



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی
مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی
با رویکرد توسعه پایدار
8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین کارکنان شبکه بهداشت شهرستان هرسین

مسعود محمدی^۱، سعید حمزه ای^۲

چکیده

بررسی سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی کارکنان و ارتقای آنها منجر به بهبود سلامت آنها می‌شوند. هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی با سرمایه اجتماعی در بین کارکنان شبکه بهداشت شهرستان هرسین بود. این مطالعه توصیفی-همبستگی در سال ۱۴۰۱ در بین کارکنان شبکه بهداشت شهرستان هرسین انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز و سرمایه اجتماعی رفیعی و همکاران جمع-آوری شد که روایی و پایایی آنها در مطالعات مختلف تایید شد. داده‌ها به نرم افزار آماری SPSS-21 وارد شده و با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین سلامت اجتماعی با سرمایه اجتماعی در کارکنان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

کلمات کلیدی: سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، کارکنان شبکه بهداشت، شهرستان هرسین

^۱ کارشناسی ارشد مدیریت سلامت ایمنی و محیط زیست (HSE)

^۲ دکتری تخصصی داخلی



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین‌المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



مقدمه و بیان مساله

سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن پدیده‌ای است که درخور توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری است. مفاهیم سلامتی ذهن و بدن طی مکان و زمان‌های مختلف متفاوت بوده‌اند؛ اما برای تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها بازی کرده‌اند (Marks, & et al., ۲۰۰۰: ۳). از دیدگاه دویوس، سلامت، نشانه‌ی نبودن نسبی درد، ناراحتی، تطابق و هماهنگی برای اطمینان از بهترین عملکرد است (مهری، ۱۳۹۰: ۵۸). سازمان بهداشت جهانی، بهزیستن یا آسایش کامل از نظر اجتماعی را یکی از ابعاد سلامتی تعریف می‌کند. وینسترا (۲۰۰۰) نیز سلامت اجتماعی را اینگونه بیان می‌کند «سلامت اجتماعی به‌مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد در کنار دو بعد جسمی و روانی و همچنین جامعه سالم به‌مثابه شرایط اجتماعی بهتر است؛ به‌طوری‌که باتوجه‌به اوضاع فعلی هر جامعه، مصادیق و معناهای عینی متفاوت می‌یابد (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۰۵). روشن است هرگونه تلاش درزمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی که نیازی فردی و اجتماعی است و به آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن نیازمند است.

سلامت یکی از نشانه‌های کیفیت زندگی است و بعضی آن را مترادف خوشحالی و رضایت از زندگی و برخی هم‌معنی با بهزیستی می‌دانند (Ferrans, ۱۹۹۶: ۲۹). کبیز مفهوم سلامت اجتماعی را به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند و معتقد است «کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد» (keyes, ۲۰۰۴: ۹ به نقل از عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۷: ۱۳).

همچنین «ریان و دسی در مطالعه خود درباره سلامت، سلامت را به دو بخش شادی و سلامت در کسب لذت و توانمندی بالقوه تقسیم می‌کند. بخش اول بیان‌کننده سلامت درونی فرد است که تنها شاخص‌های عاطفی شادی را شامل نمی‌شود، بلکه به ارزیابی شناختی از رضایت فرد نیز مربوط است. افراد در یک محیط بیرونی و عینی زندگی می‌کنند؛ اما دنیای درونی و ذهنی آنهاست که به محرک‌های محیطی پاسخ می‌دهند؛ بنابراین سلامت ذهنی به‌عنوان یک شاخص، با کیفیت زندگی فرد ارتباط دارد» (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۷: ۱۷۰).

لارسون (۱۹۹۶) معتقد است سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سجد و پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) را شامل می‌شود که رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعیش را نشان می‌دهد (به نقل از بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۹). درزمینه رضایت از زندگی، مایرز و دینر (۱۹۹۵) معتقدند «احساس بهزیستی (شادی) هم مؤلفه‌های عاطفی و هم مؤلفه‌های شناختی دارد. افراد با احساس بهزیستی بالا به مقدار زیادی هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند؛ درحالی‌که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت زندگیشان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و هیجان‌ات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را نسبت به نشاط و شادکامی، بیشتر تجربه می‌کنند» (Diener, & Myers, ۱۹۹۵: ۱۰-۱۹). سلامت اجتماعی، شیوه سازگاری آدمی با دنیاست و انسان‌هایی سلامت اجتماعی بالاتری دارند که مؤثر، شاد و راضی هستند و گرایش به شادی و نشاط را حفظ می‌کنند (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۰).

