

بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان (مورد مطالعه: دبیران مقطع متوسطه‌ی اول و دوم ناحیه‌ی یک شهر اراک)

محمدرضا مهرآئین^۱
موسی سعادت^۲
الهام عباسی^۳
سعید نریمانی^۴
صفرعلی محمدی^۵

چکیده

این تحقیق با هدف بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت روان دبیران مقطع متوسطه‌ی اول و دوم ناحیه‌ی یک شهر اراک انجام شده است. روش مطالعه پیمایشی بوده، جامعه‌ی آماری ۱۷۴۵ نفر از دبیران مقطع متوسطه‌ی اول و دوم ناحیه‌ی یک شهر اراک، روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۳۲۰ نفر انتخاب شده است که این تعداد با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته و

^۱ استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

^۲ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، saadati.2245@yahoo.com، 09147365145

^۳ عضو هیأت علمی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، صندوق پستی: ۳۶۹۷ - ۱۹۳۹۵ e_abbasi55@yahoo.com

^۴ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اراک، ایران، saeednarimani85@gmail.com

^۵ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک (نویسنده مسئول)،

S.a.mohamadi54@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۲۳

پرسشنامه‌ی سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (GHQ) مورد پرسش و سنجش قرار گرفته‌اند. پس از بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ی محقق ساخته، داده‌ها جمع‌آوری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. یافته‌های تحقیق حاکی از آن بوده که رابطه‌ی بین دو بعد متغیر سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های آن، اعتماد میان فردی، اعتماد مدنی، اعتماد اجتماعی، حمایت عاطفی، حمایت مالی، حمایت اطلاعاتی و حمایت اجتماعی با متغیر وابسته سلامت روان به لحاظ آماری معنی‌دار، و نوع رابطه نیز، خطی، منفی و معکوس بوده است. همچنین، متغیرهای مستقل حاضر در مدل رگرسیونی، شامل متغیرهای اعتماد میان فردی، اعتماد مدنی، حمایت اطلاعاتی، حمایت عاطفی و حمایت مالی توانسته‌اند ۳۴٪ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین نمایند.

واژگان کلیدی:

سرمایه‌ی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی، سلامت روان، دبیر، اراک

۱. مقدمه

سلامت محور توسعه‌ی اقتصادی - اجتماعی هر جامعه‌ای تلقی می‌شود. اگر هدف تمام سیاست‌های اجتماعی - اقتصادی، رفاه جامعه باشد، کلید ورود به رفاه جامعه، ابتدا امید به زندگی مناسب و سالم و سپس کیفیت زندگی است که هیچ‌یک از این‌ها بدون داشتن سلامت امکان‌پذیر نیست. توسعه بدون وجود انسان سالم قابل درک نیست. هم‌چنین قرن جدید با خود عقاید جدیدی آورده است، یک باور جدی این است که در مورد یک ملت تنها با رشد اقتصادی نمی‌توان قضاوت کرد، بلکه احساس خشنودی، امنیت و رضایت اجتماعی مردم نیز مهم است. در یک جامعه‌ی پایدار، برابری، آموزش، سلامت و احترام به حقوق انسان‌ها و برخورداری از نیازهای اساسی از ملزومات و شاخص‌های توسعه به شمار می‌رود. مطالعات نشان داده که در بین عوامل مؤثر بر ایجاد سلامت سهم هر دسته از عوامل حدوداً به این قرار است: سهم سیستم ارائه‌ی سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، داروها و...) به میزان ۲۵٪، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی ۱۵٪، و سهم عوامل فیزیکی، زیست محیطی و عوامل رفتاری ۱۰٪، این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی

مؤثر بر سلامت ۵۰٪ می باشد (مرندی، ۱۳۸۵: ۴۴). در حقیقت تلاش بخش سیستم ارائه ی سلامت فقط یکی از عوامل مؤثر بر سلامت است. در حالی که عمده ترین تأثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی، سرچشمه می گیرد، که بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می کنند، اثر می گذارد.

دبیران در حین فعالیت فرهنگی و آموزشی خود با عواملی دست و پنجه نرم می کنند که بی تردید می تواند برای سلامت آن ها مخاطره آمیز باشد. آنان فشارهای روحی و جسمی متعددی را متحمل می شوند و بر اثر کار شدید و مشکلاتی که در روابط بین فردی در محیط کار با همکاران و دانش آموزان پیدا می کنند، هم چنین انرژی فراوانی که برای کنترل رفتارهای نابهنجار دانش آموزان صرف می کنند، دائماً در حالت تنش به سر می برند. اگر چه آماری رسمی در مورد سلامت دبیران وجود ندارد، اما وضعیت موجود در جامعه نشان می دهد که ساختارهای کلان و خرد جامعه به نحوی هستند که توانایی تأمین بهداشت روانی، سلامت جسمانی و اجتماعی دبیران را در سطح خوبی فراهم نکرده اند و بسیاری از دبیران از سلامت جسمانی و اجتماعی به ویژه سلامت روانی رضایت بخشی برخوردار نیستند. سالم بودن دبیران نه تنها به خودی خود ارزشمند است، بلکه دبیران در صورت احراز سلامتی می توانند سایر نیازهای خود را برطرف سازند و به اهدافشان نائل شوند. علاوه بر این، برخورداری از تندرستی، احساس امنیتی دبیران را نیز تأمین می کند و به آنان اطمینان می دهد که قادر به ایفای نقش های اجتماعی خود خواهند بود (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۴۴-۴۳). در این میان، سرمایه ی اجتماعی یکی از مفاهیمی است که در سال های اخیر توجه به نقش آن در سلامت روان افراد در سطوح مختلف مورد توجه صاحب نظران بوده است (لهسایی زاده و مرادی، ۱۳۸۶، سعادت، ۱۳۸۹، هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱). سرمایه ی اجتماعی و نحوه ی حضور آن در زندگی کنشگران اجتماعی، به عنوان راه حل مشکلات اجتماعی تلقی می شود. سرمایه ی اجتماعی می تواند از سوی گروه های مختلف به عنوان منبعی برای دستیابی به منابع سودمند به کار گرفته شود (شکریگی، ۱۳۸۹: ۹۰).

امروزه ارتباط بین سرمایه ی اجتماعی و میزان آن در یک جامعه با مقولاتی از جمله پیشگیری و کاهش جرایم، خشونت و تضاد در جامعه، خودکشی، خشونت های خانگی، کودک آزاری و بزهکاری تأیید شده و بر نقش شبکه های اجتماعی به عنوان یکی از منابع حائز اهمیت سرمایه ی اجتماعی تأکید شده است. سرمایه ی اجتماعی باعث فراهم آوردن

شبکه‌ی حمایتی برای اعضای خانواده می‌شود. این حمایت هم چنین می‌تواند بر سلامت جسمی و روحی افراد داشته باشد و باعث کاهش اختلالات روانی گردد. سرمایه‌ی اجتماعی به عنوان یک سپر و عامل محافظت‌کننده در پیشگیری از بروز اختلالات روانی افراد می‌تواند مؤثر باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که ارائه‌ی حمایت‌های اجتماعی و افزایش اعتماد، بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روانی را به همراه دارد (سعادت، ۱۳۸۹: ۳ و ۸).

