

مطالعه جامعه‌شناختی تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی زوج های جوان (نمونه موردی زوجین شهر بیرجند)

محمدحسین شربتیان¹

چکیده

سرمایه اجتماعی از عواملی است که بر سلامت روان خانواده اثر می‌گذارد. این نوشتار با هدف تحلیل جامعه‌شناختی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان زوجین شهر بیرجند صورت گرفته است. روش پژوهش پیمایشی است، جامعه مورد مطالعه زوجینی که بین سال‌های 90 تا 93 ازدواج کرده‌اند و ساکن شهر بیرجند هستند و در سال 1395 مورد مطالعه قرار گرفته است. سن زوجین بین 20 تا 34 ساله بوده است. حجم نمونه 381 نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی و خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و با ابزار پرسشنامه استاندارد شده و خود محقق ساخته مورد مطالعه قرار گرفته است. مقدار روایی آن 0/75 به دست آمده است. فرضیات با استفاده از نرم‌افزار spss22 و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها بیانگر این است که براساس ضریب همبستگی پیرسون رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی زوجین معنادار به دست آمده است. سرمایه اجتماعی درون گروهی شناختی بیشترین ضریب همبستگی (0/65 درصد) را بر سلامت روانی زوجین داشته است؛ و رابطه بین این دو متغیر نیز براساس تحلیل رگرسیونی و تحلیل مسیر معنادار و مستقیم به دست آمده است. میزان رضایت از زندگی زناشویی، درآمد خانوادگی، بر سلامت روانی زوجین اثر گذار بوده است، همچنین جنسیت بر سلامت روانی اثر گذاشته است و مردان به نسبت زنان از سلامت روانی بالاتری برخوردار بوده‌اند. لذا سرمایه اجتماعی شناختی (درون گروهی - برون گروهی - نهادی) مؤثرترین نوع سرمایه اجتماعی در این تحقیق بر سلامت روانی زوجین هست. معادله پیش بینی میزان سلامت روانی زوجین زنان، متشکل از سرمایه اجتماعی شناختی، احساس رضایت از زندگی و رضایت زندگی زناشویی می‌تواند 40 درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کند. علاوه بر این سرمایه اجتماعی شناختی با بتا 0/56 همبستگی مثبت با متغیر سلامت روانی دارد.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی، برون گروهی/درون گروهی، سرمایه اجتماعی

شناختی/ ساختاری، سلامت روانی زوجین، بیرجند

1. عضو هیات علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور. Sharbatiyana@pnu.ac.ir

مقدمه

سرمایه اجتماعی¹ از اواخر دهه قرن بیستم به بعد یکی از مهم‌ترین مفاهیم کلیدی حوزه نظری و پژوهشی علوم اجتماعی شده است و در دو دهه اخیر در ادبیات علوم اجتماعی ایران کاربرد قابل توجهی به خود اختصاص داده است. این مفهوم به دلیل ارتباط تنگاتنگی که به حوزه سلامت در دهه اخیر داشته است اهمیت اساسی و کارکردی با حوزه سلامت روانی گروه‌های اجتماعی جامعه از جمله زنان را به خود اختصاص داده است. «سرمایه اجتماعی در بین هر گروه از فراهم آورندگان می‌تواند بازده سلامت را بهبود بخشد. سرمایه اجتماعی مربوط به روابط بین افراد است، بنابراین آگاهی از مسائل و عوامل عمومی سرمایه اجتماعی مربوط به روابط بین افراد اولین عامل مؤثر بر روابط اجتماعی است. بنابراین در صورتی که در جامعه عدالت اجتماعی و توزیع درست اطلاعات در بین عموم مردم وجود داشته باشد، در حقیقت عامل اول سرمایه اجتماعی تحقق پیدا خواهد کرد» (چلبی، 1386، 12).

تغییرات اجتماعی به صورت به هم پیوسته در دهه‌های اخیر تحولات اساسی را در ساختار اجتماعی و فرهنگی جامعه به وجود آورده است، شهرنشینی به عنوان یکی از عوامل اساسی در تغییر ساختار فرهنگی و اجتماعی زندگی جوامع در حال پیشرفت تأثیر بسیاری بر جای گذاشته است؛ که می‌توان شاهد تغییراتی اساسی را در منابع موجود مانند شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی و آداب و رسوم بود، از آنجا که این ساختارهای اجتماعی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر میزان سلامت روانی در مناطق شهری هستند، بهبود درک ما از محیط اجتماعی بسیار مهم است. یکی از مفاهیم سازوکار درک چنین ساختارهای اجتماعی دانسته شده است سرمایه اجتماعی است.

نتایج و پژوهش‌های سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که «امروزه بیش از 450 میلیون نفر از مردم دنیا مشکلات روحی و روانی دارند و این رقم تا 20 سال آینده بیشتر و چشمگیرتر خواهد شد. با رویکردی به درون جامعه ایران درمی‌یابیم که متأسفانه کشور ما آمار و ارقام جامعی درباره وضعیت اختلالات روانی نداشته و برنامه جامعی هم برای مقابله با آ این مشکلات ندارد. آنچه در دسترس است پژوهش‌های صورت گرفته از طرف سازمان جهانی بهداشت² است که نشان می‌دهد 20 درصد جمعیت ایران دچار

1. Social Capital

2. World Health Organization (WHO)

اختلالات روانی هستند» (سازمان بهداشت جهانی، 2004، 10 به نقل از توکل و همکاران، 1390، 170).

با توجه به این نتایج و همگام با رویکرد سازمان جهانی بهداشت خانواده باید زیربنای سلامت عاطفی فرد را شناخت و آن را عامل مهمی در کاهش هزینه‌های روان‌شناختی محسوب کرد. اعضای خانواده تأثیر عاطفی محسوسی بر مسائل خانوادگی خواهند داشت. کیفیت سلامت عاطفی و روانی زوجین در خانواده از طریق ازدواج مشخص خواهد شد و یک ازدواج موفق به واسطه مهیا نمودن برخی از عوامل مطلوب و مهم نظیر یافت یک همراز، یک دوست، احساس محبوب بودن و محترم بودن به‌عنوان یک انسان موجب سلامتی عاطفی می‌شود. پولین دریافت که «ارتباط زناشویی صمیمانه و مستحکم، از زوجین در برابر فشارهای خاص زندگی محافظت می‌کند. از سوی دیگر جای که هیچ‌گونه حمایت، روابط متقابل، مستحکم و برابر وجود ندارد یکی از زوجین (به‌ویژه زنان) احساس ناخرسندی و محرومیت عاطفی می‌کند» (تاسیگ و دیگران، 1386، 118).

امروزه مشکلات بهداشت روانی و عاطفی یکی از گرفتاری‌های مهم نهاد خانواده است که در حال افزایش است. کارشناسان این حوزه براین باورند که سلامت روانی نیاز اساسی و حیاتی برای بهبود کیفیت زندگی انسان، قایبیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تعارض و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب است. سلامت روان صرفاً نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنادار است. نظریه سرمایه اجتماعی که به‌جای تأکید بر متغیرهای فردی از قبیل شخصیت بر نحوه تأثیر کیفیت، محتوا و ساختار روابط اجتماعی بر انتقال منابع متمرکز باشد، بیان‌کننده این موضوع است که روابط اجتماعی ابزاری هستند که از طریق آن‌ها سرمایه‌گذاری‌های اجتماعی شکل می‌گیرند؛ «سرمایه اجتماعی از سوی دیگر، بر منابع نهادی از قبیل کار، خانواده، مدرسه، همسایه‌ها و محله - تمرکز و مطرح است روابطی که از طریق سرمایه اجتماعی ایجاد می‌شود، برای افراد بسیار مهم تلقی می‌شوند و باعث عمیق‌تر شدن تعهدات و احترام متقابل بین افراد می‌شود که آن‌هم بنیان و اساس کنترل اجتماعی غیررسمی را تشدید می‌کند» (رایت و همکاران، 2001، 2 به نقل از خیرالله پور، 1383، 51).

