فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، دوره ۱۹، شماره ۳، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۲۸-۱

توضیح جامعه‌شناختی سرماخوردگی روانی

دکتر علی‌محمد قدسی[۱]، دکتر اسماعیل بلالی[۲]
دکتر جواد افشارکهن[۳]، دکتر محمدتقی سبزه‌ای[۴]

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۷/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵

چکیده:

افسردگی بنا به میزان شیوع و گستردگی آن در جامعه به‌عنوان سرماخوردگی روانی در نظر گرفته می‌شود. این شیوع و گستردگی افسردگی آن را تبدیل به ویژگی سیستمی جامعه کرده است. با توجه به ویژگی سیستمی که افسردگی به خود گرفته است برای توضیح افسردگی نیاز است جامعه و خصوصیات آن در حوزه روابط اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. سطوح و لایه‌های روابط اجتماعی که از خلال آنها افراد در جامعه در قالب اجتماع‌ها جذب و ادغام می‌شوند از خصوصیات جامعه است که در ارتباط با افسردگی در این مطالعه مورد بررسی قرار می‌گیرد. گزاره این مطالعه بیان می‌کند بین سطوح روابط اجتماعی در اجتماع‌ها که افراد را به جامعه پیوند می‌دهد اختلال رابطه‌ای به وجود آمده، لذا این اختلال رابطه‌ای افراد را مستعد افسردگی کرده است. هدف این مطالعه بررسی این اختلال مفروض رابطه‌ای ایجاد شده و ارتباط آن با افسردگی است. جامعه آماری مطالعه کارمندان اداره‌های آموزش و پرورش شهر مشهد است که با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه ۳۸۴ نفره با روش پیمایش مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهند در میان سطوح روابط اجتماعی که اجتماع‌ها در آن شکل گرفته‌اند بین اجتماع‌های غیر قلمرویی و رابطه قوی با افسردگی ارتباط معنی‌دار منفی وجود دارد؛ لذا بر اساس یافته‌های این مطالعه نتیجه‌گیری می‌شود که افرادی که در اجتماع غیر قلمرویی و نیز در اجتماع حاصل از رابطه قوی درگیر هستند کمتر دچار افسردگی می‌شوند و برعکس، هر چه افراد در این دو اجتماع مذکور کمتر درگیر شوند بیشتر دچار افسردگی می‌شوند.

مفاهیم کلیدی: *افسردگی، روابط اجتماعی، اجتماع قلمرویی، اجتماع غیر قلمرویی، رابطه قوی*

---

[۱] دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول) a.ghodsi@basu.ac.ir
[۲] دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران balali_e@basu.ac.ir
[۳] دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران j.afsharkohan@basu.ac.ir
[۴] استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران m.sabzehei@basu.ac.ir

مقدمه و بیان مسأله

امروزه بیماری روانی از جمله بیماری‌های شایع در جوامع است. بر اساس گزارش رئیس انجمن روانپزشکی ایران آمار افسردگی در دنیا حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهد و این میزان افسردگی در حال گسترش است (*https://cnin.ir*). افسردگی عامل مهمی در بار جهانی بیماری است و مردم را در تمام جوامع در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. امروزه تخمین زده می‌شود که ۳۵۰ میلیون نفر بر اثر افسردگی تأثیر بگذارند. نظرسنجی جهانی بهداشت روانی که در ۱۷ کشور انجام شد نشان داد که به‌طور متوسط از هر ۲۰ نفر یک نفر در سال گذشته یک دوره افسردگی را گزارش کرده است (*Marcus & et. al, 2012*). تخمین زده می‌شود که ۳.۸٪ از جمعیت، از جمله ۵٪ از بزرگسالان (۴٪ در میان مردان و ۶٪ در میان زنان)، و ۵.۷٪ از بزرگسالان بالای ۶۰ سال، افسردگی را تجربه می‌کنند. تقریباً ۲۸۰ میلیون نفر در جهان افسردگی دارند (۱). افسردگی در بین زنان حدود ۵۰ درصد بیشتر از مردان است. در سراسر جهان، بیش از ۱۰ درصد از زنان باردار و زنانی که به تازگی زایمان کرده‌اند، افسردگی را تجربه می‌کنند[1] (*WHO, 2023*).

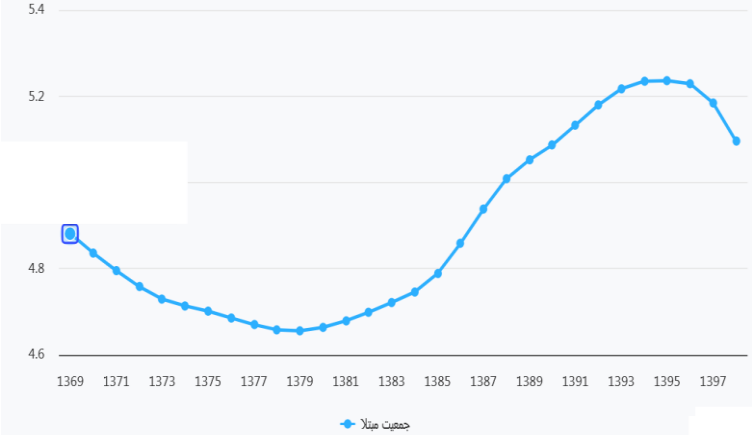
به‌طور متوسط، هزینه‌هایی که یک فرد افسرده به بر جامعه تحمیل می‌کند از هزینه‌هایی که یک فرد مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر بر جامعه تحمیل می‌کند بیشتر است (*Vakili & et. al, 2010:70*). این اختلال به‌عنوان چهارمین اختلال هزینه بر جهان در سال ۱۹۹۰ و دومین اختلال هزینه بر جهان تا سال ۲۰۱۵ ذکر شده است. سازمان بهداشت جهانی گزارش نمود که ۱۲۱ میلیون نفر از مردم جهان دچار افسردگی می‌باشند. ابتلا به افسردگی می‌تواند موجب خودکشی، اعتیاد، کاهش اعتماد به نفس و نتایج حاصل از آن و در مجموع اختلال در عملکردهای شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم هزینه‌های هنگفتی بر جامعه تحمیل می‌نماید (*Rostamzadeh & Jalilzadeh, 2007:25*).

آمار مربوط به بیماری‌های روانی و افسردگی در سطح جامعه ایران، حدود ۲۱ تا ۲۵ درصد است (*https://cnin.ir*). پیمایش سلامت روان ایرانیان (یک پیمایش چهره به چهره نماینده کشوری با طرح نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای) از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ در سطح کشور بر روی ۷۸۸۶ نفر در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال انجام شد. نتیجه نظرسنجی حاکی از آن است که ۱۲.۷ درصد از جمعیت عمومی ایران افسرده هستند. میزان شیوع افسردگی در زنان ۱۵.۴ درصد و در مردان ۱۰.۲ درصد گزارش شده است. یافته‌های این

[1] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

نظرسنجی نشان داد که افسردگی افراد دارای مشکلات عاطفی و اقتصادی را بیش از دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطالعه همچنین نشان داد که بین ۲۲ تا ۲۴ درصد از زوج‌های جدا شده (اعم از طلاق رسمی و عاطفی) افسرده هستند. طبق گزارش‌ها، زوج‌هایی که با هم می‌ماندند، شادتر بودند و میزان افسردگی در بین آنها ۱۲.۵ درصد بود. افسردگی در بین افراد بیکار بیشتر بود. در حالی که تنها ۱۱ درصد از افراد شاغل دچار افسردگی بودند، ۱۶.۵ درصد از افراد بیکار احساس غم و اندوه مزمن داشتند. زندگی شهری با خطر بیشتر افسردگی مرتبط بود. یافته‌ها نشان داد که ۱۳.۵ درصد از شهرنشینان و ۱۱ درصد از مردم روستاها در ایران افسرده هستند. نتایج نشان داد که افسردگی با طبقه اجتماعی افراد نیز مرتبط است. حدود ۱۴.۹ درصد از افراد طبقات اجتماعی پایین و ۱۱.۷ درصد از افراد طبقات بالاتر از افسردگی رنج می برند (*Mohammadinasab & et. al, 2017*).

آمار افسردگی نشان می‌دهد در دهه ۹۰ شمسی، آمار افراد افسرده در ایران نسبت به دهه ۷۰ شمسی رشد داشته و از ۴.۶ درصد در سال ۱۳۷۹ به ۵.۰۹ در سال ۱۳۹۸ رسیده است. همچنین تعداد افراد مبتلا به اختلالات روانی در ایران نیز به شکل قابل توجهی افزایش پیدا کرده است، آمار افراد مبتلا به اختلالات روانی در ایران از ۹.۹۹ میلیون نفر در سال ۱۳۶۹ به ۱۵.۷۱ میلیون نفر در سال ۱۳۹۹ رسیده است (*https://amarfact.com*).



در بین بیماری‌های روانی افسردگی دارای بیشترین شیوع است. به گفته نایب رییس انجمن روانشناسی ایران افسردگی بیشترین سهم را در میان دیگر بیماری‌های روانی در ایران تشکیل می‌دهد و از جمله شایع‌ترین بیماری‌های روانی است (*ISNA, 2014*).

