

بررسی جامعه‌شناختی مکانیزم‌های رابطه عوامل اجتماعی با افسردگی در بین شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر همدان

علی محمد قدسی (دانشیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران، نویسنده مسئول)

mamghodsi@yahoo.com

اسماعیل بلالی (دانشیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران)

balali_e@yahoo.com

محسن شکری بدیع‌نیا (کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان،

ایران)

mohsen.shokri1371@gmail.com

چکیده

تعداد درخور توجهی از افراد جامعه به افسردگی مبتلا هستند. این ابتلا و میزان رو به افزایش آن بر این دلالت دارد که افسردگی به‌عنوان یک اختلال روانی مسئله‌ای اجتماعی و فراگیر است؛ بنابراین این مسئله به بررسی عوامل اجتماعی نیاز دارد که با افسردگی در ارتباط هستند و ابتلا به آن را توضیح می‌دهند. هدف این پژوهش بررسی این عوامل اجتماعی و توضیح رابطه آن‌ها با افسردگی است. روش استفاده‌شده در این پژوهش پیمایش است که با استفاده از پرسشنامه در شهر همدان انجام شده است. حجم نمونه شامل ۳۸۵ نفر است که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. داده‌ها با استفاده از آزمون T و تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شدند. نتیجه پژوهش نشان می‌دهد که نرخ شیوع افسردگی در جمعیت نمونه ۳۰/۴ درصد است. نتایج فرضیه‌های پژوهش نشان می‌دهد که دینداری هم به‌طور مستقیم با کاهش افسردگی رابطه دارد و هم با افزایش دادن سرمایه اجتماعی و به‌واسطه این افزایش با کاهش افسردگی رابطه دارد.

انسجام خانوادگی هم به طور مستقیم با کاهش افسردگی رابطه دارد و هم با افزایش دادن سرمایه اجتماعی و به واسطه این افزایش با کاهش افسردگی رابطه دارد. دینداری هم به طور مستقیم با کاهش افسردگی رابطه دارد و هم با افزایش انسجام خانوادگی و به واسطه این افزایش با کاهش افسردگی رابطه دارد. نتایج این پژوهش نشان دهنده اهمیت سه عامل اجتماعی دینداری (از طریق معنی دادن به زندگی)، انسجام خانوادگی (از طریق جذب و تنظیم رفتار در اجتماع خانواده) و سرمایه اجتماعی (از طریق تأمین منابع برای افراد) در آسیب شناسی ایجاد، بروز و شیوع افسردگی است. این سه عامل هم بی واسطه و هم توسط روابط باهم مکانیزم‌های ابتلا به افسردگی را توضیح می‌دهند. بروز افسردگی و شیوع آن در سال‌های اخیر به نظر می‌رسد پیامد و حاصل وقوع تغییر و تحولات چشمگیر در چند دهه گذشته در حوزه‌هایی از جامعه است که دینداری، انسجام خانوادگی و سرمایه اجتماعی را تحت تأثیر قرار داده است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، دینداری، سرمایه اجتماعی، انسجام خانوادگی.

۱. مقدمه

سلامت^۱ از مهم‌ترین جنبه‌های زندگی و جزئی از رفاه اجتماعی به شمار می‌رود؛ به طوری که در ردیف ارزش‌های اجتماعی قرار می‌گیرد و شرطی ضروری برای ایفای نقش اجتماعی است. به بعد روانی سلامتی در بسیاری از کشورهای جهان (به ویژه کشورهای جهان سوم) به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت‌های بهداشتی از جمله بیماری‌های واگیردار عفونی در گذشته یا بیماری‌های مزمن در عصر حاضر، کمتر توجه شده است. در واقع، یکی از مسائل پیش روی جوامع امروزی بیماری‌های روانی^۲ هستند. طی سال‌های اخیر شیوع بیماری‌های روانی در سراسر جهان از سیر فزاینده‌ای برخوردار بوده است؛ این در حالی است که بیماری‌های روانی ناتوان‌کنندگی زیاد و مزمن دارند و هزینه‌های هنگفتی را به

1. health

2. mental illnesses

فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند. به دلیل اینکه کشور ایران در فرایند گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و گذر جمعیتی و توسعه قرار دارد و به دلایلی از جمله جمعیت زیاد نوجوان و جوان، رشد سریع تکنولوژی و تغییرات سریع فرهنگی، مشکلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خاص از قبیل اشتغال، ازدواج، آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد و ...، بروز و شیوع بیماری‌های روانی آینده مطلوبی را به لحاظ سلامت روان ترسیم نمی‌کند. طبق پژوهش‌ها بار بیماری‌های روانی به‌طور مشترک با بیماری‌های قلبی-عروقی جایگاه دوم را به خود اختصاص می‌دهد (پیمایش ملی سلامت روان، ۱۳۹۰-۱۳۸۹، ص. ۲۰).

در بین بیماری‌های روانی، افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی است که به دلیل اهمیت و شیوعی که دارد، نزد روان‌شناسان و روان‌پزشکان به «سرماخوردگی روانی» شهرت دارد (چلبی و یاقوتی، ۱۳۹۲، ص. ۱۸۸). این اختلال روانی با احساس یأس و ناامیدی، ناراحتی، بی‌علاقگی یا بی‌لذتی، بی‌ارزشی و افکار خودکشی همراه است (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۷، ص. ۱۰۷). افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های اعصاب و روان است که به زمان و مکان و شخص خاصی محدود نیست و همه گروه‌ها و رده‌های جامعه را در بر می‌گیرد. افسردگی می‌تواند موجب خودکشی، اعتیاد، اعتمادبه‌نفس پایین و نتایج حاصل از آن، افت تحصیلی و در مجموع اختلال در عملکردهای مختلف شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های هنگفتی را به جامعه تحمیل کند (قارلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۲، ص. ۱۰۰). این بیماری علاوه بر ایجاد مشکلات روانی، مادر بسیاری از بیماری‌های جسمانی نیز شناخته شده است و می‌تواند منشأ بسیاری از بیماری‌های دیگر مانند دیابت، فشارخون بالا، بیماری‌های گوارشی، سردرد و سرگیجه، بیماری‌های قلبی و عروقی و حتی سکت‌های مغزی و قلبی عروقی شود؛ از این‌رو در منابع پزشکی بر توجه بیشتر به این اختلال و لزوم برطرف کردن آن پیش از اقدام به درمان بیماری‌های جسمی

1. depression

2. Kaplan & Sadak

تأکید شده است. در موارد شدید افسردگی، فرد مدام به مرگ فکر می‌کند و در موارد شدیدتر دچار افکاری برای اقدام به خودکشی می‌شود و این افکار می‌تواند تا جایی پیش برود که فرد در نتیجه آن دست به خودکشی بزند؛ به نحوی که ۱۵ درصد از افرادی که به حالت شدید افسردگی مبتلا هستند با خودکشی می‌میرند (سعادت و همکاران، ۱۳۹۴، ص. ۹۰).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱، افسردگی در سال ۱۹۹۰ چهارمین بیماری شایع به شمار می‌رفت، ولی پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری بعد از ناراحتی‌های قلبی تبدیل شود. همچنین سازمان جهانی بهداشت به دلیل شیوع گسترده اختلالات روانی و افسردگی در جهان، افسردگی را به‌عنوان شعار روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ برگزیده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۷). آمارهای وزارت بهداشت کشور نیز نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در ۲۶ سال گذشته در ایران حدود دو برابر شده است.

در شهر همدان عرصه‌های متعدد جامعه در حوزه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و رابطه‌ای متحول شده است و امروزه تلاش برای صنعتی‌شدن از یک سو و رشد سریع جمعیت، شهرنشینی و مهاجرت از سوی دیگر روزبه‌روز بر استرس‌ها و مسائل و مشکلات روانی-اجتماعی ساکنان این شهر افزوده است. مطالعات انجام‌شده در زمینه وضعیت سلامت روانی در استان‌های مختلف کشور نشان داده است که در استان همدان ۴۵/۱ درصد از زنان و ۲۲/۵ درصد از مردان از بیماری‌های روانی رنج می‌برند (شمسائی و همکاران، ۱۳۸۸، ص. ۱۰۸). همچنین در بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان همدان که محمدی و همکاران انجام دادند، نتایج نشان داد شیوع انواع اختلالات روانی در این استان ۱۱/۲۸ است که این شیوع در زنان ۱۷/۲ درصد و در مردان ۵/۸ درصد بوده است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۳، ص. ۲۸). از سوی دیگر، پاره‌ای از گزارش‌ها گویای آن هستند که آمار خودکشی و اقدام به آن در استان همدان رقم بالایی را طی سال‌های اخیر به خود اختصاص داده است و

از بین عوامل مختلف، افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (۸/۸۵ درصد) در شهر همدان بوده است (حیدری پهلویان، ۱۳۷۶، ص. ۲۴).

عوامل متعددی می‌توانند در بروز و شیوع افسردگی نقش داشته باشند. اگرچه نظریه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک درباره علل افسردگی مؤثر بوده‌اند، شواهد و مدارک موجود نشان‌دهنده محدودیت‌های روش‌شناختی و نظری این تبیین‌هاست. عمده‌ترین محدودیت چشمگیر این نظریه‌ها، تکیه انعطاف‌ناپذیر آن‌ها بر این فرض است که افسردگی یا یک بیماری روان‌شناختی است یا یک بیماری زیست‌شناختی. این تأکید تا آنجا پیش رفته است که از زمینه‌های بالقوه دیگر در تبیین علل افسردگی غفلت شده است (داوینگ-اور، ۱۳۸۷، ص. ۷۵). با در نظر گرفتن این امر که اختلالات روانی دارای منشأ و خاستگاه زیستی، روانی و اجتماعی‌اند، نمی‌توان تنها مشکلات فردی و وراثتی را در این اختلالات دخیل دانست و از توجه به عوامل اجتماعی غفلت کرد. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی نیز بیماری روانی به هیچ‌وجه توفیق‌نیافتن یا نارسایی فردی محسوب نمی‌شود؛ بلکه یک مشکل اجتماعی به حساب می‌آید (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰). عوامل اجتماعی بر علائم و نشانه‌های بیماری، میزان شیوع و همچنین واکنش به بیماری تأثیرگذارند؛ بنابراین نه تنها تجربه بیماری توسط عوامل اجتماعی شکل می‌گیرد، بلکه علل، پیامدها و درمان افراد مبتلا به بیماری روانی زمینه اجتماعی نیز دارد (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶، ص. ۲).

