

رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد

ندا رضوی زاده (دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه دانشگاه فردوسی مشهد، نویسنده مسؤول)

n.razavi@gmail.com

محسن نوغانی (دانشیارگروه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد)

noghani@ferdowsi.um.ac.ir

علی یوسفی (دانشیارگروه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد)

yousofi@um.ac.ir

چکیده

اگرچه تحقیقات پیشین نشان داده که بیماری‌های جسمی، روانی و مرگ‌ومیر توسط موقعیت طبقاتی و استانداردهای زندگی مادی، عوامل ژنتیکی و عفونی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، امروزه توجهات به سمت تأثیر زمینه اجتماعی کشیده شده است. سرمایه اجتماعی که در این تحقیق ترکیبی از اعتماد، حمایت و روابط اجتماعی است یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود. هدف این تحقیق تبیین رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی است. روش تحقیق پیمایش و نمونه مورد نظر ۳۰۴ دانشجوی دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۸۷-۸۸ بوده است. نتایج نشان داد که اگرچه متغیرهای مستقل اعتماد، حمایت، روابط اجتماعی، عزت نفس، رفتار پشتیبان سلامت روان هر یک به تنهایی بر اضطراب و افسردگی شدید به طور همزمان اثر معنادار ندارند، اما اثر متقابل اعتماد، حمایت و روابط اجتماعی بر این دو متغیر معنادار است. تحلیل‌های جداگانه نشان داد اثر عزت نفس بر افسردگی منفی و معنادار بوده و درآمد خانوار، اعتماد اجتماعی و رفتار پشتیبان سلامت روان تأثیر منفی معنادار بر اضطراب داشته است. **کلیدواژه‌ها:** سلامت روانی، اختلال روانی، سرمایه اجتماعی، اعتماد، حمایت اجتماعی.

بیان مسئله

امروزه همگام با پیش رفت پزشکی و توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در جوامع، الگوهای ابتلا به بیماری به سمت بیماری‌های غیرواگیر تغییر جهت داده است. در این میان نرخ صعودی

ابتلا به اختلالات روانی و هزینه‌هایی که این اختلالات بر جوامع تحمیل می‌کند توجه متخصصان بهداشت عمومی و ارتقای سلامت را جلب کرده است. بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۲۰۰۲، ۱۵۴ میلیون نفر در جهان از افسردگی، ۲۵ میلیون نفر از اسکیزوفرنیا و ۱۵ میلیون نفر از سوءمصرف مواد رنج می‌برند. همچنین هر سال بیش از هشتصد هزار نفر دست به خودکشی می‌زنند. افراد با انواع اختلالات روانی کیفیت زندگی پایینی دارند و مرگ و میر در میان آن‌ها بالا است. از سوی دیگر سطح پایین سلامت روانی با بروز آسیب‌های اجتماعی نظیر خودکشی، اعتیاد، خشونت، رفتارهای بزهکارانه نیز ارتباط نزدیکی دارد. در سطح سیاست‌گذاری نیز بنا بر آمارهای سازمان بهداشت جهانی، در کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط تنها حدود ۱٪ از بودجه به بخش سلامت و بهداشت روانی اختصاص می‌یابد و تخصیص این بودجه نیز در سیاست‌گذاری به نحو مناسب اولویت‌بندی نمی‌شود (WHO).

از سوی دیگر از آنجا که سلامت روانی با ظرفیت و توانایی افراد برای شکل دادن روابط هماهنگ با دیگران و کمک سازنده به تحول در محیط اجتماعی و فیزیکی مرتبط است، توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور نیز که نیازمند مشارکت فعالانه‌ی نیروی انسانی سالم است با سلامت روانی منابع انسانی آن ارتباط پیدا می‌کند. سلامت جسم و روانی دانشجویان به عنوان قشر آینده‌ساز کشور که در آینده‌ای نه چندان دور بخش قابل ملاحظه‌ای از نیروی فعال کشور را در بخش‌های مختلف تشکیل خواهند داد از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و از همین رو بررسی کم و کیف آن و عوامل تعیین‌کننده آن شایان توجه است. بنابراین نه تنها به این دلیل که سلامت روانی دانشجویان - به عنوان نیروی فعال جامعه در سال‌های آینده - بر باروری و سلامت زندگی فردی، کیفیت و کارایی عملکرد حرفه‌ای ایشان در سال‌های آتی، کیفیت زیست و روابط خانوادگی و - در سطح گسترده - بر کلیه رفتارها و تعاملات اجتماعی آنان تاثیر گسترده‌ای دارد، بلکه در مقطع اشتغال به تحصیل نیز از آنجا که توانایی‌های شناختی و کارکرد سالم ذهن اهمیت ویژه‌ای دارد، اولویت خاصی می‌یابد. از طرف دیگر دانشجویان به دلیل مواجهه با مسایلی همچون ورود به محیط جدید، مشکلات اقتصادی، دوری از خانواده، ناسازگاری با اطرافیان (به ویژه در

1 World Health Organization (WHO)

خوابگاه)، تعارضات فرهنگی، حجم زیاد دروس، رقابت و چشم انداز آینده شغلی مبهم و ... مستعد آسیب پذیری سلامت روانی هستند. آمارها و پژوهش‌ها نیز موید ادعای فوق است، چنانکه مرادی و همکاران (۱۳۸۰) در بررسی سلامت عمومی دانشجویان ورودی ۱۳۷۸-۷۹ دانشگاه‌های سراسر کشور پی بردند که ۱۶٪ از دانشجویان دچار مشکلات روانشناختی هستند. لطفی و همکاران (۱۳۸۶) نیز موارد مشکوک به اختلالات روانی را در بین گروهی از دانشجویان حدود ۳۶.۴٪ یافتند. هاشمی و همکاران (۱۳۸۷) ۶۹/۳٪ دانشجویان را مشکوک به اختلال روانی یافتند (۵۳/۵٪ خفیف، ۱۴/۳٪ متوسط و ۱/۵٪ شدید). انصاری و همکاران (۱۳۸۶) نیز ۳۸.۸٪ از ایشان را مشکوک به اختلالات روانی یا جسمی یافتند. اگرچه این آمار با روش‌ها و ابزارهای مختلف و در جوامع آماری متفاوت به دست آمده، اما در کل نشان از روندی صعودی دارد که مسئله برانگیز است.

از طرف دیگر اگرچه بیماری‌های جسمی و روانی و مرگ و میر توسط موقعیت طبقاتی و استانداردهای زندگی مادی، عوامل ژنتیکی و عفونی تحت تأثیر غیرقابل انکاری قرار می‌گیرد، امروزه توجهات به سمت تأثیر زمینه اجتماعی کشیده شده است. دورکیم در سنت جامعه‌شناسی در دهه ۱۸۹۰ از اولین کسانی بود که خاطر نشان کرد که ساختار اجتماعی تأثیری قوی بر سلامت روانی افراد دارد (کاوچی و برکمن، ۲۰۰۲، مک‌کنزی، وایتلی و ویچ، ۲۰۰۲). تحقیقات جدید اهمیت توجه به تعیین کننده‌های اجتماعی در سلامت روانی افراد را در کانون توجه خود قرار داده‌اند که کمتر مورد توجه پژوهشگران در داخل کشور قرار گرفته است. این در حالی است که مدل‌های اجتماعی سلامت روانی (در برابر مدل‌های بیولوژیک) امیدهایی را به ویژه در سال‌های اخیر - برای مداخلات مؤثر و کم‌هزینه برای ارتقای سلامت روانی افراد جامعه برانگیخته است (هارفام، گرنیت، رودریگز، ۲۰۰۴). این مسأله به ویژه در کشورهای جهان سوم هم به دلیل تخصیص بودجه و منابع ناچیز به بخش بهداشت و سلامت روانی و هم سیر فزاینده عوامل اجتماعی تهدیدکننده سلامت روانی حایز اهمیت است. از این رو سرمایه اجتماعی به عنوان مفهومی که به ویژه طی چند دهه اخیر در کانون مباحث تئوریک و تجربی متعددی در رشته‌های مختلف علوم اجتماعی وارد شده است، در حوزه سلامت و بهزیستی نیز مورد توجه واقع شده است.

در عین حال، با وجود آنکه درباره سلامت روانی تحقیقات متعددی توسط روان شناسان در دانشگاه ها و موسسات تحقیقاتی کشور انجام شده اما پیشینه تحقیق در مورد رابطه سلامت روانی و متغیرهای اجتماعی به ویژه سرمایه اجتماعی در ایران چندان غنی نیست. اهمیت بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در ایران از آن رو است که تحقیقات پیشین عمدتاً یا در کشورهای صنعتی (امریکا، اروپای غربی، استرالیا) انجام شده یا کشورهای با درآمد پایین را در نظر گرفته است.

