

رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد

سیدعلیرضا افشانی^۱

حمیده شیری محمدآباد^۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۸/۰۹

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۴/۰۷

چکیده

امروزه سلامت اجتماعی زنان به موضوعی مهم و حساس تبدیل شده است. سلامت اجتماعی، بازتاب شرایط جامعه است و از عوامل اجتماعی متعددی ریشه می‌گیرد. همچنین، در عصر حاضر اعتماد، به موضوعی حیاتی برای جوامع انسانی تبدیل شده است. از این رو، پژوهش حاضر بر آن است تا به بررسی رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان شهر یزد بپردازد. در این پژوهش، به روش پیمایش و با نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS)، ۲۸۸ زن انتخاب شدند. یافته‌ها بیانگر آن است که ارتباط معنادار و مستقیمی بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد و ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی، ۲۳ درصد واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. براساس ضرایب بتای استاندارد شده، متغیرهای قابلیت اعتماد به محیط ($\beta=0/22$)، اعتماد بین‌شخصی ($\beta=0/21$)، اعتماد تعمیم‌یافته ($\beta=0/18$) و اعتماد نهادی ($\beta=0/12$)، به ترتیب بیشترین سهم را در تبیین سلامت اجتماعی دارند؛ علاوه بر این، نتایج مدل‌سازی معادله‌های ساختاری نشان داد که با افزایش اعتماد اجتماعی، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. واژه‌های کلیدی: اعتماد اجتماعی، اعتماد تعمیم‌یافته، اعتماد نهادی، زنان، سلامت اجتماعی.

^۱. دکتری جامعه‌شناسی، دانشیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد (نویسنده مسئول)،

Email: afshanalireza@yazd.ac.ir

^۲. دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد، Email: hamideh_shiri70@yahoo.com

بیان مسئله

امروزه سلامت، یکی از موضوع‌های بسیار مهمی است که اندیشمندان بسیاری از کشورها به آن می‌پردازند (کولیر^۱، ۱۹۸۱؛ اوانز و استودارت^۲، ۱۹۹۰؛ دوباس^۳، ۱۹۸۱). سلامت به معنای داشتن درجه بالایی از بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی است و در هر فرهنگی، بر معنا و مفهوم ویژه‌ای دلالت دارد. اصطلاح Health که برگرفته از واژه لاتین Hela است، دربردارنده معنی کامل است که بیانگر ابعاد تندرستی، سلامت، صحت و آسایش فرد است. براین اساس، سلامت پدیده‌ای است که در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک و تلقی مردم آن جامعه از سلامت بازمی‌گردد؛ بنابراین، در جوامع و گروه‌های گوناگون، تعاریف متعددی برای سلامت بیان شده است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۴). سلامت، یکی از مفاهیم بسیار پویایی است که روزبه‌روز بر دامنه و ابعاد آن افزوده می‌شود؛ چنانکه تعریف سازمان جهانی بهداشت از آن نیز به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اخیراً معنوی بسط یافته است. ابعاد سلامت، بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند؛ برای مثال، بعد اجتماعی سلامت، بر دو بعد جسمی و روانی، آثار پیشگیرانه دارد (سازمان بهداشت جهانی^۴، ۱۹۴۸)؛ بنابراین، سلامت اجتماعی، در کنار سلامت جسمانی و روانی، یکی از سه رکن تشکیل‌دهنده سلامت عمومی جامعه است. در واقع، زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌دانیم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد، با جامعه و هنجارهای اجتماعی اتصال یابد و با آن ارتباط برقرار کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۸). سلامت اجتماعی، دارای پنج بعد انسجام^۵، پذیرش^۶، مشارکت^۷، انطباق^۸ و شکوفایی^۹ اجتماعی است.

سلامت به صورت فردی یا جمعی، از مهم‌ترین ابعاد حیات انسان است و شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی به‌شمار می‌رود. انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بداند (ودادهیر و همکاران،

1. Culyer

2. Evans and Stoddart

3. DuBos

4. WHO

5. Coherence

6. Acceptance

7. Contribution

8. Integration

9. Actualization

۱۳۸۷: ۱۳۴). در این میان، سلامت زنان به‌ویژه مادران، از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اقتصادی- اجتماعی است. همچنین زنان کفیل نسل‌های بعدی هستند؛ درحالی‌که اهمیت آنان، اغلب پشت مدیریت‌های مردانه، کم‌رنگ و مخفی باقی می‌ماند (مک‌کیان^۱، ۲۰۰۸).

همچنین، اعتماد شالوده زندگی اجتماعی است که در بسیاری از اوقات، بهتر از امکانات و تجهیزات پزشکی عمل می‌کند و زمینه ارتقای سلامت افراد جامعه را فراهم می‌سازد. درمقابل، بی‌اعتمادی سرچشمه بسیاری از گرفتاری‌ها و نابسامانی‌هاست که سلامت اجتماعی افراد را تهدید می‌کند. در واقع، نوعی تأثیر متقابل میان اعتماد اجتماعی و سلامت وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که به‌همراه اعتماد اجتماعی، مفاهیمی مانند صداقت، همکاری، امید و دگرخواهی مطرح می‌شود. این ویژگی‌ها در افراد، بیانگر سلامت آن‌هاست. در جامعه‌ای که اعتماد هست، نوعی همبستگی، همدلی، وفاق و ارتباط وجود دارد. این همدلی موجب افزایش آرامش و درنهایت، بهبود وضعیت سلامت اجتماعی افراد جامعه می‌شود. در این میان، محققان بر این باورند که دستیابی به توسعه بهداشت و سلامت در جهان، بدون توجه به تفاوت‌های جنسیتی و وضعیت زنانی که با نابرابری‌ها، مشکل‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر بیشتری روبه‌رو هستند، امکان‌پذیر نیست.

زنان به دلایل متعدد، بیشتر از مردان در معرض مسائل روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند. آنان نقش‌های همسری، مادری و مراقبت از دیگران را برعهده دارند و بخشی از بار کسب درآمد خانوارها را نیز به‌دوش می‌کشند؛ بنابراین، توجه به سلامت اجتماعی زنان، به‌دلیل ایفای نقش‌های متعدد آنان ضروری است؛ علاوه‌براین، زنان بدون سلامت اجتماعی کافی و مناسب نمی‌توانند نقش‌های فردی و اجتماعی خود را به‌گونه‌ای مؤثر ایفا کنند و مشارکتی فعال در زمینه ارتقای سلامت خانواده و جامعه داشته باشند؛ بنابراین، مسئله سلامت زنان، نه‌تنها به‌خودی‌خود ارزشمند است، بلکه سلامت هر جامعه در گرو سلامت خانواده است؛ بدین ترتیب، سلامت زنان، اساس خانواده و پیش‌شرط توسعه است. باوجود این، امروزه این مسئله با چالش‌های زیادی روبه‌رو شده است؛ به‌طوری‌که پژوهش‌های سال‌های اخیر در ایران، بیانگر کاهش چشمگیر توجه به سلامتی ساکنان بعضی از شهرها از جمله شهر یزد است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۱؛ وامقی و همکاران، ۱۳۹۲). به‌نظر می‌رسد در شهر یزد، مسئله سلامت به حاشیه رانده شده است و مردم این شهر به سلامتی خود کمتر اهمیت می‌دهند (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۱؛

1. Mackian

منتظری و همکاران، ۱۳۹۱). هدف اصلی این پژوهش، بررسی رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان شهر یزد است.

