

The Role of Social Trust in Explaining Psychological Disorders in Kermanshah, Iran

Ali Zakiei¹,
Nader Rajabi Gilan²,
Sohyla Reshadat³,
Seyed Ramin Ghasemi⁴

¹ PhD Student of Psychology, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

² MSc in Social Research, Social Development & Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

³ Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Center of Excellence for Community oriented Medicine Education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁴ MSc in Social Welfare, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

(Received November 22, 2014 ; Accepted May 5, 2015)

Abstract

Background and purpose: Social context that encompass individuals, are from the most important predictors of their health and well-being. This study was done with aim of surveying the relationship between social trust and psychological disorders in general population of Kermanshah, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional study was done in 476 people of Kermanshah city, winter 2013 and multistage sampling method was applied. Study tools were demographic scale, the Symptom Checklist-90 (SCL-90) and social trust questionnaires. Data analyzed by SPSS-18 using Pearson and canonical correlation tests.

Results: Mean age of respondents was 30.33 ± 9.72 and 57.6% of them were female. Results of Pearson correlation test showed that "trust to people" variable have had the most negative correlation with "paranoid ideation" and then "depression" subscales. Canonical correlation results showed that from predictor variables, the weight of "trust to government" subscale was equal 0.91 and have had the most relationship with first combined (latent) variable of dependent variables (psychological disorders subscales). The Willk's lambda was 0.871 that means about 13% of dependent variables variance was predicted by trust variables.

Conclusion: The social trust variable, comprised from trust to government and trust to people variables, can explain mental health significantly and is related with decrease of psychological disorders. Therapists can consider trust issue in the treatment of psychological disorders examined in this study.

Keywords: Social trust, Psychological disorders, General population

نقش اعتماد اجتماعی در تبیین اختلال‌های روانی در شهر کرمانشاه

علی زکی‌بی^۱
 نادر رجبی گیلان^۲
 سهیلا رشادت^۳
 سید رامین قاسمی^۴

چکیده

سابقه و هدف: زمینه‌های اجتماعی که افراد در آن قرار دارند، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت و بهزیستی آن‌ها است. هدف این مطالعه بررسی رابطه اعتماد اجتماعی و اختلال‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۲ در نمونه‌ای به حجم ۴۷۶ نفر در شهر کرمانشاه انجام گرفت. انتخاب نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام گردید. ابزار مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه نشانگان اختلال‌های روانی (SCL-90) و پرسشنامه اعتماد اجتماعی بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS تحلیل و با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و همبستگی کانونی تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی پاسخ‌گویان $30/33 \pm 9/72$ بوده و ۵۷/۶ درصد آنان زن بودند. آزمون همبستگی پیرسون در خصوص رابطه بین مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی با ابعاد اختلال‌های روانی نشان داد که متغیر اعتماد به مردم، بیش‌ترین همبستگی منفی را با افکار پارانوئیدی و پس از آن با افسردگی داشته است. آزمون همبستگی کانونی نشان داد که از میان متغیرهای پیش‌بین، وزن خرده‌مقیاس اعتماد به دولت برابر با ۰/۹۱ بوده و واجد بیش‌ترین ارتباط با اولین متغیر ترکیبی (مکنون) حاصل از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های اختلال‌های روانی) است. میزان آزمون لمبدای ویلکز برابر ۰/۸۷ بود، یعنی در حدود ۱۳ درصد از واریانس متغیرهای وابسته توسط متغیرهای اعتماد پیش‌بینی می‌شوند.

استنتاج: متغیر اعتماد اجتماعی، متشکل از اعتماد به دولت و اعتماد به مردم، تبیین‌کننده‌ی معنادار سلامت روان بوده و با کاهش اختلال‌های روانی مرتبط است. درمانگران می‌توانند موضوع اعتماد را در درمان اختلال‌های روانی مورد بررسی در این پژوهش مد نظر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: اعتماد اجتماعی، اختلال‌های روانی، جمعیت عمومی

مقدمه

زمینه‌های اجتماعی که افراد در آن قرار دارند، از مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت و بهزیستی آن‌ها است (۱). به بیان دیگر ارایه‌ی یک صورت‌بندی واقعی از وضعیت سلامتی در جامعه بدون توجه به شرایط اقتصادی اجتماعی دشوار خواهد بود (۲). سرمایه اجتماعی یکی از جذاب‌ترین مفاهیم علوم اجتماعی

مؤلف مسئول: سید رامین قاسمی - کرمانشاه: شهرک مسکن، انتهای بلوار گلها، طبقه فوقانی مرکز بهداشتی درمانی ثامن الائمه، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت
 E-mail: Qasemi_sr@yahoo.com