جدیدترین آمارها نشان می دهد کمی بیش از ۲۰٪ افراد در ایران دچار نوعی اختلال روانی هستند (ذوالقدر، ۱۳۸۷) و تخمین زده می شود حدود ۸٪ افراد به افسردگی مبتلایند (شیرافکن، ۱۳۸۸). طبق آمار دیگری بیماری های روانی پس از حوادث غیرعمومی در کشور به طور مشترک با بیماری های قلبی و عروقی رتبه دوم بار بیماری را به خود اختصاص داده است (سایت پزشکان ایران، ۱۳۸۹). آمارهای مزبور ضرورت توجه و بررسی عوامل موثر بر ابتلا به اختلال روانی را به وضوح نشان می دهد.

لازم به ذکر است که مرور تحقیقات انجام شده در زمینه سلامت روانی در پایگاه های اطلاعاتی کشور نشان می دهد در تحقیقاتی که در نشریات علمی-پژوهشی روان شناسی توسط روان شناسان انجام شده رابطه سلامت روانی با متغیرهای جمعیت شناختی یا دیگر متغیرهای روان شناختی بررسی شده و متغیرهایی که صبغه جامعه شناختی داشته باشند به عنوان عامل تعیین کننده سلامت روانی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

مقاله حاضر درصداست ضمن ارایه تصویری واقع نگار از وضعیت سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد، فرایندهای تاثیرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت روان را در بین دانشجویان این دانشگاه مورد بررسی قرار دهد.

پیشینه تجربی

در خارج از ایران، کاواچی، کندی و گلس (۱۹۹۹) از جمله کسانی بودند که یکی از اولین تحقیقات را در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت را انجام دادند. آن ها با استفاده از داده های

"سامانه پایش عامل خطر رفتاری"^۱ در ۳۹ ایالت امریکا مشاهده کردند که عوامل سطح فردی از قبیل درآمد پایین، کم‌سوادی، مصرف دخانیات، شدیداً با وضع نامناسب سلامت همبسته است، اما حتی پس از کنترل این متغیرها، اثر زمینه‌ای سرمایه اجتماعی بر وضع سلامت مشاهده می‌شد. هارفام، گرت و رودریگز (۲۰۰۴) رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان را در جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله در اجتماعی کم‌درآمد در شهر کالی کلمبیا بررسی کرده‌اند. آن‌ها در نهایت رابطه‌ای بین سرمایه اجتماعی ساختاری (که به شبکه روابط اجتماعی مربوط می‌شود) و سلامت روانی نیافتند و سرمایه اجتماعی شناختی (که به هنجارها و جنبه ذهنی سرمایه اجتماعی اطلاق می‌شود) هم واریانس زیادی از متغیر وابسته را توضیح نداد. آن‌ها استنباط کردند که احتمالاً تاثیر بعد شناختی بر سلامت روانی بیش از بعد ساختاری است چون بعد شناختی رابطه نزدیک تری با سلامت روانی دارد.

دسیلوا، هاتلی، هارفام و کنوارد (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای تطبیقی که در میان ۲۳۴ اجتماع کم‌درآمد در پرو، اتیوپی، ویتنام و آندراپرادش (هند) انجام دادند، دریافتند که علی‌رغم کنترل متغیرهای متعدد مداخله‌گر در سطح فرد و اجتماع، سرمایه اجتماعی شناختی^۲ فردی مادران در نمونه مورد بررسی در هر چهار کشور، همبستگی منفی روشنی با اختلالات رایج روان شناختی دارد. نکته شایان توجه آن بود که رابطه سلامت روانی و سرمایه اجتماعی ساختاری کمی پیچیده‌تر بود و در کشورهای مختلف، بسته به بسترهای اجتماعی متفاوت، نتایج گوناگونی به دست آمد. لوفورز و ساندکوئیست (۲۰۰۷) نیز در مطالعه‌ای در سوئد که ۴.۵ میلیون نفر از زنان و مردان بزرگسال را در برمی‌گرفت و طی دو سال (۱۹۹۷-۱۹۹۹) در محله‌های کوچک انجام شد نشان دادند که سرمایه اجتماعی آوندی^۳ در محلات با ابتلا به اختلالات روانی مرتبط است. آن‌ها رابطه اعتماد افراد به نهادهای اجتماعی را که با متوسط میزان مشارکت در انتخابات محلی سنجیده شده بود با میزان بستری شدن به دلیل افسردگی و روان‌پریشی^۴ آزمون کردند و همبستگی قوی بین این

1 Behavioral Risk Factor Surveillance System

2 cognitive social capital

3 linking

4 psychosis

دو مشاهده کردند. این همبستگی پس از کنترل سن، وضع مسکن، تحصیلات، استخدام، وضع تأهل و کشور محل تولد (مهاجر بودن) در زنان و مردان کاهش یافت، هرچند همچنان معنادار بود. شفلر، براون و رایس (۲۰۰۷) با استفاده از داده‌های طولی پیمایش مصاحبه سلامت ملی ایالات متحده^۱ در سه سال متوالی (۱۹۹۹، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱) و دو سری داده موجود دیگر، تحلیلی دو سطحی (در سطح فرد و منطقه) برای سنجش سرمایه اجتماعی ساختاری انجام دادند. سرمایه اجتماعی در سطح منطقه رابطه منفی با تنش روان شناختی در میان افرادی داشت که درآمد خانواده‌شان کمتر از متوسط بود، وقتی متغیرهای ثابت در طول زمان در فرایند تحلیل داده‌ها کنترل شد، همبستگی فوق بیشتر شد.

با وجود شواهد فوق، شواهدی دال بر عدم وجود همبستگی معنادار یا حتی گاه همبستگی مثبت بین سرمایه اجتماعی (یا اجزای آن) به دست آمده است. از جمله روزنِهک (۲۰۰۱) به نقل از دِسیلوا، مک‌کنزی، هارفام و هاتلی، (۲۰۰۵) در بررسی بی‌خانمان‌های معتاد به الکل و مواد مخدر متوجه شد همبستگی مثبت معناداری بین الکل بودن و سرمایه اجتماعی وجود دارد در حالی که همبستگی بین اعتیاد به مواد مخدر و سرمایه اجتماعی مثبت اما معنادار نبود. در تفسیر چنین یافته‌هایی باید دقت بیشتر به خرج داد، چه بسا پیوندهای شدید درون گروهی در بعضی گروه‌ها از جمله گروه‌های محروم یا بزهکار همبسته بتواند منجر به ترویج رفتارهای مخرب و ناسازگار با سلامت گردد. این همان سویه تاریک سرمایه اجتماعی است که پورتس (۱۳۸۴) از آن نام می‌برد و در تشریح کارکردهای سرمایه اجتماعی از آن با عنوان پیامدهای منفی سرمایه اجتماعی سخن گفته شد.

در یک مرور نظام‌مند بر تحقیقات انجام‌شده در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان، دِسیلوا و همکاران (۲۰۰۵)، پس از جستجوی ۲۰ پایگاه داده و پس از مرور سیستماتیک ۱۶۹۳ چکیده، و نیز بررسی ماخذ برخی از این مقالات و مکاتبه با نویسندگان، در نهایت ۲۱ مقاله یافتند که با معیارهای مورد نظر مطابقت می‌کرد، در این مطالعه، بررسی مقالاتی که رابطه سرمایه

اجتماعی، همبستگی اجتماعی^۱ و اثر جمعی^۲ با بیماری روانی (طبق ملاک های تشخیصی ICD یا DSM) را به طور تجربی آزمون کرده بودند؛ مورد نظر محققان بود. در این بین ۱۴ پژوهش، سرمایه اجتماعی (ابعاد آن یا مفاهیم نزدیک به آن) را در سطح فردی و ۷ پژوهش در سطح اکولوژیک اندازه گیری کرده بودند.

