

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی (مطالعه موردی: معلمان شهرستان تیران و کرون)

محمد نوریان نجف‌آبادی^{۱*}، نرجس جهانگیر^۲

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

چکیده

اعتماد یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت افراد جامعه است. تأمین سلامت گروه‌های 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. مطالعه حاضر، پژوهشی مقطعی و کاربردی است و با روش پیمایش، میان معلمان سه دوره (ابتدایی، راهنمایی و متوسطه) شاغل در شهرستان تیران و کرون در سال ۱۳۹۰ انجام شده است. به‌علت گستردگی و پراکندگی منطقه، جهت تعیین حجم نمونه موردنظر، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. در این نمونه‌گیری، ۲۴۰ نفر از معلمان منطقه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. داده‌ها با استفاده از ابزار پرسش‌نامه جمع‌آوری، و به کمک نرم‌افزارهای SPSS و لیزرل تحلیل شده است.

* mohammadnorian@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی

۲. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی و دبیر آموزش و پرورش شهرستان تیران و کرون

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 رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر با زیاد شدن 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، سرمایه اجتماعی، سلامت روان، معلمان، شهرستان تیران و کرون.

۱. مقدمه

موضوع سلامت و بیماری قدمتی به اندازه تاریخ انسان دارد. سازمان بهداشت جهانی سلامت را به صورت 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 هر کدام به نوعی 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 مرحله اول، از والدین و دیگر اعضای خانواده نحوه 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 جامعه‌شناسی، اعتماد اجتماعی به عنوان ویژگی افراد، ویژگی ارتباط اجتماعی و هم ویژگی نظام اجتماعی با تأکید بر رفتار مبتنی بر تعاملات و سوگیری‌ها در سطح فردی، مفهوم‌سازی شده است (اوجاقلو و زاهدی، ۱۳۸۴: ۹۴). اعتماد خصوصیتی شخصی است و با ویژگی‌های فردی، اجتماعی و جمعیت‌شناختی از قبیل درآمد، سن و جنس مرتبط است (Delhey & Newton,)

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

2002). معمولاً افراد سالم با دیگران ارتباط بیشتری دارند و وجود ارتباط به منزله 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، ۱۳۷۴).

بنابر آنچه گفته شد، نوعی تأثیر متقابل میان سلامت روان و اعتماد اجتماعی وجود دارد؛ به گونه‌ای که هرگاه مفهوم اعتماد اجتماعی را به کار می‌بریم، مفاهیمی مانند صداقت، همکاری، صمیمیت، امید و دگرخواهی به دنبال آن مطرح می‌شود. وجود این ویژگی‌ها در افراد نشان‌دهنده 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 درحال توسعه با عوامل و مدل‌های اجتماعی رابطه‌ای قوی دارند (W. H. O., 2007: 7).

در سال‌های اخیر، سلامت روانی^۱ 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. لهسایی زاده 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 (۱۳۸۶: ۱۷۰).

بنابراین، سلامت روان عبارت است از: بالاترین میزان امکان سازش و سازگاری فرد با جهان پیرامونش که سبب شادی فرد و اطرافیان 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 از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار یا

مهاجرت اجباری- که از عوامل اجتماعی هستند- بر سلامت روانی افراد تأثیر زیادی دارند (Harapham, 2004: 1-4).

پژوهش‌های انجام‌شده درباره سلامت روانی در ایران نشان می‌دهند شیوع اختلالات روانی در میان معلمان به نسبت زیاد است (کیانفر و خردمند، ۱۳۷۷؛ محمدی و دیگران، ۱۳۸۷؛ بیانی و دیگران، ۱۳۸۶؛ آراسته، ۱۳۸۶). بنابراین، با توجه به اینکه در این باره در جامعه مورد مطالعه هیچ تحقیقی انجام نشده است، بر آن شدیم تا تأثیر متغیر اعتماد اجتماعی و ابعاد آن را بر سلامت روان معلمان در سه دوره ابتدایی، راهنمایی و متوسطه در شهر تیران و روستاهای 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 یک فرد به دیگری ایمان دارد و با شاخص‌هایی نظیر صداقت، خیرخواهی و شایستگی سنجیده می‌شود (Vard & Smith, 2003). از نظر کلمن^۲ (1998)، اعتماد کنشی است که دربردارنده انتقال ارادی منابع- اعم از منابع فیزیکی، مالی، فکری و یا اخلاقی- از اعتمادکننده^۳ به امانت‌دار یا اعتمادشونده^۴، بدون تعهد واقعی از سوی اعتمادشونده است. از نظر محققان، اعتماد به عنوان حالتی روانی و ذهنی، به طور مستقیم قابل سنجش نیست؛ بلکه به طور غیرمستقیم یعنی از روی رفتار و یا با استفاده از مقیاس‌های اعتماد خودسنج اندازه‌گیری می‌شود.