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران
 ۲. کارشناس ارشد پژوهشگری اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران
 ۳. دانشیار، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، قطب علمی آموزش پزشکی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران
 ۴. کارشناس ارشد رفاة اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۲/۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۲/۱۵

می‌کنند و در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت دارند، از سطح سلامت بهتری برخوردار هستند. دوم این که اعتماد ممکن است از طریق تاثیرات ساختاری و زمینه‌ای عمل کند به این صورت که اعتماد در سطح فردی بر محیط سیاسی اجتماعی تاثیر گذاشته و از این طریق به طور غیر مستقیم بر سلامت افراد تاثیر می‌گذارد (۱۰).

منگ و چن (۲۰۱۴) در تحلیلی چند سطحی به رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت در بین جمعیت شهری و روستایی در چین پرداخته و نشان دادند که در بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، تنها مؤلفه اعتماد بر سلامت تاثیر گذار بوده است (۱۱). کواچی و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه خود نشان داده‌اند که نواحی و ایالاتی که از سطح اعتماد کمتری برخوردارند از نرخ بالاتری از عدم سلامت برخوردار هستند (۱۲). کیم و همکاران (۲۰۰۷) نیز به طور مشابهی در امریکا نشان دادند که ایالت‌های با سطح سرمایه اجتماعی بالاتر تعداد روزهای ناخوش کم‌تری را سپری می‌کنند (۱۳).

نتایج پژوهش‌ها در ایران نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی با طیف وسیعی از مفاهیم و متغیرها در حوزه سلامت نظیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (۱۴،۲) و سلامت روان (۲۰-۱۵) ارتباط دارد. همچنین پژوهش‌های اندکی نیز بر رابطه‌ی اعتماد به عنوان شاخص سرمایه اجتماعی و سلامت روانی تاکید کرده‌اند (۲۱). همه‌ی این پژوهش‌ها لزوم توجه به سلامت روانی از طریق افزایش سرمایه اجتماعی و شاخص اعتماد را نشان داده‌اند.

از سویی آنچه که در مطالعات داخلی به عنوان خلاء به چشم می‌خورد این است که محققان، گروه‌های خاصی نظیر معلمان، دانشجویان و زنان سرپرست خانوار را به عنوان جامعه آماری مدنظر قرار داده‌اند و به جستجوی همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت روان در جمعیت عمومی و در مقیاس محیطی وسیعی تر پرداخته‌اند و از سوی دیگر شواهد نظری نیز بر اهمیت مطالعه‌ی سرمایه اجتماعی و سلامت در فرهنگ‌های شرقی تاکید نموده‌اند (۱۱)، لذا این مطالعه با هدف بررسی رابطه اعتماد

است که در حوزه سلامت عمومی مورد توجه قرار گرفته (۳) و کاربرد آن در پژوهش‌های سلامت، منبعث از دو رویکرد انسجام اجتماعی و رویکرد شبکه بود (۴). رابرت پاتنام اعتقاد دارد که سرمایه اجتماعی وجوه گوناگون سازمان اجتماعی، نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها است که می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی جامعه را بهبود بخشند. بیش‌تر تئوری پردازان در ادبیات مربوط به سرمایه اجتماعی بر دو عنصر اصلی این مفهوم تاکید دارند؛ نخست اعتماد میان اعضای اجتماعی و دیگری مشارکت در سازمان‌های اجتماعی (۵). اعتماد اجتماعی، جهت‌گیری اخلاقی مثبت در میان شهروندان است؛ به طوری طوری که افراد انتظار دارند رابطه‌شان با دیگری مبتنی بر ارزش‌های اخلاقی مانند تعهد، صداقت و مسئولیت‌پذیری باشد. درحقیقت اعتماد زمانی حاصل می‌شود که افراد انتظارات ارزشی خود را سازگار با کنش دیگری ارزیابی کنند (۶).