در این راستا با توجه به این که اغلب صاحب نظران و متفکران مسایل تربیتی و آموزشی بر این نظرند که کادر آموزشی بزرگ‌ترین و مهم‌ترین عامل مؤثر در جریان تعلیم و تربیت هستند، بنابراین بهبود نیست اگر گفته شود که شالوده و اساس یک سیستم آموزشی موفق را کادر آموزشی آن تشکیل می‌دهند، فلذا، تحقیق حاضر نیز، درصدد پاسخ‌گویی به سؤالات زیر می‌باشد: میزان سرمایه‌ی اجتماعی دبیران مقطع متوسطه‌ی اول و دوم ناحیه‌ی یک شهر اراک در چه حدی است؟ میزان سلامت روان دبیران مقطع متوسطه‌ی اول و دوم ناحیه‌ی یک شهر اراک در چه حدی است؟ چه رابطه‌ای میان سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان دبیران مقطع متوسطه‌ی اول و دوم ناحیه‌ی یک شهر اراک وجود دارد؟

۲. پیشینه‌ی پژوهش

هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱)، در تحقیق خود با عنوان: «تحلیل رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی» با جامعه‌ی آماری معلمان شهر همدان به نتایج ذیل دست یافته‌اند: بین بعد مشارکت اجتماعی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی و سلامت روانی، بعد روابط با دوستان، اقوام و خانواده، بعد اعتماد اجتماعی، بعد روابط همسایگی، بعد انسجام اجتماعی، بعد گرایش نسبت به دیگران، بعد ایثار نسبت به غریبه‌ها، بعد حمایت اجتماعی و بعد علاقه به جامعه همبستگی معناداری وجود داشته است. هم چنین نتایج کلی، رابطه‌ی معناداری میان سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی و سلامت روانی را نشان داده است. نتایج تحقیق لهسای زاده و مرادی (۱۳۸۶)، در پژوهشی با عنوان: «رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در مهاجران» نشان داد که بین متغیرهای اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، سن، تحصیلات، و مدت اقامت با سلامت روان رابطه‌ی معناداری وجود دارد. هم چنین رابطه‌ی دو سازه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان افراد مهاجر در سطح بالایی معنادار بوده است و هر اندازه افراد در ساختار جدید دارای سرمایه‌ی اجتماعی بالاتری باشند سلامت روان آن‌ها در جامعه‌ی

جدید در وضعیت بهتری قرار خواهند گرفت. بخشی از نتایج تحقیق پیروی وهمکاران(۱۳۸۹)، با عنوان: «ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان» حاکی از آن است که با افزایش میزان حمایت اجتماعی اختلالات روانی کاهش می یابد. نتایج تحقیق امینی رارانی و همکاران(۱۳۹۱)، تحت عنوان: «بررسی رابطه ی سرمایه ی اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران» نشان داد که بین سرمایه ی اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه به عنوان بیان گره های سلامت اجتماعی رابطه ی آماری معنی داری وجود دارد. یافته های تحقیق گروسی و شبستری(۱۳۹۰)، تحت عنوان: «بررسی رابطه ی سرمایه ی اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار شهر کرمان»، نتایج نشان داد که نزدیک به ۴۴٪ افراد وضعیت مناسبی از نظر سلامت روان ندارند. متغیرهای سن، اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی، سرمایه ی اجتماعی، اندازه ی شبکه ی اجتماعی و فراوانی تماس با اعضای شبکه، همبستگی معناداری با سلامت روان دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت مالی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی، مشارکت اجتماعی مهم ترین عوامل اجتماعی پیش بینی کننده ی سلامت روان افراد مورد مطالعه محسوب می شود. نتایج تحقیق سلطانی و جمالی(۱۳۸۷)، با عنوان: «بررسی رابطه ی بین سرمایه ی اجتماعی و سلامت روانی، مورد مطالعه دانشجویان دانشکده ی علوم اجتماعی دانشگاه شیراز» حاکی از آن بوده که رابطه ی بین دو متغیر سرمایه ی اجتماعی و به طور کلی و سلامت روانی معنادار و جهت رابطه نیز مثبت بوده است. در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی به عنوان سپر استرس های فرهنگ پذیری به مطالعه رابطه ی حمایت های اجتماعی و سلامت روان دانشجویان کره پرداخته اند. آن ها به این نتیجه رسیده اند که حمایت اجتماعی رابطه ی مثبتی با سلامت روان دانشجویان دارد و دانشجویانی که از سطح بالایی از حمایت اجتماعی برخوردارند فشارهای روانی و استرس فرهنگ پذیری کمتری دارند. تامپسون و همکاران(۲۰۰۲)، تحقیقی با عنوان: «زمینه های اجتماعی سلامت روان مهاجران فلیپینی در استرالیا» انجام دادند. آن ها بر دو بعد حمایت اجتماعی و عاطفی متمرکز شده و ارتباط این ابعاد را با سلامت روان در میان مهاجران مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مهاجران فلیپینی در گذر از یک جامعه ی جمع گرا به جامعه ی فردگرا به مشکلات و روش های روانی و عاطفی گرفتار می شوند. هم چنین که حمایت اجتماعی پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان و علایق مشترک

می‌تواند در سازگاری آن‌ها و سلامت روانی شان نقش مهمی داشته باشد. شیریان و شیریان (۱۹۹۳)، تحقیقی با عنوان: «همسایگی، رضایتمندی از محل سکونت و سلامت مادران مهاجر بزرگسال در اوهایو» انجام و نقش سرمایه‌ی اجتماعی در سلامت روان مهاجران را مورد مطالعه قرار داد. نتایج پژوهش وی نشان داد که همسایگی به عنوان یک عامل حمایت‌کننده‌ی اجتماعی بر سلامت روان مهاجران مؤثر است. وی در تبیین تحلیل خود از دو مدل توسعه‌ی خطی و سیستمی استفاده نمود. اساس دو مدل مذکور این است که داشتن دوستان، آشنایان و همسایگان خوب در شهر در ارتقای کیفیت سلامت روانی مهاجران مؤثر است. در این تحقیق افراد با تحرک اجتماعی بالا، درآمد بالا و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، مالی و روانی دارای سلامت روان بهتری می‌باشند.

۳. چهارچوب نظری

در این بخش نظریه‌های اندیشمندان حول مفاهیم سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی مورد بحث قرار می‌گیرد:

سرمایه‌ی اجتماعی

سرمایه‌ی اجتماعی اصطلاحی است که گاه در معنای وسیع به کار می‌رود و مفهوم ثروت اجتماعی و یا حتی درآمد اجتماعی از آن بر می‌آید و گاه در فضای محدود، منابع و تجهیزات غیرفردی و غیرخصوصی را شامل می‌شود. بدین معنی سرمایه‌ی اجتماعی آن چیزی است که به شکل عینی و فیزیکی وجود ندارد، هر چه بیشتر مصرف شود افزایش خواهد یافت و در صورتی که مصرف نشود، رو به کاهش و نابودی خواهد می‌گذارد (اختر محقی، ۱۳۸۵: ۱۳). ریشه‌ی استفاده از این اصطلاح به سال ۱۹۱۶ و به کاربرد اولیه‌ی آن توسط هانی فان باز می‌گردد. وی در بحث از مراکز اجتماعات مدارس روستایی، بر اهمیت احیای مشارکت‌های اجتماعی برای تداوم دموکراسی و توسعه تأکید کرد و مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی را وضع نمود. در دهه‌ی ۱۹۵۰ توسط سیلی و همکارانش برای تحلیل عضویت حومه‌نشینان شهری در کلوب‌ها، در دهه‌ی ۱۹۶۰ توسط «جاکوبز» که برنامه ریز شهری بود برای تأکید بر ارزش جمعی پیوندهای غیررسمی همسایگان در کلان‌شهرهای جدید، و در دهه‌ی ۱۹۷۰ توسط لوری اقتصاددان، برای تحلیل میراث اجتماعی برده‌داری به کار گرفته شده است (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۵).