بهداشت و سلامت روانی یکی از مقوله‌های مهمی است که ضرورت آموزش آن برای معلمان بدیهی است؛ چرا که تعلیم و تربیت با بهداشت و سلامت روانی رابطه عمیق و معناداری دارد. سپردن دانش‌آموزان به معلمانی که از سلامت روانی کافی برخوردار نیستند، ضربه محکمی به پیکره و بدنه اصلی آموزش و پرورش، یعنی دانش‌آموزان است. از آنجا که معلمان با گروه عظیمی از جامعه یعنی دانش‌آموزان سروکار دارند، هرچه از اهمیت نقش خود در زندگی تمام افراد جامعه آگاه شوند، با احساس تعهد بیشتری به آموزش می‌پردازند و دانش‌آموزان سالم‌تر و مدیران کارآمدتری تحویل جامعه خواهند داد (حسن‌زاده، ۱۳۸۵).

شخصیت و تعادل روانی معلمان بیش از سایر طبقات اجتماعی مورد توجه و مهم است. ارتباط نزدیک معلم با دانش‌آموزان و نفوذ او بر آن‌ها، در سلامت فکری و روانی دانش‌آموزان نقش مهمی ایفا می‌کند. با توجه به همسانی اهداف آموزش و پرورش و بهداشت روانی- که مقصود هر دو تربیت انسان‌های سالم، مفید و خوشبختی است- ضرورت چنین بررسی‌هایی

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

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، رابطه 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 به وجود می‌آورند و شبکه‌های اجتماعی‌ای که برپا می‌کنند، همگی می‌توانند به عنوان 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. پیشینه تحقیق

نتایج پژوهش‌ها درباره 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 (نشانه‌های سرمایه اجتماعی) با سلامت روان پیوستگی دارد. هالتگریو و کروسبی (2003) در مطالعه همبستگی در سطح تحلیلی کلان (ایالتی) در ایالات متحده - که با هدف بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی، فقر، نابرابری درآمد و انواع بیماری انجام شد - نشان دادند سرمایه اجتماعی با تمام سنجش‌های پیامدی رابطه معناداری دارد و سرمایه اجتماعی در همه موارد قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده است. نتایج مطالعه مقطعی، مقایسه‌ای و بین‌کشوری پولاک و نیزبک (2004) نشان داد نشانه‌های سرمایه اجتماعی شامل «هنجارها» (عمل متقابل و اعتماد اجتماعی) و «رفتارها» (مشارکت) با نشانه‌های مختلف سلامت شامل «سلامت کلی»، «افسردگی» و «محدودیت‌های عملکردی» در سالمندان پیوستگی دارند. توان و همکارانش (2006) به این نتیجه رسیدند بین سرمایه اجتماعی شناختی بالایی 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.

از تحقیقاتی که در ایران انجام شده است می‌توان به این نمونه‌ها اشاره کرد: بهزاد (۱۳۸۱) در مقاله‌ای درباره سرمایه اجتماعی، عواملی را برای ارتقای سلامت روان مطرح کرده و سرمایه اجتماعی را شامل این عناصر دانسته است: کنشگرایی در یک موقعیت اجتماعی تعاملات بین افراد، گروه‌ها و اجتماعات، نهادها، هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های مشترک، مشارکت در شبکه‌ها، احساس اعتماد، امنیت و تعهد متقابل، به هم پیوستگی و هویت گروهی و اجتماعی، و استفاده از منابع و منافع مشترک. لهسایی‌زاده و مرادی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران» نشان دادند که بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن (اعتماد اجتماعی و مشارکت اجتماعی) با سلامت روان رابطه معنادار هست. یافته‌های مقاله کامران و ارشادی (۱۳۸۸) با عنوان «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان» گویای این است که هرچه سرمایه اجتماعی افراد در بعد کارکردی بیشتر شود، سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد؛ همچنین افراد شاغل و متأهل از سرمایه اجتماعی بالاتر و سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

بیشتر تحقیقاتی که درباره ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت انجام شده، در سطح تحلیلی کلان و به صورت مقایسه بین جوامع و محله‌ها صورت گرفته است و بسیاری از آن‌ها برای سنجش سلامت، از شاخص‌های کلان و محلی سلامت استفاده کرده‌اند.

۴. ملاحظات نظری

در سال‌های اخیر، یکی از مفاهیم بسیار مهمی که جامعه‌شناسان معاصر برای کمیت و کیفیت روابط اجتماعی در جامعه از آن استفاده کرده‌اند، سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت روان افراد در سطوح مختلف است. این مفهوم در مباحث توسعه نیز مطرح شده است. از آنجایی که هیچ نظریه‌ای وجود ندارد که بتواند به طور جامع رابطه بین اعتماد اجتماعی و سلامت روان را تبیین کند، در این تحقیق از ترکیب نظریات اندیشمندان به عنوان پشتوانه نظری تحقیق استفاده کرده‌ایم.

کارل مننجر سلامت روانی را حداکثر سازش ممکن فرد با جهان اطرافش می‌داند؛ به گونه‌ای که باعث شادی و برداشت کاملاً مفید و مؤثر شود (میلانی‌فر، ۱۳۷۰: ۵). بین بهداشت و سلامت روانی فرد و شخصیت فرد رابطه بسیار محکمی وجود دارد. سلامت روانی و سلامت بدنی لازم و ملزوم یکدیگرند. در بعضی از نظریه‌های شخصیت، مسئله سلامت روان را با

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

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 نظریه راجرز^۹: مهم‌ترین مفهوم در نظریه 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 (شولتز، ۱۳۶۳: ۶۱).