متأسفانه در مورد جامعه مشهد و کارکنان آموزش و پرورش مطالعه‌ای وجود ندارد که میزان افسردگی را نشان دهد. تنها مطالعه‌ای که در این زمینه انجام شده است عبارتست از مطالعه مشیریان فراخی و همکاران (۲۰۱۴)، که در مورد افسردگی دو گروه معلمان عادی و مدارس استثنایی انجام شده است. این تحقیق که با استفاده از روش پس رویدادی افسردگی و فرسودگی شغلی ۳۰ و ۳۵ نفر معلم مدارس عادی و استثنایی در شهر مشهد را بررسی نموده است. نتایج نشان داده است که افسردگی دو گروه از معلمان تفاوت معناداری ندارد اما فرسودگی شغلی معلمان مدارس عادی بطور معناداری ار گروه دیگر بیشتر است .

مارتین سلیگمن *Martin Seligman* از این شیوع افسردگی با عنوان سرماخوردگی روانی نام می‌برد (*Butler and Hoop, 1999:9*). پیامدهای درگیر شدن بخش قابل توجهی از افراد جامعه به این سرماخوردگی روانی بیانگر تضعیف و نقصان در کارآمدی جمعیت زیادی است که جمع بست آن هزینه‌های متعددی است که از ابعاد مختلف بر جامعه تحمیل می‌شود. این میزان از شیوع و گستردگی افسردگی که نشانه صفت و ویژگی سیستمی جامعه دارد خود می‌تواند دال بر وضیعت جامعه‌ای باشد که افراد در آن مبتلا به این اختلال و بیماری روانی شده‌اند؛ لذا لازم است وضعیت جامعه و فعل و انفعالات آن برای شناخت شیوع و گسترده شدن افسردگی مورد تأمل قرار گرفته شود. در یک منظر کلی فعل و انفعال‌های موجود در جامعه را می‌توان در یک فضای سه ضلعی به تصور کشید که اضلاع آن را به تعبیر کارل پولانی دولت، اقتصاد و اجتماع تشکیل می‌دهند. این سه ضلع را می‌توان سه نیروی اصلی یا سه سپهر تصور کرد که همه اتفاق‌هایی که در جامعه رخ می‌دهد به آنها ربط پیدا می‌کنند و از آنها تأثیر می‌پذیرند (*Kazemipour & Goudarzi, 2022:26*). در این پژوهش اجتماع به‌عنوان یکی از اضلاع تشکیل‌دهنده جامعه در ارتباط با افسردگی مورد کنکاش قرار می‌گیرد. تصور می‌شود تغییر و تحولات انجام گرفته در ایران در طی چند دهه گذشته در اجتماع پیامدهایی را به همراه داشته که با میزان افسردگی و فرآیند فزاینده آن در ارتباط است. اجتماع و روابط اجتماعی‌ای که به آن شکل می‌دهد به نظر شرایطی ایجاد کرده که استعداد افسرده شدن را در جامعه فراهم کرده است. این شرایط و بدنبال آن ایجاد استعداد افسردگی را می‌توان با استفاده از استعاره گرما توضیح داد. افراد طی روابط اجتماعی پیرامون هم در اجتماع‌ها جمع می‌شوند. این جمع‌شدگی و در کنار هم بودن گرمای لازم را برای در امان بودن از سرما برای آنها فراهم می‌کند. این ویژگی گرمابخش اجتماع‌ها موجب می‌شود برای افراد لایه حفاظتی در برابر سرما ایجاد کند. این لایه حافظتی ناشی از جمع-شدگی در اجتماع‌ها تا هنگامی که افراد بنا به روابط اجتماعی‌شان در اجتماع‌ها قرار داشته

باشند آنها را از گرمای اجتماع بنا به ساخت و کارکرد آن بهره‌مند می‌کند؛ اما برعکس، هنگامی که روابط اجتماعی در اجتماع‌ها با نقصان، ضعف یا فقدان مواجه می‌شوند و افراد از یکدیگر جدا می‌شوند و از گرمای ناشی از جمع شدن و دور هم بودن بی‌بهره می‌مانند آنها این لایه پوششی و حفاظتی در برابر سرما را از دست می‌دهند. در این مطالعه یکی از عوارض از دست رفتن این لایه پوششی و حافظتی افسردگی در نظر گرفته می‌شود؛ لذا سؤال اصلی این پژوهش این است که اجتماع و سطوح تشکیل‌دهنده آن چه ارتباطی با افسردگی دارند؟ در پی پاسخ به این سؤال سه سطح از اجتماع که هر کدام از روابط اجتماعی خاصی تشکیل شده‌اند و شامل اجتماع قلمرویی، اجتماع غیر قلمرویی و با هم بودگی رابطه قوی هستند پیرامون افسردگی مورد بررسی قرار می‌گیرند.

پیشینه پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

مطالعاتی در مورد ارتباط روابط اجتماعی و افسردگی در ایران و خارج انجام شده اند. اما اغلب این مطالعات به ارتباط اجتماع قلمرویی و اجتماع غیر قلمرویی و نیز رابطه قوی با افسردگی نپرداخته‌اند. بر این اساس این پژوهش واجد نوآوری نسبت به مطالعات موجود است. با این اوصاف در زیر به برخی مطالعات موجود داخلی و خارجی که در ارتباط کلی روابط اجتماعی و افسردگی انجام شده‌اند اشاره می‌شود.

پژوهش سعادتی و همکاران (۱۳۹۴)، با هدف بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی در میان زنان متأهل انجام شده است. روش پژوهش مورد استفاده این پژوهش، پیمایش و جامعه آماری آن شامل کلیه زنان متأهل شهر تبریز بود. نتایج پژوهش نشان داد که 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 حاکی از آن است که، ۲۴٪ تغییرات مرتبط به متغیر «افسردگی» توسط متغیرهای مستقل مورد استفاده تبیین می‌شود (*Saadati & et. al, 2015:89*).

قدسی و همکاران (۱۳۹۹)، به بررسی جامعه‌شناختی مکانیزم‌های رابطه عوامل اجتماعی با افسردگی در بین شهروندان شهر همدان پرداخته‌اند این پژوهش که با روش پیمایش و در نمونه‌ای به تعداد ۳۸۵ نفر با شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شده است، به این نتیجه رسیده است که 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 آسیب‌شناسی ایجاد، بروز و شیوع افسردگی است. این سه عامل هم بی‌واسطه و هم توسط روابط باهم مکانیزم‌های ابتلا به افسردگی را توضیح می‌دهند (*Ghodsi & et. al, 2020:15*).

بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی با نقش میانجی احساس تنهایی در بین سالمندان عنوان پژوهشی است که توسط میر دریکوند و همکارانش (۱۳۹۶)، (۲۰۱۷،۶۳) انجام شده است. این پژوهش از نوع همبستگی و بین سالمندان خرم‌آباد انجام شده است. ابزار مطالعه در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک بوده که روی ۱۰۰ نفر اجرا شده است. نتایج نشان داد که ابعاد حمایت خانواده و حمایت دوستان به صورت منفی افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند همچنین ابعاد حمایت اجتماعی، احساس تنهایی را به‌صورت منفی پیش‌بینی می‌کنند (*Derickvand & et. al, 2017:63*).

در مطالعه‌ای مشابه، زکی‌زاده و همکارانش (۱۴۰۲)، رابطه احساس افسردگی با تنهایی و عملکرد اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند. ۳۱۸ سالمند در این پژوهش از شهر بوشهر برای مطالعه انتخاب شده بودند. نتایج مطالعه نشان داد که احساس تنهایی هم بدون واسطه و هم از طریق ایجاد افسردگی باعث کاهش عملکرد اجتماعی افراد می‌شود (*Zakizadeh & et. al, 2023:56*).

رابطه سبک زندگی با افسردگی سالمندان با نقش میانجی احساس تنهایی توسط میکائلی و بهشتی مطلق (۱۴۰۲)، مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه با روش همبستگی و روی ۲۰۰ سالمند مرد و زن ساکن مراکز نگهداری و مراقبت سالمندان شهر بجنورد انجام شده است. نتایج نشان داد که سبک زندگی سالم با افسردگی رابطه منفی معنادار در سالمندان دارد و همچنین سبک زندگی سالم با احساس تنهایی رابطه منفی معنادار دارد و احساس تنهایی با افسردگی رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین شاخص‌های برازش مدل نیز مسیر سبک زندگی و افسردگی با میانجیگری احساس تنهایی را تأیید کرد (*Mikaeili, Beheshti Motlagh, 2023:64*).

در مطالعه پورشهریاری (۱۳۹۶)، افسردگی، انزوای اجتماعی و ارتباطات خانوادگی نوجوانان دختر کاربر و غیر کاربر اینترنتی در دبیرستان‌های شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از آزمون«*t*» و همچنین تحلیل واریانس در مرحله اول نشان داد که بین گروه کاربران و غیر کاربران در سه متغیر افسردگی، انزوای اجتماعی و ارتباطات خانوادگی، تفاوت معناداری وجود ندارد. در مرحله دوم با توجه به نتایج موجود از میان کاربران اینترنتی

(میانگین ۱۰ ساعت یا بیشتر)، ۲۵ دانش‌آموز به روش تصادفی انتخاب شده و با ۲۵ دانش‌آموز غیر کاربر در سه متغیر ذکر شده مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج آزمون«*t*» نشانگر تفاوت معنادار بین دو گروه در هر سه متغیر بود (*Pourshahriari, 2007:50*).