پیشینه پژوهش

در زمینه سلامت اجتماعی، پژوهش‌های متعددی انجام گرفته است. یزدان‌پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۴) مطالعه‌ای بر دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان انجام دادند. براساس نتایج، سلامت اجتماعی دانشجویان در حد متوسط است و اعتماد اجتماعی، یکی از متغیرهای مؤثر قلمداد شده است که همبستگی معناداری با سلامت اجتماعی دانشجویان داشته است. سفیری و منصوریان (۱۳۹۳) در یک بررسی به این نتیجه رسیدند که متغیر اعتماد، در مقایسه با دیگر متغیرها مانند هویت جنسیتی شخصی و هویت جنسیتی اجتماعی، تأثیر بیشتری بر سلامت اجتماعی داشته است.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲) سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن را در میان شهروندان اصفهانی بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین سلامت اجتماعی و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. شربتیان (۱۳۹۱) مطالعه‌ای درمورد پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد انجام داد. براساس نتایج، تمام ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه‌ای معنادار دارند و ۵۹ درصد از تغییرهای واریانس سلامت اجتماعی، به‌وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شوند.

امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰)، داده‌های مربوط به سرمایه اجتماعی که از طرح ملی بررسی و سنجش سرمایه اجتماعی در ایران جمع‌آوری شده بود و داده‌های مربوط به سلامت اجتماعی را تحلیل کردند. در این پژوهش، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران تأیید شد. منگ و چن^۱ (۲۰۱۴) مطالعه‌ای درباره سلامتی شهریان و روستاییان چینی انجام دادند. نتایج نشان داد افراد در مناطق با سطح بالای اعتماد، از سلامتی بیشتری برخوردارند؛ بدین ترتیب، در مناطق با سطح پایین اعتماد، وضعیت سلامتی کاملاً معکوس است. نگیوست^۲ و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند اعتماد بین‌فردی، رابطه مثبتی با سلامت در دو گروه ۶۵ و ۷۵

1. Meng & Chen

2. Nyqvist

ساله دارد. ایلگار^۱ (۲۰۱۱) به بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی با نرخ سلامت فردی در نمونه متنوعی از کشورهای ثروتمند و در حال توسعه پرداخت. تحلیل‌ها ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامتی را در کشورها نشان داد و دلالت بر این داشت که مزایای سرمایه اجتماعی در بین زنان، از مردان بیشتر است.

گروزن^۲ و همکاران (۲۰۱۱)، ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت را در کشورهای اروپایی بررسی کردند و نشان دادند بین ابعاد سرمایه اجتماعی و سلامت، رابطه وجود دارد. گیلبرت^۳ (۲۰۰۸)، مطالعه‌ای با عنوان فراتحلیل سرمایه اجتماعی و سلامت انجام داد و نشان داد رابطه‌ای ضعیف، اما مثبت بین سرمایه اجتماعی و سلامت وجود دارد. ییپ^۴ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی طولی در چین نشان دادند سرمایه اجتماعی، رابطه مثبتی با سلامت روانی و جسمانی دارد. پورتینگا^۵ (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای بر ۲۲ کشور اروپایی به این نتیجه دست یافت که اعتماد اجتماعی و مشارکت مدنی در سطح فردی، رابطه مثبتی با سلامتی دارد. به اعتقاد کاواچی^۶ و همکاران (۲۰۰۴) نیز سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن مانند عضویت در سازمان‌ها، اعتماد اجتماعی و مشارکت مدنی، با وضعیت بهتر سلامت روانی در ارتباط است.

مبانی و چارچوب نظری

سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابط او با دیگران، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی‌ای است که او عضو آنهاست (کییز^۷، ۲۰۰۴: ۸۴). سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت، به آن توجه شده است. بلوک و برسلو^۸ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲، در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها این مفهوم را با «درجه عملکرد اعضای جامعه» مترادف کردند، شاخص سلامت اجتماعی را ساختند و تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند

1. Elgar

2. Groezen

3. Gilbert

4. Yip

5. Poortinga

6. Kawachi

7. Keyese

8. Beloc & Berslo

سال بعد دونالد^۱ و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند. استدلال آن‌ها این بود که سلامت، امری فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی افراد است. به عقیده آنان، سلامت اجتماعی، درحقیقت بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و ممکن است تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی، از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در زمینه تعامل‌های فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) سنجش شد. در اندازه‌گیری آنان، ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود. در زمینه سلامت اجتماعی، از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد، علاوه بر نگرش کلی و عام بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد در کشورهای صنعتی، گرایش ویژه‌ای در دو بعد سلامت روانی و سلامت اجتماعی آغاز شده است (جین کیتس^۲ و همکاران، ۱۳۸۴: ۱۶).

گلداسمیت^۳، سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری می‌داند که به کارایی فرد در جامعه منجر می‌شود (لارسون^۴، ۱۹۹۳: ۲۵۸). لایکوک^۵ نیز سلامت اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه فرد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: ۴۳). ژرژ گلیم^۶ معتقد است که سلامتی، تنها به حالت ارگانیک فردی مربوط نمی‌شود. او می‌نویسد: «باید به چیزی فراتر از جسم دیده دوخت تا بتوان آنچه برای همین جسم بهنجار است، مشخص کرد. آدم زنده در میان قوانین زندگی نمی‌کند؛ بلکه در بین موجودات و وقایعی که این قوانین را متفاوت و متنوع می‌سازند، به حیات خود ادامه می‌دهد». وی معتقد است که سلامتی انسان هم با میزان تسلط وی بر محیط جسمانی و هم محیط اجتماعی مرتبط است؛ بنابراین، بیماری و سلامتی، برحسب خواست‌ها و انتظارات محیط زیست ما و میزان جافتادگی ما در این محیط و روابط خانوادگی و حرفه‌ای ما شکل می‌گیرند و به معنای واقعی کلمه، سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۶).

1. Doonald

2. GeneKitts

3. Goldsmith

4. Larson

5. Lykvk

6. Georges Canguilhem

از سوی دیگر، اعتماد یکی از عناصر ضروری است و غیراختیاری و ناآگاهانه نیست (پاتنام، ۱۳۸۰: ۲۹۲). کلمن معتقد است اعتماد «قدرت عملکرد را تسهیل می‌کند»؛ علاوه بر این، وی اعتقاد دارد که اعتماد در متن کنش‌های انسانی نمود می‌یابد؛ به‌ویژه آن دسته از کنش‌ها که جهت‌گیری معطوف به آینده دارند. نکته شایان توجه کلمن این است که اعتماد به‌طور ضمنی، پیش‌شرط اصلی مشارکت در رابطه شمرده می‌شود (کلمن^۱، ۱۳۷۷: ۲۹).