آپورت^{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 فلسفه یگانه‌ساز زندگی (همان، ۳۹). با توجه به گفته آپورت، 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^{۱۴} 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. همه صفات مطرح‌شده در نظریه‌ها مکمل یکدیگرند و وجود آن‌ها عزت نفس و در نتیجه سلامت روان را در میان افراد و پیوندهایشان افزایش می‌دهد.

اعتماد را می‌توان مهم‌ترین مؤلفه نظم دانست. به همین دلیل، آیزنشتات به‌درستی یادآوری می‌کند که مهم‌ترین مسئله نظم اجتماعی برای بنیان‌گذاران جامعه‌شناسی، اعتماد و هم‌بستگی اجتماعی است؛ یعنی بدون انسجام و نوعی اعتماد، پایداری نظم اجتماعی ناممکن است (چلبی، ۱۳۷۵). اعتماد تسهیل‌کننده رفتار جمعی، ایجادکننده فضای اجتماعی مبتنی بر مشارکت و مشوق توجه به منابع و علائق 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

صحت سخنان یا رفتار دیگران است. گیدنز اعتماد را عامل احساس امنیت وجودی می‌داند (۱۳۷۸: ۶۳).

به تعبیر کلمن، اعتماد در قدرت، عمل کردن را آسان می‌کند. او معتقد است اعتماد در متن کنش‌های انسانی شکوفا می‌شود؛ به‌ویژه آن دسته از کنش‌هایی که جهت‌گیری‌شان معطوف به آینده است. نکته درخور توجه آن است که در همه این رویکردها، اعتماد به‌طور ضمنی پیش‌شرط اصلی مشارکت در رابطه برهم‌کنشی شمرده شده است (کلمن، ۱۳۷۷: ۲۹۷). ویژگی بیشتر تعریف‌های جامعه‌شناختی از مفهوم اعتماد این است که اصل اعتماد در شرایطی اهمیت 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 سرمایه اجتماعی می‌داند. بر اساس این دیدگاه، سرمایه اجتماعی را می‌توان شبکه‌هایی از انجمن‌های ارادی و موجودش معرفی کرد که به‌وسیله اعتماد گسترش یافته‌اند. اعتماد و مشارکت وابستگی دوسویه به هم دارند. اعتماد از زندگی گروهی پدید می‌آید و در همان زمان، امکانات خودجوش را برای شکل‌گیری و تشکیل انجمن‌ها فراهم می‌کند. از دیدگاه پاتنام^{۱۰}، نظریه سرمایه اجتماعی فرض می‌کند که هرچه بیشتر با افراد دیگر ارتباط داشته باشیم، بیشتر به آن‌ها اعتماد می‌کنیم و برعکس (1996: 65).

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

۱. اعتماد بین‌شخصی: این نوع اعتماد بر اساس روابط مستقیم و چهره‌به‌چهره شناخته می‌شود و بر روابط فردی استوار است. همزیستی مستقیم بین شرکت‌کنندگان یکی از ویژگی‌هایی است که اعتماد بین‌شخصی را از دیگر شکل‌های اعتماد متمایز می‌کند. اعتماد بین‌شخصی در تعامل و روابط میان اعضای خانواده، دوستان، همکاران و دیگر موارد مشابه تجلی پیدا می‌کند (غفاری، ۱۳۸۳: ۱۳).

۲. اعتماد تعمیم‌یافته: این اعتماد را می‌توان داشتن گمان نیک به افراد جامعه، جدای از وابستگی آن‌ها به گروه‌های قومی و قبیله‌ای، تعریف کرد (امیرکافی، ۱۳۷۴: ۹).

۳. اعتماد نهادی: این گونه اعتماد دلالت دارد بر میزان مقبولیت، کارایی و اعتمادی که مردم به نهادها دارند. به تعبیر دوگان، بی‌اعتمادی به نهادها اغلب، نتیجه بی‌اعتمادی به افرادی است که عهده‌دار امور آن شده‌اند (۱۳۷۴: ۱۰).

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

آنچه از نظریات نظریه‌پردازان برداشت می‌شود، این است که اعتماد اجتماعی پیامدهای مفیدی در رشد و توسعه 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، در نظر 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 آموزشی بیشتر می‌انجامد؛ به این 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 سلطه مشارکت مردم در زندگی اجتماعی، اخلاقی و انسانی حیات جامعه است و نه اسیر دست ارزش‌ها و معاملات بازار. به گفته ویلکینسون، انسجام جامعه با میزان نابرابری اجتماعی ارتباط مستقیمی دارد؛ به گونه‌ای که انسجام و نابرابری دو گرایش متضاد در ساختار اجتماعی هستند. افزایش برابری اجتماعی با روابط اجتماعی مبتنی بر همکاری و حمایت از یکدیگر همخوانی دارد و فرض بر این است که روابطی مانند تعاون، رابطه متقابل، اشتراک و پذیرش اینکه نیازهای دیگران نیازهای ما نیز هستند، بر تندرستی تأثیر عمیقی دارند (ویلکینسون، ۱۹۹۹ به نقل از تاجبخش، ۱۳۸۴: ۶۲۱-۶۲۲).

