جامعه‌شناسی تاریخی
دورهٔ ۳، شمـارهٔ ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۰

رابطهٔ بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی (مطالعهٔ موردی: معلمان شهرستان تیران و کرون)

محمد نوریان نجف‌آبادی[1*]، نرجس جهانگیر[2]

(تاریخ دریافت ۹۰/۲/۲۹، تاریخ پذیرش ۹۰/۶/۲۰)

چکیده

اعتماد یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت افراد جامعه است. تـأمین سـلامت گـروه‌هـای مختلف جامعه، یکی از مسائل اساسی هر کشوری به‌شمار می‌آید. اما شخصیت و تعادل روانی معلمان بیش از سایر طبقات اجتماعی موردتوجه و بااهمیت است.

مطالعهٔ حاضر، پژوهشی مقطعی و کاربردی است و با روش پیمایش، میان معلمان سه دورهٔ (ابتدایی، راهنمایی و متوسطه) شاغل در شهرستان تیران و کـرون در سـال ۱۳۹۰ انجـام شـده است. به‌علت گستردگی و پراکندگی منطقـه، جهـت تعیـین حجـم نمونـهٔ مـوردنظر، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. در این نمونه‌گیری، ۲۴۰ نفر از معلمـان منطقه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. داده‌ها با استفاده از ابزار پرسش‌نامه جمع‌آوری، و بـه کمـک نرم‌افزارهای SPSS و لیزرل تحلیل شده است.

1. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی
*mohammadnorian@yahoo.com
2. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی و دبیر آموزش و پرورش شهرستان تیران و کرون

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

یافته‌های تحقیق بیانگر این است که بین میزان سلامت روان زنان و مردان، افراد مجرد و متأهل و همچنین معلمان مشغول به خدمت در شهر و روستا تفاوت معناداری وجود ندارد. از سوی دیگر، بین میزان سلامت روان با ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی رابطهٔ مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر با زیادشدن میزان اعتماد اجتماعی، میزان سلامت روانی افزایش پیدا می‌کند. نتایج این تحقیق همسو با نظریات اندیشمندانی همچون پاتنام، ویلکینسون و کاواچی است.

واژه‌های کلیدی: اعتماد اجتماعی، سرمایهٔ اجتماعی، سلامت روان، معلمان، شهرستان تیران و کرون.

۱. مقدمه

موضوع سلامت و بیماری قدمتی به‌اندازهٔ تاریخ انسان دارد. سازمان بهداشت جهانی سلامت را به‌صورت بهزیستی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند نه فقط فقدان بیماری و ناراحتی (W. H. O., 2007: 7). سلامت روان جنبه‌ای از سلامت کلی است. از سوی دیگر، سلامت روان قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تمایل به همکاری، پذیرش مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی، امید به آینده و حل منطقی تعارض‌های هیجانی است. عوامل متعدد فردی و زمینه‌های مختلف اجتماعی هرکدام به‌نوعی در تعیین سلامت روانی افراد مؤثرند. زمینه‌های خانوادگی مانند فرایند جامعه‌پذیری، میزان هم‌بستگی عاطفی میان اعضای خانواده و عوامل محیطی و شغلی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان هستند.

افراد در طی جامعه‌پذیری، در مرحلهٔ اول، از والدین و دیگر اعضای خانواده نحوهٔ برقراری ارتباط با دیگران را می‌آموزند، سپس این جریان در نظام آموزشی و دیگر نهادهای اجتماعی ادامه می‌یابد. سنگ بنای برقراری ارتباط، اعتماد اجتماعی است. در نوشته‌های جامعه‌شناختی، اعتماد اجتماعی به‌عنوان ویژگی افراد، ویژگی ارتباط اجتماعی و هم ویژگی نظام اجتماعی با تأکید بر رفتارِ مبتنی بر تعاملات و سوگیری‌ها در سطح فردی، مفهوم‌سازی شده است (اوجاقلو و زاهدی، ۱۳۸٤: ۹٤). اعتماد خصوصیتی شخصی است و با ویژگی‌های فردی، اجتماعی و جمعیت‌شناختی ازقبیل درآمد، سن و جنس مرتبط است (Delhey & Newton,

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

2002). معمولاً افراد سالم با دیگران ارتباط بیشتری دارند و وجود ارتباط به‌منزلهٔ اعتماد به دیگران است. در ***فرهنگ لغت آکسفورد***، اعتماد به معنای اطمینان به بعضی از صفات یا ویژگی یک شخص و یا حتی درستی و حقانیت یک نظریه تعریف شده است. اندیشمندان علوم اجتماعی هریک از دیدگاه خاص خود به تعریف اعتماد پرداخته‌اند. برای مثال، لومان میان دو مفهوم اعتماد و اطمینان تفاوت قائل شده و معتقد است اعتماد با مفهوم مخاطره یا ریسک ارتباط دارد و در دوران اخیر مطرح شده است. به اعتقاد لومان، کارکرد اعتماد در نظام اجتماعی این است که عدم تعیین اجتماعی را کاهش می‌دهد (امیرکافی، ١٣٧٤).

بنابر آنچه گفته شد، نوعی تأثیر متقابل میان سلامت روان و اعتماد اجتماعی وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که هرگاه مفهوم اعتماد اجتماعی را به‌کار می‌بریم، مفاهیمی مانند صداقت، همکاری، صمیمیت، امید و دگرخواهی به‌دنبال آن مطرح می‌شود. وجود این ویژگی‌ها در افراد نشان‌دهندهٔ سلامت روانی آن‌هاست.

۲. بیان مسئله

تأمین سلامت روانی گروه‌های مختلف جامعه یکی از مسائل اساسی هر کشوری است. امروزه، بخش عظیمی از گونه‌های بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای درحال‌توسعه با عوامل و مدل‌های اجتماعی رابطه‌ای قوی دارند (W. H. O., 2007: 7).

در سال‌های اخیر، سلامت روانی[1] مورد توجه اندیشمندان علوم اجتماعی قرار گرفته است. سلامت روان را حالتی از سلامتی می‌دانند که در آن، فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مفید باشد و نیز قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. لهسایی‌زاده و مرادی سلامت روان را استعداد روانی برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، انعطاف‌پذیر بودن در موقعیت‌های دشوار و داشتن توانایی برای بازیابی تعادل خود تعریف کرده‌اند (١٣٨٦: ١٧٠).

بنابراین، سلامت روان عبارت است از: بالاترین میزان امکانِ سازش و سازگاری فرد با جهان پیرامونش که سبب شادی فرد و اطرافیانش می‌شود. مشکلاتی مانند فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب، نبود امنیت در جامعه (مثل خشونت و تصادفات) و مسائلی مثل حوادث منفی زندگی ازجمله جدایی از والدین، از دست دادن کار یا

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

مهاجرت اجباری- که از عوامل اجتماعی هستند- بر سلامت روانـی افـرد تـأثیر زیـادی دارنـد (Harapham, 2004: 1-4).

پژوهش‌های انجام‌شده دربارهٔ سلامت روانی در ایران نشان می‌دهند شیوع اختلالات روانـی در میان معلمان به‌نسبت زیاد است (کیانفر و خردمند، ۱۳۷۷؛ محمدی و دیگران، ۱۳۸۷؛ بیـانی و دیگران، ۱۳۸٦؛ آراسته، ۱۳۸٦). بنابراین، با توجه به اینکه در این‌باره در جامعهٔ مورد مطالعـه هیچ تحقیقی انجام نشده است، برآن شدیم تا تـأثیر متغیـر اعتمـاد اجتمـاعی و ابعـاد آن را بـر سلامت روان معلمان در سه دورهٔ ابتدایی، راهنمـایی و متوسـطه در شـهر تیـران و روسـتاهای کرون مطالعه کنیم و تفاوت میزان سلامت روان معلمان شهر و روستا را بسنجیم.