به اعتقاد جامعه‌شناسان، همان‌گونه که عوامل اجتماعی می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامتی ایفا کنند، در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی‌اند؛ به عبارت دیگر، اگرچه تردیدی نیست که افراد در میزان آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، مسئله این است که میزان این تفاوت‌ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم‌تر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند، به مراتب بیشتر می‌شود (کوکرین، ۱۳۷۶، ص. ۲۲). جنبه جامعه‌شناختی رویکرد سبب‌شناختی آن است که نشانه‌ها و حالات روانی از موقعیت‌های افراد در ساختار اجتماعی ناشی می‌شوند.

در این پژوهش با توجه به میزان زیاد افسردگی و نیز روند افزایشی‌اش، رابطه عوامل اجتماعی با افسردگی به عنوان بستر شکل‌گیری و منشأ افسردگی بررسی می‌شود. این عوامل در قالب بسترها و منشأهای اجتماعی عمل‌کننده و فعال در جامعه در زمینه ایجاد، بروز و شیوع افسردگی این پرسش را (که مبتنی بر مبانی نظری جامعه‌شناختی است)، طرح می‌کنند که دینداری، انسجام خانوادگی، سرمایه اجتماعی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی با افسردگی چه روابطی دارند و با چه مکانیزم‌هایی این روابط توضیح داده می‌شوند؛ بنابراین هدف این پژوهش پاسخ دادن به این پرسش است که چگونه مکانیزم روابط بین عوامل اجتماعی بررسی شده در این پژوهش با هم در ارتباط‌اند و افسردگی را توضیح می‌دهند؟

۲. مبانی نظری تحقیق

۱.۲. پیشینه تحقیق

محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان «منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان» ضمن بررسی منشأ اجتماعی بیماری افسردگی دریافتند که فشارهای روانی زنان به‌طور وسیعی از مسائل و حوادث اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. این فشارها حاصل نداشتن دسترسی یا دسترسی ناکافی به منابع ارزشمند اجتماعی یعنی پایگاه اجتماعی و اقتصادی، تقسیم جنسیتی کار و نوع روابط قدرت در خانواده است. یافته‌های این پژوهش مؤید آن است که فرودستی اجتماعی-اقتصادی زنان که یکی از مؤلفه‌های مهم و عینی ساختارهای اجتماعی است، به بروز بیماری روانی در زنان طبقه پایین جامعه می‌انجامد؛ چنانکه فراوانی استرس در زنان طبقه پایین اجتماع در مقایسه با زنان طبقات بالا گاه به بیش از ۲/۳ برابر می‌رسد.

سعادت و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی (مورد مطالعه: زنان متأهل شهر تبریز)» دریافتند که متغیر سرمایه اجتماعی در تمامی ابعاد چهارگانه (حمایت خانواده پدری، حمایت خانواده پدر شوهری زن، حمایت دوستان و اعتماد بین زوجین) با متغیر افسردگی رابطه معنادار و

معکوسی داشته است. همچنین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیونی در این پژوهش حاکی از آن است که ۲۴ درصد از تغییرات مرتبط به متغیر افسردگی توسط متغیرهای مستقل استفاده شده تبیین شده است.

جانگ و جانسون^۱ (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان «تأثیرات دینداری بر پریشانی در میان آمریکاییان آفریقایی تبار» دریافتند که می‌توان به نوعی تأثیر دینداری را بر سرمایه اجتماعی و از این طریق بر پریشانی مشاهده کرد. در تحلیل اطلاعات این پژوهش آمده است که آیین کاتولیک با تشویق انجمن‌ها و افراد به صداقت و دیگر ارزش‌های اخلاقی باعث افزایش سرمایه اجتماعی افراد از طریق ایجاد اعتماد و صداقت در روابط آن‌ها و تعاملات مثبت میان آنان می‌شود که در نتیجه باعث جلوگیری از مبتلا شدن به افسردگی و پریشانی می‌شود.

شیتو^۲ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر افسردگی: انسجام اجتماعی، رویدادهای منفی زندگی و افسردگی در میان مبتلایان به ایدز در نیجریه، غرب آفریقا» به این نتایج دست یافتند که ارتباط معناداری بین انسجام اجتماعی، حوادث منفی زندگی و افسردگی وجود دارد و درآمد مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده اقتصادی و اجتماعی افسردگی است.

در تحقیقات انجام شده درباره ارتباط افسردگی با عوامل اجتماعی، به زمینه‌های اجتماعی افسردگی، سرمایه اجتماعی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و دینداری پرداخته شده است. نتایج این تحقیقات بیانگر ارتباط این عوامل با افسردگی است. عامل مغفول مانده در این تحقیقات، بررسی نشدن مکانیسمی است که این عوامل به واسطه آن‌ها افسردگی را توضیح می‌دهند؛ به عبارت دیگر، در این تحقیقات به مکانیسمی که عوامل اجتماعی توسط ارتباط و مهیا کردن شرایط برای عوامل اجتماعی دیگر با افزایش یا کاهش افسردگی ارتباط پیدا می‌کند، توجه نشده است. پژوهش حاضر در پی بررسی این ارتباط است تا این مکانیسم‌ها توضیح داده شوند.

1. Jang & Johnson

2. Shittu

۲.۲. بحث نظری

درحالی که دیدگاه‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی دلیل بیماری‌های روانی را عامل استرس‌زای فیزیولوژیک یا تجربیات دوران کودکی تلقی می‌کنند، رویکردهای جامعه‌شناختی ساختارهای اجتماعی نابرابر، نقش‌های اجتماعی و نبود منابع حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی را عامل اصلی این بیماری‌ها معرفی می‌کنند (توکل و همکاران، ۱۳۹۰). با در نظر گرفتن افسردگی به عنوان اختلال روانی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی، افسردگی دیگر تنها دغدغه علوم روان‌پزشکی و روان‌شناسی نیست؛ بلکه دغدغه‌ای در حوزه جامعه‌شناسی نیز است.

۲.۲.۱. سرمایه اجتماعی^۱ و افسردگی

ارتباط سرمایه اجتماعی با سلامت به طور وسیع بررسی شده است. ابعاد سرمایه اجتماعی (شبکه‌ها، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و روابط متقابل) به طور مثبت و چشمگیری بر حفظ و بهبود سلامتی تأثیر دارد. سرمایه اجتماعی، افراد را در مقابل دوره‌های حاد افسردگی حمایت می‌کند و کاهش آن افراد را در برابر حالات روانی منفی آسیب‌پذیر می‌کند. در جوامعی که بنا به دلایل مختلف روابط و پیوندهای اجتماعی در سطح مطلوب قرار ندارند و افراد از تعاملات اجتماعی اجتناب می‌کنند، شکل‌گیری و رشد سرمایه اجتماعی به کندی صورت می‌گیرد؛ در نتیجه در این گونه جوامع پدیده فردگرایی خودخواهانه رشد می‌کند و متعاقب آن همبستگی اجتماعی کاهش می‌یابد. کاهش سطح تعاملات اجتماعی (سرمایه اجتماعی) افراد را دچار انزوای اجتماعی می‌کند و احساس انزوا و احساس تنهایی در سطح جامعه گسترش می‌یابد و تقویت چنین وضعی اختلالات رفتاری را در افراد جامعه گسترش می‌دهد (ترنر، ۲۰۰۳، ص. ۸). درحالی که انسجام اجتماعی افراد را در مقابل دوره‌های حاد افسردگی و استرس حمایت می‌کند، کاهش آن افراد را در برابر حالات روانی منفی آسیب‌پذیر می‌کند؛ براین اساس می‌توان در نظر گرفت که سرمایه

1. social capital

اجتماعی و سرمایه‌گذاری در آن می‌تواند به‌عنوان سپری در برابر استرس، افسردگی، پیری و سایر بیماری‌های مختلف جسمی و روانی عمل کند.

همچنین بعد حمایت اجتماعی^۱ سرمایه اجتماعی که افراد آن را از طریق شبکه‌های اجتماعی به‌صورت حمایت‌های مالی، عاطفی، اطلاعاتی، عملی و ابزاری و اشکال دیگر دریافت می‌کنند، در کاهش بسیاری از وقایع ناگوار زندگی و پیامدهای آن به‌ویژه افسردگی نقش حیاتی ایفا می‌کند. این حمایت‌های دریافتی همچون سپری در برابر انواع آسیب‌های روانی و اجتماعی عمل می‌کند. اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با تنیدگی و استرس به فرد کمک می‌کند: اول اینکه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند به‌صورت مستقیم حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار یک شخص قرار دهند (مثلاً قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی و مواظبت از کودکان)؛ دوم اینکه اعضای شبکه اجتماعی می‌توانند با پیشنهادها و رهنمودهای متنوع فرد را از حمایت اطلاعاتی اعضای شبکه برخوردار کنند که این امر می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی و استرس می‌شود کمک کند. این پیشنهادها و رهنمودها به شخص کمک می‌کنند به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند و بدین ترتیب یا آن را حل کند یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند؛ سوم اینکه افراد شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان‌بخشی دوباره به فرد درباره اینکه او شخص مورد علاقه، باارزش و محبوب است، از وی حمایت عاطفی کنند (دی‌ماتئو^۲، ۱۳۷۸).

کاکس^۳ با تأکید بر عامل اعتماد به‌عنوان شاخص سرمایه اجتماعی این نکته را خاطرنشان می‌کند که اعتماد بر سلامتی و کاهش افسردگی تأثیر بسزایی دارد. اعتماد ممکن است باعث رشد شبکه‌های اجتماعی شود و از این طریق از افسردگی افراد جلوگیری کند. به نظر کاکس اگر افراد به یکدیگر اعتماد داشته باشند، روابط آن‌ها با خانواده، دوستان، همسایگان و

1. social support

2. DiMatteo

3. Cox

همکاران مؤثرتر می‌شود؛ در حالی که فقدان اعتماد با پیروی نکردن از قوانین، افسردگی، مسائل بهداشتی و سایر مسائل اجتماعی همراه خواهد بود (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰، ص. ۱۵).

کاوچی و کندی^۱ معتقدند سرمایه اجتماعی از طریق شیوه‌هایی از جمله انتشار اطلاعات بهداشتی، احتمال افزایش هنجارها و رفتارهای سازگار شده با سلامت، کنترل اجتماعی رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت، افزایش دسترسی به تسهیلات و سرویس‌های محلی و فرایندهای روان‌شناختی مثل حمایت‌های مؤثر می‌تواند بر سلامت تأثیر بگذارد (کاوچی و کندی، ۱۹۹۹، ص. ۱۱۹۰). به باور کاوچی جامعه‌ای که از نظر ذخیره سرمایه اجتماعی غنی باشد، می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی بیشتر، برای اعضای خود سطح بالاتری از دستاوردهای بهداشتی و سلامت جسمی و روانی را فراهم کند.