همچنین، جوانانی که سرمایه اجتماعی دارند قادر به تشکیل شبکه‌ای از روابط با دیگران هستند. سرمایه اجتماعی منبعی برای کنش جمعی تلقی می‌شود که علاوه بر آگاهی، توجه به امور عمومی، اجتماعی و سیاسی از ضروریات آن است. بدین ترتیب، مشارکت اجتماعی، اعتماد



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



اجتماعی و انسجام اجتماعی افراد تقویت می شود (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۵۶). مطالعات گسترده بیان می کند ارتباط با شبکه دوستان، آشنایان، خویشاوندان و همکاران، منابع حمایتی را برای افراد فراهم می آورد. این پیوندها افراد را قادر می کند تا توانایی مواجهه با مشکلات و بحران های زندگی را داشته باشند و با حمایت اجتماعی این گروه ها، احساس عزت نفس و ارزشمند بودن داشته باشد.

سرمایه اجتماعی در بین هر گروه از فراهم آورندگان، بازده سلامت را بهبود می بخشد. سرمایه اجتماعی به روابط بین افراد مربوط است (چلبی، ۱۳۸۶: ۱۲). روابط و پیوندهای اجتماعی که سرمایه اجتماعی نام برده می شود، عامل انسجام و ارتباطات اجتماعی است که در نتیجه آن، اعضای جامعه از منابع حمایتی بیشتری برخوردار می شوند. این منابع، کمک بسیاری در رشد و ارتقای سلامت اجتماعی خواهد داشت.

افزایش آسیب های اجتماعی در جامعه، سدی در مقابل توسعه و نمادی از نبود سلامت اجتماعی است. سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیب ها و مسائل اجتماعی، حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین امنیت اجتماعی است (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۰). امنیت اجتماعی به معنی حفظ سیستم اجتماعی است؛ به گونه ای که اجتماع، خانواده و فرد در مقابل تهدیدها و ناهنجاری های اقتصادی و اجتماعی یا شخصی، ایمن و از سلامت زندگی خود اطمینان داشته باشند. در این میان نقش جوانان جامعه در کاهش یا افزایش آسیب های اجتماعی و به تبع آن احساس امنیت و ارتقای سلامت اجتماعی اهمیت دارد. باتوجه به اهمیت احساس امنیت در سلامت جسمی و روانی انسان، پایه و مبنای این حرکت برای ارضای نیازهای سطوح بالاتر به خصوص خودشکوفایی و همچنین اهمیت شناخت و ارزیابی دوره های آن برای پیشگیری از اغتشاش، آشوب، ایجاد و توسعه ناامنی برای تمامی سازمان ها و ارگان های کشور به خصوص پلیس ضروری است که رابطه تنگاتنگی با مسائل امنیتی دارد (دلاور، ۱۳۷۸: ۱۲). لذا هدف از پژوهش حاضر رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین کارکنان شبکه بهداشت شهرستان هرسین می باشد.

مبانی نظری

نظریات سرمایه اجتماعی، روابط و تعاملات اجتماعی را شاخص ترین مؤلفه سرمایه اجتماعی در نظر می گیرند. به رغم تفاوت های ساختاری و محتوایی، آن چه به مثابه شیرازه ای محکم، این رویکردهای متفاوت را تحت عنوان نظریه های سرمایه اجتماعی جمع می نماید موضوع تعاملات و روابط اجتماعی افراد در درون شبکه هاست.

در این قسمت به دلیل محدودیت فضایی از توضیح درباره سرمایه اجتماعی خودداری شده و تنها با ارائه جدولی (جدول شماره ۲)، خلاصه ای ساده از طرح مفهومی اصلی سرمایه اجتماعی بیان شده و در آن مباحث صاحب نظران این حوزه با یکدیگر از جهت تعریف، اهداف و سطح تحلیل سرمایه اجتماعی و در نهایت بازدهی سرمایه، مقایسه شده و جهت گیری فردی یا جمعی آنان نسبت به سرمایه اجتماعی مشخص گردیده است.