لینچ و کاپلان سرمایه اجتماعی را- یعنی مفهومی که اغلب با انسجام اجتماعی در حوزه 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 در نتیجه گسترش دامنه 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

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

اعتماد اجتماعی با راهکارهای مختلفی بر سلامت روان تأثیرگذار است. اگر فقط یک واقعیت مسلم در پژوهش‌های بهداشتی وجود داشته باشد، این است که در ابعاد مختلف، موقعیت اجتماعی و سلامت با یکدیگر ارتباط قدرتمندی دارند. در مورد تأثیر اعتماد اجتماعی بر سلامت روانی می‌توان گفت اگر اعتماد اجتماعی باعث تسهیل کنش‌های فردی و مشارکت جمعی شود، بر سلامت نیز بی‌تأثیر نخواهد بود. از سوی دیگر، سلامت را می‌توان سرمایه‌ای انسانی تلقی کرد. احتمالاً افراد درگیر در روابط اجتماعی مبتنی بر اعتماد، یا به عبارتی افراد دارای اعتماد اجتماعی بالا، از دانش و مهارت بیشتری و در نتیجه سلامت جسم و روان مطلوب‌تری برخوردارند.

در این مقاله، سلامت را به مثابه سرمایه انسانی افراد بررسی کرده‌ایم (دانش و مهارت‌هایی که بر اثر روابط اجتماعی و مشارکت افراد در شبکه‌ها و گروه‌های رسمی و غیررسمی مورد اعتماد آن‌ها کسب می‌شود و نتیجه آن، حفظ و ارتقای سلامت است). بر اساس این، فرضیه پژوهش این است که بین اعتماد اجتماعی و سلامت روانی معلمان ارتباط وجود دارد. باتوجه به مباحث نظری مقاله، سؤال اساسی تحقیق این است که بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روان چه رابطه‌ای وجود دارد؟ آیا همان‌گونه که بسیاری از صاحب‌نظران مدعی‌اند، بین این دو رابطه مستقیمی هست؟

۶. روش تحقیق

این تحقیق به لحاظ اجرا، از نوع پیمایشی^{۱۶} است و از نظر معیار زمان، مقطعی، به لحاظ معیار کاربرد، کاربردی و از نظر معیار ژرفایی، پهنانگر است. جمعیت آماری تحقیق را تمام معلمان سه دوره تحصیلی (ابتدایی، راهنمایی و متوسطه) شهرستان تیران و کرون^{۱۷} در زمان مطالعه تشکیل می‌دهند که بر اساس برآوردهای جمعیتی از سرشماری سال ۱۳۹۰، تعداد کل آن‌ها ۱۸۰۰ نفر بوده است. برای برآورد حجم نمونه، ابتدا سی نفر از افراد جامعه آماری مورد مطالعه مقدماتی قرار گرفتند تا پراکندگی صفت مورد پژوهش (میزان سلامت روانی) محاسبه شود. در

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

ادامه، با استفاده از فرمول کوکران^{۱۸} با سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت احتمالی ۵ درصد، حجم نمونه ۲۴۰ نفر مشخص شد. روش نمونه‌گیری نیز خوشه‌ای چندمرحله‌ای^{۱۹} است. ابزار این پژوهش، پرسش‌نامه است. پس از احراز اعتبار^{۲۰} و پایایی^{۲۱} آن در مراحل مقدماتی تحقیق، برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز در مرحله 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 پرسش‌نامه تدوین شده به استادان و متخصصان نشان داده و از نظر ایشان برای تصحیح آن استفاده شد. بنابراین، اعتبار تحقیق حاضر از نوع محتوایی^{۲۲} است.

۷. فرضیه‌های تحقیق

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

فرضیه 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.

در حوزه روان‌شناسی، اعتماد را به‌منزله ویژگی فردی می‌دانند و بر احساسات و عواطف و ارزش‌های فردی تأکید می‌کنند. در این حوزه، در بررسی اعتماد، نظریه‌های شخصیت و متغیرهای فردی را مورد توجه قرار می‌دهند. بر اساس این دیدگاه، اعتماد با مفاهیمی مانند همکاری، صداقت، وفاداری، صمیمیت، امید و دگرخواهی ارتباط نزدیک برقرار می‌کند (امیرکافی، ۱۳۸۰: ۱۳).

در مباحث روان‌شناسی اجتماعی، اعتماد یعنی نگرش مثبت به فرد یا امر خارجی. در مناسبات بین فرد و جامعه، اعتماد در سطح افراد نسبت به افراد دیگر یا پدیده‌های بیرونی سنجیده می‌شود. در این دیدگاه چون اعتماد فرایندی است که در جریان جامعه‌پذیری آموخته می‌شود، به دو بعد فردی و اجتماعی توجه می‌شود که در یک طرف اعتمادشونده و در طرف دیگر اعتمادکننده وجود دارد (بهزاد، ۱۳۸۲: ۱۵).