۲.۲.۲. دینداری^۲ و افسردگی

دین از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان است. افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی کمتر احساس تنهایی می‌کنند و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. آن‌ها در برابر استرس‌های عمده زندگی بهتر مقابله می‌کنند و کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند. افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی از نظر اجتماعی فعال‌تر هستند و سطوح بالای حمایت اجتماعی را دارند. مذهبی بودن همچنین با سطوح بالای خوش‌بینی و امید همراه است که هر دو ویژگی اشخاص غیرافسرده و دارای سلامتی و رضایت از زندگی هستند.

فقدان امید، معنی، آرامش و در نتیجه آن‌ها فقدان نشاط و سرزندگی از مؤلفه‌های اصلی افسردگی هستند. سلینگمن^۳ معتقد است که مذهب دست‌کم به سه طریق در افزایش سطح نشاط مؤثر است: نخست اینکه مذهب ارائه‌دهنده یک نظام منسجم اعتقادی است که به انسان این امکان را می‌دهد که به جست‌وجوی معنی زندگی بپردازد و برای آینده امید بیابد؛ دوم

1. Kawachi & Kennedy

2. religiosity

3. Martin Seligman

اینکه نظام‌های اعتقادی مذهبی کمک می‌کنند فرد دلایل پذیرفته‌شده و دست‌کم آرامش بخشی را برای توجیه ناکامی‌ها، شکست‌ها و مصائب زندگی خود بیابد؛ سوم اینکه افرادی که مذهبی هستند و عنصر مذهب در اعتقادات آن‌ها نیرومند است، گرایش کمتری به انحرافات دارند و رفتارهای نیکو، جامعه‌پسند و انسان‌دوستانه بیشتری را انجام می‌دهند (شهیدی، ۱۳۸۸، ص. ۶۵).

از نظر بینگر^۱ با تکیه بر کارکرد دین در پاسخ‌دهی به مسائل بشری، شاهد رفع اضطراب و کاهش نگرانی‌های انسان به دلیل گم‌شدن در مسیر و در نتیجه بی‌عملی او هستیم. در واقع دین با ارائه کارکردهای سه‌گانه تعیین وضعیت کنونی فرد و اجتماع، هدف‌نهایی و مسیر شناخت، کارکرد آرامش‌بخشی و حذف اضطراب را در افراد ایفا می‌کند (بینگر، ۱۹۷۷، صص. ۸۸-۸۹).

از دیدگاه پارگامنت^۲ مذهب نقشی مهم در رویارویی با استرس‌های زندگی دارد و می‌تواند اثر بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. از نظر وی، افراد مذهبی هنگام ارزشیابی نوع اول یعنی آیا این رویداد به صورت بالقوه خطرناک است؟ و ارزشیابی نوع دوم یعنی آیا من می‌توانم با این رویداد مقابله کنم؟ برای مقابله با فشار روانی به‌خوبی از مذهب استفاده می‌کنند؛ زیرا واکنش آن‌ها به فشار روانی از عواملی همچون حمایت اجتماعی، سخت‌کوشی شخصی، سبک مشکل‌گشایی و مانند آن تأثیر می‌پذیرد. این واکنش در افراد مذهبی و متدین موجب کاهش فشار روانی می‌شود؛ بنابراین مهم‌ترین تأثیر مذهب برای مقابله با فشار روانی به دلیل نقش آن در فرایند ارزشیابی فشار روانی است (صدیقی ارفعی و همکاران، ۱۳۹۱، ص. ۱۳۹).

۲.۲.۳. انسجام خانوادگی^۳ و افسردگی

انسجام خانوادگی جنبه مهم محیط خانواده است که سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و هیجانی اعضا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آسیب روانی در اصل یک مشکل درون‌فردی در یک

1. Milton Yinger

2. paragment

3. family cohesion

عضو خانواده نیست؛ بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است. خانواده‌هایی که انسجام کمی دارند، باعث گسستگی و جدایی عاطفی اعضای خانواده و فقدان صمیمیت، فقدان انطباق‌پذیری اعضای خانواده و سطح پایین رضایت و خشنودگی خانوادگی می‌شوند و در نتیجه امکان اختلال روانی و از جمله افسردگی در اعضا را فراهم می‌کنند.

به نظر السون^۱، انسجام خانوادگی پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای خانواده در قبال همدیگر دارند و شامل مؤلفه‌هایی از قبیل رابطه عاطفی، تعامل خانوادگی، روابط پدر و مادر، روابط فرزند و والدین، میزان تعامل به لحاظ زمان و مکان، نوع دوستی و علایق و در نهایت نحوه گذران اوقات فراغت است. السون درباره بعد انسجام خانوادگی به چهار سطح قائل است که از انسجام خانوادگی پایین تا انسجام خانوادگی بالاست (السون، ۱۹۸۸، ص. ۴۸). گود عنوان می‌کند که کودکان خانواده‌های توخالی کمتر احتمال دارد که از شادی و سلامت روانی برخوردار باشند؛ دقیقاً به خاطر اینکه اعضای خانواده در وظایف عاطفی خود در قبال همدیگر کوتاهی کرده‌اند (چلبی و روزبھانی، ۱۳۸۰، ص. ۹۶). لیگرن نیز انسجام را به صورت نزدیکی عاطفی با افراد دیگر تعریف می‌کند. از نظر او وقتی انسجام زیاد باشد، اعضای خانواده پیشرفت، شادی و رفاه همدیگر را می‌خواهند و هرگاه یکی از اعضا درگیر مشکلی شود، حاضرند به رفع آن مشکل اقدام کنند (لیگرن، ۲۰۰۳، ص. ۶۷).

یکی از الگوهای مهم در زمینه بررسی کارکرد خانواده، الگوی کارکرد خانواده مک‌مستر^۲ است. الگوی مک‌مستر درباره ارزیابی عملکرد خانواده بر رویکرد سیستمی استوار است که در آن ساختار، چگونگی سازماندهی و الگوهای تبادلی خانواده بررسی می‌شود. طبق الگوی مک‌مستر، ابعاد مهم عملکرد خانواده عبارت است از حل مسئله، ارتباط، ایفای نقش، پاسخدهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده. تمام خانواده‌های دارای عملکرد ضعیف در زمینه موضوعات عاطفی مشکل دارند و اغلب از طی فرایند حل

1. Olson

2. MC Master Model of Family Function (MMFF)

مسئله عاجزند. در این خانواده‌ها ارتباطات نادیده گرفته می‌شود یا فاقد صلاحیت در حل مسئله هستند، تخصیص و پاسخدهی نقش مشخص و واضح نیست، گستره واکنش‌های هیجانی محدود است، کمیت و کیفیت این واکنش‌ها متناسب با بافت و محیط غیرعادی است و در عین حال، اعضای خانواده به یکدیگر علاقه‌ای ندارند و درباره یکدیگر اقدام به سرمایه‌گذاری عاطفی نمی‌کنند (موسوی، ۱۳۹۲، ص. ۴۰۴).

لایکر و الدر^۱ معتقدند که مشکلات مزمن اقتصادی، دریافت مساعدت‌های دولتی و باقی ماندن در یک سطح درآمد پایین رابطه‌ای قوی هم از نظر زمانی و هم از نظر پیش‌بینی آینده با تنش زندگی زناشویی دارد و تنش‌های زندگی زناشویی در خانواده با میزان بیشتری از فقدان انسجام در خانواده مرتبط است (موسوی، ۱۳۹۲، ص. ۴۰۸). فقدان انسجام در خانواده با توجه به مؤلفه‌های خود زمینه ایجاد اختلال روانی را فراهم می‌کند؛ به‌نحوی که وجود و افزایش آن یا کاهش و نبود آن با اختلالات روانی همراه است.

۲.۲.۴. پایگاه اقتصادی-اجتماعی و افسردگی

الگوی علیت اجتماعی عنوان می‌کند که پایگاه اجتماعی-اقتصادی علت بیماری روانی است. طبق نظریه علیت اجتماعی، طبقه اجتماعی افراد و شرایط زندگی آن‌ها (از جمله فشارهای روانی شدید، شرایط کاری نامناسب، کنترل‌نداشتن بر محیط، سطح پایین تحصیلات و انتقال خانوادگی ارزش‌ها) موجب ابتلای آن‌ها به بیماری روانی می‌شود. تعلق به طبقات اجتماعی پایین می‌تواند شرایطی را به وجود آورد که آسیب‌پذیری در مقابل بیماری‌های روانی را افزایش دهد (کوکرین، ۱۳۷۶، ص. ۳۱).

گراهام^۲ مطرح می‌کند که سلامتی فرد به‌عنوان یک موضوع مهم نتیجه وضعیت اقتصادی-اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی-اجتماعی در وضعیت بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند و در مقابل افرادی که به

1. Laykr & Elder

2. Graham

طبقات پایین جامعه تعلق دارند، از سلامت جسم و روان نامطلوب رنج می‌برند. به باور وی عواملی که باعث می‌شوند تغییرات در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی و اجتماعی) آن‌ها تأثیر بگذارد، در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می‌گیرند (گراهام، ۲۰۰۱، ص. ۱۴).

کنترل و دسترسی به منابع اجتماعی در بین پایگاه‌های اجتماعی متفاوت است. افراد واقع در پایگاه‌های بالا کنترل و دسترسی بیشتری به منابع دارند و برعکس، افرادی که در پایگاه پایین قرار دارند، کنترل و دسترسی کمی به منابع اجتماعی دارند. برخورداری از منابع امکان مقابله با عوامل استرس‌زا را برای طبقات بالا بهتر فراهم می‌کند؛ بنابراین افراد واقع در طبقه اجتماعی - اقتصادی بالا از افراد واقع در طبقات پایین کمتر افسرده‌اند. افرادی که پایگاه اولیه آن‌ها پایین است و نیز افرادی که پایگاه بعدی‌شان به دلیل تنزل پایگاهی در پایین قرار می‌گیرد، وضعیتی مشابه در زمینه کنترل و دسترسی به منابع اجتماعی دارند. نبود کنترل و دسترسی نداشتن به منابع زمینه بروز افسردگی را برای افراد واقع در پایگاه‌های پایین فراهم می‌کند (قدسی، ۱۳۸۲، ص. ۱۶۲).