لوری معتقد است سرمایه‌ی اجتماعی مجموعه منابعی است که در ذات روابط خانوادگی و در سازمان اجتماعی جامعه وجود دارد و برای رشد شناختی یا اجتماعی کودک یا جوان سودمند است (کلمن، ۱۳۷۷: ۶۶۰-۶۵۹). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سرمایه‌ی اجتماعی به شبکه‌ها و هنجارهایی اشاره دارد که کنش اجتماعی را تسهیل می‌کنند. سرمایه‌ی اجتماعی شامل نهادها، روابط و رسومی است که به کمیّت و کیفیت کنش‌های متقابل اجتماعی شکل می‌بخشد (Gilbert, 2008: 8)، بوردیو با تأکید بر شبکه‌ی اجتماعی آن را منبعی برای دستیابی به اهداف و تسهیل کنش می‌داند. از نظر بوردیو شبکه‌های اجتماعی موهبتی طبیعی نیستند و باید آن‌ها را با انجام کنش‌های منطقی و هدفمند برای دستیابی به دیگر سرمایه‌ها و منابع پدید آورد. وی سرمایه‌ی اجتماعی را ساخته شده از تکالیف و تعهدات اجتماعی (پیوندها و ارتباطات) می‌داند. جایگاهی که بوردیو برای سرمایه‌ی اجتماعی در نظر می‌گیرد برگستره‌ی پیوندها یا شبکه‌های اجتماعی متمرکز شده است. خانواده یکی از نمونه‌های برجسته این پیوندهاست. بر این اساس، شبکه‌ای از روابط خانوادگی می‌تواند جایگاه یک گردش غیررسمی سرمایه باشد (بن‌فاین: ۱۳۸۵: ۱۰۳). جیمز کلمن، سرمایه‌ی اجتماعی را منبعی برای کنش افراد می‌داند که به طور ذاتی در ساختار روابط کنشگران با هم و رابطه‌ی بین آن‌ها حضور دارد (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۴۹). کلمن معتقد است که سرمایه‌ی اجتماعی با کارکردش تعریف می‌شود. به نظر او سرمایه‌ی اجتماعی شیئی واحد نیست. بلکه انواع چیزهایی است که دو ویژگی مشترک دارند: همه‌ی آن‌ها شامل جنبه‌ای از یک ساخت اجتماعی هستند و کنش‌های معین افرادی را که در درون ساختار هستند تسهیل می‌کنند (کلمن، ۱۳۷۷: ۶۶۲). پاتنام معتقد است که جنبه‌هایی از سرمایه‌ی اجتماعی از قبیل: هنجارها، شبکه‌ها و اعتماد متقابل است که همیاری و هماهنگی افراد را برای دستیابی به منافع مشترک، تسهیل می‌کند، وی سرمایه‌ی اجتماعی را در اجزایی چون شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد می‌داند (پاتنام، ۱۳۸۰: ۵). پاتنام از دو نوع اعتماد که هرکدام مختص به نظم و ساختار اجتماعی خاصی است یاد می‌کند: اعتماد میان فردی، یا اعتماد به آشنایان، و اعتماد تعمیم یافته یا اعتماد به غریبه‌ها. به نظر پاتنام اعتماد به همان اندازه که یک نگرش شخصی است یک دارایی ضروری نظام اجتماعی نیز هست. افراد قادرند که به یکدیگر اعتماد کنند «و نه صرفاً خوش باوری» و این به دلیل هنجارها و شبکه‌های اجتماعی است که عمل‌شان در چهارچوب آن‌ها قرار می‌گیرد (هزارجریبی و مهري، ۱۳۹۱: ۵۷)، فوکویاما نیز، معتقد است که سرمایه‌ی اجتماعی را به

سادگی می توان به عنوان وجود مجموعه ای از هنجارها یا ارزش های غیررسمی تعریف کرد که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میانشان مجاز است در آن سهیم هستند. هنجارهایی که تولید سرمایه ی اجتماعی می کنند اساساً باید شامل سجایایی از قبیل صداقت، ادای تعهدات و ارتباطات دو جانبه باشند (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۱۲-۱۱). هم چنین، کارپیانو از سرمایه ی اجتماعی به عنوان منابع مبتنی بر شبکه و منابعی که در شبکه موجود بوده و دسترسی متفاوت افراد به این منابع برای استفاده آن ها در جهت دستیابی به اهداف و نیازهای متفاوت وجود دارد، یاد می کند. (Carpiano: 2008: 83). برکمن و کاواچی مطرح می کنند که پیوندهای اجتماعی، نقش به سزایی در حفظ سلامتی روانی و شادابی افراد دارند. افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، از نظر سلامت روانی در وضعیت مطلوبی بسر نمی برند، شبکه های اجتماعی کوچک تر، روابط خویشاوندی کم رنگ تر و دریافت حمایت اجتماعی اندک باعث ایجاد حالت افسردگی و یأس در افرادی شود. (Kawachi & et al 2001: 459).

هارفام سرمایه ی اجتماعی را منبعی می داند که برخورداری از آن، باعث ایجاد انسجام اجتماعی، اعتماد و تمایل به درگیر شدن در فعالیت های محلی می شود. هم چنین به نظر وی سرمایه ی اجتماعی می تواند عوامل استرس زا و خطرزا در رابطه با سلامت را کاهش دهد. هارفام بر این باورند است که سرمایه ی اجتماعی عوامل استرس زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می کنند. هم چنین سرمایه ی اجتماعی می تواند حوادث منفی زندگی چون از دست دادن شغل را در زندگی کاهش دهد. (Harpham, 2008. 200 & 226)، رز بر این باور است که سرمایه ی اجتماعی تنها به وسیله ی عضویت در نهادها به دست می آید و شبکه های سرمایه ی اجتماعی به طور خاص در فراهم آوردن حمایت های عاطفی و روان نقش مؤثری در ارتقای سلامت روانی افراد دارند. (Rose, 2000: 1423).

سلامت روان

واژه ی Haelth، از واژه ی Holth یونانی برخاسته که بعدها در انگلیسی Wholness و Holestic نیز از همین واژه اتخاذ شده است، به معنی کمال، کامل و جامع، که نشان دهنده ی مقوله های تندرستی فرد کامل، تمامیت، صحت، وآسایش اوست. به بیان دیگر

وقتی این کلمه به کار می رود، منظور دستیابی به یک مفهوم کامل و جامع و در بردارنده ی همه چیز و همه ی ابعاد است. سلامت روان، یکی از جنبه های مفهوم کلی سلامتی است و عبارت است از قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خویشتن، قدرت تصمیم گیری در بحران ها و مقابله ی موفق با فشارهای روانی. فرهنگ بزرگ لاروس، سلامت روانی را استعداد روان برای هماهنگی، خوشایندی و مؤثر کارکردن در موقعیت های دشوار، انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن، تعریف می کند (سعادت، ۱۳۸۹: ۷۱ و ۷۲). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸، سلامتی حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو. (Who, 1998: 1)، این سازمان، سلامت روانی را حالتی از سلامتی می داند که در آن فرد، توانایی خود را می شناسد، می تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه متمر باشد و قادر به تصمیم گیری و مشارکت جمعی باشد. براین اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (سعادت، ۱۳۸۹: ۷۲). مفهوم سلامت روانی شامل: تندرستی ذهنی، درک خود اثربخشی (کارایی) استقلال، شایستگی، وابستگی بین نسلی و شناخت توانایی برای درک منطقی و پتانسیل عاطفی می باشد. هم چنین در شرایط سلامت، زمانی که افراد توانایی های خود را می شناسند و توانایی مقابله با استرس های معمول زندگی را دارند و می توانند به طور مؤثری در ساختن جامعه ی خود عمل کنند هم سلامت روانی تعریف می شود. (Gilbert, 2008: 5)، بروکینگتون نیز، سلامت روانی را احساس شادابی جسمی، فکری و روحی همراه با ذخیره ی قدرت براساس عملکرد عادی بافت ها و هماهنگی و تطبیق جسمی و روحی که موجب فراهم گردیدن وسائل زندگی سرشار از نشاط برای انجام خدمات و کارهای عادی می باشد، تعریف می کند (محسنی، ۱۳۷۶: ۴۴). آلفرد آدلر، معتقد است فرد دارای سلامت روان، روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه های اجتماعی به درستی می شناسد. از نظر وی، فرد سالم از اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست. فرد سالم از نظر روانی در این نظریه مطمئن و خوش بین است و ضمن پذیرفتن مشکلات در حدّ توان اقدام به حلّ آن

