

## بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان (مورد مطالعه: دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک)

محمد رضا مهرآئین\*

موسی سعادتى\*\*، الهام عباسی\*\*\*

سعید نریمانی\*\*\*\*، صفرعلی محمدی\*\*\*\*\*

### چکیده

این تحقیق با هدف بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک انجام شده است. روش مطالعه پیمایشی، جامعه آماری ۱۷۴۵ نفر از دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک، روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، و حجم نمونه انتخابی با استفاده از جدول مورگان ۳۲۰ نفر است که این تعداد با استفاده از پرسش‌نامه محقق‌ساخته و پرسش‌نامه سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (GHQ) سنجش شده‌اند. پس از بررسی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه محقق‌ساخته، داده‌ها جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده‌اند. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که رابطه بین دو بعد متغیر سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن شامل اعتماد میان‌فردی، 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،

\* استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک

\*\* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، saadati.2245@yahoo.com

\*\*\* عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران، e\_abbasi55@yahoo.com

\*\*\*\* دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک، باشگاه پژوهش‌گران جوان و نخبگان، اراک، ایران،

saeednarimani85@gmail.com

\*\*\*\*\* کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک (نویسنده مسئول)،

S.a.mohamadi54@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۰۲، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۲/۲۳

شامل متغیرهای اعتماد میان فردی، اعتماد مدنی، حمایت اطلاعاتی، حمایت عاطفی، و حمایت مالی، توانسته‌اند ۳۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کنند.

**کلیدواژه‌ها:** سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی، سلامت روان، دبیر، اراک.

## ۱. مقدمه

سلامت محور توسعه اقتصادی - اجتماعی هر جامعه‌ای تلقی می‌شود. اگر هدف همه سیاست‌های اجتماعی - اقتصادی رفاه جامعه باشد، کلید ورود به رفاه جامعه نخست امید به زندگی مناسب و سالم و سپس کیفیت زندگی است که هیچ‌یک از این‌ها بدون داشتن سلامت امکان‌پذیر نیست. توسعه بدون انسان سالم قابل درک نیست. هم‌چنین قرن جدید با خود عقاید جدیدی آورده است، باوری جدی این است که درباره سلامت یک ملت فقط با رشد اقتصادی نمی‌توان قضاوت کرد، بلکه احساس خشنودی، امنیت، و رضایت اجتماعی مردم نیز مهم است. در جامعه‌ای پایدار برابری، آموزش، سلامت، احترام به حقوق انسان‌ها، و رفع نیازهای اساسی از ملزومات و شاخص‌های توسعه به‌شمار می‌رود. مطالعات نشان داده است که در بین عوامل مؤثر در سلامت سهم هر دسته از عوامل حدوداً به این قرار است: سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، داروها، و ...) ۲۵ درصد، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی ۱۵ درصد، سهم عوامل فیزیکی و زیست‌محیطی و عوامل رفتاری ۱۰ درصد، و سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد است (مرندی، ۱۳۸۵: ۴۴). در حقیقت تلاش بخش سیستم ارائه سلامت فقط یکی از عوامل مؤثر در سلامت است. در حالی که عمده‌ترین تأثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی سرچشمه می‌گیرد، که ناشی از اوضاع زندگی و کار مردم است.

دبیران (teachers) در حین فعالیت فرهنگی و آموزشی خود با عواملی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که بی‌تردید می‌تواند برای سلامت آنان مخاطره‌آمیز باشد. آنان فشارهای روحی و جسمی متعددی را متحمل می‌شوند و بر اثر کار شدید و مشکلاتی که در روابط بین‌فردی در محیط کار با همکاران و دانش‌آموزان پیدا می‌کنند، هم‌چنین انرژی فراوانی که برای کنترل رفتارهای نابه‌هنجار دانش‌آموزان صرف می‌کنند، دائماً در حالت تنش (tension) به سر می‌برند؛ اگرچه آمار رسمی درباره سلامت دبیران در دست نیست، اما وضعیت فعلی در جامعه نشان می‌دهد که ساختارهای کلان و خرد جامعه به نحوی‌اند که توانایی تأمین بهداشت روانی، سلامت جسمانی (physical health)، و سلامت اجتماعی دبیران را در

سطح خوبی فراهم نکرده‌اند و بسیاری از دبیران سلامت جسمانی و اجتماعی و به‌ویژه سلامت روانی (mental health) رضایت‌بخشی ندارند. سالم‌بودن دبیران نه تنها به‌خودی‌خود ارزشمند است، بلکه دبیران در صورت احراز سلامتی می‌توانند نیازهای دیگر خود را برطرف کنند و به اهدافشان نائل شوند. علاوه بر این، برخورداری از تن‌درستی احساس امنیت دبیران را نیز تأمین می‌کند و به آنان اطمینان می‌دهد که قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی (social roles) خود خواهند بود (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۴۳-۴۴). در این میان، سرمایه اجتماعی (social capital) یکی از مفاهیمی است که در سال‌های اخیر توجه به تأثیر آن در سلامت روان افراد در سطوح گوناگون مورد توجه صاحب‌نظران بوده است (لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶؛ سعادت، ۱۳۸۹؛ هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱). سرمایه اجتماعی و نحوه حضور آن در زندگی کنش‌گران اجتماعی به‌مثابه راه‌حل مشکلات اجتماعی تلقی می‌شود. سرمایه اجتماعی می‌تواند از سوی گروه‌های گوناگون در حکم منبعی برای دستیابی به منابع سودمند به‌کار گرفته شود (شکرپیگی، ۱۳۸۹: ۹۰).

امروزه ارتباط بین سرمایه اجتماعی و میزان آن در جامعه با مقولاتی از جمله پیش‌گیری و کاهش جرایم، خشونت و تضاد در جامعه، خودکشی، خشونت‌های خانگی، کودک‌آزاری، و بزه‌کاری تأیید و بر نقش شبکه‌های اجتماعی، در جایگاه یکی از منابع حائز اهمیت سرمایه اجتماعی، تأکید شده است. سرمایه اجتماعی باعث فراهم‌آوردن شبکه حمایتی برای اعضای خانواده می‌شود. این حمایت هم‌چنین می‌تواند در سلامت جسمی و روحی افراد تأثیر داشته باشد و باعث کاهش اختلالات روانی (mental disorders) شود. سرمایه اجتماعی، به‌مثابه سپر و عامل محافظت‌کننده، در پیش‌گیری از بروز اختلالات روانی افراد می‌تواند مؤثر باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که ارائه حمایت‌های اجتماعی و افزایش اعتماد بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روانی را به‌هم‌راه دارد (سعادت، ۱۳۸۹: ۳، ۸).