۳.۲. چارچوب نظری و مدل تحقیق

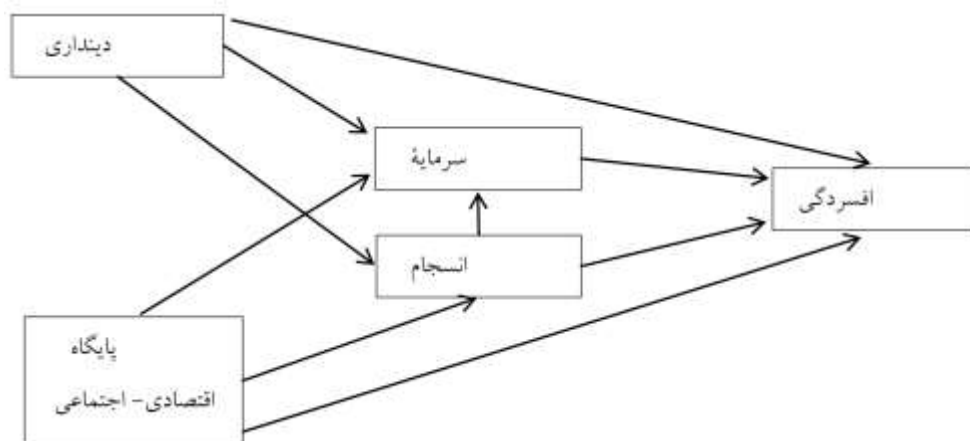
برای پاسخ به پرسش اصلی پژوهش، براساس مبانی نظری ارائه شده، چارچوب نظری و مدل تحقیق برای طرح مکانیزم روابط بین عوامل اجتماعی و افسردگی طرح می‌شود. دین با فراهم کردن نظام معنایی برای زندگی و با ایجاد امید، هدف، خوش‌بینی، کاهش اضطراب و نگرانی موجب سلامت روانی می‌شود؛ بنابراین دینداری به طور مستقیم با کاهش افسردگی ارتباط می‌یابد. از سوی دیگر، دین با فراهم کردن روابط بین افراد بنا به هنجارها، اعتقادات و مراسم محتوایی‌اش موجب ایجاد سرمایه اجتماعی می‌شود و به عنوان عامل ساختاری ایجاد سرمایه اجتماعی و از طریق این سرمایه، به طور غیرمستقیم با سلامت روانی و کاهش افسردگی ارتباط پیدا می‌کند.

بر اساس نظریه علیت اجتماعی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی موجب فراهم کردن شرایط ایجاد سلامت روانی می‌شود. پایگاه اجتماعی-اقتصادی با تأمین منبع اجتماعی امکان مقابله با عوامل استرس‌زا و مقابله با ایجاد شرایط اختلالات روانی را فراهم می‌کند. افراد دارای پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالاتر به دلیل کنترل و دسترسی به منابع اجتماعی از سلامت روانی برخوردارند؛ بنابراین پایگاه اجتماعی-اقتصادی به طور مستقیم با کاهش افسردگی در ارتباط است. از سوی دیگر، پایگاه اجتماعی-اقتصادی از طریق منابع اجتماعی لازم به خصوص در جامعه‌ای که برای جذب و جمع شدن افراد در اجتماعی مثل خانواده دچار مضیقه است، با کاهش و رفع این مضیقه از طریق بهره‌گیری از منابع اجتماعی‌اش موجب ایجاد انسجام خانوادگی می‌شود؛ از این رو پایگاه اجتماعی-اقتصادی هم به طور مستقیم و هم به واسطه انسجام خانوادگی با کاهش افسردگی ارتباط می‌یابد.

انسجام خانوادگی با جذب و ادغام افراد در اجتماع خانوادگی و تنظیم رفتار آن‌ها زمینه ایجاد و حفظ سلامت روانی را فراهم می‌کند. افرادی که در یک اجتماع به طور شدیدتر ادغام شده‌اند و نیز آرزوها و خواسته‌های آن‌ها با هنجارهای آن اجتماع تنظیم می‌شود، احتمال کمتری وجود دارد که دچار افسردگی شوند. از سوی دیگر، انسجام خانوادگی با فراهم کردن بستر ساختاری برای فراهم شدن روابط اجتماعی و از این رو سرمایه اجتماعی، به طور غیرمستقیم و به واسطه این سرمایه اجتماعی به کاهش افسردگی کمک می‌کند.

همان‌طور که بیان شد، علاوه بر دینداری که به طور مستقیم با سلامت روانی و کاهش افسردگی در ارتباط است و موجب می‌شود افراد دیندار از سلامت روانی بهتری برخوردار باشند و کمتر دچار افسردگی شوند، دینداری بنا به محتوای اعتقادی، مراسمی و رفتاری به طور غیرمستقیم و با واسطه فراهم کردن انسجام خانوادگی نیز با کاهش افسردگی ارتباط می‌یابد.

در شکل ۱ مدل تحقیق بر حسب چارچوب نظری برای ترسیم روابط بین عوامل اجتماعی با افسردگی ترسیم شده است.



شکل ۱- مدل تحقیق ارتباط بین عوامل اجتماعی و افسردگی

به منظور پاسخ به پرسش رابطه عوامل اجتماعی با افسردگی و توضیح چگونگی این رابطه از فرضیه‌هایی استفاده می‌شود که از چارچوب نظری ذکر شده گرفته شده است. این فرضیه‌ها ضمن بررسی روابط عوامل اجتماعی با افسردگی، نحوه عمل و مکانیزم این روابط را بررسی می‌کنند.

۱- با افزایش میزان دینداری، سرمایه اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه امکان افسردگی کاهش می‌یابد.

۲- با افزایش پایگاه اقتصادی-اجتماعی، انسجام خانوادگی نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه امکان افسردگی کاهش می‌یابد.

۳- با افزایش انسجام خانوادگی، سرمایه اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه امکان افسردگی کاهش می‌یابد.

۴- با افزایش دینداری، انسجام خانوادگی نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه امکان افسردگی کاهش پیدا می‌کند.

۳. روش تحقیق

پژوهش حاضر که به روش پیمایشی^۱ و از نوع مقطعی است، از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری شده جزو مطالعات کمی و از حیث هدف جزو مطالعات کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش شهروندان بالای ۱۸ سال شهر همدان اعم از زن و مرد در سال ۱۳۹۶ است که طبق آخرین آمار (۱۳۹۵) متشکل از ۴۳۷۹۸۲ نفر هستند. حجم نمونه نیز براساس فرمول کوکران به شرح زیر ۳۸۳ نفر محاسبه شده است که این تعداد به ۳۸۵ نفر افزایش یافت. همچنین افرادی که حاضر به پاسخگویی به پرسشنامه بودند و در سن بالای ۱۸ قرار داشتند، مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بوده است. این روش معمولاً برای مناطق وسیع به کار می‌رود؛ به طوری که منطقه روی نقشه به قسمت‌های مختلف تقسیم می‌شود و سپس با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی به انتخاب محله‌ها، بلوک‌ها و منازل اقدام می‌شود. در این پژوهش با استفاده از بلوک‌بندی‌های موجود شهرداری همدان به انتخاب بلوک‌ها و محله‌ها اقدام شد.

$$n = \frac{437982 \times (1.96)^2 \times (.5 \times .5)}{437982 \times (.05)^2 + (1.96)^2 \times (.5 \times .5)} = 383$$

در این پژوهش برای اندازه‌گیری افسردگی از فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک^۲ استفاده شد. افراد زیادی در طی سال‌ها این پرسشنامه را کرده‌اند و به‌عنوان بهترین پرسشنامه در تعیین افسردگی شناخته شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵، ص. ۳۲۴). نتایج فراتحلیل انجام شده روی پرسشنامه ذکر شده حاکی از آن است که ضرایب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ قرار دارد (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵، ص. ۳۲۵).

نقطه برش مقادیر افسردگی فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک برحسب درجه افسردگی و نمرات آن به در جدول ۱ نشان داده شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵، ص. ۳۳۰).

1. Survey

2. Beck Depression Inventory (BDI-13)

جدول ۱- درجه افسردگی و نمرات آن

نمرات	درجه افسردگی
۴ و کمتر	هیچ یا کمترین حد
۷-۵	خفیف
۱۵-۸	متوسط
۳۹-۱۶	شدید

افسردگی دربرگیرنده خلق افسرده، نداشتن علاقه و احساس لذت به امور روزمره، تغییرات وزن، بی خوابی، اختلال در تغذیه، کندی روان-حرکتی، احساس خستگی، فقدان انرژی، احساس بی ارزشی و گناه، کاهش توانایی تفکر و تمرکز است (فرایدمن و آندرسون^۱، ۲۰۱۴، ص. ۵).

برای سنجش افسردگی از فرم کوتاه افسردگی بک استفاده شده است. این پرسشنامه شامل ۱۳ پرسش چهارگزینه‌ای است که دامنه پاسخ آن صفر تا ۳ است. طیف نمرات در این پرسشنامه از صفر تا ۳۹ قرار دارد (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵، ص. ۳۲۶).

سرمایه اجتماعی دربرگیرنده همه منابع بالقوه‌ای است که از داشتن روابط اجتماعی غیررسمی با دیگران (شامل خانواده، دوستان و آشنایان) حاصل می‌شود. برای سنجش سرمایه اجتماعی از پرسشنامه‌ای استفاده می‌کند که تعداد روابط فرد با دیگران را در طی یک هفته سؤال می‌کند.

دینداری بیانگر داشتن التزام دینی است؛ به نحوی که نگرش، گرایش و کنش‌های فرد را متأثر کند (شجاعی زند، ۱۳۸۴). برای سنجش دینداری از مدل گلاک و استارک^۲ استفاده شده است و از چهار بعد اعتقادی، مناسکی، پیامدی و عاطفی دینداری پرسش می‌شود (میرفردی و همکاران، ۱۳۹۶، ص. ۱۱).