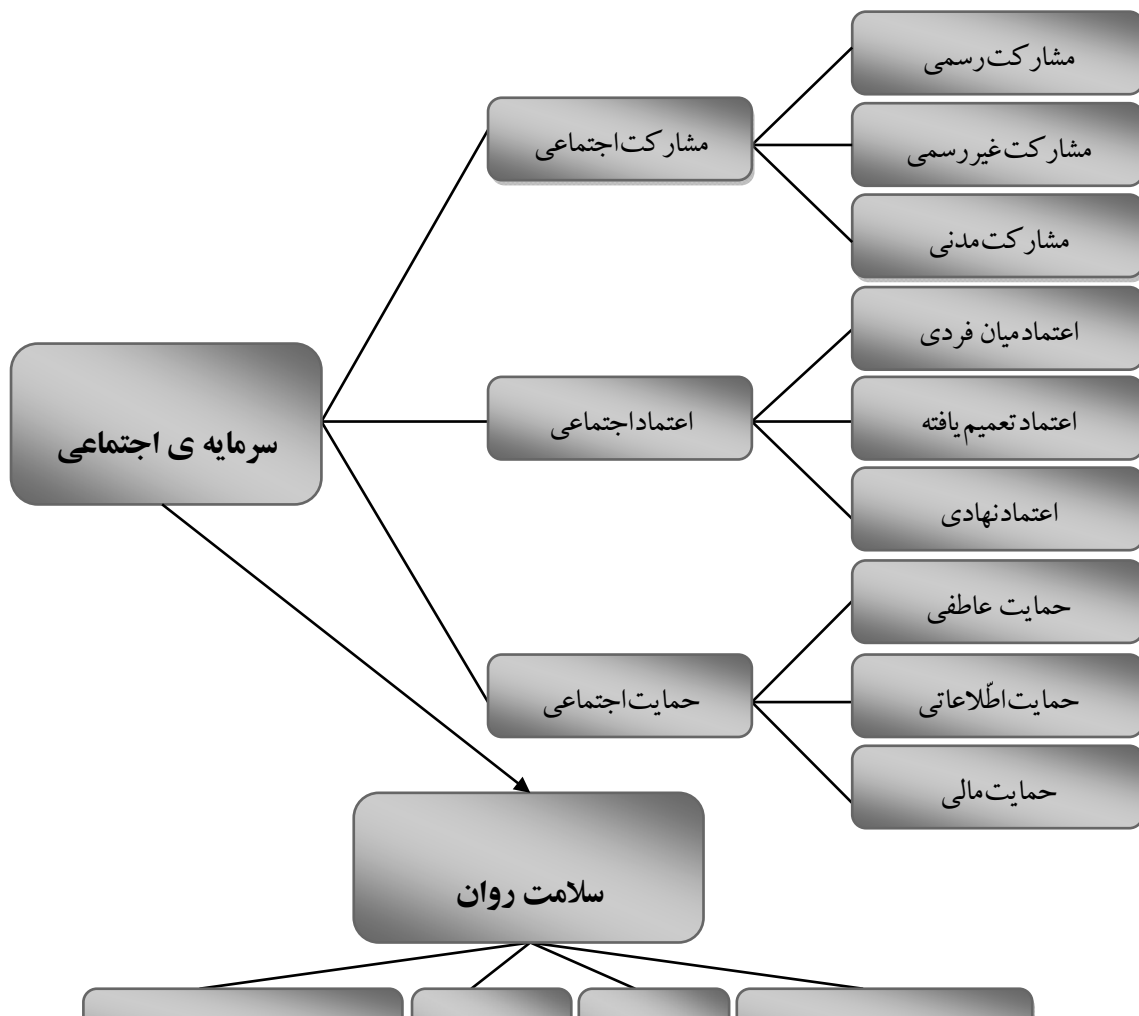
هامی نماید (شولتز و شولتز، ۱۳۸۱: ۹۸). به نظر ویلیام گلاسر، انسان سالم کسی است که واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیت‌ها را با انکار کردن نادیده نگیرد، بلکه با موقعیت‌ها به صورت واقع‌گرایانه روبه‌رو شود. هویت موفق داشته باشد یعنی عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت نماید. هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تأیید کنند، و این که مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند. پذیرش مسئولیت کامل‌ترین نشانه‌ی سلامت روانی است. به طور کلی، به نظر گلاسر، فرد سلامتی را در قبول واقعیت، قضاوت در درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال تعریف می‌کند و چنان چه در شخصی این سه اصل تحقق یابد، نشان‌گر سلامت روانی او است (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸: ۱۶۵). گلدشتاین نیز، سلامت روانی را تعادل بین اعضا و محیط در رسیدن به خودشکوفایی می‌داند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۳). چاهن نیز سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی تعبیر می‌کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود. در سال‌های اخیر انجمن کانادایی، بهداشت روانی، «سلامت روانی» را در سه بخش تعریف کرده است (گنجی، ۱۳۸۶). در یک طبقه بندی کلی می‌توان بیان داشت که سه مدل مختلف درباره‌ی سلامت و بیماری روانی مشخص شده است: مدل زیستی (پزشکی)، مدل زیستی-روانی-اجتماعی (مدل سیستمی) و مدل ارتقاء در سلامت روانی. مدل زیستی-پزشکی معتقد به شناسایی و یا امکان شناسایی علل فیزیکی اختلالات روانی است. در این مدل، چنین اعتقادی وجود دارد که عوامل میکروبی و شیمیایی و ژن‌ها، به انحاء مختلف، عامل اختلالات روانی هستند و به همین ترتیب درمان نیز معمولاً مبتنی بر مداخلات فیزیکی (دارو درمانی، جراحی و...) صورت می‌پذیرد. آن چه در مدل پزشکی بارز است، نگرش بیمارنگر به سلامتی است که در آن سلامتی براساس نبود علائم بیماری تعریف می‌شود. علاوه بر این، درمان بیماری روانی نیز متأثر از عوامل ارگانیک و جسمانی قلمداد می‌شود. به علاوه، این مدل در تحلیل مفهوم سلامت روانی، تأکید بیش از حد بر روی جسم دارد و به ذهن بهای اندک می‌دهد. مدل سیستمی

برخلاف مدل زیستی- پزشکی، در تبیین پدیده های روانی، تنها عوامل مکانیکی، شیمیایی و فیزیولوژیکی را مورد توجه قرار نمی دهد، بلکه بر این اعتقاد است که عوامل بسیاری در سطوح مختلف، پدیده های روانی را تحت تأثیر قرار می دهند و تحلیل وضعیت بیماری روانی مستلزم بررسی این عوامل است. انگل، مدل زیستی- روانی - اجتماعی را در بحث سلامت روانی مطرح می کند که در آن سلامت روانی به عنوان برآیندی از تعامل عوامل زیست شناختی، روانی و اجتماعی مدنظر قرار می گیرد؛ به عبارت دیگر، عوامل زیست شناختی (ویروس، باکتری و آسیب های بافتی و...) در تعامل با عوامل روانشناختی (نگرش، باور، رفتار و...) و عوامل اجتماعی (گروه های اجتماعی، همسایگان، شبکه ها، موقعیت اجتماعی، شغل، اخلاق و...) سلامت شخص را تعیین می کند. از این دیدگاه انسان و رفتارهای او در مجموع یک سیستم در نظر گرفته می شود که در آن عوامل مختلف تاثیر متقابل بر هم دارند. با این دید سیستماتیک ملاحظه می شود که چگونه عوامل متنوع زیستی و عوامل روانی و اجتماعی انسان برهم دیگر اثر می گذارند (حبی، ۱۳۸۳: ۱۱۴). بر این اساس، در این مدل، سلامت روانی عبارت است از تعادل در فعالیت های زیستی، روانی و اجتماعی افراد که انسان از این تعادل سیستماتیک و ساختارهای سالم خود، برای سرکوب کردن و تحت کنترل درآوردن بیماری استفاده می کند. بر طبق مدل سوم، مدل ارتقاء، ارتقای سلامتی، فرآیندی است که فرد را قادر می کند تا توان کنترل خویش را افزایش دهد و سلامتی خود را برای رسیدن به حالت کاملی از رفاه اجتماعی، روانی و جسمی بهبود بخشد. در این مدل تلاش می شود تا فرد به خودشناسی برسد تا در پرتو این خودشناسی بتواند انتظارات خود را بیان کند و نیازهای خود را تحقق بخشد و قادر به تغییر محیط یا سازگاری آن باشد. ارتقای سلامتی فقط مسئول حفظ سلامتی در یک حد خاص نیست بلکه بر این عقیده است که باید فراتر از سلامتی در زندگی و احساس شادی گام بردارد. این مدل به طور گسترده ای به جنبه های زیست محیطی، اقتصادی و اجتماعی در تحلیل سلامت روانی توجه دارد و به سلامت روانی به عنوان یک بحث اساسی و محوری در زندگی بشر می اندیشد (سعادت، ۱۳۸۹: ۸۱).