بررسی‌های صورت گرفته نشانگر آن است که روابط و پیوندهای اجتماعی عامل ارتباط عاطفی در بین افراد بوده و باعث احساس امنیت بیشتر می‌شود. بدون شک، انسان‌هایی که احساس امنیت بیشتری دارند، از سلامت روانی بهتر و بالاتری برخوردارند. به همین دلیل، عنوان شده است که هر چه پیوستگی اجتماعی بیشتر باشد، دستیابی به جامعه سالم سهل‌الوصول‌تر است. مطالعات صورت گرفته حاکی از آن است که بین شاخص‌های اجتماعی با سلامت و نیز پیوستگی منفی با نرخ مرگ‌ومیر وجود دارد. در این میان، اعتماد تأثیرات قابل‌توجهی بر سلامت دارد. چراکه اعتماد اضطراب را کاهش داده و نوعی احساس تداوم و نظم در رویدادها و امنیت وجود را در فرد به وجود می‌آورد. این شرایط با تعریف سلامت که آن را مجموعه‌ای از استعدادها و روانی برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کارکردن و انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های دشوار و داشتن توانایی بازیابی تعادل می‌داند هماهنگ است «با شناسایی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی می‌توان از طریق فرهنگ‌سازی صحیح، میزان اعتماد، مشارکت، شاخص‌های درون‌گروهی و برون‌گروهی سرمایه اجتماعی را بالا برد به تبع آن سلامت روانی افراد از جمله کاهش (استرس، رویدادهای پرتنش، اختلال در تعامل اجتماعی، افسردگی، اضطراب و کارکرد اجتماعی و...) را در بین زوجین کاهش داد.

شواهد زیادی وجود دارد که بیانگر این است که «سرمایه اجتماعی تأثیر مثبتی بر جنبه‌های مختلفی از سلامت فیزیکی و روانی افراد دارد. حضور سرمایه اجتماعی می‌تواند اعتمادبه‌نفس را بالا ببرد، حمایت اجتماعی را فراهم کند، افراد را در دستیابی به منابع کمک کند و سپری در مقابل وقایع پر دغدغه زندگی باشد» (کمپل، 1999 به نقل از شارع پور وهمکاران، 1393، 81) رز براین باور است که «سرمایه اجتماعی صرفاً از طریق عضویت در نهادها به دست می‌آید و شبکه‌ها سرمایه اجتماعی به‌طور خاص در فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقش مؤثری دارند» (Rose, 2000: 1423).

آن‌گونه که مطالعات نشان می‌دهند در ایران در سال‌های اخیر مواجهه با رشد روزافزون شیوع اختلالات روانی و رفتاری هستیم، چنان‌که، بر اساس اولین مطالعات انجام‌شده درباره سلامت روان در طول دهه 40، میزان شیوع اختلالات روانی بین 11/9 تا 18/6 درصد برآورد شده است. داویدیان، (1353) در مطالعاتی که در دهه 1370 صورت گرفته، شیوع این اختلالات بین 12/5 تا 30/2 درصد متغیر و رشد روزافزونی داشته، چنان‌که درصد قابل‌توجهی (34/2) از افراد 15 ساله و بیش‌تر را در برمی‌گیرد

(نوربالا و باقری یزدی، 1380) و این مقدار نسبت به سال 1387 برابر با 1/7 شده است. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن است که مقادیر مذکور همواره بین زنان و مردان دارای تفاوت فراوانی بوده چنان‌که زنان 1/3 برابر مردان (9/37 درصد زنان و 6/28 درصد مردان) در خطر ابتلا به اختلالات روانی قرار دارند (نوربالا و همکاران، 1389 به نقل از سیدان و عبدالصمدی، 1390، 231). همچنین دیگر بررسی‌های اپیدمیولوژیک انجام‌شده در ایران و سایر کشورها، شیوع این‌گونه اختلالات را در زنان همواره بالاتر از مردان گزارش نموده، چنان‌که تفاوت میزان شیوع اختلال‌های روانی در زنان 2 تا 3 برابر مردان گزارش شده است (سیدان و عبدالصمدی، 1390، 231) علاوه بر شیوع قابل‌توجه اختلالات روانی در زنان و مردان ایرانی، که همواره نسبت آن در زنان بیش از مردان گزارش شده، نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند در جامعه در حال گذاری چون ایران، سرمایه اجتماعی دچار فرسایش شده و منبع اصلی بروز و ظهور آسیب‌های اجتماعی است.

چنان‌که پژوهش‌ها نشان می‌دهد شیوع سلامت روانی و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی رابطه منسجمی دارد. برای مثال، صابری فر (1394) در مقاله‌ای با عنوان بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان شهروندان (نمونه موردی شهر مشهد) سرمایه اجتماعی با متغیرهای اصلی چون اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و هنجارهای اجتماعی نوعی امنیت و آسودگی خاطر در شهروندان ایجاد کرده و این امر در بهبود امنیت روانی و سلامت روان خود را نشان می‌دهد. در واقع، با تقویت این سرمایه مهم و اساسی، فرد به قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن، آگاهی از درون و احساسات خود صادقانه‌تر برخورد نموده و توانمندی بیشتری برای مقابله با بحران‌های احتمالی به دست می‌آورد. همچنین نکونام، احمدی و عباسی چری (1394) در تحقیقی به‌عنوان بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی (درون‌گروهی و برون‌گروهی) بر سلامت روان دانشجویان (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه تبریز) به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی درون‌گروهی در بین دانشجویان بالاست و این امر نشان‌دهنده این است که دانشجویان مورد مطالعه از پیوندهای اجتماعی نیرومندی که مبتنی بر روابط خانوادگی، خویشاوندی، جنسیت، قومیت و دین ناشی می‌شود نیز برخوردارند و سرمایه اجتماعی میان گروهی را می‌توان به‌عنوان پیوندهای بین اجتماع که شکاف‌های گوناگون مبتنی بر دین، طبقه، قومیت، جنسیت و موقعیت‌های مختلف

اجتماعی و اقتصادی را پر می‌کند نام برد؛ بنابراین سرمایه اجتماعی برون گروهی در بین دانشجویان متوسط روبه بالاست. تحقیق دیگری که توسط حیدری (1394) با عنوان عزت نفس به مثابه میانجی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی مورد مطالعه زنان و مردان متأهل شهر یاسوج صورت گرفته است نتایج حاکی از این است که بر اساس نتایج آزمون همبستگی دومتغیره پیرسون، متغیرهای رضایت اجتماعی، عزت نفس، حمایت اجتماعی، به ترتیب، بالاترین همبستگی‌های مثبت و مستقیم را با احساس سلامت پاسخگویان داشته‌اند. همچنین، همبستگی متغیرهای تعامل با خویشاوندان، رابطه با دوستان و دیدوبازدیدهای دوره‌ای با احساس سلامت پاسخگویان مثبت و معنی‌دار بوده است؛... بر اساس نتایج آزمون تحلیل مسیر، تأثیر متغیرهای عزت نفس و میزان رابطه با دوستان بر احساس سلامت مستقیم و مثبت؛ تأثیر متغیرهای رضایت اجتماعی و روابط خانوادگی به دو گونه مستقیم و غیرمستقیم؛ تأثیر متغیرهای دید و بازدیدهای دوره‌ای، مشارکت مذهبی، سن و روابط همسایگی بر احساس سلامتی غیرمستقیم و از طریق ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی یا عزت نفس بوده است. علاوه بر این تحقیق دیگری که توسط کیوان آراء، حقیقتیان و علی بابایی شهرکی (1393) با عنوان بررسی رابط سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین دانشجویان شهرکرد صورت گرفته است نتایج نشان می‌دهد که هر چه قدر فرد اعتماد بیشتری نسبت به بستگان دور و نزدیک، دوستان و همسایگان هم‌محله‌ای‌های خود داشته باشد از نظر بهزیستی روانی در سطح مطلوب‌تری قرار دارد. نتایج حاصل نشان داد که گسترش اعتماد میان افراد و در گسترش دامنه و روابط اجتماعی فرد، فشار روانی برآمده از چنین شرایطی را کاهش می‌دهد؛ بنابراین با گسترش اعتماد میان افراد و در نتیجه گسترش دامنه و روابط اجتماعی فرد، فشار روانی برآمده از چنین شرایطی کاهش می‌یابد.