اعتماد یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها و نشانگرهای مؤثر سلامت و بهزیستی اجتماعی است. بسیاری از فیلسوفان اجتماعی نظیر هیس و توکویل معتقدند که اعتماد، پایه اساسی نظم اجتماعی است که تنش‌های اجتماعی را کاهش و انسجام را افزایش می‌دهد. ایده اساسی این است که اعتماد افراد به یکدیگر و اعتماد آن‌ها به نهادهای اجتماعی، همراه با شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی سودمند، آثار مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد و همچنین بر کارایی نظام دارد (شارع‌پور، ۱۳۸۸: ۴-۵) و در نهایت بر سلامت اجتماعی افراد جامعه اثرگذار است.

به اعتقاد کاواچی نیز اگر اعتماد اجتماعی در حد مطلوب باشد، مشارکت افراد در فعالیت‌های اجتماعی افزایش می‌یابد و مشارکت بیشتر هم به دستیابی به امکانات رفاهی، بهداشتی و آموزشی بیشتر منجر می‌شود (کاواچی و برکمن^۲، ۲۰۰۱: ۳۱)؛ علاوه بر این، مشارکت اجتماعی ناشی از اعتماد، احساس شادابی فرد را تقویت می‌سازد و از این راه به بهبود سلامت روانی و اجتماعی او کمک می‌کند (ترنر^۳، ۲۰۰۳: ۱۰)، اما هنگامی که مشارکت افراد ضعیف است، فراگیری بی‌اعتمادی، پیامدهای مصیبت‌باری برای سلامتی و بهداشت (روانی) افراد دارد (کاواچی و برکمن، ۲۰۰۱: ۳۱)؛ بنابراین، یکی از مؤلفه‌های مهم و مؤثر در تحلیل سلامتی است؛ زیرا در صورت بی‌اعتمادی، فرد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نمی‌شود و احساس می‌کند هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد؛ بنابراین، به محیط اطراف خود و حتی ارزش‌ها و هنجارهای جامعه بی‌اعتماد می‌شود (کاهش یکپارچگی اجتماعی). همچنین، احساس می‌کند سرنوشت جامعه به نیروهایی خارج از افراد آن وابسته است و برای اجتماع، پتانسیل بالقوه‌ای در مسیر توسعه قائل نیست (کاهش شکوفایی اجتماعی). با این تفکر، شخص احساس می‌کند که جامعه آنقدر پیچیده است که قابل‌پیش‌بینی و درک نیست (کاهش

1. Colman

2. Kawachi & Berkman

3. Turner

پیوستگی اجتماعی) و بنابراین، نگرش مثبت خود به دیگران را از دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی). هنگامی که این نگرش‌ها ایجاد شد، فرد کارایی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نمی‌تواند نقش مهمی در آینده جامعه داشته باشد (کاهش مشارکت اجتماعی) و در نهایت، سلامت اجتماعی فرد به دلیل انزوا و بیگانگی کاهش می‌یابد. اعتماد اجتماعی با ایجاد احساس امنیت، حسن ظن و خوش بینی، زمینه‌ساز شخصیت سالم و تعیین‌کننده سلامت اجتماعی افراد است؛ زیرا مانند یک سپر و عامل محافظت‌کننده عمل می‌کند و نگرانی‌های اجتماعی را کاهش می‌دهد.

فرضیه‌های پژوهش

- بین میزان اعتماد نهادی و سلامت اجتماعی زنان، رابطه وجود دارد.
- بین میزان اعتماد بین‌شخصی و سلامت اجتماعی زنان، رابطه وجود دارد.
- بین میزان اعتماد به محیط و سلامت اجتماعی زنان، رابطه وجود دارد.
- بین میزان اعتماد تعمیم‌یافته و سلامت اجتماعی زنان، رابطه وجود دارد.
- بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان، رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

روش تحقیق، پیمایشی مقطعی است. جامعه آماری، زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله شهر یزد هستند و آن‌گونه که سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد، ۱۷۲،۲۵۶ نفرند. در این پژوهش، برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد؛ بنابراین، حجم نمونه این تحقیق (با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، دقت احتمالی ۵ درصد و واریانس به‌دست‌آمده برای متغیر سلامت اجتماعی در پیش‌آزمون)، ۲۸۸ نفر برآورد شد. برای نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) استفاده شد؛ بدین‌صورت که ابتدا سه منطقه شهری یزد به‌عنوان سه خوشه اصلی در نظر گرفته شدند (منطقه ۱ شامل محدوده امام‌شهر، فرودگاه، سیدگل‌سرخ، خلدبرین، چاه ملکی، منطقه ۲ شامل محدوده میدان امام حسین، بلوار دانشجو، میدان امیرچخماق، چهارراه سلمان و منطقه ۳ شامل محدوده صفاییه، شهرک رزمندگان و آزادشهر). در مرحله بعد، خیابان‌ها و میدان‌های اصلی هر منطقه از شهر، در حکم بلوک برای خوشه‌ها در نظر گرفته شدند (با توجه به حجم جمعیت هریک از مناطق، حجم نمونه در منطقه ۱، ۹۱ نفر، در

منطقه ۲، ۹۳ نفر و در منطقه ۳، ۱۰۴ نفر در نظر گرفته شد) و در مرحله آخر، پاسخگویان به روش تصادفی مطالعه شدند.

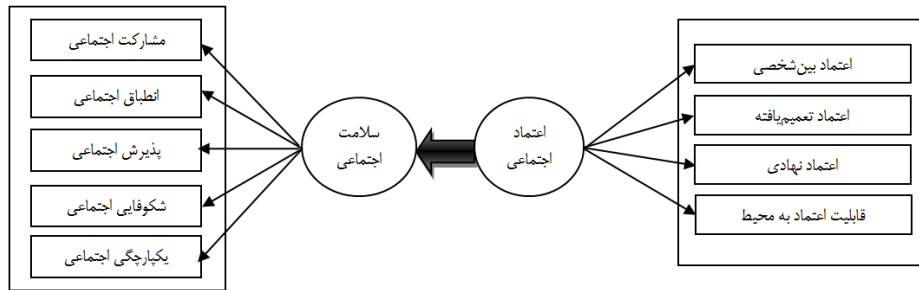
ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه بود که براساس طیف لیکرت طراحی شد. برای تنظیم پرسشنامه، از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز و پرسشنامه محقق‌ساخته اعتماد اجتماعی استفاده شد. در این تحقیق، از اعتبار محتوایی و برای سنجش پایایی متغیرها، از آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفا برای شاخص سلامت اجتماعی ۰/۷۵ و برای متغیر اعتماد اجتماعی ۰/۷۰ به دست آمد که بیانگر همبستگی درونی گویه‌ها و پایایی ابزار پژوهش است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، از نرم‌افزار spss و Amos استفاده شد. توصیف داده‌ها از طریق جدول‌های فراوانی، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره و تحلیل استنباطی داده‌ها، از طریق آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و مدل معادله ساختاری انجام گرفت.

