 1988: 338). وی با استفاده از دو پارامتر جمع‌گرایی/فردگرایی و رابطه عمودی/افقی به عنوان متغیر مستقل نسبت افرادی را که به بیماری قلبی دچار شدند، را مورد کنکاش قرار داد. تحقیقات ماتسوموتو و فلیچر^۳ در سال ۱۹۹۶ رابطه چند بیماری ابعاد فرهنگی که توسط هافستد بیان شده بودند، وجود این رابطه را تأیید کرد (Matsumoto, etc, 1999: 82). باند در سال ۱۹۹۱ این پژوهش را گسترش داد و رابطه میان ارزش‌های فرهنگی ادغام فرهنگی، درون‌گرایی فرهنگی و اعتبار را با

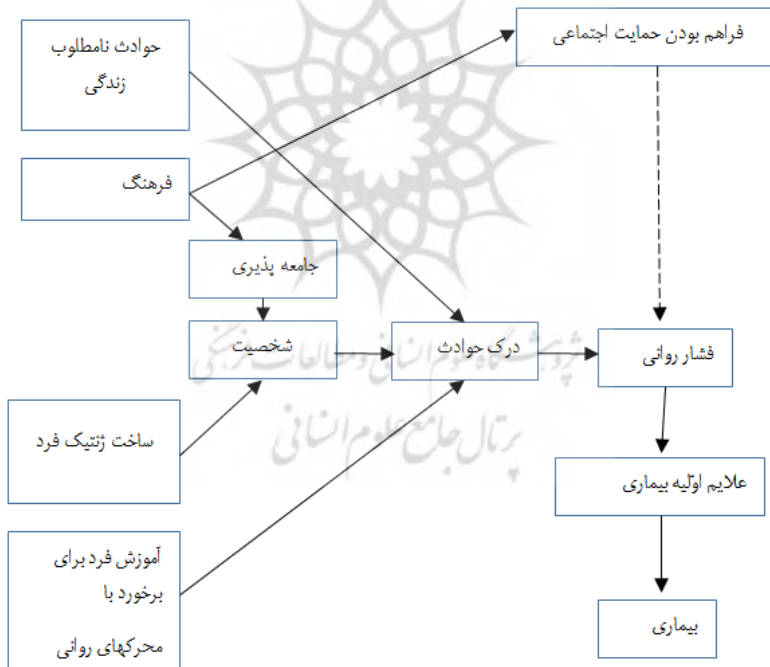
1 Tausig

2 Marmot & Syme

3 Mamutsu & Fletcher

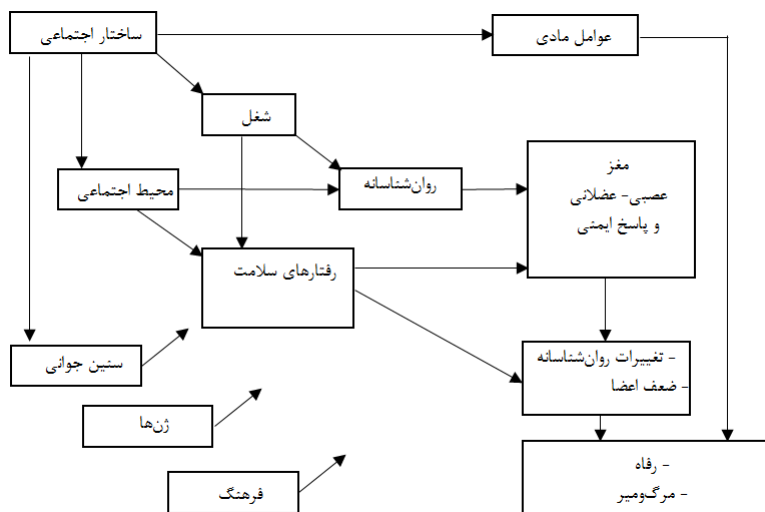
مرگ و میر، مورد مطالعه قرار داده و صحت آن را مورد تأیید قرار داد. وی مرگ و میر را در چند دسته مورد توجه قرار داد که عبارتند از؛ نرخ تصادف، بیماری‌های مغزی- عروقی، جراحی‌ها، بیماری قلبی، تومور و بیماری کلیوی (Bond, 1991: 152).

کمسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت، عواملی را به عنوان پارامترهای تأثیرگذار بر سلامت افراد مطرح نموده است که عبارتند از طبقه اقتصادی، حمایت اجتماعی، تحصیلات، شرایط دوران ابتدایی زندگی، کار و بیکاری، شرایط زندگی کاری، تبعیض اجتماعی، اعتیاد و تغذیه (WHO, 2007). مارموت و ویلکینسون^۱ مهم‌ترین مؤلفه‌های اجتماعی سلامت را ساختار اجتماعی با تأکید بر طبقه و نابرابری، سال‌های نخست زندگی، چرخه زندگی و شیب اجتماعی^۲، بیکاری، محیط روانی- اجتماعی کار، حمل و نقل، حمایت اجتماعی و همبستگی اجتماعی، فقر و انزوای اجتماعی، تغذیه و نیز الگوهای رفتار سلامت برشمرده‌اند. (مارموت و ویلکینسون، ۱۳۹۳).



نمودار ۱: پیشینه‌های فرهنگی بیماری (Triandis, Bontempo, Villareal, Asai & Lucca (1988)

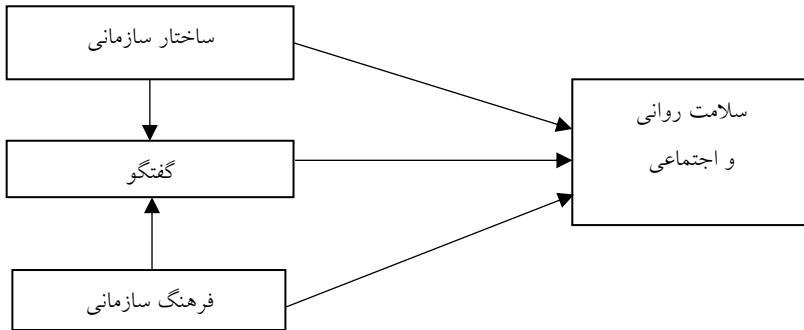
1 Marmot & Wilkinson
2 Social Gradient



نمودار ۲: عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (مارموت و ویلکینسون، ۱۳۹۳: ۲۸)