کاواچی¹، کندی² و گلس³ (2014) در تحقیقی با عنوان رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت نشان دادند که عوامل سطح فردی از قبیل درآمد پایین، کم‌سواد، مصرف دخانیات با وضع نامناسب سلامت همبستگی دارد. داگلاس و دیگران، (2013) در مقاله‌ای با عنوان، سرمایه اجتماعی و سلامتی در اندونزی "نقش سرمایه اجتماعی در سلامت فیزیکی و روانی 10000 نفر از افراد بزرگسال اندونزیایی که از سال‌های 2007 تا

1.Kawachi

2.Kennedy

3.Glass

2012 در پیمایش‌های خانواده شرکت داشتند، بررسی شد. در راستای تعیین نقش سرمایه اجتماعی، در ایجاد سلامتی، ابتدا روابط درونی سرمایه اجتماعی و سرمایه انسانی در ایجاد سلامتی، در نظر گرفته شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین سطح سرمایه اجتماعی و سلامتی، رابطه‌ای مثبت وجود دارد، اما شواهد محکمی برای اثبات رابطه بین سرمایه اجتماعی و انسانی با سلامت روانی دیده نشد. هارفام¹ گرت² و رودریگز³ (2012) رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی جوانان 15 تا 25 ساله در شهر کالی کلمبیا مورد مطالعه قرار داده و نتایج بیانگر این است که بعد شناختی سرمایه اجتماعی (هنجارها و جنبه‌های ذهنی) به نسبت بعد ساختاری سرمایه اجتماعی (شبکه روابط اجتماعی) تأثیر بیشتری بر سلامت روانی دارد. در یک بررسی تطبیقی، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت افراد در منطقه کیل برن⁴ و بلایراتول⁵ که از لحاظ شرایط اقتصادی و اجتماعی از جمله میزان تحصیلات، میزان درآمد و مشارکت‌های اجتماعی از وضعیت مناسبی برخوردار نبودند، با مناطق جنوب استرالیا و شهر بزرگ آدلاید بررسی شد. نتایج پژوهش نشان دادند که بین سرمایه اجتماعی و سلامت افراد رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که افراد ساکن در دو منطقه کیل برن و بلایراتول که از اعتماد و مشارکت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بودند در مقایسه با ساکنان جنوب استرالیا و شهر آدلاید در سطح پائین‌تری از سلامت قرار گرفتند (Taylor & Eitel, 2012).

نظریه‌های مختلفی در سطوح متفاوت از بعد جامعه‌شناختی در حوزه سرمایه اجتماعی به کاررفته است. «از سرمایه اجتماعی تعاریف گوناگونی شده است که وجه مشترک آن‌ها را می‌توان تأکید بر پیوندهای ذهنی و عینی کنشگران دانست. پاکستون⁶ (1999) عضویت در شبکه روابط اجتماعی - که جنبه‌ای از ساخت اجتماعی است - جز عینی سرمایه اجتماعی را می‌سازد و متغیرهایی نظیر اعتماد و حمایت اجتماعی به عنوان جزء ذهنی سرمایه اجتماعی شناخته شده است» (رضوی زاده وهمکاران، 32، 1391) با توجه به نظر جیمز کلمن⁷ در مورد سرمایه اجتماعی اعتماد اجتماعی و تعهد اجتماعی بعد شناختی سرمایه اجتماعی را تشکیل می‌دهند و ابعاد تعلقات اجتماعی و تعاملات اجتماعی

1. Harpham,

2. Grant

3. Rodrigues

4. Kilburn

5. Blair Athol

6. Paxston

7. J. Colman

بعد ساختاری را سنجش می‌کنند. منظور از بعد شناختی «وجود میزانی از اعتماد، تعهد اجتماعی و سایر عناصر چون (صداقت، همبستگی درون گروهی، میزان زمان باهم بودن، انتقادپذیری و...) است که کیفیت روابط اجتماعی بین همسران را شامل می‌شود. در حالی که در بعد ساختاری کمیت روابط اجتماعی سنجیده می‌شود. در این بعد شبکه اجتماعی فرد بررسی می‌شود که عضویت فرد در گروه میزان همکاری، تنوع فعالیت‌های جمعی، تعداد افرادی که فرد می‌شناسد، انواع ارتباطات، شعاع ارتباطات، تعداد و اندازه شبکه‌های اجتماعی فرد مورد اندازه قرار می‌گیرد.» (کلمن، 1377، 475) طبق نظریه کلمن باید اشاره به این کرد که احساس رضایت از زندگی با متغیرهایی همچون سرمایه اجتماعی، سن، شغل، تحصیلات، ثروت، تاهل، تعداد فرزندان و جنسیت افزایش می‌یابد. نان لین¹ هم سرمایه اجتماعی را متغیر مؤثری بر سلامتی می‌داند. وی سه نتیجه برای سرمایه اجتماعی ذکر می‌کند. سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی. لین (1986) سه لایه از قیود اجتماعی را به‌عنوان دایره متحدالمركز کشف کرد. قیود پیوندی²، آوندی³ و هم آوندی⁴. از نظر وی قیود پیوندی منجر به قیود آوندی و هم آوندی خواهد شد. قیود پیوندی اشاره به تعداد تماس‌های افراد می‌کند که در طی شبانه‌روز فرد با چند نفر تماس دارد. قیود آوندی اشاره به سنجش کمیت و کیفیت روابط فرد در شبکه‌های اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد یعنی فرد چه کسانی را می‌شناسد و چه کسانی او را می‌شناسند و یا فرد چقدر می‌تواند روی کمک مالی، عاطفی، اطلاعاتی و... دیگران در زمان سختی حساب باز کند (حمایت عاطفی) در قیود هم آوندی به عضویت و مشارکت فرد در نهادها، گروه‌ها و انجمن‌های داوطلبانه، اشاره می‌کند؛ و مسئولیت فرد در آن‌ها را می‌سنجد. (Lin & et al, 2007: 14) با توجه به این قیود می‌توان نقش سرمایه اجتماعی (درون گروهی، برون گروهی و نهادی) را در سلامت روانی افراد مورد ارزیابی قرارداد. وی معتقد است که «این سه مفهوم در عدم افسردگی و مبتلا نشدن به بیماری روانی نقش مهمی دارند زیرا باعث افزایش احساس کنترل بر زندگی روزمره می‌شوند که پیامد آن احساس خوشبختی و آسودگی خیال خواهد شد» (علی‌وردی نیا، وهمکاران، 1387، 115).

1.N.Lin

2.Bonding ties

3.Bridging ties

4.Linkng ties

از تلفیق دو نظریه اجتماعی کلمن و نان لین می‌توان چند مفهوم سرمایه اجتماعی در نظر گرفت که بر سلامت روانی تأثیر گذارند.

الف) سرمایه درون‌گروهی ساختاری: اشاره به روابط غیررسمی، چهره به چهره و بادوام و شدیدی می‌کند که در خانواده وجود دارد. اشاره به وسعت، شدت پیوندها و روابط درون خانواده این نوع مفهوم می‌کند که شامل میزان تعاملات بین همسران، میزان حضور در منزل، باهم بودن، میزان گفتگو، تفریح و سرگرمی با یکدیگر را در برمی‌گیرد.

ب) سرمایه برون‌گروهی ساختاری: به روابط عینی و پیوندهای خارج از خانه افراد اشاره می‌کند که شامل ارتباطات اجتماعی (مانند میزان رفت‌وآمد خانوادگی، بین نسلی، ارتباط با اقوام و آشنایان و ارتباط با همسایگان و...) می‌شود.

ج) سرمایه درون‌گروهی شناختی: شامل این بخش از سرمایه است که به اعتماد و بده بستان‌ها و هنجارها و ارزش‌های خانواده اشاره می‌کند؛ و کنش‌های متقابل بین زوجین را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این بخش از سرمایه اشاره به سطح انتظار همسران از هم اعتماد، به هم، همبستگی، تعهد و مسئولیت، توافق ارزشی، صداقت و درستکاری در روابط زناشویی، بده بستان‌ها، نحوه تقسیم‌کار خانگی، توافق ارزشی با یکدیگر می‌شود.

د) سرمایه برون‌گروهی شناختی: اشاره به فکر و احساس افراد می‌کند (به‌عنوان مثال آیا آن‌ها با سایر افراد اعتماد دارند؟) این بعد از مفهوم سرمایه اشاره به اعتماد به افراد دور یا نزدیک خارج از خانواده می‌کند، همکاری و حمایت اجتماعی را مدنظر قرار می‌دهد.

ه) سرمایه نهادی شناختی: شامل این بعد از سرمایه اجتماعی است که به عضویت فرد در گروه‌ها، انجمن‌های دولتی و داوطلبانه اشاره می‌کند و میزان مشارکت افراد در این گروه‌ها را موردسنجش قرار می‌دهد.

و) سرمایه نهادی ساختاری: این بعد از مفهوم سرمایه اشاره به اعتماد به مؤسسات و نهادهای دولتی و صنفی می‌پردازد؛ و شامل مولفه‌هایی چون میزان اعتماد به گروه‌ها و مشاغل، نهادهای رسمی و سازمان‌های دولتی، انجمن‌های داوطلبانه و درنهایت اعتماد به عموم مردم را موردسنجش قرار می‌دهد.

- پژوهش حاضر در پی مطالعه و تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت روانی همسران است. این پژوهش سعی در نائل شدن به اهداف ذیل را دارد:
- 1- تعیین رابطه و تأثیر جامعه‌شناختی، رابطه سرمایه اجتماعی به سلامت روانی زوجین
 - 2- تعیین میزان هر یک از مولفه‌های سرمایه اجتماعی (ساختاری- شناختی) در بین زوجین جامعه مورد مطالعه.
 - 3- تعیین میزان بهره‌مندی از سلامت روانی و سرمایه اجتماعی برحسب جنسیت زوجین
 - 4- تعیین راهکارها و راهبردهایی در جهت افزایش سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در محیط خانواده به صورت کاربردی و عملیاتی.