اعتماد به عنوان شاخص سرمایه اجتماعی در هر جامعه‌ای نقش مهمی در سلامت روان افراد دارد به طوری که برای مثال اوکانر و همکاران (۲۰۱۱) بر ارتباط اعتماد با اختلال‌های روانی همچون افسردگی تأکید نموده‌اند (۷). اختلال‌های روانی دگرگونی‌های رفتاری و روان‌شناختی است که در فرد اتفاق می‌افتد و با اشفستگی در عملکرد همراه است. تاثیر اختلال‌های روانی روی جامعه به دلیل مراقبت از افراد مبتلا و حمایت‌های فیزیکی و کاهش مولد بودن آن‌ها بسیار مهم است (۸). اختلال روانی نشانگانی است که با اختلال بالینی قابل ملاحظه در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود که کژکاری در فرآیندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی زیربنای عملکرد روانی را منعکس می‌کند. اختلال روانی معمولاً با ناراحتی یا ناتوانی قابل ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و یا فعالیت‌های مهم دیگر ارتباط دارد (۹). مکانیزم تاثیر اعتماد اجتماعی بر سلامت از دو راه قابل ردیابی است. اول این که اعتماد اجتماعی می‌تواند بر سلامت تاثیرات ترکیبی داشته باشد یعنی افرادی که اعتماد

اجتماعی و سلامت روانی در جمعیت شهری کرمانشاه به انجام رسیده است.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در زمستان ۱۳۹۲ در جمعیت عمومی شهر کرمانشاه انجام گرفت. براساس فرمول کوکران، حجم نمونه برابر ۳۸۴ نفر محاسبه شد که پس از ضرب در ضریب تأثیر^۱ ۱/۳، تعداد ۵۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه نهایی در نظر گرفته شد. پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش، در نهایت ۴۷۶ نفر وارد مطالعه شدند (ضریب پاسخگویی: ۹۵/۲ درصد). شرط ورود به مطالعه داشتن سابقه حداقل ۵ سال سکونت در شهر کرمانشاه و قرار داشتن در دامنه سنی ۱۵ تا ۶۰ سال بود. برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده گردید. بدین صورت که ابتدا بر اساس تقسیمات شهرداری، شهر به شش منطقه تقسیم و سپس از میان این مناطق، سه منطقه انتخاب شد. پس از آن، هریک از مناطق نیز (بر اساس تقسیم‌بندی بلوک‌های آماری مرکز آمار ایران) به خوشه‌هایی تقسیم شده و از هر خوشه، نمونه‌ها به طور تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه نشانگان اختلال‌های روانی (SCL-90) و پرسشنامه اعتماد اجتماعی بود.

پرسشنامه نشانگان اختلال‌های روانی^۲

فرم اولیه این پرسشنامه به وسیله درآگوتیس، لیپمن و کوری (۱۹۷۳) برای سنجش جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمانی و روانی طراحی شده است. درآگوتیس و همکاران در سال ۱۹۸۴ پرسشنامه مذکور را مورد تجدیدنظر قرار داده و فرم نهایی آن را به نام فهرست تجدید نظر شده علائم روانی^۳ منتشر کردند (۸). این

پرسشنامه شامل ۹۰ سوال پنج گزینه‌ای (هیچ=۰، کمی=۱، تا حدی=۲، زیاد=۳، خیلی زیاد=۴) است. محتوای این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجد [شکایت جسمانی (۱۲ سؤال)، وسواسی-اجباری (۱۰ سؤال)، حساسیت در روابط متقابل (۹ سؤال)، افسردگی (۹ سؤال)، اضطراب (۱۰ سؤال)، پرخاشگری (خصوصیت) (۶ سؤال)، فویسا (ترس بیمارگونه) (۷ سؤال)، افکار پارانوئیدی (۶ سؤال)، و روان پریشی (۱۰ سؤال)]. نمره بالا در هر یک از خرده مقیاس‌ها به معنی میزان وجود بیش‌تر هر کدام از اختلال‌هاست. از نظر روایی، این آزمون دارای روایی هم‌زمان، همگرایی، اعتبار ساختاری و مقیاسی برای تغییرات روانی است. پایایی آزمون با روش بازآزمایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران پرسشنامه SCL-90 توسط میرزایی (۱۳۵۹) و باقری (۱۳۷۳) بررسی گردید و پایایی مقیاس‌های این ابزار، بیش‌تر از ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه محاسبه و ۰/۹۷ به دست آمد.