1. Friedman

2. Glock & Stark

بر اساس تعریف اولسون، انسجام خانوادگی پیوند، تعهد عاطفی و علقه‌ای است که اعضای خانواده به هم دارند. لینگرن^۱ این انسجام را به صورت نزدیکی عاطفی با افراد خانواده تعریف می‌کند و دو کیفیت مربوط به انسجام در خانواده را شامل تعهد و علقه و گذراندن وقت باهم در نظر می‌گیرد (به نقل از امانی و همکاران، ۱۳۹۷، ص. ۱۸). انسجام خانوادگی از طریق پرسشنامه برای سنجش نزدیکی عاطفی و علاقه اعضای خانواده به هم و اینکه افراد خانواده در رفتارهایشان چه میزان تحت تأثیر خانواده قرار دارند، استفاده می‌شود. متغیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی از ترکیب سه شاخص تحصیلات، هزینه یا درآمد خانواده و منزلت شغلی با استفاده از نمره Z در سطح سنجش فاصله‌ای ساخته شده است و بر این اساس، افراد در طبقات مختلفی قرار گرفتند؛ به این صورت که تحصیلات برحسب کلاس، تفاوت هزینه و درآمد برحسب ریال و منزلت شغلی^۲ برحسب نمره منزلت شغلی‌شان به دست آمد و با استفاده از نمره Z باهم جمع شدند و سپس بر سه تقسیم شدند. برای اعتباریابی بقیه متغیرها و سؤالات پرسشنامه از اعتبار صوری^۳ استفاده شده است و برای اندازه‌گیری پایایی روش آلفای کرونباخ به کار رفته است که مقادیر آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- میزان پایایی متغیرهای تحقیق

نام متغیر	ضریب آلفای کرونباخ
افسردگی	۰/۹۲
دینداری	۰/۹۳
انسجام خانوادگی	۰/۹۵
سرمایه اجتماعی	۰/۹۰

1. Lingern

۲. نمره منزلت شغلی افراد از مطالعه شهلا کاظمی پور (۱۳۷۸) گرفته شده است.

3. face validity

برای بررسی اعتبار سازه‌ای مفهوم افسردگی از تحلیل عاملی استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که همه متغیرهای سازنده مفهوم افسردگی در یک مؤلفه قرار می‌گیرند. همچنین مقدار آماره کفایت نمونه‌گیری کایزر-مایر-اولکین هم زیاد است و آزمون بارتلت نیز معنادار است. همه نتایج نشان‌دهنده اعتبار سازه‌ای سنجش مفهوم افسردگی است. در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل عاملی گزارش شده است.

۴. یافته‌های تحقیق

۴.۱. یافته‌های توصیفی

در جمعیت نمونه پژوهش؛ ۱۰/۶ درصد در گروه سنی زیر ۲۰ سال قرار داشته‌اند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۰-۲۹ سال (۴۳/۹ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۸۰-۸۹ سال با (۰/۲ درصد) است. مردان ۴۷ درصد از جمعیت نمونه را و زنان ۵۳ درصد بقیه را تشکیل دادند. ۱۷۲ نفر (۴۴/۶ درصد) مجرد و ۱۹۴ نفر (۵۰/۳ درصد) متأهل، ۱۲ نفر (۳/۱ درصد) مطلقه و ۷ نفر (۱/۸ درصد) همسرمرده بودند. همچنین ۲۱۰ نفر (۵۴/۵ درصد) از جمعیت نمونه بیکار و ۱۷۵ نفر (۴۵/۵ درصد) شاغل بودند. همچنین ۱۳/۷ درصد از افراد دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین، ۴۰/۶ درصد متوسط به پایین، ۳۳/۱ درصد متوسط به بالا و ۱۲/۶ درصد نیز دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا بودند.

وضعیت دینداری در جامعه مورد مطالعه

جدول ۴ میزان دینداری را در جامعه مطالعه شده نشان می‌دهد. ۱۲/۵ درصد دینداری پایین، ۲۶/۸ متوسط و ۶۰/۸ نیز دارای دینداری بالا بودند.

۴.۲. وضعیت سرمایه اجتماعی در میان پاسخگویان

جدول ۵ نشان می‌دهد که ۷۱/۴ درصد از افراد دارای سرمایه اجتماعی متوسط، ۱۳/۵ درصد دارای سرمایه اجتماعی پایین و ۱۵/۱ دارای سرمایه اجتماعی بالا بوده‌اند.

جدول ۳- تحلیل عاملی گویه‌های افسردگی

مؤلفه	گویه‌ها
بار عاملی	
۰/۷۳۲	از خودبیزاری
۰/۷۲۰	غم‌گینی
۰/۷۰۶	احساس شکست‌خوردگی
۰/۶۸۷	بی‌تصمیمی
۰/۶۸۰	بدبینی
۰/۶۷۶	خودآزاررسانی
۰/۶۷۴	خستگی‌پذیری
۰/۶۶۹	دشواری در کار
۰/۶۵۳	نارضایتی
۰/۶۴۷	تغییر خودپنداشت
۰/۶۴۶	بی‌اشتهایی
۰/۵۸۷	احساس گنه‌کاری
۰/۵۷۴	کناره‌گیری
کی. ام. او.	۰/۹۹
کای اسکوتر	۱۸۷۴/۰۷
سطح معناداری	۰/۰۰۰

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد دینداری

دینداری	فراوانی	درصد
پایین	۴۸	۱۲/۵
متوسط	۱۰۳	۲۶/۸
بالا	۲۳۴	۶۰/۸
کل	۳۸۵	۱۰۰

جدول ۵- توزیع فراوانی و درصد سرمایه اجتماعی

درصد	فراوانی	سرمایه اجتماعی
۱۳/۵	۵۲	پایین
۳۵/۳	۱۳۶	متوسط پایین
۳۶/۱	۱۳۹	متوسط بالا
۱۵/۱	۵۸	بالا
۱۰۰	۳۸۵	کل

۳. ۴. وضعیت انسجام خانوادگی در میان جمعیت نمونه

جدول ۶ نشان می دهد که حدود ۴۴ درصد از پاسخگویان دارای انسجام خانوادگی پایین یا متوسط به پایین و حدود ۵۶ درصد نیز دارای انسجام خانوادگی بالا یا متوسط به بالا بوده اند.

جدول ۶- توزیع فراوانی و درصد انسجام خانوادگی

درصد	فراوانی	انسجام خانوادگی
۱۳	۵۰	پایین
۳۰/۹	۱۱۹	متوسط پایین
۴۰	۱۵۴	متوسط بالا
۱۶/۱۰	۶۲	بالا
۱۰۰	۳۸۵	کل

۴. ۴. وضعیت افسردگی در میان جمعیت نمونه

جدول ۷ میزان فراوانی متغیر وابسته یا افسردگی را در جمعیت بالای ۱۸ سال شهر همدان نشان می دهد. براساس نتایج، در جمعیت نمونه ۲۱۴ نفر (۵۵/۶ درصد) فاقد افسردگی یا افسردگی کم، ۵۴ نفر (۱۴ درصد) دارای افسردگی خفیف و ۷۷ نفر (۲۰ درصد) دارای افسردگی متوسط و ۱۰/۴ درصد نیز دارای افسردگی بالا بوده اند.

جدول ۷- توزیع فراوانی و درصد افسردگی

افسردگی	فراوانی	درصد
فقدان یا افسردگی کم	۲۱۴	۵۵/۶
افسردگی خفیف	۵۴	۱۴
افسردگی متوسط	۷۷	۲۰
افسردگی بالا	۴۰	۱۰,۴
کل	۳۸۵	۱۰۰

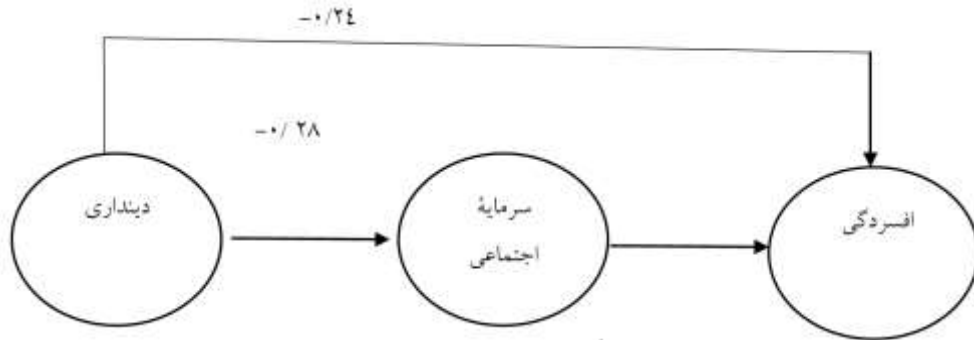
فرضیه اول: با افزایش میزان دینداری سرمایه اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه امکان افسردگی کاهش می‌یابد.

در این فرضیه، افسردگی به عنوان متغیر وابسته، دینداری به عنوان متغیر مستقل و سرمایه اجتماعی به عنوان متغیر میانجی بررسی شده است. برای آزمون این فرضیه با استفاده از آزمون رگرسیون خطی، سه نوع رابطه بین ۱- دینداری و سرمایه اجتماعی، ۲- سرمایه اجتماعی و افسردگی و ۳- دینداری و افسردگی بررسی می‌شود. در فرضیه اول، متغیر مستقل (دینداری) هم به طور مستقیم و هم از طریق متغیر میانجی (سرمایه اجتماعی) بر متغیر وابسته (افسردگی) تأثیر دارد و رابطه معناداری با هم دارند؛ یعنی دینداری (متغیر مستقل) هم از طریق سرمایه اجتماعی (متغیر میانجی) و هم به تنهایی و به طور مستقیم بر افسردگی (متغیر وابسته) اثر دارد. در ضمن متغیر میانجی به تنهایی بر افسردگی تأثیر دارد. در این فرضیه بنا به مقدار سطح معناداری متغیرهای آن که در جدول ۸ گزارش شده است، هر سه رابطه تأیید می‌شود.

در شکل ۲ تحلیل مسیر فرضیه اول و روابط آن ترسیم شده است.

جدول ۸- تأثیرگذاری دینداری از طریق سرمایه اجتماعی بر سردرگمی (نوشیه اول)

F سطح معاداری	F مقدار	شرب تعین تبدیل شده	شرب تعین	T سطح معاداری	T مقدار	شرب رگرسیون استاندارد شده		شرب رگرسیون استاندارد نشده		مدل
						مقدار بتا	انحراف استاندارد	مقدار بتا	انحراف استاندارد	
۰/۰۰۰۰	۱۳۷/۱۹۵	۰/۳۳۰	۰/۳۳۰	۰/۰۰۰۰	۷/۸۳۱	-	۰/۱۳۳	۳۳/۸۷۰	البت	ارتباط بین دینداری و سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۰۰	۳۸/۵۸۱	۰/۶۸۸	۰/۶۸۸	۰/۰۰۰۰	۱۱/۳۳۹	۰/۵۱۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳۲	دینداری	ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سردرگمی
۰/۰۰۰۰	۳۸/۵۸۱	۰/۶۸۸	۰/۶۸۸	۰/۰۰۰۰	۹/۰۳۱	-	۱/۸۳۴	۱۷/۸۳۴	البت	ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سردرگمی
۰/۰۰۰۰	۳۸/۵۸۱	۰/۶۸۸	۰/۶۸۸	۰/۰۰۰۰	-۵/۸۸۴	-	۰/۰۳۸	-۰/۱۲۲	البت	ارتباط بین دینداری و سردرگمی



شکل ۲- تأثیرگذاری دینداری از طریق سرمایه اجتماعی بر افسردگی

اثر مستقیم = $-۰/۲۴$

اثر غیرمستقیم = $۰/۵۱ \times (-۰/۲۸) = -۰/۱۴$

اثر کل = $(-۰/۲۴) + (-۰/۱۴) = -۰/۳۸$

فرضیه دوم: با افزایش پایگاه اقتصادی-اجتماعی، انسجام خانوادگی نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه امکان افسردگی کاهش می‌یابد.