به زعم دیوید بلین مسیر علت و معلولی در تبیین رابطه بین ماهیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت ممکن است دو طرفه باشد. به عبارت بهتر؛ سلامت، موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد را تضمین می‌کند و در عوض شرایط اجتماعی نیز بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد. در عین حال شو^۱ و همکاران و نیز ویلکینسون توضیح می‌دهند که منطقی است بگوییم تفاوت‌های منطقه‌ای در میزان بیماری با ویژگی‌های محیط اجتماعی ارتباط دارد. بنابراین، جهت رابطه علی، احتمالاً از محیط اجتماعی به بیماری است و نه بالعکس (مارموت و ویلکینسون، ۱۳۹۳: ۲۸).

مرورها حاکی از آن است که در ادبیات موجود بیشتر بر نقش عوامل عینی و قابل مشاهده از جمله طبقه، تغذیه و سیگار تأکید شده و به تأثیر عوامل اجتماعی غیرعینی مانند گفتگو کمتر توجه شده است. بررسی تأثیرپذیری سلامت از طریق ارتباطات میان فردی و ساختارهای اجتماعی از جمله نحوه توزیع قدرت در سازمان و نیز عوامل فرهنگی مسلط در سازمان، از موضوعاتی هستند که مغفول مانده‌اند. از این رو در پژوهش حاضر تلاش شده تأثیرپذیری سلامت روانی و اجتماعی افراد از طریق ارتباطات میان فردی و کاربست گفتگو در محیط کاری شاغلان و با عنایت به برخی مختصات آن مورد مذاقه قرار گیرد.



نمودار ۳: مدل پژوهش

با عنایت به مدل پژوهش فرضیه‌های زیر جهت بررسی بیشتر پیشنهاد می‌شود:

بین کاربست گفتگو و سلامت روانی و اجتماعی کنشگران رابطه وجود دارد.

بین ساختار سازمانی و کاربست گفتگوی کنشگران رابطه وجود دارد.

بین فرهنگ سازمانی و کاربست گفتگو کنشگران رابطه وجود دارد.

بین ساختار سازمانی و سلامت روانی و اجتماعی کنشگران رابطه وجود دارد.

بین فرهنگ سازمانی و سلامت روانی و اجتماعی کنشگران رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

در این پژوهش، به دو منظور از روش پیمایش مقطعی استفاده شده است. هدف اول، سطح توصیف؛ یعنی نمایش تصویری از شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی برای شناخت بیشتر شرایط موجود است. هدف دوم، به سطح تبیین، یعنی آگاهی از روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته مربوط است.

استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در این پژوهش به دو دلیل میسر نشد: احساس ناامنی پاسخگویان و همه‌گیری کرونا. در مرحله نمونه‌گیری آزمایشی مشخص شد به دلیل سؤالات ساختار سازمانی که بر دو بعد تمرکز قدرت و پابندی به قوانین توجه داشت و فرهنگ سازمانی که فاصله قدرت و جمع‌گرایی را مورد بررسی قرار می‌داد، پاسخگویان معمولاً از ارائه پاسخ‌های کامل و دقیق اجتناب می‌کردند، مخصوصاً زمانی که توزیع پرسشنامه از طریق مدیریت مجموعه صورت می‌گرفت.

بدین ترتیب، پرسشگر از دو طریق اقدام به توزیع پرسشنامه نمود: اول توزیع از طریق غیراداری و به وسیله آشنایانی که به پرسشگر اعتماد داشتند و دوم اقدام از طریق غریبگانی که پرسشگر در خارج از محیط اداری قادر به جلب اعتماد آنها گردید. در عین حال، همه‌گیری کرونا نیز مزید بر علت شده بود که تعداد پرسنل کمتری در محل کار حضور داشته و معمولاً از برقراری ارتباط اجتناب می‌کردند که این موضوع با پرسشنامه اینترنتی تاحدودی رفع گردید.

این پژوهش، صرفاً در سطح منطقه ۶ شهر تهران صورت گرفت که تقریباً در مرکز تهران قرار داشته و دارای بافتی همگن از نظر فرهنگی - جمعیتی بوده است. در عین حال، به دلیل استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، این منطقه، امکان بیشتری برای جلب اعتماد پاسخگویان را توسط پرسشگر داشت. جامعه آماری شامل شاغلان منطقه ۶ تهران با حداقل ۸ ماه سابقه کار می‌باشد. منطقه ۶ از لحاظ موقعیت جغرافیایی در مرکز تهران قرار گرفته است و با مساحتی بالغ بر ۲۱۰۰ هکتار حدود ۳,۳ درصد از سطح شهر تهران را در برمی‌گیرد و از جمعیت ۲۵۵۲۷۰ نفر برخوردار می‌باشد. مطابق آمارنامه شهر تهران، شاغلان بالای ۱۰ سال منطقه ۶ تعداد ۷۸۰۲۰ می‌باشند (سالنامه آماری ایران، ۱۳۹۵). بدین ترتیب، با قرارگیری این حجم در فرمول کوکران، حجم نمونه ۳۸۴ نفر می‌باشد.

به‌منظور وجود پراکندگی در نمونه‌ها، ایجاد حتی‌الامکانی شانس برابر در انتخاب شدن پاسخگویان و عدم به کارگیری هرگونه معیار شخصی از جانب پرسشگر، ابتدا محله‌های «امیرآباد»، «یوسف‌آباد»، «ایرانشهر» و «جمالزاده» که محله‌های مختلف منطقه ۶ می‌باشند، در نظر گرفته شدند و از هر محله شاغلانی برحسب امکان پذیربودن، جهت تکمیل پرسشنامه انتخاب شدند.

