

بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان

دکتر فریدون کامران* خدیجه ارشادی**

چکیده: این پژوهش به بررسی تأثیرات روابط اجتماعی که از آن به عنوان سرمایه اجتماعی شبکه نام برده می‌شود، بر سلامت روان (جسمانی، اضطراب، کارکرد، افسردگی) می‌پردازد. مهم‌ترین عواملی که بر این پدیده تأثیر می‌گذارند عواملی هستند که روابط اجتماعی را متأثر می‌کنند (روابط غیررسمی افراد مورد توجه است). بهداشت روان افراد نیز اهمیت فراوان دارد. در صورت وجود سلامت روان افراد قادرند به دور از تعارضات رفتاری عمل کنند، و این روند با وجود سرمایه اجتماعی ممکن می‌شود. محتوای سرمایه اجتماعی شامل ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی است که در روابط اجتماعی شکل می‌گیرد. بدین طریق افراد قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و از حمایت‌های محیطی و اجتماعی موجود در شبکه‌های ارتباطی خود برخوردار می‌شوند. در این تحقیق، نظریه‌های مختلف سرمایه اجتماعی را مورد مطالعه قرار می‌دهیم، به ویژه نظریه ولمن در مورد مدل اجتماع‌رها شده و سلامت روان (نظریه شخصیت سالم).

داده‌ها با استفاده از ابزار پرسشنامه و یا شیوه مصاحبه جمع‌آوری شد، جامعه آماری کارکنان سازمان آموزش و پرورش شهر ساری است که در سال ۸۷ تعداد آن ۴۹۱۵ نفر بوده است. نمونه‌ای ۳۰۰ نفری از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم استفاده شده است.

سرمایه اجتماعی دارای ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی است و بُعد کارکردی (حمایت متقابل) مورد سنجش قرار گرفته است. برای سنجش سلامت روان آزمون GHO استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهند که هر چه سرمایه اجتماعی افراد در بُعد کارکردی بیشتر شود، سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد. افراد شاغل و متأهل از سرمایه اجتماعی بالاتر و سلامت روانی بیشتری برخوردارند. زنان انواع زنانه‌تر حمایت (عاطفی) و مردان انواع مردانه‌تر حمایت (مالی، عملی، اطلاع‌رسانی) را فراهم می‌کنند. همچنین نحوه‌ی ادراکات و نگرش‌های افراد در مورد اعضای شبکه بر سلامت روان آنان مؤثر بوده است.

* عضو هیأت علمی و رئیس دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن
** کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

کلید واژه ها: سرمایه، سرمایه اجتماعی، سرمایه اجتماعی شبکه، سلامت روان

مقدمه

می‌دانیم که مراقبت بهداشتی را حکومت (تمهیدات عمومی)، بازار (تمهیدات خصوصی) یا خانواده و اجتماع (تمهیدات داوطلبانه) یا مجموعه اینها فراهم می‌کنند. سرمایه اجتماعی در بین هر گروه از فراهم آورندگان می‌تواند بازده سلامت را بهبود بخشد. سرمایه اجتماعی مربوط به روابط بین افراد است، بنابراین آگاهی از مسایل و عوامل عمومی اولین عامل موثر بر روابط اجتماعی است. در صورتی که در جامعه عدالت اجتماعی و توزیع درست اطلاعات در بین عموم مردم وجود داشته باشد، در حقیقت عامل اول سرمایه اجتماعی تحقق پیدا خواهد کرد (چلپی، ۱۳۷۵: ۱۲).

سرمایه اجتماعی به عنوان منبعی برای دستیابی به اهداف، اجرای پروژه‌های گروهی و اجتماعی را تسهیل می‌کند (پانام، ۱۹۹۳: ۳۰). رابطه‌ی سرمایه اجتماعی با بهداشت نیز ثابت شده است. از ۱۹۰۱ که دورکیم رابطه بین خودکشی و یکپارچگی اجتماعی را تشخیص داد، تحقیقات نشان داده اند که سرمایه اجتماعی بالاتر با انسجام اجتماعی بیشتر به بهبود شرایط بهداشت جامعه کمک می‌کند (کاواچی و دیگران،^۱ ۱۹۹۷).

امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه با عوامل و مدل‌های اجتماعی رابطه‌ای قوی دارد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۰۱: ۷). اثرات این عوامل در درازمدت کارایی خود را نشان می‌دهند.

مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب، سطح بالای عدم امنیت در جامعه (مثل خشونت، تصادفات) و مسایلی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار یا مهاجرت اجباری که از عوامل اجتماعی هستند، تأثیرات زیادی بر سلامت روانی افراد دارند (هارفام، ۲۰۰۴: ۴-۱).

۱. فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی سال اول شماره ۲ صفحه ۷

هدف کلی این تحقیق شناخت رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان در کارکنان آموزش و پرورش شهرسازی است. اهداف جزئی دستیابی به پاسخ سوالات زیر است:

- وضعیت سلامت روانی کارکنان در شهرسازی چگونه است؟
- آیا سرمایه اجتماعی شبکه با سلامت روانی کارکنان ارتباط دارد؟
- کدام بعد از سرمایه اجتماعی در تبیین سلامت کارکنان، نقش غالب دارد؟ (توجه به این نکته ضروری می باشد که روابط غیررسمی کارکنان مورد نظر می باشد).

طرح مسئله

قرن بیستم بیش از تمام تاریخ بشریت، دستخوش دگرگونی شیوه های زندگی و روابط اجتماعی و مسایل اقتصادی بوده است. تلاش برای صنعتی شدن و گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه ای که لازمه آن قبول شیوه های نوین زندگی است، اثر معکوسی بر سلامت انسان گذاشته و در زمینه سلامت ابعاد دیگری را مشخص کرده است که یکی از آنها سلامت روان افراد جامعه است.

پیشگیری از بروز نابه هنجاری های روانی نیز بدون شناخت وضعیت موجود سلامت روان افراد جامعه مورد نظر ممکن نیست، چرا که بررسی چنین شرایطی ما را در کارگیری روش های مناسب از بین بردن عوامل مخل سلامت روانی و استفاده از ابزارهای مورد نیاز یاری می دهد. سرمایه اجتماعی که به معنای برخورداری افراد از منابع و حمایت ها در روابط و پیوندهای اجتماعی (شبکه ها) است، اهمیت ویژه ای دارد و یک اصل محوری محسوب می شود. از آنجا که سرمایه اجتماعی از جمله متغیرهای تأثیرگذار بر توسعه اجتماعی است جادارد که برای تغییر سطح بهره وری اجتماعی به بررسی آن بپردازیم.

روابط و پیوندهای اجتماعی که در این پژوهش از آن به عنوان سرمایه اجتماعی نام برده می شود، عامل بده بستن های عاطفی در بین افراد است و در نتیجه آن اعضای جامعه با احساس امنیت در کنار یکدیگر زندگی می کنند و از این طریق سلامت روانی شان ارتقاء می یابد.

در هر جامعه‌ای افراد و گروه‌های اجتماعی متناسب با سرمایه اجتماعی خود، در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می‌آید، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و درعین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های محیطی و اجتماعی که در شبکه‌های ارتباطی آنها به وجود آمده است برخوردار می‌شوند.