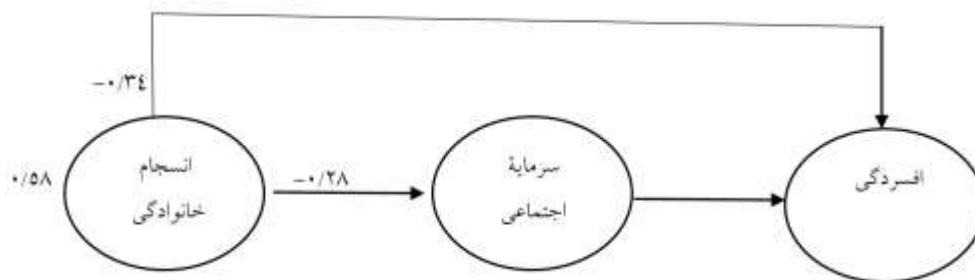
در این فرضیه، هم متغیر مستقل (پایگاه اجتماعی) و هم متغیر میانجی (انسجام خانوادگی) بر متغیر وابسته (افسردگی) تأثیر دارند و رابطه معناداری باهم دارند؛ به طوری که پایگاه اقتصادی-اجتماعی (که متغیر مستقل است) به تنهایی بر افسردگی (متغیر وابسته) اثر دارد و همچنین متغیر میانجی (انسجام خانوادگی) نیز به تنهایی بر افسردگی تأثیر دارد، ولی متغیر مستقل از طریق متغیر میانجی بر افسردگی تأثیر ندارد؛ بنابراین رابطه مکانیزمی کلی فرضیه دوم بنا به متغیر میانجی معنادار نیست. در جدول ۹ سطح معناداری متغیرهای فرضیه دوم گزارش شده است.

جدول ۹. تأثیرگذاری پایگاه اقتصادی-اجتماعی از طریق نسجم خانوادگی بر سردگی (نوبه دوم)

F	سطح معناداری F	مقدار F	ضریب همبستگی تعدیل شده	T	سطح معناداری T	مقدار T	ضریب رگرسیون استاندارد شده		مقدار B	ضریب وگوستون استاندارد شده	مقدار B	مقدار B	مدل	
							مقدار بتا	انحراف استاندارد						
۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	رابطه بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و نسجم خانوادگی	
								۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	
۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	رابطه بین نسجم خانوادگی و سردگی	
								۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	
۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	رابطه بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و نسجم خانوادگی	
								۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	

فرضیه سوم: با افزایش انسجام خانوادگی سرمایه اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه امکان افسردگی کاهش می‌یابد.

در فرضیه سوم، متغیر مستقل (انسجام خانوادگی) هم به طور مستقیم و هم از طریق متغیر میانجی (سرمایه اجتماعی) بر متغیر وابسته (افسردگی) تأثیر دارد و رابطه معناداری با هم دارند؛ یعنی انسجام خانوادگی (متغیر مستقل) هم از طریق سرمایه اجتماعی (متغیر میانجی) و هم به تنهایی و به طور مستقیم بر افسردگی (متغیر وابسته) اثر دارد. در ضمن متغیر میانجی به تنهایی بر افسردگی تأثیر دارد؛ بنابراین در این فرضیه (هر سه رابطه) تأیید می‌شود. در جدول ۱۰ سطح معناداری متغیرها همراه با روابط آنها گزارش شده است. در شکل ۳ تحلیل مسیر فرضیه سوم و روابط آنها ترسیم شده است.



شکل ۳- تأثیرگذاری انسجام خانوادگی از طریق سرمایه اجتماعی بر افسردگی

$$\text{اثر مستقیم} = -۰/۳۴$$

$$\text{اثر غیر مستقیم} = -۰/۱۶ = -۰/۲۸ \times ۰/۵۸$$

$$\text{اثر کل} = -۰/۵ = (-۰/۳۴) + (-۰/۱۶)$$

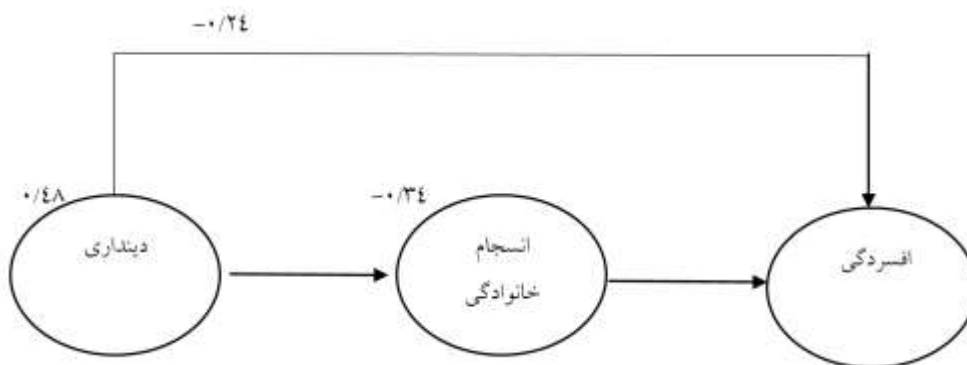
فرضیه چهارم: با افزایش دینداری، انسجام خانوادگی نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه امکان افسردگی کاهش پیدا می‌کند.

جدول ۱۰- تأثیرگذاری سهام خانوادگی از طریق سرمایه اجتماعی بر سودگی (رضیه سوم)

سطح معاداری F	مقدار F	ضریب تعیین تعدیل شده	سطح معاداری T	ضریب تعیین تعدیل شده	سطح معاداری T	ضریب رگرسیون استاندارد نشده		مدل	ارتباط بین السهام خانوادگی و سرمایه اجتماعی
						مقدار T	ضریب رگرسیون استاندارد نشده مقدار بتا		
۰/۰۰۰	۱۹۵/۸۸۸	۰/۳۳۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۸/۰۱۲	۰/۰۰۰	۲/۰۰۲	ثابت	ارتباط بین السهام خانوادگی و سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۰	۳۱/۵۸۱	۰/۸۸۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۷۳/۹۹۶	۰/۰۰۰	۰/۰۵۷	السهام خانوادگی	ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سودگی
۰/۰۰۰	۵۱/۲۸۰	۰/۹۱۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۹/۰۳۹	۰/۰۰۰	۱/۸۶۱	ثابت	ارتباط بین السهام خانوادگی و سودگی
			۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۵/۸۸۹	۰/۰۰۰	-۰/۰۲۸	سرمایه اجتماعی	ارتباط بین السهام خانوادگی و سودگی
			۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱۰/۱۲۰	۰/۰۰۰	۱/۹۷۹	ثابت	السهام خانوادگی و سودگی
			۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۲۰/۱۶۱	۰/۰۰۰	-۰/۰۳۸	السهام خانوادگی	السهام خانوادگی و سودگی

در این فرضیه، متغیر مستقل (دینداری) هم به طور مستقیم و هم از طریق متغیر میانجی (انسجام خانوادگی) بر متغیر وابسته (افسردگی) تأثیر دارد و رابطه معناداری باهم دارند؛ یعنی دینداری (متغیر مستقل) هم از طریق انسجام خانوادگی (متغیر میانجی) و هم به تنهایی و به طور مستقیم بر افسردگی (متغیر وابسته) اثر دارد. در ضمن متغیر میانجی به تنهایی بر افسردگی تأثیر دارد؛ پس در این فرضیه (هر سه رابطه) تأیید می‌شود. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه تأثیرگذاری دینداری از طریق انسجام خانوادگی بر افسردگی تأیید می‌شود؛ بنابراین رابطه مکانیزمی کلی فرضیه چهارم بنا به متغیر میانجی معنادار است. در جدول ۱۱ سطح معناداری متغیرهای فرضیه چهارم گزارش شده است.

در شکل ۴ تحلیل مسیر فرضیه چهارم و روابط آن‌ها ترسیم شده است.



شکل ۴- تأثیرگذاری دینداری از طریق انسجام خانوادگی بر افسردگی

اثر مستقیم = -0.24

اثر غیرمستقیم = $0.48 \times (-0.34) = -0.16$

اثر کل = $(-0.24) + (-0.16) = -0.4$

جدول ۱۱- تأثیر گذاری دینداری از طریق انسجام خانوادگی بر انسردگی (نوشیه چهارم)

سطح معاداری F	مقدار F	ضریب تعیین تعدیل شده	سطح معاداری T	مقدار T	ضریب و کوسینوس استاندارد شده	ضریب و کوسینوس استاندارد شده		مدل	ارتباط بین دینداری و انسجام خانوادگی
						عبارت جا	الهام استاندارد		
۰/۰۰۰۰	۱۱۶/۶۱۷	۰/۳۳۱	۰/۰۰۰۰	۹/۹۶۶	-	-	۲۴/۸۱۷	ثابت	ارتباط بین دینداری و انسجام خانوادگی
							۰/۳۲۷	دینداری	
۰/۰۰۰۰	۲۱/۳۸۰	۰/۱۱۶	۰/۰۰۰۰	۱۰/۱۲۰	-	-	۲۰/۰۲۸	ثابت	ارتباط بین انسجام خانوادگی و انسردگی
							-۰/۳۳۳	انسجام خانوادگی	
۰/۰۰۰۰	۱۶/۰۰۸	۰/۰۸۴	۰/۰۰۰۰	-۰/۰۰۰۸	-	-	۲/۱۸۱	ثابت	ارتباط بین دینداری و انسردگی
							-۰/۰۲۹	دینداری	

۵. نتیجه‌گیری

امروزه بخش چشمگیری از بیماری‌ها (اعم از جسمانی و روانی) با عوامل اجتماعی رابطه‌ای قوی دارند. عوامل اجتماعی همان‌گونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامتی داشته باشند، در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز سهمی اساسی دارند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در جامعه نمونه بررسی شده به میزان ۳۰/۴ درصد افسردگی متوسط به بالا وجود دارد. با توجه به این میزان از افسردگی این اختلال روانی به‌عنوان مسئله‌ای اجتماعی با جامعه و ساختارها و عوامل اجتماعی آن در ارتباط است.