ب) تحقیقات خارجی

Schwarzbach & et. al, 2014 در مطالعه سیستماتیک خود از ۳۷ مقاله مرتبط با موضوع افسردگی و روابط اجتماعی نشان دادند که حمایت اجتماعی، کیفیت روابط و حضور افراد مورد اعتماد به‌عنوان عوامل اصلی تبیین‌کننده روابط اجتماعی با افسردگی هستند.

Davidson & et. al, 2016 در مطالعه خود از تأثیر روابط اجتماعی عملکردی و ساختاری بر پیامدهای افسردگی در ۴۹۴ پاسخگوی مورد مطالعه نشان دادند که هم روابط اجتماعی عملکردی و هم ساختاری افسردگی را در تحلیل تک‌متغیره پیش‌بینی می‌کنند اما در تحلیل چند متغیره فقط روابط اجتماعی کارکردی معنادار هستند.

Nabdi & et. al, 2023 مطالعه خود با عنوان تأثیر فعالیت بدنی، روابط اجتماعی و دریافت رژیم غذایی بر افسردگی: یک مطالعه موردی دریافتند که ارتباط اجتماعی (زمان صرف شده با دوستان بیشتر از یک و نیم ساعت) به شدت با کاهش علائم افسردگی ارتباط دارد؛ همچنین داشتن همسر و / یا فرزندان و گذراندن وقت با دوستان به‌طور قابل توجهی افسردگی را کاهش می‌دهد.

Gu & et. al, 2023 در ارتباط با تعاملات اجتماعی و افسردگی در محیط‌های شهری و روستایی مطالعه‌ای انجام دادند. آنها نشان دادند که در مناطق روستایی، پاسخ‌دهندگانی که احساس می‌کردند فرزندانشان فرزندسالاری نشان می‌دهند و ارتباط اجتماعی بیشتری با خانواده داشتند به احتمال زیاد علائم افسردگی گزارش می‌کنند در مناطق شهری، پاسخ‌دهندگانی که حمایت ابزاری از فرزندان خود دریافت کردند و فکر می‌کردند فرزندانشان فرزندسالاری نشان می‌دهند و ارتباط اجتماعی بیشتری با دوستان داشتند به احتمال کمتری علائم افسردگی را گزارش می‌کنند. در مدل رگرسیون تعدیل شده آنها، ارتباط اجتماعی با خانواده با کاهش افسردگی ارتباط داشت.

Elmer & et. al, 2023 در مطالعه خود پیوند بین افسرگی و تعاملات اجتماعی را با استفاده از داده‌های مقیاس زمانی چندگانه بررسی کردند. در این مطالعه، سطح علائم افسردگی قبل و بعد از سه دوره ۲۱ روزه نمونه‌برداری تصادفی رویدادی از تعاملات بین فردی افراد اندازه‌گیری شد. نتایج نشان‌دهنده تأثیرات ضعیف بین افراد برای کمیت تعامل و ادراک

صمیمیت بین فردی دیگران بر روی تغییرات علائم افسردگی در طول دوره ۲۱ روزه بود. اما برای صمیمیت بیش از حد شواهد قوی از ارتباط یافت شد.

Zhu & et. al, 2024 ارتباط بین انزوای اجتماعی و افسردگی را مورد بررسی طولی قرار داده‌اند. نتایج مطالعه آنها نشان داده که انزوای اجتماعی اثر تأخیری مثبت و معناداری بر افسردگی دارد.*Luo, 2024* نیز رابطه‌ای یک‌طرفه بین انزوای اجتماعی و علائم افسردگی و رابطه‌ای دو طرفه بین تنهایی و علائم افسردگی در سطح درون فردی را نشان داد.

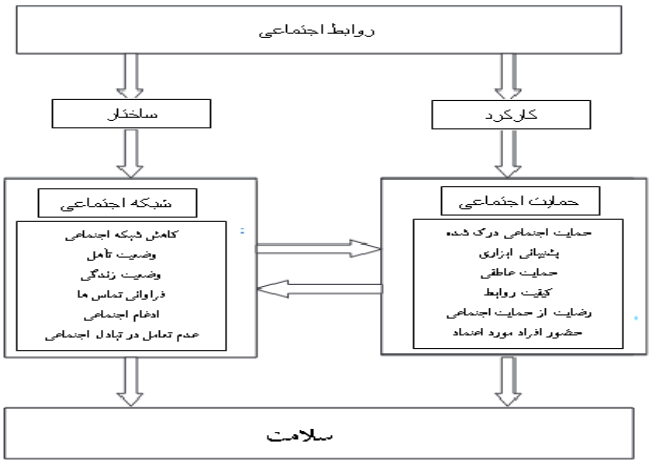
Chai & et. al, 2024 نشان داده‌اند که به‌طور خاص، در میان افرادی که فقط درگیر ارتباطات دیجیتالی بودند، شیوع افسردگی ۲۱.۷ درصد و در میان سایر گروه‌ها از ۲۱.۷ تا ۳۲.۰ درصد متغیر است. این نتیجه نشان می‌دهد که الگوهای تعامل اجتماعی تأثیر قابل توجهی بر علائم افسردگی دارند. تجزیه و تحلیل‌های آماری آنها اهمیت این یافته‌ها را تأیید کرد. در مدل اول، ارتباطات دیجیتال با احتمال کمتر علائم افسردگی همراه بود. مدل دوم تأثیر معنادار تعاملات اجتماعی آفلاین بر علائم افسردگی را نشان نداد. به‌عنوان نتیجه‌گیری کلی، ارتباطات دیجیتال به‌طور قابل توجهی علائم افسردگی را در افراد مسن کاهش می‌دهد. در مقابل، تعاملات اجتماعی آفلاین به‌طور قابل توجهی بر علائم افسردگی این جمعیت تأثیری نداشته است.

چارچوب نظری پژوهش

جامعه بستر و زمینه‌ای است که شرایط و قابلیت سلامت و بیماری را برای افراد فراهم و ایجاد می‌کند (*Armestrong, 1989:24; Mohseni, 2020:83; Durkhaim, 2014:35*)؛ لذا بر اساس این بستر و زمینه است که نیاز است وضعیت سلامت و یا بیماری، و در اینجا افسردگی بنا به میزان شیوع آن و تبدیل شدن آن به صفت و ویژگی سیستمی جامعه، مورد توجه و مداقه قرار گیرد. در ادبیات نظری و تجربی جامعه‌شناسی روابط اجتماعی از عوامل و عناصر قابل توجه و مهمی است که توضیح‌دهنده وضعیت سلامتی و یا بیماری در ارتباط با بستر و زمینه جامعه است (*Levy and Pescosolido, 2002:6*). بنا به این زمینه و بستر، سلامتی و بیماری را می‌توان تابعی ازروابط اجتماعی و از این رو نحوه ادغام و جذب فرد در جامعه در نظر گرفت. روابط اجتماعی که فرد را در جامعه ادغام و جذب می‌کند پیامدهای متعددی را برای او به همراه دارد. سلامتی از جمله این پیامدها است (*Seeman, 1996:442; Wellman, 2012:143; House:1981:180*).

کوهن و همکاران دو مدل در ارتباط روابط اجتماعی و افسردگی ارائه می‌دهند. مدل اول یا مدل تأثیر اصلی، چگونگی تأثیرگذاری جنبه‌های کمی روابط اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی را توصیف می‌کند. مدل دوم یا مدل استرس‌زدایی، به جنبه‌های کیفی روابط اجتماعی اشاره دارد و مانند یک مکانیسم مهار استرس عمل می‌کند (*Schwarzbach & et. al, 2014:12*).

مدل مفهومی و همکاران (*Berkman & et. al, 2013:250*) نشان می‌دهند که شبکه‌های اجتماعی بخشی از زنجیره بزرگی از علیت هستند که از فرآیندهای کلان اجتماعی شروع و به فرایندهای روانی ـ بیولوژیکی منتهی می‌شوند و تعیین‌کننده سلامت‌اند. بر اساس این مدل، شبکه‌های اجتماعی تحت تأثیر فرهنگ، سیاست، عوامل اجتماعی ـ اقتصادی و در دسترس بودن روابط اجتماعی قرار دارند (*Schwarzbach, 2014:10*). مدل زیر ترکیبی از دو مدل کوهن و برکمن است که توسط شوارزباخ ارائه شده است.



ادغام و جذب فرد در جامعه به‌عنوان شاخص داشتن روابط بیانگر میزان بهره‌مندی از سلامتی است. ادغام و جذب در جامعه در قالب پیوندهایی صورت می‌گیرد که در بین اضلاع سه گانه طرح شده توسط پولانی در حوزه اجتماع جامعه روابط اجتماعی (*Communal Relationships*)، را شکل می‌دهند. حوزه اجتماع جامعه جایگاه ساختاری است که افراد در آن درگیر پیوندهای حاصل از هویت مشترک، علاقه، تعلق، محبت، صمیمیت، تعهد و قیود دو جانبه می‌شوند (*Mills & Clark, 1982:125; Durk & Pond, 2013:12; Millardo,*

2014:231). پهنه و گستره ادغام و جذب در جامعه مقدار و میزان روابط اجتماعی است که فرد در اجتماع‌های جامعه دارد.