در این تحقیق، منظور از اعتماد اجتماعی، مجموعه‌ای از انتظارات است که در فرایند اجتماعی‌شدن آموخته می‌شوند و افراد آن انتظارات را از افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای جامعه دارند (افشانی و دیگران، ۱۳۸۸). نگارندگان این مقاله با استفاده از گویه‌های تحقیق افشانی (۱۳۸۷) و نوریان نجف‌آبادی (۱۳۸۹)، برای اعتماد اجتماعی چهار بعد در نظر گرفتند: اعتماد بین‌شخصی، اعتماد تعمیم‌یافته، اعتماد نهادی و اعتماد به محیط. هرکدام از این ابعاد در این مفاهیم به‌کار رفته است: اعتماد بین‌شخصی نشان‌دهنده میزان اعتماد به افراد فامیل، دوست، همسایه و مانند آن است. اعتماد تعمیم‌یافته داشتن گمان نیک به افراد جامعه (غریبه‌ها) جدای از وابستگی آن‌ها به گروه‌های سنی، جنسی، قومی و قبیله‌ای است. اعتماد نهادی نشان‌دهنده میزان اعتماد به نهادها و مسئولان اداره کشور است. قابلیت اعتماد به محیط هم بیانگر میزان خطرپذیری و قابل اعتماد دانستن محیط زندگی است.

برای هرکدام از این ابعاد چندین گویه مطرح شده است و مجموع امتیاز پاسخ‌گو از گویه‌های مختلف، میزان اعتماد اجتماعی او را نشان می‌دهد. برای سنجش پایایی متغیر اعتماد اجتماعی و سلامت روان از آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفا برای سازه میزان اعتماد اجتماعی ۰/۸۶ بود و برای مؤلفه‌های اعتماد تعمیم‌یافته ۰/۶۹، اعتماد به محیط ۰/۷۷، اعتماد بین‌شخصی ۰/۶۳ و اعتماد نهادی ۰/۸۵ محاسبه شد. میزان آلفا برای سازه سلامت روان نیز ۰/۹۲ است و برای مؤلفه‌های اضطراب/بی‌خوابی ۰/۶۳، علائم جسمانی ۰/۹۰، سوء عملکرد

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

اجتماعی ۰/۶۷ و افسردگی ۰/۹۰ محاسبه شد. میزان آلفا از ۰/۶۱ بیشتر است؛ بنابراین هم‌بستگی درونی بالای گویه‌ها و مطلوب بودن پایایی ابزار تحقیق را نشان می‌دهد. بر اساس نمره‌گذاری مقیاس سلامت عمومی، نمره بالاتر در مقیاس سلامت عمومی، سلامت عمومی را نشان می‌دهد. داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای آماری SPSS و لیزرل تجزیه و تحلیل شد.

۸-۲. سلامت روانی

برای سنجش سلامت عمومی، از پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی 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. مؤلفه اضطراب/بی‌خوابی: کم‌خوابی زیاد به علت نگرانی، مشکل داشتن در خواب، پیوسته در فشار بودن، حساس و بداخلاق بودن، احساس ترس و اضطراب داشتن، مشکلات از کنترل خارج شدن مشکلات و احساس عصبی بودن.

مؤلفه 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 به کاری 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 روزمره خود احساس لذت می‌کنید.

مؤلفه 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 ۲۴۰ پاسخ‌گوی این تحقیق، ۴۶/۷ درصد مرد و ۵۳/۳ درصد زن بودند. دامنه سنی پاسخ‌گویان نیز بین ۲۳ تا ۶۳ سال بود.

جدول ۱ توزیع ویژگی‌های پاسخ‌گویان تحقیق

جنس	درصد	وضع تأهل	درصد	محل خدمت	درصد	سن
مرد	۴۷/۷	مجرد	۱۳/۲	روستا	۶۰/۸	حدافل ۲۳
زن	۵۳/۳	متاهل	۸۶/۷	شهر	۳۹/۲	حداکثر ۶۳

۱۳/۲ درصد افراد مجرد و ۸۶/۷ درصد متاهل بودند. ۶۰/۸ درصد از پاسخ‌گویان تحقیق در روستا و ۳۹/۲ درصد در شهر مشغول به خدمت بودند.

جدول ۲ توزیع ویژگی‌های پاسخ‌گویان بر حسب دوره تحصیلی

جنس	دوره ابتدایی	دوره راهنمایی	دوره متوسطه
مرد	۱۹/۲	۱۱/۰۳	۱۴/۵
زن	۲۵/۱	۱۳/۳	۱۶/۸

۴۴/۳ درصد معلمان در دوره ابتدایی، ۲۴/۳۳ درصد در دوره راهنمایی و ۳۱/۳ درصد در دوره متوسطه مشغول به خدمت بودند.

بر اساس اطلاعات جدول شماره سه، میانگین میزان سلامت روان مردان (۱۰۰/۵۴) ($P=۰/۲۲۵$) با میانگین میزان سلامت روان زنان (۹۷/۷۱۷) تفاوت معناداری ندارد.