جامعه آماری پژوهش حاضر، شاغلان منطقه ۶ تهران با حداقل ۸ ماه سابقه کار بوده است که از طریق تکمیل نمودن پرسشنامه توسط ۴۱۶ نفر موضوع پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.^۱ برای جمع‌آوری داده‌ها در برخی از متغیرها از پرسشنامه استاندارد و برخی دیگر، از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده گردید. متغیر سلامت روانی، سلامت اجتماعی، ساختار نهادی و فرهنگ سازمانی به ترتیب تلخیصی از پرسشنامه‌های «استاندارد سلامت روانی» (GHQ)، «سلامت اجتماعی کیبیز»، «ساختار سازمانی رابینز» و «فرهنگ سازمانی هافستد» بودند که به دلیل بالا بودن تعداد سؤال‌ها برخی از آنها حذف شدند.

۱ از آنجا که براساس فرمول کوکران حجم نمونه معرف ۳۸۴ نفر محاسبه گردید، در این پژوهش با افزودن ۳۲ نفر تلاش شد نمونه تحقیق از اعتبار کافی برخوردار باشد.

برای طراحی سؤالات این پرسشنامه، از طیف پنج گزینه‌ای «لیکرت» استفاده گردید که یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری به شمار می‌رود. پرسشنامه اولیه با حجم سؤالات بالا، اولین بار با حجم نمونه ۴۰ نفر به صورت آزمایشی اجرا گردید. پس از این مرحله به کمک نتایج حاصل از آزمون مقدماتی و نظر چند متخصص تعدادی از گویه‌های پرسشنامه حذف گردیدند. مرتبه دوم مطالعه آزمایشی این پرسشنامه با ۳۰ نفر صورت پذیرفت. در این مرحله نیز تعدادی از گویه‌ها حذف و در نهایت، پرسشنامه نهایی تدوین گردید.

«آلفای کرونباخ» جهت بررسی پایایی آن استفاده گردید که یکی از متداول‌ترین روش‌ها برای سنجش پایایی پرسشنامه است. با استفاده از نرم‌افزار SPSS ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که آلفای کلیه متغیرها بالای ۰/۷ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب، دقت اعتماد پذیری ثبات یا تکرارپذیری نتایج آزمون این پرسشنامه است.

تعاریف عملیاتی

گفتگو: گفتگو راهبردی مفاهیم محور در ارتباط میان فردی کنشگران است که در آن کنشگر با برخوردار از توان سخن گفتن و عمل کردن، به تلاش برای ارتباط دوسویه و برابر با دیگری پرداخته و با آزادی در بیان نظرات و انتقادات، از استدلال برای اقناع دیگری و هماهنگی برای دستیابی به توافق استفاده می‌کند. سه بعد آزادی بیان کنشگر با سه گویه، کاربست استدلال توسط او با دو گویه و دستیابی به توافق با چهار گویه تشکیل دهنده مفهوم گفتگو در پرسشنامه می‌باشند.

سلامت روانی: سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی؛ به عبارت دیگر، سلامت، تنها نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست. آزمون GHQ-12 که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، نمونه کوتاه‌شده «آزمون گلدبرگ» است.

سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی ارزیابی افراد از روابط اجتماعی‌شان، چگونگی واکنش دیگران به آنها و چگونگی تعامل آنها با نهادهای اجتماعی و اجتماع تعریف گردیده است (Keyes & Shapiro, 2004: 331) گویه‌های این متغیر، با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز و اصلاح سؤالات آن منطبق با پنج عامل شکوفایی، همبستگی، انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی پرسشنامه طراحی گردید.

ساختار سازمانی: ساختار سازمانی مجموعه راهکارهایی است که کار را به وظایف مشخص تقسیم می‌کنند و هماهنگی میان آنها را فراهم می‌آورند. ساختار، توزیع قدرت در سازمان را نشان می‌دهد و صرفاً یک سازوکار هماهنگی نیست، بلکه فرایندهای سازمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Fredrickson, 1986: 282). تمرکز قدرت در سلسله‌مراتب اختیارات، به آن سطح از اختیارات گفته می‌شود که قدرت تصمیم‌گیری دارد. «رسمیت» عبارت است از میزانی که تصمیمات و روابط کاری توسط قوانین و رویه‌های رسمی تعیین می‌شوند. به منظور سنجش نگرش کنشگران به ساختار سازمانی بر این دو بعد تأکید شد.

فرهنگ سازمانی: فرهنگ سازمانی مجموعه‌ای از ارزش‌ها و عقاید مشترک و غالب در سازمان است که مبنای رفتار سازمانی قرار می‌گیرد که هافستد آنها را در مطالعات خود از ارزش‌های فرهنگی در سطح ملی بازشناسی می‌کند. فاصله قدرت عبارت از میزانی است که اعضای ضعیف‌تر نهادها و سازمان‌ها می‌پذیرند که قدرت به صورت نابرابر توزیع شده است. طبق تعریف هافستد در فرهنگ‌های فردگرا بر اهداف فرد بیش از اهداف گروه تأکید می‌شود (Hofstede & Bond, 1984: 419). از سوی دیگر، فرهنگ‌هایی که به شدت از عدم قطعیت اجتناب می‌ورزند، دارای هنجارها و قواعد روشنی برای هدایت رفتار در همه موقعیت‌ها هستند. مردخویی به جوامعی تعلق دارد که در آنها نقش‌های جنسیتی اجتماعی به روشنی از یکدیگر متمایزند (Hofstede, 1980). در پژوهش حاضر، از چهار بُعد جمع‌گرایی، فاصله قدرت، اجتناب از عدم قطعیت و مردخویی پرسشنامه فرهنگ سازمانی هافستد استفاده شده است.

یافته‌های تحقیق

سیمای پاسخگویان

در پژوهش حاضر، ۵۵ درصد از نمونه‌ها را مردها و ۴۵ درصد را زن‌ها تشکیل داده‌اند. پاسخگویان زن حداقل ۱۹ سال و حداکثر ۵۶ ساله بوده‌اند. پاسخگویان مرد حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۹ سال داشتند در هر دو گروه، زنان و مردان بیشتر افراد در گروه سنی ۳۸ الی ۴۵ سال قرار داشتند. ۲۸ درصد از نمونه‌ها مجرد و ۷۲ درصد نیز متأهل بوده‌اند. از نظر وضعیت تحصیلی، دانش‌آموختگان کارشناسی ارشد و بالاتر با ۴۲/۵ درصد بیشترین بخش را به خود اختصاص داده بودند. فارغ‌التحصیلان کاردانی و کارشناسی با ۳۶ درصد و دیپلم با ۱۷ درصد در رتبه بعدی قرار داشتند.