روابط اجتماعی در قالب جایگاه‌های ساختاری‌شان (یعنی اجتماع‌ها) مکانیزم‌هایی‌اند که افراد را درگیر جامعه می‌کنند. فقدان و نبود این درگیری با جامعه فرد را در خلاء قرار می‌دهد. این خلاء فرد را در فضای خالی و معلقی قرار می‌دهد که استعداد و قابلیت بیماری (از جمله بیماری روانی) در او را ایجاد، مساعد و یا تشدید می‌کند. این خلاء به مثابه بی‌اثر کردن قانون جاذبه زمین بر روی فرد او را از جامعه جدا می‌کند و فرد را به حال خود رها می‌کند.

روابط اجتماعی در سه سطح واقعیت انضمامی و در سه لایه اجتماع متناظر با آن قرار می‌گیرند. در سطح اول با داشتن مشارکت و عضویت در اجتماع‌های قلمرویی *Territorial Communities* در شکل گروه‌های اجتماعی خانوادگی، همسایگی، محلی، دوستی، مذهبی و ... افراد به جامعه درگیر و جذب می‌شوند. بررسی‌ها نشان می‌دهند این سطح روابط اجتماعی در شکل عضویت در گروه‌های اجتماعی با سلامت اعضا این گروه‌ها در ارتباط است (*Durkheim, 2014:43; Broman, 1993:65; Hallgren & et. al, 2016:261; Berkman, 2013:245*).

در سطح دوم با داشتن رابطه در اجتماع‌های غیر قلمرویی *Non-Territorial Communities* (یا به‌عبارتی اجتماع‌های شبکه‌ای) افراد با جامعه درگیر و جذب در آن می‌شوند. بررسی‌ها نشان می‌دهند این سطح روابط اجتماعی در قالب شبکه‌های اجتماعی با سلامت افراد درگیر در پیوندهای اجتماع‌های شبکه‌ای در ارتباط است (*Kawachi & Li, Zhang House, 2011 Landis, ،Berkman, 2011:458; Wellman, 2012:2215; 2015:542; Tijuis Berkman, 2013:243;*). در سطح سوم روابط اجتماعی افراد با داشتن رابطه قوی با حداقل یک نفر با جامعه درگیر و جذب در آن می‌شوند. بررسی‌ها نشان می‌دهند این سطح روابط اجتماعی در قالب داشتن رابطه قوی با سلامتی ارتباط دارد (*Mirowsky & Ross, 1995:450; Wood & et. al, 2012:249; Thomas, 2013:195; Horwitz & et. al, 2011: 278; Scambler & Higas, 1998:73; Armestrang, 1989:29*).

سطوح اول و دوم روابط اجتماعی مذکور بیانگر درگیر شدن با دو نوع اجتماع است. وجه تمایز این دو نوع اجتماع در مشخصه قلمرویی و غیر قلمرویی بودن آنها است (*Kuper & Kuper, 2004:114*). اجتماع قلمرویی اجتماعی فضایی ـ مکانی است که روابط اجتماعی بنا

به اشتراک در یک فضایی خاص مثل محله، خانواده و مسجد شکل می‌گیرد. افراد با عضویت گروهی در این قلمرو یا فضاهای مشترک هویت، تعلق و دلبستگی جمعی کسب می‌کنند. این هویت و تعلق و دلبستگی جمعی به افراد موجودیت‌هایی قلمرویی و فضایی می‌دهد. اجتماع غیر قلمرویی اجتماعی غیر فضایی و مکانی است که روابط اجتماعی در آن بنا به پیوند مشترک افراد با هم شبکه‌های اجتماعی را شکل می‌دهد. در این شبکه‌های اجتماعی افراد با طیفی کمی و کیفی از روابط متنوع قوی و ضعیف که غیر وابسته به قلمرو، فضا و مکان هستند درگیر می‌شوند. افراد در طی و توسط این سه سطح روابط اجتماعی و اجتماع‌های متناظر با آنها با جامعه رابطه برقرار می‌کنند و درگیر جامعه می‌شوند. از این‌رو این اجتماع‌ها و درگیرشدن در آنها هر چه بیشتر افراد را جذب خود و به طبع آن جذب جامعه کند آنها از سلامتی بیشتری برخوردار می‌شوند.

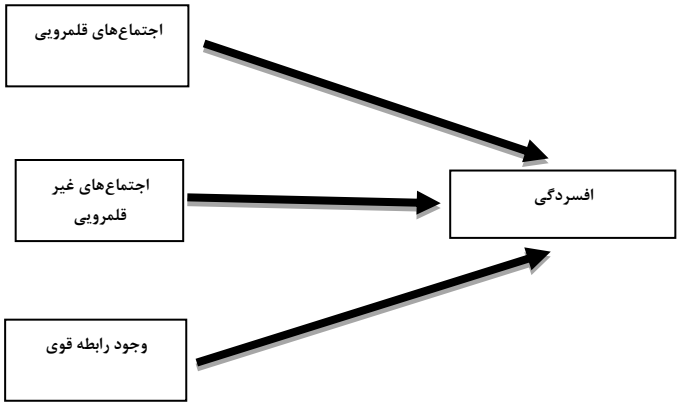
سطوح روابط اجتماعی مذکور و اجتماع‌های متناظر با آنها در سنت فکری دورکیم و زیمل قابل ردیابی‌اند. بر این اساس می‌توان سطح اول و سوم اجتماع مذکور را در سنت دورکیم در نظر گرفت. این دو اجتماع قلمرویی در مطالعه دورکیم درباره خودکشی به‌صورت فضایی ـ مکانی و اشتراک و مشارکت در اجتماع‌های همگن خانوادگی و دینی مورد بررسی قرار گرفته است (*Dillion, 2014:101; Neuhouser, 2023:194*). دورکیم طبق دو عامل تنظیم و ادغام اجتماعی (*Social Regulation and Integration*) در این اجتماع‌های قلمرویی میزان خودکشی را توضیح داده است؛ بنا به این دو عامل هر چه این اجتماع‌های قلمرویی افراد را بیشتر ادغام و تنظیم کنند گرایش به خودکشی در آنها کمتر می‌شود.

سطح دوم روابط اجتماعی بنا به سنت زیملی در قالب اجتماع غیر قلمرویی قابل ردیابی است. بنا به نظر زیمل اجتماع‌های قلمرویی که در قالب گروه‌های اجتماعی برای افراد هویت اجتماعی را فراهم می‌کردند گروه‌های دوران قبل از مدرن هستند و غالباً در دوره مدرن بلاموضوع شده‌اند. زیمل بر این نظر است که در دوران مدرن افراد در اجتماع‌های غیر فضایی ـ مکانی و بر اساس پیوندهایی ناهمگنی که از محافل اجتماعی متفاوت انتخاب می‌کنند گرد هم می‌آیند (*Mele, 2023:376; Smart & et. al, 2004:30*). این پیوندهای متفاوت و ناهمگن حاصل از تقاطع محافل اجتماعی افراد، شبکه‌ها یا اجتماع‌های غیر قلمرویی شبکه‌ای را تشکیل می‌دهند که شرایط این تشکیل پیوند فرد با دیگران فارغ از فضا و مکان است.

افسردگی در چارچوب توضیحی فوق پیامد تغییراتی در نظر گرفته می‌شود که طی آن روابط اجتماعی فرد افسرده با جامعه در قالب اجتماع‌ها دچار اختلال شده است. از این‌رو به نظر می‌آید از دلایل شیوع افسردگی این اختلال رابطه‌ای در اجتماع‌های جامعه است. گزاره

این اختلال رابطه‌ای چنین بیان می‌کند که بین سه سطح روابط اجتماعی مذکور در اجتماع‌های مرتبط با آن با افسردگی رابطه منفی وجود دارد. بنا به این رابطه منفی، هر چه بیشتر در سه سطح روابط اجتماعی اجتماع‌ها اختلال ایجاد شده باشد این اختلال با جدا کردن فرد از جامعه او را در خلأ رابطه‌ای قرار می‌دهد و فرد را دچار افسردگی می‌کند. مدل نظری تحقیق در زیر روابط مذکور را نشان می‌دهد. در این مدل صرفاً روابط بین اجتماع‌ها و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. متناظر با سه سطح روابط اجتماعی و اجتماع‌های مرتبطه که افراد در حوزه اجتماع جامعه دارند فرضیه‌های زیر قابل طرح هستند:

۱- بین اجتماع‌های قلمرویی و افسردگی ارتباط منفی وجود دارد.
۲- بین اجتماع‌های غیر قلمرویی و افسردگی ارتباط منفی وجود دارد.
۳- بین وجود رابطه قوی و افسردگی رابطه منفی وجود دارد.