نتایج، فرضیه اول این پژوهش را تأیید می‌کند. طبق این فرضیه اول اینکه بین دینداری و افسردگی رابطه منفی معنادار وجود دارد؛ به نحوی که دینداری با کاهش افسردگی همراه است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مک کالو و یول (۲۰۰۳)، جانسون و جانگ (۲۰۰۴) و ریاحی و علیوردی (۱۳۸۷) هماهنگ است. سلیگمن معتقد است که مذهب ارائه‌دهنده یک نظام اعتقادی است که به انسان‌ها این امکان را می‌دهد تا برای زندگی به جست‌وجوی معنا بپردازند و به آینده امید داشته باشند (به نقل از شهیدی، ۱۳۸۸). همچنین نظام‌های اعتقادی مذهبی کمک می‌کنند فرد دلایل قابل قبول و دست‌کم آرامش‌بخشی را برای توجیه ناکامی‌ها و مصائب زندگی پیدا کند. بینگر و پاراگمنت نیز در دیدگاهشان درباره رابطه مذهب و سلامت عنوان می‌کنند افراد دیندار به لحاظ روانی و جسمانی سالم‌ترند (به نقل از صدیقی ارفعی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ دوم اینکه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی رابطه معنادار منفی وجود دارد؛ به نحوی که داشتن سرمایه اجتماعی با کاهش افسردگی همراه است. این یافته با نظر کاکس (۱۹۹۹)، کاواچی و کندی (۱۹۹۹)، ترنر (۲۰۰۳) و لین (توکل و همکاران ۱۳۹۰) هماهنگ است. سرمایه به‌عنوان یک منبع ارزشمند وضعیت افراد را در حوزه‌های مختلف اجتماعی تعیین می‌کند. سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از اقسام سرمایه با سلامت و ازجمله سلامت روان در ارتباط است. با داشتن سرمایه اجتماعی سلامت روان تأمین می‌شود و با افزایش این سرمایه سلامت روان بهتر و بیشتر می‌شود. سرمایه اجتماعی با فراهم کردن روابط

و حمایت‌های ناشی از آن و همچنین تأمین اعتماد، سلامت روان را حفظ می‌کند و در هنگام مواجهه با استرس و ناملایمی‌های زندگی از افراد پشتیبانی و حفاظت می‌کند؛ سوم اینکه بین دینداری با سرمایه اجتماعی و به واسطه ایجاد سرمایه اجتماعی توسط دینداری با افسردگی رابطه معنادار وجود دارد. دینداری با فراهم کردن اجتماع و جمعی برای دینداران، سرمایه اجتماعی حاصل از عضویت و درگیر بودن در آن اجتماع و جمع را ایجاد می‌کند؛ بنابراین دینداری هم به طور مستقیم با کاهش افسردگی و هم با مکانیزم ایجاد سرمایه اجتماعی و به واسطه این سرمایه با کاهش افسردگی ارتباط می‌یابد. نتیجه فرضیه اول درباره شهر همدان بیان می‌کند افراد دیندار از افسردگی کمتری برخوردارند و همچنین این افراد با داشتن سرمایه اجتماعی بیشتر که متأثر از دینداری است، به واسطه این سرمایه کمتر دچار افسردگی می‌شوند.

نتایج پژوهش، فرضیه دوم پژوهش را تأیید نمی‌کند؛ بنابراین بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی با انسجام خانوادگی و به واسطه انسجام خانوادگی با افسردگی رابطه معنادار یافت نشد. تأیید نشدن مکانیزم روابط مفروض در این فرضیه نشان می‌دهد در شهر همدان به‌رغم وجود رابطه معنادار و مستقل پایگاه اجتماعی-اقتصادی و انسجام خانوادگی با افسردگی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی با توجه به منابع اجتماعی آن نتوانسته است بستر لازم را برای انسجام خانوادگی فراهم کند؛ به بیان دیگر منابع اجتماعی پایگاه اجتماعی-اقتصادی قادر به جمع کردن و جذب و ادغام افراد خانواده نبوده است.

نتایج پژوهش، فرضیه سوم پژوهش را تأیید می‌کند. طبق این فرضیه اول اینکه بین انسجام خانوادگی و افسردگی رابطه معنادار منفی وجود دارد؛ به نحوی که انسجام خانوادگی با کاهش افسردگی همراه است. این یافته با نتایج پژوهش‌های شیتو و همکاران (۲۰۱۴) و دی‌الیورا (۲۰۱۶) هماهنگ است. خانواده‌هایی که دارای انسجام هستند، موجب جذب و ادغام اعضای خانواده می‌شوند و رفتارهای آن‌ها را تنظیم و کنترل می‌کنند؛ بنابراین انسجام خانوادگی ناسازگاری و مشکلات روانی را در اثر همبسته بودن اعضای خانواده به هم کاهش

می‌دهد. طبق الگوی کارکرد خانواده مک‌مستر خانواده‌های دارای عملکرد ضعیف در زمینه‌های مسائل عاطفی دارای مشکل هستند (موسوی، ۱۳۹۲). در این خانواده‌ها ارتباطات نادیده گرفته می‌شود و گستره واکنش‌های هیجانی محدود است و اعضای خانواده به یکدیگر علاقه ندارند. در این خانواده‌ها اعضا در ارتباط با هم اقدام به سرمایه‌گذاری عاطفی نمی‌کنند و اعضای خانواده از مشکلات روانی رنج می‌برند؛ دوم اینکه بین انسجام خانوادگی و سرمایه اجتماعی و به واسطه ایجاد سرمایه اجتماعی توسط انسجام خانوادگی با افسردگی رابطه معنادار وجود دارد. انسجام خانوادگی موجب ایجاد سرمایه اجتماعی برای اعضای خانواده می‌شود. خانواده‌های منسجم با ایجاد سرمایه اجتماعی به سبب فراهم آوردن روابط گرم اجتماعی و حمایت اجتماعی حاصل از آن و نیز اعتماد اعضا به هم از افسردگی اعضای خود جلوگیری می‌کنند؛ بنابراین انسجام خانوادگی هم به‌طور مستقیم با کاهش افسردگی و هم با مکانیزم ایجاد سرمایه اجتماعی و به واسطه این سرمایه با کاهش افسردگی رابطه دارد. نتیجه فرضیه سوم نشان می‌دهد که در شهر همدان اول اینکه انسجام خانوادگی با جذب و تنظیم رفتار اعضای خانواده آن‌ها را در برابر افسردگی تا حدودی مصون کرده است و از این رو این اعضا کمتر دچار افسردگی می‌شوند؛ دوم اینکه انسجام خانوادگی برای اعضای خانواده سرمایه اجتماعی را افزایش داده است که این افزایش سرمایه اجتماعی نیز با کاهش افسردگی همراه است؛ بنابراین در این شهر افراد دارای انسجام خانوادگی هم به واسطه این انسجام و هم به واسطه افزایش سرمایه اجتماعی حاصل از انسجام خانوادگی به افسردگی کمتری دچار می‌شوند.

نتایج پژوهش، فرضیه چهارم پژوهش را تأیید می‌کند. طبق این فرضیه اول اینکه بین دینداری و افسردگی رابطه منفی معنادار وجود دارد؛ به نحوی که افراد دیندار کمتر دچار افسردگی می‌شوند؛ بنابراین همان‌طور که در توضیح قسمت اول فرضیه اول ذکر شد، دینداری با افسردگی بی‌واسطه رابطه دارد؛ دوم اینکه بین دینداری و انسجام خانوادگی به واسطه ایجاد انسجام خانوادگی توسط دینداری با افسردگی رابطه وجود دارد. دینداری

شرایط ایجاد انسجام خانوادگی را فراهم می‌کند. از نظر امیل دورکیم، دین یک پدیده سراسر جمعی است و عاملی است که انسان‌ها را به یکدیگر پیوند می‌زند. دین با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با وصل کردن افراد به هم موجب همبستگی می‌شود (دیلون، ۲۰۱۴)؛ بنابراین بنا به نظر دورکیم، از کارکردهای مهم دین یکپارچه کردن و انسجام دادن به اجتماعات است. هاری آلپرت نیز یکی از کارکردهای دین را انسجام بخشی از طریق گردهم آوردن افراد و تصدیق پیوند مشترک میان آن‌ها عنوان می‌کند (آلپرت، ۲۰۱۴)؛ از این رو با توجه به رابطه اول فرضیه چهارم پژوهش دینداری با انسجام بیشتر خانوادگی رابطه دارد؛ بنابراین دینداری هم به طور مستقیم با کاهش افسردگی و هم با مکانیزم ایجاد انسجام خانوادگی و به واسطه این انسجام با کاهش افسردگی مرتبط می‌شود؛ به عبارتی دینداری با ایجاد انسجام در اجتماعات دینداران هم به صورت مستقل و بی‌واسطه و هم توسط این انسجام افسردگی را کاهش می‌دهد. نتیجه فرضیه چهارم دلالت بر این دارد که در شهر همدان علاوه بر افسردگی کمتر افراد دیندار، این افراد بنا به هنجارها و اعتقادات دینی‌شان در اجتماع خانوادگی بیشتر جذب و ادغام شده‌اند و از این رو دارای انسجام خانوادگی بیشتری‌اند؛ بنابراین ضمن ارتباط مستقل دینداری و انسجام خانوادگی با کاهش افسردگی در این شهر، دینداری با افزایش انسجام خانوادگی و نیز به واسطه آن موجب کاهش افسردگی شده است.