از نظر جامعه‌شناختی، اعتماد حالتی روانی است و درجه‌ای است که یـک فـرد بـه دیگـری ایمان دارد و با شاخص‌هایی نظیر صداقت، خیرخواهی و شایستگی سنجیده مـی‌شـود (Vard & Smith, 2003). از نظر کلمن[۲] (1998)، اعتماد کنشی اسـت کـه دربردارنـدهٔ انتقـال ارادی منابع- اعم از منابع فیزیکـی، مـالی، فکـری و یـا اخلاقـی- از اعتمـادکننـده[۳] بـه امانـت‌دار یـا اعتمادشونده[٤]، بدون تعهد واقعی از سوی اعتمادشونده است. از نظر محققان، اعتمـاد بـه‌عنـوان حالتی روانی و ذهنی، به‌طور مستقیم قابل سنجش نیست؛ بلکه به‌طور غیرمستقیم یعنی از روی رفتار و یا با استفاده از مقیاس‌های اعتماد خودسنج اندازه‌گیری می‌شود.

بهداشت و سلامت روانی یکی از مقوله‌های مهمی اسـت کـه ضـرورت آمـوزش آن بـرای معلمان بدیهی است؛ چرا که تعلیـم و تربیـت بـا بهداشـت و سـلامت روانـی رابطـهٔ عمیـق و معناداری دارد. سپردن دانش‌آموزان به معلمانی که از سلامت روانـی کـافی برخـوردار نیـستند، ضربهٔ محکمی به پیکره و بدنهٔ اصلی آموزش و پرورش، یعنی دانش‌آموزان است. از آنجـا کـه معلمان با گروه عظیمی از جامعه یعنی دانش‌آموزان سروکار دارند، هرچه از اهمیت نقش خـود در زندگی تمام افراد جامعه آگاه شوند، با احساس تعهـد بیـشتری بـه آمـوزش مـی‌پردازنـد و دانش‌آموزان سالم‌تر و مدیران کارآمدتری تحویل جامعه خواهند داد (حسن‌زاده، ۱۳۸۵).

شخصیت و تعادل روانی معلمان بیش از سایر طبقات اجتماعی مورد توجـه و مهـم اسـت. ارتباط نزدیک معلم با دانش‌آموزان و نفوذ او بر آن‌ها، در سلامت فکری و روانی دانش‌آمـوزان نقش مهمی ایفا می‌کند. با توجه به همسانی اهداف آموزش و پرورش و بهداشت روانـی- کـه مقصود هر دو تربیت انسان‌های سالم، مفید و خوشبختی است- ضرورت چنـین بررسـی‌هـایی

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

در آموزش و پرورش مهم است. اگر وضعیت سلامت روانی معلمان شناسایی، و برای بهبود سلامت روانی آنان برنامه‌ریزی شود، عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان نیز بهتر می‌شود و از سوی دیگر، با کاهش میزان افت تحصیلی دانش‌آموزان، به اقتصاد آموزش و پرورش کمک شایانی خواهد شد (Fontana & Abouserie, 1993).

باری، رابطهٔ بین اعتماد اجتماعی، سلامت روان و شبکه‌های ارتباطی افراد توجه جامعه‌شناسان زیادی را به خود جلب کرده است. پیام‌هایی که آن نهادها برای افراد جامعه دارند، نظام‌هایی که به‌وجود می‌آورند و شبکه‌های اجتماعی‌ای که برپا می‌کنند، همگی می‌توانند به‌عنوان منشأ و مبنایی در جهت ایجاد اعتماد اجتماعی عمل کنند. ضمن اینکه اعتماد اجتماعی یکی از مهم‌ترین منابع در ایجاد و افزایش سلامت روانی است.

۳. پیشینهٔ تحقیق

نتایج پژوهش‌ها دربارهٔ رابطه بین سطح اعتماد اجتماعی و سلامت روانی نشان می‌دهد هم‌بستگی مثبت معناداری بین سطح اعتماد اجتماعی و سلامت روانی معلمان وجود دارد. این نتیجه یافته‌های کاواچی[۵] (1997)، هالتگریو و کروسبی[۶] (2003)، پولاک و نیزبک[۷] (2004) و توان[۸] (2006) را تأیید می‌کند. در ایالات متحده، کاواچی و همکاران (1997) دریافتند که هم اعتماد اجتماعی و هم عضویت گروهی (نشانگرهای سرمایهٔ اجتماعی) با سلامت روان پیوستگی دارد. هالتگریو و کروسبی (2003) در مطالعهٔ هم‌بستگی در سطح تحلیلی کلان (ایالتی) در ایالات متحده- که با هدف بررسی ارتباط بین سرمایهٔ اجتماعی، فقر، نابرابری درآمد و انواع بیماری انجام شد- نشان دادند سرمایهٔ اجتماعی با تمام سنجش‌های پیامدی رابطهٔ معناداری دارد و سرمایهٔ اجتماعی در همهٔ موارد قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده است. نتایج مطالعهٔ مقطعی، مقایسه‌ای و بین‌کشوری پولاک و نیزبک (2004) نشان داد نشانگرهای سرمایهٔ اجتماعی شامل «هنجارها» (عمل متقابل و اعتماد اجتماعی) و «رفتارها» (مشارکت) با نشانگرهای مختلف سلامت شامل «سلامت کلی»، «افسردگی» و «محدودیت‌های عملکردی» در سالمندان پیوستگی دارند. توان و همکارانش (2006) به این نتیجه رسیدند بین سرمایهٔ اجتماعی شناختی بالای مادران ویتنامی و سلامت بهتر کودکانشان از نظر وضعیت تغذیه‌ای و سلامت جسمی در کودکان یک‌ساله و سلامت جسمی و روانی در کودکان هشت‌ساله هم‌بستگی وجود دارد.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

از تحقیقاتی که در ایران انجام شده است می‌توان به این نمونه‌ها اشاره کـرد: بهـزاد (۱۳۸۱) در مقاله‌ای دربارهٔ سرمایهٔ اجتماعی، عواملی را برای ارتقای سلامت روان مطرح کرده و سرمایهٔ اجتماعی را شامل این عناصر دانسته است: کنشگرایی در یک موقعیت اجتماعی تعـاملات بـین افراد، گروه‌ها و اجتماعات، نهادها، هنجارهای اجتمـاعی و ارزش‌هـای مـشترک، مـشارکت در شبکه‌ها، احساس اعتماد، امنیت و تعهد متقابل، به‌هم‌پیوستگی و هویت گروهی و اجتمـاعی، و استفاده از منابع و منافع مشترک. لهسایی‌زاده و مرادی (۱۳۸٦) در پژوهـشی بـا عنـوان «رابطـهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان در مهاجران» نشان دادند که بین سرمایهٔ اجتمـاعی و ابعـاد آن (اعتماد اجتماعی و مشارکت اجتماعی) با سلامت روان رابطهٔ معنادار هـست. یافتـه‌هـای مقالـهٔ کامران و ارشادی (۱۳۸۸) با عنوان «بررسی رابطـهٔ سـرمایهٔ اجتمـاعی شـبکه و سـلامت روان» گویای این است که هرچه سرمایهٔ اجتماعی افراد در بعد کارکردی بیشتر شود، سلامت روانـی نیز افزایش می‌یابد؛ همچنین افراد شاغل و متأهل از سرمایهٔ اجتمـاعی بـالاتر و سـلامت روانـی بیشتری برخوردارند.

بیشتر تحقیقاتی که دربارهٔ ارتباط سرمایهٔ اجتماعی و سلامت انجام شده، در سـطح تحلیلـی کلان و به‌صورت مقایسه بین جوامع و محله‌ها صورت گرفته اسـت و بـسیاری از آن‌هـا بـرای سنجش سلامت، از شاخص‌های کلان و محلی سلامت استفاده کرده‌اند.

٤. ملاحظات نظری

در سال های اخیر، یکی از مفاهیم بسیار مهمی که جامعه‌شناسان معاصر برای کمیت و کیفیت روابـط اجتماعی در جامعه از آن استفاده کرده‌اند، سـرمایهٔ اجتمـاعی و نقـش آن در سـلامت روان افـراد در سطوح مختلف است. این مفهوم در مباحث توسـعه نیـز مطـرح شـده اسـت. از آنجـایی کـه هـیچ نظریه‌ای وجود ندارد که بتواند به‌طور جامع رابطهٔ بین اعتماد اجتماعی و سلامت روان را تبیین کنـد، در این تحقیق از ترکیب نظریات اندیشمندان به‌عنوان پشتوانهٔ نظری تحقیق استفاده کرده‌ایم.