همچنین می‌توان فرضیه‌های ذیل را برای بررسی رابطه بین متغیرها بیان کرد:

به نظر می‌رسد بین سرمایه اجتماعی با سلامت روانی همسران رابطه وجود دارد.

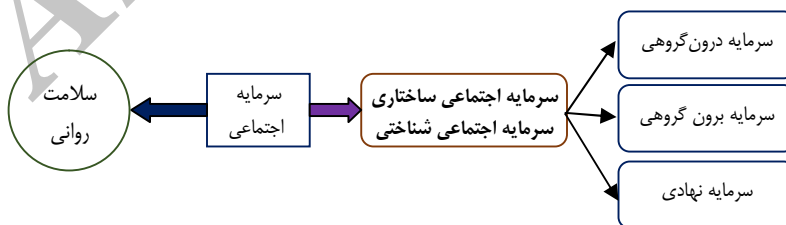
به نظر می‌رسد بین سرمایه اجتماعی ساختاری (درون گروهی- برون گروهی- نهادی) با سلامت روانی همسران رابطه وجود دارد.

به نظر می‌رسد بین سرمایه اجتماعی شناختی (درون گروهی- برون گروهی- نهادی) با سلامت روانی همسران رابطه وجود دارد.

به نظر می‌رسد بین جنسیت زوجین با سرمایه اجتماعی و سلامت روانی آن‌ها تفاوت وجود دارد.

بر اساس متغیرهای انتخاب شده از نظریات فوق و با توجه به ماهیت موضوع، برای ساختن چارچوب نظری تحقیق از مدل ترکیبی نظریه‌های جیمز کلمن و نان لین بهره گرفته شده است.

بنابراین در شکل ذیل می‌توان مدل تحقیق این پژوهش را این گونه ترسیم کرد.



شکل 1: مدل تحلیلی تحقیق (نگارنده)

ابزار و روش

در این تحقیق، از روش پیمایش کاربردی استفاده شده است. جامعه آماری شامل زوجین در شهر مذکور در سال 1394 هست؛ که طبق آخرین سرشماری از اداره ثبت‌احوال شهرستان بیرجند تعداد کل زوجین 5263 نفر (ازدواج شهری) بین سال‌های 1390 تا 1394 بوده است و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، برابر با 381 نفر انتخاب شده‌اند. در این پژوهش سعی بر این بوده است که از روش نمونه‌گیری تصادفی - خوشه‌ای استفاده کنیم. براین اساس با توجه به تعداد حجم نمونه بدست آمده از جامعه مورد مطالعه به صورت تصادفی تعدادی از افرادی که در بین سال‌های 1390 تا 1394 ازدواج کرده‌اند و در دو منطقه شهری بیرجند که دارای ده محله شهری است سکونت داشته‌اند پرسشگران به درب منازل شهروندان مراجعه کرده‌اند و ابتدا این سوال را مورد پرسش قرار داده‌اند که آیا دارای زوج جوانی بوده‌اند که بین سال‌های مذکور (94-90) ازدواج کرده‌اند، در صورت تأیید از زوجین و یا یکی از زوجینی که در زمان مراجعه حضور داشته‌اند سوال‌های مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفته است. در صورتیکه زوجین مربوطه در آن منزل وجود نداشته‌اند، به صورت یک درمیان به منزل شهروند بعدی مراجعه شده است بر این اساس سعی بر این بوده است که پاسخگویان مورد نظر درمیان تمام بلوک‌های و محله‌های مناطق شهری مورد مطالعه قرار داده‌ایم تا حجم جمعیت نمونه تحقیق تکمیل گردد. اطلاعات مورد نیاز از زوجین با استفاده از فن پرسشنامه مصاحبه‌ای (خود محقق ساخته) جمع‌آوری شده است. ملاحظات اخلاقی در این نوع مطالعه رعایت شده است.

در این تحقیق پس از تکمیل پرسشنامه در یک نمونه‌ی 35 نفری اقدام به احتساب ضریب آلفای کرونباخ مقیاس پرسشنامه گردیده است پایایی کل تحقیق بر اساس جدول آلفای کرونباخ برای متغیر وابسته و متغیرهای مستقل برابر با 0/75 آمده که نشان از پایایی و ثبات خوبی است. برای سنجش روایی نیز از ضریب کروییت در تحلیل عاملی بهره گرفته شد و هر گزینه‌ای که کمتر از 2% داشت حذف شد. در مجموع ضرایب خرده مقیاس‌ها بالا بود که در جدول سطور ذیل می‌توان روایی و پایایی متغیرها را مشاهده کرد.

جدول 1: خلاصه‌ای از ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته

میزان واریانس	روایی			پایایی آلفای کرونباخ	متغیرها
	Sig	کرویت بارتلت	شاخص kMO		
%62	0/000	5254/690	%88	%86	سلامت روانی
%50	0/000	70/067	%50	%61	سرمایه درون‌گروهی ساختاری
%73	0/000	408/354	%77	%83	سرمایه برون‌گروهی ساختاری
%54	0/000	1326/4	%81	%70	سرمایه درون‌گروهی شناختی
%61	0/000	21603/10	%84	%80	سرمایه برون‌گروهی شناختی
%51	0/000	1587/424	%80	%78	سرمایه نهادی ساختاری
%68	0/000	4896/138	%81	%85	سرمایه نهادی شناختی

از سوی دیگر، اعتبار پرسشنامه مذکور مبتنی بر چارچوب نظری (اعتبار سازه) به‌دست‌آمده است. مقدار آزمون kMO برای شاخص‌های سلامت روانی (0/88) و در مجموع سرمایه اجتماعی برابر با (0/75) به‌دست‌آمده است که می‌توان نتیجه گرفت که داده‌ها در همه شاخص‌ها قابل‌تقلیل به تعدادی عوامل بنیادی هستند و نتیجه آزمون بارتلت نیز در هر پنج سازه نام‌برده شده، در سطح خطای کوچک‌تر از 0/000 معنی‌دار است نشان از این دارد که ماتریس همبستگی بین گویه‌ها همانی و واحد نیست، از یک‌طرف بین گویه‌های داخل هر عامل همبستگی متوسط و خوبی وجود دارد و از طرف دیگر بین گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر هیچ‌گونه همبستگی مشاهده نمی‌شود که نشان از اعتبار این سازه‌ها در تحقیق دارد. همچنین پاسخگویان بر اساس آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از آماره‌هایی چون: آزمون T، ضریب پیرسون، رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. با توجه به متغیرهای بیان‌شده نحوه سنجش مفاهیم و متغیرهای تحقیق در سطور ذیل بیان شده است

سلامت روانی: برای سنجش این مفهوم از پرسشنامه استاندارد شده SCL-90-R استفاده شده که پرسشنامه مذکور خود دامنه گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی را دربرمی‌گیرد که پاسخ هر یک از سؤالات بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (1-5) طراحی شده که میزان هیچ‌گونه ناراحتی (0) و شدت ناراحتی (5) در نظر گرفته شده است. در این پرسشنامه ابعاد 9 گانه (شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و روان‌پریشی) مورد مطالعه قرار می‌گیرد اما با توجه به شیوع ناراحتی‌های روانی در بین افراد جامعه در این تحقیق شایع‌ترین

ناراحتی‌ها از جمله (افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و حساسیت در روابط فردی به‌عنوان نشانگان جسمانی و بیماری‌های روانی) از پاسخگویان سؤال شده است. سرمایه اجتماعی: همان‌طور که در سطور قبل اشاره شد این متغیر از تلفیق نظریه‌های جیمز کلمن و نان لین در شش بعد (درون‌گروهی و برون‌گروهی) مورد اندازه‌گیری و سنجش از سوی پاسخگویان قرار گرفته است. حال با توجه به این متغیرها و بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی و خانوادگی زوجین در بخشی از پرسشنامه که توسط خود محقق سؤالات ساخته شده است، 7 مولفه شامل (جنسیت، سن، سن ازدواج، پایگاه اقتصادی و اجتماعی (درآمد، تحصیلات، شغل) افراد همزیست با خانواده، وضع فعالیت، نوع مسکن و...) مورد تحقیق قرار گرفته است.