نتایج این پژوهش نشانگر اهمیت سه عامل اجتماعی دینداری، انسجام خانوادگی و سرمایه اجتماعی در آسیب‌شناسی ایجاد، بروز و شیوع افسردگی است. این سه عامل هم بی‌واسطه و مستقیم و هم توسط روابط با هم مکانیزم‌های ابتلا به افسردگی را توضیح می‌دهند. میزان زیاد افسردگی و نیز سیر افزایشی آن در سال‌های اخیر به نظر می‌آید پیامد و حاصل وقوع تغییر و تحولات درخور توجه در چند دهه گذشته در حوزه‌های صنعتی شدن، شهرنشینی، مهاجرت و روابط اجتماعی است که دینداری، انسجام خانوادگی و سرمای دینداری از طریق دادن معنی، هدف، خوشبینی و امید به زندگی و انسجام خانوادگی از طریق

جذب افراد و تنظیم رفتار آن‌ها در اجتماع خانواده، به عنوان دو عامل اجتماعی نقش اساسی در سلامت روانی دارند. این دو عامل هرکدام هم به‌طور مستقل و هم با واسطه، مکانیزهایی هستند که علاوه بر ایجاد بستر مناسب برای سلامت روانی سرمایه اجتماعی را شکل می‌دهند که این سرمایه نیز بر تأمین سلامت روانی تأثیر اساسی دارد. سرمایه اجتماعی منابعی را در دسترس قرار می‌دهد که هنگامی که افراد با معضلات و بحران‌های زندگی مواجه می‌شوند، از سلامت روانی آن‌ها حفاظت می‌کند؛ از این رو در بروز افسردگی و ایجاد اختلال در سلامت روانی، برای تغییر و تحولات ایجادشده در انسجام خانوادگی، دینداری و سرمایه اجتماعی، نقش درخور توجهی را می‌توان در نظر گرفت. در چند دهه گذشته در ایران دگرگونی در حوزه‌های صنعتی شدن، مهاجرت، شهرنشینی، فردگرایی و تغییرات در روابط اجتماعی، به نظر می‌رسد انسجام خانوادگی، دینداری و سرمایه اجتماعی را تحت تأثیر قرار داده است. به نظر می‌رسد صنعتی شدن با بیرون بردن جامعه از ساختار سنتی و ایجاد نظام تقسیم کار جدید همراه با گسترش شهرنشینی و مهاجرت و جابه‌جایی جمعیت ملازم آن و نیز گرایش به فردگرایی - که تبدیل به یکی از الزامات زندگی مدرن شده است - و تغییر از روابط اجتماعی با صبغه اظهاری-عاطفی به ابزاری، انسجام خانوادگی، دینداری و سرمایه اجتماعی را با دگرگونی مواجه کرده است. با توجه به رابطه دینداری، انسجام خانوادگی و سرمایه اجتماعی با افسردگی و تأثیرگذار بودن آن‌ها بر سلامت روانی نقصان و کاهش در این سه عامل اجتماعی به تبع تحولات انجام گرفته در حوزه‌های ذکر شده می‌تواند در بروز و گسترش افسردگی و کاهش سلامت روانی نقش درخور توجهی داشته باشد.

گسترده‌گی جامعه مطالعه شده و نبود پرسشنامه استاندارد و مورد توافق همه متخصصان در برخی متغیرها، هزینه‌های زیاد پرسشگر و همکاری نکردن برخی پاسخگویان و برخی مسئولان در زمینه ارائه آمار، از جمله محدودیت‌های این مطالعه بودند.

کتابنامه

۱. امانی، ن.، وهابی، ا.، صیاد، س.، لطیفی، ش.، کشفی، م.، و نورماشیری، ع. (۱۳۹۷). بررسی رابطه انسجام خانوادگی با فرسودگی شغلی در دانشجویان علوم پزشکی کردستان. فصلنامه پرستاری مامایی و پزشکی، ۴(۲)، ۱۷-۲۶.
۲. بنیامین، ج.، سادوک، آ.، و سادوک، و. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/روانشناسی بالینی (چاپ دوم) (ف. رضاعی، مترجم). تهران: انتشارات ارجمند.
۳. رحیمی موقر، آ.، امین اسماعیلی، م.، حفاظی، م.، و نداد شریفی متولیان، ع.، حاجبی، ا.، و رادگودرزی، ر. (۱۳۸۹-۱۳۹۰). پیمایش ملی سلامت روان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت. تهران: نشر مهرسا.
۴. تاسیگ، م.، میگو، ج.، و سویدی، س. (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی (ا. عبداللهی، مترجم). تهران: انتشارات سمت.
۵. توکل، م.، و سویدی، م. (۱۳۹۰). سرمایه اجتماعی و سلامت روانی: مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و تعاملی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۱(۴۲)، ۱۷۳-۲۰۲.
۶. توکل، م.، معیدفر، س.، و سویدی، م. (۱۳۹۰). بررسی جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در زوجین شهر کرمان. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۲(۵۶)، ۱۷۰-۱۹۴.
۷. چلبی، م.، و روزبھانی، ت. (۱۳۸۰). نقش خانواده به‌عنوان عامل و مانع بزهکاری نوجوانان (با تکیه بر نظم خانواده). پژوهشنامه علوم انسانی دانشگاه شهید بهشتی، ۲۹(۲)، ۹۵-۱۳۲.
۸. چلبی، م.، و یاقوتی، ه. (۱۳۹۲). بررسی تطبیقی میزان افسردگی و عوامل اجتماعی موثر بر آن در استان گیلان و تهران. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۴(۲)، ۱۸۷-۲۰۷.
۹. حاتمی، پ. (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی (پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی). دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۱۰. حیدری پهلویان، ا. (۱۳۷۶). وضعیت روانی- اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. مجله اندیشه و رفتار، ۳(۱)، ۱۹-۳۱.

۱۱. داوینگ اور، ک. (۱۳۸۷). *بازنگری در علل و درمان افسردگی* (ح. فرزادی و س. عبادی زارع، مترجمان). تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
۱۲. دیماتو، ام. ر. (۱۳۷۸). *روان‌شناسی سلامت* (جلد دوم) (م. موسوی اصل و دیگران، مترجم. تهران: انتشارات سمت.
۱۳. سعادت، م.، عباس‌زاده، م.، نیازی، م.، و منتظری خوش، ح. (۱۳۹۴). بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی (مورد مطالعه: زنان متأهل شهر تبریز). *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۳(۱)، ۸۹ - ۱۱۰.
۱۴. شجاعی زند، ع. ر. (۱۳۸۴). مدلی برای سنجش دینداری در ایران. *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱(۶)، ۳۴-۶۶.
۱۵. شریفیان ثانی، م. (۱۳۸۰). سرمایه اجتماعی: مفاهیم اصلی و چارچوب نظری. *فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱(۲)، ۵-۱۸.
۱۶. شمسانی، ف.، الحانی، ف.، چراغی، ف.، و قلعه‌ایها، ع. (۱۳۸۸). بررسی نیازهای بهداشت روانی مردم شهر همدان. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۱(۴)، ۱۰۷-۱۱۵.
۱۷. شهیدی، ش. (۱۳۸۸). *روانشناسی شادی: آشنایی با آخرین نظریه‌ها و پژوهش‌های علمی*. تهران: نشر قطره.
۱۸. صدیقی ارفعی، ف.، تمنایی فر، م. ر.، و عابدین‌آبادی، ع. (۱۳۹۱). رابطه جهت‌گیری مذهبی، سبک‌های مقابله و شادکامی در دانشجویان. *روان‌شناسی دین*، ۳(۳)، ۱۳۵-۱۶۳.
۱۹. فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۹۵). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی*. تهران: بعثت.
۲۰. قارلی پور، ذ. ا.، گیلاسی، ح. ر.، کرمانی رنجبر، ط.، و فخارزاده، م. (۱۳۹۲). بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی، استرس درک‌شده و حمایت اجتماعی درک‌شده و ارتباط میان آن‌ها در دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱، ۱۰۰-۱۰۶.

۲۱. قدسی، ع. م. (۱۳۸۲). بررسی جامعه‌شناختی ارتباط حمایت اجتماعی با افسردگی (رساله دکتری). دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲۲. سادوک، ب. ج.، و سادوک، و. آ. (۱۳۹۳). خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک (ف. رضاعی). تهران: نشر مهربان.
۲۳. کاظمی پور، ش. (۱۳۷۸). الگویی در تعیین پایگاه اجتماعی-اقتصادی افراد و نقش تحرک اجتماعی. نامه علوم اجتماعی، (۱۴)، ۱۳۹-۱۷۲.
۲۴. کوکرین، ر. (۱۳۷۶). مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی (چاپ اول) (ب. نجاریان، مترجم). تهران: انتشارات رشد.
۲۵. محسنی تیریزی، ع. ر.، و سیدان، ف. (۱۳۸۳). منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان. نشریه پژوهش زنان، ۲(۲)، ۸۹-۱۰۲.
۲۶. موسوی، س. ف. (۱۳۹۲). نقش عملکرد خانواده (مبتنی بر الگوی مک مستر) در پیش‌بینی نگرش‌های صمیمانه و توافق زوجین در خانواده‌های شهر قزوین. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳(۳)، ۴۰۱-۴۱۸.
۲۷. میرفردی، ا.، و مختاری، م. (۱۳۹۶). میزان دینداری و ارتباط آن با استفاده از شبکه‌های اجتماعی اینترنتی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه یاسوج). جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۲(۲)، ۱۶-۱.
28. Dillon, M. (2014). *Introduction to sociological theory*. New York, NY: Wiley Blackwell.
29. Graham, E. F. (2001). Social deprivation and recovery from myocardial individual deprivation, neighbourhood and recovery from illness. In E. F. Graham, M. Johnston, C. Dibben, C. I. Morgan, S. Briscoe, & F. Navarro-Loez (Eds.), *Understanding health inequalities*. Maidenhead, London: Open University Press.
30. Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science and Medicine*, 58(11), 2267-2277.
31. Jan, W. L. (2006). *Social capital, neighbourhood environments and health: Development of measurement tools and exploration of links through qualitative and quantitative research*, (Unpublished doctoral dissertation). The University of Western Australia, Australia.

32. Jang, S. J., & Johnson, B. R. (2004). Explaining religious effects on distress among African Americans. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(2), 239-260
33. 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.
34. Olson, D. H. (1988). Circumplex Model of family systems: VIII. Family assessment and intervention. *Journal of Psychotherapy and Family*, 4(1-2), 7-49.
35. Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
36. Shittu, R. O., Issa, B. A., Olanrewaju, G. T., Mahmoud, A. O., Odeigah, L. O., & Sule, A. G. (2014). Social determinants of depression: social cohesion, negative life events, and depression - among people living with HIV/AIDS in Nigeria, West Africa. *International Journal of MCH and AIDS*, 2(2), 174-181.
37. Turner, B. (2003). Social capital, inequality and health: The Durkheimian revival. *Social Theory and Health*, 1(1), 4-20.
38. WHO. (2001). *The world health report: Mental health*. Geneva: World Health Organization.
39. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.