به طور کلی می توان سلامت روانی را در رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن ها، ارضای نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعداد های فردی تعریف کرد. به عبارتی، سلامت روانی، عبارت است از تعادل بین تمامی جنبه های زندگی - اجتماعی، روانی، روحی و عاطفی - که بر نحوه ی اداره و مدیریت محیط اطراف فرد تاثیر می گذارد و فرصت ها و شانس هایی را در زندگی برای فرد مهیا می کند و بخش اساسی و مهم سلامتی کل فرد قلمداد می شود. بنابراین، سلامت روان به افراد کمک می کند تا با بکارگیری روش های صحیح بتوانند با محیط خود سازگار شده و راه حل مطلوبی برای حل مشکلات خود انتخاب کنند.

۴. مدل نظری پژوهش

با توجه به چهارچوب نظری و پیشینه ی تجربی تحقیق، مدل نظری تحقیق به صورت زیر ارائه می گردد:



۵. فرضیه های پژوهش

با توجه به چهارچوب نظری و پیشینه های مطرح شده، فرضیه های پژوهش حاضر به شرح زیر ارائه می گردد:

فرضیه ی اصلی

به نظر می رسد بین سرمایه ی اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد.

فرضیه های فرعی

- به نظری رسد بین اعتماد اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین مشارکت اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین حمایت اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین اعتماد میان فردی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین اعتماد تعمیم یافته و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین اعتماد مدنی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین مشارکت رسمی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین مشارکت غیررسمی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین مشارکت مدنی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین حمایت عاطفی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین حمایت مالی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین حمایت اطلاعاتی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
- به نظری رسد بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن و جنس) و سلامت روان رابطه وجود دارد.

۶. روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر شیوه ی اجرا، از نوع پیمایش بوده و با توجه به هدف، از نوع تحقیقات کاربردی می باشد و با در نظر گرفتن معیار زمان، از نوع مقطعی است. جامعه ی آماری پژوهش را نیز مشتمل بر کلیه ی دبیران مقطع متوسطه ی اول و دوم ناحیه ی یک شهر اراک در سال ۱۳۹۳، به تعداد ۱۷۴۵ می باشد. حجم نمونه نیز با استفاده از جدول مورگان ۳۲۰ نفر تعیین گردید که این تعداد با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای به تناسب جمعیت دبیران زن و مرد انتخاب گردیدند. به منظور گردآوری داده ها نیز، از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. در این پژوهش از دو پرسشنامه ی محقق ساخته و پرسشنامه ی سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شده است. هم چنین جهت برآورد اعتبار پرسشنامه ی محقق ساخته از اعتبار صوری (نظر متخصصین و اساتید) استفاده شده است و برای سنجش پایایی آن، تکنیک آلفای کرونباخ به کار گرفته شده است که نتایج حاصل از این آزمون حاکی از آن است که ضرایب به دست آمده برای تمامی متغیرها بالای ۰/۷ بوده و به لحاظ آماری قابل قبول می باشد.

جدول شماره ی (۱): ضرایب پایایی متغیر های تحقیق

متغیر	ابعاد	تعداد گویه	ضریب پایایی بدست آمده برای هر بعد	ضریب پایایی کل
سرمایه ی اجتماعی	اعتماد اجتماعی	۱۰	۰/۷۴	۰/۷۶
	مشارکت اجتماعی	۱۹	۰/۷۲	
	حمایت اجتماعی	۵	۰/۷۲	
سلامت روان	علائم جسمانی	۷	۰/۷۵	۰/۸۸
	اضطراب	۷	۰/۷۹	
	افسردگی	۷	۰/۸۷	
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۷	۰/۸۲	

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعریف مفهومی سلامت روان: مفهوم سلامت روان عبارت است از استعداد روانی برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، انعطاف پذیر بودن در موقعیت های دشوار و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود (لهسایی زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۷۰)، تعریف عملیاتی سلامت روان: نمره ای است که فرد از پرسشنامه ی استاندارد (GHQ)، برای هر یک از ابعاد چهار گانه ی اختلالات سلامت روانی کسب می کند. تعریف مفهومی سرمایه ی اجتماعی: به تعبیر پییر بوردیو (۱۹۸۵) سرمایه اجتماعی حاصل انباشت منافع بالقوه و یا بالفعلی است که مربوط به مالکیت یک شبکه بادوام از روابط کم و بیش نهادینه شده در بین افرادی است که با عضویت در یک گروه اجتماعی ایجاد می شود (بوردیو به نقل از بن فاین، ۱۳۸۵: ۱۰۳)، تعریف مفهومی اعتماد اجتماعی: اعتماد اجتماعی را دلالت بر انتظار ها و تعهد های اکتسابی و تأیید شده به لحاظ اجتماعی که افراد نسبت به یکدیگر و نسبت به سازمان ها و نهاد های مربوط به زندگی اجتماعی شان دارند تعریف کرده اند (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۸: ۲۸۴)، تعریف مفهومی مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن افراد خود را عضوی اجتماعی می دانند و فکری می کنند که چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارند و سعی می کنند تا در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنان ارزش قائل است سهمی باشند (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۹)، تعریف مفهومی حمایت اجتماعی: کوب، حمایت اجتماعی را مجموعه اطلاعاتی تعریف می کند که شخص را به این اعتقاد می رساند که در یک شبکه ی ارتباطی مورد توجه و علاقه ی دیگران است و از سوی آن ها با ارزش و محترم شمرده می شود، و در نتیجه چنین باوری این احساس به فرد دست می دهد که به آن شبکه ی ارتباطی متعلق است (رستگار خالد، ۱۳۸۴: ۱۳۶)، تعریف عملیاتی سرمایه ی اجتماعی: سرمایه ی اجتماعی عبارت است از مجموعه حاصل از حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و مشارکت اجتماعی که با جمع نمرات گویه های آن در پرسشنامه تعیین می گردد. تعریف عملیاتی اعتماد اجتماعی: در پژوهش حاضر گویه های اعتماد میان فردی شامل گویه های اعتماد به خانواده، اقوام و خویشاوندان و آشنایان، دوستان، همسایگان، دانش آموزان، و همکاران، می شود. اعتماد تعمیم یافته در

برگیرنده ی اعتماد به غریبه ها می باشد و اعتماد مدنی هم، اعتماد به کارمندان ادارات مختلف از جمله آموزش و پرورش را شامل می شود. تعریف عملیاتی مشارکت اجتماعی: در پژوهش حاضر مشارکت اجتماعی شامل گویه های شرکت در تصمیم گیری های محله، شرکت در راهپیمایی، بازدید از نمایشگاه های مختلف، شرکت در مراسم های مذهبی، عزاداری و جشن و شادی، شرکت در کارهای گروهی و ارتباط با افراد مختلف می باشد. تعریف عملیاتی حمایت اجتماعی: در پژوهش حاضر حمایت عاطفی شامل ابراز همدردی، توجه، محبت و علاقه نسبت به فرد که در این صورت فرد در زمان استرس، احساس آسایش، واطمینان و به جایی تعلق داشتن می کند. حمایت اطلاعاتی شامل توصیه کردن، پیشنهاد دادن، و جهت دان. حمایت مالی نیز، شامل کمک های مستقیم به فرد است، مانند انجام دادن کارهای خانه و یا قرض دادن پول به وی.