جدول ۱. تعریف نظری اعتماد اجتماعی

متغیر	ابعاد	تعاریف نظری
اعتماد اجتماعی	اعتماد	اعتماد به افراد آشنا و افرادی که فرد عمدتاً با آنان در ارتباط است. اعتماد بین شخصی در روابط و تعامل های اجتماعی معنا پیدا می کند، توسعه
	بین شخصی	می یابد و تقویت می شود (امیرکافی، ۱۳۸۰: ۱۴).
	اعتماد	به معنای داشتن حسن ظن نسبت به افراد جامعه (غریبه ها) جدا از تعلق آن ها به گروه های سنی، جنسی، قومی و قبیله ای است (افشانی و
	تعمیم یافته	همکاران، ۱۳۸۸: ۶۶).
	اعتماد نهادی	براساس تعریف گیدنز، اعتماد به نهادها و سازمان های دولتی و همچنین سازمان های غیردولتی است (ذاکری همامانه، ۱۳۹۰: ۲۰۸).
	قابلیت اعتماد	قابلیت اعتماد به محیط، بیانگر میزان ریسک پذیری و قابل اعتماد دانستن محیط زندگی است. اینکه فرد تا چه حد در امور مختلف ریسک
	به محیط	می کند، دیگران را ضمانت می کند، حرف های دیگران را صادقانه می پندارد و در انتخاب دوستان جدید احساس نگرانی نمی کند، نمودهایی از اعتماد به محیط است (همان).

جدول ۲. تعریف نظری سلامت اجتماعی

متغیر	ابعاد	تعاریف نظری
سلامت اجتماعی	انطباق اجتماعی	ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش انجام می‌گیرد (کییز، ۱۹۹۸)؛ بنابراین، یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه، حاصل یک تجربه مشترک و شباهت با دیگران است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).
	انسجام اجتماعی	درک این موضوع است که «جامعه را می‌توان درک کرد و جامعه، عقلانی و قابل پیش‌بینی است» (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳).
	شکوفایی اجتماعی	ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها از رشد اجتماعی سود خواهند برد و نهادها و شکوفایی افراد حاضر در جامعه، نوید توسعه بهینه می‌دهد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).
	پذیرش اجتماعی	پذیرش دیگران، نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرشی مثبت به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی را توأمان می‌پذیرند، دارای سلامت روانی و اجتماعی هستند. پذیرش اجتماعی شامل پذیرش دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌هاست که همه آن‌ها سبب می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند، به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طور کلی سازنده‌اند و همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران به سلامت اجتماعی می‌انجامد (حاتمی، ۱۳۸۸: ۱۷).
	مشارکت اجتماعی	باوری است که براساس آن، فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند در دنیایی سهیم باشند که دیگران فقط به دلیل انسان بودن برای آنان ارزش قائل‌اند (حاتمی، ۱۳۸۸: ۲۰).



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

یافته‌های پژوهش

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، بیشتر زنان نمونه متأهل و غیرشاغل‌اند.

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب ویژگی‌های فردی پاسخگویان

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲۷	۴۴/۶
	متأهل	۱۵۸	۵۴/۹
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۳۳	۴۶/۲
	غیرشاغل	۱۵۵	۵۳/۸

جدول ۴. توزیع فراوانی گویه‌های اعتماد اجتماعی

ابعاد	پرسش‌ها	توزیع فراوانی گویه‌ها			بسیار کم (۱)	بسیار زیاد (۵)
		بسیار کم (۲)	تاحدی (۳)	زیاد (۴)		
اعتماد نهادی	۱. مدیران در جامعه ما چقدر به وعده‌هایشان عمل می‌کنند؟	۳۵/۴	۳۳/۷	۴/۵	۱/۰	۲۵/۳
	۲. مدیران در جامعه ما چقدر در کارشان تخصص و مهارت دارند؟	۲۸/۸	۴۱/۷	۱۰/۴	۱/۴	۱۷/۷
	۳. مدیران در جامعه ما چقدر برای حل مشکل‌های مردم، دوراندیشی دارند؟	۳۱/۹	۳۳/۰	۸/۰	۱/۰	۲۶/۰

ادامه جدول ۴. توزیع فراوانی گویه‌های اعتماد اجتماعی

ابعاد	پرسش‌ها	بسیار کم (۱)	کم (۲)	تاحدی (۳)	زیاد (۴)	بسیار زیاد (۵)
اعتماد تعمیم یافته	۴. معلمان در جامعه ما چقدر قابل اعتمادند؟	۶/۹	۱۴/۶	۳۶/۸	۲۹/۵	۱۲/۲
	۵. پزشکان در جامعه ما چقدر قابل اعتمادند؟	۶/۶	۱۷/۴	۴۱/۳	۲۴/۳	۱۰/۴
	۶. رانندگان تاکسی در جامعه ما چقدر قابل اعتمادند؟	۱۷/۰	۳۱/۳	۳۷/۸	۹/۰	۴/۹
ابعاد	گویه‌ها	کاملاً موافقم (۱)	تا حدودی موافقم (۲)	بی نظر (۳)	تا حدودی مخالفم (۴)	کاملاً مخالفم (۵)
اعتماد بین شخصی	۷. وسایلم را بدون هیچ نگرانی‌ای به دوستانم قرض می‌دهم.	۶/۶	۲۰/۱	۲۲/۹	۳۵/۸	۱۴/۶
	۸. امروزه آدم به نزدیکانش هم نمی‌تواند اعتماد کند.	۱۸/۸	۳۴/۰	۱۳/۵	۲۶/۷	۶/۹
	۹. خیلی دوست دارم با فامیل رفت‌وآمد خانوادگی داشته باشیم.	۵/۲	۴/۹	۱۳/۵	۳۴/۷	۴۱/۷
اعتماد به محیط	۱۰. الان وضعیت جامعه طوری شده است که آدم به هرکسی نمی‌تواند اعتماد کند.	۴۲/۷	۳۵/۴	۹/۷	۸/۷	۳/۵
	۱۱. راستگویی و صداقت مدت‌ها پیش مرده است.	۲۳/۶	۳۳/۰	۱۴/۶	۲۲/۶	۶/۳
	۱۲. امروزه روی قول و حرف کسی نمی‌توان حساب کرد.	۲۲/۲	۴۰/۶	۱۷/۰	۱۷/۷	۲/۴

در تحلیل داده‌ها، گویه‌های ۷ و ۹ بدین صورت کدگذاری مجدد شده‌اند: (۵) کاملاً موافقم، (۴) تا حدودی موافقم، (۳) نظری ندارم، (۲) تا حدودی مخالفم، (۱) کاملاً مخالفم. داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد در مجموع، اعتماد نهادی وضعیت مطلوبی ندارد و بیشتر پاسخگویان، ویژگی‌های مثبت مسئولان را در حد کم یا بسیار کم ارزیابی می‌کنند. اعتماد

تعمیم یافته در حد متوسط و بالاتر از متوسط است، اعتماد بین شخصی بالاتر از متوسط و اعتماد به محیط کمتر از متوسط است. همچنین براساس اطلاعات جدول ۵، سلامت اجتماعی پاسخگویان در بیشتر گویه‌ها متوسط و کمی بالاتر از متوسط است.