وضعیت نیروی انسانی به ویژه کارکنان آموزش و پرورش بر رفتار و عملکرد آنان و بر میزان بروز مسایل متعدد و متنوع تأثیر می‌گذارد و تعیین کننده موفقیت اهداف از پیش تعیین شده برای شکوفایی استعدادها و فراگیران و رشد و پرورش فکری کودکان و نوجوانان است. تلاش داوطلبانه در این گونه سازمان‌ها و احساس تعلق به جامعه محلی همگی چیزهایی هستند که با سرمایه اجتماعی سازمان ارتباط دارند. به عبارت دیگر قصدما دستیابی به پاسخ این سوال است که تا چه حد شبکه روابط اجتماعی و خصوصیات ساختی، تعاملی، کارکردی شبکه در تقویت و ارتقای سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد؟

پیشینه پژوهش (در خارج و داخل کشور)

لی و همکارانش در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی به عنوان سپر استرس های فرهنگ پذیری» به مطالعه رابطه حمایت های اجتماعی و سلامت روان دانشجویان کره در ۲۰۰۴ پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی رابطه مثبتی با سلامت روان دانشجویان دارد و دانشجویانی که دارای سطح بالا هستند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ پذیری کمتری دارند (لی و همکاران، ۲۰۰۴: ۴۱۴-۳۹۹). کوئه لار به نقش عواملی چون وضعیت اقتصادی- اجتماعی و تحصیلات بر سلامت روانی تأکید دارد (دی سوزا، ۲۰۰۵: ۱۶). تامپسون و همکارانش تحقیقی با عنوان «زمینه های اجتماعی سلامت روان مهاجران فیلیپینی در استرالیا» انجام دادند. آنها بر دو بعد حمایت اجتماعی و عاطفی متمرکز شدند و ارتباط بین این ابعاد با سلامت روان را در میان مهاجران مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مهاجران فیلیپینی در گذر از یک جامعه جمع گرا به جامعه ای فردگرا گرفتار مشکلات و

فشارهای روانی و عاطفی می شوند. همچنین حمایت اجتماعی، پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علایق مشترک می تواند در سازگاری آنها و سلامت روانی آنها نقش مهمی داشته باشد.

داود بهزاد^۱ در مقاله ای پیرامون سرمایه اجتماعی عواملی را برای ارتقای سلامت روان مطرح می کند و سرمایه اجتماعی را شامل عناصری از قبیل کنش گرایی در یک موقعیت اجتماعی، تعاملات بین افراد، گروه ها و اجتماعات، نهادها، هنجارهای اجتماعی و ارزش های مشترک، مشارکت در شبکه ها، احساس اعتماد، امنیت و تعهد متقابل، به هم پیوستگی و هویت گروهی و اجتماعی و استفاده از منابع و منافع مشترک می داند. در سایه چنین شرایطی، اهداف زیر به عنوان اهداف نظام، ارتقای بهداشت روان را تأمین می کنند.

۱- افزایش مهارت های مدارا^۲ و تاب آوری^۳ در مواجهه با مشکلات و برای کمک به اجرای مناسب نقش های مولد اجتماعی.

۲- امکان جلب بیشتر مراقبت ها و حمایت های عاطفی، روانی، اجتماعی و دسترسی به آنها.

۳- امکان دسترسی بیشتر به منابع و امکانات بهداشتی و درمانی.

۴- امکان مواجهه و مقابله بهتر با عوامل خطر ساز

و ی درسه سطح خرد، میانی و کلان (خرد= روابط بین فردی، میانی= انجمن ها و سازمان های رسمی و غیر رسمی و کلان= نهادهای اجتماعی) به بررسی ارتباط دو مفهوم سرمایه اجتماعی و سلامت روان می پردازد.

مریم صالحی هیکویی، (۱۳۸۴) در تحقیقی با عنوان سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد با توجه به عامل جنسیت می گوید که افراد با وجود آگاهی از خطرات ناشی از برقراری روابط اجتماعی، غالباً با یکدیگر وارد تعامل می شوند و خودشان را در موقعیت های آسیب پذیر قرار می دهند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
مجله علمی، پژوهشی رفاه- سال دوم، شماره ۶
۳. Resilience

علاوه بر جنسیت، به تاثیر متغیرهای مهم وضعیت تأهل، سن، پایگاه اقتصادی اجتماعی بر اعتماد افرادی پردازد. و به پرسش اصلی و محوری تحقیق نیز چنین پاسخ داده می شود: افرادی که دارای سرمایه اجتماعی شبکه ای بیشتری هستند اعتماد بیشتری نیز به اعضای شبکه خود دارند.

مبانی نظری:

با توجه به دو متغیر اصلی این پژوهش، مبانی نظری را با دو عنوان: مبانی نظری سرمایه اجتماعی و مبانی نظری سلامت اجتماعی مورد بحث قرار می دهیم.

الف) سرمایه اجتماعی

سرمایه^۱ یک منبع عام است که می تواند شکلی ملموس و غیر ملموس به خود بگیرد. وقتی واژه سرمایه را در عرصه های دیگر نیز به کار بریم، بیانگر چیزی است که هویت خود را حتی پس از استفاده مکرر حفظ می کند، چیزی که بارها می توان به کارش برد، نابودش کرد، به دستش آورد یا بهبودش بخشید.

منشاء سرمایه را می توان در اندیشه های مارکس^۲ جستجو کرد. در مفهوم سازی مارکس، سرمایه بخشی از ارزش افزوده^۳ است. که در جریان توزیع کالا و پول، بین فرآیند تولید و مصرف، سرمایه داران یا طبقه بورژوا که ابزار تولید را در دست دارند آن را تصرف می کنند (به نقل از لین، ۱۹۹۹: ۲۸).

ب) سلامت روان

1. Capital

3. Super Plus Value

2. Carl Marx

کارل مننجر می گوید: سلامت روانی عبارت است از حداکثر سازش ممکن فرد با جهان اطرافش، به طوری که باعث شادی و برداشت کاملاً مفید و مؤثر شود (میلانی فر^۱، ۱۳۷۰: ۵). سازمان بهداشت جهانی، سلامت را به صورت بهزیستی کامل فیزیکی، روانی، اجتماعی تعریف می کند نه صرفاً فقدان بیماری و ناراحتی (سازمانی بهداشت جهانی، ۲۰۰۷: ۷). بین بهداشت و سلامت روانی فرد، و شخصیت او رابطه‌ی بسیار محکمی وجود دارد، زیرا کسی که از یک ناراحتی رنج می برد، نمی تواند سازگاری سالم و مطلوبی با محیط خود داشته باشد و اگر فردی از رشد و تکامل طبیعی شخصیت برخوردار نباشد یا دچار اختلال شخصیت شود، می توان گفت از سلامت روانی محروم است. سلامت روانی و سلامت بدنی لازم و ملزوم یکدیگرند.

در بعضی از نظریه های شخصیت مسئله سلامت روان را با عنوان شخصیت سالم مورد بحث و بررسی قرار داده اند و ویژگی های افراد سالم و ملاک های سلامت روان را مشخص کرده اند. در این زمینه به چند نظریه به طور مختصر اشاره می شود:

- شخصیت سالم براساس نظریه ی راجرز^۲

مهم ترین مفهوم در نظریه ی وی خویشتن^۳ است که شامل افکار، ادراکات و ارزش هایی است که «من» را تشکیل می دهند. این خویشتن ادراک شده بر ادراک فرد از جهان و بر رفتار او تأثیر می گذارد. فرد براساس خویشتن ادراک شده یا خودپنداره^۴ به ارزیابی تجربه ها می پردازد. در یک فرد سازگار و سالم خودپنداره با تفکر، تجربه و رفتار هماهنگ است (شولتس، ترجمه خوشدل، ۱۳۶۲: ۶۱).