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

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تی	سطح معناداری
جنس	مرد	۱۰۰/۵۴	۱۴/۸۴۳	۱/۲۵۵	۰/۲۱۱
	زن	۹۷/۷۱۷	۱۸/۲۸۳		
وضعیت تأهل	مجرد	۹۴/۱۸۱	۲۰/۹۶۶	-۱/۴۳۹	۰/۱۵۱
	متاهل	۹۹/۵۹۰	۱۶/۲۱۴۲		
وضعیت محل خدمت	شهر	۱۰۰/۶۶	۱۵/۳۴۸	۱/۱۸۶	۰/۲۳۷
	روستا	۹۸/۰۱۴	۱۷/۵۹۳		

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

یافته‌های جدول شماره سه نشان می‌دهد میانگین میزان سلامت روان افراد متأهل (۹۹/۵۹۰) ($P = ۰/۱۵۱$) با میانگین میزان سلامت روان افراد مجرد (۹۴/۱۸) تفاوت معناداری ندارد. از سوی دیگر، چون سطح معناداری آزمون تی جهت مقایسه 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 چهارگانه آن است. برای بررسی رابطه 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 ۴ ماتریس هم‌بستگی مرتبه صفر^{۳۳} بین میزان سلامت روان با ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی

اعتماد تعمیم یافته	اعتماد نهادی	اعتماد به محیط	اعتماد بین شخصی	میزان سلامت روان	
				۰/۴۰۱**	اعتماد بین شخصی
			۰/۶۲۰**	۰/۴۴۶**	اعتماد به محیط
		۰/۱۳۳**	۰/۱۷۲**	۰/۳۵۹**	اعتماد نهادی
	۰/۱۲۲	۰/۱۷۳**	۰/۳۵۶**	۰/۶۱۸**	اعتماد تعمیم یافته
۰/۵۵۶**	۰/۶۴۵**	۰/۵۰۰**	۰/۵۱۴**	۰/۵۰۵**	اعتماد اجتماعی (شاخص کل)

* 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 رابطه مستقیم و معناداری هست؛ به عبارت دیگر با افزایش میزان سلامت روان، ابعاد مختلف میزان اعتماد اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند. بر اساس یافته‌های

این جدول، سلامت روان بیشترین و کمترین هم‌بستگی را به ترتیب با ابعاد اعتماد تعمیم‌یافته ($r = 0/618$) و اعتماد نهادی ($r = 0/267$) دارد.

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

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

اعتماد اجتماعی	علائم جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	سوء عملکرد	افسردگی
۰/۲۹۷**	علائم جسمانی			
۰/۵۰۷**	۰/۳۳۴**	اضطراب و بی‌خوابی		
۰/۲۹۱**	۰/۳۱۶**	۰/۲۹۸**	سوء عملکرد	
۰/۵۵۵**	۰/۳۲۷**	۰/۶۴۱**	۰/۳۰۸**	افسردگی
۰/۵۰۵**	۰/۵۲۹**	۰/۵۹۰**	۰/۴۴۹**	۰/۵۷۶**

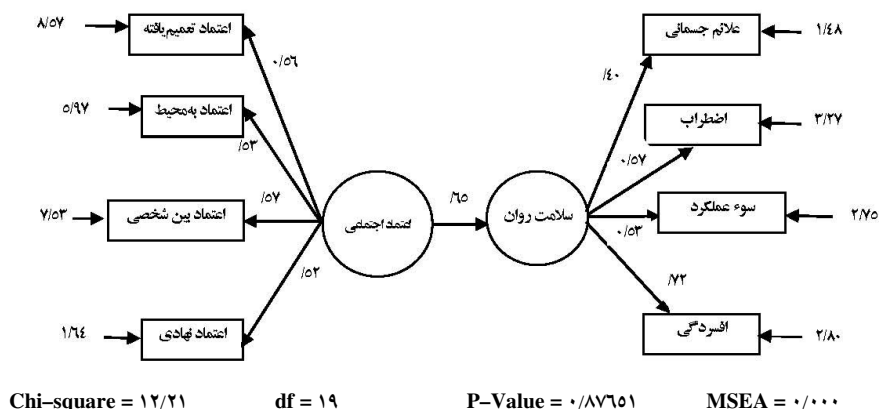
** معنادار در سطح کمتر از ۰/۰۱

یافته‌های ستون اول جدول شماره پنج نشان می‌دهد بین ابعاد مختلف سلامت روان با میزان اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر با افزایش سطح هریک از مؤلفه‌های سلامت روان، میزان اعتماد اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند. در بین ابعاد مختلف سلامت روان، بعد افسردگی بیشترین ($r = 0/555$) و بعد سوء عملکرد کمترین ($r = 0/291$) رابطه را با میزان اعتماد اجتماعی دارند. هم‌بستگی مثبت و معنادار شاخص اعتماد اجتماعی با (تقریباً) تمام ابعاد سلامت روان در حد انتظار است.

۱۰. الگوسازی معادلات ساختاری^{۲۴}

الگوسازی معادلات ساختاری به پژوهشگر کمک می‌کند تا به‌طور هم‌زمان به تحلیل علی متغیرهای پنهان و آشکار بپردازد (Bollen Kenneth & Scott, 1993). برای بررسی روابط علی بین متغیرها، مدل معادلات ساختاری یا تحلیل چندمتغیره با متغیرهای پنهان است. از این