جدول ۵. توزیع فراوانی گویه‌های سلامت اجتماعی

ابعاد	گویه‌ها	کاملاً موافقم (۱)	تا حدودی موافقم (۲)	نظری ندارم (۳)	تا حدودی مخالفم (۴)	کاملاً مخالفم (۵)
انطباق اجتماعی	۱. درک اینکه در دنیا چه چیزی پیش خواهد آمد، برایم دشوار است.	۲۳/۶	۳۷/۸	۲۱/۲	۱۴/۲	۳/۱
	۲. تشکیلات اجتماعی مانند قانون و دولت در زندگی من بی‌تأثیر است.	۱۰/۱	۱۶/۷	۲۸/۸	۲۸/۱	۱۶/۳
	۳. پیش‌بینی آنچه در آینده اتفاق می‌افتد، دشوار است.	۳۱/۹	۳۷/۵	۱۶/۷	۱۱/۵	۲/۴
انسجام اجتماعی	۴. من متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم.	۲/۸	۳/۱	۹/۷	۳۳/۰	۵۱/۴
	۵. من بخش مهمی از اجتماعم هستم.	۲/۸	۵/۲	۱۳/۵	۴۱/۷	۳۶/۸
	۶. افراد جامعه برای من به‌عنوان یک شخص ارزش قائل‌اند.	۲/۸	۷/۶	۱۹/۸	۴۴/۴	۲۵/۳
شکوفایی اجتماعی	۷. جامعه دائماً در حال تغییر است.	۵۹/۰	۳۲/۳	۷/۳	۱/۰	۰/۳
	۸. جامعه مکانی مفید و پربار برای افراد است.	۵/۲	۱۷/۴	۱۹/۱	۴۳/۸	۱۴/۶
	۹. پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد.	۶/۶	۱۵/۳	۲۷/۸	۲۷/۸	۲۲/۶
بهبود زندگی اجتماعی	۱۰. دنیا امروزه مکان بهتری برای زندگی افراد است.	۷/۳	۱۲/۵	۳۰/۶	۳۸/۵	۱۱/۱
	۱۱. افراد قابل اعتماد هستند.	۱۱/۵	۲۹/۲	۲۴/۷	۲۶/۴	۸/۳
	۱۲. به‌نظر من مردم مهربان‌اند.	۴/۲	۲۱/۲	۲۰/۵	۴۰/۶	۱۳/۵
	۱۳. اغلب فرهنگ‌ها آنقدر عجیب و بیگانه‌اند که من از آن‌ها سر در نمی‌آورم.	۱۸/۸	۳۳/۰	۳۰/۹	۱۴/۶	۲/۸
	۱۴. به‌نظر من مردم خودم‌محورند.	۱۵/۳	۳۷/۵	۳۳/۳	۱۱/۸	۲/۱
۱۵. مردم این روزها متقلب‌تر شده‌اند.	۳۵/۸	۳۸/۲	۱۷/۷	۵/۲	۳/۱	

ادامه جدول ۵. توزیع فراوانی گویه‌های سلامت اجتماعی

ابعاد	گویه‌ها	کاملاً موافقم (۱)	تا حدودی موافقم (۲)	نظری ندارم (۳)	تا حدودی مخالفم (۴)	کاملاً مخالفم (۵)
مشارکت اجتماعی	۱۶. من می‌توانم کارهای ارزشمندی به دنیا عرضه کنم.	۲/۸	۱۱/۸	۲۵/۳	۴۴/۱	۱۶/۰
	۱۷. فقط محققان می‌توانند آنچه پیرامون دنیای اطرافشان رخ می‌دهد، درک کنند.	۰/۹	۱۳/۵	۲۵/۳	۳۱/۶	۲۰/۵
	۱۸. فعالیت‌های روزمره من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد.	۸/۳	۱۴/۲	۲۴/۷	۳۵/۴	۱۷/۴
	۱۹. من محصول ارزشمندی برای ارائه به جامعه ندارم.	۱۲/۵	۱۸/۴	۲۴/۰	۲۸/۸	۱۶/۳
	۲۰. من زمان و توان لازم برای ارائه محصولی ارزنده به جامعه را ندارم.	۱۲/۵	۲۰/۱	۲۳/۶	۲۸/۱	۱۵/۶

گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۶ بدین صورت کدگذاری مجدد شده‌اند: (۵) کاملاً موافقم، (۴) تا حدودی موافقم، (۳) نظری ندارم، (۲) تا حدودی مخالفم، (۱) کاملاً مخالفم.

جدول ۶، آماره‌های توصیفی پاسخگویان برحسب ابعاد دو متغیر اصلی تحقیق، یعنی میزان سلامت اجتماعی و اعتماد اجتماعی را نشان می‌دهد. در میان ابعاد اعتماد اجتماعی، اعتماد بین شخصی با میانگین ۱۰/۰۳ درصد بیشترین و قابلیت اعتماد به محیط با میانگین ۶/۸۷ درصد کمترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی و میانگین‌های محاسبه‌شده، بررسی انطباق اجتماعی زنان نشان داد میانگین انطباق اجتماعی در دامنه (۳ تا ۱۵)، اندکی کمتر از حد متوسط است. در بررسی انسجام اجتماعی زنان مشخص شد میانگین به‌دست‌آمده (۱۲/۱۴) در دامنه نمرات ۳ تا ۱۵، بالاتر از سطح متوسط است. محاسبه و ارزیابی شکوفایی اجتماعی زنان نشان داد که زنان به‌لحاظ شکوفایی اجتماعی، بالاتر از سطح متوسط قرار دارند (میانگین ۱۱/۷۵، دامنه نمرات ۴ تا ۱۷). در بررسی پذیرش اجتماعی زنان مشخص شد میانگین به‌دست‌آمده پذیرش اجتماعی، اندکی بالاتر از متوسط است (میانگین ۱۳/۲۸ در دامنه نمرات ۵ تا ۲۱). در بررسی میزان مشارکت اجتماعی زنان نیز مشخص شد مشارکت اجتماعی بالاتر از سطح متوسط قرار دارد (میانگین ۱۶/۷۱ در دامنه نمرات ۵ تا ۲۵).