1. Milani far
3. Self

2. Rogers
4. Self Concept

- آلپورت^۱

آلپورت افراد دارای سلامت روان را انسان بالغ^۲ می نامد و برای آن هفت معیار ذکر می کند که عبارتند از، گسترش مفهوم خود، ارتباط صمیمانه با دیگران، امنیت عاطفی، ادراک واقع بینانه، مهارت و وظایف و عینیت بخشیدن به خود و فلسفه یگانه ساز زندگی. هرچه شخص با فعالیتها، مردم و اندیشه های متنوع تری در ارتباط باشد، سلامت روان بیشتری دارد. نکته مهم این که خود با تمام کمبودها و نقاط مثبت آن مورد قبول واقع شود.

کار و مسؤولیت به زندگی معنا و دوام می بخشد. بدون داشتن کاری مهم و ارزشمند و بدون ایثار، تعهد و مهارت های کافی برای انجام دادن آنها، رسیدن به بلوغ و سلامت روانی میسر نیست (همان منبع، ۳۹).

تصور آلپورت از شخصیت سالم جنبه دیگری نیز دارد که شاید خلاف انتظار به نظر برسد. هدف هایی که شخص سالم آرزو می کند، در نهایت دست نیافتنی است. به نظر آلپورت اگر به هدف نهایی خود نایل می شدیم، دیگر انگیزه ای برای ما باقی نمی ماند. فلسفه یگانه ساز زندگی همه جنبه های زندگی شخص را به سوی هدف یا هدف هایی هدایت می کند و به او دلیلی برای زیستن می دهد. بدین ترتیب آلپورت داشتن شخصیت سالم را بدون داشتن آرزوها و جهت گیری به سوی آینده، نامیسر می داند^۳ (همان منبع، ۴۳).

- مازلو

مازلو انسان سالم را انسان خواستار تحقق خود (خودشکوفایی)^۴ می داند. شرط نایل شدن به خودشکوفایی از نظر وی تأمین نیازهایی است که به ترتیب از نیازهای جسمانی یا فیزیولوژیک شروع می شود و به نیازهای ایمنی، محبت، احساس تعلق خاطر و در نهایت نیاز به خودشکوفایی می رسد.

1. Alport
3. Ibid

2. Natural person
4. Self-actualizing person

به نظر مازلو درجه‌ی تأمین نیازهای اساسی با درجه‌ی سلامت روانی همبستگی مثبتی دارد و ناتوانی در تأمین نیازها و توانایی‌ها موجب بیماری افراد می‌شود. انسان سالم کسی است که به بالاترین سطح نیازها دست یابد.

مازلو ویژگی‌هایی برای افراد سالم (خواستاران خودشکوفایی) بر شمرده است که بعضی از آنها عبارتند از: واقعیات را به خوبی درک می‌کنند و قادرند شرایط مهیم را تحمل کنند، خود و دیگران را همان طور که هستند قبول می‌کنند، بسیار خلاق اند و به سادگی هم‌رنگ جماعت نمی‌شوند، اما عمدتاً نیز علیه آداب و رسوم رفتار نمی‌کنند. با همه‌ی انسان‌ها عمیقاً احساس همدلی و محبت می‌کنند و به شادکامی آنها علاقه‌مندند، بیشتر مسئله‌مدارند تا خودمدار، به رضایت دیگران متکی نیستند و توانایی مقابله با فشارهای اجتماعی را دارند، اما این به معنای طغیان یا نادیده‌انگاشتن قوانین اجتماعی نیست.

- فرانکل^۱

فرانکل داشتن معنایی برای زندگی را به عنوان معیاری برای سنجش سلامت روان فرد می‌داند. افراد سالم همواره برای رسیدن به این معنا تلاش می‌کنند. در توجیه این مطلب فرانکل اضافه می‌کند که هرچه بیشتر بتوانیم از خود فراتر برویم و خود را در راه چیزی یا کسی ایثار کنیم، انسان‌تر می‌شویم. این معیار نهایی رشد و پرورش شخصیت سالم است. فرانکل نبودن انگیزه و معناجویی در تعدادی از بیماران را به نداشتن مسئولیت شخصی، نداشتن آزادی انتخاب و فرارفتن از خویشتن ربط می‌دهد (همان منبع، ۷).

همه‌ی صفات مطرح در نظریه‌ها مکمل یکدیگرند و وجود آنها عزت نفس و در نتیجه سلامت روان را در میان افراد و روابط و پیوندهایشان افزایش می‌دهد.

چهار چوب نظری

یکی از مفاهیم بسیار مهمی که جامعه‌شناسان معاصر برای کمیت و کیفیت روابط اجتماعی در جامعه از آن استفاده کرده‌اند و از مفاهیمی است که در سال‌های اخیر در مباحث توسعه بسیار

1. Frankel

مطرح شده است، سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت روان افراد در سطوح مختلف است. دانشمندان، مفهوم شبکه اجتماعی را به عنوان استعاره ای^۱ برای توصیف مجموعه پیچیده روابط بین افراد به کار می‌برند. مسأله اصلی در دیدگاه شبکه، روابط است؛ واحد تشکیل دهنده ساخت جامعه نیز شبکه‌های تعاملی هستند و جامعه چیزی بیشتر از افراد و روابط اجتماعی نیست.

در مجموع، هر یک از تعاریف و دیدگاه‌های موجود در مورد سرمایه اجتماعی را می‌توان نه به عنوان جانشین، بلکه به عنوان ابعاد مکمل جریان سرمایه اجتماعی در نظر گرفت.

- پانتام اجزای سرمایه اجتماعی را شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد می‌داند (پانتام^۲، ۱۹۹۵: ۵۴)
- ویلکنسون^۳ بر این باور است که عواملی چون بی‌عدالتی‌ها، سرخوردگی‌ها و بی‌احترامی‌های ناشی از عوامل اجتماعی سلامت افراد را به خطر می‌اندازند (ویلکنسون، ۱۹۹۹: ۵۲).
- گرانووتر بر شبکه‌ها و پیوندهای اجتماعی که سطح دسترسی افراد به منابع اقتصادی و اجتماعی را ارتقا می‌دهند تأکید دارد (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰، ۸).
- فوکویاما سرمایه اجتماعی را وجود مجموعه معینی از هنجارها و ارزش‌های غیررسمی اعضای گروهی می‌داند که تعاون و همکاری آنها مجاز است و در آن سهمیم و ذی نفع هستند (همان منبع، ۹۰).
- ولمن^۴ (۱۹۸۸) در گسترش تحلیل شبکه سه مکتب تحقیقاتی با گرایش ساختاری مطرح می‌کند:

- انسان شناس اجتماعی انگلیسی: که به تدریج از نظام‌های فرهنگی بر نظام‌های ساختاری شبکه‌ها و پیوندهای انضمامی (در مقابل انتزاعی) متمرکز شد و بوت^۵ و بارنز^۶ و دیگران در این زمینه کار می‌کردند.