روش با عنوان مدل علی و تحلیل ساختار کواریانس یاد شده است. با این روش می‌توان قابل قبول بودن مدل‌های نظری را در جامعه‌های خاص با استفاده از داده‌های هم‌بستگی آزمود. فرضیه مورد بررسی در یک مدل معادلات ساختاری، ساختار علی 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 علی خاصی را بین متغیرهای پنهان و متغیرهای نشانگر (اندازه‌گیری شده) تعریف می‌کند. هنگامی که داده‌های به‌دست آمده از نمونه مورد بررسی به صورت ماتریس هم‌بستگی یا کواریانس درآید و توسط مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون تعریف شود، با استفاده از نرم‌افزار Lisrel مدل را می‌توان تحلیل کرد و به رازش آن را برای جامعه‌ای که نمونه از آن استخراج شده است آزمود. این تحلیل برآوردهایی از پارامترهای مدل و همچنین چند شاخص برای نکویی به رازش فراهم می‌آورد. برآورد پارامترها و اطلاعات مربوط به نکویی به رازش را می‌توان برای تغییرات احتمالی مدل و بازآزمایی مدل نظری مورد آزمون قرار داد (سرمد و دیگران، ۱۳۷۶: ۲۷۶-۲۷۷). 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 سازه پنهان سلامت روان عبارت‌اند از: بعد افسردگی ($\gamma=0/72$)، اضطراب ($\gamma=0/57$)، سوء عملکرد ($\gamma=0/37$) و علائم جسمانی ($\gamma=0/40$). ضمن اینکه مهم‌ترین معرف‌های سازه پنهان اعتماد اجتماعی به این شرح است: اعتماد بین‌شخصی ($\gamma=0/57$)، اعتماد تعمیم یافته ($\gamma=0/56$)، اعتماد به محیط ($\gamma=0/53$) و اعتماد نهادی ($\gamma=0/52$). همچنین میزان تأثیر اعتماد اجتماعی بر سلامت روان، $0/65$ است که نشان‌دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر است؛ یعنی افزایش اعتماد اجتماعی باعث افزایش سلامت روان می‌شود.



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

شاخص‌های به‌رازش مدل نشان می‌دهد مدل از به‌رازش خوبی برخوردار است. به‌منظور بررسی به‌رازش مدل پیشنهادی، چند شاخص مورد توجه قرار گرفت. یکی از این شاخص‌ها، مربع کای^{۲۵} است. اگر مربع کای معنادار باشد، به این معناست که مدل برای داده‌های جامعه قابل قبول نیست (در اینجا مربع کای معنادار شده است). ولی مربع کای تحت تأثیر حجم نمونه قرار می‌گیرد (همان، ۲۸۱)؛ بنابراین از شاخص مربع کای نسبی که از تقسیم مربع کای بر درجه آزادی به‌دست می‌آید، استفاده شده است. شاخص مربع کای نسبی برابر ۰/۶۴ شده که بسیار خوب است. یکی از شاخص‌ها، شاخص نیکویی به‌رازش^{۲۶} (GFI) است. GFI را می‌توان درصدی از کواریانس مشاهده‌شده دانست که با کواریانس‌های پیش‌بینی‌شده به‌وسیله مدل توضیح داده می‌شود. دامنه 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 به‌دست آمده است؛ بنابراین مدل دارای به‌رازش خوبی است. شاخص دیگر، مقیاس نیکویی به‌رازش تعدیل‌شده^{۲۷} (AGFI) است. این شاخص تاحدی نسبت به حجم نمونه و درجات آزادی مدل، معیار GFI را تعدیل می‌کند. مقدار AGFI بین صفر و یک است و مقادیر نزدیک به یک نیکویی به‌رازش مدل

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

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 رابطه 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، نه فقط در کیفیت روانی تک‌تک افراد نقش دارد؛ بلکه برای کل افراد جامعه و در نتیجه 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، ۴۷/۷ درصد مرد و ۵۳/۳ درصد زن هستند. همچنین، ۱۳/۲ درصد از آن‌ها مجرد و ۸۶/۷ درصد متأهل‌اند. ۶۰/۸ 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 رابطه 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 ($r=0/297$)، اضطراب و بی‌خوابی ($r=0/507$)، سوء عملکرد اجتماعی ($r=0/291$)، افسردگی ($r=0/555$) و سلامت روان ($r=0/505$) رابطه معناداری با اعتماد اجتماعی دارند. از سوی دیگر، اعتماد بین‌شخصی ($r=0/401$)، اعتماد به محیط ($r=0/446$) و اعتماد تعمیم‌یافته ($r=0/618$) با سلامت روان رابطه معناداری دارد (مقادیر r برای هر کدام از متغیرهای فاصله‌ای با سلامت روانی و اعتماد اجتماعی نشان‌دهنده 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 رابطه این دو متغیر را بررسی کرده‌اند همخوانی دارد (بهزاد، ۱۳۸۱؛ لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶؛ کامران و ارشادی، ۱۳۸۸). نتایج این تحقیق با یافته‌های تحقیقات خارجی نیز همسوست (Kawachi

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

بر اساس مباحث نظری و یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت با گذر جامعه از حالت سستی به صنعتی، بحث سلامت روان افراد جامعه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ به گونه‌ای که سلامت روان مورد توجه سازمان‌های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است. به لحاظ روانی، ورود به جامعه جدید- که به نحوی تمام ساختارها را دگرگون کرده است- زندگی کنشگران را تحت تأثیر قرار داده است. در جامعه ما نیز که در حال گذار از مرحله نیمه‌صنعتی به مرحله صنعتی است، این بحث مطرح شده است. در این گذار، زندگی افراد دستخوش تغییر شده و این تغییر نه فقط در زندگی، بلکه در نظام ارزش‌ها و هنجارهای کنشگران نیز تأثیر گذاشته است. به یقین همه افراد در برابر این تغییرات به یک شکل واکنش نشان نمی‌دهند.