در میان ۱۴ پژوهشی که سنجش سرمایه اجتماعی در سطح فردی را پیشه کرده بودند، ۱۸ برآورد اثر^۳ مد نظر قرار گرفته بود که در مورد بعد اجتماعی شناختی، ۹ مورد آن همبستگی معکوس بین بیماری روانی و سرمایه اجتماعی را نشان می دادند و ۹ مورد همبستگی خاصی را روایت نمی کردند، در این میان هیچ گونه رابطه مثبت بین دو متغیر دیده نشده است. این بدان معنی است که در نیمی از برآوردهای انجام شده در ۱۸ پژوهش مورد بررسی، کسانی که سرمایه اجتماعی شناختی بیشتری داشته اند از سلامت روانی بهتری برخوردار بوده اند. در بین همین ۱۴ پژوهش، ۱۳ برآورد اثر در بعد ساختاری سرمایه اجتماعی بررسی شده است که از میان آن ها ۲ مورد همبستگی معکوس، یک مورد همبستگی مستقیم و ۷ مورد هیچ گونه همبستگی نشان نداده اند. در ۲ مورد هم برآورد اثر ترکیبی محاسبه شده بود که در هر دو مورد اثر معکوس بین سرمایه اجتماعی و بیماری روانی به چشم می خورد. بنابراین به نظر می رسد در سطح سنجش فردی، اثر بعد ساختاری سرمایه اجتماعی بیش از بعد شناختی رد شده است.

در ایران نیز پژوهش های محدودی در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی طی سال-های اخیر انجام شده است.

خیراله زاده (۱۳۸۳) در بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان، سرمایه اجتماعی را سازه ای متشکل از مشارکت، اعتماد، انسجام، روابط و کنترل اجتماعی فرض کرده و سلامت روانی را نیز با استفاده از ابزار پرسش نامه (متعلق به سازمان بهداشت جهانی) سنجیده است. در این تحقیق میان ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت روانی رابطه مثبت معناداری مشاهده شده است.

-
- 1 Social cohesion
 - 2 Collective efficacy
 - 3 Effect estimates

منظور از برآورد اثر، مقادیر ضرایب رگرسیون چند متغیره یا $odd\ ratio$ ها هستند

لهسایی زاده و مرادی (۱۳۸۶) رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی را مورد بررسی قرار داده و برای سنجش سلامت روانی از فرم ۲۸ سوالی سازمان بهداشت جهانی (SCL-90) استفاده کرده اند، سرمایه اجتماعی را هم با شاخصی مرکب از اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی اندازه گرفتند. در نهایت آن‌ها دریافتند همبستگی بین سلامت روانی و متغیرهای اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی به عنوان ابعاد سرمایه اجتماعی مثبت و معنادار است.

سلطانی و جمالی (۱۳۸۷) با بررسی رابطه سرمایه اجتماعی درون‌گروهی، برون‌گروهی و ارتباطی و سلامت روانی (با پرسش نامه GHQ-28) به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی درون‌گروهی که آن را ناظر به روابط صمیمانه و اعتماد به بستگان، همسایگان و هم‌محل‌های آنها فرض کرده بودند با بهزیستی روانی دانشجویان رابطه معناداری دارد. با این حال سرمایه اجتماعی برون‌گروهی که با عضویت در انجمن‌ها سنجیده شده بود رابطه معناداری با سلامت روانی نداشت. همچنین، سرمایه اجتماعی ارتباطی رابطه مثبت معنادار با سلامت روانی نشان داد.

عموماً در تحقیقات داخلی نکته مهمی نادیده گرفته شده است: اینکه تناسبی بین تعریف مثبت ارایه شده از سلامت روانی و ابزار به کار رفته دیده نمی‌شود. یعنی ابزار سنجش که استفاده شده معنای سلبی از سلامت روانی یعنی اختلال روانی را می‌سنجد، در حالی که در تعریف، محققان تعریفی ایجابی از سلامت روانی ارائه کرده‌اند.

مبانی نظری

از سرمایه اجتماعی تعاریف گوناگونی شده است که وجه مشترک آن‌ها را می‌توان تأکید بر پیوندهای ذهنی و عینی بین کنشگران اجتماعی دانست (پکستون، ۱۹۹۹). عضویت در شبکه روابط اجتماعی - که جنبه‌ای از ساخت اجتماعی است - جزء عینی سرمایه اجتماعی را می‌سازد و متغیرهایی نظیر اعتماد و حمایت اجتماعی عمدتاً به عنوان جزء ذهنی سرمایه اجتماعی شناخته شده است. دو عنصر ذهنی و عینی هم‌زمان امکان عمل جمعی برای نفع متقابل را پدید می‌آورند (وولکاک، ۱۹۹۸)، زیرا سرمایه اجتماعی چنان که کلمن اشاره می‌کند تسهیلگر کنش‌ها در درون ساختارها است و اهدافی که در غیاب آن دسترس‌پذیر نیست، دست‌یافتنی می‌کند (کلمن، ۱۳۷۷).

در مورد سلامت روانی، نیز اگرچه تعاریف مشهوری (از جمله تعریف سازمان بهداشت جهانی) بارها در مقالات مختلف نقل شده، اما این تعاریف معمولاً به دلایل مختلف از جمله پرابهام بودن، نسبیّت فرهنگی، وجود بارارزشی و این همان‌گویی مورد انتقاد هستند کاون، ۱۹۹۴ به نقل از گرافتون، ۲۰۰۳). به دلیل همین مشکلات تئوریک و روش‌شناختی، سلامت روانی عمدتاً با مضمون فقدان اختلال شناخته‌شده روانی مد نظر محققان قرار می‌گیرد. تحقیق حاضر نیز چنین رویکردی را اتخاذ کرده است.

سرمایه اجتماعی در شکل شناختی آن با فراهم کردن اعتماد بیش تر در روابط بین شخصی، شکل‌گیری روابط صمیمانه، و هنجارهای عمل متقابل، دسترسی به اشکال مختلف حمایت را بهبود بخشیده و شخص را در برابر تنش محافظت می‌کند. همچنین مشارکت و عضویت در سازمان‌های اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی به مثابه نمود سرمایه اجتماعی ساختاری، کارکردی مشابه دارد (کواچی و برکمن، ۲۰۰۱). فرد از طریق برقراری روابط اجتماعی پایدار حمایت فکری (اطلاعاتی)، احساسی (عاطفی) و مادی (ابزاری) دریافت می‌کند (پاتنام و همکاران، ۱۹۹۳ به نقل از آلمدوم، ۲۰۰۳). از سوی دیگر حمایت اجتماعی کمکی است که توسط دیگران فراهم می‌شود، از این رو حمایت اجتماعی می‌تواند تسلط عاطفی را تقویت کند، راهنمایی ارائه کند، یا در مورد هویت شخص برای اش بازخورد فراهم کند (کوب، ۱۹۷۶؛ کاسل، ۱۹۷۶؛ براون و هریس، ۱۹۷۸ به نقل از لین و پیک، ۱۹۹۹) و بدین ترتیب به سلامت روانی او کمک کند.

همچنین برخی محققان به اهمیت سرمایه اجتماعی در کاستن از بار مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های روانی، یعنی دشواری‌های بلندمدت (مثل فقر، تحصیلات کم، محیط فیزیکی خطرناک، سطح بالای خشونت و عدم امنیت)، وقایع منفی زندگی (جدایی از شریک زندگی، بیماری، از دست دادن شغل، مهاجرت اجباری) و فقدان حمایت اجتماعی (ملازم با گسترش شهرنشینی، خانواده‌های تک‌والد، کاهش باروری، مهاجرت‌های روستا-شهری، افزایش مشارکت زنان در نیروی کار و...) اشاره کرده‌اند. هارفام، گرنٹ و رودریگز (۲۰۰۴) بر آنند که سرمایه اجتماعی ساختاری می‌تواند با فراهم کردن دسترسی به حمایت اجتماعی ناشی از ارتباط و عضویت در

نهادهای رسمی و غیررسمی، اثر وقایع منفی زندگی را بکاهد، و سرمایه اجتماعی شناختی با تدارک احساس امنیت و عزت نفس، سلامت روانی را ارتقا بخشد.