مدل نظری پژوهش

روش‌شناسی پژوهش

برای جمع‌آوری، سنجش و اندازه‌گیری داده‌های میزان افسردگی و روابط اجتماعی در اجتماع از روش پیمایش استفاده شده است. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه کتبی بوده است. برای سنجش افسردگی فرم بلند پرسشنامه افسردگی بک *Beck Depression Inventory* بکار گرفته شده است. فرم بلند پرسشنامه افسردگی بک از ابزارهایی است که برای سنجش میزان افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد (*Azkhosh, 2008:46*). پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است که آزمودنی‌ها باید بر روی یک مقیاس چهار

درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این مقیاس درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. سؤالات بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا سه است و حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. بک و همکاران با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند، دریافتند ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه‌های بازآزمایی برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک‌هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون، مقیاس خودسنجی زدنگ، مقیاس افسردگی تست شخصیت چند وجهی مینه سوتا، مقیاس صفات عاطفی چندگانه و ۹۰ -*scl* بیش از ۰/۶۰ است. در ایران نیز رفیعی و سیفی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۲ و کاویانی و موسوی نیز آن را ۷۲/. گزارش کرده‌اند. در پژوهش شریفی و همکاران نیز پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ محاسبه شد (*Sharifi, Naderi & Askari, 2022:108*). در این پژوهش نیز میزان روایی مقیاس افسردگی برابر ۰/۹۱ برآورد شده است.

اجتماع در این پژوهش به معنی " با هم بودگی" تعریف می‌شود. این با هم بودن در سه سطح اجتماع قلمرویی، اجتماع غیر قلمرویی و با هم بودن دو شخص در نظر گرفته و تعریف می‌شود. در زیر تعاریف مفهومی و عملیاتی و نحوه سنجش این سه سطح اجتماع ارائه شده‌اند.

اجتماع قلمرویی اجتماعی است که با داشتن ویژگی‌های مشترک و تعلق مشترک افراد را پیرامون گروه‌های اجتماعی (مثل گروه‌های خویشاوندی، دوستی، مذهبی، تفریحی و ...) در یک مکان مشخص دور هم جمع می‌کند (*Kuper & Kuper, 2004:114*). این سطح از اجتماع به‌طور کمی با توجه به تعداد مشارکت و عضویت در گروه‌های اجتماعی مذکور سنجیده می‌شود.

اجتماع غیر قلمرویی اجتماعی فرا فضایی و مکانی است که با پیوندهای مشترک بین افراد تعریف می‌شود و اعضای آن در قالب شبکه‌های اجتماعی به صرف داشتن پیوند پیرامون هم جمع می‌شوند (*Ibid*). اجتماع غیر قلمرویی به‌طور کمی با تعداد پیوندهای شبکه اجتماعی افراد سنجیده می‌شود. شاخص پیوند در این اجتماع تعداد تعاملاتی است که در طی تماس‌ها در طی یک هفته فرد با افراد دیگر دارد. در این تماس‌ها که در قالب تعامل بین فرد و دیگری روی می‌دهد، فرد مسائل و موضوعات و امور مربوط به خود را با دیگران در میان

می‌گذارد و آنها در جریان زندگی و اوضاع و احوال او قرار می‌گیرند. این تماس‌ها می‌توانند چهره به چهره، تلفنی و یا در فضاهای متعدد و متفاوت مجازی باشند.

اجتماع یا با هم بودن در سطح سوم آن با وجود داشتن یک پیوند و رابطه قوی بین دو فرد در نظر گرفته شده است. این پیوند قوی تعاملی چهره به چهره، مستمر و روزانه‌ای را در بر می‌گیرد که تعلق، عاطفه، تعهد و الزام موجود در پیوند دو نفر را در هم ذوب روانی می‌کند. در این پژوهش این اجتماع با وجود همسر شکل می‌گیرد و سنجیده می‌شود.

جامعه آماری پژوهش شامل کارمندان اداره‌های آموزش و پرورش شهر مشهد است. بر اساس آمار و اطلاعات، تعداد کارمندان برابر ۱۸۲۵۰ نفر می‌باشد. ابزار که با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه مورد بررسی ۳۸۴ نفر برآورد شد و با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب انتخاب گردیدند. به این صورت که مناطق مختلف شهر مشهد بر اساس میزان برخورداری از امکانات رفاهی، آموزشی و فرهنگی به سه بخش محروم، نیمه برخوردار و برخوردار تقسیم شد و سپس از از هر کدام از مناطق بر حسب تعداد جمعیت، نمونه‌ای متناسب با حجم انتخاب شد. نمونه‌گیری در داخل مناطق نیز تصادفی ساده، بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار *SPSS* نسخه ۲۵ انجام شده است. از جداول فراوانی، تحلیل واریانس و مدل تحلیل رگرسیون برای توصیف داده‌ها و آزمون‌های استنباطی استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

بخش یافته‌ها شامل دو بخش است. بخش اول آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی را گزارش می‌کند. در بخش دوم یافته‌ها، روابط بین متغیرها مورد آزمون‌های آماری قرار گرفته و نتایج آنها ذکر شده‌اند.

آماره‌های توصیفی

✓ *میزان شیوع افسردگی در میان پاسخگویان*

بنا به توزیع میزان افسردگی در جدول ۱، افرادی که دارای میزان افسردگی متوسط و شدید هستند به ترتیب ۱۶.۳ درصد و ۵.۲ درصد هستند. با در نظر گرفتن میزان‌های افسردگی متوسط و شدید مقدار افسردگی در نمونه مورد بررسی ۲۱.۵ درصد است. با توجه به نتایج بود و نبود افسردگی در جامعه مورد مطالعه ۴۹.۴ به ۵۱.۶ درصد است.

جدول ۱: توزیع افسردگی در پاسخگویان

Table 1: *Distribution of Depression*

میزان افسردگی	فراوانی	درصد
Depression Rate	*Frequency*	*Percent*
۰ تا ۹ بدون افسردگی	۱۸۹	۴۹.۴
۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف	۱۱۲	۲۹.۱
۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط	۶۳	۱۶.۳
۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید	۲۰	۵.۲
کل	۳۸۴	۱۰۰

✓ *بررسی توزیع تعداد اجتماع‌های قلمرویی (گروه‌های اجتماعی)*

بنا به توزیع تعداد عضویت در اجتماع‌های قلمرویی (گروه‌های اجتماعی) در جدول ۲، ۲۸.۳ درصد از افراد نمونه دارای هیچ عضویت گروهی نیستند. به ترتیب ۳۱.۲ و ۲۵.۸ درصد از افراد نیز دارای عضویت در ۱ و ۲ گروه هستند. حدود ۱۵ درصد از افراد نیز دارای عضویت در سه گروه و یا بیشتر از آن هستند.

جدول ۲: توزیع تعداد اجتماع های قلمرویی (گروه‌های اجتماعی)

Table 2: *Distribution of Numbers of Territorial Communities*

تعداد عضویت‌ها در گروه‌ها	فراوانی	درصد
Number of Memberships in Groups	*Frequency*	*Percent*
۰	۱۰۴	۲۸.۳
۱	۱۱۵	۳۱.۲
۲	۹۵	۲۵.۸
۳	۳۱	۸.۴
۴	۱۹	۵.۱
۵+	۴	۱.۱
کل	۳۶۸	۱۰۰

✓ *توزیع اجتماع‌های غیر قلمرویی (اجتماع‌های شبکه‌ای)*

بنا به جدول ۳ کسانی که دارای اندازه اجتماع‌های غیر قلمرویی (اجتماع‌های شبکه‌ای) ۰تا ۱۵ و ۱۶تا۳۰ هستند به ترتیب برابر ۳۹.۲ و ۳۱ درصد هستند؛ همچنین افراد دارای

اندازه‌های اجتماع‌های شبکه‌ای ۳۱ تا ۴۵ شامل ۲۱.۲ درصد و اندازه‌های اجتماع شبکه‌ای ۴۶ و بیشتر شامل ۸.۶ درصد هستند.

جدول ۳: توزیع اندازه اجتماع‌های غیر قلمرویی (اجتماع‌های شبکه‌ای)

Table 3: *Distribution of Numbers of Non-Territorial Communities*

اندازه اجتماع	فراوانی	درصد
Size of Community	*Frequency*	*Percent*
۰-۱۵	۱۴۷	۳۹.۲
۱۶-۳۰	۱۱۵	۳۱
۳۱-۴۵	۷۹	۲۱.۲
+۴۶	۳۲	۸.۶
کل	۳۷۴	۱۰۰

✓ *بررسی نحوه توزیع رابطه قوی در میان پاسخگویان*

جدول ۴ توزیع رابطه قوی (داشتن یا نداشتن همسر) را در افراد نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، پاسخگویان دارای رابطه قوی (دارای همسر) ۸۹ درصد و بدون رابطه قوی (فاقد همسر) ۱۱درصد هستند.

جدول ۴: توزیع رابطه قوی (داشتن یا نداشتن همسر)

Table 4: *Distribution of Strong Relatioship*

وضعیت رابطه قوی	فراوانی	درصد
Strong Relationship Status	*Frequency*	*Percent*
داشتن رابطه قوی (دارای همسر)	۳۴۲	۸۹
نداشتن رابطه قوی(فاقد همسر)	۴۲	۱۱
کل	۳۸۴	۱۰۰

آزمون ارتباط بین افسردگی با سطوح اجتماع

برای بررسی افسردگی و سطوح اجتماع‌های طرح شده در این گزاره که " بین سه سطح اجتماع با افسردگی رابطه منفی وجود دارد" از تحلیل رگرسیون استفاده شده است. جدول ۵ خلاصه مدل این گزاره را نشان می‌دهد. بنا به جدول ۵ ضریب همبستگی چندگانه بین میزان افسردگی با سطوح اجتماع‌ها ۰/۳۵۱ است؛ ضریب تعیین تعدیل شده این مدل به مقدار ۰/۱۱۹ بیانگر این است که ۱۱/۹ درصد واریانس افسردگی توسط سطوح اجتماع‌ها توضیح داده می‌شود. آزمون تحلیل واریانس مدل (*Sig* =۰/۰۰۰ ، *F*=۸/۷)، نشان می‌دهد افسردگی

با سطوح اجتماع‌ها رابطه معنی‌داری دارد؛ همچنین با توجه به معنادار بودن آزمون بارتلت در جدول ۶، می‌توان گفت که کفایت حجم نمونه‌گیری وجود دارد.