۵۵ درصد از پاسخگویان در مؤسسات دولتی و نیمه‌دولتی و ۴۵ درصد در شرکت‌های خصوصی مشغول به کار بودند. ۱۰/۱ درصد پاسخگویان در واحدهای خرد، ۲۸/۶ درصد در شرکت‌های متوسط، ۱۶/۶ درصد در ادارات با ۲۰ الی ۵۰ کارمند و ۴۳/۳ درصد در سازمان‌های با تعداد بالای ۵۰ کارمند در حال کار بودند.

یافته‌های توصیفی

نتایج حاصل از توصیف داده‌ها نشان می‌دهد پاسخگویان گرایش داشتند ساختار سازمانی خود را متمرکز و غیررسمی (رابطه‌محور) بدانند. گزینه «زیاد» با ۳۴/۷۲ درصد بیشترین پاسخ‌ها را به خود اختصاص داده بودند و میانگین نمره پاسخگویان به سؤالات این متغیر براساس طیف لیکرت از امتیاز ۰ الی ۴ برابر با ۲/۴۳ بوده است. در متغیر فرهنگ سازمانی نیز پاسخگویان با گویه‌های فاصله قدرت، جمع‌گرایی، اجتناب از عدم قطعیت و مردخویی بیشتر موافق بودند. ۳۴/۶۵ درصد با گزینه زیاد موافق بوده و متوسط امتیازات ۲/۳۰ بود. به همین ترتیب ۳۰/۹۴ درصد با گزینه زیاد متغیر گفتگو موافق بوده و میانگین نمرات ۲/۲۱ بود. پاسخگویان از سلامت روانی و اجتماعی خوبی برخوردار بودند. ۳۱/۷۴ درصد برای سلامت روانی و نیز ۳۹/۲۷ درصد برای سلامت اجتماعی گزینه زیاد را انتخاب کردند. متوسط نمرات سلامت روانی و اجتماعی به ترتیب ۲/۶۸ و ۲/۵۳ بوده است.

یافته‌های استنباطی

رابطه متغیرهای جمعیتی و متغیرهای وابسته

سلامت روانی: به‌منظور بررسی وضعیت ارزیابی سلامت روانی در سازمان‌ها براساس ویژگی‌های زمینه‌ای جنس و تأهل از «آزمون تی دو» نمونه مستقل و جهت بررسی وضعیت سن و تحصیلات از آزمون تحلیل واریانس یک‌سویه یا F استفاده شد. براساس آمارهای «جدول ۲» می‌توان گفت دو گروه مردان با میانگین ۲/۸۷ و زنان با میانگین ۲/۶۸ از نظر سلامت روانی تفاوت معنادار دارند و سلامت روانی مردان از زنان بیشتر است. افراد متأهل و مجرد با یکدیگر تفاوت معناداری در سلامت روانی ندارند. پاسخگویان دارای مدرک تحصیلی متفاوت، از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند، به گونه‌ای که هرچه میزان تحصیلات افراد افزایش می‌یابد، بر سلامت روانی آنها نیز افزوده می‌شود که این امر می‌تواند به دو موضوع بالاتر

بودن پست سازمانی و کاهش فشار روانی مرتبط باشد. افراد با مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر با کسب نمره میانگین سلامت روانی ۲/۸۵ و افراد زیر دیپلم با میانگین ۲/۱۳ به ترتیب در رده بالاترین و پایین‌ترین جایگاه سلامت روانی بوده‌اند.

جدول ۲: آزمون T و F جهت ارزیابی سلامت روانی پاسخگویان

گروه‌ها	مقدار میانگین	انحراف معیار	T یا F	سطح معناداری
جنس	مرد	۲/۸۷	۲/۴۹	۰/۰۰۳
	زن	۲/۶۸		
تاهل	مجرد	۲/۷۰	-۱/۳۸	۰/۰۰۷
	متاهل	۲/۸۲		
تحصیلات	زیر دیپلم	۲/۱۳	۷/۷۵	۰/۰۰۰
	دیپلم	۲/۴۵		
	فوق دیپلم و لیسانس	۲/۶۰		
	فوق لیسانس و بالاتر	۲/۸۵		
سن	زیر ۲۰ سال	۲/۱۵	۱۱/۴۱	۰/۰۰۰
	۲۱ الی ۳۰ سال	۲/۱۶		
	۳۱ الی ۳۷ سال	۲/۶۰		
	۳۸ الی ۴۵ سال	۲/۹۸		
	بالاتر از ۴۵ سال	۲/۹۲		

داده‌ها نشان می‌دهد با افزایش سن تا مرحله‌ای، سلامت روانی افراد نیز افزایش می‌یابد. افراد در دامنه سنی ۳۸ الی ۴۵ سال با میانگین سلامت روانی ۲/۹۸ و بالاتر از ۴۵ سال با میانگین ۲/۹۲ بالاترین نمره و افراد زیر ۲۰ سال با میانگین ۲/۳۶ دارای پایین‌ترین نمره از نظر سلامت روانی بودند.

سلامت اجتماعی: جهت بررسی وضعیت سلامت اجتماعی براساس ویژگی‌های زمینه‌ای از آزمون تی دو نمونه مستقل و آزمون تحلیل واریانس یک‌سویه استفاده گردید. براساس آمارهای «جدول ۳» می‌توان گفت گروه‌های مرد و زن و نیز متأهل و مجرد از نظر سلامت اجتماعی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. گروه‌های مختلف تحصیلی نیز دارای تفاوت‌های معناداری در سلامت اجتماعی نبودند. داده‌ها نشان می‌دهد با افزایش سن سلامت اجتماعی افراد نیز افزایش

می‌یابد. افراد بالاتر از ۴۵ سال با میانگین ۲/۷۰ بالاترین نمره و افراد زیر ۲۰ سال با میانگین ۲/۱۲ دارای پایین‌ترین نمره از نظر سلامت اجتماعی بودند.