لین (۱۹۹۹) از ساز و کارهای روان شناختی که میانجی تاثیر روابط اجتماعی بر سلامت روانی می شوند پرده برمی دارد. از نظر وی روابط اجتماعی هویت و تشخیص را تقویت می کنند. این که فردی به عنوان شخصی مهم به رسمیت شناخته شود و به عنوان یک عضو یک گروه اجتماعی که منافع و منابع مشترکی دارند شناخته شود، نه تنها حمایت عاطفی برایش تامین می کند بلکه تایید همگانی، فرصتی برای ادعا در مورد منابع خاصی را برای فرد فراهم می آورد. «این تقویت ها برای حفظ سلامت روانی و مُحقق بودن در مورد منابع، ضروری اند». از نظر لین دریافت تایید و کسب اعتبار اجتماعی می تواند با اعطای عزت نفس به فرد، وی را در برابر تنش ها محافظت و به حفظ تعادل وی کمک کند و بدین ترتیب زمینه ارتقای سلامت روانی و رضایت از زندگی را فراهم کند (لین، ۲۰۰۱). کاواچی و همکاران (۱۹۹۹) همسو با لین معتقدند سرمایه اجتماعی می تواند سلامتی افراد را از طریق فرایندهای روان شناختی با فراهم آوردن حمایت موثر و عمل به عنوان منبع عزت نفس و احترام متقابل تحت تاثیر قرار دهد (کاواچی و همکاران، ۱۹۹۹ به نقل از دسیلوا، ۲۰۰۵).

رابطه های ضعیف از جمله درگیری در اجتماع و سازمان های داوطلبانه، اگرچه مستلزم تعاملات شدید فرد با فرد نیست اما به دلیل تدارک احساس تعلق، هویت و خودارزشمندی از نظر جامعه شناسان با ارتقای بهزیستی روان شناختی مرتبط دانسته شده است (کاواچی و برکمن، ۲۰۰۰).

وینسترا هم ضمن اشاره به فرایند روان شناختی دیگری به افزایش حس تسلط و کنترل و در نتیجه کاهش تنش روانی را حاصل اطلاع از منابع موجود در شبکه هایی که فرد در آن ها قرار دارد، می داند. (وینسترا، ۱۳۸۴).

بنابراین شبکه ها با مکانیزم های زیر می توانند بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبت بگذارند:

۱- عضویت در شبکه ها با افزایش احتمال دسترسی به حمایت اجتماعی بر بهزیستی جسمانی و روانی اثر می گذارد (برکمن و گلس، ۲۰۰۰؛ لین، ۱۹۹۹). عضویت در شبکه ها باعث می شود افراد بتوانند از اعضای شبکه ارتباطی خود انواع مختلف حمایت (اعم از ابزاری، اطلاعاتی

و عاطفی) دریافت کنند و به این ترتیب آرامش خاطری کسب کنند که تاثیر مثبتی بر سلامت روانی آن بگذارد.

۲- تویت معتقد است روابطِ نقشی در شبکه‌ها فرصت تعاملات اجتماعی و ارایه بازخورد و اتخاذ رفتارهای مناسب را فراهم می‌کند، در این روابط مجموعه‌ای از هویت‌ها، منبعی از خود-ارزیابی مثبت، و بنیادی برای حسی از کنترل و تسلط فراهم می‌کند. به دلیل مشارکت نقشی که معنا و هدف به زندگی شخص می‌بخشد؛ سلامت بهبود می‌یابد، و بنابراین احتمال تجربه‌ی اضطراب و یأس عمیق کاهش می‌یابد(تویت، ۱۹۸۵ به نقل از کوهن و سیم، ۱۹۸۵) و اگر اضطراب و یأس شدید را از نشانه‌های اختلال روانی بدانیم، با تحلیل فوق می‌توان گفت مشارکت نقشی در قالب عضویت در شبکه‌ها به سلامت روانی کمک می‌کند.

۳- شبکه‌های اجتماعی، نقش‌های اجتماعی گوناگونی برای فرد تدارک می‌بیند، و از آنجا که دیدگاه‌های تئوریک وجود دارد که بیان می‌کند نقش‌های اجتماعی چندگانه عزت‌نفس و خودارزشمندی را تقویت می‌کند (کوهن، ۱۹۸۸؛ تویت، ۱۹۷۴؛ سایبر، ۱۹۷۴ به نقل از برکمن و همکاران، ۲۰۰۰) و از سوی دیگر عزت‌نفس و خودارزشمندی، احساس توانمندی ایجاد می‌کند که سازگاری با وقایع پراسترس زندگی را بهبود می‌بخشد و احساسات مثبت را تقویت می‌کند، بنابراین جایگیری در شبکه‌ها می‌تواند باعث جلوگیری از افسردگی گردد(کوهن، ۱۹۸۸ به نقل از برکمن و همکاران، ۱۹۸۸). همچنین از نظر فروید میزان احساس اضطراب و میزان تاثیر آن بر شخص، تا حد زیادی به «آگاهی و احساس قدرت شخص در برابر دنیای خارج» وابسته است(فروید ۱۹۷۴ به نقل از گیدنز، ۱۳۷۸: ۷۰)، از آنجا که عزت نفس با احساس قدرت نزدیکی تامی دارد، افزایش عزت نفس، منجر به کاهش اضطراب‌های فرد می‌شود و بدین ترتیب یکی از نشانه‌های اختلال روانی (اضطراب) کاهش می‌یابد.

اعتماد به عنوان جزء مهم دیگری از سازه چندبعدی سرمایه اجتماعی می‌تواند با مکانیزم‌های گوناگونی به ارتقای سلامت روانی افراد کمک کند. کلاوس افه در تعریف اعتماد می‌گوید: «اعتماد به معنای این باور است که دیگران، با اقدام یا خودداری از اقدام خود به رفاه من/ما کمک می‌کنند

و از آسیب زدن به من/ما خودداری می کنند» (اوفه، ۱۳۸۴ : ۲۱۱). پژوهشگران بر چند مکانیزم برای اثر اعتماد بر سلامت روانی اشاره کرده‌اند:

۱- اعتماد با میانجی‌گری اجزای دیگر سرمایه اجتماعی بر سلامت اثر می گذارد؛ مثلاً اعتماد منجر به ترویج شبکه های اجتماعی می گردد که خود، سلامت را بهبود می بخشد (برکمن، ۱۹۹۵؛ کوهن، ۱۹۸۸، هاوس، لندیس آمبرسون، ۱۹۸۸ به نقل از آبوت و فریث، ۲۰۰۸، Freeth 2008). در مورد تاثیر عضویت در شبکه ها پیش از این مطالبی گفتیم. اما به طور خلاصه می توان گفت افراد با کسانی که می توانند به آنها اعتماد کنند ارتباط برقرار می کنند و شبکه اجتماعی خود را شکل می دهند و شبکه های اجتماعی به نوبه خود با مکانیزم های پیش گفته به ارتقای سلامت روانی فرد کمک می کنند.

۲- بدگمانی منجر به انزوا می شود، انزوای مزمن خطر افسردگی و روان پریشی^۱ را افزایش می دهد، وقتی افراد بخشی از شبکه اجتماعی حمایتی گروه های اولیه هستند خطر هر دو کاهش می یابد (بیلگریم، ۲۰۰۵).

۳- اعتماد کردن^۲ ممکن است اضطراب و ترس در مورد رفتار دیگران را کاهش دهد، و نتیجتاً کاهش استرس، از تاثیرات روان شناختی زیان آور استرس مزمن بکاهد (ویلکینسون، ۲۰۰۰ به نقل از آبوت و فریث، ۲۰۰۸)

۴- اعتماد با تحت تاثیر قراردادن ادراک ما از پیش بینی پذیری وقایع و پدیده ها، حسی از تسلط و کنترل را القا می کنند که تاثیر مثبت بر سلامت روانی دارد.

چارچوب نظری

در این پژوهش سلامت روانی با فقدان نشانگان شایع ترین بیماری های روانی یعنی «اضطراب» و «افسردگی شدید»، شناخته می شود. سرمایه اجتماعی نیز به عنوان ترکیبی از اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی ملاحظه می شود. روابط اجتماعی با وجود حداقلی از وابستگی متقابل بین افراد تعریف می شود و اعتماد اجتماعی به معنای باور فرد به این که دیگران قصد آسیب زدن به وی را

1 Psychosis

2 Trustfulness

ندارند و به رفاه او کمک می‌کنند شناخته می‌شود. همچنین حمایت اجتماعی منابع مادی، اطلاعاتی و عاطفی دیگران است که جهت افزایش توانایی فرد در مقابله با مشکلات و انطباق با شرایط در اختیار فرد قرار می‌دهند. رفتار پشتیبان سلامت روان رفتاری است که باعث تقویت یا حفاظت از سلامت روانی و ممانعت یا کاهش آسیب به سلامت روانی فرد شود. عزت نفس نیز ارزیابی کلی شخص از ارزش و مقبولیت خودش تعریف می‌شود.