پرسشنامه اعتماد اجتماعی

پرسشنامه اعتماد اجتماعی در این تحقیق، با الهام از پژوهش از کیا و غفاری (۱۳۸۰) طراحی و ساخته شد (۲۳). پرسشنامه ساخته شده ۱۷ گویه دارد که در طیف لیکرت ۵ حالتی به صورت: خیلی کم (۱)، کم (۲)، تا حدودی (۳)، زیاد (۴)، و خیلی زیاد (۵) تنظیم شده است. این پرسشنامه دو خرده مقیاس اعتماد به مردم (۷ سؤال) و اعتماد به سازمان‌های دولتی (۱۰ سؤال) را نیز می‌سنجد و نمره کل حاصل از آن میزان اعتماد اجتماعی فرد را نشان می‌دهد (نمره بیش‌تر به معنی اعتماد بیش‌تر است). گویه‌های ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای بررسی پایایی پرسشنامه

1. Design effect
2. SCL-90
3. SCL-90-R

جدول شماره ۱: مؤلفه‌های اختلالات روانی و اعتماد اجتماعی بر

حسب جنس

ابعاد مؤلفه‌های پژوهش	نمره کل پاسخگویان	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
مؤلفه‌های اختلالات روانی		
وسواسی-اجباری	۱۳/۹۱ ± ۷/۲۶	۱۱/۸۸ ± ۶/۵۷
حساسیت در روابط متقابل	۱۰/۹۲ ± ۶/۹۱	۹/۰۰ ± ۶/۴۷
افسردگی	۱۵/۱۷ ± ۱۰/۴۵	۱۱/۹۵ ± ۹/۴۹
اضطراب	۹/۸۴ ± ۷/۹۸	۸/۲۱ ± ۷/۲۱
پرخاشگری (خصومت)	۷/۰۹ ± ۵/۲۲	۶/۵۰ ± ۵/۱۷
فوبیا (ترس بیمارگونه)	۴/۶۱ ± ۵/۰۹	۳/۵۱ ± ۴/۹۵
افکار پارانوئیدی	۸/۷۶ ± ۴/۷۱	۸/۴۱ ± ۴/۶۴
روان پریشی	۸/۱۵ ± ۷/۱۵	۷/۴۷ ± ۷/۱۰
اختلالات روانی کلی	۷۸/۵۴ ± ۴۷/۵۴	۶۶/۹۴ ± ۴۴/۸۸
مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی		
اعتماد به مردم	۱۶/۲۳ ± ۵/۰۷	۱۵/۷۹ ± ۵/۴۴
اعتماد به سازمان دولتی	۲۵/۶۵ ± ۷/۰۰	۲۴/۸۸ ± ۶/۹۹
اعتماد اجتماعی کلی	۴۱/۸۸ ± ۹/۹۵	۴۰/۵۹ ± ۱۰/۱۷
زن		
انحراف معیار ± میانگین	۱۵/۳۹ ± ۷/۴۴	۱۱/۸۸ ± ۶/۵۷
مرد		
انحراف معیار ± میانگین	۱۲/۲۶ ± ۶/۹۵	۹/۰۰ ± ۶/۴۷
انحراف معیار ± میانگین	۱۷/۴۶ ± ۱۰/۵۸	۱۱/۹۵ ± ۹/۴۹
انحراف معیار ± میانگین	۱۰/۹۸ ± ۸/۳۳	۸/۲۱ ± ۷/۲۱
انحراف معیار ± میانگین	۷/۴۷ ± ۵/۲۴	۶/۵۰ ± ۵/۱۷
انحراف معیار ± میانگین	۵/۴۰ ± ۵/۰۴	۳/۵۱ ± ۴/۹۵
انحراف معیار ± میانگین	۸/۹۵ ± ۴/۸۰	۸/۴۱ ± ۴/۶۴
انحراف معیار ± میانگین	۸/۶۰ ± ۷/۱۷	۷/۴۷ ± ۷/۱۰
انحراف معیار ± میانگین	۸۶/۵۸ ± ۴۸/۱۱	۶۶/۹۴ ± ۴۴/۸۸
انحراف معیار ± میانگین	۱۶/۵۵ ± ۴/۷۶	۱۵/۷۹ ± ۵/۴۴
انحراف معیار ± میانگین	۲۶/۳۰ ± ۶/۹۶	۲۴/۸۸ ± ۶/۹۹
انحراف معیار ± میانگین	۴۲/۸۵ ± ۹/۶۹	۴۰/۵۹ ± ۱۰/۱۷

مذکور، آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای خرده مقیاس اعتماد به مردم ۰/۸۳، خرده مقیاس اعتماد به سازمان‌های دولتی ۰/۸۲، و کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد. بین خرده مقیاس اعتماد به سازمان‌های دولتی و اعتماد اجتماعی کل ضریب همبستگی ۰/۸۷، و بین خرده مقیاس اعتماد به مردم و اعتماد اجتماعی کل ضریب همبستگی ۰/۷۴ به دست آمد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS تحلیل و با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیره و همبستگی کانونی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۷۶ نفر از ساکنان شهر کرمانشاه با میانگین سنی $30/33 \pm 9/72$ و دامنه سنی ۱۵ تا ۶۰ سال مشارکت داشتند. در این میان، ۵۷/۶ درصد پاسخگویان را زنان و مابقی را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر وضعیت تأهل، ۵۶/۳ درصد مجرد و ۴۳/۷ درصد متأهل بودند. در خصوص سطح تحصیلات، بیش‌ترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلی دیپلم (۳۹/۷ درصد) و پس از آن لیسانس (۳۸/۴ درصد) بود. ۱/۷ درصد افراد بی‌سواد، ۲/۱ درصد ابتدایی، ۱۰/۳ درصد راهنمایی و ۷/۸ درصد دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس بودند.