جدول ۵: خلاصه مدل گزاره افسردگی با سطوح اجتماع

Table 5: *Model of Depression with Levels of Cummunities*

Multiple Correlation	*Coefficient of Determination*	*Adjusted Coefficient of Determination*
ضریب همبستگی چند گانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده
۰/۳۵۱	۰/۱۲۳	۰/۱۱۹

جدول ۶: آزمون کرویت بارتلت

Table 6: *Bartlett's Test of Sphericity*

آزمون کرویت بارتلت	*Approx. Chi-Square* مقدار آماره *X2*	۷۹.۵۸۷
	درجه آزادی	۳۸۱
Bartlett's Test of Sphericity	*Df*	
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
	Sig.	

بنا به جدول ۷ از میان سطوح سه گانه اجتماع تنها دو سطح آن یعنی اجتماع غیر قلمرویی (اجتماع‌های شبکه‌ای) و رابطه قوی با افسردگی دارای رابطه معنی‌دار هستند. با در نظر گرفتن بتای این دو سطح اجتماع به ترتیب اجتماع‌های غیر قلمرویی (اجتماع‌های شبکه‌ای) با مقدار بتای ۲۲- و سپس رابطه قوی با مقدار بتای ۱۹- بیشترین سهم را در توضیح افسردگی دارند. با توجه به منفی بودن ضرایب بتا می‌توان گفت، این دو سطح ارتباط معکوسی با افسردگی دارند و این نتیجه بدین معناست که هر چه اجتماع‌های غیر قلمرویی افراد بیشتر می‌شود، سطح افسردگی آنها نیز کاهش می‌یابد و بالعکس. در مورد رابطه قوی نیز این گزاره درست است. بدین معنا که داشتن رابطه قوی باعث کاهش افسردگی در افراد می‌شود.

جدول ۷: تحلیل رگرسیون گزاره افسردگی با سه سطح اجتماع

Table 6: *Regression Analysis of Depression with Levels of Cummunities*

سطح معناداری	مقدار آماره آزمون	ضریب بتا	ضریب رگرسیون	متغیرهای معادله
Sig.	*T*	*Beta*	*B*	*Variables in Equation*
۰/۰۰۱	۹.۷۸	-	۶.۵	مقدار ثابت
۰/۸۵	-۱.۰۲	-۰/۰۱	-۰/۰۴	اجتماع قلمرویی (گروه‌های اجتماعی)
۰/۰۰۰	-۳.۴۸	-۰/۲۲	-۰/۲	اجتماع غیر قلمرویی (اجتماع‌های شبکه‌ای)
۰/۰۰۱	-۹.۸۵	-۰/۱۹	-۵.۳	رابطه قوی

بحث و نتیجه‌گیری

میزان افسردگی متوسط تا شدید در نمونه مورد بررسی ۲۱.۵ درصد است. این میزان از افسردگی که هماهنگ با دامنه میزان افسردگی در دیگر مطالعات در ایران است بیان‌کننده اپیدمولوژی افسردگی در جامعه است. مارتین سلیگمن به این میزان اپیدمولوژیک افسردگی بنا به میزان شیوع و گستردگی آن (در مقایسه با دیگر انواع اختلالات و بیماری‌های روانی) نام "سرماخوردگی روانی"می‌دهد. این مطالعه در بررسی اپیدمی افسردگی از گزاره‌هادی ارتباط روابط اجتماعی (در اجتماع‌های تشکیل شده از آنها) با افسردگی استفاده می‌کند تا داده‌های تجربی را توضیح دهد. سؤال و گزاره‌های که در بخش بیان مسئله و چهارچوب نظری ذکر گردید. برای توضیح افسردگی اختلال رابطه‌ای بین فرد و جامعه را طرح کرد. گزاره این اختلال رابطه‌ای چنین بیان می‌کند که بین سه سطح اجتماع با افسردگی رابطه منفی وجود دارد. لذا بنا به این رابطه منفی، هر چه در سه سطح اجتماع اختلال ایجاد شده باشد این اختلال با جدا کردن فرد از جامعه او را در خلأ رابطه‌ای قرار می‌دهد و فرد را دچار افسردگی می‌کند.

یافته تحلیل رگرسیون مدل گزاره افسردگی با سه سطح اجتماع در جدول ۶ رابطه معنی‌دار منفی بین اجتماع قلمرویی (شبکه‌ای) و رابطه قوی با افسردگی را تأیید اما رابطه بین اجتماع قلمرویی (گروه‌های اجتماعی) و افسردگی را رد می‌کند.

از نظر غالب جامعه‌شناسان کلاسیک و نیز معاصر دگرگونی‌های اجتماعی در دوران مدرن روابط اجتماعی در جوامع را دچار تغییر کرده است. دگرگونی‌های گسترده در جامعه ایران در طی چند دهه گذشته روابط اجتماعی (و بر حسب این روابط اتصال افراد در قالب اجتماع‌ها به جامعه)را دچار تغییر کرده است. از این تغییر کاظمی‌پور و گودرزی (۱۴۰۱)، در کتابشان با عنوان داستان افول اجتماع در ایران نام برده‌اند. صنعتی شدن و رها شدن از چارچوبه‌های سنتی، افزایش شهرنشینی و بدنبال آن بزرگ شدن شهرها، تخریب بافت‌های قدیمی شهرها به منظور نوسازی و در نتیجه آن از بین رفتن محله‌ها، حرکت و تحرک‌های وسیع جغرافیایی ـ مکانی جمعیت و در نتیجه آن ایجاد فاصله و جداشدگی از اجتماع‌های حامل روابط اجتماعی، فردگرایی و در پی آن بریدگی از روابط اجتماعی سابق، و پرهزینه شدن روابط اجتماعی به لحاظ اقتصادی و صرف وقت در آنها از جمله این دگرگونی‌ها هستند. این دگرگونی‌ها همراه با نتایج و پیامدهای بعضاً مثبت خود در مدرن کردن زندگی نیز با خود

نتایج و پیامد منفی برای اجتماع‌های سابق که افراد را به جامعه متصل می‌کردند نیز به همراه داشته‌اند. افسردگی و میزان رو به افزایش آن در سال‌های اخیر را یکی از این نوع پیامدهای منفی می‌تواند به حساب آورد. در قبل از شروع و انجام دگرگونی‌های مذکور در چند دهه قبل افراد به‌طور وسیع در قالب گروه‌های اجتماعی که بر حسب اشتراک قلمرویی و فضایی تعریف می‌شدند در محله، خانواده، دوستان، مسجد و ... روابط اجتماعی گسترده داشتند. اجتماع‌های سنتی و قلمرویی قبلی که الزامات فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی زمینه شکل‌گیری این گروه‌های اجتماعی را تشکیل می‌داد در فرآیند دگرگونی‌های مذکور غالباً دچار تغییر شده‌اند. این تغییر موجب شده است که این گروه‌ها در شرایط دگرگون شده کنونی دیگر حامل و جایگاه روابط اجتماعی افراد نباشند؛ چنین به نظر می‌آید افراد دلبستگی و تعلق چندانی به این گروه‌های اجتماعی دگرگون شده ندارند و این گروه‌ها برای افراد هویتی را نمی‌سازند که در سابق افراد خود را بر اساس آنها تعریف می‌کردند. باری ولمن بر این باور است اجتماع‌هایی که گروه‌های اجتماعی پیرامون آن شکل می‌گرفتند در شرایط کنونی جوامع از بین رفته‌اند (*Wellman, 1999:145; Wellman, 2013:143*). در این راستا شواهد داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از افراد یا فاقد عضویت در این گروه‌های اجتماعی‌اند (اجتماع قلمرویی) و یا عضویت اندکی در آنها دارند. تحلیل رگرسیون جدول ۶ نیز نشان می‌دهد بین سطح اجتماع قلمرویی که بیانگر عضویت در گروه‌های اجتماعی است با افسردگی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. این دو یافته توصیفی و استنباطی مذکور بیانگر تأیید ادعای ولمن است.