جدول شماره (۱): تعاریف، اهداف، تحلیل و منافع حاصل از سرمایه اجتماعی

نظریه پرداز	تعریف	اهداف	سطح تحلیل	بازدهی سرمایه
نن لین، بری ولمن و گرانووتر	دسترسی و استفاده از منابع نهفته در شبکه های اجتماعی	تأمین منابع نهفته در روابط حفظ منابع موجود	افراد در شبکه ها و ساختارهای اجتماعی	خصوصی (فردی)



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین‌المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی

با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



عمومی (جمعی)	مناطق و اجتماعات و گروه‌ها در زمینه‌های ملی و بین‌المللی	تأمین دموکراسی و هنجارهای مدنی (مدارا) و توسعه اقتصادی	هنجارهای اعتماد و همیاری و شبکه‌ها که همکاری برای منافع متقابل را تسهیل می‌نماید	پاتنام و فوکویاما
خصوصی (فردی و گروهی)	افراد در رقابت‌های طبقاتی	تأمین سرمایه اقتصادی	منابعی که دسترسی به کالاهای گروهی را فراهم می‌سازد	بورديو
خصوصی و عمومی (فردی و جمعی)	افراد در زمینه‌های خانوادگی و اجتماع	تأمین سرمایه انسانی	جنبه‌هایی از ساختار اجتماعی که کنش‌های هدفمند کنشگران را تسهیل می‌نماید	کلمن
خصوصی (فردی)، عمومی (انجمنی)، اجتماعی (ملی)	خرد (پیوند‌های نزدیک با خانواده و دوستان)، میانه (اجتماعات و سازمان‌های انجمنی)، کلان (دولت و پیوند‌های سطح ملی)	عملکرد اقتصادی، بهداشت، جرم، آموزش و پرورش و دولت	هر نوع ساختار اجتماعی را که همکاری و اعتماد بین افراد را تسهیل کند، می‌توان سرمایه اجتماعی تلقی نمود	هالپرن

چارچوب نظری: نظریه سرمایه اجتماعی پاتنام

با توجه به گردشی که در نظریه‌های جامعه‌شناسی به نفع نظریه‌های نرم صورت گرفته است، سرمایه اجتماعی و مولفه‌های آن به شدت مورد توجه کارشناسان مسایل اجتماعی قرار گرفته است. سلطه فعلی این مفهوم از آن رابرت پاتنام می‌باشد که چارچوب نظری این تحقیق نیز از این نظریه بهره‌مند گردیده است. «پاتنام در ابتدا نظریه سرمایه اجتماعی‌اش را در کتاب «دموکراسی و سنت‌های مدنی» منتشر کرد، و در آن به مقایسه سنت‌های مدنی در ایالت‌های ایتالیا پرداخت» (تولینی، ۲۰۰۵: ۴). وی در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی با دموکراسی، علاوه بر تأثیرات بیرونی (تأثیر بر کارآمدی حکومت‌ها) بر تأثیرات درونی سرمایه اجتماعی نیز تأکید داشته و آن را عامل شکل‌گیری ویژگی‌های نگرشی و رفتاری معطوف به اجتماع در افراد می‌داند: به طور درونی، انجمن‌ها و شبکه‌های کمتر رسمی مشارکت‌های مدنی، عادات همکاری، روحیه جمعی و مهارت‌های عملی لازم برای شرکت در زندگی جمعی را به اعضای خود القا می‌کنند. آن‌ها همچنان که عادات دموکراتیک را القا می‌نمایند، فرصتی برای یادگیری سجایای مدنی از قبیل مدارا هستند (پاتنام، ۲۰۰۰: ۳۳۸-۳۳۹). در واقع وی در این تحقیق به این نتیجه رسیده است که ارتباطی قوی بین عملکرد نهادی و جامعه مدنی وجود دارد. همچنین وی نشان داده است که با توسعه نهادهای دموکراتیک جدید بعد از سال ۱۹۷۰، فاصله‌های ایدئولوژیک بین احزاب افراطی کاهش یافته است و تساهل و مدارا در سراسر رده‌های حزبی شکوفا شده است (پاتنام، ۱۳۸۰).

پاتنام سرمایه اجتماعی را در آثار متعدد خود با سه مؤلفه، به عنوان ویژگی سازمان اجتماعی تعریف می‌نماید که عبارتند از:

الف) شبکه‌ها: پاتنام، مانند دیگر نظریه‌پردازان سرمایه اجتماعی، روابط اجتماعی افراد و تعاملات آنان با یکدیگر را بنیادی‌ترین جزء سرمایه اجتماعی معرفی می‌کند و شبکه‌ها را به عنوان خاستگاه دو مؤلفه‌ی دیگر سرمایه اجتماعی یعنی هنجارهای اعتماد و همیاری مطرح می‌سازد (پاتنام و گاس، ۲۰۰۲: ۶). او با تفکیک شبکه‌های افقی یا «مساوات طلب» از شبکه‌های عمودی یا «انحصار طلب»، نوع دوم را فاقد توان بر