جدول ۶. آماره‌های توصیفی ابعاد سلامت اجتماعی و اعتماد اجتماعی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
اعتماد بین شخصی	۱۰/۰۳	۲/۱۴۸	۳	۱۵
اعتماد تعمیم یافته	۸/۹۳	۲/۴۱۷	۳	۱۵
اعتماد نهادی	۶/۹۵	۲/۳۳۶	۳	۱۳
قابلیت اعتماد به محیط	۶/۸۷	۲/۸۳۵	۳	۱۵
انطباق اجتماعی	۷/۷۴	۲/۲۷۳	۳	۱۵
انسجام اجتماعی	۱۲/۱۴	۲/۳۶۵	۳	۱۵
شکوفایی اجتماعی	۱۱/۷۵	۲/۱۴۰	۴	۱۷
پذیرش اجتماعی	۱۳/۲۸	۲/۹۷۳	۵	۲۱
مشارکت اجتماعی	۱۶/۷۱	۴/۱۶۶	۵	۲۵

متغیر مستقل پژوهش حاضر، میزان اعتماد اجتماعی و ابعاد چهارگانه آن است. برای بررسی رابطه این متغیر و ابعاد آن با میزان سلامت اجتماعی، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها در جدول زیر مشاهده می‌شود:

جدول ۷. ماتریس همبستگی سلامت اجتماعی و اعتماد اجتماعی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
سلامت اجتماعی	۱					
اعتماد بین شخصی	۰/۳۱۰***	۱				
اعتماد تعمیم یافته	۰/۲۹۶***	۰/۱۱۲	۱			
اعتماد نهادی	۰/۲۶۱***	۰/۰۷۷	۰/۲۷۰***	۱		
قابلیت اعتماد به محیط	۰/۳۶۹***	۰/۲۸۱***	۰/۲۴۸***	۰/۲۹۴***	۱	
اعتماد اجتماعی	۰/۴۸۲***	۰/۵۴۴***	۰/۶۳۳***	۰/۶۳۴***	۰/۷۵۰***	۱

*** p<۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد بین ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با افزایش سطح هریک از مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی زنان نیز افزایش می‌یابد. در میان ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی، بعد قابلیت اعتماد به محیط ($r=۰/۳۶۹$) قوی‌ترین و بعد اعتماد نهادی ($r=۰/۲۶۱$)

ضعیف‌ترین رابطه را با میزان سلامت اجتماعی دارند. همبستگی مثبت و معنادار شاخص سلامت اجتماعی با تمام ابعاد سلامت اجتماعی در جهت مورد انتظار است.

تبیین سلامت اجتماعی براساس اعتماد اجتماعی

فرضیه اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت اجتماعی به‌عنوان متغیر وابسته و اعتماد اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل است. با توجه به سطوح سنجش هردو سازه، برای بررسی رابطه اعتماد اجتماعی کل با سلامت اجتماعی کل و نیز بررسی رابطه خرده‌مقیاس‌های اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی، از تحلیل رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۸ و ۹ مشاهده می‌شود.

جدول ۸. تبیین سلامت اجتماعی براساس اعتماد اجتماعی

متغیر	B	Beta	T	Sig (t)	R	R ²	مقدار F	Sig (F)
مقدار ثابت	۳۹/۲۶۶	-	۱۶/۰۱۶	۰/۰۰۰				
اعتماد اجتماعی	۰/۶۸۲	۰/۴۸۲	۹/۲۹۲	۰/۰۰۰	۰/۴۸۲	۰/۲۳۲	۸۶/۳۳۳	۰/۰۰۰

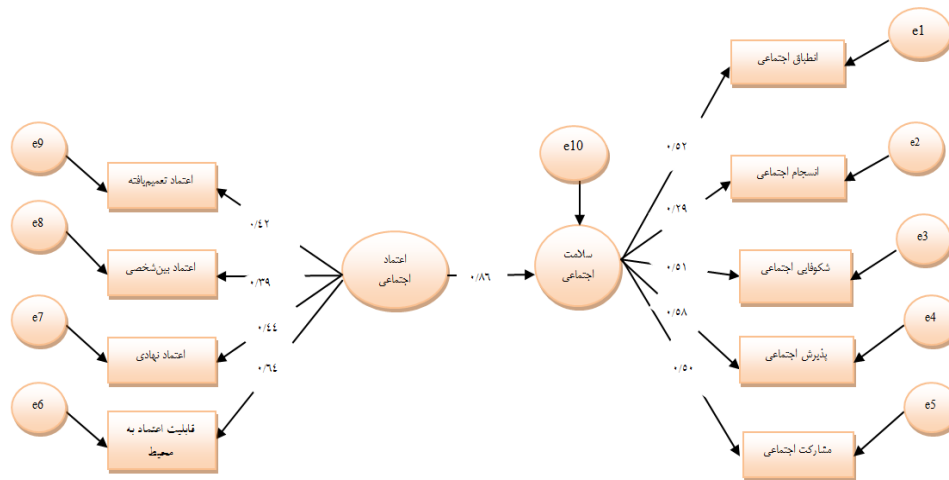
براساس داده‌های جدول ۸، ضریب همبستگی چندگانه ۰/۴۸۲ و ضریب تبیین ۰/۲۳۲ است که نشان می‌دهد ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی، ۲۳ درصد واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. براساس ضرایب بتای استانداردشده، متغیرهای قابلیت اعتماد به محیط با ضریب بتای ۰/۲۲، اعتماد بین‌شخصی با ضریب بتای ۰/۲۱، اعتماد تعمیم‌یافته با ضریب بتای ۰/۱۸ و اعتماد نهادی با ضریب بتای ۰/۱۲، به‌ترتیب بیشترین سهم را در تبیین سلامت اجتماعی دارند.

جدول ۹. تبیین سلامت اجتماعی براساس ابعاد اعتماد اجتماعی

متغیر	B	Beta	t	Sig(t)	R	R ²	مقدار F	Sig(F)
مقدار ثابت	۳۸/۳۳۳	-	۱۳/۷۱۹	۰/۰۰۰				
اعتماد بین‌شخصی	۰/۹۰۹	۰/۲۱	۴/۰۲۷	۰/۰۰۰				
اعتماد تعمیم‌یافته	۰/۶۷۰	۰/۱۸	۳/۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸	۰/۲۳۸	۲۱/۹۹۷	۰/۰۰۰
اعتماد نهادی	۰/۴۸۲	۰/۱۲	۲/۲۶۴	۰/۰۲۴				
قابلیت اعتماد به محیط	۰/۷۰۵	۰/۲۲	۳/۹۱۸	۰/۰۰۰				

مدل‌سازی معادله‌های ساختاری

برای اندازه‌گیری میزان حمایت داده‌های گردآوری شده از مدل نظری تحقیق و نیز برای بررسی میزان همخوانی مدل تدوین شده با واقعیت، از مدل معادله ساختاری استفاده شد. همان‌طور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، قابلیت اعتماد به محیط، مهم‌ترین مؤلفه متغیر مکنون اعتماد اجتماعی و پذیرش اجتماعی مهم‌ترین مؤلفه متغیر مکنون سلامت اجتماعی است. همچنین، اعتماد اجتماعی، تأثیر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی زنان دارد؛ به عبارت دیگر، با افزایش اعتماد اجتماعی، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.