- جامعه‌شناس آمریکایی، منشأ تحلیل شبکه را در مفاهیم جامعه‌سنجی^۷ آمریکا جستجو

1. Metaphor
3. Wilkinson
5. Bot
7. Sociometry

2. Puntam
4. Wellman
6. Barenès

می کند، سپس کارهای زیمل^۱ در مورد اشکال و محتوای روابط اجتماعی است که توجه بسیاری از جامعه شناسان را جلب کرد.

• سنت کانادایی آمریکایی، روی روابط بین المللی، مناطق و گروه های ذی نفع از دیدگاه اقتصاد سیاسی و فرآیندهای سیاسی بین آنها که ناشی از پیوندهای مبادلاتی است تأکید دارد (ولمن، ۱۹۸۸: ۴).

نگاهی به نوشته های جامعه شناسی در سطح جهان نشان می دهد که جامعه شناسان به طور روزافزون، تحلیل شبکه را چیزی فراتر از نوعی روش یا مجموعه ای از فنون و ابزار تحلیلی می دانند.

• ولمن و برکوویتز^۲ مدعی هستند که تحلیل شبکه یک ابزار فکری اساسی در مطالعه ساخت های اجتماعی است.^۳

دیدگاه شبکه با مطالعه روابط موجود در بین مجموعه ای از افراد، به تحلیل اجتماعی می پردازد و در عین حال به کل ساخت توجه دارد. الگوی روابط موجود در داخل این ساخت را نیز مورد بررسی قرار می دهد.

بعد از مرور نظرات مرتبط، می توان چهارچوب نظری منسجمی انتخاب کرد که بتواند بین دو مفهوم سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان ارتباط برقرار کند و این ارتباط را به صورتی روشن توضیح دهد. در این تحقیق از نظریه سرمایه اجتماعی شبکه استفاده شده است. بر اساس مباحث نظری و مطالعات انجام شده در این زمینه، نظریه سرمایه اجتماعی شبکه بهتر می تواند روابط منطقی حاکم بر این دو مفهوم را تبیین کند و توضیح دهد. بنابراین فرضیات تحقیق براساس این نظریه طراحی شده اند.

طرفداران نظریه شبکه براین باورند که وجود شبکه های اجتماعی به صورت حایلی در مقابل فشارزای درونی عمل می کنند، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت های عاطفی، دوستی ها و فرصت هایی برای اعمال اجتماعی معنی دار در قالب سرمایه اجتماعی، اثر بسیار مهم

1. Zimmel

3. Structure Sociale

2. Berkowitz

و مؤثری بر عزت نفس افراد و افزایش توان مقابله با مشکلات و افسردگی ها دارد و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می شود (کارولین^۱، ۲۰۰۰: ۱۰۹۱-۱۰۸).

به نظر آن ها، شبکه های اجتماعی، نوعی سرمایه اجتماعی برای کارکنان فراهم می آورند. و در واقع در این شبکه ها از حمایت، اعتماد و روابط عاطفی با سایر افراد برخوردار می شوند. دیدگاه شبکه در سرمایه اجتماعی بر اهمیت روابط افقی و عمودی بین مردم در قالب انجمن ها و گروه های اجتماعی تأکید دارد. براساس مباحث نظری می توان گفت که در صورت وجود سرمایه اجتماعی، افراد در قالب هنجارها و پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت های خود را افزایش می دهند و در ضمن به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت های اجتماعی شبکه های ارتباطی خود برخوردار می شوند. لذا قدرت کنار آمدن^۲ آنها با فشارهای ناشی از فعالیت ها و روابط افزایش می یابد و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهند شد. به عبارت دیگر، وجود سرمایه اجتماعی رسمی و غیررسمی اثرات فشارهای زندگی مانند تأمین هزینه های سنگین زندگی، مقابله با حوادث طبیعی و غیر طبیعی را با افزایش حمایت های اجتماعی، عاطفی و روانی کاهش می دهد و احساس امنیت را نیز در افراد تقویت می کند.

نظریه ی سرمایه ی اجتماعی شبکه

چهارچوب نظری این تحقیق برگرفته از رهیافت سرمایه اجتماعی شبکه است. نقطه تمرکز دیدگاه شبکه این است که به جای توجه و تأکید بر کنشگران و ویژگی های فردی آنها به عنوان واحد تحلیل، به ساختار روابط بین این کنشگران توجه می شود و مبتنی بر این باور است که فرآیندهای اجتماعی و پیامدهای فردی، حتی با وجود ویژگی های فردی ثابتی مثل جنسیت، اساساً از طریق الگوی روابط بین کنشگران در شبکه های اجتماعی تعریف و مشخص می شوند (کورتوسی^۳، ۲۰۰۴: ۱).

1. Caoline
3. Kutosis

2. Coping power

پیوندها و روابط که بحث اصلی دیدگاه شبکه هستند «سرمایه اجتماعی» محسوب می‌شوند. ریشه سرمایه اجتماعی از دیدگاه شبکه به ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی برمی‌گردد. در جوامع غربی تحقیقات بسیاری در مورد شبکه‌ها و روابط اجتماعی میان افراد و تأثیر ساختار، ترکیب و محتوای روابط اجتماعی بر رفتار افرادی که با هم در کنش متقابل هستند انجام گرفته است.

برخی از محققان خصوصیات شبکه را در سه بُعد طبقه بندی کردند:

خصوصیات ساختی^۱: اندازه^۲، تراکم^۳.

خصوصیات تعاملی: فراوانی^۴، صداقت^۵، صمیمیت^۶.

خصوصیات کارکردی^۷: انواع حمایت.

تحقیقات گسترده‌ای پیرامون تأثیر تغییرات اجتماعی بر روابط اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی نیز انجام گرفته است.

در عصر حاضر نوعی تشویش و نگرانی در مورد اجتماع وجود دارد و در دنیای مدرن افراد همواره در این هراس بوده‌اند که مبدا اجتماع آنها را طرد کند و با تنهایی و بیگانگی مواجهه شوند. بخش عمده‌ی این نگرانی از نوع تفکر و ادراک خاص این دوران نشأت می‌گیرد.

به طور کلی سه مدل برای تبیین ماهیت اجتماع فردی (شبکه‌های فردی) وجود دارد

(ولمن، ۱۹۹۱: ۱):

• مدل جامعه گمشده^۸

• مدل جامعه حفظ شده^۹

• مدل جامعه ره‌اشده^{۱۰}

- **مدل جامعه گمشده:** جوامع در نتیجه‌ی تغییرات اجتماعی عظیم و گسترده از بین

1. Structural characteristics

3. Density

5. Sincerity

7. Functional characteristics

9. Community saved model

2. Size

4. Requency

6. Intimacy

8. Community lost model

10. Community liberated model

رفته‌اند، و روابط افراد در دنیای مدرن و در شهرها، غیرشخصی، زودگذر و ضعیف شده است.

- **مدل جامعه حفظ شده:** جوامع به همان صورت منسجم و متراکم جوامع سنتی کوچک هنوز هم منبع مهم تأمین حمایت و معاشرت هستند و تغییرات عظیم اجتماعی نتوانسته اند بر پیوندها و ارتباطات اجتماعی افراد عصر مدرن تأثیر منفی بگذارند.