کارل مننجر سلامت روانی را حداکثر سازش ممکن فرد با جهان اطرافش می‌داند؛ به‌گونه‌ای که باعث شادی و برداشت کاملاً مفیـد و مـؤثر شـود (میلانـی‌فـر، ۱۳۷۰: ۵). بـین بهداشـت و سلامت روانی فرد و شخصیت فرد رابطهٔ بسیار محکمی وجود دارد. سلامت روانی و سـلامت بدنی لازم و ملزوم یکدیگرند. در بعضی از نظریه‌هـای شخـصیت، مـسئلهٔ سـلامت روان را بـا

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

عنوان شخصیت سالم بررسی کرده‌اند و ویژگی‌های افراد سالم و ملاک‌های سلامت روان را برشمرده‌اند. در این زمینه به چند نظریه اشاره می‌کنیم:

شخصیت سالم بر اساس نظریهٔ راجرز[۹]: مهم‌ترین مفهوم در نظریهٔ راجرز، خویشتن[۱۰] است که شامل افکار، ادراک‌ها و ارزش‌هایی است که «من» را تشکیل می‌دهد. این خویشتن ادراک‌شده بر ادراک فرد از جهان و بر رفتار او تأثیر می‌گذارد. فرد بر اساس خویشتن ادراک‌شده یا خودپنداره[۱۱] به ارزیابی تجربه‌ها می‌پردازد. در فرد سازگار و سالم، خودپنداره با تفکر، تجربه و رفتار هماهنگ است (شولتس، ۱۳۶۳: ٦١).

آلپورت[۱۲] افراد دارای سلامت روان را انسان بالغ[۱۳] می‌نامد و برای آن هفت معیار مطرح می‌کند: گسترش مفهوم خود، ارتباط صمیمانه با دیگران، امنیت عاطفی، ادراک واقع‌بینانه، مهارت و وظایف، عینیت بخشیدن به خود و فلسفهٔ یگانه‌ساز زندگی (همان، ۳۹). با توجه به گفتهٔ آلپورت، هرچه شخص با فعالیت‌ها، مردم و اندیشه‌های گونه‌گون‌تری در ارتباط باشد، سلامت روان بیشتری دارد. کار و مسئولیت به زندگی انسان معنا می‌دهد. بنابراین، بدون داشتن کار مهم و ارزشمندی و بدون ایثار، تعهد و مهارت‌های کافی برای انجام دادن آن‌ها، رسیدن به بلوغ و سلامت روانی امکان‌پذیر نیست.

فرانکل[۱٤] داشتن معنایی برای زندگی را معیاری برای سنجش سلامت روان فرد می‌داند. افراد سالم همواره برای رسیدن به این معنا تلاش می‌کنند (همان، ۷). فرانکل انسان‌بودن را در ایثار برای دیگران معنا می‌کند. او معتقد است هرچه ایثار در فرد بیشتر شود، شخصیت وی کامل‌تر خواهد شد. همهٔ صفات مطرح‌شده در نظریه‌ها مکمّل یکدیگرند و وجود آن‌ها عزت نفس و درنتیجه سلامت روان را در میان افراد و پیوندهایشان افزایش می‌دهد.

اعتماد را می‌توان مهم‌ترین مؤلفهٔ نظم دانست. به همین دلیل، آیزنشتات به‌درستی یادآوری می‌کند که مهم‌ترین مسئلهٔ نظم اجتماعی برای بنیان‌گذاران جامعه‌شناسی، اعتماد و هم‌بستگی اجتماعی است؛ یعنی بدون انسجام و نوعی اعتماد، پایداری نظم اجتماعی ناممکن است (چلبی، ۱۳۷۵). اعتماد تسهیل‌کنندهٔ رفتار جمعی، ایجادکنندهٔ فضای اجتماعی مبتنی بر مشارکت و مشوّق توجه به منابع و علایق جمعی است (Zmeril & Newton, 2008: 1).

در سالیان اخیر، مفهوم‌سازی اعتماد اجتماعی به‌طور گسترده مورد توجه قرار گرفته است. از نظر گیدنز (۱۳۸۰)، اعتماد اجتماعی قابلیت تشخیص برای اتکا یا اطمینان به صداقت یا

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

صحت سخنان یا رفتار دیگران است. گیدنز اعتماد را عامل احساس امنیـت وجـودی مـی‌دانـد (۱۳۷۸: ٦۳).

به تعبیر کلمن، اعتماد در قدرت، عمل کردن را آسان می‌کند. او معتقد است اعتماد در مـتن کنش‌های انسانی شکوفا می‌شود؛ به‌ویژه آن دسته از کنش‌هایی که جهت‌گیری‌شان معطـوف بـه آینده است. نکتهٔ درخور توجه آن است که در همـهٔ ایـن رویکردهـا، اعتمـاد بـه‌طـور ضـمنی پیش‌شرط اصلی مشارکت در رابطهٔ برهم‌کنشی شمرده شده است (کلمن، ۱۳۷۷: ۲۹۷). ویژگی بیشتر تعریف‌های جامعه‌شناختی از مفهوم اعتماد این است که اصل اعتماد در شرایطی اهمیـت پیدا می‌کند که شناخت و آشنایی کنشگران از یکدیگر اندک، و ضریب خطر و عدم اطمینان در آن بالا باشد (Cook, 2001).

پاتنام اعتماد را یکی از مؤلفه‌های اساسی سرمایهٔ اجتماعی می‌داند. بر اساس این دیـدگاه، سـرمایهٔ اجتماعی را می‌توان شبکه‌هایی از انجمن‌های ارادی و موجودش معرفی کـرد کـه بـه‌وسـیلهٔ اعتمـاد گسترش یافته‌اند. اعتماد و مشارکت وابستگی دوسویه به هم دارند. اعتماد از زنـدگی گروهـی پدیـد می‌آید و در همان زمان، امکانات خودجوش را برای شکل‌گیری و تشکیل انجمن‌ها فراهم مـی‌کنـد. از دیدگاه پاتنام[۱۵]، نظریهٔ سرمایهٔ اجتماعی فرض می‌کند که هرچه بیشتر با افراد دیگـر ارتبـاط داشـته باشیم، بیشتر به آن‌ها اعتماد می‌کنیم و برعکس (65 :1996).

از دیدگاه جامعهٔ‌شناختی، دست‌کم سه گونه اعتماد قابل تشخیص است:

۱. اعتماد بین‌شخصی: این نوع اعتماد بر اساس روابط مستقیم و چهره‌به‌چهره شناخته مـی‌شـود و بر روابط فردی استوار است. همزیستی مستقیم بین شرکت‌کننـدگان یکـی از ویژگـی‌هـایی است که اعتماد بین‌شخصی را از دیگر شکل‌های اعتماد متمایز می‌کند. اعتماد بین‌شخـصی در تعامل و روابط میان اعضای خانواده، دوسـتان، همکـاران و دیگـر مـوارد مـشابه تجلـی پیـدا می‌کند (غفاری، ۱۳۸۳: ۱۳).

۲. اعتماد تعمیم‌یافته: این اعتماد را مـی‌تـوان داشـتن گمـان نیـک بـه افـراد جامعـه، جـدای از وابستگی آن‌ها به گروه‌های قومی و قبیله‌ای، تعریف کرد (امیرکافی، ۱۳۷٤: ۹).

۳. اعتماد نهادی: این گونه اعتماد دلالت دارد بر میزان مقبولیت، کارایی و اعتمادی که مردم بـه نهادها دارند. به تعبیر دوگان، بی‌اعتمادی به نهادها اغلب، نتیجهٔ بی‌اعتمادی بـه افـرادی اسـت که عهده‌دار امور آن شده‌اند (۱۳۷٤: ۱۰).

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

آنچه از نظریات نظریه‌پردازان برداشت می‌شود، این است که اعتماد اجتماعی پیامدهای مفیدی در رشد و توسعهٔ انسانی دارد. برای مثال، گیدنز، پاتنام و کلمن اثر اعتماد اجتماعی را بر نتایج کنش‌های انسانی، ارتباطات اجتماعی و مشارکت اجتماعی، البته با سطوح مختلف تحلیل، درنظر گرفته‌اند.

۵. چارچوب نظری

اعتماد یکی از مؤلفه‌های مهمی است که در تحلیل سلامتی مؤثر است. به اعتقاد کاواچی، اگر اعتماد اجتماعی در حد مطلوبی باشد، موجب مشارکت بیشتر افراد در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود و مشارکت بیشتر هم به دست‌یابی به امکانات رفاهی، بهداشتی و آموزشیِ بیشتر می‌انجامد؛ به‌این ترتیب سطح سلامت جسمی و روانی افراد بهبود می‌یابد. برعکس، هنگامی که مشارکت افراد ضعیف است، سطح فراگیری بی‌اعتمادی، پیامدهای مصیبت‌باری برای سلامتی و بهداشت (روانی) افراد دارد (Kawachi, 2001: 31).