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



قراری اعتماد و هنجارهای همیاری معرفی می‌نماید: شبکه‌های عمودی که عاملان را به روابط و وابستگی‌های سلسله‌مراتبی متصل می‌کند از ایجاد اعتماد به خاطر این واقعیت که همکاری اغلب به شکل یک خطر تصور می‌شود، ممانعت می‌کند. از نظر او شبکه‌های افقی از قبیل آن‌هایی که در انجمن‌های داوطلبانه ایجاد می‌شوند، برای تولید همکاری، اعتماد و مدارا مناسب‌تر هستند، چون به مشارکت‌کنندگان اجازه تعامل در شرایط برابر و مبادله اطلاعات به شیوه‌ای آزاد را می‌دهد و برای افراد فرصت درگیر شدن در چارچوب گسترده‌تری از گروه‌ها را فراهم می‌آورد (خوشفر، ۱۳۸۷).

ب) *هنجارهای همیاری*: پاتنام نوع خاصی از هنجارهای همیاری را مولدترین جزء سرمایه اجتماعی می‌داند و حتی آن را ملاک سرمایه اجتماعی می‌نامد: «ملاک سرمایه اجتماعی اصل همیاری تعمیم‌یافته است. من اکنون این کار را برای شما انجام می‌دهم بی‌آنکه چیزی فوراً در مقابل انتظار داشته باشم، و شاید حتی بی‌آنکه شما را بشناسم، با این اطمینان که در طول راه شما یا دیگری لطف مرا پاسخ خواهید داد» (پاتنام، ۲۰۰۰: ۱۳۴).

ج) *اعتماد*: یکی دیگر از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی در نظر پاتنام اعتماد است. اعتماد از عناصر ضروری برای تقویت همکاری و مدارا بوده و حاصل پیش‌بینی‌پذیری رفتار دیگران است که در یک جامعه کوچک از طریق آشنایی نزدیکان با دیگران حاصل می‌شود؛ اما در جوامع بزرگتر و پیچیده‌تر یک اعتماد غیرشخصی‌تر یا شکل غیر مستقیمی از اعتماد ضرورت می‌یابد که توسعه مدارا را روان‌تر می‌گرداند (پاتنام، ۲۰۰۰).

نکته مهم در کار پاتنام این است که شبکه‌های مشغولیت مدنی، جزء ضروری دموکراسی و موفقیت نهادی مناطق شمالی می‌باشند. شبکه‌های مدنی عملکرد نهادی و نتایج سیاسی را نه تنها از طریق دربر گرفتن ارزش‌های همکاری، همیاری و اعتماد بلکه همچنین از طریق آموزش مهارت‌های مدنی از قبیل مدارا، مذاکره و سازگاری که برای مشارکت سیاسی لازم هستند، تحت تأثیر قرار می‌دهد (ویلایا، ۲۰۰۷: ۱۳).