جدول ۳: آزمون T و F جهت ارزیابی سلامت اجتماعی پاسخگویان

سطح معناداری	F یا T	انحراف معیار	مقدار میانگین	گروه‌ها	
۰/۳۲	۱/۹۹	۰/۷۰	۲/۵۸	مرد	جنس
		۰/۶۱	۲/۴۴	زن	
۰/۱۶	-۰/۳۴	۰/۶۴	۲/۵۰	مجرد	تاهل
		۰/۶۷	۲/۵۲	متاهل	
۰/۴۰	۰/۹۰	۰/۴۲	۲/۲۱	زیردیپلم	تحصیلات
		۰/۳۸	۲/۳۳	دیپلم	
		۰/۶۸	۲/۴۷	فوق دیپلم و لیسانس	
		۰/۶۷	۲/۵۵	فوق لیسانس و بالاتر	
۰/۰۰۰	۱۰/۰۹	۰/۷۳	۲/۱۲	زیر ۲۰ سال	سن
		۰/۸۷	۲/۱۴	۲۱ الی ۳۰ سال	
		۰/۵۷	۲/۴۶	۳۱ الی ۳۷ سال	
		۰/۷۰	۲/۵۹	۳۸ الی ۴۵ سال	
		۰/۵۹	۲/۷۰	بالاتر از ۴۵ سال	

همبستگی متغیرها

درجه و میزان ارتباط خطی میان متغیرهای وابسته و مستقل از طریق «ضریب همبستگی اسپیرمن» مورد بررسی قرار گرفتند. ضریب همبستگی اسپیرمن متغیرهای گفتگو، ساختار سازمانی و فرهنگ سازمانی به عنوان متغیرهای مستقل و سلامت روانی و اجتماعی به عنوان متغیر وابسته در «جدول ۴» ارائه گردیده است. این اطلاعات فرضیات تحقیق مبنی بر رابطه همبستگی میان متغیرهای مستقل پژوهش با سلامت روانی و اجتماعی افراد را تأیید می‌کند. در میان متغیرهای مستقل، سلامت روانی و اجتماعی بیشترین همبستگی را با متغیر گفتگو داشته است. همبستگی گفتگو با سلامت روانی و سلامت اجتماعی در سطح ۰/۹۹ معنادار بوده که رابطه همبستگی آن با سلامت روانی با ضریب ۰/۴۳ بوده که بیشتر از سلامت اجتماعی با

ضریب ۰/۲۶ است. ضریب همبستگی استاندارد متغیر مستقل ساختار سازمانی با سلامت روانی ۰/۲۱- بوده که بیشتر از همبستگی با سلامت اجتماعی با ضریب ۰/۱۵- است.

جدول ۴: ضریب همبستگی اسپیرمن متغیرهای تحقیق

فرهنگ سازمانی	ساختار سازمانی	گفتگو	سلامت اجتماعی	سلامت روانی	
۰/۱۸**	۰/۲۱**	۰/۴۳**	۰/۴۷**	۱	سلامت روانی
۰/۲۰**	۰/۱۵**	۰/۲۶**	۱	-	سلامت اجتماعی
۰/۱۹**	۰/۰۵	۱	-	-	گفتگو
۰/۵۷**	۱	-	-	-	ساختار سازمانی
۱	-	-	-	-	فرهنگ سازمانی

** در سطح ۰/۰۵ و * در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

فرهنگ سازمانی که رابطه معنادار با سلامت روانی داشته است، دارای کمترین ضریب همبستگی بوده است. دو متغیر ساختار سازمانی و فرهنگ سازمانی با سلامت روانی و اجتماعی دارای همبستگی معنادار و منفی می‌باشند که سلامت روانی رابطه قوی‌تری با ساختار سازمانی و سلامت اجتماعی رابطه قوی‌تری با فرهنگ سازمانی دارد.

رگرسیون خطی ساده و تحلیل مسیر

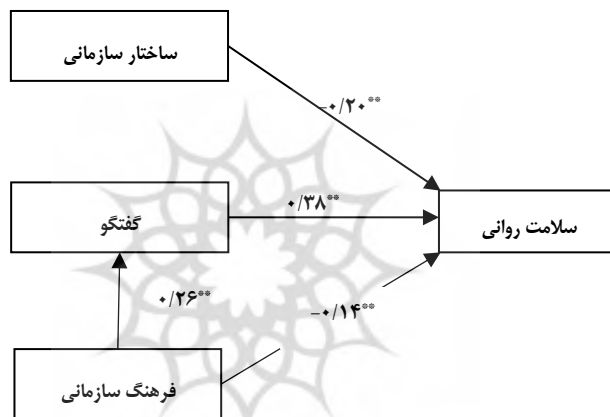
نتایج روابط رگرسیون خطی متغیرهای مستقل بر سلامت روانی و اجتماعی نشان می‌دهد که هر یک از سه متغیر مستقل گفتگو، فرهنگ سازمانی و ساختار سازمانی به صورت جداگانه با سلامت روانی و اجتماعی رابطه رگرسیون خطی معنادار دارند. ضریب تأثیر استاندارد رگرسیون گفتگو، ساختار سازمانی و فرهنگ سازمانی بر سلامت روانی ۰/۴۰، ۰/۱۹- و ۰/۱۴- بوده که در سطح ۰/۹۹ معنادار است. در عین حال تأثیر هر سه متغیر مستقل بر سلامت اجتماعی در سطح ۰/۹۹ معنادار و ضریب تأثیر استاندارد گفتگو، ساختار سازمانی و فرهنگ سازمانی به ترتیب ۰/۲۰، ۰/۲۲- و ۰/۲۲- است.