ویلکینسون انسجام اجتماعی را ماهیت اجتماعی زندگی عمومی می‌داند که تحت سلطهٔ مشارکت مردم در زندگی اجتماعی، اخلاقی و انسانی حیات جامعه است و نه اسیر دست ارزش‌ها و معاملات بازار. به گفتهٔ ویلکینسون، انسجام جامعه با میزان نابرابری اجتماعی ارتباط مستقیمی دارد؛ به‌گونه‌ای که انسجام و نابرابری دو گرایش متضاد در ساختار اجتماعی هستند. افزایش برابری اجتماعی با روابط اجتماعیِ مبتنی بر همکاری و حمایت از یکدیگر همخوانی دارد و فرض بر این است که روابطی مانند تعاون، رابطهٔ متقابل، اشتراک و پذیرش اینکه نیازهای دیگران نیازهای ما نیز هستند، بر تندرستی تأثیر عمیقی دارند (ویلکینسون، ۱۹۹۹ به نقل از تاجبخش، ۱۳۸٤: ٦۲۱-٦۲۲).

لینچ و کاپلان سرمایهٔ اجتماعی را- یعنی مفهومی که اغلب با انسجام اجتماعی در حوزهٔ بهداشت جمعیت ارتباط دارد- «مجموعه سرمایه‌گذاری‌ها، منابع، شبکه‌هایی می‌دانند که به انسجام اجتماعی، اعتماد و میل به شرکت در فعالیت‌های جامعه می‌انجامد». بنابراین، فرض بر این است که فضاهای اجتماعی که دارای برخی از انواع مشارکت و اعتماد هستند، بهداشت مناسب را ایجاد یا تسهیل می‌کنند.

به اعتقاد ترنر، با گسترش اعتماد میان افراد و درنتیجه گسترش دامنهٔ روابط اجتماعی، فرد می‌تواند در شرایط نامطلوب، به کمک این افراد، با آن شرایط مقابله کند و همین امر باعث می‌شود فشار روانی برآمده از چنین شرایطی را کاهش دهد. همچنین مشارکت اجتماعی ناشی

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

از اعتماد، احساس شادابی فرد را تقویت می‌کند و از این راه به بهبود سلامت جسمی و روانـی او کمک می‌کند (Turner, 2003: 10).

اعتماد اجتماعی با راهکارهای مختلفی بر سـلامت روان تـأثیرگـذار اسـت. اگـر فقـط یـک واقعیت مسلّم در پژوهش‌های بهداشتی وجود داشته باشـد، ایـن اسـت کـه در ابعـاد مختلـف، موقعیت اجتماعی و سلامت با یکدیگر ارتباط قدرتمندی دارند. در مورد تأثیر اعتماد اجتمـاعی بر سلامت روانی می‌توان گفت اگر اعتماد اجتماعی باعث تسهیل کنش‌های فردی و مـشارکت جمعی شود، بر سلامت نیز بی‌تأثیر نخواهد بود. از سوی دیگر، سلامت را می‌تـوان سـرمایه‌ای انسانی تلقی کرد. احتمالاً افراد درگیر در روابط اجتماعی مبتنی بر اعتمـاد، یـا بـه‌عبـارتی افـراد دارای اعتماد اجتمـاعی بـالا، از دانـش و مهـارت بیـشتری و درنتیجـه سـلامت جـسم و روان مطلوب‌تری برخوردارند.

در این مقاله، سلامت را به‌مثابهٔ سرمایهٔ انسانی افراد بررسی کرده‌ایم (دانش و مهـارت‌هـایی که بر اثر روابط اجتماعی و مشارکت افراد در شبکه‌ها و گروه‌های رسمی و غیـررسـمیِ مـورد اعتماد آن‌ها کسب می‌شود و نتیجهٔ آن، حفظ و ارتقای سلامت است). بر اسـاس ایـن، فرضـیهٔ پژوهش این است که بین اعتماد اجتماعی و سلامت روانی معلمان ارتباط وجـود دارد. باتوجـه به مباحث نظری مقاله، سؤال اساسی تحقیق این است که بین میزان اعتماد اجتماعی و سـلامت روان چه رابطه‌ای وجود دارد؟ آیا همان‌گونه که بسیاری از صاحب‌نظران مدعی‌اند، بین این دو رابطهٔ مستقیمی هست؟

٦. روش تحقیق

این تحقیق به‌لحاظ اجرا، از نوع پیمایشی[16] است و از نظر معیار زمان، مقطعی، بـه‌لحـاظ معیـار کاربرد، کاربردی و از نظر معیار ژرفایی، پهنانگر است. جمعیت آماری تحقیق را تمـام معلمـان سه دورهٔ تحصیلی (ابتدایی، راهنمایی و متوسطه) شهرستان تیـران و کـرون[17]در زمـان مطالعـه تشکیل می‌دهند که بر اساس برآوردهای جمعیتی از سرشماری سـال ۱۳۹۰، تعـداد کـل آن‌هـا ۱۸۰۰نفر بوده است. برای برآورد حجم نمونه، ابتدا سی نفر از افراد جامعهٔ آماری مورد مطالعـهٔ مقدماتی قرار گرفتند تا پراکندگی صفت موردپژوهش (میزان سلامت روانی) محاسبه شـود. در

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

ادامه، با استفاده از فرمول کوکران[18] با سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت احتمالی ۵ درصد، حجم نمونه ۲٤۰ نفر مشخص شد. روش نمونه‌گیری نیز خوشه‌ای چندمرحله‌ای[19] است.

ابزار این پژوهش، پرسش‌نامه است. پس از احراز اعتبار[20] و پایایی[21] آن در مراحل مقدماتی تحقیق، برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز در مرحلهٔ نهایی، از پرسش‌نامه استفاده شد. به همین منظور، ابتدا سعی شد گویه‌هایی که متغیرهای تحقیق را می‌سنجند، بر دیدگاه نظری تحقیق استوار باشند، یا از گویه‌های تحقیقات پیشین استخراج شوند و یا برای انتخاب بهترین گویه‌ها از نظریات پژوهشگران و استادان دیگر کمک گرفته شود. سرانجام، یک‌بار دیگر پرسش‌نامهٔ تدوین‌شده به استادان و متخصصان نشان داده و از نظر ایشان برای تصحیح آن استفاده شد. بنابراین، اعتبار تحقیق حاضر از نوع محتوایی[22] است.

۷. فرضیه‌های تحقیق

تحقیق حاضر دارای یک فرضیهٔ اصلی و چهار فرضیهٔ فرعی است:

فرضیهٔ اصلی: بین میزان سلامت روان و میزان اعتماد اجتماعی رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی:

- بین میزان سلامت روان و اعتماد بین‌شخصی رابطه وجود دارد.
- بین میزان سلامت روان و اعتماد تعمیم‌یافته رابطه وجود دارد.
- بین میزان سلامت روان و اعتماد نهادی رابطه وجود دارد.
- بین میزان سلامت روان و اعتماد به محیط رابطه وجود دارد.

۸. تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

۸-۱. اعتماد اجتماعی

«اعتماد اجتماعی» تعریف واحدی ندارد و با توجه به حوزه‌های مختلفی که مورد توجه قرار گرفته (سیاست، اقتصاد، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی) و نیز رویکردهای متفاوت به آن (رویکرد کنش انتخاب عقلانی، رویکرد اجتماعی، کارکردی و روان‌شناختی)، تعریف‌های گوناگون و بسیاری دارد.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

در حوزهٔ روان‌شناسی، اعتماد را به‌منزلهٔ ویژگی فردی می‌دانند و بر احساسات و عواطـف و ارزش‌های فردی تأکید می‌کنند. در ایـن حـوزه، در بررسـی اعتمـاد، نظریـه‌هـای شخـصیت و متغیرهای فردی را مورد توجه قرار می‌دهند. بر اساس این دیدگاه، اعتمـاد بـا مفـاهیمیماننـد همکاری، صداقت، وفاداری، صـمیمیت، امیـد و دگرخـواهی ارتبـاط نزدیـک برقـرار مـی‌کنـد (امیرکافی، ۱۳۸۰: ۱۳).