با توجه به این‌که اغلب صاحب‌نظران و متفکران مسائل تربیتی و آموزشی بر این نظرند که بخش آموزشی بزرگ‌ترین و مهم‌ترین عامل مؤثر در جریان تعلیم و تربیت است، بنابراین بیهوده نیست اگر گفته شود که شالوده و اساس یک سیستم آموزشی موفق را بخش آموزشی آن تشکیل می‌دهد؛ بنابراین، تحقیق حاضر نیز درصدد پاسخ‌گویی به سؤالات زیر است: میزان سرمایه اجتماعی دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک در چه حدی است؟ میزان سلامت روان دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک در چه حدی است؟ چه رابطه‌ای میان سرمایه اجتماعی و سلامت روان دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک وجود دارد؟

## ۲. پیشینه پژوهش

هزارجریبی و مهری (۱۳۹۱) در تحقیق خود با عنوان «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی» با جامعه آماری معلمان شهر همدان به نتایج ذیل دست یافته اند: بین بعد مشارکت اجتماعی سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی و سلامت روانی، بعد روابط با دوستان و اقوام و خانواده، بعد اعتماد اجتماعی، بعد روابط همسایگی، بعد انسجام اجتماعی (social solidarity)، بعد گرایش به دیگران، بعد ایثار در برابر غریبه‌ها، بعد حمایت اجتماعی (social support)، و بعد علاقه به جامعه هم‌بستگی معناداری وجود داشته است. هم‌چنین نتایج کلی رابطه معناداری میان سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی و سلامت روانی را نشان داده است. لهسایی‌زاده و مرادی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران» نشان دادند که بین متغیرهای اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، سن، تحصیلات، و مدت اقامت با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. هم‌چنین رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان افراد مهاجر در سطح بالایی معنادار بوده است و هر اندازه افراد در ساختار جدید سرمایه اجتماعی بالاتری داشته باشند سلامت روان آنان در جامعه جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. بخشی از نتایج تحقیق پیروی و همکاران (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 می‌یابد. نتایج تحقیق امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران» نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسوادی، میزان بی‌کاری، و پوشش بیمه، در حکم بیان‌گرهای سلامت اجتماعی (social health)، رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های تحقیق گروسی و شبستری (۱۳۹۰) با عنوان «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار شهر کرمان» نشان داد که نزدیک به ۴۴ درصد افراد وضعیت مناسبی از نظر سلامت روان ندارند. متغیرهای سن، اعتماد اجتماعی (social trust)، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی (social participation)، سرمایه اجتماعی، اندازه شبکه اجتماعی (social network)، فراوانی تماس با اعضای شبکه هم‌بستگی معناداری با سلامت روان دارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت مالی (financial support)، حمایت عاطفی (emotional support)، حمایت خدماتی (service support)، و مشارکت اجتماعی مهم‌ترین عوامل اجتماعی پیش‌بینی‌کننده سلامت روان افراد مورد مطالعه محسوب می‌شوند. نتایج تحقیق سلطانی و جمالی (۱۳۸۷) با عنوان «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی؛

مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز» حاکی از آن است که رابطه بین دو متغیر سرمایه اجتماعی و به طور کلی سلامت روانی معنادار و جهت رابطه نیز مثبت بوده است. لی و همکاران (Lee et al., 2004) در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی به عنوان سپر استرس های فرهنگ پذیری» رابطه حمایت های اجتماعی و سلامت روان دانشجویان کره را مطالعه کرده اند. آنان به این نتیجه رسیده اند که حمایت اجتماعی رابطه مثبتی با سلامت روان دانشجویان دارد و دانشجویانی که از سطح بالای حمایت اجتماعی برخوردارند فشارهای روانی و استرس فرهنگ پذیری (acculturation) کمتری دارند. تامپسون و همکاران (Thompson et al., 2002) تحقیقی با عنوان «زمینه های اجتماعی سلامت روان مهاجران فلیپینی در استرالیا» انجام دادند. آنان بر دو بعد حمایت اجتماعی و عاطفی متمرکز شدند و ارتباط این ابعاد را با سلامت روان در میان مهاجران بررسی کردند. نتایج نشان داد که مهاجران فلیپینی در گذر از جامعه ای جمع گرا به جامعه ای فردگرا با مشکلات و روش های روانی و عاطفی گرفتار می شوند. هم چنین حمایت اجتماعی از پیوندهای مشترک مثل هویت فرهنگی، زبان، و علایق مشترک می تواند در سازگاری آنان و سلامت روانی شان تأثیر مهمی داشته باشد. اشوریان و اشوریان (Schwirian and Schwirian, 1993) تحقیقی با عنوان «همسایگی، رضایتمندی از محل سکونت و سلامت مادران مهاجر بزرگسال در اوهایو» انجام دادند و تأثیر سرمایه اجتماعی در سلامت روان مهاجران را مطالعه کردند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که همسایگی، در حکم عامل حمایت کننده اجتماعی، در سلامت روان مهاجران مؤثر است. وی در تبیین تحلیل خود از دو مدل توسعه خطی و سیستمی استفاده کرد. 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 (social mobility) بالا، درآمد بالا، و برخورداری از حمایت های اجتماعی، مالی، و روانی سلامت روان بهتری دارند.

### ۳. چهارچوب نظری

در این بخش نظریه های اندیشمندان حول مفاهیم سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بررسی می شوند:

#### ۱.۳ سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی اصطلاحی است که گاه در معنای وسیع به کار می رود و مفهوم ثروت اجتماعی (social wealth) و یا حتی درآمد اجتماعی (social income) از آن برمی آید و گاه

در فضای محدود منابع و تجهیزات غیرفردی و غیرخصوصی را شامل می‌شود. بدین معنی سرمایه 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 گذاشت (اختر محقق، ۱۳۸۵: ۱۳). ریشه کاربرد این اصطلاح به سال ۱۹۱۶ بازمی‌گردد زمانی که هانی فان برای اولین بار آن را به کار برد. وی در بحث از مراکز اجتماعات مدارس روستایی بر اهمیت احیای مشارکت‌های اجتماعی برای تداوم دموکراسی و توسعه تأکید و مفهوم سرمایه اجتماعی را وضع کرد. سیلی و همکارانش برای تحلیل عضویت حومه‌نشینان شهری در باشگاه‌ها در دهه ۱۹۵۰، «جاکوبز» که برنامه‌ریز شهری بود برای تأکید بر ارزش جمعی پیوندهای غیررسمی همسایگان در کلان‌شهرهای جدید در دهه ۱۹۶۰، و لوری، اقتصاددان، برای تحلیل میراث اجتماعی برده‌داری در دهه ۱۹۷۰ این اصطلاح را به کار بردند (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۵).