از سوی دیگر اجتماع‌های غیر قلمرویی یا شبکه‌ای زمینه‌ای را می‌سازند که احساس، عمل و رفتار و هر آنچه که افراد انجام می دهند را تحت تأثیر قرار می‌دهند (*Wright, 2013:921*). با توجه به تضعیف گروه‌های اجتماعی که اجتماع‌های قلمرویی محمل شکل‌گیری آنها بوده‌اند در شرایط کنونی دگرگون شده جامعه، اجتماع‌های غیر قلمرویی یا شبکه‌ای جانشین‌های اجتماع‌های قلمرویی قبل شده‌اند. این اجتماع‌های شبکه‌ای یا به بیان زیمل محافل اجتماعی *Social Circles* مناسب شرایط دگرگون شده جامعه کنونی‌اند (*Smart & et. al, 2004:30*). هنگامی که میزان افسردگی بر حسب اجتماع غیر قلمرویی و شبکه‌ای در جدول ۶ تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت رابطه منفی معنی‌دار افسردگی با اجتماع شبکه‌ای تأیید گردید. این رابطه نیز بیانگر این است که با کوچک‌تر شدن

اجتماع‌های غیر قلمرویی (شبکه‌ای) افراد، میزان افسردگی نیز در آنها افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج مطالعات دیگر از جمله (*Li and ،Kawachi and Berkman, 2011:458*) (*Zhang, 2011:59; House and Landis, 2015:542; Berkman, 2013:243,* نیز تأیید می‌شود.

همچنین هنگامی که میزان افسردگی بر حسب رابطه قوی در جدول ۶ تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار می‌گیرد رابطه معنی‌دار منفی بین افسردگی و رابطه قوی تأیید می‌شود. این رابطه معنی‌دار بیان می‌کند افرادی که فاقد رابطه قوی هستند نسبت به افرادی که دارای رابطه قوی‌اند افسرده‌تر هستند. در سطح روابط اجتماعی‌ای که با داشتن یک رابطه قوی و در اینجا با داشتن همسر (اجتماع یا با هم بودگی دو نفر) تعریف می‌شود گویای این است که کسانی که فاقد این رابطه هستند امکان افسردگی در آنها بیشتر است. لذا فقدان، تضعیف و یا گسست روابط زناشویی قابلیت و شرایط ابتلا شدن به افسردگی را فراهم می‌کند. دعلاوه بر این فقدان و نیز تضعیف و گسست در روابط زناشویی که در قالب طلاق نشان داده می‌شود، همچنین ناسازگاری‌ها و اختلافات زناشویی که منجر به طلاق نمی‌شوند در تضعیف رابطه قوی زناشویی و پیامد این تضعیف در افسرده شدن می‌تواند مؤثر باشد. مطالعات *Mirowsky & Ross, 1995: 460Y, Wood & et. al, 1989:252, Thomas, 2013:195*، و نیز گوو (*Gove in Armestrong, 1989:29*) تأییدکننده این تضعیف هستند. داشتن همسر به‌عنوان رابطه‌ای قوی و با هم بودگی نه تنها سپری در برابر جلوگیری از افسردگی است بلکه طبق مطالعه گوو افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد از میزان‌های مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌های ارگانیک کمتری نیز برخوردارند. گوو نشان می‌دهد گسست و تخریب رابطه زناشویی در شکل طلاق، افراد طلاق گرفته را حتی در مقایسه با مجردها بیشتر در معرض مرگ و میر و بیماری قرار می‌دهد؛ لذا فقدان، تضعیف و گسست در رابطه قوی زمینه ایجاد بیماری روانی و بنا به یافته این مطالعه افسردگی را فراهم می‌کند.

در مجموع و در نتیجه‌گیری پایانی می‌توان عنوان کرد که جذب و درگیر شدن فرد به جامعه در قالب به هم پیوستگی‌های اجتماعی (*Social Cohesion*) که روابط اجتماعی در اجتماع‌ها محمل و فراهم‌کننده آن است محیطی ایجاد می‌کند که از پیامدهای این محیط سلامت روانی برای افراد است. هنگاهی که جذب و درگیر شدن در جامعه و مکانیزم‌های آن کافی نباشند با ایجاد شدن خلأ رابطه‌ای و جداشدگی و بریدگی از جامعه قابلیت‌هایی در افراد

ایجاد می‌شود که افسردگی یکی از آنها می‌تواند باشد؛ لذا از اپیدمی افسردگی چنین بر می‌آید که اختلال رابطه‌ای در برخی از سطوح اجتماع‌ها در جامعه ایجاد شده است. این اختلال رابطه‌ای در اثر دگرگونی‌های ایجاد شده در چند دهه گذشته در جامعه روابط اجتماعی در سطوح اجتماع‌های آن را تحت تأثیر قرار داده است. این تأثیر و فعل و انفعالات ناشی از آن در سه سطح وجودی ـ انضمامی اجتماع، اولاً به دلیل پراکنده کردن وسیع مکانی ـ فضایی اعضای سابق اجتماع قلمرویی یا (همان گروه‌های اجتماعی سابق) این اجتماع (که روابط چهره به چهره و غالباً ـ به بیان پارسونز ـ اظهاری دارای صبغه خاص‌گرا و انتشاری و همجواری از الزامات آن بود) را به رو افول کشانده است؛ دوماً، گسترش تکنولوژی ارتباطی در تمام شکل‌های آن امکان و شرایط ایجاد و گسترش اجتماع غیر قلمرویی یا شبکه‌ای را فراهم کرده است. این اجتماع وجه مثبت دگرگونی‌های چند ده قبل در جامعه است و روابط اجتماعی را به نحوی دیگر بازسازی کرده است؛ سوماً، اجتماع یا با هم بودگی در قالب رابطه قوی (که به بیان پارسونز دارای صبغه اظهاری خاص‌گرا و انتشاری و چهره به چهره است) و از مقومات آن داشتن همسر و زندگی باطراوت ناشی از آن است با میزان طلاق بالا و در حال رشد مواجه کرده است.

پیشنهادات پژوهش

۱- ضرورت بازسازی و ترمیم اجتماع‌های قلمرویی یا گروه‌های اجتماعی در جامعه سیاست‌های کلان و جامعی را ایجاب می‌کند. این بازسازی و ترمیم در حکم احیای اجتماع قلمرویی می‌تواند سیاست‌هایی کلانی را در بر گیرد که مانع از جدایی و کنده شدن افراد از محیط‌های بومی، آشنا و مالوف خود شوند. این محیط‌ها به لحاظ ساختار و نیز کارکردهایشان در سابق با سلامتی در ارتباط بودند، لذا احیای آنها می‌تواند زمینه مساعدی را برای سلامتی فراهم کنند.

۲- از آنجا که اجتماع غیر قلمرویی بنا به یافته این مطالعه با سلامت روان و افسردگی در ارتباط است لذا تسهیل و تقویت تکنولوژی‌های ارتباطی که از عوامل قابل توجه و مقوم این نوع اجتماع‌ها هستند و رفع موانع ممکنه بر سر راه این تسهیل و تقویت می‌تواند زمینه ایجاد و رشد اجتماع‌های غیر قلمرویی و شبکه‌ای را بیشتر فراهم می‌کند.

۳- از آنجا که طلاق و میزان‌های رو به گسترش آن زنگ خطری برای اجتماع و با هم بودن زناشویی است؛ طبق یافته این پژوهش ـ و البته فارق از عوامل سطح کلانی که در اختیار افراد نیست ـ توصیه می‌شود افراد در قبل و پیش از تشکیل رابطه زناشویی توجه بیشتری پیرامون شناخت و در پی آن هم‌فهمی در مشابهت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و فکری یکدیگر انجام دهند.

Reference:

Armstrong, D. (1989). An outline of sociology as applied to medicine.third edition, Wright.

August K. J; Kelly C.S; Markey, C. N. (2016). "Marriage, Romantic Relationships and Health", Routledge, second edition, 46-52.

Azkhosh ,M. (2023). Application of mental tests and clinical diagnosis.9th edition.Ravan publication.

Berkman, L. F. (2013). "The role of social relationships in health promotion", Psychosomatic Medicine, 57, 242-254.

Broman Clifford, L. (1993). Social relationships and health-related behavior. Journal of Behavioural Medicine, Vol. 16, No. 4.

Butier Gillian; H. T. (1999). The mental cold:treatment of depression.Nasle noo publication. (Persian).

Chai, Q., Yang, Z., Luo, Y., Deng, Y., Qin, L., Yang, Z., Wang. R, Zhou. Y. (2024) "The impact of digital communication and offline social interactions on depressive symptoms in Chinese older people", Front Public Health. Nov 13; 12:13, 87637.

Davidson, S. K., Dowrick, C. F., & Gunn, J. M. (2016). "Impact of functional and structural social relationships on two year depression outcomes: A multivariate analysis", Journal of Affective Disorders, 193, 274-281.

Dillon M. (2014). Introduction to sociological theory. Blackwell press.

Duck S. W.; Pond, K. (2013). Rhetoric and reality in personal relationships.In Henderick C. Review of Personality and Social Psychology, 10-29.

Durkhaim, E. (2014). Suicide.Translated by Salarzadeh Amiri, N., Alame Tabatabea Univercity Publication. (Persian).

Elmer, T., Ram, N., Gloster, A. T., & Bringmann, L. F. (2023). "Studying Daily Social Interaction Quantity and Quality in Relation to Depression Change: A Multi-Phase Experience Sampling Study", Personality and Social Psychology Bulletin, 1-16.

Ghodsi, A., Balali, E. and Shokri Badi-nia, M. (2020). "Sociological Examination of Mechanisms in the Relation between Social Factors and Depression among Citizens over the Age of 18 in

Hamadan City", Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences, 16(2), 39-1. (Persian).