۷. یافته های تحقیق

در این بخش، یافته های توصیفی و استنباطی تحقیق مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.

یافته های توصیفی

یافته ها نشان داد تعداد پاسخ گویان زن ۱۵۴ نفر و تعداد پاسخ گویان مرد ۱۶۶ نفر می باشند، که به ترتیب ۴۸/۱٪ و ۵۱/۹٪ پاسخ گویان را تشکیل می دادند. نتایج نشان داد که سن پاسخ گویان به ترتیب: کمتر از ۳۰ سال ۲/۹٪، ۳۰ تا ۴۰ سال ۳۰/۲٪، ۴۰ تا ۵۰ سال ۵۴/۳٪، و بالاتر از ۵۰ سال ۱۲/۵٪ بوده است. میانگین حاصل، برای متغیر سن نیز، به ترتیب برابر با ۴۳/۳، می باشد. یافته ها نشان داد میانگین متغیر اعتماد اجتماعی، برابر با ۶۱/۰۵، می باشد، این مقدار برای زیر مقیاس های اعتماد میان فردی برابر با ۲۹/۳، اعتماد تعمیم یافته معادل با ۱۵/۹، و برای اعتماد مدنی برابر با ۱۷/۵، حاصل آمد. یافته ها براین دلالت دارد که میانگین متغیر مشارکت اجتماعی برابر با ۵۹/۵، حاصل آمد. این آماره برای خرده مقیاس های شاخص مشارکت غیر رسمی برابر با ۴۵/۵، و برای مشارکت مدنی معادل با ۷/۴، هم چنین، برای مشارکت رسمی ۶/۵، حاصل گردید. یافته ها نشان داد میانگین متغیر حمایت اجتماعی ۶۳/۷، به دست آمد، این مقدار برای خرده مقیاس های حمایت مالی برابر با ۱۵/۲ و برای حمایت عاطفی معادل با ۱۷/۸، می باشد، برای متغیر حمایت اطلاعاتی نیز ۱۷/۱۴، حاصل گردید. یافته های پژوهش حکایت گر این واقعیت است که میزان اختلالات سلامت روان در بین دبیران دوره ی متوسطه ی ناحیه ی

موسی سعادت، صفرعلی محمدی، محمدرضا مهرآئین، الهام عباسی و سعید نریمانی ۱۶۹

یک شهرستان اراک به طور متوسط ۶۵/۰ می باشد و نیمی از دبیران نمره ای بالاتر از ۶۳/۰ به دست آوردند. کم ترین نمره ی اختلالات سلامت روان برابر با ۴۹/۰ و بیش ترین نمره معادل ۱۱۰/۰ به دست آمد. لازم به ذکر است نمره ی بالاتر به معنای اختلالات سلامت روان کمتری باشد.

یافته های استنباطی

جدول شماره ی (۲): آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و سلامت روان

متغیر مستقل	r	sig
اعتماد میان فردی	-۰/۲۱۷	۰/۰۰۰
اعتماد تعمیم یافته	-/۰۵۲	۰/۳۸۲
اعتماد مدنی	-/۱۳۷	۰/۰۰۰
اعتماد اجتماعی	-/۲۲۱	۰/۰۰۰
مشارکت رسمی	-/۰۸۳	۰/۱۶۲
مشارکت غیررسمی	-/۰۴۸	۰/۴۲۳
مشارکت مدنی	-۰/۰۹۶	۰/۱۰۵
مشارکت اجتماعی	-/۰۳۱	۰/۶۰۸
حمایت عاطفی	-۰/۱۵۶	۰/۰۰۸
حمایت مالی	-۰/۱۳۲	۰/۰۲۵
حمایت اطلاعاتی	-۰/۱۷۶	۰/۰۰۳
حمایت اجتماعی	-۰/۱۳۵	۰/۰۲۳
سرمایه ی اجتماعی کل	-/۱۶۴	۰/۰۰۰

جهت آزمون رابطه ی بین متغیرهای مستقل و وابسته ی تحقیق از آزمون همبستگی r پیرسون استفاده شد. یافته های استنباطی حاصل از انجام آزمون پیرسون نشان داد در سطح خطای ۰/۰۱ بین متغیر اعتماد میان فردی، اعتماد مدنی، و اعتماد اجتماعی و اختلالات سلامت روان رابطه ی معکوس و معناداری وجود دارد. بدین صورت که با بالا رفتن اعتماد میان فردی و اعتماد مدنی، و اعتماد اجتماعی می توان شاهد اختلالات سلامت روانی پایین تری بود. هم چنین یافته ها نشان داد که در سطح خطای مورد قبول بین متغیرهای مشارکت اجتماعی و مؤلفه های آن با اختلالات سلامت روان در هیچ یک از ابعاد رابطه ی معنادار وجود ندارد. بنابراین فرضیه های مربوط به رابطه ی بین تمامی شاخص های مشارکت (مشارکت رسمی، مشارکت غیررسمی، مشارکت مدنی، و مشارکت اجتماعی) و اختلالات سلامت روان مورد تأیید واقع نشد. هم چنین، رابطه ی بین متغیر حمایت عاطفی و اختلالات سلامت روان در سطح خطای ۰/۰۱ معکوس و معناداری باشد. بدین صورت که با بالا رفتن حمایت عاطفی، می توان شاهد سلامت روان بالاتری بود. نتایج آزمون حاکی از این است که رابطه ی مذکور در مورد تمامی ابعاد حمایت اجتماعی، شامل حمایت های عاطفی، مالی و اطلاعاتی صدق پیدا می کند. هم چنین متغیر حمایت عاطفی دارای همبستگی قوی تری به نسبت سایر ابعاد با اختلالات سلامت روان می باشد. بنابراین فرضیه ی مربوط به رابطه ی معنادار بین حمایت عاطفی، مالی، اطلاعاتی و در نهایت حمایت اجتماعی با سلامت روان مورد تأیید می باشد، هم چنین، رابطه ی خطی بین سرمایه ی اجتماعی کل با متغیر اختلالات سلامت روانی در سطح معنی داری کوچک تر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹٪ مورد تأیید واقع شد، نوع رابطه نیز منفی و معکوس می باشد، به این معنی که با افزایش سرمایه ی اجتماعی، اختلالات روانی در بین افراد جامعه ی آماری کاهش، و با کاهش سرمایه ی اجتماعی، اختلالات روانی در بین افراد جامعه ی آماری افزایش می یابد.

جدول شماره ی ۳: آزمون همبستگی پیرسون بین سن و سلامت روان

متغیر مستقل	r	sig
سن	۰/۰۱۸	۰/۷۶۰

نتایج آزمون پیرسون نشان داد با توجه به این که سطح معناداری آزمون برابر با ۰/۷۶۰ بدست آمده است و این مقدار بیش از خطای قابل قبول می باشد بین سن و اختلالات سلامت روان در سطح خطای مورد قبول رابطه ی معناداری وجود ندارد.

جدول شماره ی (۴): آزمون تفاوت میانگین سلامت روان به تفکیک جنسیت

متغیر	T	Sig
جنسیت	۰/۴۵۷	۰/۳۴۵

نتایج آزمون تی نشان داد بین جنس و اختلالات سلامت روان در سطح خطای ۰/۰۵ رابطه ی معناداری وجود دارد. بدین ترتیب که زنان بیش از مردان دچار اختلالات سلامت روان هستند. به عبارت دیگر در بین دبیران مقطع متوسطه ی اول و دوم شهر اراک، مردها از سلامت روان بیشتری نسبت به زن ها برخوردار بودند.