- **مدل جامعه رهاشده:** این مدل در واقع رویکرد تحلیل شبکه نیز محسوب می‌شود و مبتنی بر این باور است که روابط در شهرها و دنیای مدرن نه کاملاً از بین رفته است (جامعه گمشده) و نه شکل روستایی و محله‌ای دارد (جامعه حفظ شده)، بلکه دارای وضعیت پخش شده و پراکنده است و همسایگی کمتر در آن دیده می‌شود.

این مدل اگرچه از اهمیت پیوندهای اولیه و همسایگی نیز بحث و حمایت می‌کند، مبتنی بر این اعتقاد است که بیشتر پیوندهای امروز جانشین انسجام‌های متراکم، انبوه و شدیداً مرزبندی‌شده قبلی هستند و در جامعه رها شده، افراد بر مبنای علاقه خود در گروه‌های چندگانه‌ای عضویت دارند.

دیدگاه تحلیل شبکه با این رویکرد به جامعه می‌پردازد و معتقد است که جامعه هرگز از بین نرفته، بلکه تغییر کرده و از حالت همسایگی و محله‌ای به جامعه‌ای فرامرزی، پراکنده و نامتراکم و کمتر مرزبندی شده تغییر شکل یافته است. تغییرات عظیم اجتماعی تنها نتوانسته‌اند تغییراتی در الگو و ساختار روابط اجتماعی ایجاد کنند، اما نتوانسته‌اند کاملاً آن را از بین ببرند (ولمن، ۱۹۹۹: ۷۵). دیدگاه شبکه اجتماعی، جامعه را به عنوان شبکه روابط مورد بررسی قرار می‌دهد نه مجموعه افرادی که به طور هنجاری یا الزامی گردهم آمده‌اند. این دیدگاه ساخت اجتماعی را سازمان الگوبندی شده‌ی اعضای شبکه و روابطشان در نظر می‌گیرد و بهترین روش مطالعه جوامع را بررسی بود و نبود روابط، قوت، ترکیب و نوع روابط، شیوه تماس و منابع حمایت‌های موجود در پیوندها می‌داند و به مطالعه این مسئله می‌پردازد که آیا روابط اجتماعی و اجتماعات در دوره‌ی مدرن ضعیف و کمرنگ شده و از بین رفته‌اند (جامعه گمشده)، یا هنوز تراکم سنتی و تجانس و انسجامشان را حفظ کرده‌اند، (جامعه حفظ شده) یا

به شبکه‌های پراکنده، نامتراکم کمتر محلی و کمتر منسجم تغییر یافته‌اند (جامعه رها شده) (همان منبع، ۵۲).

در ۱۹۷۰، با ظهور دیدگاه تحلیل شبکه، جامعه به عنوان شبکه مورد بررسی قرار گرفت و مطالعه همسایگی و هم محله ای به مطالعه فرامحلی و فرامرزی و نامحدود تغییر یافت. براساس این دیدگاه، جامعه وجود دارد، ولی محدود به همسایگی و محله ها نمی شود.

دیدگاه تحلیل شبکه در مقایسه با دیدگاه های تحلیلی دیگر، جامعه را از همسایگی مجزا می کند و روش مفیدی برای مطالعه جامعه بدون محدود کردن آن به نواحی و محله هاست.

گسترش وسایل حمل و نقل فناوری ارتباطی جدید مثل اینترنت، و ... باعث شد که ارتباطات از چهارچوب محل زندگی افراد فراتر برود. بنابراین براساس این دیدگاه، جامعه از بین نرفته، بلکه رها شده است و باید به عنوان شبکه فردی مورد بررسی قرار گیرد.

به طور کلی دیدگاه شبکه نسبت به سایر گرایشات نظری و مطالعاتی مربوط به جامعه دارای سه امتیاز است.

۱. از این فرض که افراد لزوماً با همسایه ها و گروه‌های خویشاوندی یا سایر همبستگی‌های محدود در کنش متقابل هستند اجتناب می‌کنند و این امکان را فراهم می‌سازد که طیف وسیعی از روابط، در همه جا و با مسؤول کردن همه‌ی افرادی که این روابط را شکل می‌دهند، مورد مطالعه قرار گیرند. این دیدگاه ضد همسایگی و مجاورت نیست، بلکه مجاورت مسکونی را تنها یک بُعد از جامعه می‌داند.

۲. قابلیت آن برای مطالعه پیوندها و ارتباطات در همه مقیاس‌ها، از روابط بین فردی تا نظام‌های کلان بسیار زیاد است و امکان تحلیل ارتباطات زندگی روزمره را در بطن تغییرات اجتماعی عظیم میسر می‌سازد.

۳. این دیدگاه مجموعه ای از روش های کمی و کیفی را برای فهم، توصیف، تحلیل، ترکیب، ساختار و عملکرد شبکه های فردی فراهم می کند (ولمن، ۱۹۹۹: ۱۸-۱۷).

مبنای نظری این پژوهش نیز دیدگاه شبکه فردی است که به خوبی با فرایند اصلی روش‌های تحقیق پیمایش سازگاری دارد. همچنین از روش شبکه فردی، برای بررسی شبکه

اجتماعی استفاده شده است؛ در این روش با تعدادی از افراد اصلی مصاحبه و گفتگو می شود و سؤال‌هایی درباره ترکیب الگوهای ارتباطی و محتوای شبکه آنها مطرح می شود. از پاسخ‌های این افراد برای اندازه گیری و سنجش تراکم شبکه (درصد ارتباطات متقابل) استفاده می شود.

فرضیه های تحقیق

الف: فرضیه اصلی

بین سرمایه ی اجتماعی و سلامت روانی کارکنان سازمان آموزش و پرورش شهر ساری رابطه وجود دارد.

ب: فرضیه های فرعی

۱. بین دریافت حمایت و سلامت روانی کارکنان رابطه وجود دارد.

۲. بین وجود حمایت و سلامت روانی کارکنان رابطه وجود دارد.

۳. بین ویژگی های فرد و پایگاه اجتماعی- اقتصادی (وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و درآمد) و سلامت روانی کارکنان رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

روش مورد استفاده در این تحقیق کمی و به شیوه ی پیمایشی است. چهارچوب نظری و فرضیه‌های تحقیق سازگاری بهتری با روش پیمایشی دارند.

- جامعه آماری و روش نمونه گیری

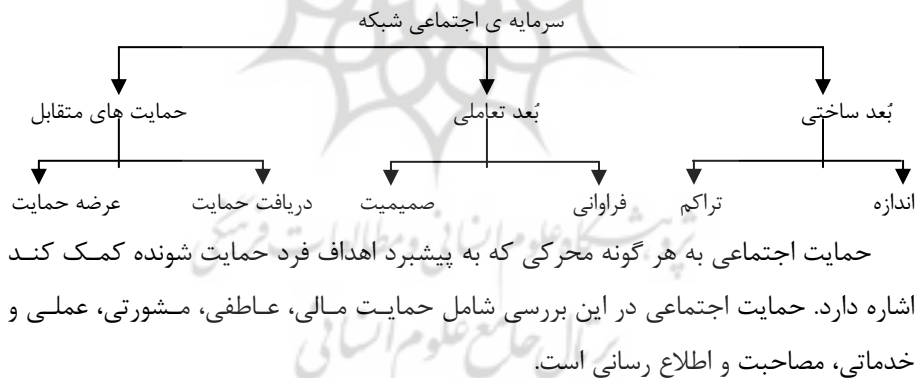
جامعه ی آماری، کارکنان آموزش و پرورش شهر ساری می باشد که براساس آمار ۸۷-۱۳۸۶ تعداد آنها ۴۹۱۵ نفر بوده است (کتاب آمار سازمان، ۱۳۸۷: ۱۱). با توجه به حجم وسیع جامعه آماری و عدم امکان جمع آوری داده ها از تمامی افراد، تعداد ۳۰۰ نفر از آنها با استفاده از نمونه گیری طبقه ای به شیوه تصادفی غیرسیستماتیک و براساس فرمول کوکران انتخاب شدند. در تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از آمارهای توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