لوری معتقد است که سرمایه 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: ۴۵۹-۴۶۰). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سرمایه اجتماعی به شبکه‌ها و هنجارهایی اشاره دارد که کنش اجتماعی را تسهیل می‌کنند. سرمایه اجتماعی شامل نهادها، روابط، و رسوم است که به کمیت و کیفیت کنش‌های متقابل اجتماعی شکل می‌بخشد (Gilbert, 2008: 8). بورديو با تأکید بر شبکه اجتماعی آن را منبعی برای دستیابی به اهداف و تسهیل کنش می‌داند. از نظر بورديو شبکه‌های اجتماعی موهبتی طبیعی نیستند و باید آن‌ها را با کنش‌های منطقی و هدفمند برای دستیابی به دیگر سرمایه‌ها و منابع پدید آورد. وی سرمایه اجتماعی را ساخته‌شده از تکالیف و تعهدات اجتماعی (پیوندها و ارتباطات) می‌داند. جایگاهی که بورديو برای سرمایه اجتماعی در نظر می‌گیرد بر گستره 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 (فاین، ۱۳۸۵: ۱۰۳). جیمز کلمن سرمایه اجتماعی را منبعی برای کنش افراد می‌داند که به‌طور ذاتی در ساختار روابط کنش‌گران با هم و رابطه بین آن‌ها حضور دارد (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۴۹). کلمن معتقد است که سرمایه اجتماعی با کارکردش تعریف می‌شود. به نظر او سرمایه اجتماعی شیئی واحد نیست، بلکه انواع موضوعاتی است که دو ویژگی مشترک دارند: همه آن‌ها جنبه‌ای از یک ساخت اجتماعی (social construction) را شامل می‌شوند و کنش‌های معین افراد درون

ساختار را تسهیل می‌کنند (کلمن، ۱۳۷۷: ۶۶۲). پاتنام معتقد است که جنبه‌هایی از سرمایه اجتماعی از قبیل هنجارها، شبکه‌ها، و اعتماد متقابل هم‌یاری و هماهنگی افراد را برای دستیابی به منافع مشترک تسهیل می‌کنند، وی سرمایه اجتماعی را در اجزایی چون شبکه‌ها، هنجارها، و اعتماد می‌بیند (پاتنام، ۱۳۸۰: ۵). پاتنام از دو نوع اعتماد یاد می‌کند که هر کدام مختص به نظم و ساختار اجتماعی خاصی است: اعتماد میان‌فردی (interpersonal trust) یا اعتماد به آشنایان و اعتماد تعمیم‌یافته (generalized trust) یا اعتماد به غریبه‌ها. به نظر پاتنام اعتماد به همان اندازه که نگرشی شخصی است می‌تواند دارایی ضروری نظام اجتماعی نیز باشد. افراد قادرند به یک‌دیگر اعتماد کنند «و نه صرفاً خوش‌باوری» و این به سبب هنجارها و شبکه‌های اجتماعی است که عملشان در چهارچوب آن‌ها قرار می‌گیرد (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۵۷). فوکویاما نیز معتقد است که سرمایه اجتماعی را به سادگی می‌توان مجموعه‌ای از هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی تعریف کرد که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میانشان مجاز است در آن سهیم‌اند. هنجارهایی که تولید سرمایه اجتماعی می‌کنند اساساً باید شامل سجایایی از قبیل صداقت، ادای تعهدات، و ارتباطات دوجانبه باشند (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۱۱-۱۲). هم‌چنین، کارپیانو از سرمایه اجتماعی به منزله منابع مبتنی بر شبکه و منابعی یاد می‌کند که در شبکه هست و دسترسی متفاوت افراد به این منابع برای استفاده آن‌ها در جهت دستیابی به اهداف و نیازهای متفاوت وجود دارد (Carpiano, 2008: 83). برکمن و کاواچی مطرح می‌کنند که پیوندهای اجتماعی تأثیر به‌سزایی در حفظ سلامت روانی و شادابی افراد دارند. افراد به‌لحاظ اجتماعی منزوی از نظر سلامت روانی در وضعیت مطلوبی به سر نمی‌برند؛ شبکه‌های اجتماعی کوچک‌تر، روابط خویشاوندی کم‌رنگ‌تر، و دریافت حمایت اجتماعی اندک باعث ایجاد حالت افسردگی (depression) و یأس در افراد می‌شود (Kawachi et al., 2001: 459).

هارفام سرمایه اجتماعی را منبعی می‌داند که بر خورداری از آن باعث برقراری انسجام اجتماعی، اعتماد، و تمایل به درگیر شدن در فعالیت‌های محلی می‌شود. هم‌چنین به نظر وی سرمایه اجتماعی می‌تواند عوامل استرس‌زا و خطرزا درباره سلامت را کاهش دهد. هارفام بر این باور است که سرمایه اجتماعی عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش می‌دهد و خطر این عوامل را کم می‌کند. هم‌چنین سرمایه اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی چون از دست دادن شغل را در زندگی کاهش دهد (Harpham, 2008: 200, 226). رُز بر این باور است که سرمایه اجتماعی فقط از طریق عضویت در نهادها به دست می‌آید

و شبکه‌های سرمایه اجتماعی نقش مؤثری در ارتقای سلامت روانی افراد، و به‌طور خاص در فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی، دارند (Rose, 2000: 1423).