شکل ۲. مدل معادله ساختاری رابطه اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی

برای بررسی برازش مدل پیشنهادی، از چند شاخص استفاده شد. براساس قرارداد، مقدار GFI، NNFI، IFI و CFI باید برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشد تا مدل پذیرفته شود. در مدل حاضر، شاخص‌های مزبور بیشتر از ۰/۹ شد که مطلوبیت برازش مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۱۰. شاخص‌های نیکویی برازش

شاخص	GFI	CFI	NNFI	IFI
مقدار	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۹۱

نتیجه گیری

این پژوهش، به منظور مطالعه و بررسی رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان شهر یزد انجام گرفت و در آن، ۲۸۸ نفر از زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله شهر یزد بررسی شدند. سلامت اجتماعی به عنوان پدیده‌ای اجتماعی-زیستی، نه تنها در کیفیت زندگی اجتماعی تک تک زنان نقش دارد، بلکه برای کل افراد جامعه و در نتیجه، محیط اجتماعی، زندگی سالم و مثبتی را فراهم می‌کند. سلامت اجتماعی، هم در سطح فردی و خانواده و هم در سطوح اجتماعی، آثار مختلفی برجای می‌گذارد و محور سنجش سلامت در جوامع مختلف به شمار می‌آید و بنابراین، اهمیت بسیار دارد. همچنین، اعتماد اجتماعی یکی از مؤلفه‌های مهمی است که در تحلیل سلامت اجتماعی مؤثر است؛ به همین سبب، در این پژوهش، به بررسی ارتباط اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان پرداخته شد.

باتوجه به آنچه گفته شد، نتایج زیر را می‌توان بیان کرد:

یافته‌ها با پیشینه نظری و تجربی تحقیق هم‌راستا است و بیانگر ارتباط معنادار اعتماد اجتماعی و ابعاد آن با سلامت اجتماعی است که به تفکیک بیان می‌شود.

با توجه به نتایج آزمون فرضیه اول، بین میزان اعتماد نهادی و سلامت اجتماعی در بین زنان، رابطه وجود دارد که با نتایج حاصل از تحقیقات شربتیان (۱۳۹۱) و هزارجریبی (۱۳۹۱) همخوانی دارد.

فرضیه دوم (بین میزان اعتماد بین‌شخصی و سلامت اجتماعی، در بین زنان رابطه وجود دارد) نیز تأیید می‌شود و با نتایج تحقیقات شربتیان (۱۳۹۱) و هزارجریبی (۱۳۹۱)، نگیوست و همکاران (۲۰۱۲) و پورتینگا (۲۰۰۶) هم‌راستا است.

فرضیه سوم (بین میزان اعتماد به محیط و سلامت اجتماعی در بین زنان رابطه وجود دارد) نیز تأیید می‌شود که با نتایج پژوهش‌های ایلگار (۲۰۱۱) و امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد؛ علاوه بر این، نتایج تحلیل‌های رگرسیون نیز نشان می‌دهند که از بین متغیرهای موجود در معادله، متغیر قابلیت اعتماد به محیط ($\beta=0/22$)، بیشترین سهم را در تبیین سلامت اجتماعی دارد.

فرضیه چهارم (بین میزان اعتماد تعمیم‌یافته و سلامت اجتماعی در بین زنان رابطه وجود دارد) نیز مانند سایر فرضیه‌ها تأیید می‌شود که با نتایج مطالعه‌های شربتیان (۱۳۹۱) و هزارجریبی (۱۳۹۱) هم‌راستا است.

درنهایت، فرضیه اصلی تحقیق (بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان رابطه وجود دارد) نیز تأیید می‌شود که با نتایج پژوهش‌های سفیری و منصوریان (۱۳۹۳)، زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، علمی (۲۰۱۴)، گروزن و همکاران (۲۰۱۱)، گیلبرت (۲۰۰۸)، هارفام و همکاران (۲۰۰۴)، کاواچی و همکاران (۱۹۹۹) و خواجه‌دادی (۱۳۸۷) همخوانی دارد. نتایج مدل معادله ساختاری نیز بیانگر وجود رابطه مثبت و معنادار بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی است.

یافته‌های نظری نیز بیانگر همبستگی بالای میزان اعتماد اجتماعی افراد هر جامعه با سلامت اجتماعی است. در این میان، نظریه پردازانی مانند کاواچی، برکمن، گروزن و دورکیم، سلامت اجتماعی را امری مهم قلمداد می‌کنند و اعتماد اجتماعی را یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی به‌شمار می‌آورند.

اعتماد اجتماعی، تأثیر شایان توجهی بر سلامت اجتماعی زنان دارد؛ زیرا اعتماد، اضطراب را در زنان کاهش می‌دهد و زنان دارای اعتماد بالا، از دانش و مهارت بالاتر و در نتیجه، از سلامت مطلوب‌تری برخوردارند. همچنین، با افزایش اعتماد در بین زنان، روابط اجتماعی و مشارکت زنان بیشتر می‌شود و اعتماد به آن‌ها کمک می‌کند تا در شرایط نامطلوب و ناراحتی، احساس شادابی و نشاط داشته باشند، اما در صورت بی‌اعتمادی، زنان از نظر سلامت اجتماعی در وضعیت نامطلوبی قرار می‌گیرند.

بنابراین، اعتماد پیش‌شرط تحقق سلامت اجتماعی زنان است که با چند سازوکار بر سلامت آنان تأثیر می‌گذارد:

۱. میانجی‌گری شبکه‌های اجتماعی (اعضای خانواده، گروه‌ها و اجتماع‌های مختلف)؛ زیرا زنان برخوردار از اعتماد اجتماعی، پیوند قوی‌تری با افراد جامعه دارند و درنهایت، از شبکه‌های حمایتی گسترده‌ای که خود سبب افزایش سلامت اجتماعی زنان می‌شود، بهره‌مند می‌شوند؛
۲. افزایش احساس امنیت: اعتماد اجتماعی، احساس تعلق به جامعه را در زنان افزایش می‌دهد و با افزایش احساس امنیت، بر وضعیت سلامت اجتماعی آنان اثر مثبت می‌گذارد.
۳. افزایش پیش‌بینی‌پذیری: اعتماد با تأثیر بر ادراک زنان از پیش‌بینی‌پذیری جامعه، قابلیت پذیرش دیگران و حس یگانگی با جامعه، قادر به ارتقای سلامت اجتماعی زنان است.

۴. کاهش فشارهای اجتماعی: اعتماد اجتماعی، در شرایط نامطلوب به زنان کمک می‌کند که به کمک افرادی که به آن‌ها اعتماد دارند، فشارهای اجتماعی برآمده از چنین شرایطی را کاهش دهند و سلامت اجتماعی خود را بهبود بخشند.
۵. معادگی به زندگی: اعتماد اجتماعی به زندگی زنان معنا و مفهوم می‌بخشد و زندگی آنان را ساده‌تر می‌کند و از این طریق، به سلامت اجتماعی زنان کمک می‌کند.