حمایت اجتماعی در هر یک از اشکال آن (کارکردی، عاطفی، اطلاعاتی) بر سلامت روانی اثرگذار است. حمایت کارکردی، مستقیماً با افزایش توان مقابله با عوامل استرس‌آور به کاهش فشارهای عینی (مثلاً رفع محدودیت‌های مالی، تفویض مسوولیت‌ها به دیگران و ...) منجر می‌گردد که خود تنش‌های روانی را کاهش می‌دهد. حمایت عاطفی نیز از طریق مکانیزم‌های روان‌شناختی با کمک به بازتفسیر موقعیت‌ها، پرت کردن حواس فرد و کاستن از تمرکز او بر احساسات ناخوشایند و القای احساسات خوشایند، با کمک به مدیریت احساسات منفی باعث تقویت احساس کنترل و تسلط می‌گردد که از احساس تنش و اضطراب فرد می‌کاهد. حمایت اطلاعاتی نیز، همچنان که در نظریه نفوذ نوآوری راجرز (۱۳۶۹) اشاره شده با مبادله اطلاعات منجر به تغییر یا افزایش دانش فرد در مورد موقعیت استرس‌آور می‌شود که نه تنها با تغییر نگرش فرد زمینه‌ساز اتخاذ رفتارهای پشتیبان سلامت روانی گردد بلکه می‌تواند او را برای تسلط بر اوضاع مسلح کند یا وی را از قرارگرفتن در چنین موقعیت‌های اضطراب‌آور برحذر دارد. به طور کلی دریافت حمایت یا ادراک از دسترس‌پذیری حمایت اجتماعی، احساس کنترل و تسلط بر اوضاع به فرد می‌دهد و همین امر ارزیابی شخص را از خود و توانایی‌اش در مواجهه با مسایل زندگی مثبت می‌کند، به بیان دیگر عزت نفس او را افزایش می‌دهد و افزایش عزت نفس می‌تواند به کاهش اضطراب فرد کمک کند. از سوی دیگر قرارگرفتن در شبکه‌ای از نقش‌های اجتماعی معنادار، پیوند و دلبستگی بین شخصی را تقویت می‌کند و منجر به کاهش انزوا و افسردگی می‌شود.

سرمایه اجتماعی چنانکه لین اشاره کرده است، می‌تواند منجر به تقویت هویت و تشخیص گردد و از این رهگذر برای فرد اعتبار اجتماعی فراهم آورد که خود ضامن عزت نفس وی است، و عزت نفس فرد را در برابر تنش‌ها محافظت می‌کند و به این ترتیب بر سلامت روانی فرد اثر می‌گذارد.

اعتماد نهفته در سرمایه اجتماعی، از ترس و اضطراب از رفتار دیگران می‌کاهد، و بدین ترتیب استرس و تاثیرات روانی آن را کم می‌کند. همچنین اعتماد با فراهم آوردن تایید برای فرد در جهت ادعای منابع به وی کمک می‌کند و دسترسی به منابع می‌تواند ضامن احساس کنترل و پیش‌بینی‌پذیری باشد که تنش و اضطراب را در فرد کاهش می‌دهد.

دو متغیر مهم یعنی پایگاه اقتصادی-اجتماعی (تحصیلات والدین، درآمد خانوار) و جنسیت نیز به عنوان متغیرهای زمینه‌ای چنانکه از سوابق نظری و تجربی برمی‌آید قابل چشم‌پوشی نیست. پایگاه بالاتر بستری برای دسترسی به منابعی را فراهم می‌آورد که به ارتقای سلامت روانی کمک می‌کنند از جمله دسترسی به خدمات بهداشتی، دانش‌ها و مهارت‌هایی که رفتار بهداشتی را ترغیب می‌کنند و موقعیتی در ساخت اجتماعی که عزت نفس را تقویت می‌کند.

همچنین از آنجا که شیوه‌های متفاوت جامعه‌پذیری در دو جنس، و امکاناتی که اجتماع برای گسترش روابط در اختیار دو جنس می‌گذارد، الگوهای روابط اجتماعی را از لحاظ کمی و کیفی می‌تواند تحت تاثیر قرار دهد و بر محتوای روابط (مقابل بودن، اعتمادآمیز بودن) اثر بگذارد، می‌تواند ترکیب ابعاد سرمایه اجتماعی را در دو جنس متفاوت کند و بدین ترتیب سلامت روانی دو جنس را به صورت متفاوتی متاثر کند.

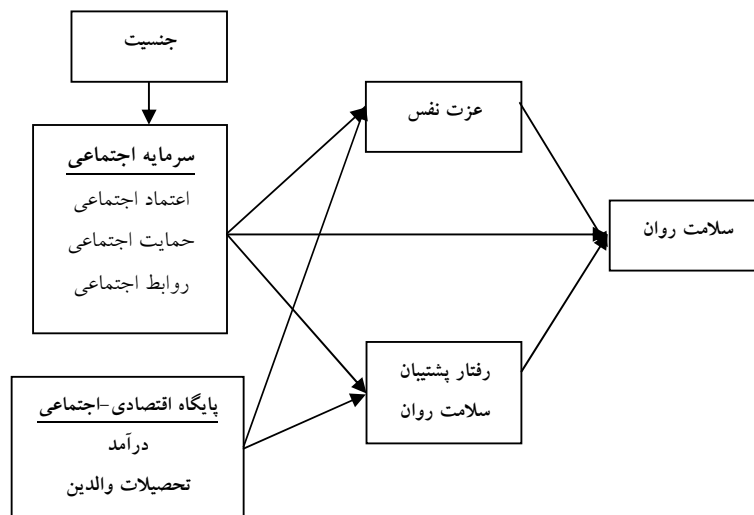
بنابراین فرضیات این مقاله عبارت است از:

- افزایش سرمایه اجتماعی با تاثیر بر عزت نفس فرد، سلامت روان وی را افزایش می‌دهد.
- سرمایه اجتماعی بیشتر به واسطه تاثیر بر اتخاذ رفتار پشتیبان سلامت روان در فرد، سلامت روان فرد را ارتقا می‌دهد.
- جنسیت با تاثیر بر سرمایه اجتماعی، سلامت روانی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
- پایگاه اقتصادی-اجتماعی بر سلامت روانی فرد اثر می‌گذارد.

دیاگرام چارچوب نظری

مطابق فرضیات اساسی، نمودار مدل تحلیل نظری رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مقاله حاضر را می‌توان مطابق شکل ۱ ترسیم کرد.

شکل ۱-مدل نظری اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان



روش تحقیق

پژوهش حاضر، از نوع تحقیقات پس از وقوع و مقطعی است. برای گردآوری داده‌ها از روش پیمایش و پرسش نامه خود-اجرا استفاده شده است که نوعاً مختص تحقیقات همبستگی^۱ است. موضوع مشاهده به طور عمده دو متغیر است: متغیر وابسته (سلامت روان) و متغیرهای مستقل شامل سرمایه اجتماعی، عزت نفس، رفتار پشتیبان سلامت روان، و متغیرهای زمینه‌ای (جنسیت، پایگاه اقتصادی-اجتماعی). واحد مشاهده و واحد تحلیل، فرد است. جامعه آماری "دانشجویان سه دانشکده علوم تربیتی، علوم پایه و مهندسی دانشگاه فردوسی مشهد در خردادماه ۱۳۸۸ می باشد که بنا به داده‌های موجود در مرکز آمار، اطلاعات و کامپیوتر برابر با ۷۰۴۰ نفر بوده‌اند. بر مبنای فرمول کوکران حجم نمونه ۳۰۳ نفر برآورد شده است. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم و طبقات نمونه‌گیری دانشکده و جنسیت بوده اند.

۱ اگرچه تحلیل‌های آماری مبتنی بر رگرسیون مورد استفاده قرار گرفته است اما روابط محاسباتی تحلیل رگرسیونی نیز متکی بر همبستگی آماری است.

سلامت روان با فقدان علایم اضطراب و افسردگی شدید سنجیده شد که برای سنجش آن از پرسش‌های مربوط به این دو متغیر در پرسشنامه‌ی استاندارد GHQ-28 استفاده شد. روایی این پرسش‌نامه قبلاً در پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج از کشور مورد سنجش قرار گرفته است. از جمله گلدبرگ و بلاکر در ۱۹۷۰ روایی پرسش‌نامه را با استفاده از یک چک لیست مصاحبه بالینی در مورد ۲۰۰ نفر از بیماران بخش جراحی در انگلستان مشخص نمودند. طبق مطالعه آنان به کارگیری پرسش‌نامه مذکور توانست بیش از ۹۰٪ گروه نمونه را به درستی به عنوان بیمار و سالم طبقه بندی کند و همبستگی بین نمرات این پرسش‌نامه با نتیجه ارزیابی بالینی شدن اختلالات به میزان ۸۰٪ مشابه گزارش شده بود (به نقل از قندهاری زاده، ۱۳۷۸). روایی صوری ابزار سنجش سرمایه اجتماعی نیز با رجوع به صاحب نظران محقق شده است. اغلب پرسش‌های این ابزار برگرفته از پرسش‌نامه‌های پیمایش‌های معتبر بین‌المللی از جمله بانک جهانی بوده است. متغیرهای تشکیل دهنده سازه سرمایه اجتماعی در مجموع ۴۵.۱۷٪ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کردند.