یافته‌ها

در تحقیق حاضر از بین شاخص‌های آمار توصیفی به یاری شاخص‌های فراوانی، درصد نسبی، میانگین متغیرها نتایج قابل‌توجهی را به‌دست‌آمده است. در این تحقیق مهم‌ترین متغیر زمینه‌ای سن، درآمد، تحصیلات و شغل بوده است که از ترکیب این سه متغیر، شاخص پایگاه اقتصادی و اجتماعی ساخته شده است. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب گروه سنی و سطح پایگاه اقتصادی و اجتماعی آن‌ها در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول 2: توزیع فراوانی متغیرهای زمینه‌ای

سن	بیش‌ترین فراوانی در گروه سنی 25 تا 29 سال و کمترین فراوانی در گروه سنی 30 تا 34 سال
پایگاه اقتصادی و اجتماعی	28/3 درصد پایگاه بالا، 54/7 درصد در سطح متوسط و 17 درصد در سطح پایگاه اقتصادی و اجتماعی پایین

یافته‌های جدول 3 نشان می‌دهند که بیش‌ترین درصد فراوانی در گروه سنی 25 تا 29 سال (32/5) و کمترین درصد فراوانی مربوط به گروه سنی 30 تا 34 سال (12/7) هست. جدول فوق سطح پایگاه اقتصادی و اجتماعی زنان را نیز نشان می‌دهد. از مجموع داده‌ها 28/3 درصد پایگاه بالا داشته، 54/7 درصد پایگاه متوسطی را داشته‌اند و 17 درصد پایگاه پایینی را داشته‌اند.

از نظر جنسیت 48/2 درصد پاسخگویان مرد و 51/8 درصد پاسخگویان زن¹ بوده‌اند. میانگین سنی در هنگام ازدواج برای مردان 25/4 سال و میانگین سنی برای زنان 21/09 سال بوده است، به لحاظ وضعیت مسکن 28 درصد در منازل شخصی، 40 درصد در منازل اجاره‌ای، 10 درصد در منازل سازمانی و 22 درصد در منازل خویشاوندان و آشنایان زندگی می‌کردند. بالغ‌بر 75 درصد زوجین به‌صورت مستقل از خانواده‌های شان تشکیل زندگی داده بودند. بیشتر زنان تحصیلاتی بین فوق‌دیپلم (25/6) تا کارشناسی (56/2) داشته‌اند و سطح تحصیلات مردان بیشتر از (72/3) درصد در مقطع کارشناسی در هنگام ازدواج بوده است.

در مورد متغیر وابسته (سلامت روانی) یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین سلامت روانی زوجین (بر اساس طیف لیکرت بین 1 تا 5) 2/65 بیان‌شده است که در حد متوسط روبه پایین است. نتایج حاصله از پرسشنامه استانداردشده سلامت روانی بیانگر این است که اغلب زنان جامعه مورد مطالعه نمره افسردگی آن‌ها به نسبت نمره اضطراب، پرخاشگری بیشتر است، در صورتی که نمره پرخاشگری و سپس اضطراب مردان، به نسبت مولفه‌های دیگر ذکرشده سلامت روانی بیشتر بوده است. با توجه به تحقیق ملی که نوربالا و همکارانش (1389) ذکر کرده‌اند، اکثر همسران در زندگی زناشویی از این مولفه‌ها رنج‌برده و دچار نشانه‌های جسمانی از بیماری‌های روانی هستند.

میانگین متغیر رضایت زناشویی در حد متوسط 2/38 بوده است که یافته‌ها بیانگر این است که زوجین رضایتی در حد متوسط از اوضاع زندگی زناشویی دارند. متغیر اصلی تحقیق سرمایه اجتماعی خانواده در مجموع در حد متوسط 2/56 بوده است. با توجه به تلفیق نظریه‌های سرمایه اجتماعی کلمن و نان لین در بحث چارچوب نظری باید و اشاره به خرده مقیاس‌های این متغیر اثر گذار بر وابسته باید در بحث آمار توصیفی پاسخگویان نسبت به خرده مقیاس‌های این متغیر اشاره به این کنیم که مولفه‌های سرمایه درون‌گروهی شناختی که روابط و تعاملات زوجین (اعتماد زوجین به یکدیگر، صداقت، صمیمیت، نحوه تقسیم‌کار خانگی، تعهد و مسئولیت، انتظارات متقابل، فداکاری،

1- با توجه به اینکه در زمان مراجعه برای جمع‌آوری اطلاعات با یکی از زوجین ملاقات داشته‌ایم که ممکن است همسر این زوج در دسترس نبوده‌اند آمار توصیفی متغیر جنسیت به این دلیل برابر نبوده است به همین دلیل سعی بر تناسب جنسیتی به صورت برابر بوده است و با نهایت دقت در کار سعی بسیاری شده است. ولیکن آمارها با اختلاف بسیار کمی نزدیک بهم مشخص شده است.

انتقادپذیری و توافق ارزشی و...) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد در حدود 3/05 بوده است. در واقع براساس یافته‌های آماری توصیفی روابط و تعامل‌های زوجین با یکدیگر در زمینه‌های زندگی مشترک در حد متوسط است که باید بیشتر به مولفه‌های سرمایه اجتماعی درون‌گروهی جهت تحکیم پیوند زندگی زناشویی و آرامش در زندگی حمایت‌های متعددی صورت گیرد. سرمایه ساختاری درون‌گروهی زوجین که شامل (مدت‌زمان حضور در منزل برای هم مدت گفتگو، مدت تفریح و...) بوده است آمارها بیانگر این است که در حد متوسط روبه‌پایینی (2/13) بر اساس طیف لیکرت بین 1 تا 5 است، این شاخص از حد متوسط که 3 است هم پایین است، بنابراین برای زوجین میزان تعاملات و حضور در منزل، گفتگو در مورد مسائل مختلف زندگی کم‌رنگ است. و باید تقویت گردد.

سرمایه ساختاری برون‌گروهی که شامل میزان تماس و ارتباط فرد در خارج از خانه (مانند تکان دادن سر، مکالمه تلفنی، بلند کردن دست به نشانه سلام، مکالمه حضوری و...) در حدود 1/28 بوده است که در حد بسیار پایینی است. سرمایه برون‌گروهی شناختی که شامل حمایت و اعتماد به دیگران، اقوام، آشنایان، دوستان و همکاران و هم‌ولایتی‌ها و... می‌شود 3/15 در حد متوسط روبه‌بالا بوده است. بر این اساس مباحث نظری بحث شبکه‌های اجتماعی که جزء عینی سرمایه اجتماعی است و بیشتر افراد در تلاش هستند که اعتماد و نظر دیگران را به صورت ظاهری در مورد زندگی فردی و زناشویی خود کسب کنند و یا اذهان دیگران را به نسبت زندگی خود به سمت مثبت سوق دهند تلاش بیشتری بر روی اجزاء بیرونی و عینی سرمایه اجتماعی به نسبت اجزای درون‌گروهی روابط زناشویی می‌کنند.

میزان سرمایه ساختاری نهادی (میزان عضویت فرد در گروه‌ها و انجمن‌ها داوطلبانه) بر اساس طیف لیکرت (1 تا 5) در حدود 2/56 در حد متوسط بوده است. همچنین میزان سرمایه نهادی شناختی شامل (میزان اعتماد به اصناف و مشاغل، اعتماد به نهادهای رسمی و غیررسمی، اعتماد به انجمن‌ها داوطلبانه، اعتماد به عموم مردم و...) بر اساس طیف لیکرت (1 تا 5) در حدود 3/20 به‌دست‌آمده است که دارای حد متوسط روبه‌بالا است. با توجه به این بحث در حوزه چارچوب نظری باید اشاره کرد که افراد پاسخگو با توجه به ساختار فرهنگی و اجتماعی محدود و برخورداری از روحیه محافظه‌کاری و از سوی دیگر با توجه به پیوندهای عمیق و روابط اجتماعی محلی در عرصه

عمومی و اجتماعی زندگی برای مردم را به نسبت زندگی برای خود ترجیح می دهند و نسبت به خرده مقیاس های میزان سرمایه شناختی و ساختاری نهادی شده سرمایه اجتماعی بسیار با احتیاط به سوالات پاسخ می داده اند.

با توجه به سطوح متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سلامت روانی زوجین و همچنین آزمون رگرسیون چند متغیره (مطالعه‌ی میزان اثر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته) استفاده شده است.