- ابزار پژوهش

جمع آوری اطلاعات مبتنی بر پرسش نامه و مصاحبه بوده است. پایداری ابزار با استفاده از روش همسانی درونی موردسنجش قرارگرفت بنابراین آلفای کرونباخ هرکدام از گویه هایی که متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت روان را موردسنجش قرار می دادند محاسبه و نتیجتاً گویه های که ضریب آلفای آنها بیش از ۰/۷ بود پایداری شان تأیید و گویه های با ضرایب آلفای گرونباخ کمتر از ۰/۷ از پرسشنامه حذف گردیدند. جهت سنجش روایی پرسشنامه نیز از روایی صوری استفاده شده است. بدین صورت که برای هرکدام از گویه های پرسش نامه و برای هر طیف، سؤالی کلی درباره ی همان طیف مطرح شد تا پاسخگویان بر حسب موافقت یا مخالفت با آن گویه، نمره ای را انتخاب کنند. از آن جا که این نمره به صورت فاصله ای وارد شده است، همبستگی آن با گویه های هر طیف محاسبه شد. چون این همبستگی معنادار بود، (سرمایه اجتماعی شبکه ۰/۷۵ و سلامت روان ۰/۸۳) می تواند دلیلی بر وجود اعتبار صوری پرسشنامه باشد

برای سنجش دو سازه ی سرمایه ی اجتماعی شبکه و سلامت روان به صورت زیر عمل شده است:

- سرمایه ی اجتماعی شبکه: در این پژوهش سرمایه ی اجتماعی شبکه با استفاده از شاخص حمایت های متقابل (دریافت حمایت و عرضه ی حمایت) سنجیده شده است.



افراد به لحاظ اجتماعی به یکدیگر و به سازمان ها و نهادهای مربوط به زندگی اجتماعی واکنش نشان می دهند، از جمله سازمان هایی مثل انجمن های داوطلبانه، باشگاه ها، اتحادیه ها و گروه هایی که آگاهانه، داوطلبانه، به صورت جمعی و با در نظر گرفتن هدف های معین و مشخص که منجر به سهیم شدن در منابع قدرت شود، فعالیت می کنند.

- **سلامت روان:** عبارت است از استعداد روانی برای هماهنگی مطلوب و مؤثر و انعطاف پذیری در موقعیت های دشوار و داشتن توانایی بازبایی تعادل خود. در این تحقیق سلامت روان با استفاده از فرم ۲۸ سوالی سازمان جهانی بهداشت بر مبنای طیف لیکرت سنجیده می شود که شامل سوالاتی در خصوص سلامت جسمانی، اختلال در کارکرد و اضطراب و افسردگی است. گویه ها از مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر، همچنین از مطالعات داخل کشور اقتباس شده اند و پس از ایجاد تغییرات لازم و سازگار کردن آنها با وضعیت ایران، گویه های مناسب انتخاب شدند.

داده های به دست آمده از پرسشنامه با استفاده از نرم افزار SPSS در دو سطح توصیف و تبیین تجزیه و تحلیل شدند. در سطح توصیفی، توزیع فراوانی متغیرها، تصویری از توزیع جمعیت مورد مطالعه به دست داد و برای تحلیل رابطه ی بین متغیرها، از آمارهای تحلیل همبستگی و در مقایسه میانگین ها از آزمون T و F استفاده شده است. قابل ذکر است که برای نشان دادن ارتباط همزمان چند متغیر یا متغیر وابسته و تحلیل علل آنها از رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام^۱ استفاده شده است.

یافته های پژوهش

میانگین سنی افراد پاسخگو برابر ۴۰ سال و میانگین تحصیلات آنها کارشناسی است، بنابراین افراد پاسخگو دارای میانگین سنی نسبتاً بالا و مدرک لیسانس هستند. شاخص دیگر هویت طبقاتی افراد است. از مجموع نمونه آماری، ۷/۸ درصد از طبقه ی بالا، ۴۵/۳ درصد از طبقه ی

1. Step Wise

میانی و ۴۶/۹ درصد از طبقه پایین جامعه بودند. وضعیت مسکن نشان می دهد که ۹۱/۲۵ درصد آنها دارای خانه های شخصی هستند و بقیه موارد ناچیز است. ۹۱ درصد از پاسخگویان متأهل، ۳/۵ درصد مجرد و ۳/۵ درصد بیوه و طلاق گرفته هستند، دو درصد نیز زندگی جداگانه بدون طلاق دارند. میانگین نمره سلامت روانی افراد مورد مطالعه برابر ۶۹ بود که در مقایسه با دامنه نمره (۱۵ تا ۷۵) در حد بالایی قرار دارد و بیانگر بالابودن میزان سلامت روانی در بین کارکنان است. شاخص دیگر جدول، میانگین نمره سرمایه اجتماعی شبکه پاسخگویان را نشان می دهد و میانگین نمره آن در افراد مورد مطالعه برابر ۴۵ بود این نمره در مقایسه با دامنه نمره (۱۶ تا ۸۰) در حد متوسط قرار دارد و بیانگر متوسط بودن میزان سرمایه اجتماعی کارکنان است. * آزمون فرضیه های تحقیق با استفاده از روش آماری ضریب همبستگی و مقایسه میانگین ها انجام گرفت. جدول شماره ۱ نشان دهنده ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و سلامت روانی است. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که بین سلامت روان و متغیرهای مستقل جدول شماره ۱ رابطه معناداری حداقل در سطح ۰/۹۵ وجود دارد.

جدول شماره ۱: ضریب پیرسون بین متغیرهای مستقل فاصله ای و سلامت روان

معناداری	ضریب همبستگی	انحراف معیار	میانگین	همبستگی	تولید روان
۰/۰۰۰	۰/۱۶۶	۵/۹۵	۱۵/۶۶	دریافت حمایت	
۰/۰۰۰	۰/۵۱	۶/۱۱	۱۴/۹۵	عرضه حمایت	
۰/۰۱۶	۰/۱۴	۳/۸	۲۲	تحصیلات	
۰/۰۲۱	۰/۲۶۱	۳/۵	۴۰	سن	
۰/۰۰۰	۰/۴۲	۱۳۵	۷۵۰	درآمد	

جدول شماره ۲ نشان می دهد که میانگین نمره ی سلامت روانی افراد در طبقه ی بالا ۵۲/۴۱، در طبقه ی میانی ۵۸/۳۲ و در طبقه پایین ۴۷/۹۹ است. این نمره در هر طبقه براساس آزمون F با مقدار ۱۶/۳۷۴ حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است. به عبارت دیگر، کارکنانی که

هویت طبقاتی آنها میانی است از سلامت روان بهتری برخوردارند. آمارهای موجود در جدول برای وضعیت مسکن نشان می‌دهد که میانگین نمره افراد نمونه برحسب زندگی کردن در خانه‌های شخصی (۷۰/۵۹)، اجاره ای (۱۶/۵۳) و سازمانی (۴/۸۱) با هم تفاوت دارد. این تفاوت براساس آزمون F در تحلیل پراکنش و حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است. به عبارتی می‌توان گفت سلامت روانی کارکنانی که دارای منزل شخصی بوده اند بیشتر است. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره سلامت روانی افراد متأهل ۵۲/۶۷، افراد مجرد ۴۸/۵۹، افراد طلاق گرفته ۳۸/۵۲ و افراد بیوه ۴۰ است. تفاوت بین میانگین‌ها براساس آزمون F حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است. به عبارتی این فرضیه که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد و بیوه دارای سلامت روان بهتری هستند تأیید می‌شود.