در پایان، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده عمومیت بیشتری بیابند تا بتوانند کاربردها و پیشنهادها را بیشتری داشته باشند. این پژوهش دارای محدودیت مکانی (شهرستان تیران و کرون) نیز است. از این رو، لازم است پژوهش‌های بعدی دامنه 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، برنامه کنترل سالیانه برای همه 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 مشاوره فرهنگیان در تمام مناطق و نواحی به ویژه نواحی محروم ضروری به نظر 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. trustee
5. Kawachi

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 ۶۰ کیلومتری غرب شهر اصفهان واقع شده است. حدود شصت روستا و دو شهر رضوان‌شهر و عسگران از توابع این شهرستان است.

18. cochrane
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 (۱۳۸۶). «بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان دبیران دبیرستان‌های شهرهای سنندج و بیجار». *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. ۱۲. صص ۵۲-۶۲.
- 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*. س ۶. ش ۴ (۳۶). صص ۵۷-۷۴.
- امیرکافی، مهدی (۱۳۷۴). *اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی تهران.

- _____ (۱۳۸۰). «اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن». *نمایه پژوهش*. ش ۱۸. صص ۱۰-۴۲.
- او جاقلو، سجاد و محمدجواد زاهدی (۱۳۸۴). «بررسی اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین ساکنان شهر زنجان». *جامعه‌شناسی ایران*. د ۶. ش ۴. صص ۹۲-۱۲۵.
- بهزاد، داوود (۱۳۸۱). «سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقا و سلامت روان». *رفاه اجتماعی*. ش ۶. صص ۴۳-۵۳.
- بیانی، علی‌اصغر و دیگران (۱۳۸۶). «تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان سال ۱۳۸۳-۱۳۸۴». *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. د ۹. ش ۲. صص ۳۹-۴۴.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۰). *دموکراسی و سنت‌های مدنی* (تجربه ایتالیا و درس‌هایی برای کشورهای در حال گذار). ترجمه محمدتقی دلفروز. تهران: نشر روزنامه سلام.
- تاجبخش، کیان (۱۳۴۰). *سرمایه‌های اجتماعی اعتماد، دموکراسی و توسعه*. نوشته رابرت پاتنام و دیگران. ترجمه افشین خاکباز و حسن پومان. تهران: نشر شیرازه.
- دوگان، ماتی (۱۳۷۴). «سنجش مفهوم مشروعیت و اعتماد». ترجمه پرویز پیران. *اطلاعات سیاسی و اقتصادی*. ش ۹۷-۹۸. صص ۴-۱۰.
- چلبی، مسعود (۱۳۷۵). *جامعه‌شناسی نظم؛ تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی*. تهران: نشر نی.
- حسن‌زاده، حسین (۱۳۸۵). *آموزش و پرورش و توسعه سلامت عمومی و مهارت‌های زندگی*. تهران: آوند اندیشه.
- شولتز، دوان والن و سیدنی شولتز (۱۳۸۰). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. چ ۵. تهران: نشر ویرایش.
- فونتانا، دیوید (۱۳۸۲). *روان‌شناسی برای معلمان*. ترجمه م. فروغان. تهران: آگه.
- غفاری، غلامرضا (۱۳۸۳). *اعتماد اجتماعی در ایران*. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷). *بنیادهای نظریه اجتماعی*. ترجمه منوچهر صبوری. تهران: نشر نی.

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

- کیانفر، فریبا و حمید خردمند (۱۳۷۷). *بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در معلمان شهر کرمان*. رساله دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- کامران، فریدون و خدیجه ارشادی (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و شبکه سلامت روان». *پژوهش اجتماعی*. ش ۳. صص ۲۹-۵۴.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸). *تجدد و تشخیص*. ترجمه ناصر موفقیان. تهران: نشر نی.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و گلرمد مرادی (۱۳۸۶). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران». *رفاه اجتماعی*. س ۷. ش ۲۶. صص ۱۶۱-۱۸۰.
- محمدی پروین و دیگران (۱۳۸۷). «فراوانی آسیب‌شناسی روانی در معلمان مدارس ابتدایی شهرکرد». *اصول بهداشت روانی*. س ۱۰. ش ۴.
- میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۲). *بهداشت روانی*. تهران: قومس.
- نوریان نجف‌آبادی، محمد (۱۳۸۹). *مطالعه تطبیقی میزان سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه یزد و دانشگاه اصفهان*. پایان‌نامه 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 Capital". *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.

- Holtgrave, D. R. & R. A. Crosby (2003). "Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhea, syphilis, Chlamydia and ATDS case rates in the United States". *Sex Transm 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 Patterning of Women's Health". *Social Science and Medicine*.
- Pollack, C. E. & O. Knesebeck (2004). "Social capital and 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.

رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی _____ محمد نوریان نجف‌آبادی و همکار

- 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 Melbourne.