جدول 3: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

P-value	ضریب پیرسون	متغیر مستقل	متغیر وابسته
0/01	0/45	سرمایه اجتماعی	3 3 3 3 3 3 3 3
0/000	0/37	سرمایه درون گروهی شناختی	
0/001	0/21	سرمایه برون گروهی شناختی	
0/001	0/18	سرمایه نهادی شناختی	
0/15	0/10	سرمایه درون گروهی ساختاری	
0/26	0/07	سرمایه برون گروهی ساختاری	
0/57	0/03	سرمایه نهادی ساختاری	

با توجه به یافته‌های تحقیق باید اشاره به این کرد که در آزمون فرضیه‌های تحقیق متغیرهای سرمایه درون گروهی شناختی، برون گروهی شناختی و نهادی شناختی کوچک‌تر از 0/05 است بنابراین بین این متغیرها و سلامت روانی همبستگی معناداری مشاهده می‌شود. یافته‌ها بیانگر این است که هرچه سرمایه اجتماعی افزایش یابد سلامت روانی (از طریق کاهش میزان افسردگی، اضطراب) در حال افزایش خواهد بود؛ به عبارت دیگر هرچه همسران در زندگی زناشویی تعاملات بیشتر، اعتماد بیشتر، صداقت، صمیمیت، تعهد، همکاری و تحمل انتقادی بیشتری نسبت به هم داشته باشند از سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بالایی در زندگی مشترک برخوردارند. در واقع در زندگی نسبت به دیگران دور و نزدیک خود اعتماد بیشتری داشته باشند و از حمایت اجتماعی آنان در موقع ضروری برخوردار باشند و یا به توانند به عموم مردم جامعه و انجمن‌های داوطلبانه اعتماد بیشتری بکنند، در نتیجه از میزان سلامت روانی بالاتری در زندگی برخوردارند. در واقع با توجه به اهمیت و ضرورت روابط محلی به جای ضوابط بر رفتارهای حاکم بر روابط شهروندان این استان کوچک، به مولفه‌ها و خرده مقیاس های سرمایه برون

گروهی شناختی به نسبت سایر خرده مقیاس های تلفیقی سرمایه اجتماعی مطرح شده در چارچوب نظری اهمیت می دهند و بیشتر اثر گذاری را بر سلامت روانی حتی در بحث زندگی درون گروهی خود می دانند.

با توجه به جدول بالا باید اشاره به این کرد که انواع سرمایه‌های ساختاری با سلامت روانی رابطه همبستگی معناداری نداشته‌اند زیرا میزان ضریب P-value به دست آمده بر اساس آزمون پیرسون بیشتر از 0/05 است، به این ترتیب سرمایه درون گروهی، برون گروهی و نهادی و ساختاری نقشی در سلامت روانی زوجین ندارد. یافته‌های جدول حاکی از این است که روابط افراد باهم (زوجین) همسران با دیگران دور و نزدیک (آشنایان و غریبه‌ها) عضویت فرد در گروه‌ها و انجمن‌ها داوطلبانه به اندازه نقش سرمایه‌های شناختی (کیفیت روابط افراد باهم) در سلامت روانی زوجین مؤثر نبوده است؛ به عبارت دیگر کیفیت روابط زوجین با یکدیگر به نسبت کمیت روابط زوجین با دیگران تأثیر بیشتر بر سلامت روانی خانواده و جلوگیری از شیوه بیمارهای روانی (افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و...) دارد.

جدول 4: مقایسه سلامت روانی و سرمایه اجتماعی بر حسب جنسیت

گروه	متغیر	میانگین	آماره T	مقدار P	فراوانی
زن	سلامت روانی	2/63	3/69	0/012	198
		2/75			183
مرد	سرمایه اجتماعی	2/15	2/20	0/000	198
		2/26			183

با استفاده از آزمون T که به مقایسه میانگین‌ها می‌پردازد، داده‌های جدول بالا حاکی از این است که میانگین سلامت روانی بین همسران (مرد- زن) متفاوت است در حقیقت زنان متأهل تحقیق بیشتر از همسران شان از بیماری‌های روانی از جمله افسردگی و... بیشتر رنج می‌برند. با توجه به مبانی نظری برای زنان جامعه مورد مطالعه سرمایه‌های اجتماعی درون گروهی همچون میزان تعامل با همسر، میزان حضور در منزل، میزان گفتگو، صداقت در گفتار و کردار تقسیم کار در منزل، ارزشمند بودن گفتار و کردار نزد همسر بیشترین اهمیت را دارد؛ بنابراین نتایج این تحقیق همانند سایر پژوهش‌های انجام یافته در سطح جهان و ایران که در سطور قبل به آن اشاره شد

همخوانی دارد. در آزمون میانگین نمرات سرمایه اجتماعی زوجین باید به این اشاره کرده که میانگین نمرات مردان به نسبت زنان بیشتر است؛ بنابراین سرمایه اجتماعی مردان جامعه مورد مطالعه به نسبت زنان این تحقیق در مجموع بالاتر خواهد بود. با توجه به این نکته برای جامعه مردان مورد مطالعه میزان برون گروهی سرمایه اجتماعی از بعد شناختی و ساختاری که تاکید بر ارتباط با شبکه های اجتماعی، همکاری و حمایت اجتماعی می کند از ضرورت برخوردار است بنابراین کمتر دچار مسائل روانی از جمله افسردگی و... می شوند.

در پژوهش حاضر از آماره رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام¹ استفاده شده است. برای این که شدت میزان تأثیر متغیرهای مستقل (سرمایه اجتماعی، احساس رضایت از زندگی و زندگی زناشویی) بر متغیر وابسته (سلامت روانی زوجین) را تحلیل شود از این نتایج استفاده شده است. در این جدول، ضریب بتا اهمیت نسبی متغیرها را بیان می کند و بزرگ بودن بتا اهمیت و نقش آن را در پیش گویی متغیر وابسته مشخص می کند.

جدول 5: رگرسیون خطی چند متغیره شاخص های متغیر مستقل و متغیر وابسته

Sig	T مقدار	Beta	B	متغیرهای مستقل
0/000	7/14	0/701	0/65	سرمایه درون گروهی شناختی
0/001	3/89	0/563	0/44	سرمایه برون گروهی شناختی
0/001	3/22	0/438	0/30	سرمایه نهادی شناختی
0/000	4/75	0/567	0/46	سرمایه اجتماعی شناختی
ضریب همبستگی R = 0/708 ضریب تعیین (R2) = 0/40 ضریب تعین تعدیل شده = 0/56				

یافته های جدول 5 رگرسیون خطی چند متغیر مستقل و متغیر وابسته را نشان می دهد که از روش گام به گام استفاده شده است. از میان متغیرهای مستقل (سرمایه درون گروهی شناختی، سرمایه برون گروهی شناختی، سرمایه نهادی شناختی)، موجود در مدل رگرسیونی متغیر سرمایه درون گروهی شناختی و سرمایه برون گروهی شناختی با مقدار ضریب بتای به ترتیب 0/701 و 0/563 توانسته اند متغیر وابسته سلامت روانی زوجین را به خوبی تبیین می کنند. مقدار t اهمیت نسبی حضور هر متغیر مستقل را در

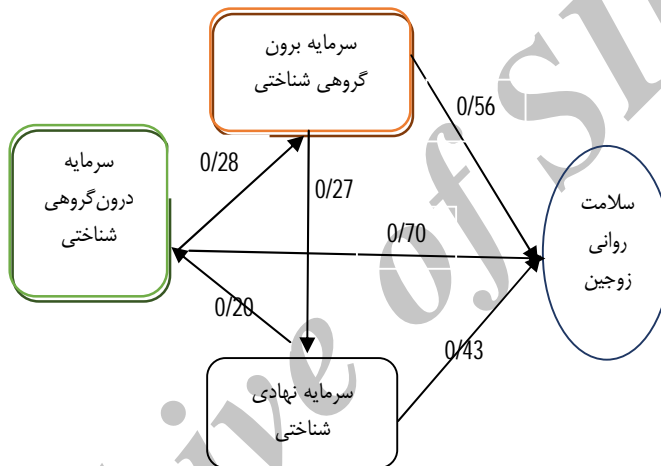
1. stepwise

مدل نشان می‌دهد با توجه به اینکه در این تحقیق مقدار t برای همه‌ی متغیرها بزرگ‌تر از $2/33$ و در سطح خطای کوچک‌تر از $0/01$ معنی‌دار هست در نتیجه گفته می‌شود که متغیرهای موردنظر تأثیر معنی‌داری در تبیین متغیر وابسته داشته است. با توجه به این که مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها $0/715$ هست که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سلامت روانی همبستگی نسبتاً خوبی وجود دارد. همچنین این متغیرها با توجه به مقدار R^2 ($0/510$) تقریباً 40 درصد از تغییرات (واریانس) سلامت روانی زوجین را تبیین می‌کنند که به عدد یک نزدیک بوده و نشان از آن دارد که متغیرها نقش متوسط و خوبی در تبیین واریانس متغیر وابسته دارند. همچنین مقدار ضریب تعیین تعدیل‌شده برابر با $0/56$ است که با توجه به اینکه این ضریب با درجات آزادی تعدیل‌شده است به منظور انعکاس بیشتر میزان نکویی برازش مدل از آن استفاده می‌شود، بنابراین با توجه به این مقدار متغیرهای واردشده توانسته‌اند 40 درصد از تغییرات سلامت روانی را تبیین کنند، بنابراین مابقی این تغییرات (60 درصد) تحت تأثیر متغیرهای خارج از مدل هست. با توجه به این مقادیر می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از چهار متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (سلامت روانی زوجین) مدل خوبی بوده و این متغیرها قادرند تغییرات میزان سلامت روانی را در این شهر تبیین کنند و نتایج به دست آمده قابل تعمیم به جامعه هست.