جدول شماره ی ۲: نتایج آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی کارکنان برحسب طبقه اجتماعی، وضعیت

مسکن و وضعیت تأهل افراد نمونه (n=۳۲۰)

نام متغیر	نام مقوله	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	سطح معنی دار
وضعیت اجتماعی	طبقه بالا	۴۳	۲۵/۴۱	۱۰/۶۱۵۸	۱۵/۸۱۴	۰/۰۰۰
	طبقه متوسط	۱۵۷	۵۸/۳۲	۱۱/۱۲۴۲		
	طبقه پایین	۱۰۰	۴۷/۹۹	۸/۱۱۷۱		
	شخصی	۲۸۰	۷۰/۵۹	۱۱/۵۸۱		
وضعیت مسکن	اجاره ای	۱۲	۱۶/۵۳	۱۱/۸۸۹	۱۶/۳۷۴	۰/۰۰۰
	سازمانی	۵	۴/۸۱	۱۰/۱۵۵۱		
	سایر	۳	۵/۵۸	۱۲/۷۵۶۳		
	مجرد	۱۰	۱۲/۵۹	۱۱/۷۹۷۱		
	متأهل	۲۸۰	۸۶/۶۷	۱۱/۳۶۵۶		
وضعیت تأهل	طلاق گرفته	۴	۷/۵۲	۴/۵۸۶۵	۱۱/۵۴۷	۰/۰۰۰
	همسر مرده	۴	۷/۵۲	۴/۵۸۶۵		
	زندگی جداگانه	۲	۴	۸/۶۹۶۹		

جدول شماره ۳ نتایج آزمون تفاوت میانگین سلامت روان افراد نمونه را برحسب رتبه بندی شغلی نشان می دهد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره ی سلامت روانی افراد در رتبه های مختلف شغلی با هم متفاوت است. این میانگین ها براساس آزمون F برابر ۱۸/۹۳۴ و حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی دار است. بررسی تأثیر شغل پاسخگویان بر میزان سلامت روانی آنها نشان می دهد که از میان کارکنان، افراد شاغل در مقطع دبیرستان و پیش دانشگاهی یعنی مدرسان دارای مدرک ارشد، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند.

جدول شماره ۳: نتایج آزمون تفاوت میانگین سلامت روان برحسب مقاطع شغلی افراد نمونه

(n=۳۲۰)

مقاطع شغلی	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	سطح معناداری
مقطع اداری	۳۰	۱۹/۵	۱۰/۶۰۶۶	۱۸/۹۳۴	۰/۰۰۰
مقطع ابتدایی	۶۰	۳۸/۵	۸/۷۵		
مقطع راهنمایی	۷۰	۵۲/۲۱	۹/۵۲		
مقطع دبیرستان	۱۶۰	۵۴/۲۱	۷/۹۷۹۶		

در مقاله حاضر از آمار رگرسیون چندمتغیره به شیوه ی گام به گام استفاده شده است. در این روش متغیرهای مختلف به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته دارند، وارد معادله ی رگرسیون می شوند. نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد که ۴ متغیر صمیمیت در مرتبه اول، دریافت حمایت مرتبه دوم، عرضه حمایت یا حمایت های متقابل مرتبه سوم، پایگاه اجتماعی و اقتصادی مرحله چهارم، وضعیت تأهل مرتبه پنجم و مقطع شغلی در مرتبه ششم به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته اند، وارد معادله رگرسیون شده اند و در مجموع این ۶ متغیر توانسته اند ۵۷ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند و توضیح

دهند ($R^2 = 0/57$). قابل ذکر است که در این معادله وضعیت تأهل و نوع مالکیت مسکن به صورت متغیر ساختگی^۱ وارد معادله رگرسیونی شده است.

براساس مقادیر Beta (این مقادیر استاندارد شده اند و امکان مقایسه و تعیین سهم نسبی هر یک از متغیرها را فراهم می سازند) معادله رگرسیون چند متغیره در تحقیق حاضر به این صورت است:

سلامت روان = $0/41$ (صمیمیت) + $0/55$ (دریافت حمایت + عرضه حمایت یا حمایت های متقابل) + $0/18$ (پایگاه اجتماعی و اقتصادی) + $0/16$ (وضعیت تأهل) + $0/14$ (مقطع کاری)

جدول شماره ی ۴: آزمون همبستگی بین متغیرها

مرحله	متغیر	B	Beta	مقدار T	سطح معناداری
۱	صمیمیت	۰/۰۸۱	۰/۴۱	۷/۷۸	۰/۰۰۰
۲	دریافت حمایت	۰/۰۷۰	۰/۳۵	۶/۳۲	۰/۰۰۰
۳	عرضه حمایت	۰/۰۶۸	۰/۲۵	۶/۱	۰/۰۳۱
۴	پایگاه اجتماعی و اقتصادی	۰/۰۶۵	۰/۱۸	۵/۹۱	۰/۰۲
۵	وضعیت تأهل	۰/۰۷۰	۰/۱۶۱	۴/۱۷	۰/۰۰۰
۶	مقطع کاری	۰/۰۶۶	۰/۱۴	۳/۸۸	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

سلامت روانی به عنوان پدیده‌ای روان شناختی و اجتماعی، نه تنها در کیفیت روانی تک‌تک افراد نقش دارد، بلکه زندگی سالم و مثبتی برای کل افراد جامعه و در نتیجه برای محیط اجتماعی فراهم می‌کند. نتایج به دست آمده از این مقاله نشان می‌دهند که بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات ($F=0/14$)، سن ($F=0/26$)، دریافت انواع حمایت (مالی، عاطفی ... اطلاع رسانی) ($F=0/66$)، عرضه انواع حمایت ($F=0/51$)، و پایگاه اقتصادی و اجتماعی ($F=0/48$) رابطه معناداری وجود دارد. مقدار T برای هریک از متغیرهای فاصله‌ای با سلامت روانی نشان دهنده‌ی

1. Dummy Variable

شدت رابطه ی بین دو متغیر است). براساس مقادیر به دست آمده این همبستگی در سطح حداقل ۹۵٪ اطمینان معنادار است.