تجزیه و تحلیل رگرسیونی

جدول شماره ی ۳: آماره های تحلیل رگرسیونی چند متغیره ی سلامت روان دبیران

متغیر	بتا	تکمیت	Sig	VIF	Tolerance	انالیز واریانس	
						Fکمیت	Sig
اعتماد میان فردی	-۰/۱۹۷	-۳/۲۸	۰/۰۰۰	۱/۱۴	۰/۸۹۷	۵/۴۸	۰/۰۰۰
اعتماد مدنی	-۰/۱۷۸	-۳/۱۱	۰/۰۰۰	۱/۲۹	۰/۸۰۶		
حمایت اطلاعاتی	-۰/۱۹۲	-۳/۲۳	۰/۰۰۰	۱/۱۹	۰/۸۹۲		
حمایت عاطفی	-۱/۸۳	-۳/۱۵	۰/۰۰۰	۱/۲۷	۰/۸۱۲		
حمایت مالی	-۱/۶۳	-۳/۰۱	۰/۰۰۴	۱/۳۵	۰/۸۰۳		
خلاصه ی مدل							
ضریب همبستگی چندگانه							
۰/۶۱۸							
ضریب تبیین							
۰/۳۵۸							
ضریب تبیین اصلاح شده							
۰/۳۴۲							
کمیت دوربین واتسون							
۱/۵۷							

در پژوهش حاضر، جهت سنجش تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر سلامت روانی از تحلیل رگرسیونی چندگانه استفاده شده است، هدف اصلی از این تحلیل، تبیین واریانس یا همان تغییرات متغیر وابسته می باشد. نتایج حاکی از آن است که بر اساس جدول آنالیز واریانس، خطی بودن رابطه ی بین متغیرهای مستقل و وابسته محقق شده است. هم چنین استقلال خطاها نیز، بر اساس میزان دوربین واتسون به دست آمده (بین ۱/۵ و ۲/۵) مشخص شده است؛ منظور این که میزان دوربین واتسون به دست آمده برای مدل نشان دهنده ی این است که باقی مانده ها، مستقل از هم می باشند. مورد سوم این که، پیش فرض عدم هم خطی متغیرهای مستقل نیز با توجه به مقادیر شاخص تولرانس (نزدیک به ۱) و شاخص تورم واریانس (کوچک تر از ۲)، به تأیید رسیده است. متغیرهای مستقل حاضر در مدل رگرسیونی، مشتمل بر متغیرهای اعتماد میان فردی، اعتماد مدنی، حمایت اطلاعاتی، حمایت عاطفی و حمایت مالی تأثیر معنی دار و معکوسی بر متغیر سلامت روانی داشته اند. هم چنین متغیرهای مذکور، توانسته اند بر اساس ضریب تبیین اصلاح شده، ۳۴٪ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین نمایند.

۸. بحث و نتیجه گیری

اختلالات روانی بر بهره وری فرد و عملکرد شغلی، غیبت از تحصیل و کار، ثبات زندگی زناشویی و خانواده، نگهداری و پرورش فرزندان و رفاه اقتصادی و اجتماعی تأثیر اساسی گذاشته و زندگی فردی و به مراتب، نظام اجتماعی را با مشکلات عدیده ای مواجه می سازد. از طرفی، نقش چشمگیر سرمایه ی اجتماعی و نحوه ی حضور آن در زندگی کنشگران اجتماعی، به عنوان راه حل مشکلات اجتماعی تلقی می شود. از آن جایی که سرمایه ی اجتماعی نقش مؤثری در کاهش و جلوگیری از آسیب ها و مسائل اجتماعی داشته دارد، یکی از موضوعات پژوهشی مهم مرتبط با نهادهای اجتماعی است. فلذا، پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی رابطه ی بین سرمایه ی اجتماعی و سلامت روان در بین دبیران مقطع متوسطه ی اول و دوم ناحیه ی یک شهر اراک انجام شده است. هارفام (۲۰۰۸)، بر این باور است که سرمایه ی اجتماعی عوامل استرس زا و فشارهای ناشی از حوادث منفی زندگی را کاهش می دهد؛ بنا به نظر پاتنام نیز، سرمایه ی اجتماعی درمان بسیاری از دردهای اجتماعی از جمله، بیماری و اختلالات روانی است که فرد در صورت نبود سایر منابع می تواند از آن به عنوان بهترین منبع استفاده نماید؛ برکن

وکاواچی (۲۰۰۱) معتقدند که پیوندهای اجتماعی، نقش به سزایی در حفظ سلامتی روانی و شادابی افراد دارند. افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، از نظر سلامت روانی در وضعیت مطلوبی بسر نمی برند؛ هم چنین تحقیقات حاجبی و پناغی (۱۳۸۴)، لهسایی زاده و مرادی (۱۳۸۶)، گروسی و شبستری (۱۳۹۰)، سلطانی و جمالی (۱۳۸۷)، هزار جریبی و مهری (۱۳۹۱)، تامپسون و همکاران (۲۰۰۲)، لی و همکاران (۲۰۰۴)، نشان داد که بین سرمایه ی اجتماعی و برخی ابعاد آن با سلامت روانی رابطه ی معنی داری وجود دارد، معنی داری رابطه ی بین سرمایه ی اجتماعی (ابعاد اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی) با سلامت روان در تحقیق حاضر نیز نشان دهند این نکته می باشد که نتیجه ی تحقیق حاضر، در راستا و همسو با محتوای نظریات مذکور و نتایج تحقیقات فوق، می باشد و تأییدی برنتایج این پژوهش می باشد و لذا، قابل کاربرد در جامعه ی آماری مورد بررسی می باشند. از طرفی، نتایج تحقیق نشان داد که تقریباً $\frac{1}{3}$ دبیران جامعه ی مورد مطالعه ما در حدود ۳۲/۱٪ دارای اختلالات سلامت روان می باشند و با توجه به این که سلامت روان یک مفهوم کیفی است و تعاریف متعددی از آن شده است، لذا عوامل بسیار زیادی بر سلامت روان تأثیر گذار است و توجه به این نکته ضروری است که دبیران با توجه به شغل بسیار مهم و خطیری که در امر آموزش و پرورش نسل آینده کشور دارند ولی خود از مشکلاتی زیادی رنج می برند که باید در حد امکان و به صورت جدی در حل مشکلات آن ها برآمد چراکه آینده هرکشوری به تفکر افرادی بستگی دارد که نسل آینده را چگونه وبا چه تفکری تربیت می کنند. با توجه به مقوله ی بسیار مهم و گسترده ی سرمایه ی اجتماعی در بین انسان ها و میزان برخورداری هر یک از آن ها از این سرمایه و به طور مشخص در تحقیق مورد نظر که دبیران می باشند باید سرمایه ی اجتماعی و شاخص های متعدد آن مورد تقویت قرار گرفته و در جهت فضایی مثبت برای تقویت روابط بین انسان ها مورد استفاده قرار گیرد. هر چه افراد روابط بهتر و بیشتری با دیگران داشته باشند و خود را در جامعه تنها احساس نکنند، در صورت بروز مشکلات نیز به فکر چاره جویی برای آن بر می آیند و سرمایه ی اجتماعی آن ها سپر محافظی برای جلوگیری از مشکلات و حل مسائل پیش آمده می گردد، و در واقع سرمایه ی اجتماعی تعدیل گر فشارها و اختلالات روانی می گردد. با توجه به توضیحات فوق و نتایج حاصل می توان پیشنهادهای ذیل را به عنوان گامی هر چند کوچک، در جهت جلوگیری و کاهش اختلالات روانی در بین دبیران به عمل آورد:

بالا بردن کیفیت محیط اجتماعی، به طوری که محیط مدرسه محیطی پر از آرامش شود و دبیر احساس انزوا، بی قراری و خستگی نکند. سیاست گذاری در زمینه ی سلامت باید به طور گسترده تری در بهتر کردن پیوندهای اجتماعی و روابط آن ها با یکدیگر سرمایه گذاری کند (مخصوصاً در محیط آموزشی و مدرسه) چرا که بهبود کیفیت در زمینه های سرمایه ی اجتماعی دبیران می توان تأثیرات مثبتی در سلامت دبیران داشته باشد. شبکه های اجتماعی هم چون تارهای نامرئی انسان ها را در جامعه به هم پیوند می دهد. لذا جامعه با بالابردن اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی می تواند سلامت روان بیشتری را به افراد خود منتقل کند.