روش تحلیل مسیر، تعمیمی از رگرسیون خطی است که علاوه بر بیان آثار مستقیم، آثار غیرمستقیم و اثر کل هر یک از متغیرهای مستقل را برای متغیرهای وابسته نشان دهد (آذر و مومنی، ۱۳۸۱). در رگرسیون چند متغیره مؤثر بر سلامت روانی، که با روش ورود همزمان کلیه متغیرهای مستقل صورت گرفته است، متغیرهای گفتگو و ساختار سازمانی با سلامت روانی رابطه معنادار دارند که ضریب استاندارد آنها ۰/۳۸ و ۰/۲۰- بوده است. تأثیر معنادار ساختار سازمانی بر

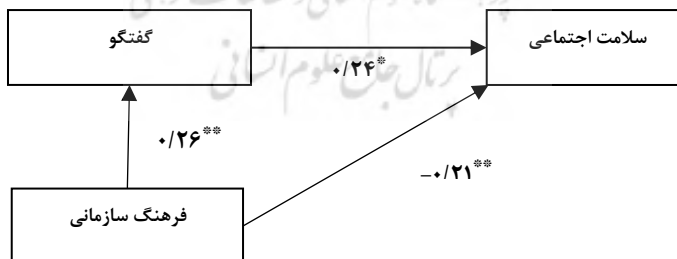
فرهنگ سازمانی و تأثیر معنادار آن بر گفتگو، نشان‌دهنده تأثیر غیرمستقیم ساختار سازمانی و فرهنگ سازمانی بر سلامت روانی افراد است که در مجموع ضریب تعیین تعدیل‌شده این متغیرها بر سلامت روانی ۰/۲۴۳ به دست آمد.

رگرسیون چندمتغیره مؤثر بر سلامت اجتماعی نشان داد گفتگو و فرهنگ سازمانی با سلامت اجتماعی رابطه معنادار داشته‌اند که ضریب استاندارد آنها ۰/۲۴ و ۰/۲۱- می‌باشد و مجموع ضریب تعیین تعدیل‌شده مستقیم و غیرمستقیم کلیه متغیرها بر سلامت اجتماعی ۰/۱۶۷ محاسبه گردید.

مطابق آنچه در مدل مشاهده می‌شود، اغلب فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند که در ذیل به آنها پرداخته می‌شود.



نمودار ۴: مدل نهایی مؤثر بر سلامت روانی با معناداری در سطح ۹۹٪



نمودار ۵: مدل نهایی مؤثر بر سلامت اجتماعی با معناداری در سطح ۹۹٪

فرضیه اول مبتنی بر تأثیر کاربست گفتگو بر سلامت روانی و اجتماعی در سطح ۰/۹۹ درصد معنادار بود. بدین ترتیب به واسطه افزایش اطلاعات مشترک طرفین، آزادی بیان آنها، کاربست

استدلال و تلاش کنشگران به منظور دستیابی به توافق، سطح سلامت روانی و اجتماعی آنها افزوده می‌شود که ضریب تأثیر استاندارد رگرسیون چندگانه آن در تحلیل مسیر به ترتیب ۰/۳۸ و ۰/۲۴ می‌باشد. ضریب تأثیر گویای قدرت تأثیر نسبتاً بالای این عامل ارتباطی بر سلامت روانی است که بیشتر از تأثیر آن بر سلامت اجتماعی می‌باشد. افزایش سلامت روانی به این دلیل می‌تواند باشد که افزایش کاربست گفتگو، منجر به کاهش خودسانسوری، پنهان‌کاری و پرخاشگری کنشگران می‌گردد. در عین حال، کاربست گفتگو سبب می‌شود کنشگر ارزیابی بهتری از جایگاه خود در جامعه داشته باشد که سلامت اجتماعی بالاتر کنشگران را به همراه دارد.

فرضیه دوم در مورد تأثیر معنادار فرهنگ سازمانی بر کاربست گفتگو بود. براساس نتایج پژوهش، این تأثیر معنادار و منفی و با ضریب ۰/۲۶- می‌باشد. فرهنگ سازمانی شامل چهار بعد جمع‌گرایی، فاصله قدرت، اجتناب از عدم قطعیت و مردخویی می‌گردد که رابطه همبستگی قوی جمع‌گرایی و اجتناب از عدم قطعیت و رابطه متوسط مردخویی با سلامت روانی و اجتماعی نشان می‌دهد هرچه اعضا خودشان را به جای «من» بیشتر با «ما» تعریف کرده و در مواجهه با ابهام و موقعیت‌های ناشناخته بیشتر احساس تهدید کنند، احتمال کاربست گفتگو توسط اعضا کاهش می‌یابد.

تأثیر معنادار و منفی فرهنگ سازمانی بر گفتگو علاوه بر آنکه نشان می‌دهد کنشگران برای کاربست گفتگو تحت تأثیر ساختارهای فرهنگی هستند، بیانگر این موضوع است که فرهنگ سازمانی می‌تواند امکان بیان آزادانه و صریح نظرات کنشگران را از آنها سلب نماید. تأثیر فرهنگ سازمانی بر سلامت اجتماعی از دیگر فرضیه‌ها بود که با ضریب استاندارد ۰/۲۱- تأیید گردید. تأثیر فرهنگ سازمانی بر سلامت روانی یکی دیگر از فرضیه‌های پژوهش بود که هرچند در رگرسیون چندگانه تحلیل مسیر تأثیر آن بر سلامت روانی تأیید نشد.

فرضیه تأثیر مستقیم ساختار سازمانی بر سلامت روانی افراد در رگرسیون چندمتغیره تأیید گردید که ضریب تأثیر استاندارد آن ۰/۲۰- می‌باشد. تشکیل ساختار سازمانی از دو بعد تمرکز قدرت و غیررسمیت (رابطه‌محوری) بر نحوه اتخاذ تصمیمات سازمانی و معناداری رگرسیون آنها بر سلامت اجتماعی نشان می‌دهد از یکسو توزیع برابر قدرت میان اعضا برای تصمیم‌گیری و از سوی دیگر میزان رسمیت اعضا می‌تواند سبب افزایش سطح سلامت اجتماعی کنشگران گردد. زمانی که قدرت تصمیم‌گیری در انحصار گروه و طیفی خاص بوده و تصمیمات بیشتر از آنکه برآمده از مشورت جمعی باشد، بر نظرات فرد مدیر اتکا داشته باشد، تمرکز قدرت بیشتر شده و

سلامت روانی و اجتماعی کنشگران تحت‌الشعاع این امور کاهش می‌یابد. در عین حال، تأثیر دین‌فغان قدرتمند خارج از نهاد و گروه‌های غیررسمی نهادی بر تصمیمات، به عدم رسمیت ساختار افزوده و سلامت کنشگران را کاهش می‌دهد. در واقع تمرکز قدرت و عدم رسمیت (رابطه‌محوری) از طریق محدود ساختن کنشگران، امکان مشارکت آنها را از میان برده و بر سلامت آنها تأثیر منفی دارند.