پاتنام تمایزی را بین سرمایه اجتماعی «درون‌گروهی» و «بین‌گروهی» قائل بود. سرمایه اجتماعی درون‌گروهی به شبکه‌های همگن اشاره دارد؛ مثل آن شبکه‌هایی که از چرخه‌های آشنایان شخصی ما به وجود می‌آیند، «این انجمن‌ها با تأکید بر انسجام درونی به حذف غریبه‌ها می‌پردازند» (تاجبخش، ۱۳۸۵: ۳۳). بدین معنی که سرمایه اجتماعی درون‌گروهی، هویت‌های انحصاری را تقویت کرده و باعث حفظ همگنی می‌شود. این گروه‌های همگن افراد را تبدیل به کسانی می‌کند که زمینه و نقطه‌نظرات مشابهی دارند و پیش‌فرض آن‌ها را در خصوص افرادی که خارج از گروه آن‌ها قرار گرفته‌اند، تقویت می‌کند. بدین ترتیب بیش‌تر از این‌که با دیگران مدارا کنند، نظر دیگران را اشتباه تصور می‌کنند و آن را تهدیدی برای موجودیت خود می‌یابند (سیگلر و ژوسلین، ۲۰۰۲: ۱۰). در مقابل، سرمایه اجتماعی بین‌گروهی، شبکه‌هایی را توصیف می‌کند که ما را به افراد خارج از گروه صمیمی‌مان (یعنی غریبه‌ها) متصل می‌کند (لئونارد، ۲۰۰۴: ۳۰-۹۲۹). این نوع از سرمایه اجتماعی آن چیزی است که پاکستان (۱۹۹۹) به عنوان پیوندهای افقی می‌نامد و زمانی رخ می‌دهد که اعضای یک گروه با اعضای سایر گروه‌ها برای دسترسی به اطلاعات و دسترسی به حمایت با یکدیگر ارتباط برقرار کنند (لارسن و همکاران، ۲۰۰۴: ۶۶). این تعاملات وسیع‌تر امکان آشنایی افراد با هویت‌ها، فرهنگ‌ها، سبک‌های زندگی و اندیشه‌های متفاوت را فراهم می‌آورد و امکان همزیستی مسالمت‌آمیز را برای آن‌ها ایجاد می‌کند. بدین معنی که آن‌ها در برخورد منطقی با این‌گونه تفاوت‌ها، تفاوت و تنوع را منبعی ارزشمند قلمداد کرده و نسبت به هویت، جهت‌گیری و رفتارهای متفاوت با مدارا برخورد می‌کنند. با اینکه هر کدام از این شبکه‌ها برای جامعه مفید هستند، پاتنام در نهایت ادعا می‌کند که شبکه‌های بین‌گروهی برای دموکراسی مفیدتر هستند، چراکه این شبکه‌ها، میان‌برهای ارتباطی در جامعه را تشویق می‌کنند و مدارا، همکاری و انتشار اطلاعات را افزایش می‌دهند (ویلایا، ۲۰۰۷: ۱۴؛ فیلد، ۱۳۸۶: ۵۶ و تاجبخش، ۱۳۸۵: ۳۳).



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



پاتنام در کار برجسته بعدی اش، با عنوان «بولینگ تنها» چندین منفعت سرمایه اجتماعی را شناسایی کرده است که هدف ما در این تحقیق تمرکز روی سومین منفعت می باشد. اول این که سرمایه اجتماعی از طریق کمک به هماهنگ سازی و همنوایی نسبت به رفتارهای مطلوب، در حل معماهای کنش های جمعی مثر می باشد. دومین منفعت سرمایه اجتماعی این است که سرمایه اجتماعی هزینه تجارت و معامله را کاهش می دهد. اعتماد، به عنوان یکی از جنبه های سرمایه اجتماعی، مذاکرات گروه ها و احزاب را بدون نیاز به پول و زمان... تضمین می کند. سوم اینکه سرمایه اجتماعی مردم را نسبت به راه های متعددی که سرنوشت آن ها به آن متصل است، آگاه تر می کند؛ راه هایی از قبیل همزیستی مسالمت آمیز، کشمکش های خشونت آمیز و غیره. چنین آگاهی هایی، رفتار و ویژگی های رفتاری را تشویق می کند که برای سایر افراد جامعه سودمند هستند؛ رفتارهایی از قبیل مدارا و هم دلی. همچنین، رفتارهایی را که برای جامعه مضر هستند را نهی می کند؛ رفتارهایی از قبیل «کنش های بی نظم خشونت آمیز». چهارمین نفع سرمایه اجتماعی این است که جریان اطلاعات را تسهیل می کند. آخرین منفعت سرمایه اجتماعی، توانایی آن در بهتر کردن زندگی افراد از طریق روش های روان شناسانه و زیست شناسانه می باشد. شواهد موجود حاکی از این است که مردمی که از نظر سرمایه اجتماعی غنی می باشند از عهده جراحات بهتر برمی آیند و با بیماری ها به طور موثرتری مبارزه می کنند (ویتام، ۲۰۰۷).