نتایج رگرسیون چند متغیره نشان می دهد که متغیرهای صمیمیت ($Beta=۴۱$)، دریافت حمایت ($Beta=۳۰$)، عرضه حمایت ($Beta=۰/۲۵$)، پایگاه اقتصادی و اجتماعی ($Beta=۰/۱۸$)، وضعیت تأهل ($Beta=۰/۱۶$) و مقطع کاری ($Beta=۰/۱۴$) به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته اند، وارد رگرسیونی شده اند و با توجه به اثرات مستقیم و غیر مستقیم، صمیمیت، پیوند و حمایت متقابل اثرات مستقیمی در تبیین و توضیح متغیر وابسته دارند.

نتایج این تحقیق یافته های تحقیقات پیشین را مورد تأیید قرار می دهد. برای مثال تامپسون حمایت اجتماعی و عاطفی، (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۲). لی وجود شبکه های خویشاوندی (لی و همکاران، ۲۰۰۴: ۴۱۴-۳۹۹) و سیلوا و آلبک^۱، نقش حمایت خانوادگی را در رفع مشکلاتی چون آشفتگی اجتماعی، از دست دادن خویشاوندان و فاصله جغرافیایی با مبدأ مورد توجه قرار داده اند (سیلوا و آلبک، ۲۰۰۱: ۳۰۶-۳۲۰)؛ شیریان هم بر درآمد و ارتباط آن با سلامت روان (شیریان، ۱۹۹۳: ۲۶۹-۲۸۵) تأکید دارد، در حالی که این تحقیق ضمن تأیید رابطه ی حمایت اجتماعی و تحصیلات، رابطه معنادار متغیر درآمد با سلامت را در این جامعه تأیید نمی کند. از طرف دیگر نتیجه گرفت که متغیرهایی چون نوع فعالیت (مقطع کاری و میزان مشارکت در فعالیت های اجتماعی) در این مقاله با سلامت کارکنان ارتباط داشته است.

براساس مباحث نظری و یافته های این پژوهش می توان گفت با گذر جامعه از حالت سنتی به صنعتی، بحث سلامت روان افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می کند، به نحوی که سلامت روان مورد توجه سازمان های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است. ورود به جامعه جدید که به نحوی تمام ساختارها را دگرگون ساخته است، به لحاظ روانی، زندگی کنش گران را تحت تأثیر قرار داده است. در جامعه ما نیز به عنوان جامعه ای در حال گذار از

1. Silva & Allbeck

مرحله‌ی نیمه صنعتی به مرحله‌ی صنعتی این بحث مطرح شده است. زندگی افراد در فرایند گذار دستخوش تغییر و دگرگونی شده است و این تغییرات نه تنها در زندگی بلکه در تمام نظام ارزش ها و هنجارهای کنش گران نیز تأثیر گذاشته است. قطعاً همه افراد به یک صورت در برابر این تغییرات واکنش نشان نمی دهند.

زندگی کردن در این ساختار جدید، مستلزم گسترش انواع حمایت‌ها (عاطفی، مالی، اطلاع رسانی و ...) همکاری و عضویت در شبکه‌های اجتماعی است. نتایج این تحقیق نشان می دهد، هر اندازه افراد در این ساختار دارای سرمایه اجتماعی بالاتری باشند، یعنی این متغیر به عنوان مجموعه‌ی ذخایر ارزشمندی مانند حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، حس تعلق، 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.

ارتقای سلامت روانی در جامعه، شاخص توانمندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید. این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مدنظر قرار می‌گیرد. سیاست‌گذاران و برنامه ریزان باید براساس ابزار و امکانات موجود کیفیت زندگی کارکنان جامعه را ارتقاء دهند، نوعی یکپارچگی و تعادل فعال در جامعه به وجود آورند و با یک نظام تبلیغاتی مناسب به حذف تنگناهای فرهنگی و تقویت مناسبات و همبستگی‌های اجتماعی بپردازند.

منابع فارسی

- بهزاد، داود. شماره ۲۶، سال هفتم. بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران. فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی. سال اول، شماره ۲.
- پانتام، ر. (۱۳۸۰). دموکراسی و سنت‌های مدنی. ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: انتشارات وزارت کشور.
- چلیپی، م. (۱۳۷۵). نظم اجتماعی تهران: نشر نی.
- حسن زاده، ر. (۱۳۸۲). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری (مرکز ملی تحقیق)، تهران: نشر ساوالان. چاپ اول.

- دلاور، ع. (۱۳۷۳). روش های تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، انتشارات پیام نور، چاپ سوم.
- دواس، د. ا. (۱۳۷۶). پیمایش در تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ نایبی، تهران: نشر نی. چاپ اول.
- رفیع پور، ف. (۱۳۷۸). کندوکاوها و پنداشته ها، مقدمه ای بر روش های شناخت جامعه و تحقیقات اجتماعی، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- سرایبی، حسن. (۱۳۷۲). مقدمه ای بر نمونه گیری در تحقیق، تهران: انتشارات سمت.
- شرفیان ثانی، م. (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شولتس، و. (۱۳۶۲). روان شناسی کمال، ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نشر نو.
- فوکویاما، ف. (۱۳۷۹). پایان نظم، ترجمه دکتر غلامعباس توسلی، تهران: نشر جامعه ایرانیان.
- کلمن، ج. (۱۳۷۷). بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی، چاپ اول.
- کرلینجر و پدهازور، (۱۳۷۳). رگرسیون چندمتغیری در پژوهش رفتاری، ترجمه حسن سرایی، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- میلانی فر، ب. (۱۳۷۰). بهداشت روانی، تهران: نشر قومس.
- یعقوبی، ن. (۱۳۷۲). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق صومعه سرا، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

منابع انگلیسی

- Carolin, B., B. (2000). Migration Theory: Talking Across Disciplin, New Yor, Roulades.
- Do Souzu, R. (2006). Migration and Mental Health, Migrant Neww, Vol. 3, No, 22.
- Harahan, T. (2004). Urbanization and Mental Health in Developing Countries. A Research Role for Social Scientists, Social Science and Medicine, vo. 39.

- Kawachi, I., Kennedy, B. P., and Lochner, K., and Prothro-Stith, D. (1997). **Social Capital, income inequality and mortality**, American Journal of public health, Vol, 8- 35, 56- 59.
- Lee, J. S., et al. (2004). **Social Support Buffering of Acculturation Stress: A Study of Mental Health Symptoms Among Korean International Students, International Of Intercultural Relation**, Vol, 28.
- Putnam, R. (1993). **Making Democracy work: Civill Traditiona in Modern Italy**. Princeton university press, Princeton.
- Silvera, F. & Allevch, P. (2001). **Migration, Aging and Mental Health, An Ethnographic Study on Perception of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London**. International Journal of Social Welfare, Vol. 10.
- Thompson, S, et al. (2002). **The Social and Cuture Context of the Mental Health of Filipinas in Queensland**. Australian and New Zeeland Journal of Psychology, Vol. 36.
- Wleeman, B. (1992). **Which Type of Ties and network Provide what kinds of Social Support?** Advances in Group Processes, Vol, 9.
- Wleeman, B. (ed) (1992). **Network int the Global Village**. Boulder, Co: Westwood.
- Wilkinson, R. (1991). **Income Inequality**. Social Cohesion and Health International Journal of Health Services, Vol. 29.
- Who. (2001). **The World Health Report: Mental Helath**, Geneva, World Health Organization.
- Who. (2004). **Promoting Mental Health: A Report of The World Health Organiztion**. Department of Mental Helath, University of Melbourne.