فرضیه تأثیر ساختار سازمانی بر کاربست گفتگو تأیید نگردید. فرضیه تأثیر مستقیم ساختار سازمانی بر سلامت اجتماعی افراد در رگرسیون چندمتغیره تحلیل مسیر تأیید نگردید.

نتیجه‌گیری

با وجود رواج رویکردهای نوین زیستی - روانی - اجتماعی و توجه روزافزون به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تاکنون مسئله سلامت از رهگذر سبک‌های ارتباطات میان‌فردی کنشگران و کاربست گفتگو کمتر مطالعه شده است. چارچوب تحلیلی این پژوهش، وامدار رویکرد هابرماس به امر سلامت است. تحلیل وی در این باره مبتنی بر این فرض است که زندگی اجتماعی تک‌تک افراد یا شهروندان و همین‌طور حیات اجتماعی به‌طور عام در بستر ارتباط و مفاهمه اجتماعی ریشه دارد. به‌زعم وی عارضه‌ها و نشانگان فقر فرهنگی و شیء شدگی زیست جهان که نتیجه جذب و استحاله آن در نظام اقتصادی - مدیریتی است دست به دست هم می‌دهند و به پیدایش بحرانی جدید منتهی می‌شود. از این رو فقدان معنا، بی‌هنجاری و بیماری‌های روانی که نشانگان فقر فرهنگی و مستعمره شدن درونی می‌باشند، بیانگر کاستی‌ها و نارسایی‌های موجود در روند بازتولید زیست جهان هستند که در نتیجه توسعه بیش از حد زیر نظام‌های اقتصادی و اداری به وجود می‌آیند. (اسکمبلر، ۱۳۹۶: سی و پنج)

در این پژوهش برخی مختصات سازمان کار به عنوان یکی از فضاهای تعاملی که نیاز به توافق در تعارضات جهت پیشبرد امور دارد، مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که در محیط‌های اداری دو عامل فرهنگ سازمانی و ساختار سازمانی بر کیفیت گفتگوی مفاهمه‌ای بین کنشگران تأثیر می‌گذارد، دو عامل یادشده به عنوان متغیر اصلی و سلامت روانی - اجتماعی به عنوان متغیر تحقیق بررسی شدند. بنابراین ابعاد روانی - اجتماعی سلامت، کاربرد زبان در کنش متقابل و برخی مختصات مسلط بر سازمان کار سه رکن اصلی تحقیق بوده‌اند.

این تحقیق به صورت پیمایش و با جامعه آماری شاغلان منطقه ۶ تهران و با حجم نمونه ۴۱۶ نفر انجام گرفته است. همانطور که براساس الگوی تحلیلی تحقیق انتظار می‌رفت، نتایج نشان داد که بین کاربست گفتگو و سلامت روانی و اجتماعی افراد همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. بدین ترتیب می‌توان گفت نحوه ارتباط کنشگران انسانی که متأثر از ساختار و فرهنگ سازمانی است که در آن قرار دارند بر سلامت آنها تأثیر می‌گذارد. به این معنا که هرچه کنشگران در مورد اهداف یا رویه‌های کاری مشترک کمتر به گفتگو بپردازند، سلامت روانی و اجتماعی‌شان تضعیف خواهد شد. در مقابل افزایش گفتگو (با فرض ثابت گرفتن سایر شرایط) موجب کاهش تعارضات میان‌فردی و حل مسائل و مشکلات با استفاده از شیوه‌های اقناعی و مجاب‌سازی است.

برخی اندیشمندان، ضعف رابطه گفتگویی در جامعه معاصر را ناشی از کاهش آستانه تحمل کنشگران و یا عدم مهارت ارتباطی آنها می‌پندارند، به نظر می‌رسد این نگرش تک‌بعدی و تقلیل‌گرایانه به زمینه‌های اجتماعی مولد یک کنش توجه چندانی ندارد. این در حالی است که یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داد که ویژگی ساختار و فرهنگ سازمانی در سطح تجربه زندگی روزمره نفوذ پیدا می‌کند و بر کنش‌های مفاهمه‌ای افراد تأثیر می‌گذارد. توجه به این موضوع برای فهم مناسبات انسانی لازم و ضروری است.

به موازات تقویت بُعد جمع‌گرایی و اجتناب از عدم قطعیت در فرهنگ سازمانی، کنش مفاهمه‌ای مبتنی بر راهبرد ارتباطی و گفتگو تنزل پیدا می‌کند و کنشگران به سوی رابطه‌ای یک‌سویه هدایت می‌شوند. یافته‌های این پژوهش همچنین بر این امر دلالت دارد که سلامت اجتماعی هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم تحت تأثیر فرهنگ حاکم بر یک سازمان است. ساختار سازمانی که با دو بعد تمرکز قدرت و غیررسمیت (رابطه‌محوری) مورد بررسی قرار گرفت، بر سلامت روانی کنشگران تأثیر معکوس داشته و با فرهنگ سازمانی نیز در تعامل است. بدین ترتیب می‌توان چنین استنتاج نمود که با کاهش تمرکز قدرت و رابطه‌محوری سازمان، کنش‌های مفاهمه‌ای مبتنی بر آزادی بیان و استدلال‌ورزی افزایش یافته و وضعیت سلامت روانی افراد بهتر می‌شود.