Gu, Y., Sh. Ali & Guo, A. (2023). "Comparing the role of social connectivity with friends and family in depression among older adults in China: evaluating the moderating effect of urban–rural status", Front. Psychiatry 14:1162982.

Hallgren, M.; Lundin, A.; Yi Tee, fow, Burstrom, Bo.; Forsell. Y. (2016). "Somebody to lean on:Social relationships predict post-treatment depression severity in adults", Pshchiatry Reasearch,V 249,261-267.

Hamshari Newspspaper (2013). Chaharomin conference Salamat Ravan v resaneha.29, Bahman.

Horwitz A. V.; White H. R; Howell-White S. (2011). "The use 24ultiple stress research: A case of gender differences to marital dissolution", Journal of Health and Social Behaviour, 37.278-291.

House J. S. (1981). Work stress and social support .Reading M. A: Addison-Wesley.180-192.

House J. S; Landis, K. R; Umberson D. (2015). "Social relationships and health", Science, 241, 540-545.

https://amarfact.com/note/symptoms-of-depression.

https://cnin.ir/Indexnews.aspx?id=10039.

Kawachi, I.; Berkman, Lisa F. (2011). "Social ties and mental health", Journal of Urban Health,Vol. 78, No 3,458-462.

Kazemipur A; Ghoderzi, M. (2022). What became? The story of decline of community in Iran.fourth edition,Aghar publication.

Kuper, A.; Kuper, J. (2004). The Social Science Encyclopedia, London: Routledge, Second edition.

Levy Judith A.; Pescosolido Bernice, A. (2002). Social networks and Health, JAI, 6.

Li Ting; Yanlong, Zh. (2015). "Social network types and health of older adults", Social Science and Medicine, 130, 59-68.

Luo M. (2023). "Social Isolation, Loneliness, and Depressive Symptoms: A Twelve-Year Population Study of Temporal Dynamics", J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. Feb 19; 78(2):280-290.

Marcus, M. & Yasamy, Mohammad Taghi & Ommeren, M. & Chisholm, D. & Saxena, S. (2012). "Depression: A global public

health concern", World Health Organization Paper on Depression, 6-8. (Persian).

Moshirian Farrokhi, S. M. M.; Noghani Dokht Bahmani, M.; Tavakolli, H.; Nematollahi, A. (2014). "A study of depression among teachers in regular and special schools and its relationship with job burnout", The First National Conference on Psychological Nursing and Health Promotion and Healthy Environment, 9-21. (Persian).

Mele, V. (2023). City and modernity in Georg Simmel and Walter Benjamin, Palgrave: Macmillan.

Mikaeili, N., & Beheshti Motlagh, A. (2023). "The Relationship Between Lifestyle and Depression in the Elderly: The Mediating Role of Loneliness", Aging Psychology, 9(2), 192-181. (Persian).

Milardo R. M. (2014). Personal choice and social constraint in close relationships: Application of network analysis.In Derlega C.J.;Winsteed B.A.(Eds)Friendships and Social inte.

Mills, J.; Clark M. S. (1982). "Exchange and communal relationships", in Wheeler L., Review of Personality Social Psychology, 3.121-144.

Mirderikvand, F., Adavi H, amirian L, khodaie S. (2017). "The Investigation relationship between Social support and Depression mediated by Loneliness between Elderly", Journal title 2017; 3 (2), 63-75. (Persian).

URL: http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-213-fa.html.

Mirowsky J; Ross C. E. (1995). "Sex differences in distress: Real or Artifact?", American Sociological Review, 60, 449-468.

Mohammadinasab, A. & Hankir, A. & Sapunov, Aleksandr & Walder, A. & Doherty, A. & Fernando, Asanga & Terniotis, Christos & Maloney, Danielle & M., Djibril & McCloskey, E. & Naqvi, Faheem & J., Ferdinand & Manolova, Gergana & Rahmanian, H. & Thomson, H. & Klimach, J. & Gill, Jaspreet & Bao, Jianan & Sugiura, Kanna & Hughes, P. (2017). Depression around the World. 10.13140/RG. 2.2.31180.62087. (Persian).

Mohseni, M. (2020). Medical sociology.Tahori.12th edition.83. (Persian).

Nabdi, S., Boujraf, S., & Benzagmout, M. (2023). "The influence of physical activity, social relationships, and diet intake on

depression: a case-series study", Annals of Medicine and Surgery, 85(5), 2016-2023. (Persian).

Neuhouser F. (2023). Diagnosing social pathology, Cambridge university press. (Persian).

Pourshahriari, M. (2007). "The comparison of depression, social loneliness and family relation between high school girl student (Internet users and nonusers) in Tehran", Journal of Psychological Studies, 3(2), 49-64. (Persian)

Rostamzadeh, Z. & Jalilzadeh, R. (2007). "Studying the prevalence and severity of depression in female high school students in Urmia city", Nursing and Midwifery Journal, Vol.5, No.3 (Persian).

Saadati, M.; Abbaszadeh, M.; Niazi, M. & Montazery Khosh, H. (2015). "Sociological Study of Relationship between Social capital and Depression Case Study of Marred Females of Tabriz City", Women's Studies Sociological and Psychological, 13(1), 89-110. (Persian).

Scambler G.; Higas P. (1998). Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology towards 2000.73

Schwarzbach, M., Luppa, M., Forstmeier, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). "Social relations and depression in late life-a systematic review", International journal of geriatric psychiatry, 29(1), 1-21.

Seeman, E. T. (1996). "Social ties and health: The benefits of social integration", Annals of Episdemology, Vol. 6, Issue 5, 442-451.

Sharifi, A.; Bakhtiarpour, S., Naderi, F., Askari, P. (2022). "Testing and Comparing the Causal Relationship between Spiritual and Social Capital and Depression with the Mediating Role of Death Anxiety in the Elderly with and Without Spouse", Salmand: Iranian Journal of Ageing 2022; 17 (1):108-123. (Persian).

Smart, B.; Jenkins, R.; Bocock, R. (2004). Goeorg Simmel, Routledge.

Thomas, R. K. (2013). "Society and Health", Kluwer Academic Publishers, 2003, p.195.

Tijuis, M. (1994). Social networks and Health, Utrecht, Neth: Nivel, 216.

Vakili, M., Eslami Farsani, S.H., Hosseini, S.M.H., & Dehghani Tafti, M. H. (2010). "Prevalence of Depression and Its Related Factors among Truck Drivers in Yazd Province-2008. Iran Occupational Health Journal, 6(4), 66-73. (Persian).

Wellman, B. (1999). Networks in the Global Village:Life in Contemporary Communities, Westview Press, 145-159.

Wellman, B. (2012). "The community ties and mental health", Toronto: Clarke Institue of Pshchiatry, 143.

Wood, W.; Rhodes, N.; Whelam, M. (2012). Sex differences in positive well-being.106, 249-264.

Wright, E. R. (2013). "The Impact of Organizational Factors on Mental Health Professionals", Pshchiatric Services, 48, 921-927.

Zakizadeh, R., Bahreini, M., Farhadi, A., Bagherzadeh, R. (2023). Assessing the Mediating Role of Depression in the Relationship between Feeling of Loneliness and Social Functioning in the Elderly, 56.

The Sociological Explanation of the Mental Cold

Alimohammad Ghodsi (Ph.D)[1], *Esmaeil Balali (Ph.D)*[2]
Javad Afsharkohan (Ph.d)[3], *Mohammadtaghi Sabzeei (Ph.D)*[4]

DOI: 10.22055/QJSD.2025.48889.3033

Abstract:

Depression is considered a mental cold due to its prevalence and extent in society. This prevalence and extent of depression has made it a systemic feature of society. Given the systemic nature of depression, it is necessary to consider society and its characteristics in the field of social relations to explain depression. The levels and layers of social relationships through which individuals in society are absorbed and integrated in the form of communities are among the characteristics of society that are examined in relation to depression in this study. The premise of this study states that a relationship disorder has arisen between the levels of social relationships in communities that connect individuals to society, and therefore this relationship disorder has made individuals susceptible to depression. The aim of this study is to investigate this supposed relationship disorder and its relationship with depression. The statistical population of the study is employees of the education departments of Mashhad, which was surveyed using the Cochran formula with a sample size of 384 people using the survey method. The study findings show that among the levels of social relationships in which communities are formed, there is a significant negative relationship between non-territorial communities and strong relationships with depression. Therefore, based on the findings of this study, it is concluded that people who are involved in non-territorial communities and in communities resulting from strong relationships are less likely to suffer from depression, and conversely, the less people are involved in these two communities, the more likely they are to suffer from depression.

Key Concepts: *Depression, Communal Relationships, Territorial Community, Non Territorial Community, Strong Relationship*

[1] Associate Professor, Department of Sociology, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Hamadan, Iran (Corresponding Author), a.ghodsi@basu.ac.ir
[2] Associate Professor, Department of Sociology, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Hamadan, Iran balali_e@basu.ac.ir
[3] Associate Professor, Department of Sociology, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Hamadan, Iran, j.afsharkohan@basu.ac.ir
[4] Assistant Professor, Department of Sociology, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Hamadan, Iran, m.sabzehei@basu.ac.ir

© 2019 by the authors. Licensee SCU, Ahvaz, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).