در مباحث روان‌شناسی اجتماعی، اعتماد یعنی نگـرش مثبـت بـه فـرد یـا امـر خـارجی. در مناسبات بین فرد و جامعه، اعتماد در سطح افراد نسبت به افراد دیگـر یـا پدیـده‌هـای بیرونـی سنجیده می‌شود. در این دیدگاه چون اعتماد فرایندی است که در جریان جامعه‌پذیری آموختـه می‌شود، به دو بعد فردی و اجتماعی توجه می‌شود که در یک طرف اعتمادشـونده و در طـرف دیگر اعتمادکننده وجود دارد (بهزاد، ۱۳۸۲: ۱۵).

در این تحقیق، منظور از اعتمـاد اجتمـاعی، مجموعـه‌ای از انتظـارات اسـت کـه در فراینـد اجتماعی‌شدن آموخته می‌شوند و افراد آن انتظارات را از افراد، گروه‌ها، سازمان‌هـا و نهادهـای جامعه دارند (افشانی و دیگران، ۱۳۸۸). نگارندگان این مقاله با اسـتفاده از گویـه‌هـای تحقیـق افشانی (۱۳۸۷) و نوریان نجف‌آبادی (۱۳۸۹)، برای اعتماد اجتماعی چهار بعد درنظـر گرفتنـد: اعتماد بین‌شخصی، اعتماد تعمیم‌یافته، اعتماد نهادی و اعتماد به محیط. هرکدام از این ابعـاد در این مفاهیم به‌کار رفته است: اعتماد بین‌شخصی نشان‌دهندهٔ میزان اعتماد به افراد فامیل، دوست، همسایه و مانند آن است. اعتماد تعمیم‌یافته داشتن گمان نیک به افراد جامعه (غریبه‌ها) جـدای از وابستگی آن‌ها به گروه‌های سنی، جنسی، قومی و قبیله‌ای است. اعتماد نهـادی نـشان‌دهنـدهٔ میزان اعتماد به نهادها و مسئولان ادارهٔ کشور است. قابلیت اعتماد به محیط هـم بیـانگر میـزان خطرپذیری و قابل اعتماد دانستن محیط زندگی است.

برای هرکدام از این ابعاد چندین گویـه مطـرح شـده اسـت و مجمـوع امتیـاز پاسـخ‌گـو از گویه‌های مختلف، میزان اعتماد اجتماعی او را نشان می‌دهد. برای سنجش پایایی متغیر اعتمـاد اجتماعی و سلامت روان از آلفای کرونباخ استفاده شد. میـزان آلفـا بـرای سـازهٔ میـزان اعتمـاد اجتماعی ۰/۸۶ بود و برای مؤلفه‌های اعتماد تعمیم‌یافته ۰/۶۹، اعتماد بـه محـیط ۰/۷۷، اعتمـاد بین‌شخصی ۰/۶۳ و اعتماد نهادی ۰/۸۵ محاسبه شد. میزان آلفا بـرای سـازهٔ سـلامت روان نیـز ۰/۹۲ است و برای مؤلفه‌های اضطراب/ بی‌خوابی ۰/۶۳، علائم جسمانی ۰/۹۰، سـوء عملکـرد

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

اجتماعی ۰/٦۷ و افسردگی ۰/۹۰ محاسبه شد. میزان آلفا از ۰/٦ بیشتر است؛ بنابراین هم‌بستگی درونی بالای گویه‌ها و مطلوب بودن پایایی ابزار تحقیق را نشان می‌دهد. بر اساس نمره‌گذاری مقیاس سلامت عمومی، نمرهٔ بالاتر در مقیاس سلامت عمومی، سلامت عمومی را نشان می‌دهد. داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای آماری SPSS و لیزرل تجزیه و تحلیل شد.

۲-۸. سلامت روانی

برای سنجش سلامت عمومی، از پرسش‌نامهٔ ۲۸سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1974) استفاده شد. گویه‌های این پرسش‌نامه در قالب یک طیف چهارقسمتی درجه‌ای (اصلاً، بیشتر از معمول، نسبتاً بیشتر از حد معمول و خیلی بیشتر از معمول) درجه‌بندی شد.

مؤلفهٔ اضطراب/ بی‌خوابی: کم‌خوابی زیاد به‌علت نگرانی، مشکل داشتن در خواب، پیوسته در فشار بودن، حساس و بداخلاق بودن، احساس ترس و اضطراب داشتن، مشکلات از کنترل خارج‌شدن مشکلات و احساس عصبی بودن.

مؤلفهٔ علائم جسمانی: آیا کاملاً خوب بوده و از سلامتی کامل برخوردارید؟ آیا کمبود انرژی دارید؟ آیا به‌تازگی احساس خستگی یا کسالت کرده‌اید؟ احساس سنگینی و درد، احساس گرفتگی یا فشار در سرتان دارید؟ بدن شما ناگهان سرد یا گرم می‌شود؟

سوء عملکرد اجتماعی: با مشغول شدن به‌کاری خود را سرگرم می‌کنید، تمام کارها را به‌خوبی انجام می‌دهید، مدت طولانی‌تری را صرف کاری می‌کنید؟ از انجام وظایف خود راضی هستید، فرد مفیدی هستید و نقش مفیدی در کارها دارید، از فعالیت‌های روزمرهٔ خود احساس لذت می‌کنید.

مؤلفهٔ افسردگی: خود را فرد بی‌ارزشی پنداشته‌اید، زندگی کاملاً ناامیدکننده است، دنیا ارزش زندگی کردن ندارد، به فکر پایان بخشیدن به زندگی خود افتاده‌اید؟ هیچ کاری نتوانسته‌اید انجام دهید، بهتر بود به دنیا نمی‌آمدید، بهتر بود زنده نبودید.

۹. یافته‌های تحقیق

از مجموع ۲٤۰ پاسخ‌گوی این تحقیق، ٤٦/۷ درصد مرد و ۵۳/۳ درصد زن بودند. دامنهٔ سنی پاسخ‌گویان نیز بین ۲۳ تا ٦۳ سال بود.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

جدول ۱ توزیع ویژگی‌های پاسخ‌گویان تحقیق

جنس	درصد	وضع تأهل	درصد	محل خدمت	درصد	سن	
مرد	٤٧/٧	مجرد	۱۳/۲	روستا	٦۰/۸	حداقل	۲۳
زن	٥۳/۳	متأهل	۸٦/٧	شهر	۳۹/۲	حداکثر	٦۳

۱۳/۲ درصد افراد مجرد و ۸٦/٧ درصد متأهل بودند. ٦۰/۸ درصد از پاسخ‌گویان تحقیـق در روستا و ۳۹/۲ درصد در شهر مشغول به خدمت بودند.

جدول ۲ توزیع ویژگی‌های پاسخ‌گویان بر حسب دورهٔ تحصیلی

جنس	دورهٔ ابتدایی	دورهٔ راهنمایی	دورهٔ متوسطه
مرد	۱۹/۲	۱۱/۰۳	۱٤/٥
زن	۲٥/۱	۱۳/۳	۱٦/۸

٤٤/۳ درصد معلمان در دورهٔ ابتدایی، ۲٤/۳۳ درصـد در دورهٔ راهنمـایی و ۳۱/۳ درصـد در دورهٔ متوسطه مشغول به خدمت بودند.

بر اساس اطلاعـات جـدول شـماره سـه، میـانگین میـزان سـلامت روان مـردان (۱۰۰/٥٤) (P =۰/۲۲٥) با میانگین میزان سلامت روان زنان (۹٧/٧۱٧) تفاوت معناداری ندارد.