ضریب آلفای کرانباخ که مبنای سنجش همسازی درونی قرار گرفته، برای سلامت روان (اضطراب، افسردگی شدید) برابر ۰.۸۸۲ به دست آمد.

جدول ۱- ضریب آلفای کرانباخ

متغیر	آلفای کرانباخ
اعتماد اجتماعی	۰.۷۲۳
روابط اجتماعی	۰.۶۳۳
حمایت اجتماعی	۰.۸۹۵
رفتار پشتیبان سلامت روان	۰.۸۲۵
عزت نفس	۰.۸۲۵
اضطراب	۰.۸۱۵
افسردگی شدید	۰.۸۵۷

یافته‌ها

۶-۱- توصیف

میانگین سنی دانشجویان مورد مطالعه کمتر از ۲۲ سال (۲۱.۷) سال بوده است. کم سن‌ترین پاسخگویان ۱۸ سال و مسن‌ترین ۳۵ سال سن داشته‌اند. میانگین میزان تحصیلات پدر و مادر دانشجویان به ترتیب ۱۲،۲۲ و ۱۰،۵۹ سال بوده است.

جدول ۲- فراوانی متغیرهای جنسیت، وضع تأهل و مقطع تحصیلی

طبقات متغیر	فراوانی	فراوانی درصدی	درصد تجمعی
زن	۱۵۴	۵۰.۸	۵۰.۸
مرد	۱۴۹	۴۹.۲	۱۰۰.۰
مجرد	۲۷۲	۹۰.۱	۹۰.۱
متاهل	۲۸	۹.۳	۹۹.۳
سایر	۲	۰.۷	۱۰۰
کارشناسی	۲۶۱	۸۷.۹	۸۷.۹
کارشناسی ارشد	۳۴	۱۱.۴	۹۹.۳
دکتر	۲	۰.۷	۱۰۰

سرمایه اجتماعی در این پژوهش ترکیبی از سه بعد اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی در نظر گرفته شده است.

اعتماد اجتماعی خود ترکیبی از سه بعد اعتماد نهادی، اعتماد بین فردی و اعتماد تعمیم‌یافته است^۱ که در زیر توصیفی از این متغیرها ارائه می‌شود. در میان این سه بعد، همان‌گونه که میانگین‌های جدول (۳) نشان می‌دهد، پاسخگویان بیش از همه در روابط بین فردی به دیگران اعتماد دارند، میزان اعتماد نهادی بیش از اعتماد بین شخصی و هر دو بیشتر از اعتماد تعمیم‌یافته هستند، با این حال میزان هر سه گونه اعتماد تقریباً نزدیک به هم و اندکی بیش از متوسط مقیاس است. انحراف

۱ ترکیب ابعاد اعتماد اجتماعی با استفاده از نمره عاملی حاصل شده است.

معیار کمتر متغیر اعتماد تعمیم یافته نشان می دهد که پاسخگویان در اعتماد کردن به افراد ناشناس، شباهت بیشتری به هم دارند و تفاوت میزان اعتماد به سازمانها در بین پاسخگویان بیشتر است. میزان حمایت اجتماعی هم اندکی بیش از متوسط است، حال آنکه میزان روابط بین فردی کمتر از متوسط مقیاس است. میزان اضطراب در بین اعضای نمونه بیش از افسردگی شدید است.

جدول ۳- آماره های توصیفی متغیرها در دامنه ۰-۱۰۰

متغیر	میانگین	انحراف معیار
اعتماد نهادی ^۱	۵۵.۸۰۴۴	۲۰.۴۴۷۶
اعتماد تعمیم یافته	۵۳.۲۶۵۹	۱۵.۹۴۴۰
اعتماد بین شخصی	۵۳.۲۱۱۹	۱۸.۶۰۷۲
اعتماد اجتماعی	۵۶.۹۱۰۰	۱۶.۹۲۳۹
روابط بین فردی	۳۴.۹۵۷۶	۱۶.۸۹۸۹۵
حمایت اجتماعی	۵۴.۳۲۶۸	۱۹.۸۱۹۳۹
عزت نفس	۶۴.۲۶۴۷	۱۵.۱۰۹۱۸
رفتار پشتیبان سلامت روان	۵۴.۴۴۷۹	۱۷.۷۸۳۷۲
اضطراب	۳۱.۱۵۷۰	۱۷.۸۹۳۰۹
افسردگی شدید	۲۷.۳۷۴۰	۱۶.۰۸۵۹۱

تحلیل (وارسی مدل نظری تحلیل)

برای بررسی فرضیات، اثر متغیرهای مستقلی که در چارچوب نظری آمد بر اختلال روانی (اضطراب، افسردگی شدید) در قالب تحلیل کوواریانس چندمتغیره متغیرهای مستقل بر اضطراب، افسردگی شدید انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ درج شده است. در این تحلیل متغیرهای «اضطراب»، «افسردگی شدید» به عنوان متغیر وابسته، و متغیرهای عزت نفس، رفتار پشتیبان سلامت، درآمد، تحصیلات پدر و مادر، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی به

۱ آماره های مربوط به متغیرهای جدول، حاصل تحلیل عاملی گویه ها است که به دامنه ۰-۱۰۰ منتقل شده است.

عنوان کوواریته ها و متغیر جنسیت به عنوان عامل در نظر گرفته شده است. کوواریته ها و متغیر عامل، متغیرهای مستقل تحلیل بوده اند. در جدول ۴ معنادار بودن یا نبودن (در سطح اطمینان ۹۵٪) اثر هر یک از متغیرهای مستقل بر مجموع سه متغیر وابسته آورده شده است. در تحلیل کوواریانس از مدل نوع سوم (type III) استفاده شد و اثرهای تعاملی چنان که در جدول ملاحظه می شود در نظر گرفته شد.

از جدول ۴ می توان دریافت که:

۱. دو متغیر رفتار پشتیبان سلامت و عزت نفس و ترکیب همزمان اعتماد، حمایت و روابط اجتماعی (اجزای سرمایه اجتماعی)، تاثیر معناداری بر ترکیب همزمان اضطراب و افسردگی دارند.
۲. میزان اندازه اثر^۱ (که در تحلیل کوواریانس مشابه R^2 در رگرسیون است و میزان واریانس توضیح داده شده توسط متغیرها را بیان می کند) نشان می دهد بیشترین اثر به ترتیب از آن عزت نفس، رفتار پشتیبان سلامت و ترکیب همزمان اعتماد، حمایت و روابط اجتماعی است. این متغیرها مجموعاً و همزمان ۲۱.۶٪ تغییرات همزمان دو متغیر وابسته را توضیح می دهند.