همان گونه که در بالا نشان داده شد، طبق نظر پاتنام در دو کتاب مذکور، مشارکت در انجمن های داوطلبانه (شبکه های مشغولیت مدنی) از یک طرف از طریق ایجاد فضایی که در آن افراد به مبادله افکار و عقاید خود می پردازند و با یکدیگر به گفتگو می نشینند، باعث افزایش مدارا می گردد و از طرف دیگر، این شبکه های مشغولیت مدنی همان گونه که آستروم نشان داده است بر اعتماد و همیاری تأثیر می گذارند (نیوتن، ۱۹۹۷: ۵۷۷)؛ بدین ترتیب که در معرض تعاملات درون گروهی چهره به چهره قرار گرفتن باعث گسترش هنجارهایی از قبیل اعتماد و همیاری می شود (سیگلر و ژوسلین، ۲۰۰۲: ۹ و براون، ۲۰۰۶: ۳). اعتماد و همیاری نیز به نوبه خود بر مدارا تأثیر می گذارند (براون، ۲۰۰۶: ۴)؛ بدین ترتیب که مردمی که ارتباطات فعال و اعتماد آمیز با یکدیگر دارند- چه فAMILI، چه دوستان یا بازیکنان بولینگ- خصوصیات شخصی مفید به حال جامعه در آن ها گسترش می یابد. این افراد مدارا جوتر هستند، کم تر بدبین و خودخواه هستند و بیشتر با مشکلات دیگران همدلی دارند (پاتنام، ۲۰۰۰: ۲۸۸). ویدمالم نیز تأثیر اعتماد بر مدارا را تأیید کرده و نشان داده است که اعتماد، اعتماد تعمیم یافته، اعتماد درون گروهی و اعتماد برون گروهی با مدارا رابطه مثبت دارند (۲۰۰۵). همچنین اویکس و بولن نیز نشان داده اند که اعتماد تعمیم یافته در سطح فردی متغیر مستقل مهمی برای مدارا می باشد و حضور آن باعث ارتقای مدارا نسبت به دیگران می شود (۲۰۰۰: ۳۳).

سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت به آن توجه شده است که جنبه اجتماعی، آن را با محور قراردادن فرد بررسی می کند. نظریه های مختلفی در سطح خرد، میانه و کلان وجود دارند که درصدد تشریح سلامت اجتماعی نسبت به افراد اجتماع برمی آیند. دیدگاه لذت جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه های مثبت و منفی بررسی می کند. همچنین، نظریه سلامت اجتماعی کبیز از یک اصل جامعه شناختی و روان شناختی نشئت گرفته است. کبیز معتقد است مفهوم سازی سلامت باید آنقدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را دربرگیرد (Keyes, ۱۹۹۸: ۱۳۳). کبیز مفهوم سلامت اجتماعی را به صورت زیر تعریف می کند: سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، فهم پذیر و بالقوه برای رشد و شکوفایی می داند و احساس می کند به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می شود و در پیشرفت آن سهیم است. کبیز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی شمرد که هم راستا با نظریه روان شناختی و جامعه شناختی بسط پیدا می کند. انطباق اجتماعی: انطباق اجتماعی در مقابل با بی معنابودن زندگی مقایسه می شود و شامل دیدگاه هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و پیش بینی است. از حیث



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



روان شناختی، افراد سالم، زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می بینند (Ryff، ۱۹۸۹ به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹: ۳۰). انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن؛ بنابراین، انسجام اجتماعی آن درجه ای است که در آن مردم احساس می کنند چیز مشترکی بین آنها و کسانی وجود دارد که واقعیت اجتماعی آنها را می سازند، مانند همسایه هایشان. (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۸). سهم داشت اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و این عقیده را شامل می شود که آیا فرد، جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می کند (Keyes، ۲۰۰۴: ۵۴۲). شکوفایی اجتماعی: ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است و درک افراد از این موضوع را شامل می شود که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی هستند که نوید توسعه بهینه را می دهند؛ هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (Keyes، ۱۹۹۸: ۱۲۳). پذیرش اجتماعی: پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان ها را شامل می شود که همگی آنها باعث می شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (Keyes، ۱۹۹۸: ۱۲۸). کبیز، بعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه کارکرد مثبت می خواند و می گوید اگر فرد، شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد، از سلامت روانی برخوردار است؛ او این وضعیت را بالندگی می نامد. افراد بالنده، احساس خوبی به زندگی دارند و در رابطه با دیگران و در جامعه، فعال و سازنده اند. کبیز، نبود سلامت روانی را پژمردگی می خواند. افراد پژمرده، احساس خوبی به زندگی ندارند و کارکرد روانی و اجتماعی آنها مشکل دارد. این افراد، دچار یأس و نومیدی هستند و زندگی خود را پوچ و خالی می بینند. این وضعیت با افسردگی تفاوت دارد. کبیز در یک تحلیل عامل گسترده نشان داد بهداشت روانی، ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی دارد و باتوجه به مفهوم پردازشی های نظری از سلامت اجتماعی، الگوی پنج بعدی قابل سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را به صورت یک مجموعه معنادار، فهم پذیر و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند؛ احساس کند به گروه های اجتماعی متعلق است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی او، طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (پر خاشگری) و سطح اجتماعی (مانند فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد. سرمایه اجتماعی به طور کلی و سازه های آن به شیوه های مختلفی بر سلامت اثر می گذارند؛ نخست، مجموعه بزرگی از آثار و پژوهش ها نشان دادند روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، آثار سودمندی بر سلامت دارند؛ دوم، سرمایه اجتماعی، از راه حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن شناختی از سلامتی محافظت می کند؛ سوم، عقیده بر این است که سرمایه اجتماعی، خودیاری اجتماعی را در جامعه تقویت می کند و به اجتماعات امکان می دهد تا به آسانی با یکدیگر برای حل مسائل جمعی نظیر سلامت کار کنند (Berckman, & et al., ۲۰۰۰ به نقل از پورافکاری، ۱۳۹۱: ۵۰).