جدول ۳ خروجی آزمون تی جهت مقایسهٔ میزان سلامت روان در گروه‌های مختلف

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تی	سطح معناداری
جنس	مرد	۱۰۰/٥٤	۱٤/۸٤۳	۱/۲٥٥	۰/۲۱۱
	زن	۹٧/٧۱٧	۱۸/۲۸۳		
وضعیت تأهل	مجرد	۹٤/۱۸۱	۲۰/۹٦٦	‎-۱/٤۳۹	۰/۱٥۱
	متأهل	۹۹/٥۹۰	۱٦/۲۱٤۲		
وضعیت محل خدمت	شهر	۱۰۰/٦٦	۱٥/۳٤۸	۱/۱۸٦	۰/۲۳٧
	روستا	۹۸/۰۱٤	۱٧/٥۹۳		

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

یافته‌های جدول شماره سه نشان می‌دهد میانگین میزان سلامت روان افراد متأهل (۹۹/۵۹۰) (P =۰/۱۵۱) با میانگین میزان سلامت روان افراد مجرد (۹٤/۱۸) تفاوت معناداری ندارد. از سوی دیگر، چون سطح معناداری آزمون تی جهت مقایسهٔ میزان سلامت روان افراد مشغول به خدمت در شهر و روستا، بیشتر از ۰/۰۵ (P =۰/۲۵۱) شده است، بین میزان سلامت روان افراد شاغل و غیرشاغل تفاوت معناداری وجود ندارد.

متغیر مستقل این پژوهش، میزان اعتماد اجتماعی و ابعاد چهارگانهٔ آن است. برای بررسی رابطهٔ این متغیر و ابعاد آن با میزان سلامت روان- با توجه به اینکه این متغیرها در سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده‌اند- از آزمون ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده شده و نتایج آن در جدول شماره چهار آمده است:

جدول ٤ ماتریس هم‌بستگی مرتبهٔ صفر[۲۳] بین میزان سلامت روان با ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی

	میزان سلامت روان	اعتماد بین‌شخصی	اعتماد به محیط	اعتماد نهادی	اعتماد تعمیم‌یافته
اعتماد بین‌شخصی	۰/٤۰۱**				
اعتماد به محیط	۰/٤٤٦**	۰/٦۲۰**			
اعتماد نهادی	۰/۳٥۹**	۰/۱۷۲**	۰/۱۳۳**		
اعتماد تعمیم‌یافته	۰/٦۱۸**	۰/۳٥٦**	۰/۱۷۳**	۰/۱۲۲	
اعتماد اجتماعی (شاخص کل)	۰/٥۰٥**	۰/٥۱٤ **	۰/٥۰۰**	۰/٦٤٥**	۰/٥٥٦**

* معنادار در سطح کمتر از ۰/۰۵

** معنادار در سطح کمتر از ۰/۰۱

یافته‌های ستون اول جدول شماره چهار نشان می‌دهد بین میزان سلامت روان با ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی رابطهٔ مستقیم و معناداری هست؛ به‌عبارت دیگر با افزایش میزان سلامت روان، ابعاد مختلف میزان اعتماد اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند. بر اساس یافته‌های

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

این جدول، سلامت روان بیشترین و کمترین هم‌بستگی را به‌ترتیب با ابعاد اعتمـاد تعمـیم‌یافتـه (r = ۰/٦۱۸) و اعتماد نهادی (r = ۰/۲٦۷) دارد.

سؤال دیگری که جا دارد به آن پاسخ داده شود این است که میزان اعتماد اجتماعی بالاترین هم‌بستگی را با کدام‌یک از ابعاد سلامت روان دارد؟ برای پاسخ به این سؤال، هـم‌بـستگی بـین میزان اعتماد اجتماعی با ابعاد مختلف سلامت روان محاسبه شده و نتایج آن در جدول شـماره پنج آمده است:

جدول ۵ ماتریس هم‌بستگی مرتبهٔ صفر بین ابعاد مختلف سلامت روان با میزان اعتماد اجتماعی

	اعتماد اجتماعی	علائم جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	سوء عملکرد	افسردگی
علائم جسمانی	۰/۲۹۷**				
اضطراب و بی‌خوابی	۰/۵۰۷**	۰/۳۳٤**			
سوء عملکرد	۰/۲۹۱**	۰/۳۱٦**	۰/۲۹۸**		
افسردگی	۰/۵۵۵**	۰/۳۲۷**	۰/٦٤۱**	۰/۳۰۸**	
سلامت روان (شاخص کل)	۰/۵۰۵**	۰/۵۲۹**	۰/۵۹۰**	۰/٤٤۹**	۰/۵۷٦**

** معنادار در سطح کمتر از ۰/۰۱

یافته‌های ستون اول جدول شماره پنج نشان می‌دهد بین ابعاد مختلف سلامت روان با میزان اعتماد اجتماعی رابطهٔ مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر با افزایش سطح هریک از مؤلفه‌های سلامت روان، میزان اعتماد اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند. در بـین ابعـاد مختلـف سلامت روان، بعد افسردگی بیشترین (r = ۰/۵۵۵) و بعد سوء عملکـرد کمتـرین (r = ۰/۲۹۱) رابطه را با میزان اعتماد اجتماعی دارند. هم‌بستگی مثبت و معنادار شاخص اعتماد اجتمـاعی بـا (تقریباً) تمام ابعاد سلامت روان در حد انتظار است.

۱۰. الگوسازی معادلات ساختاری[24]

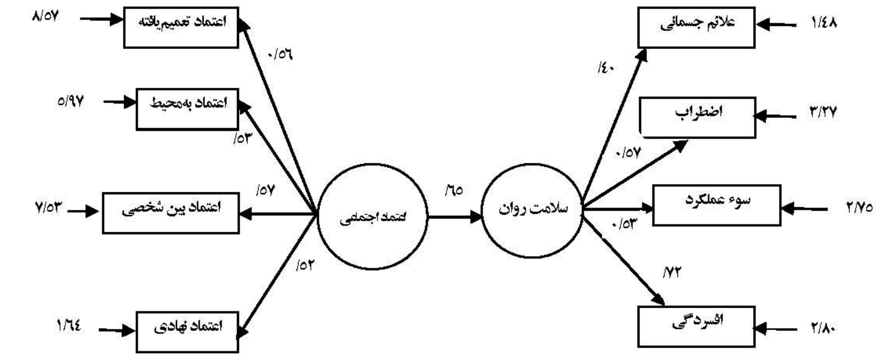
الگوسازی معادلات ساختاری به پژوهشگر کمک می‌کند تا به‌طـور هـم‌زمـان بـه تحلیـل علّـی متغیرهای پنهان و آشکار بپردازد (Bollen Kenneth & Scott, 1993). برای بررسـی روابـط علّی بین متغیرها، مدل معادلات ساختاری یا تحلیل چندمتغیره با متغیرهای پنهان است. از ایـن

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

روش با عنوان مدل علّی و تحلیل ساختار کواریانس یاد شده است. با این روش می‌توان قابل‌قبول بودن مدل‌های نظری را در جامعه‌های خاص با استفاده از داده‌های هم‌بستگی آزمود. فرضیهٔ مورد بررسی در یک مدل معادلات ساختاری، ساختار علّی خاصی بین مجموعه‌ای از سازه‌های غیرقابل مشاهده است. این سازه‌ها از طریق مجموعه‌ای از متغیرهای نشانگر (قابل مشاهده) اندازه‌گیری می‌شود. مدل معادلات ساختاری کامل از دو مؤلفه تشکیل شده است: مدل ساختاری‌ای که ساختار علّی خاصی را بین متغیرهای پنهان و متغیرهای نشانگر (اندازه‌گیری‌شده) تعریف می‌کند. هنگامی که داده‌های به‌دست‌آمده از نمونهٔ مورد بررسی به‌صورت ماتریس هم‌بستگی یا کواریانس درآید و توسط مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون تعریف شود، با استفاده از نرم‌افزار Lisrel مدل را می‌توان تحلیل کرد و به‌رازش آن را برای جامعه‌ای که نمونه از آن استخراج شده است آزمود. این تحلیل برآوردهایی از پارامترهای مدل و همچنین چند شاخص برای نکویی به‌رازش فراهم می‌آورد. برآورد پارامترها و اطلاعات مربوط به نکویی به‌رازش را می‌توان برای تغییرات احتمالی مدل و بازآزماییِ مدل نظری مورد آزمون قرار داد (سرمد و دیگران، ۱۳۷٦: ۲۷٦–۲۷۷). درخور ذکر است که دو متغیر اصلی این تحقیق، یعنی میزان سلامت روان و میزان اعتماد اجتماعی از نوع متغیرهای پنهان هستند.