نتایج نشان داد که میانگین نمره اختلالات روانی کلی $78/54 \pm 47/54$ بوده است و در بین ابعاد SCL90، مؤلفه افسردگی دارای میانگین ۱۵/۱۷ و وسواس دارای میانگین ۱۳/۹۱ بود (جدول شماره ۱). هم‌چنین، میانگین نمره اعتماد کلی در این مطالعه برابر $41/88 \pm 9/95$ بود (جدول شماره ۱).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در خصوص رابطه بین مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی با ابعاد اختلالات روانی نشان داد که متغیر اعتماد به مردم، بیش‌ترین همبستگی منفی را با افکار پارانوئیدی و پس از آن با افسردگی داشته است ($p < 0/01$). متغیر اعتماد به سازمان‌های دولتی و هم‌چنین نمره کلی اعتماد اجتماعی، بیش‌ترین

همبستگی منفی را با افکار پارانوئیدی و پس از آن پرخاشگری نشان داده است ($p < 0/05$). بر اساس این یافته‌ها، سازه اعتماد بیش‌ترین تأثیر را در کاهش اختلال افکار پارانوئیدی دارد (جدول شماره ۲). شاخص‌های تحلیل همبستگی که در جدول شماره ۳ ارائه شده‌اند نشان می‌دهند که از میان متغیرهای پیش‌بین، وزن خرده مقیاس اعتماد به دولت برابر با ۰/۹۱ بوده و واجد بیش‌ترین ارتباط با اولین متغیر ترکیبی (مکنون) حاصل از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های سلامت روان) است. ضریب ساختاری خرده مقیاس اعتماد به دولت ۰/۹۸- است. خرده مقیاس اعتماد به مردم (با ضریب استاندارد $-0/19$) نقش ضعیف‌تری در پیش‌بینی سلامت روان دارد. میزان آزمون لمبدای ویلکز^۱ برابر ۰/۸۷ می‌باشد، یعنی در حدود ۱۳ درصد از واریانس متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های سلامت روان) توسط متغیرهای اعتماد پیش‌بینی می‌شوند. با توجه به این که علامت ضرایب ساختاری (غیر از خرده مقیاس فوبی اجتماعی)، در متغیرهای ملاک، مثبت و در متغیرهای پیش‌بین منفی است، افزایش در متغیرهای پیش‌بین با کاهش در متغیرهای ملاک همراه است و برعکس. به عبارتی، افزایش اعتماد اجتماعی با کاهش اختلال‌های روانی همراه است.

1. Willk's Lambda

جدول شماره ۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌های اعتماد

اجتماعی و اختلال های روانی		اعتماد به مردم	اعتماد به سازمان دولتی	اعتماد اجتماعی کلی
وسواس	-۰/۰۹۲*	-۰/۰۹۱*	-۰/۱۱۲*	
حسابت در روابط متقابل	-۰/۱۲۷**	-۰/۰۴۵	-۰/۰۹۸*	
افسردگی	-۰/۱۵۵**	-۰/۰۸۸	-۰/۱۴۲**	
اضطراب	-۰/۱۱۷*	-۰/۰۱۴	-۰/۰۷۲	
پرخاشگری	-۰/۱۴۸**	-۰/۱۰۹*	-۰/۱۵۴**	
فوبیا	-۰/۰۶۴	۰/۰۹۰	۰/۰۲۹	
افکار پارانوئیدی	-۰/۱۹۲**	-۰/۱۶۹**	-۰/۲۱۸**	
روان پریشی	-۰/۱۲۵**	۰/۰۲۳	-۰/۰۴۹	
اختلالات روانی کلی	-۰/۱۴۸**	-۰/۰۵۹	-۰/۱۱۸**	