### ۲.۳ سلامت روان

واژه *haelth* از واژه یونانی گرفته شده که بعدها در انگلیسی *wholness* و *holestic* نیز از همین واژه اتخاذ شده است؛ به معنی کمال، کامل، و جامع که نشان‌دهنده مقوله‌های تن درستی کامل فرد، تمامیت، صحت، و آسایش اوست. به بیان دیگر وقتی این کلمه به کار می‌رود، منظور دست‌یابی به مفهومی کامل و جامع و دربردارنده همه چیز و همه ابعاد است. سلامت روان یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامتی است و عبارت است از قدرت آرام‌زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خویشتن، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها، و مقابله موفق با فشارهای روانی. فرهنگ بزرگ لاروس سلامت روان را استعداد روان برای هماهنگی و خوشایند و مؤثر کارکردن در موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیری، و توانایی داشتن برای بازیابی تعادل خود تعریف می‌کند (سعادت، ۱۳۸۹: ۷۱-۷۲). 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 (World Health Organization, 1998: 1). این سازمان سلامت روانی را حالتی از سلامتی می‌داند که در آن فرد توانایی خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مفید است، و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی است. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (سعادت، ۱۳۸۹: ۷۲). مفهوم سلامت روان شامل تن درستی ذهنی، درک خودآثربخشی (کارآیی)، استقلال، شایستگی، وابستگی بین‌نسلی، و شناخت توانایی خود برای درک منطقی و پتانسیل عاطفی است. هم‌چنین در وضعیت سلامت روانی افراد توانایی‌های خود را می‌شناسند، توانایی مقابله با استرس‌های معمول زندگی را دارند، و می‌توانند به‌طور مؤثر در ساختن جامعه خود عمل کنند (Gilbert, 2008: 5). بروکینگتون نیز سلامت روانی را احساس شادابی جسمی، فکری، و روحی هم‌راه با ذخیره قدرت براساس عملکرد عادی بافت‌ها و هماهنگی و تطبیق جسمی و روحی تعریف می‌کند که موجب فراهم‌شدن وسایل زندگی سرشار از نشاط برای انجام دادن خدمات و کارهای عادی می‌شود (محسنی، ۱۳۷۶: ۴۴). آلفرد آدلر معتقد است فرد دارای سلامت روان روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و



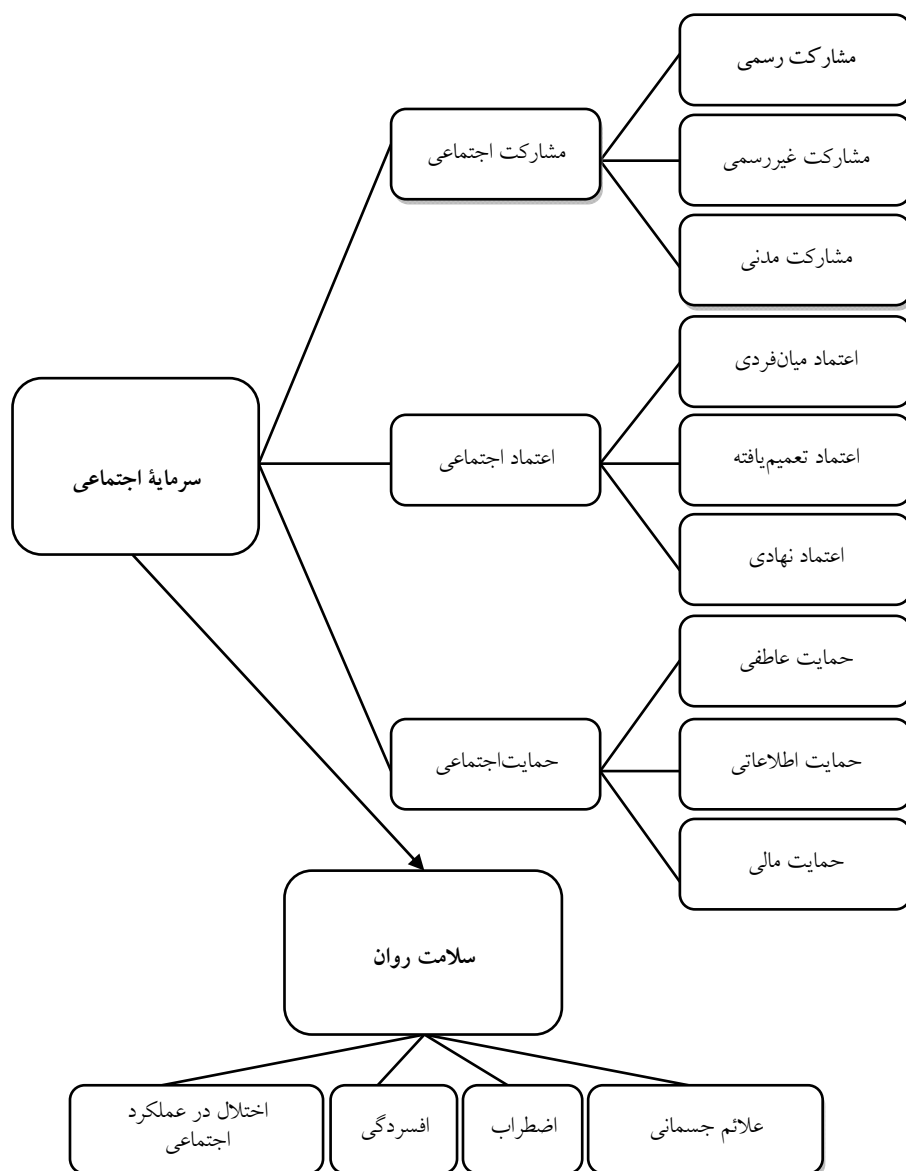
گروه های اجتماعی به درستی می شناسد. از نظر وی، فرد سالم از اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست. فرد سالم از نظر روانی در این نظریه مطمئن و خوش بین است و ضمن پذیرفتن مشکلات در حدّ توان اقدام به حل آن ها می کند (شولتز و شولتز، ۱۳۸۱: ۹۸). به نظر ویلیام گلاسر، انسان سالم کسی است که واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیت ها را با انکار کردن نادیده نگیرد، بلکه با موقعیت ها به صورت واقع گرایانه روبه رو شود؛ هویت موفق داشته باشد یعنی عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت کند؛ 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 کامل ترین نشانه سلامت روانی است. به طور کلی، گلاسر سلامتی را در قبول واقعیت، قضاوت در درستی یا نادرستی رفتار، و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال تعریف می کند و چنانچه در شخصی این سه اصل تحقق یابد، نشان دهنده سلامت روانی اوست (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸: ۱۶۵). گلدشتاین نیز سلامت روانی را تعادل بین اعضا و محیط در رسیدن به خودشکوفایی می داند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۳). چاهن نیز سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان شناختی تعبیر می کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت درباره خود و دیگران می شود. در سال های اخیر انجمن کانادایی بهداشت روانی «سلامت روانی» را در سه بخش تعریف کرده است (گنجی، ۱۳۸۶). در طبقه بندی ای کلی می توان بیان داشت که سه مدل گوناگون درباره سلامت و بیماری روانی مشخص شده است: مدل زیستی - پزشکی (biological model)، مدل زیستی - روانی - اجتماعی (biopsychosocial model)، و مدل ارتقا در سلامت روانی. مدل زیستی - پزشکی معتقد به شناسایی و یا امکان شناسایی علل فیزیکی اختلالات روانی است. در این مدل چنین اعتقادی حاکم است که عوامل میکروبی و شیمیایی و ژن ها، به انحای گوناگون، عامل اختلالات روانی اند و به همین ترتیب درمان نیز معمولاً مبتنی بر مداخلات فیزیکی (دارودرمانی، جراحی، و ...) است. وجه بارز در مدل پزشکی نگرش بیمارنگر به سلامتی است که در آن سلامتی براساس نبود علائم بیماری تعریف می شود. علاوه بر این، درمان بیماری روانی نیز متأثر از عوامل ارگانیک و جسمانی قلمداد می شود. به علاوه، این مدل در تحلیل مفهوم سلامت روانی تأکید بیش از حد بر جسم دارد و به ذهن بهای اندکی می دهد. مدل سیستمی برخلاف مدل زیستی - پزشکی در تبیین پدیده های روانی فقط به عوامل مکانیکی، شیمیایی، و فیزیولوژیکی توجه نمی کند، بلکه بر این اعتقاد است که عوامل بسیاری در سطوح گوناگون 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 منزله برآیندی از تعامل عوامل زیست شناختی، روانی، و اجتماعی مدنظر قرار می گیرد؛ به عبارت دیگر، عوامل زیست شناختی (ویروس، باکتری، آسیب های بافتی، و ...) در تعامل با عوامل روان شناختی (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 گوناگون تأثیر متقابل بر هم دارند. با این دید سیستماتیک ملاحظه می شود که چگونه عوامل متنوع زیستی و عوامل روانی و اجتماعی انسان در هم دیگر تأثیر 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 ارتقا، ارتقای سلامتی فرایندی 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 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 با آن باشد. ارتقای سلامتی فقط مسئول حفظ سلامتی در حدی 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 منزله بحثی 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 در نحوه اداره و مدیریت محیط اطراف فرد تأثیر می گذارد و فرصت 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 به کارگیری روش های صحیح بتوانند با محیط خود سازگار شوند و راه حل مطلوبی برای حل مشکلات خود انتخاب کنند.