نتایج تحلیل معادلات ساختاری در نمودار شماره یک دیده می‌شود. چنان که ملاحظه می‌شود، مهم‌ترین معرف‌های سازهٔ پنهان سلامت روان عبارت‌اند از: بعد افسردگی (γ=۰/۷۲)، اضطراب (γ=۰/۵۷)، سوء عملکرد (γ=۰/۳۷) و علائم جسمانی (γ=۰/٤۰). ضمن اینکه مهم‌ترین معرف‌های سازهٔ پنهان اعتماد اجتماعی به این شرح است: اعتماد بین‌شخصی (γ=۰/۵۷)، اعتماد تعمیم‌یافته (γ=۰/۵٦)، اعتماد به محیط (γ=۰/۵۳) و اعتماد نهادی (γ=۰/۵۲). همچنین میزان تأثیر اعتماد اجتماعی بر سلامت روان، ۰/٦۵ است که نشان‌دهندهٔ رابطهٔ مستقیم این دو متغیر است؛ یعنی افزایش اعتماد اجتماعی باعث افزایش سلامت روان می‌شود.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]



Chi–square = ۱۲/۲۱   df = ۱۹   P–Value = ۰/۸۷٦۵۱   MSEA = ۰/۰۰۰

شکل ۱ مدل معادلهٔ ساختاری، تأثیر میزان اعتماد اجتماعی بر سلامت روان

شاخص‌های به‌رازش مدل نشان مـی‌دهـد مـدل از بـه‌رازش خـوبی برخـوردار اسـت. به‌منظور بررسی به‌رازش مدل پیشنهادی، چند شاخص مورد توجه قرار گرفت. یکی از این شاخص‌ها، مربع‌کای[۲۵] است. اگر مربع‌کای معنادار باشد، به این معناسـت کـه مـدل بـرای داده‌های جامعه قابل قبول نیست (در اینجا مربع‌کای معنادار شده است). ولـی مربـع‌کـای تحت‌تأثیر حجم نمونه قرار می‌گیرد (همان، ۲۸۱)؛ بنابراین از شاخص مربع‌کای نسبی کـه از تقسیم مربع‌کای بر درجهٔ آزادی به‌دست می‌آید، استفاده شده است. شاخص مربـع‌کـای نسبی برابر ۰/٦٤ شـده کـه بـسیار خـوب اسـت. یکـی از شـاخص‌هـا، شـاخص نیکـویی به‌رازش[۲٦] (GFI) است. GFI را می‌توان درصدی از کواریانس مشاهده‌شده دانست که بـا کواریانس‌های پیش‌بینی‌شده به‌وسیلهٔ مدل توضیح داده می‌شود. دامنهٔ تغییرات این شاخص بین صفر و یک است؛ هرچه مقدار محاسبه‌شده به یک نزدیک‌تر باشد، بیانگر به‌رازش بهتر مدل است. در مدل حاضر، GFI معادل ۰/۹۱ به‌دسـت آمـده اسـت؛ بنـابراین مـدل دارای به‌رازش خوبی است. شاخص دیگر، مقیاس نیکویی به‌رازش تعدیل‌شده[۲۷] (AGFI) است. این شاخص تاحدی نسبت به حجم نمونه و درجات آزادی مـدل، معیـار GFI را تعـدیل می‌کند. مقدار AGFI بین صفر و یک است و مقادیر نزدیک به یک نیکویی به‌رازش مدل

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

را نشان می‌دهد. در این تحقیق، میزان AGFI معادل ۰/۹۸ شده است که این شاخص نیز به‌رازش مدل را تأیید می‌کند.

۱۱. بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش رابطهٔ بین میزان اعتماد اجتماعی و میزان سلامت روان در بین معلمان شهرستان تیران و کرون بررسی شده است. سلامت روانی به‌عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی و اجتماعی، نه‌فقط در کیفیت روانی تک‌تک افراد نقش دارد؛ بلکه برای کل افراد جامعه و درنتیجه محیط اجتماعی زندگی سالم و مثبتی را فراهم می‌کند. اندیشمندان زیادی در مورد تأثیر اعتماد اجتماعی بر سلامت روان بحث کرده و نظریات مختلفی مطرح کرده‌اند.

از میان پاسخ‌گویان این تحقیق، ٤٧/٧ درصد مرد و ۵۳/۳ درصد زن هستند. همچنین، ۱۳/۲ درصد از آن‌ها مجرد و ٨٦/٧ درصد متأهل‌اند. ٦٠/٨ درصد از پاسخ‌گویان در روستا و ۳۹/۲ درصد در شهر مشغول به تدریس‌اند. یکی از نتایج تحقیق این است که به‌لحاظ میزان سلامت روان، بین معلمان (زن و مرد، مجرد و متأهل، مشغول به خدمت در روستا و شهر) تفاوتی وجود ندارد. از یافته‌های دیگر تحقیق این است که بین میزان اعتماد اجتماعی و ابعاد مختلف آن با میزان سلامت روان و ابعاد مختلف آن رابطهٔ مستقیم و معناداری هست. افزایش میزان اعتماد اجتماعی، حتی در یکی از ابعاد آن، با افزایش میزان سلامت روان و همچنین افزایش در ابعاد آن همراه است. علائم جسمانی (r=۰/۲۹۷)، اضطراب و بی‌خوابی (r=۰/۵۰۷)، سوءعملکرد اجتماعی (r=۰/۲۹۱)، افسردگی (r=۰/۵۵۵) و سلامت روان (r=۰/۵۰۵) رابطهٔ معناداری با اعتماد اجتماعی دارند. از سوی دیگر، اعتماد بین‌شخصی (r=۰/٤۰۱)، اعتماد به محیط (r=۰/٤٤٦) و اعتماد تعمیم‌یافته (r=۰/٦۱۸) با سلامت روان رابطهٔ معناداری دارد (مقادیر r برای هرکدام از متغیرهای فاصله‌ای با سلامت روانی و اعتماد اجتماعی نشان‌دهندهٔ شدت رابطه بین دو متغیر است). بر اساس این، مقادیر به‌دست‌آمده در سطح حداقل ۰/۹۵ اطمینان معنادار است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های داخلی دیگری که رابطهٔ این دو متغیر را بررسی کرده‌اند همخوانی دارد (بهزاد، ۱۳۸۱؛ لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸٦؛ کامران و ارشادی، ۱۳۸۸). نتایج این تحقیق با یافته‌های تحقیقات خارجی نیز همسوست (Kawachi

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

et al., 1997; Moss, 2002; Holtgrave & Crosby, 2003; Pollack & Knesebeck, 2004; Tuan et al., 2006).

بر اساس مباحث نظری و یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت با گذر جامعه از حالت سنتی به صنعتی، بحث سلامت روان افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ به‌گونه‌ای که سلامت روان مورد توجه سازمان‌های جهانی ازجمله سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است. به‌لحاظ روانی، ورود به جامعهٔ جدید– که به‌نحوی تمام ساختارها را دگرگون کرده است– زندگی کنشگران را تحت‌تأثیر قرار داده است. در جامعهٔ ما نیز که در حال گذار از مرحلهٔ نیمه‌صنعتی به مرحلهٔ صنعتی است، این بحث مطرح شده است. در این گذار، زندگی افراد دستخوش تغییر شده و این تغییر نه‌فقط در زندگی، بلکه در نظام ارزش ها و هنجارهای کنشگران نیز تأثیر گذاشته است. به‌یقین همهٔ افراد در برابر این تغییرات به یک شکل واکنش نشان نمی‌دهند.

در پایان، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده عمومیت بیشتری بیابند تا بتوانند کاربردها و پیشنهادهای بیشتری داشته باشند. این پژوهش دارای محدودیت مکانی (شهرستان تیران و کرون) نیز است. ازاین‌رو، لازم‌است پژوهش‌های بعدی دامنهٔ سنی و مکانی گسترده‌تری را انتخاب کنند تا تأثیر متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت روانی را در بین سنین مختلف و مکان‌های گوناگون ارزیابی کنند. از آنجا که پیشگیری مقدم بر درمان است، برنامهٔ کنترل سالیانه برای همهٔ معلمان و نیز ایجاد دوره‌های ضمن خدمت تشویقی برای آموزش محافظت از جسم و روان در میان معلمان پیشنهاد می‌شود. برای این منظور، توسعه و تجهیز مراکز پزشکی و مراکز مشاورهٔ فرهنگیان در تمام مناطق و نواحی به‌ویژه نواحی محروم ضروری به‌نظر می‌رسد. ایجاد این نگرش: «معلم سالم، معلم برتر است»، از دیگر ضروریات است. با توجه به جایگاه و اهمیت موقعیت اجتماعی معلمان، باید برای ایجاد وضعیت زندگی مناسب‌تر برای آن‌ها، رفع مشکلاتشان، ایجاد امنیت و رضایت شغلی و شناخت عوامل استرس‌زا در میان آن‌ها، اقدامات لازم انجام شود.