*: همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

جدول شماره ۳: ضرایب استاندارد، ضرایب ساختاری و دیگر شاخص‌های

تحلیل همبستگی بنیادی

ضرایب استاندارد	ضرایب ساختاری	واریانس مشترک	
			$R^2 = ۰/۸۷$ لیبندای ویلکر
اعتماد به دولت	-۰/۹۱	-۰/۹۸	$RS = ۰/۱۳$
اعتماد به مردم	-۰/۱۹	-۰/۵۰	$F = ۴/۱۹$
			$p < ۰/۰۰۱$

نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره نیز در خصوص تأثیر متغیرهای اعتماد به دولت و اعتماد به مردم بر اختلالات روانی کلی بیانگر این موضوع بود که این دو متغیر توان پیش بینی ۰/۰۲۲ متغیر وابسته را دارد (جدول شماره ۴). هم چنین جدول ۴ بیانگر آن است که مولفه اعتماد به مردم با ضریب تأثیر ۰/۱۴ توان پیش‌بینی متغیر حاصل از جمع جبری مولفه های اختلال های روانی را دارد اما اعتماد به سازمان‌های دولتی از چنین توانی برخوردار نیست.

جدول شماره ۴: نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره در خصوص

تأثیر مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی بر اختلالات روانی کلی

B	انحراف استاندارد	Beta	آماره t	سطح معنی داری	R ²
۱۰/۱۹۵۳	۹/۳۸۰	-	۱۰/۸۶۹	۰/۰۰۱	
-۱/۳۵۹	۰/۴۵۵	-۰/۱۴۵	-۲/۹۸۸	۰/۰۰۳	۰/۰۲۲
-۰/۰۶۵	۰/۳۲۹	-۰/۰۶۵	-۰/۱۹۸	۰/۸۴۳	

اجتماعی، متشکل از اعتماد به دولت و اعتماد به مردم، حدود ۱۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته این تحقیق را تبیین می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۲۵،۲۴،۱۷،۱۵،۴) در خصوص رابطه بین اعتماد با سلامت روان همخوان است. اعتماد، به عنوان بعد شناختی سرمایه اجتماعی، از طریق فراهم آوردن نوعی حمایت عاطفی برای کنشگران می‌تواند در ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه تأثیرگذار باشد. کاهش سطح تعاملات اجتماعی و اعتماد، افراد را دچار انزوای اجتماعی می‌کند و احساس انزوا و احساس تنهایی در سطح جامعه سبب تقویت حالات روانی منفی در افراد شده و میزان سلامت روانی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۲۰). اعتماد اجتماعی سبب افزایش شبکه‌های روابط افراد می‌شود. پاتنام (۲۰۰۰) در این خصوص به ۴ عامل اشاره می‌کند: اول، شبکه‌های اجتماعی منافی مادی در اختیار افراد قرار می‌دهند که سبب کاهش اضطراب می‌شود. دوم، شبکه‌ها معیارهای سلامتی را تقویت می‌کنند. سوم، شبکه‌ها بهتر می‌توانند در خصوص رساندن تقاضاهای مردم برای خدمات بهداشتی به سازمان‌ها عمل کنند. چهارم، تعامل و فعالیت اجتماعی سبب فعال‌تر شدن سیستم دفاعی بدن می‌شود (۲۶).

سطح اعتماد در میان ساکنان یک محله با مرگ و میر آن محله رابطه معنی‌داری دارد و برعکس، سطوح پایین اعتماد با نرخ‌های بالای مرگ و میر، بیماری‌های قلبی و عصبی و سرطان‌ها، مرگ و میر کودکان و مرگ و میرهای خشونت‌آمیز همچون قتل و خودکشی رابطه‌ای نزدیک دارد. همچنین رابطه‌ای قوی بین نرخ بی‌اعتمادی اجتماعی و میزان‌های مرگ و میر سطح ایالات متحده آمریکا مشاهده شده است (۲۷). سرمایه اجتماعی می‌تواند عوامل استرس‌زا و خطرزا در رابطه با سلامت را کاهش دهد (۲۸).

هزارجریبی در مطالعه ای نشان داد که بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی همبستگی ۰/۵۹۳ و بین اعتماد اجتماعی و سلامت روان همبستگی ۰/۳۶۱ وجود دارد (۲۰).