#### ۴. مدل نظری پژوهش

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



نموار ۱. مدل نظری تحقیق

## ۵. فرضیه‌های پژوهش

با توجه به چهارچوب نظری و پیشینه‌های مطرح شده، فرضیه‌های پژوهش حاضر به شرح زیر ارائه می‌شوند:

### ۱.۵ فرضیه اصلی

به نظر می‌رسد بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد.

### ۲.۵ فرضیه‌های فرعی

به نظر می‌رسد بین اعتماد اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین مشارکت اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین اعتماد میان فردی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین اعتماد تعمیم یافته و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین اعتماد مدنی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین مشارکت رسمی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین مشارکت غیررسمی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین مشارکت مدنی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین حمایت عاطفی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین حمایت مالی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین حمایت اطلاعاتی و سلامت روان رابطه وجود دارد؛  
به نظر می‌رسد بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن و جنسیت) و سلامت روان رابطه وجود دارد.

## ۶. روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر شیوه اجرا از نوع پیمایشی (survey) و با توجه به هدف، از نوع تحقیقات کاربردی (applied research) است و با در نظر گرفتن معیار زمان، از نوع مقطعی است. جامعه آماری (statistical population) پژوهش را نیز همه دبیران مقاطع متوسطه اول

و دوم ناحیه یک شهر اراک در سال ۱۳۹۳ به تعداد ۱۷۴۵ نفر تشکیل می‌دهد. حجم نمونه نیز با استفاده از جدول مورگان ۳۲۰ نفر تعیین شد که این تعداد با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (random stratified sampling) به تناسب جمعیت دبیران زن و مرد انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها نیز از ابزار پرسش‌نامه استفاده شده است. در این پژوهش از دو پرسش‌نامه محقق‌ساخته و پرسش‌نامه سلامت روانی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شده است. هم‌چنین برای برآورد اعتبار (validity) پرسش‌نامه محقق‌ساخته از اعتبار صوری (نظر متخصصان و اساتید) استفاده شده است و برای سنجش پایایی (reliability) آن روش آلفای کرونباخ (chronbach's alpha) به کار گرفته شده است. نتایج این آزمون حاکی از آن است که ضرایب به‌دست‌آمده برای تمامی متغیرها بالای ۰/۷ و به‌لحاظ آماری قابل قبول است.

جدول ۱. ضرایب پایایی متغیرهای تحقیق

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

## ۱.۶ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعریف مفهومی سلامت روان: مفهوم سلامت روان عبارت است از استعداد روانی برای هماهنگی و خوشایندی و مؤثر کارکردن، انعطاف‌پذیربودن در موقعیت‌های دشوار، و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود (لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶: ۱۷۰)؛

تعریف عملیاتی سلامت روان: نمره‌ای است که فرد از پرسش‌نامه معیار (GHQ) برای هریک از ابعاد چهارگانه اختلالات سلامت روانی کسب می‌کند؛

**تعریف مفهومی سرمایه اجتماعی:** به تعبیر پیر بوردیو (۱۹۸۵) سرمایه اجتماعی حاصل انباشت منافع بالقوه و یا بالفعل مربوط به مالکیت شبکه‌ای بادوام از روابط کم‌وبیش نهادینه‌شده در بین افرادی است که با عضویت در یک گروه اجتماعی ایجاد می‌شود (بوردیو به نقل از فاین، ۱۳۸۵: ۱۰۳)؛

**تعریف مفهومی اعتماد اجتماعی:** اعتماد اجتماعی را دلالت بر انتظاراتها و تعهدهای اکتسابی و تأییدشده به لحاظ اجتماعی تعریف کرده‌اند که افراد در قبال یک‌دیگر و در قبال سازمان‌ها و نهادهای مربوط به زندگی اجتماعی‌شان دارند (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۸: ۲۸۴)؛

**تعریف مفهومی مشارکت اجتماعی:** مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن افراد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌دانند و فکر می‌کنند که مسئله ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارند و سعی می‌کنند تا در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان‌بودن برای آنان ارزش قائل است سهمی باشند (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۹)؛

**تعریف مفهومی حمایت اجتماعی:** کوب حمایت اجتماعی را مجموعه اطلاعاتی تعریف می‌کند که شخص را به این اعتقاد می‌رساند که در شبکه‌ای ارتباطی مورد توجه و علاقه دیگران است و از سوی آنان باارزش و محترم شمرده می‌شود، در نتیجه چنین باوری این احساس به فرد دست می‌دهد که به آن شبکه ارتباطی متعلق است (رستگارخالد، ۱۳۸۴: ۱۳۶)؛

**تعریف عملیاتی سرمایه اجتماعی:** سرمایه اجتماعی عبارت است از مجموعه‌ای حاصل از حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، و مشارکت اجتماعی که با جمع نمرات گویه‌های آن در پرسش‌نامه تعیین می‌شود؛