منابع

- امینی رارانی، مصطفی، موسوی، میرطاهر و حسن رفیعی (۱۳۹۱)، «ارتباط بین سرمایه ی اجتماعی و سلامت روان در ایران»، فصلنامه ی علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۱۱، ش ۴۲، صص ۲۲۸-۲۰۳.
- اختر محقق، مهدی (۱۳۸۵)، «سرمایه ی اجتماعی»، تهران: نشر اختر محقق.
- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا (۱۳۸۸)، «توسعه ی روستایی با تأکید بر جامعه ی روستایی ایران»، چ ۳، تهران: نشر نی
- بن فاین (۱۳۸۵)، «سرمایه ی اجتماعی و نظریه ی اجتماعی، اقتصاد سیاسی و دانش اجتماعی در طلیعه ی هزاره ی سوم»، برگردان: سیدکمال سروریان، تهران: انتشارات پژوهشکده ی مطالعات راهبردی.
- پیروی، حمید، حاجبی، احمد و پناغی، لیلی (۱۳۸۹)، «ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران»، مجله ی علمی - پژوهشی تحقیقات نظام سلامت، دوره ی ۶، ش ۲، صص ۳۰۷-۳۰۱.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۰)، «دموکراسی و سنت های مدنی»، برگردان: محمد تقی دلفروز، تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور.
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۴)، «سرمایه ی اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه»، تهران: نشر شیرازه.
- توسلی، غلامعباس و موسوی، مرضیه (۱۳۸۴)، «مفهوم سرمایه ی اجتماعی در نظریات کلاسیک و جدید»، فصلنامه ی علمی - پژوهشی نامه ی علوم اجتماعی، ش ۲۶، صص ۳۲-۱.

موسی سعادت، صفرعلی محمدی، محمدرضا مهرآئین، الهام عباسی و سعید نریمانی ۱۷۵

- حبی، محمدباقر (۱۳۸۳)، «سلامت روانی در چشم اندازی گسترده تر»، فصلنامه ی حوزه ودانشگاه، سال ۱۰، ش ۴۱، صص ۱۲۲-۱۰۶.
- رستگار خالد، امیر (۱۳۸۴)، «گسترش نقش زنان در جهت حمایت های شغلی خانوادگی»، مجله ی جامعه شناسی ایران، سال ۶، ش ۴، ۱۶۵-۱۲۶.
- سعادت، موسی (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه ی بین سرمایه ی اجتماعی، همسرآزاری و سلامت روانی در بین زنان متأهل شهر تبریز»، پایان نامه ی کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، دانشکده ی علوم انسانی و اجتماعی.
- سعیده گروسی، شیما شبستری (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه ی سرمایه ی اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان»، مجله ی علمی - پژوهشی مطالعات اجتماعی ایران، سال ۵، ش ۱ (پیاپی ۱۳)، صص ۱۲۳-۹۹.
- سام آرام، عزت الله (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه ی سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، فصل نامه ی انتظام اجتماعی، سال ۱، ش ۱، صص ۳۰-۹.
- سلطانی، طاهره و جمالی، مژده (۱۳۸۷)، بررسی رابطه بین سرمایه ی اجتماعی و سلامت روانی مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده ی علوم اجتماعی دانشگاه شیراز»، مجموعه مقالات همایش سرمایه ی اجتماعی و توسعه در ایران، انتشارات مؤسسه ی تحقیقات و توسعه ی علوم انسانی.
- شکرپیگی، عالی (۱۳۸۹)، «مدرن گرایی و سرمایه ی اجتماعی خانواده، درآمدی بر جامعه شناسی خانواده در ایران»، تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- شولتز، دوان و شولتز، سیدنی آلن (۱۳۸۱)، «نظریه های شخصیت»، برگردان: یحیی سیدمهدی، تهران: ویراسین.
- فوکویاما، فرانسیس (۱۳۷۹)، «پایان نظم سرمایه ی اجتماعی و حفظ آن»، برگردان: غلام عباس توسلی، تهران: انتشارات جامعه ی ایرانیان.
- کاپلان، هارولد وینیامین، سادوک (۱۳۷۳)، «خلاصه ی روان پزشکی»، برگردان: نصرت الله پورافکاری، تهران: نشر آزاده.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷)، «بنیادهای نظریه ی اجتماعی»، برگردان: منوچهر صبوری، تهران: نشرنی.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۶)، «روانشناسی عمومی»، تهران: نشر دانا.
- لهستانی زاده، عبدالعلی و مرادی، گلرادراد (۱۳۸۶)، «رابطه ی سرمایه ی اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، فصلنامه ی علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۷، ش ۲۶، صص ۱۸۰-۱۶۱.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶)، «جامعه ی شناسی پزشکی»، تهران: انتشارات طهوری.

- مرنندی، سید علیرضا (۱۳۸۵)، «عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی»، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن آوری، کمیته ی رایانه ای طب و بهداشت.
- نجات، حمید و ایروانی، محمود (۱۳۷۸)، «مفهوم سلامت روان در مکاتب روانشناسی»، فصلنامه ی اصول بهداشت روانی، سال ۱، ش ۳، صص ۱۶۶-۱۶۰.
- هزارجریبی، جعفر و مهری، اسدالله (۱۳۹۱)، «تحلیل رابطه ی سرمایه ی اجتماعی و سلامت روانی واجتماعی»، فصلنامه ی علمی - پژوهشی علوم اجتماعی، ش ۵۹، صص ۸۸ - ۴۱.
- Thompson, S. & et al. (2002). "The social and cultural context of the mental health of Filipinas in queensland". Australian and New Zeland Journal of Psychology, Vol.36, pp.681- 687.
- Carpiano, Richard M. (2008). Actual or potential neighborhood resources for health: what can Bourdieo offer for Ad understanding New York springer.
- Gilbert, K.L. (2008). A Meta- Analy sis of social capital and health B.A, Wabash College. M.A. in African – American and African piaspora studies, Indian universiey (Bloomington, IN), 2008.
- Harpham. T. (2008). The me asurement of community social capital through surveys. In social capial and health. New York: springer.
- Kawachi, I, .et al. (2001). Social Capital for health and human development. American Journal of Public health. 44.310-321.
- Lee, B. (2004). Alcohol – induced stress and social support as infulences of the substance abusers health and well-being. PhD. Dissertation. School of social Work. University of Pittsburgh.
- Rose. R. (2000). How much does social capital add to Individual Healeh social science and Medicine? vo (.5)
- Schwirian .O .K. & Schwirian, M.P. (1993) Neigh boring. Residential satsifaction. And psychological wel- being Invrban Elders journal of community psy chology. Vol 21 October.
- Who, (2001). The world health Report: Mental Health. Geneva. World Healeh organization.

پانوشت ها

1. Teachers
2. Tension
3. Physical Health
4. Mental Health

- ⁵ Social Roles
6. Social Capital
- ⁷ Social Health
- ⁸ Social Trust
- ⁹ Social Participation
- ¹⁰ Social Network
- ¹¹ Financial Support
- ¹² Emotional Support
- ¹³ Service Support
- ¹⁴ Acculturation
- ¹⁵ Social Support
- ¹⁶ Social Mobility
- ¹⁷ Social Wealth
- ¹⁸ Social Income
- ¹⁹ Social Construction
- ²⁰ Interpersonal Trust
- ²¹ Generalized Trust
- ²² Social Bonds
- ²³ Depression
- ²⁴ Social Solidarity
25. Biological Model
26. Biopsychosocial Model
- ²⁷ Mental Disorders
- ²⁸ Social Facts
- ²⁹ Survey
- ³⁰ Applied Research
- ³¹ Statistical population
- ³² Random Stratified Sampling
- ³³ Validity
- ³⁴ Reliability
- ³⁵ Chronbach's Alpha
36. Tolerance
37. Variance Inflation Factor