بحث

این مطالعه که با هدف سنجش نقش اعتماد اجتماعی در تبیین اختلال‌های روانی در جمعیت عمومی شهر کرمانشاه به انجام رسید، نشان داد که متغیر اعتماد

داوطلبانه در سطح کلان جامعه باعث تسهیل مشارکت، اعتماد و گسترش شبکه‌های روابط فردی و ایجاد فرصت‌های ارتباطی گردیده، حمایت‌های عاطفی و اجتماعی را تقویت نموده و در نهایت باعث کاهش اختلالات روانی و بهبود سلامت می‌گردد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه آماری و شیوه سنجش اختلالات روانی اشاره کرد که به صورت خود گزارشی بوده و با استفاده از پرسشنامه به انجام رسیده است و سنجش بالینی توسط روانپزشک صورت نگرفته است.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با توجه به نتایج این پژوهش، که با استفاده از روش تحلیل همبستگی کانونی انجام گرفت، در حدود ۱۳ درصد از واریانس متغیر ترکیبی حاصل از مولفه‌های سلامت روان، توسط متغیرهای اعتماد پیش‌بینی می‌شود، اما نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره بیانگر این موضوع بود که خرده مقیاس‌های اعتماد اجتماعی توان پیش‌بینی ۰/۰۲۲ متغیر حاصل از جمع جبری خرده مقیاس‌های سلامت روان را دارد. این نتیجه در نوع خود قابل توجه است و نشان‌دهنده آن می‌باشد که متغیر ترکیبی چیزی متفاوت از جمع جبری متغیرها است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به این نکته توجه نمایند و هم‌چنین مطالعاتی در سطح استان‌های دیگر کشور و در مقیاس وسیع‌تر به انجام رسد. هم‌چنین درمانگران نیز در نظر داشته باشند که تک تک اختلال‌های روانی را جداگانه مدنظر قرار داده و موضوع اعتماد را برای درمان این اختلال‌های روانی به عنوان یک متغیر اثربخش مدنظر قرار دهند.

سپاسگزاری

از تمامی پرسشگرانی که مار را در اجرای این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری می‌نمائیم.

نتایج این پژوهش نشان داد که هم اعتماد کلی و هم مؤلفه‌های آن بالاترین همبستگی را در میان اختلال‌های مورد بررسی با اختلال افکار پارانوئیدی داشتند. در این رابطه ویکهام و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که اعتماد می‌تواند به عنوان یک میانجی در رابطه بین محرومیت چندبعدی و افکار پارانوئیدی عمل کند (۲۹). این نتیجه نشان می‌دهد که اعتماد به عنوان یک متغیر تأثیرگذار، هم با محرومیت و هم با افکار پارانوئیدی ارتباطی نسبی دارد که می‌تواند نقش میانجی را در بین این دو متغیر ایفا کند.

از دیگر نتایج این تحقیق همبستگی منفی و معنادار اعتماد با افسردگی است. به طور مشابهی، پورافکاری و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود دریافتند که بین سرمایه اجتماعی (که اعتماد جزء اصلی آن است) و افسردگی رابطه معکوس و معنی‌داری در سطحی متوسط وجود دارد (۳۰). رضوی زاده و همکاران (۱۳۹۱) و هان و لی (۲۰۱۳) نیز در مطالعات خود به رابطه معنادار اعتماد با افسردگی دست یافته‌اند (۳۱، ۱۶). ویکهام و همکاران (۲۰۱۴) نیز به نقش میانجی اعتماد در رابطه بین محرومیت چندبعدی و افسردگی دست یافتند (۲۹). در پژوهش حاضر بین اعتماد با اضطراب نیز رابطه معناداری مشاهده گردید به طوری که سطح بالای اعتماد با کاهش اضطراب همراه بود. به طور مشابه، پورافکاری و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی دریافتند که بین سرمایه اجتماعی و اضطراب رابطه معکوس و معنی‌داری در سطحی ضعیف وجود دارد (۳۰). هم‌چنین رضوی زاده و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقات خود به رابطه منفی و معنادار اعتماد با اضطراب دست یافتند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوان است (۱۶).

به هر حال الگوی عمومی مدارک و شواهد نظیر نتایج این تحقیق و برخی مطالعات مشابه مبین ارتباط شاخص اعتماد اجتماعی و سلامت است. می‌توان گفت زمینه‌های رشد فعالیت‌های گروهی در قالب انجمن‌های