در بحث نشاط در زندگی، وینهون و آرگایل معتقدند نشاط را باید در سطح کلان به کیفیت جامعه، یعنی عواملی همچون سلامتی، عدالت و آزادی وابسته دانست و از این رو سیاست اجتماعی ممکن است ارتقادهنده این شرایط باشد. همچنین در سطح خرد نیز نشاط را به توانایی های شخصی مانند کارآمدی، استقلال و مهارت های اجتماعی وابسته می دانند که تحصیلات و سلامت ممکن است ارتقادهنده این مهارت ها باشد؛ بنابراین، برای ارتقای کیفیت در زندگی، سه مؤلفه باید شناسایی شود: وجود هیجانات مثبت از قبیل نشاط و شادکامی، رضایتمندی از زندگی و سلامت اجتماعی.

به نظر بوردیوسرمایه اجتماعی، جمع منابع واقعی یا بالقوه ای است که حاصل از شبکه ای بادوام از روابط کم و بیش نهادینه شده، آشنایی و شناخت متقابل یا به بیان دیگر عضویت در یک گروه است؛ شبکه ای که هر یک از اعضای خود را از پشتیبانی سرمایه جمعی، برخوردار و آنان را مستحق اعتبار می کند. به نظر او سرمایه اجتماعی، شبکه ای از روابط، یک ودیعه طبیعی یا حتی اجتماعی نیست؛ بلکه در طول زمان و با تلاش بی وقفه به دست می آید. به عبارت دیگر، شبکه روابط، محصول راهبردهای سرمایه گذاری فردی یا جمعی آگاهانه یا ناخودآگاه است که هدفش ایجاد یا



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



بازتولید روابط اجتماعی است که به طور مستقیم در کوتاه مدت یا بلندمدت استفاده می شوند. از کارکردهای مثبت سرمایه اجتماعی، افزایش سلامت روانی افراد است که با فراهم آوردن حمایت های عاطفی و روانی، کاهش عوامل استرس زا، کاهش حوادث زندگی را به همراه دارد.

زاف کیفیت زندگی را درجه رضایت در تجارب زندگی فرد می داند که رضایت از زندگی، رضایت در تصور از خود، سلامت و فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی است. زاف، کیفیت زندگی را از شرایط عینی زندگی و رفاه ذهنی افراد و گروه ها تعریف می کند. او معتقد است در ارزیابی کیفیت زندگی باید شرایط عینی زندگی و ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط را با رفاه، هم زمان در نظر گرفت.