یافته‌های یادشده، بر این واقعیت دلالت دارد که اگر در محیط‌های شغلی محمل‌های مناسبی برای گفتگو درباره امور جاری وجود داشته باشد، ضریب سلامت روانی و اجتماعی اعضای آنها افزایش می‌یابد. از آنجا که سرمایه انسانی از مهم‌ترین عوامل مولد کارایی در هر نظام اقتصادی و

سیاسی است، می‌توان گفت میدان دادن به کنش‌های مفاهیم‌ای که سرآغازش به زیست جهان افراد باز می‌گردد، در نهایت به عنصر عقلانیت «نظام» تبدیل خواهد شد. این مهم در سطح جامعه‌ی از طریق گسترش عرصه عمومی و نهادهای مدنی که میدان طرح و تعاطی افکار و شکل‌گیری کنش‌های مفاهیم‌ای است، محقق می‌شود. به عبارت دیگر قوت جامعه مدنی تنها یک ضرورت سیاسی نیست، بلکه ضامن بقاء و پایداری نیروی انسانی کشور است.



منابع

اسکمبلر، گراهام (۱۳۹۶) هابرماس، نظریه انتقادی و سلامت، ترجمه حسین علی نوذری، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.

آذر، عادل و منصور مومنی (۱۳۸۱) آمار و کاربرد آن در مدیریت، چاپ ششم، تهران: انتشارات سمت. تاسیگ، مارک و جانت میکلو و سری سویدی (۱۳۹۳) جامعه شناسی بیماری‌های روانی، ترجمه احمد عبداللهی، تهران: انتشارات سمت.

تریانددیس، هری. س. (۱۳۸۳) فرهنگ و رفتار اجتماعی، چاپ دوم، ترجمه نصرت فتی، تهران: نشر رسانش.

خانیکی، هادی (۱۳۸۷) در جهان گفتگو، بررسی تحولات گفتمانی در پایان قرن بیستم، تهران: انتشارات هرمس.

دفت، ریچارد ال (۱۳۸۹) تئوری و طراحی سازمان (مترجمان: علی پارسائیان و سیدمحمد اعرابی)، چاپ پنجم، تهران، انتشارات دفتر پژوهشهای فرهنگی.

دهخدا، علی اکبر (۱۳۷۷) لغت‌نامه، جلد یازدهم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

رابینز، استیفن پی. (۱۳۹۰) تئوری سازمان (ساختار، طراحی و کاربردها)، چاپ سی و سوم، ترجمه سیدمهدی الوانی و حسن دانایی‌فرد، تهران: انتشارات صفار.

سالنامه آماری کشور (۱۳۹۵)، آمارنامه ریاست‌جمهوری، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مرکز آمار ایران.

فراستخواه، مقصود (۱۳۹۵)، ما ایرانیان؛ زمینه‌کاوی تاریخی و اجتماعی خلیقات ایرانی، چاپ یازدهم، تهران: نشر نی.

فرهنگی، علی اکبر (۱۳۹۵) ارتباطات انسانی، جلد اول: مبانی، تهران: نشر رسا.

قاضی‌مرادی، حسن (۱۳۹۲) شوق گفتگو و گستردگی فرهنگ تک‌گویی در میان ایرانیان، چاپ دوم، تهران: نشر دات.

گادیکانست، ویلیام (۱۳۹۶) نظریه‌پردازی درباره ارتباطات میان فرهنگی، جلد اول، تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق.

مارموت، مایکل و ویلکینسون، ریچارد (۱۳۹۳) مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، چاپ دوم، ترجمه علی منتظری، تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.

مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۴) جامعه شناسی پزشکی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

هابرماس، یورگن (۱۳۹۲) کنش ارتباطی، چاپ دوم، ترجمه کمال پولادی، تهران: انتشارات روزنامه ایران.

- Bond, M.H. (1991). Chinese values and health: A cultural-level examination. *Psychology and Health: an International Journal*, 5, 137-152.
- Cockerham, W.C. (2013). Bourdieu and an Update of Health Lifestyle Theory. In: Cockerham, W.C: *Medical Sociology on the Move: New Direction in theory*. Springer, 127-154.
- Cockerham, W.C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure, *Journal of Health and Social behavior*. 46 (1): 51–67.
- Engel, G. (1977). "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine." *Journal of science*, 196 (4286), 129-136.
- Fredrickson, J. W. (1986). The strategic decision process and organizational structure. *The Academy of Management Review*, 282.
- HALL, E. T. (1976) *Beyond culture*, Anchor Press.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. Sage .
- Hofstede, G. & Bond, M. H. (1984). The Confucius connection: from cultural roots to economic growth. *Organizational Dynamics*, 16, 4-21.
- James, p. (1998) *Organization Structure*, *Pacific Sociological Review*, 20(2), April.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004) *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. University of Chicago Press.
- Marmot. M. G. & Syme, Leonard (1976) Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans, *American Journal of Epidemiology*, 104,3, 225-247.
- Matsumoto, D. & Kouznetsov, N. & Ray, R. & Ratzlaff C. & Biehl, M. & Raroqu, J. (1999), Psychological Culture, Physical Health and Subjective Well-being, *Journal of Gender, Culture and Health*, Vol.4.No.1.
- Rahim, afzalur (2002) Toward a theory of managing organizational conflict, *The International Journal of Conflict Management*, 3, 206-235.
- Seikkula, J. & Trimble, D. (2005), "Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an embodiment of Love, *Journal of Family Process*, 44, 4, 461–475.
- Thoits, Peggy A. (1994) Stressors and problem-solving: the individual as psychological activist. *Journal of Health and social behavior*, 35, 2: 60-143.
- Triandis, H.C, & Bontempo, R. & Villareal, M. J. & Asai, M. & Lucca, N. (1988). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self-ingroup' relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 323-338.
- Webster's new world of the American language (1989), 434.
- Wills, T.A. Gibbons, F.X., Gerrade, M. Murry, V., and brody, G. (2003) "Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence." *Psychology of Addictive Behaviors*, 17: 312-323.

World Health Organization (WHO). (2001). Mental health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (2019) Mental health atlas 2017: resources for mental health in the eastern Mediterranean region.

World Health Organization (2019) Social determinants of health: the solid facts. Second edition. WHO Regional office for Europe, Copenhagen. 31P.

Zambara, Webster (2015) Community Healing Manual: A training manual for Zimbabwe, Institute of Justice and Reconciliation / Peacebuilding Network of Zimbabwe .