بنابراین بر اساس داده‌های فوق معادله رگرسیون تحقیق حاضر این گونه است
 سلامت روانی زوجین شهر بیرجند = سرمایه درون‌گروهی شناختی (70) + سرمایه برون‌گروهی شناختی (56) + سرمایه نهادی شناختی (0/43).

با توجه به این مدل فوق و براساس مبانی نظری تحقیق که در سطور قبل اشاره شده است بحث صداقت و درستکاری زوجین، برآورد انتظارات زوجین از خواسته‌های یکدیگر، استمرار تعهد و مسئولیت‌پذیری و توافق ارزشی برای زوجین در بحث درون‌گروهی می‌تواند بر افزایش سلامت روانی و جلوگیری از بیماری‌های روانی از جمله افسردگی که در بین جامعه زنان مورد مطالعه در حال افزایش است از اهمیت برخوردار است؛ علاوه بر این اعتماد به دیگران بالاخص خانواده، خویشاوندان آشنایان و اقوام و دوستان هم محلی و هم ولایتی در کنار همکاری با این شبکه‌های اجتماعی و برخوردار بودن از حمایت اجتماعی این گروه‌های جمعی در افزایش سرمایه‌های گروهی برون‌شناختی بالاخص برای جامعه مردان مورد مطالعه بسیار ضرورت دارد و بهتر می‌

تواند سلامت روانی آن‌ها حتی در زندگی بین زناشویی تقویت کند. دو مولفه یاد شده از متغیر سرمایه اجتماعی بیشتر از دیگر خرده مقیاس‌ها بر متغیر وابسته اثر گذار است. در آزمون تحلیل مسیر جهت میزان مناسب بودن و مقدار اثر هر متغیر را تعیین کنیم به علاوه می‌توانیم پی ببریم اثر هر متغیر به صورت مستقیم و غیرمستقیم تا چه حد است. جدول زیر بیانگر تأثیر متغیرهای مستقل بر وابسته از طریق آزمون تحلیل مسیر است.



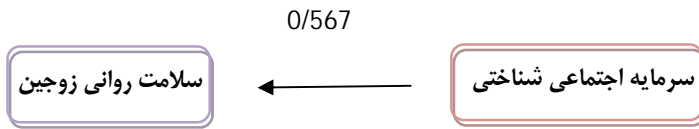
شکل 2: نمودار تحلیل مسیر

جدول 6: اثر کل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سلامت روانی)

اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	متغیر	
$0/56 * 0/28$	$0/70$	سرمایه درون گروهی شناختی	سرمایه
$0/43 * 0/27$	$0/56$	سرمایه برون گروهی شناختی	اجتماعی
$20 * 0/70$	$0/43$	سرمایه نهادی شناختی	شناختی

با توجه به نتایج به دست آمده، در مجموع سرمایه اجتماعی شناختی، با بتا $0/567$ و سطح معنی‌داری $0/000$ نشان‌دهنده همبستگی مثبت با متغیر سلامت روانی است، به طوری که با افزایش شاخص‌های سرمایه اجتماعی، سلامت روانی زوجین نیز افزایش می‌یابد یعنی سرمایه اجتماعی شناختی به طور مستقیم تغییری در متغیر وابسته ایجاد می‌کند. با توجه به آزمون رگرسیون چند متغیر مشخص شد که شاخص‌های سرمایه

اجتماعی هم از طریق اثر مستقیم و هم غیرمستقیم بر سلامت روانی زوجین شهر بیرجند اثر می‌گذارند.



بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به شدت جریان مدرنیته در جامعه ایران، می‌توان اشاره به این کرد که سرمایه اجتماعی خانواده ایرانی به شدت در حال دگرگونی است. نتایج به دست آمده در این دهه‌های اخیر در مورد ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی خانواده ایرانی حاکی از این است که مولفه‌هایی همچون اعتماد، مشارکت، حمایت در این نهاد اجتماعی روبه ضعف است و به نوعی خانواده ایرانی را دچار ازهم گسیختگی کرده است (آزادارمکی، 1386).

نتایج پژوهش‌هایی که مرتبط با خانواده در ایران بوده است حاکی از این است که وجود شکاف نسلی، تفاوت در علایق و سلیقه‌های نسلی، تغییر نحوه گذارن اوقات فراغت، افزایش رسانه‌های جمعی و شبکه‌های مجازی، کاهش فضای تعامل و باهم بودن اعضای خانواده، کم‌رنگ شدن صمیمیت و محبت و عاطفه خانوادگی و... همگی دلالت بر این می‌کند که اعتماد بین اعضای خانواده در حال کاسته شدن است در نتیجه سرمایه اجتماعی خانواده ایرانی در حال کاهش بوده که نشانه آن را می‌توان در کاهش سلامت روانی اعضای خانواده و مبتلا شدن به بیماری‌های روانی شایع (افسردگی - اضطراب - خشونت و...) در سطح زندگی خانوادگی و روابط زوجین مشاهده کرد. با توجه به این مسئله هدف از تحقیق حاضر رابطه بین سرمایه اجتماعی با سلامت روانی زوجین جوان بین 20 تا 34 ساله شهر بیرجند بوده است که از سال 1390 به این سمت ازدواج کرده‌اند و تشکیل زندگی مشترک داده‌اند. همچنین مقایسه سلامت روانی و سرمایه اجتماعی بر اساس جنسیت در زوجین مورد مطالعه هم مورد هدف در این پژوهش قرار گرفته است.

نتایج به دست آمده نشان داده است که رابطه بین سازه سرمایه اجتماعی با سلامت روانی زوجین بر اساس آزمون پیرسون معنادار است. بر این اساس هرچه سرمایه‌های اجتماعی (شناختی) در بین زوجین بیشتر باشد در نتیجه سلامت روانی همسران در زندگی

مشترک بالاتر می‌رود، با افزایش سرمایه اجتماعی (شناختی) در بین زوجین جوان شهر بیرجند می‌توان رضایت از زندگی زناشویی و احساس رضایت از زندگی اجتماعی را در بین همسران ارتقاء داد.

در مجموع آزمون فرضیه‌های تحقیق نشان داده است که هرچه همسران در طی زندگی مشترک تعاملات بیشتر، اعتماد، پررنگ‌تر، صداقت، صمیمیت، تعهد، همکاری و انتقادپذیری بیشتری در طی زندگی اجتماعی (عمومی و خصوصی) داشته باشند، از سلامت روانی بالاتر و از شیوع بیماری‌های روانی عمومی‌تر کمتر بهره‌مند خواهند شد. علاوه بر این اعتماد به خویشاوندان و آشنایان، دوستان و همکاران، همسایگان، حساب ویژه روی حمایت‌های اجتماعی (مالی، اطلاعاتی، عملی و...)، اعتماد به عمومی مردم و سازمان‌های دولتی و انجمن‌های داوطلبانه در سطح زندگی اجتماعی و روزمره‌شان به ارتقاء سلامت روانی آنان کمک خواهد کرد.

بعد دیگری از نتایج این تحقیق نشان داده است که ابعاد ساختاری سرمایه اجتماعی (کمیت روابط زوجین، رابطه کمی همسران با دیگران دور و نزدیک و نیز رابطه کمی زوجین در شبکه‌ها و انجمن‌های داوطلبانه و...) نقش چندانی بر ارتقاء سلامت روانی زوجین در زندگی مشترک نداشته است؛ به عبارت دیگر کیفیت روابط زوجین در زندگی مشترک (سرمایه اجتماعی شناختی) به نسبت کمیت روابط زوجین در زندگی مشترک (سرمایه اجتماعی ساختاری) اثر بهتری در سلامت روانی زوجین می‌گذارد و مانع افسردگی و اضطراب در خانواده‌های جوان این شهر شده است.

نتایج حاصله از این تحقیق در مقایسه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی بر اساس متغیر جنسیت بیانگر این است که سلامت روانی مردان به نسبت زنان جامعه مورد مطالعه بیشتر است، همچنین مردان این تحقیق در وضعیت بهتری از شاخص‌های سرمایه اجتماعی (ساختاری و شناختی) نسبت به زنان برخوردارند.

نتایج رگرسیون گام‌به‌گام هم حاکی از این است که متغیرهای سرمایه اجتماعی شناختی (برون گروهی - درون گروهی - نهادی) بیشترین سهم را در تبیین سلامت روانی زوجین دارد، سپس متغیرهای رضایت زناشویی و احساس رضایت از زندگی به ترتیب اهمیت بر سلامت روانی اثر داشته‌اند. در مجموع این متغیرها توانسته‌اند 40 درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند. همچنین نتایج تحلیل مسیر بیانگر این است که سرمایه اجتماعی (شناختی) موجب احساس آرامش، رضایت از زندگی خواهد شد در نتیجه

رضایت زناشویی بیشتر می‌شود، با افزایش این شاخص سلامت روانی زوجین ارتقاء می‌یابد.