پی‌نوشت‌ها

1. mental health
2. Coleman
3. truster
4. truste
5. Kawachi

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

6. Holtgrave and Crosby
7. Pollack & Knesebeck
8. Tuan
9. Rogers
10. self
11. self concept
12. Alport
13. ibid
14. Frankel
15. Putnam
16. survey

۱۷. شهرستان تیران و کرون در ٦۰ کیلومتری غرب شهر اصفهان واقع شده است. حدود شصت روستا و دو شهر رضوان‌شهر و عسگران از توابع این شهرستان است.

18. cochran
19. multistage cluster
20. validity
21. reliability
22. content validity
23. zero order correlation matrix
24. structural equation modeling (SEM)
25. chi–square
26. goodness of fit index
27. adjusted goodness of fit index

منابع

- آراسته، مدبر (۱۳۸٦). «بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان دبیران دبیرستان‌های شهرهای سنندج و بیجار». ***مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی کردستان***. د۱۲. صص۵۲-٦۲.
- افشانی، سید علیرضا، عباس عسکری ندوشن، سمیه فاضل نجف‌آبادی و محمد حیدری (۱۳۸۸). «اعتماد اجتماعی در شهر یزد: تحلیلی از سطوح و عوامل». ***جامعه‌شناسی کاربردی***. س٦. ش٤ (۳٦). صص۵۷-۷٤.
- امیرکافی، مهدی (۱۳۷٤). ***اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن***. پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد. دانشکدهٔ علوم اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی تهران.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

- ــــــــــــ (۱۳۸۰). «اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن». ***نمایهٔ پژوهش***. ش۱۸. صص۱۰-۴۲.
- اوجاقلو، سجاد و محمدجواد زاهدی (۱۳۸٤). «بررسی اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین ساکنان شهر زنجان». ***جامعه‌شناسی ایران***. د٦. ش٤. صص۹۲-۱۲۵.
- بهزاد، داوود (۱۳۸۱). «سرمایهٔ اجتماعی بستری برای ارتقا و سلامت روان». ***رفاه اجتماعی***. ش٦. صص٤۳-۵۳.
- بیانی، علی‌اصغر و دیگران (۱۳۸٦). «تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان سال ۱۳۸۳-۱۳۸٤». ***مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی گرگان***. د۹. ش۲. صص۳۹-٤٤.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۰). ***دموکراسی و سنت‌های مدنی*** (تجربهٔ ایتالیا و درس‌هایی برای کشورهای درحال‌گذار). ترجمهٔ محمدتقی دلفروز. تهران: نشر روزنامهٔ سلام.
- تاجبخش، کیان (۱۳٤۰). ***سرمایه‌های اجتماعی اعتماد، دموکراسی و توسعه***. نوشتهٔ رابرت پاتنام و دیگران. ترجمه افشین خاکباز و حسن پومان. تهران: نشر شیرازه.
- دوگان، ماتیه (۱۳۷٤). «سنجش مفهوم مشروعیت و اعتماد». ترجمهٔ پرویز پیران. ***اطلاعات سیاسی و اقتصادی***. ش۹۷-۹۸. صص٤-۱۰.
- چلبی، مسعود (۱۳۷۵). ***جامعه‌شناسی نظم؛ تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی***. تهران: نشر نی.
- حسن‌زاده، حسین (۱۳۸۵). ***آموزش و پرورش و توسعهٔ سلامت عمومی و مهارت‌های زندگی***. تهران: آوند اندیشه.
- شولتز، دوان والن و سیدنی شولتز (۱۳۸۰). ***نظریه‌های شخصیت***. ترجمهٔ یحیی سیدمحمدی. چ۵. تهران: نشر ویرایش.
- فونتانا، دیوید (۱۳۸۲). ***روان‌شناسی برای معلمان***. ترجمهٔ م. فروغان. تهران: آگه.
- غفاری، غلامرضا (۱۳۸۳). ***اعتماد اجتماعی در ایران***. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷). ***بنیادهای نظریه اجتماعی***. ترجمهٔ منوچهر صبوری. تهران: نشر نی.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

- کیانفر، فریبا و حمید خردمند (۱۳۷۷). ***بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در معلمان شهر کرمان***. رسالهٔ دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- کامران، فریدون و خدیجه ارشادی (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سرمایهٔ اجتماعی و شبکهٔ سلامت روان». ***پژوهش اجتماعی***. ش۳. صص۲۹-٥٤.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸). ***تجدد و تشخص***. ترجمهٔ ناصر موفقیان. تهران: نشر نی.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و گلمراد مرادی (۱۳۸٦). «رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت روان در مهاجران». ***رفاه اجتماعی***. س۷. ش۲٦. صص۱٦۱-۱۸۰.
- محمدی پروین و دیگران (۱۳۸۷). «فراوانی آسیب‌شناسی روانی در معلمین مدارس ابتدایی شهرکرد». ***اصول بهداشت روانی***. س۱۰. ش٤.
- میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۲). ***بهداشت روانی***. تهران: قومس.
- نوریان نجف‌آبادی، محمد (۱۳۸۹). ***مطالعهٔ تطبیقی میزان سرمایهٔ اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه یزد و دانشگاه اصفهان***. پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی. دانشگاه یزد.
- Bollen Kenneth, A. & L. J. Scott (1993). *Testing Structural Equation Models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cook, K. S. (2001). *Trust in Society*. New York: Russell Sage.
- Coleman, J. (1988). "Social Capital and the Creation of Human Captial". *American Journal of Sociology*. No. 94. Pp. 95-120.
- Coleman, J. S. (1994). *Foundations of social Theory*. Cambridge, MA: Belknap press.
- Delhey, J. & K. Newton (2002). *Who Trusts? The origins of social Trust in Seven Nations*. Research Unit, Social Science Research Center Berlin (W Z B).
- Harapham, T. (2004). "Urbanization and Mental Health in Developing Countries. A Research Role for Social Scientists". *Social Science and Medicine*. No. 39.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

- Holtgrave, D. R. & R. A. Crosby (2003). "Social capital, poverty, and in came inequality as predictors of gonorrhea, syphilis, Chlamydia and ATDS case rates in the United States". *Sex Transform TNF*. No. 79. Pp. 62-64.
- Fontana, D. & R. Abouserie (1993). "Stress levels, gender and personality factors in teachers". *British Journal of psychology.* No. 63. Pp. 261-70
- Goldberg, D. P. & V. F. A. Hillier (1979). "Scaled version of general health questionnaire". *Psychological Medicine*. No. 9. Pp.131-145.
- Kawachi, I. & L. Berkman (2001). "Social ties and mental Health". *Journal of urban Health*. No. 78. Pp. 458-467.
- Kawachi, L. et al. (1997). "Social capital, Income Inequality and Mortality, American". *Journal of public health*. No. 87. Pp. 1491-1498.
- Moss, N. (2002). "Gender Equity and Socioeconomic Inequality: A Framework for the Pattering of Women's Health". *Social Science and Medicine*.
- Pollack, C. E. & O. Knesebeck (2004). "Social capital dnf health among aged: comparisons between United States and Germany". *Health and Place*. No. 10. Pp. 383-391.
- Putnam, D. R. (1996). "Bowling a lone: America's declining social capital". *Journal of Democracy*. No. 6. Pp. 65-78.
- _________ (2000). *bowling Alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Turner, B. (2003). "Social Capital in equality And Health: the Durkheimian rival". *social theory and health*. Vol. 1. No. 1. Pp. 1-20.
- Wilkinson, R. (1999). "Income Inequality, Social Cohesion and Health". *International Journal of Health Services*. No. 29.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]

- World health organization (W. H. O.) (1990). *The introduction of mental health component into primary health care Geneva*. 4-5.
- _____ (1993). *Human rights: the ruler ability of the mentally ill. Press release*. 44-46.
- _____ (2007). *Promoting Mental Health: A report of the world health organization*. Department of Mental Health, University of Melbouren.

[Downloaded from jhs.modares.ac.ir on 2024-04-26]