**تعریف عملیاتی اعتماد اجتماعی:** در پژوهش حاضر گویه‌های اعتماد میان‌فردی شامل گویه‌های اعتماد به خانواده، اقوام و خویشاوندان، آشنایان، دوستان، همسایگان، دانش‌آموزان، و همکاران می‌شود. اعتماد تعمیم‌یافته دربرگیرنده اعتماد به غریبه‌هاست و اعتماد مدنی هم اعتماد به کارمندان ادارات گوناگون از جمله آموزش و پرورش را شامل می‌شود؛

**تعریف عملیاتی مشارکت اجتماعی:** در پژوهش حاضر مشارکت اجتماعی شامل گویه‌های شرکت در تصمیم‌گیری‌های محله، شرکت در راه‌پیمایی، بازدید از نمایشگاه‌های گوناگون، شرکت در مراسم مذهبی و عزاداری و جشن و شادی، شرکت در کارهای گروهی، و ارتباط با افراد گوناگون است؛

**تعریف عملیاتی حمایت اجتماعی:** در پژوهش حاضر حمایت عاطفی شامل ابراز هم‌دردی، توجه، محبت، و علاقه به فرد می‌شود که در این صورت فرد در زمان استرس احساس آسایش، اطمینان، و تعلق‌داشتن به‌جایی می‌کند. حمایت اطلاعاتی شامل توصیه‌کردن، پیش‌نهاددادن، و جهت‌دادن است. حمایت مالی نیز شامل کمک‌های مستقیم به فرد است، مانند انجام‌دادن کارهای خانه و یا قرض‌دادن پول به وی.

## ۷. یافته‌های تحقیق

در این بخش یافته‌های توصیفی و استنباطی تحقیق بحث و بررسی می‌شوند.

### ۱.۷ یافته‌های توصیفی

یافته‌ها نشان می‌دهد که تعداد پاسخ‌گویان زن ۱۵۴ نفر و تعداد پاسخ‌گویان مرد ۱۶۶ نفر است، که به‌ترتیب ۴۸/۱ درصد و ۵۱/۹ درصد پاسخ‌گویان را تشکیل می‌دهند. نتایج نشان داد که سن پاسخ‌گویان به‌ترتیب: کم‌تر از ۳۰ سال ۲/۹ درصد، ۳۰-۴۰ سال ۳۰/۲ درصد، ۴۰-۵۰ سال ۵۴/۳ درصد، و بالاتر از ۵۰ سال ۱۲/۵ درصد بوده است. میانگین حاصل برای متغیر سن نیز برابر با ۴۳/۳ است. یافته‌ها نشان داد میانگین متغیر اعتماد اجتماعی برابر با ۶۱/۰۵ است، این مقدار برای زیرمقیاس‌های اعتماد میان‌فردی برابر با ۲۹/۳، اعتماد تعمیم‌یافته معادل با ۱۵/۹، و برای اعتماد مدنی برابر با ۱۷/۵ به‌دست آمد. یافته‌ها بر این دلالت دارد که میانگین متغیر مشارکت اجتماعی برابر با ۵۹/۵ است. این آماره برای خرده‌مقیاس‌های شاخص مشارکت غیررسمی برابر با ۴۵/۵، برای مشارکت مدنی معادل با ۷/۴، و برای مشارکت رسمی ۶/۵ است. یافته‌ها نشان داد که میانگین متغیر حمایت اجتماعی ۶۳/۷ به‌دست آمد، این مقدار برای خرده‌مقیاس‌های حمایت مالی برابر با ۱۵/۲، برای حمایت عاطفی معادل با ۱۷/۸، و برای متغیر حمایت اطلاعاتی نیز ۱۷/۱۴ حاصل شد. یافته‌های پژوهش حکایت‌گر این واقعیت است که میزان اختلالات سلامت روان در بین دبیران دوره متوسطه ناحیه یک شهرستان اراک به‌طور متوسط ۶۵/۰ است و نیمی از دبیران نمره‌ای بالاتر از ۶۳/۰ به‌دست آوردند. کم‌ترین نمره اختلالات سلامت روان برابر با ۴۹/۰ و بیش‌ترین نمره معادل ۱۱۰/۰ به‌دست آمد. شایان ذکر است که نمره بالاتر به معنای اختلالات سلامت روان کم‌تر است.

## ۲.۷ یافته‌های استنباطی

جدول ۲. آزمون هم‌بستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و سلامت روان

متغیر مستقل	r	sig
اعتماد میان فردی	-۰/۲۱۷	۰/۰۰۰
اعتماد تعمیم یافته	-۰/۰۵۲	۰/۳۸۲
اعتماد مدنی	-۰/۱۳۷	۰/۰۰۰
اعتماد اجتماعی	-۰/۲۲۱	۰/۰۰۰
مشارکت رسمی	-۰/۰۸۳	۰/۱۶۲
مشارکت غیررسمی	-۰/۰۴۸	۰/۴۲۳
مشارکت مدنی	-۰/۰۹۶	۰/۱۰۵
مشارکت اجتماعی	-۰/۰۳۱	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 اجتماعی کل	-۰/۱۶۴	۰/۰۰۰

به منظور آزمون رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق از آزمون هم‌بستگی  $r$  پیرسون استفاده شد. یافته‌های استنباطی حاصل از آزمون پیرسون نشان داد که در سطح خطای ۰/۰۱ بین متغیر اعتماد میان فردی، اعتماد مدنی، و اعتماد اجتماعی با اختلالات سلامت روان رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. بدین صورت که با بالا رفتن اعتماد میان فردی، اعتماد مدنی، و اعتماد اجتماعی می‌توان شاهد اختلالات سلامت روانی پایین تری بود. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که در سطح خطای مورد قبول بین متغیرهای مشارکت اجتماعی و مؤلفه‌های آن با اختلالات سلامت روان در هیچ‌یک از ابعاد رابطه معنادار وجود ندارد. بنابراین فرضیه‌های مربوط به رابطه بین تمامی شاخص‌های مشارکت (مشارکت رسمی، مشارکت غیررسمی، مشارکت مدنی، و مشارکت اجتماعی) با



اختلالات سلامت روان تأیید نشد. هم‌چنین، رابطه بین متغیر حمایت عاطفی با اختلالات سلامت روان در سطح خطای ۰/۰۱ معکوس و معنادار است؛ بدین صورت که با بالارفتن حمایت عاطفی می‌توان شاهد سلامت روان بالاتری بود. نتایج آزمون حاکی از این است که رابطه مذکور درباره تمامی ابعاد حمایت اجتماعی (حمایت‌های عاطفی، مالی، و اطلاعاتی) صدق می‌کند. هم‌چنین متغیر حمایت عاطفی دارای هم‌بستگی قوی‌تری در مقایسه با دیگر ابعاد با اختلالات سلامت روان است. بنابراین فرضیه مربوط به رابطه معنادار بین حمایت عاطفی، مالی، اطلاعاتی، و در نهایت حمایت اجتماعی با سلامت روان تأیید شد؛ هم‌چنین رابطه خطی بین سرمایه اجتماعی کل با متغیر اختلالات سلامت روان در سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد تأیید شد، نوع رابطه نیز منفی و معکوس است؛ بدین معنی که با افزایش سرمایه اجتماعی اختلالات روانی در بین افراد جامعه آماری کاهش می‌یابد.