با توجه به این نتایج از این تحقیق باید اشاره به این کرد که مهم‌ترین شکل سرمایه اجتماعی در خانواده به وجود می‌آید (پاتنام، 2000: 72) همچنین بورديو هم‌خانواده را مهم‌ترین منبع امکان انباشت و انتقال سرمایه اجتماعی دانسته است. فوکویاما معتقد برای است که خانواده‌ها به‌طور آشکار در همه‌جا مهم‌ترین منبع سرمایه اجتماعی است. همچنین کلمن براین باور است که برخی از ساختارهای اجتماعی بیش‌تر افراد را به انتخاب کنش تسهیل می‌کند و وی تمایل دارد که خانواده را به‌عنوان کلاف قدیمی سرمایه اجتماعی تصور کند (به نقل از توکلی و دیگران، 1390، 191).

یافته‌های تحقیق نشان داده است که زندگی زوجین جوان جامعه مورد مطالعه دستخوش تغییرات و تحولات اجتماعی و فرهنگی خانواده ایرانی قرار گرفته است؛ و به نسبت گذشته شاخص‌های سرمایه اجتماعی در حال کاهش است. با توجه به آماره‌های این تحقیق هرچقدر همسران در خانواده‌شان از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار باشند بین معنا که سرمایه‌های بین فردی‌شان (اعتماد متقابل، صمیمیت، احساس امنیت و آرامش، رضایت عاطفی، همکاری در تقسیم‌کار خانگی، توافق ارزشی، فداکاری و انتظارات متقابل و...) بیشتر خواهد بود، همچنین با افزایش سرمایه اجتماعی، وجود پارامترهای سرمایه اجتماعی بین گروهی، سرمایه نهادی شناختی بیشتر خواهد شد در نتیجه سلامت روانی در وضعیت بهتری برای زوجین در زندگی اجتماعی ایجاد خواهد شد.

تدابیر و راهکارها

با توجه به نتایج و تحلیل‌های ارائه شده و به منظور تقویت هرچه بیشتر تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی زوجین جوان جامعه مورد مطالعه موارد زیر به عنوان پیشنهاد و تدبیر اجرایی بیان می‌گردد.

الف) اجرای برنامه‌های اجتماعی و فرهنگی از سوی نهادهای شهری و دولتی در راستای تقویت اعتماد و اطمینان بین زوجین و خانواده‌ها

ب) تقویت برنامه‌های اجتماعی و روانی از سوی دستگاه‌ها و مدیریت فرهنگی و اجتماعی شهر جهت کاهش مسائل و مشکلات روانی زوجین در سطح خانواده

پ) برنامه ریزی اجتماعی و فرهنگی از سوی دستگاه ها و سازمان های متولی خانواده جهت تقویت ابعاد شناختی، ساختاری و نهادی سرمایه های اجتماعی بین اعضای خانواده بالاخص زوجین.

ت) ارائه راهکارهای فرهنگی و اجتماعی مستمر جهت آموزش های رفتاری و اخلاقی در سطح زندگی به زوجین در راستای اعتلای صمیمیت و پیوندهای نزدیک خانوادگی

ث) بسترسازی و آموزش های مهارت زندگی در سطح نهاد خانواده
 ج) تقویت حمایت های (مالی، اجتماعی و عاطفی) متقابل بین زوجین
 چ) بسترسازی و تقویت تعاملات و روابط اجتماعی بین زوجین
 ح) اتخاذ تدابیر اجرایی برای ارتقاء شاخص های سلامت همگانی، روانی و اجتماعی زوجین در سطح فرهنگسراها و خانه های فرهنگی محلات.

د) ارتقاء سطح تحصیلات عالی در بین اعضای خانواده
 ذ) همکاری دستگاه های متولی با سازمان های مردم نهاد در راستای کمک به سلامت روانی زوجین

ر) ارتقاء شاخص های سرمایه اجتماعی (مشارکت - اعتماد - انسجام) زوجین در سطح خانواده و جامعه

ز) ارتقاء آگاهی اجتماعی، روانی و... زوجین از سوی رسانه های جمعی در جهت تقویت شاخص های کیفیت زندگی.

References

- Aliverdina, A., Sharepour, M. & Varmazyar, M. (2008), "Family's Social Capital and Delinquency", *Journal of Women in Development and Political*, 6(2)107-132(In Persian).
- Azad armaki, T. (2007), *Family sociology of Iranian*. Tehran: samt Publications, (In Persian).
- Colman, J. (2007), *Foundations of Social Theory*, by translate Manoucher sabouri, Tehran: Ney Publications, (In Persian).
- Douglas, Miller, Sheffler, Richard. Lam, Suong. Rosenberg, Rhonda. & Rupp, Agnes(2013), *World development*. London:Oxford:34 (6)
- Harpham, T. Grant, E. & Rodrigues, C. (2004), "Mental health and social capital in Cali, Colombia", *Social Science & Medicine*, 58:2267-2277.
- Heidari, A. (2015), "Self- Esteem as a Mediator of the Relationship between Social Capital and Sense of Health: A Case Study of Married Men and Women of Yasouj", *Journal of Applied Sociology*, 26(2), 141-158 (In Persian).
- Kawachi, I. Kennedy, B. P. & Glass, R. (2014), "Social capital and self-rated health: acontextual analysis". *American journal of Public Health*, 89(8): 1187-1193.
- Keyvanara M, Hagheghatian M, Alibabaiy M.(2015), "The Relationship between Social Capital and Mental Health amonge the Citizens of Shahr-e-Kord"; *Ilam University of Medical Science*, 22 (7)47-55, (In Persian).
- Kheirollah pour, A. (2004), *Factors affecting mental health with an emphasis on social capital Shahid BeheshtiUniversity Case Study*, Master's thesis in sociology, Tehran: Shahid Beheshti University.

- Lin, Nan, Karen Dan, Ao & Yang – Chih fu, (2007), “Social capital and marital satisfaction”, *Journal of health and social behavior*, 115.
- Lin, Nan, Karen cook & Ronalds. Burt, (2001), *Capital: Theory and Research*, Howthorne: Aldine de Grayter press.
- Noorbala, A A., Bagheri Yazdi, S. A., Asadi Lari M, & Vaez Mahdavi M. R. (2011), “Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran (2009)”, *Iranian Journal & clinical psychology*, 16 (4):479-483, (In Persian).
- Noorbala, A.A., Bagheri Yazdi, S.A. (2001), “Prevalence of psychiatric disorders in Tehran”, *Hakim Journal*, 2(4), 212-223, (In Persian).
- Putnam, R (2000), *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*, New York: Simon and Schuster press.
- Razavizadeh, N., Noghani, M., & Yousfi, A. (2012), “The relationship between social capital and mental health among students of Ferdowsi University of Mashhad”, *Journal of Social Sciences Faculty of Literature and Humanities University of Mashhad*, 2, 25-51 (In Persian).
- Rose, Richard (2000), “How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians”, *Journal of social science & Medicine*, 51, 1420-1445.
- Saberifar R. (2016), “The effect of social capital on mental health of citizens (Case Study: Mashhad)”. *Health Research Journal*, 1 (2), 105-112 (In Persian).
- Sediq Nekonam, M., Ahamadi, A. & Asgari.R. (2015), “The Effect of Social Capital (In-group and Out-group) on the Students Mental Health (Case Study: Students of Tabriz University)”, *Sociological Studies of Youth Journal*, 5(17):163-184, (In Persian).

- Seyyedani, F., Abdolsamadi, M., (2011), "The Relation of Social Capital with Mental Health in Women and Men", *Social Welfare*, 11 (42):229-254(In Persian).
- Sharepour, M. Riahi, M., &Arman, F. (2014), "The effect of social capital indicators on the mental health of citizens living in Tehran", *Journal of Social peroblem of Iran*, 1(15), 79-100(In Persian).
- Tavakkol, M., Moeidfar, S., &Maqhsudi, S. (2011), "Sociological study of mental health among couples in Kerman", *Journal of Social issues of Iran*, 1(5-6), 169-194 (In Persian).
- Tasig, M., Miclo, J., &Subdi, S. (2007), *Sociology of mental illness*.by translates Ahmad Abdollahi, Tehran: samt Publications, (In Persian).
- Taylor, Anne & Carmel Williams & Eleonora Dal Grande (2012), "Measuring social capital in a known disadvantaged urban community – health policy implications".

Archive of SID

Archive of SID