References

1. Herian MN, Tay L, Hamm JA, Diener ED. Social capital, ideology, and health in the United States. *Soc Sci Med* 2014; 105: 30-37.
2. Rajabi Gilan N, Ghasemi SR, Reshadat S, Rajabi S. The Relationship between Social Capital and Health-Related Quality of Life among Teachers. *J Zanjan Univ Med Sci* 2013; 21(88): 95-107 (Persian).
3. Kawachi I. Social capital and health. In: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, Timmermans S, (eds). *Handbook of Medical Sociology*. 6th ed. Nashville: Vanderbilt University Press; 2010. p. 18e32.
4. Carpiano RM, Fitterer LM. Questions of trust in health research on social capital: What aspects of personal network social capital do they measure? *Soc Sci Med* 2014; 116: 225-234.
5. Chalabi M, Mobaraki M. The analysis of relationship between social capital and crime at micro and macro levels. *Journal of Iran Sociology* 2005; 6(2): 3-44 (Persian).
6. Saei A, Rooshan T. Fuzzy analysis of political trust university professors. *Journal of Iran Social Studies* 2013; 7(2): 59-86.
7. O'Connor M, Hawkins MT, Toumbourou JW, Sanson A, Letcher P, et al. The relationship between social capital and depression during the transition to adulthood. *Australian Journal of Psychology* 2011; 63(1): 26-35.
8. Zakiee A, Rostami S, Kamasi S. Relationship of Neuroticism, Extraversion, and Positive and Negative Affect with Mental Disorders. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24(109): 224-233 (Persian).
9. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Rostila M. Social capital and health in European welfare regimes: a multi-level approach. *Journal of European Social Policy* 2007; 17(3): 223-239.
11. Meng T, Chen H. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from China. *Health Place* 2014; 27: 38-44.
12. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* 1999; 89(8): 1187-1193.
13. Kim D, Kawachi I. U.S. state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. *Ann Epidemiol* 2007 17(4): 258-269.
14. Zahedi-Asl M, Farokhi J. The relationship between social capital wit quality of life in head Head of household resident in Tehran. *Journal of Social Sciences* 2010; 49: 1-29 (Persian).
15. Keyvanara M., Tavakoli N., Samouei R., Tavakoli F. Relationship between Social Capital and Mental Health. *Health Inf Manage* 2013;9(7): 1058-1065 (Persian).
16. Razavi zadehe N, Noghani M, yousofi A. Relationship between social capital and mental health among students of Ferdowsi University of Mashhad. *Journal of Social Sciences* 2012; 9(2): 25-51 (Persian).
17. Seyyedani F, Abdolsamadi M. The Relation of Social Capital with Mental Health in Women and Men. *Social Welfare Quarterly* 2011;11(42): 229-254 (Persian).
18. Tavakol M, Moayedfar S, Maghsoodi S. Sociological study of the relationship between social capital and mental health among couples in Kerman. *Journal of Social*

- Problem 2011; 2(5-6): 1690-1694 (Persian).
19. Amini Rarani M, Mousavi MT, Rafiey H. Correlation of Social Capital with Social Health in Iran. *Social Welfare Quarterly* 2011; 11(42): 203-228.
 20. Hezarjaribi J, Mehri A. Analysis of the relationship between social capital and social and mental health. *Social science Quarterly* 2012; 59: 42-90 (Persian).
 21. Noriyan najafabadi M, Jahangir N. The relationship between social trust and mental health (Case study: Teachers of Tiran and kron city). *Historical Sociology* 2011; 3(2): 35-59 (Persian).
 22. Shekibaei T, Esmaili M, Karami A. Distinct Effects of training on psychological problems of divorced women in Tehran. *Journal of Psychology and Educational Sciences* 2009;7(2): 115-131 (Persian).
 23. Azkia M, Ghafari GH. The relationship between trust and social participation in Kashan rural areas. *Social Sciences Letter*. 2001; 17(17): 3-31 (Persian).
 24. Jen MH, Sund ER, Johnston R, Jones K. Trustful societies, trustful individuals, and health: An analysis of self-rated health and social trust using the World Value Survey. *Health Place* 2010; 16(5): 1022-1029.
 25. Haghghatian M, Jafari E. The Relationship of Bonding Social Capital with Mental Health among Slum dwellers. *Social Welfare Quarterly* 2013;13(48):131-149 (Persian).
 26. Putnam RD. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New Yourk: Simon and Schuster; 2001.
 27. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008.
 28. Harpham T. The measurement of community social capital through surveys. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, (eds). *Social capital and health* New York: Springer; 2008. p. 51-62.
 29. Wickham S, Taylor P, Shevlin M, Bentall RP. The impact of social deprivation on paranoia, hallucinations, mania and depression: the role of discrimination social support, stress and trust. *PLoS One* 2014; 9(8): e105140.
 30. Poorafkari N, Shokri K. The effect of social capital on mental health (study among university students Shoushtar unit). *Social Science Quarterly of Islamic Azad University* 2012;6(16): 167-186 (Persian).
 31. Han S, Lee HS. Social capital and depression: does household context matter? *Asia Pac J Public Health* 2015; 27(2): NP2008-18.