جدول ۳. آزمون هم‌بستگی پیرسون بین سن و سلامت روان

متغیر مستقل	r	sig
سن	۰/۰۱۸	۰/۷۶۰

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

جدول ۴. آزمون تفاوت میانگین سلامت روان به تفکیک جنسیت

متغیر	T	Sig
جنسیت	۰/۴۵۷	۰/۳۴۵

نتایج آزمون T نشان داد بین جنسیت و اختلالات سلامت روان در سطح خطای ۰/۰۵ رابطه معناداری وجود دارد. بدین ترتیب که زنان بیش از مردان دچار اختلالات سلامت روان می‌شوند. به عبارت دیگر، در بین دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم شهر اراک مردها از سلامت روان بیش‌تری در مقایسه با زن‌ها برخوردار بودند.

### ۳.۷ تجزیه و تحلیل رگرسیونی

جدول ۵. آماره‌های تحلیل رگرسیونی چندمتغیره سلامت روان دیران

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

در پژوهش حاضر، به منظور سنجش تأثیر متغیرهای مستقل در متغیر سلامت روان، از تحلیل رگرسیونی چندگانه استفاده شده است؛ هدف اصلی از این تحلیل تبیین واریانس یا همان تغییرات متغیر وابسته است. نتایج حاکی از آن است که براساس جدول آنالیز واریانس خطی بودن رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته محقق شده است. هم‌چنین استقلال خطاها براساس 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 نشان‌دهنده این است که باقی‌مانده‌ها مستقل از هم‌اند. مورد سوم این که، پیش فرض هم‌خط نبودن متغیرهای مستقل نیز با توجه به مقادیر شاخص تولرانس (tolerance) (نزدیک به ۱) و شاخص تورم واریانس (variance inflation index) (کوچک‌تر از ۲) به تأیید رسیده است. متغیرهای مستقل حاضر در مدل رگرسیونی مشتمل بر متغیرهای اعتماد میان‌فردی، اعتماد مدنی، حمایت اطلاعاتی، حمایت عاطفی، و حمایت مالی تأثیر معنی‌دار و معکوسی در متغیر سلامت روان داشته‌اند. هم‌چنین متغیرهای مذکور توانسته‌اند براساس ضریب تبیین اصلاح‌شده ۳۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کنند.

## ۸. نتیجه گیری

اختلالات روانی در بهره‌وری فردی 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 عدیده‌ای مواجه کرده است. از طرفی، تأثیر چشم‌گیر سرمایه اجتماعی و نحوه حضور آن در زندگی کنش‌گران اجتماعی به منزله راه‌حل مشکلات اجتماعی تلقی می‌شود. از آن‌جا که سرمایه اجتماعی تأثیر چشم‌گیری در کاهش و جلوگیری از آسیب‌ها و مسائل اجتماعی دارد، یکی از موضوعات پژوهشی مهم مرتبط با نهادهای اجتماعی است. بنابراین، پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دبیران مقاطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک انجام شده است.

هارفام (Harpham, 2008) بر این باور است که سرمایه اجتماعی عوامل استرس‌زا و فشارهای ناشی از حوادث منفی زندگی را کاهش می‌دهد؛ بنا به نظر پاتنام نیز، سرمایه اجتماعی درمان بسیاری از دردهای اجتماعی از جمله بیماری و اختلالات روانی است که فرد در صورت نبود دیگر منابع می‌تواند از آن در حکم بهترین منبع استفاده کند؛ کاواچی و همکاران (Kawachi et al., 2001) معتقدند که پیوندهای اجتماعی نقش به‌سزایی در حفظ سلامتی روانی و شادابی افراد دارند. افراد از لحاظ اجتماعی منزوی از نظر سلامت روانی در وضعیت مطلوبی به‌سر نمی‌برند؛ هم‌چنین تحقیقات پیروی و همکاران (۱۳۸۹)، لهسای زاده و مرادی (۱۳۸۶)، گروسی و شبستری (۱۳۹۰)، سلطانی و جمالی (۱۳۸۷)، هزارجریبی و مهری (۱۳۹۱)، تامپسون و همکاران (Thompson et al., 2002)، و لی و همکاران (Lee et al., 2004) نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و برخی ابعاد آن با سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد. معنی‌داری رابطه بین سرمایه اجتماعی (ابعاد اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی) با سلامت روان در تحقیق حاضر نیز نشان‌دهنده این نکته است که نتیجه تحقیق حاضر هم‌سو با محتوای نظریات مذکور و نتایج تحقیقات فوق است و تأییدی بر نتایج این پژوهش است. بنابراین در جامعه آماری مورد بررسی کاربردی‌اند. از طرفی، نتایج تحقیق نشان داد که تقریباً  $\frac{1}{3}$  دبیران جامعه مطالعه شده‌ما، در حدود ۳۲/۱ درصد، اختلالات سلامت روان دارند. با توجه به این‌که سلامت روان مفهومی کیفی است و تعاریف متعددی از آن شده است، بنابراین عوامل بسیاری در سلامت روان اثرگذار است؛ توجه به این نکته ضروری است که دبیران، با وجود شغل بسیار مهم و خطیری که در امر آموزش و پرورش نسل آینده کشور دارند، خود از مشکلاتی رنج می‌برند که باید در حد امکان و به‌صورت

جدی در حل مشکلات آنان برآمد، چراکه آینده هر کشوری به تفکر افرادی بستگی دارد که آموزش و پرورش نسل آینده را بر عهده دارند. با توجه به مقوله بسیار مهم و گسترده سرمایه اجتماعی در بین انسان‌ها و میزان برخورداری هر یک از آنان از این سرمایه، و به‌طور مشخص در تحقیق مورد نظر دبیران، باید سرمایه اجتماعی و شاخص‌های متعدد آن تقویت شوند و در فضایی مثبت برای تقویت روابط بین انسان‌ها به کار روند. هر چه افراد روابط بهتر و بیش‌تری با دیگران داشته باشند و خود را در جامعه تنها احساس نکنند، در صورت بروز مشکلات نیز سرمایه اجتماعی آنان سپر محافظی برای حل مسائل پیش‌آمده می‌شود، و در واقع سرمایه اجتماعی تعدیل‌گر فشارها و اختلالات روانی می‌شود. با توجه به توضیحات فوق و نتایج، می‌توان پیش‌نهادهای ذیل را به‌منزله گامی هرچند کوچک، در جهت جلوگیری و کاهش اختلالات روانی در بین دبیران، ارائه داد:

بالا بردن کیفیت محیط اجتماعی، به‌طوری که محیط مدرسه محیطی پر از آرامش شود و دبیر احساس انزوای بی‌قراری، و خستگی نکنند؛ سیاست‌گذاری در زمینه سلامت باید به‌طور گسترده‌تری در بهتر کردن پیوندهای اجتماعی و روابط انسان‌ها با یک‌دیگر سرمایه‌گذاری شود (مخصوصاً در محیط آموزشی و مدرسه)، چراکه بهبود کیفیت در زمینه‌های سرمایه اجتماعی دبیران می‌تواند تأثیرات مثبتی در سلامت دبیران داشته باشد؛ شبکه‌های اجتماعی هم‌چون تارهای نامرئی انسان‌ها را در جامعه به هم پیوند می‌دهند، بنابراین، جامعه با بالا بردن اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی می‌تواند سلامت روان بیش‌تری را به افراد خود منتقل کند.

## کتاب‌نامه

- اختر محقی، مهدی (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی، تهران: اختر محقی.
- ازکیا، مصطفی و غلامرضا غفاری (۱۳۸۸). توسعه روستایی با تأکید بر جامعه روستایی ایران، تهران: نشر نی.
- امینی رارانی، مصطفی، میرطاهر موسوی، و حسن رفیعی (۱۳۹۱). «ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان در ایران»، فصل‌نامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، س ۱۱، ش ۴۲.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۰). دموکراسی و سنت‌های مدنی، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور.
- پیروی، حمید، احمد حاجبی، و لیلی پناغی (۱۳۸۹). «ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران»، مجله علمی - پژوهشی تحقیقات نظام سلامت، دوره ششم، ش ۲.
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه، تهران: شیرازه.
- توسلی، غلامعباس و مرضیه موسوی (۱۳۸۴). «مفهوم سرمایه اجتماعی در نظریات کلاسیک و جدید»، فصل‌نامه علمی - پژوهشی نامه علوم اجتماعی، ش ۲۶.

- حیی، محمدباقر (۱۳۸۳). «سلامت روانی در چشم‌اندازی گسترده‌تر»، فصل‌نامه حوزه و دانشگاه، س ۱۰، ش ۴۱.
- رستگارخالد، امیر (۱۳۸۴). «گسترش نقش زنان در جهت حمایت‌های شغلی خانوادگی»، مجله جامعه‌شناسی ایران، س ۶، ش ۴.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور»، فصل‌نامه انتظام اجتماعی، س ۱، ش ۱.
- سعادت، موسی (۱۳۸۹). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی، همسرآزاری و سلامت روانی در بین زنان متأهل شهر تبریز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی.
- سلطانی، طاهره و مزده جمالی (۱۳۸۷). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی؛ مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز»، مجموعه مقالات همایش سرمایه اجتماعی و توسعه در ایران، تهران: انتشارات مؤسسه تحقیقات و توسعه علوم انسانی.
- شکریگی، عالیه (۱۳۸۹). مدرن‌گرایی و سرمایه اجتماعی خانواده، درآمدی بر جامعه‌شناسی خانواده در ایران، تهران: جامعه‌شناسان.
- شولتز، دوان و سیدنی آلن شولتز (۱۳۸۱). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: ویرایش فاین، بن (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی و نظریه اجتماعی، اقتصاد سیاسی و دانش اجتماعی در طلوع هزاره سوم، ترجمه سیدکمال سروریان، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی.
- فوکویاما، فرانسیس (۱۳۷۹). پایان نظم سرمایه اجتماعی و حفظ آن، ترجمه غلام‌عباس توسلی، تهران: جامعه ایرانیان.
- کاپلان، هارولد و سادوک بنیامین (۱۳۷۳). خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران: آزاده.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷). بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- گروسی، سعیده و شیما شبستری (۱۳۹۰). «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان»، مجله علمی - پژوهشی مطالعات اجتماعی ایران، س ۵، ش ۱، پیاپی ۱۳.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۶). روان‌شناسی عمومی، تهران: دانا.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و گلرمد مرادی (۱۳۸۶). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران»، فصل‌نامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، س ۷، ش ۲۶.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: طهوری.
- مرندی، سیدعلیرضا (۱۳۸۵). عوامل اجتماعی سلامت در کتاب جامع بهداشت عمومی، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری، کمیته رایانه‌ای طب و بهداشت.
- نجات، حمید و محمود ایروانی (۱۳۷۸). «مفهوم سلامت روان در مکاتب روان‌شناسی»، فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، س ۱، ش ۳.
- هزارجریبی، جعفر و اسدالله مهری (۱۳۹۱). «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی»، فصل‌نامه علمی - پژوهشی علوم اجتماعی، ش ۵۹.

- Carpiano, Richard M. (2008). 'Actual or Potential Neighborhood Resources for Health: What Can Bourdieu Offer for Understanding Mechanisms Linking Social Capital to Health', in: *Social Capital and Health*, NewYork: Springer.
- Gilbert, K. L. (2008). 'A Meta-analysis of Social Capital and Health B.A.', Wabash College. M.A. in African-American and African Piaspora Studies, Indian Universiesy (Bloomington).
- Harpham, T. (2008). 'The Measurement of Community Social Capital through Surveys', in *Social Capial and Health*, NewYork: Springer.
- Kawachi, I. et al. (2001). 'Social Capital for Health and Human Development', *American Journal of Public Health*, Vol. 44.
- Lee, B. et al. (2004). 'Alcohol Induced Stress and Social Support as Infuluences 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 Health? A Survey Study of Russians', *Social Science and Medicine*, Vol. 51.
- Schwirian, .O .K. and M. P. Schwirian (1993). 'Neighboring, Residential Satisfaction, And Psychological Wel-being in Erban Elders', *Journal of Community Psychology*, Vol. 21, October.
- Thompson, S. et al. (2002). 'The Social and Cultural Context of the Mental Health of Filipinas Inqueensland', *Australian and NewZeland Journal of Psychology*, Vol. 36.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report: Mental Health*, Geneva: World Healeh Organization.