جدول ۴- آزمون های چندمتغیره (متغیرهای وابسته: اضطراب و افسردگی شدید)

Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b	Sig.	Error df	Hypothesis df	F	Wilks' Lambda Value	متغیر مستقل
.023	3.725	.383	.159	155.000	2.000	1.862 ^a	.977	Intercept
.008	1.270	.155	.531	155.000	2.000	.635 ^a	.992	جنسیت
.032	5.070	.501	.083	155.000	2.000	2.535 ^a	.968	درآمد
.021	3.256	.340	.200	155.000	2.000	1.628 ^a	.979	تحصیلات پدر
.012	1.844	.207	.400	155.000	2.000	.922 ^a	.988	تحصیلات مادر
.003	.484	.088	.785	155.000	2.000	.242 ^a	.997	حمایت اجتماعی
.032	5.090	.503	.082	155.000	2.000	2.545 ^a	.968	اعتماد اجتماعی
.007	1.145	.144	.565	155.000	2.000	.573 ^a	.993	روابط اجتماعی
.051	8.303	.726	.018	155.000	2.000	4.151 ^a	.949	رفتار پشتیبان سلامت روان
.125	22.219	.991	.000	155.000	2.000	11.109 ^a	.875	عزت نفس

1 Partial Eta Squared

سال نهم	مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد						۴۴
							حمایت اجتماعی* اعتماد
.040	6.447	.608	.042	155.000	2.000	3.224 ^a	960
							اجتماعی* روابط اجتماعی
							درآمد* تحصیلات پدر* عزت نفس
.008	1.239	.152	.540	155.000	2.000	.619 ^a	992
							حمایت اجتماعی* اعتماد
.014	2.277	.248	.323	155.000	2.000	1.138 ^a	986
							اجتماعی* روابط اجتماعی* عزت نفس
							حمایت اجتماعی* اعتماد
.003	.471	.086	.790	155.000	2.000	.236 ^a	997
							اجتماعی* روابط اجتماعی
							حمایت اجتماعی* اعتماد
.000	.057	.054	.972	155.000	2.000	.029 ^a	1.000
							اجتماعی* روابط اجتماعی* رفتار همسو با سلامت

در جدول ۵ تاثیر نسبی، اهمیت نسبی و جهت تاثیرگذاری و معناداری تاثیر هر متغیر مستقل بر هر یک از دو متغیر وابسته ملاحظه می شود. لازم به یادآوری است که تخمین پارامترها بر مبنای تحلیل رگرسیون چندگانه (با یک متغیر وابسته) صورت می گیرد. نتایج آن را به طور خلاصه به صورت زیر می توان بیان کرد:

۱. عزت نفس تاثیر منفی معنادار بر افسردگی دارد. یعنی با افزایش عزت نفس افسردگی کاهش می یابد.

۲. درآمد خانوار، اعتماد و رفتار پشتیبان سلامت تاثیر منفی معنادار بر اضطراب دارد. ضمناً بررسی اثرات بین گروهی در تحلیل کوواریانس نیز نشان داد که متغیرهای مستقل باقی مانده در معادله رگرسیونی که متغیر وابسته آن اضطراب است ۱۶.۵٪، و در معادله رگرسیونی با متغیر وابسته افسردگی شدید ۱۲.۵٪ تغییرات این دو متغیر وابسته را توضیح می دهند.

جدول ۵- تخمین پارامترها

متغیر وابسته	متغیر مستقل	B	t	Sig.	Observed Power ^a	Noncent. Parameter	Partial Eta Squared
تغییر وابسته	Intercept	-193	-824	.411	.130	.824	.004
	[جنسیت=زن]	-007	-044	.965	.050	.044	.000
	[جنسیت=مرد]	0 ^b	.	.	.	.	.
	درآمد	1.590 E-5	.083	.934	.051	.083	.000
	تحصیلات پدر	.030	1.281	.202	.247	1.281	.010
	تحصیلات مادر	-.019	-834	.406	.132	.834	.004
	حمایت اجتماعی	-.048	-578	.564	.089	.578	.002
	اعتماد اجتماعی	-.013	-152	.880	.053	.152	.000
	روابط اجتماعی	-.081	-987	.325	.165	.987	.006
	رفتار همسو با سلامت روان	.064	.787	.432	.123	.787	.004
	عزت نفس	-.446	-4.176	.000	.986	4.176	.101
	حمایت اجتماعی * اعتماد اجتماعی *	.171	1.329	.186	.262	1.329	.011
	روابط اجتماعی						
	درآمد * تحصیلات پدر * تحصیلات مادر * عزت نفس	7.824 E-8	.200	.842	.055	.200	.000
	حمایت اجتماعی * اعتماد اجتماعی *	-.042	-470	.639	.075	.470	.001
	روابط اجتماعی * عزت نفس						
	[جنسیت=زن] * [حمایت اجتماعی]	-.012	-071	.943	.051	.071	.000
	اعتماد اجتماعی * روابط اجتماعی						
	[جنسیت=مرد] * [حمایت اجتماعی]	0 ^b	.	.	.	.	.
اعتماد اجتماعی * روابط اجتماعی							
حمایت اجتماعی * اعتماد اجتماعی							
اعتماد اجتماعی * روابط اجتماعی * رفتار	-.020	-218	.828	.055	.218	.000	
پشتیبان سلامت							
Intercept	.296	1.259	.210	.240	1.259	.010	
[جنسیت=زن]	.182	1.119	.265	.199	1.119	.008	
[جنسیت=مرد]	0 ^b	.	.	.	.	.
درآمد	.000	-2.235	.027	.603	2.235	.031	

تغییر وابسته

اعتماد اجتماعی

سال نهم	مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد						۴۶
.014	1.488	.316	.139	-1.488	-.034	تحصیلات پدر	
.009	1.210	.225	.228	1.210	.028	تحصیلات مادر	
.001	.282	.059	.779	-.282	-.023	حمایت اجتماعی	
.030	2.194	.587	.030	-2.194	-.194	اعتماد اجتماعی	
.002	.593	.091	.554	.593	.049	روابط اجتماعی	
.050	2.878	.816	.005	-2.878	-.234	رفتار همسو با سلامت روان	
.013	1.431	.296	.154	-1.431	-.153	عزت نفس	
.002	.575	.088	.566	.575	.074	حمایت اجتماعی* اعتماد اجتماعی* روابط اجتماعی	
.007	1.045	.180	.298	1.045	4.095 E-7	درآمد* تحصیلات پدر* تحصیلات ما در* عزت نفس	
.011	1.331	.262	.185	-1.331	-.119	حمایت اجتماعی* اعتماد اجتماعی* روابط اجتماعی* عزت نفس	
.003	.687	.105	.493	.687	.117	[جنسیت=زن]* [حمایت اجتماعی* اعتماد اجتماعی* روابط اجتماعی	
.	.	.	.	.	0 ^b	[جنسیت=مرد]* [حمایت اجتماعی* اعتماد اجتماعی* روابط اجتماعی
.000	.060	.050	.953	-.060	-.006	حمایت اجتماعی* اعتماد اجتماعی* روابط اجتماعی* رفتار پشتیبان سلامت	

نتیجه‌گیری و بحث

این پژوهش درصدد آزمون اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی بود. این فرضیه با اتکا به بیش از یک دهه سوابق استدلال‌های نظری و پژوهش‌های تجربی طرح شده بود مبنی بر اینکه متغیرهایی نظیر اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی که سازه‌ای چندبعدی به نام سرمایه اجتماعی را تشکیل می‌دهند، سلامت روانی افراد جامعه را متاثر می‌کنند.

یافته‌های تحقیق نشان داد که اگرچه تاثیر تک تک اجزای سرمایه اجتماعی به طور همزمان بر اضطراب و افسردگی شدید معنادار نیست اما اثر متقابل سه جزء سرمایه اجتماعی به طور همزمان بر این دو متغیر که فقدان آن‌ها نشانه سلامت روان در این تحقیق تلقی شده است؛ معنادار است.

این امر مؤید آن است که سرمایه اجتماعی نوعاً سازه‌ای چندبعدی است. تحلیل‌های جداگانه برای هر یک از علائم اختلال روانی نشان داد که از میان متغیرهای مستقل، عزت نفس تأثیر منفی معنادار بر افسردگی دارد و درآمد خانوار، اعتماد اجتماعی و رفتار پشتیبان سلامت روان تأثیر منفی معنادار بر اضطراب دارد. این نتیجه همسو با نتایج دیسیلوا و همکاران (۲۰۰۷)، خیراله‌پور (۱۳۸۳)، لهسایبی-زاده و مرادی (۱۳۸۶) و تا حدی سلطانی و جمالی (۱۳۸۷) است.

پایگاه اقتصادی-اجتماعی که به صورت سازه‌ای متشکل از تحصیلات والدین و درآمد خانوار در این تحقیق در نظر گرفته شده بود، تأثیر معناداری بر سلامت روان نداشت. در توضیح این یافته می‌توان گفت که برخورداری از پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالاتر در شرایط اجتماعی نمونه لزوماً به معنای دسترسی به منابعی که به ارتقای سلامت روانی کمک کنند نیست، یعنی پایگاه بالاتر، دسترسی به خدمات بهداشت روانی را افزایش نمی‌دهد یا متضمن گونه خاصی از جامعه‌پذیری نیست که به کاهش فشارهای روانی بینجامد. بنابراین فارغ از تعلق پایگاهی، دانشجویانی که سرمایه اجتماعی بیشتری در اختیار داشته‌اند وضعیت بهتری در سلامت روانی داشته و آن‌ها که سرمایه اجتماعی کمتری داشته‌اند در برابر اختلال روانی آسیب‌پذیرتر بوده‌اند.