منابع

- افشانی، سیدعلیرضا؛ عسکری‌ندوشن، عباس؛ فاضل‌نجف‌آبادی، سمیه و حیدری، محمد (۱۳۸۸)، «اعتماد اجتماعی در شهر یزد: تحلیلی از سطوح و عوامل»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیستم، شماره ۴: ۵۷-۷۴.
- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر و رفیعی، حسن (۱۳۹۰)، «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۴۲: ۲۰۳-۲۲۸.
- پاتنام، روبرت (۱۳۸۰)، *دموکراسی و سنت‌های مدنی*، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: نشر نی.
- جین کیتس، پیردی و آلیسون، داگلاس جی (۱۳۸۴)، *ارتقاء سلامت (دانش و رفتار)*، ترجمه داوود شجاعی‌زاده و دیگران، تهران: نشر آینده سازان-شهرآب.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۸)، *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خواجه‌دادی، اشکان و شریفیان ثانی، مریم (۱۳۸۷)، «ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت مادران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۳۱ و ۳۰: ۸۳-۱۰۲.
- خیراله‌پور، اکبر (۱۳۸۳)، *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی، مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- ذاکری‌هامانه، راضیه (۱۳۹۰)، *بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه موردی: شهر یزد)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد.
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناختی شهر*، شماره ۸: ۷۹-۱۰۸.

- سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور»، **فصلنامه انتظام اجتماعی**، شماره ۱: ۹-۲۹.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۳)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، **مجله اطلاعات سیاسی-اقتصادی**، شماره ۲۰۸-۲۰۷: ۲۴۴-۲۵۳.
- سفیری، خدیجه و منصوریان‌راوندی، فاطمه (۱۳۹۳)، «تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران»، **جامعه‌شناسی کاربردی**، شماره ۱: ۵۱-۷۰.
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۸)، «بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی به نیروهای انتظامی (مطالعه موردی استان مازندران)»، **جامعه‌شناسی کاربردی**، شماره ۴ پایانی ۳۶: ۱-۱۶.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱)، «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد»، **فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان**، شماره ۵: ۱۴۹-۱۷۴.
- طاووسی، محمود؛ صدیقی، ژیلا؛ فرزندی، فرانک؛ عبادی، مهدی؛ امیدواری، سپیده؛ آذین، علی و همکاران (۱۳۹۱)، «اهمیت سلامت از دیدگاه مردم ایران»، **فصلنامه پایش**، شماره ۵: ۶۱۱-۶۱۹.
- فدایی‌مهربانی، مهدی (۱۳۸۶)، «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی»، **نشریه پژوهش و سنجش**، شماره ۴۹: ۶۷-۸۶.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷)، **بنیادهای نظریه اجتماعی**، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- منتظری، علی؛ امیدواری، سپیده؛ آذین، سیدعلی؛ آیین‌پرست، افسون؛ جهانگیری، کتابون؛ صدیقی، ژیلا و همکاران (۱۳۹۱)، «میزان شادکامی مردم ایران و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران»، **فصلنامه پایش**، شماره ۴: ۴۶۷-۴۷۵.
- وامقی، مروثه؛ صدیقی، ژیلا؛ طاووسی، محمود؛ جهانگیری، کتابون؛ آذین، سیدعلی؛ امیدواری، سپیده و همکاران (۱۳۹۲)، «ارزیابی مردم از روابط اجتماعی و سلامت: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران»، **فصلنامه پایش**، شماره ۲: ۱۸۳-۱۹۴.
- ودادهیر، ابوعلی؛ ساداتی، سیدمحمدحسینی و احمدی، بتول (۱۳۸۷)، «سلامت زنان» از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی-پژوهشی بهداشت و سلامت)، **پژوهش زنان**، شماره ۲: ۱۳۳-۲۵۵.
- یزدان پناه، لیلا و نیک‌ورز، طیبه (۱۳۹۴)، «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان»، **جامعه‌شناسی کاربردی**، شماره ۳، ۹۹-۱۱۶.
- Culyer, A. J. (1981), **Health and health indicators. Proceeding of a European workshop**, A report to the British Social Science Research Council and the European Science Foundation, New York, university of York.

- DuBos, R. J. (1981), **Health and creative adaptation**, San Francisco: Boyd and Fraser.
- Elgar, F. J., Davis, C. G., Wohl, M. J., Trites, S. J., Zelenski, J. M & Martin, M. S. (2011), "Social capital, health and life satisfaction in 50 countries", **Health and place**, 17(5): 1044-1053.
- Evans, R. G & Stoddart, G. L. (1990), "Producing health, consuming health care", **Journal of Social Science and Medicine**, No. 31: 1347-1346.
- Gilbert, K. L. (2008), **A Meta-Analysis of Social Capital and Health**, Doctoral dissertation of Public health, University of Pittsburgh.
- Groezen, Bas. v (2011), "Social capital and health across European countries", *Applied Economics Letters*, NO. 12: 1167-1170.
- Harpham, T., Grant, E., Rodriguez, C. (2004), "Mental health and social capital in Cali, Colombia", **Social Science & Medicine**, No. 58: 2267-2277.
- Larson, J. s. (1993), "the measurement of social well-being", **social Indicators Research**, NO. 28: 285-296.
- MacKian, S. C. (2008), "What the papers say: Reading therapeutic landscapes of women's health and empowerment in Uganda", **Health & Place**, NO. 14(1): 106-115.
- Meng, T & Chen, H. (2014), "A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from China", **Health & Place**, NO. 27: 38-44.
- Nyqvist, F., Nygard, M & Jakobsson, G. (2012), "Social participation, interpersonal trust, and health: a study of 65- and 75-year-olds in western Finland", **Journal Public Health**, NO. 40(5): 431-438.
- Keyes, Corey. L. M. (2004), "Complete Mental Health: An Agenda for the 21st Century". 293- 312 in **Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived**, edited by C. L. M. Keyes and J. Haidt. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Keyes, Corey. L. M & Shapiro, A. (2004), **Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemiology, Healthing Are You? A National Study OF Well-being of Midlife**, Chicago: University Of Chicago Press.
- Keyes, Corey. L. M. (1998), "Social Well-Being", **Social Psychology Quarterly**, 61 (2): 21-140.
- Kawachi, I & Berkman, L. F. (2001), "Social ties and mental Health", **Journal of urban Health**, NO. 3: 458-467.
- Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A & Subramanian, S.V. (2004), "Commentary: Reconciling the three account of social capital", **International Journal of Epidemiology**, NO. 33(4): 682-690.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K & Prothrow-Stith. D. (1999), "Social Capital, Income Inequality, and Mortality American", **Journal of Public Health**, NO. 87(9): 1491-1498.
- Poortinga, W. (2006), "Social Capital: A individual or collective resource for health?", **Journal of Social Science and Medicine**, NO. 62(2): p292-302.
- Turner, B. (2003), "Social Capital in equality And Health: the Durkheimian rival", **social theory and health**, NO. 1: 1-20.
- WHO (1948), Constitution of the World Health Organization, [http:// www. Who. Int/governance/eb/who_constitution_en](http://www.Who.Int/governance/eb/who_constitution_en).
- Yip, W., Subramanian, S. V., Mitchell, A. D., Lee, Dominic, T.S., Kawachi, I. (2007), "Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural china", **Jornal of social Science and Medicine**, NO. 64: 35-49.