نتایج پژوهش دلالت‌هایی برای ارتقای سلامت روانی در اختیار برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران قرار می‌دهد. اگرچه امکان مداخله در بعضی متغیرها که با مجموعه گسترده‌ای از متغیرهای کلان‌تر ارتباط دارند (همچون درآمد) به دشواری ممکن است، اما افزایش فرصت‌های تقویت سرمایه اجتماعی در میان دانشجویان می‌تواند به کاهش اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی که این گروه از جوانان را تهدید می‌کند بینجامد. این امر به ویژه با تقویت طیف متنوعی از تشکلهای که علایق انواع دانشجویان را پوشش دهد، و نیز ترغیب رفتارهای پشتیبان سلامت از طریق روش‌های آموزشی مؤثر و روزآمد امکان‌پذیر به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

پایان نامه‌ای که این مقاله از آن مستخرج شده است، با حمایت مالی سازمان جوانان خراسان رضوی انجام شده است.

کتابنامه

- أفه، ک. (۱۳۸۴): چگونه میتوان به شهروندان اعتماد داشت، ک. تاجبخش (تدوین) سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه، مترجم، (ح. پویان، و ا. خاکباز، تهران، شیرازه، ص ۲۰۱-۲۷۴).
- انصاری، ح.، بهرامی، ل.، اکبرزاده، ل.، و بخشایی، ن. (۱۳۸۶): بررسی سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و برخی عوامل مرتبط با آن، طبیب شرق، ۲۹ (۴)، ۲۹۵-۳۰۴.
- پورتس، آ. (۱۳۸۴): سرمایه اجتماعی: خاستگاه ها و کاربردهایش در جامعه شناسی مدرن. ک. تاجبخش (تدوین) در، سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه، مترجم: ح. پویان، و ا. خاکباز، تهران، شیرازه.
- خیراله پور، ا. (۱۳۸۳): بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- ذوالقدر، ا. (۱۳۸۷، ۱۱، ۱۶): *۱۵ میلیون ایرانی به اختلالات روانی*. بازیابی در تیر ۲۱، ۱۳۸۹، از خبرآنلاین: <http://www.khabaronline.ir/news-3283.aspx>
- راجرز، ا.، و شومیکر، ف. ا. (۱۳۶۹): *رسانش نوآوری ها*، مترجم: ع. ا. کرمی، و ف. ابوطالب، شیراز: انتشارات دانشگاه شیراز.
- سایت پزشکان ایران. (۱۳۸۹): *بازیابی در تیر ۲۱، ۱۳۸۹*، از سایت پزشکان ایران: <http://www.pezeshkan.org/?p=20375>
- سلطانی، ط.، و جمالی، م. (۱۳۸۷): *بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی*، مورد مطالعه: دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز. سرمایه اجتماعی و توسعه در ایران (مجموعه مقالات) (ص. ۳۴۳-۳۵۶). در تهران: مؤسسه تحقیقات و توسعه علوم انسانی.
- شیرافکن، آ. (۱۳۸۸): *فرهیختگان - بیماری روانی در ایران رو به افزایش است*. بازیابی در تیر ۲۱، ۱۳۸۹، از <http://www.farheekhtegan.ir/content/view/3580/42>
- قندهاری زاده، ا. (۱۳۷۸): *بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی (خانواده - دوستان) و سلامت روانی نوجوان*. پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه فردوسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- کلمن، ج. س. (۱۳۷۷): *بنیادهای نظریه اجتماعی*، تهران، نشر نی.
- گیدنز، آ. (۱۳۷۸): *تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید*. (ن. موفقیان، مترجم) تهران، نشر نی.

لطفی، م.، امینیان، ا.، نوری شادکام، م.، قمی زاده، ا.، و زارع، م. (۱۳۸۶): بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال های ۸۱-۸۵ دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. طب و تزکیه، ۶۶-۶۷، ۴۹-۵۶.

لهسایی زاده، ع.، و مرادی، گ. (۱۳۸۶): رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۶، ۱۶۱-۱۸۰.

مرادی، ع.، محمود علیلو، م.، و پیروی، ح. (۱۳۸۰): خلاصه کاربردی طرح بررسی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه های سراسر کشور ورودی ۱۷۸-۷۹. دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فناوری.

وینسترا، گ. (۱۳۸۴): سرمایه اجتماعی، تندرستی و نابرابری درآمدی. ک. تاجبخش (تدوین) سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی، توسعه، مترجم (ح. پویان، و ا. خاکباز، تهران، شیرازه، ص ۶۱۱-۶۳۲). هاشمی نظری، س.، خسروی، ج.، فقیه زاده، س.، و اعتمادزاده، س. (۱۳۸۶): بررسی سلامت روان کارکنان سازمان آتش نشانی با استفاده از پرسش نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی در سال ۱۳۸۴. حکیم (۲)، ۵۶-۶۴.

Abbott, S., & Freeth, D. (2008): Trust and Reciprocity Social Capital and Health: Starting to Make Sense of the Role of Generalized Trust and Reciprocity. *Journal of Health Psychology*, 13 (7), 874-883.

Almedom, A. M. (2005): Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social science & Medicine*, 61, 943-964.

Berkman, L. F., & Glass, T. (2000): Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In I. Kawachi, & L. Berkman, *Social Epidemiology* (pp. 137-173). New York: Oxford University Press.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000): From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 843-857.

Cohen, S., & Syme, L. (1985): Issues in the Study and Application of Social Support. In S. Cohen, & S. L. Lyne (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 3-22). San Francisco: Academic Press.

Derose, K. P. (2003): Social Capital: What's It Good For? Exploring the Relationship Between Community Social Structure and Access to Health Care. Thesis (unpublished), University Of California- Los Angeles.

- De Silva, M., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. (2005): Social capital and mental illness: A systematic review. *J Epidemiol community Health* (59), 619-627.
- De Silve, M. J., Huttly, S. R., Harpham, T., & Kenward, M. G. (2007): Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. *Social Science & Medicine* , 64, 5-20.
- Grafton, R. Q. (2003): Social Capital and National Environmental Performance: A Cross-sectional Analysis. *The Journal of Environment Development* December 2004, 13,336-370
- Harpham, T., Grant, E., & Rodrigues, C. (2004): Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science & Medicine* , 58, 2267-2277.
- Kawachi, I., & Berkman, L. (2000): Social cohesion, Social Capital, and Health. In I. Kawachi, & L. Berkman, *Social Epidemiology* (pp. 174-190). New York: Oxford University Press.
- Kawachi, I., & Berkman, L. (2001): Social ties and mental health. *Journal of Urban Health* , 78, 458-467.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999): Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American journal of Public Health* , 89 (8), 1187-1193.
- Lin, N. (1999): Building a Network Theory of Social capital. *Connections* , 22 (1), 28-51.
- Lin, N. (2001): Building a Network Theory of Social Capital. In N. Lin, K. S. Cook, & R. S. Burt, *Social Capital: Theory and Research*. New York: Aldine Transaction.
- Lin, N., & Peek, M. K. (1999): Social Networks and Mental Health. In A. V. Horwitz, & T. L. Scheid, *A Handbook for the Study of Mental Health*. Cambridge University Press.
- Lofors, J., & Sundquist, K. (2007): Low linking social capital as a predictor of mental disorders: A cohort study of 4.5 million Swedes. *Social Science & Medicine* , 64, 21-34.
- McKenzie, K., Whitley, R., & Weich, S. (2002): Social capital and mental health. *The british Journal of Psychiatry* , 181, 280-283.
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986): Sense of Community: A Definition and Theory. *Journal of community Psychology* , 14, 6-23.
- Paxton, P. (1999): Is Social Capital Declining in the United States? A Multiple Indicator Assessment. *The American Journal of Sociology* , 105 (1), 88-127.
- Pilgrim, D. (2005): *Key Concepts in Mental Health*. London: Sage.

- Scheffler, R. M., Brown, T. T., & Rice, J. K. (2007): The role of social capital in reducing non-specific psychological distress: The importance of controlling for omitted variable bias. *Social Science & Medicine* , 65, 842-854.
- WHO definition of Health. (n.d.). November 22, 2008, from World Health Organization: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (n.d.). mental health. Retrieved November 22, 2008, from WHO: http://www.who.int/mental_health/en/
- Woolcock, M. (1998): Social capital and economic development : Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society* , 27, 151-208.
- Woolcock, M. (1998): Social capital and economic development : Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27, 151-208.