گیدنز در بحث امنیت به مفهوم امنیت وجودی اشاره می کند. ضرورت این مفهوم برای مقاومت در مقابل هجوم گسترده و بی سابقه مخاطرات نهادهای مدرنیته است؛ بنابراین، امنیت وجودی عبارت از ایمن بودن، یعنی در اختیار داشتن پاسخ هایی در سطح ناخودآگاه و خودآگاهی عملی برای بعضی پرسش های وجودی بنیادین است که همه آدمیان طی عمر خود به نحوی مطرح کرده اند. به عبارت دیگر، این اصطلاح به اطمینانی برمی گردد که بیشتر آدم ها به تداوم تشخیص هویت خود و دوام محیط های اجتماعی و مادی کنش در اطراف خود دارند. او بیان می کند ما برای زیستن و گذراندن عمر خود معمولاً مسائل و موضوعاتی را مسلماً قطعی می پنداریم که براساس قرن ها جستجو و تعمق متفکران و فیلسوفان در برابر نگاه های شکاکانه تاب نخواهد آورد و طراوت و اصالت خود را از دست خواهد داد (گیدنز، ۱۳۷۸: ۶۲-۶۱). براساس نظریات گیدنز، نکاتی درباره امنیت به دست می آید: نخست، امنیت به خودی خود تعریف نمی شود و بر مبنای بودن بود خطر تعریف می شود. دوم، امنیت یک فرایند زمانی است که طی زمان شکل می گیرد و در هر لحظه براساس برآورد خطر تغییر می کند. سوم، وجه ذهنی و فکری امنیت در جهان مدرنیته بسیار مهم تر از وجه عینی امنیت است؛ زیرا بسیاری از خطرات به یمن تکنولوژی به کنترل درآمده اند و بسیاری خطرات جدید نیز مانند مخاطرات زیست محیطی یا جنگ هسته ای پیش بینی و کنترل نمی شوند. بنابراین آنچه در این گردونه مدرنیته، از دست انسان برمی آید، تضمین سلامت امنیت روحی و روانی است که با تشکیل هویت مطلوب در سایه امنیت وجودی میسر است. چهارم، در جهان مدرن که بسیاری از وجوه زندگی انسان از تعلیق محیط و محله آزاد است، نیاز انسان به خانواده همچنان باقی است و خانواده هنوز به عنوان بنیادی ترین نهاد در جامعه نقش آفرینی می کند. پنجم، گیدنز، امنیت وجودی را بعد اساسی امنیت در نظر می گیرد. امنیت وجودی که ضمن اطمینان به شناخت ها، هستی شناسی فرد را سامان می بخشد، پایه و بنیان وجود آدمی را درمی نوردد و به اعتقاد گیدنز برخوردار از چنین امنیتی، تکیه گاه و بنیان سایر وجوه امنیت را تشکیل خواهد داد. داشتن شخصیت و هویتی استوار و بدون تزلزل، شرط اول برای مقابله با سایر خطرات خواهد بود و برعکس، شخصیتی مضطرب و مشوش با وجود شرایط متقن و مطمئن از آرامش و اعتماد بی بهره است. ششم، گیدنز سعی کرده است به اعتماد و امنیت، وجوه عینی ببخشد؛ اما در نهایت بر اهمیت بعد ذهنی تأکید فراوان می کند؛ به طوری که او سیاست زندگی را نیز در همین جهت دانسته است. گیدنز از شیوه زندگی و سیاست زندگی را دو وجه متفاوت حیات انسان نام می برد. شیوه زندگی همان الگوی مصرفی است که جامعه مدرن پیش روی انسان نهاده است و با مصرف هر چه بیشتر کالاها و دریافت خدمات به منزلت اجتماعی بالاتری نائل می شود؛ اما سیاست زندگی از داستان تحقق انسان حکایت می کند؛ یعنی انسان در چه راه و به چه شیوه ای خود را تعریف و تحقق می بخشد. سیاست زندگی که بر زندگی به شیوه دلخواه تأکید می کند رضایت را موجب می شود و خشنودی انسان را به همراه می آورد (گیدنز، ۱۳۷۸: ۵۳-۵۲). بنابراین، گیدنز وجود احساسات گرم، عاطفی و صمیمی را مانند محافظی در اطراف انسان، بسیار مؤثر می داند و معتقد است چنین احساساتی او را از بسیاری تشویش ها و اضطراب ها رهایی بخشیده که همان کاهش احساس ناامنی را برای افراد در زندگی دربر خواهد داشت؛ بنابراین وجود احساس امنیت به سلامت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی منجر می شود. در نتیجه در جامعه ای که امنیت اجتماعی وجود دارد، افزایش سرمایه اجتماعی موجب می شود افراد، به گونه ای عینی و ذهنی از زندگی خود راضی باشند، احساس نشاط و شادکامی کنند که در نهایت کیفیت زندگی آنان ارتقا می یابد و در مجموع گفته می شود این افراد، سلامت اجتماعی دارند.

پیشینه پژوهش



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



ویلیکسون و همکاران (۱۹۹۸) در بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت در ۳۹ ایالت امریکا طی سالهای ۱۹۸۶-۱۹۹۰ نشان دادند که بی اعتمادی اجتماعی به شدت با جرایم خشونت آمیز و مرگ و میر همراه است.

لینچ و همکاران (۲۰۰۱) برای بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت از اطلاعات ۱۶ کشور عضو OCDE در سالهای ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ استفاده کردند. در این تحقیق برای اندازه گیری سرمایه اجتماعی از متغیرهای بی اعتمادی و عضویت در سازمان، استفاده شده است. یافته های تحقیق مؤید آنند که تمام ابعاد سرمایه اجتماعی با نرخ مرگ و میر ارتباط بسیار ضعیفی دارد.

کندی و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعاتی درباره ۴۰ استان در روسیه، به بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر میزان مرگ و میر پرداختند. نرخ طلاق، نرخ جرم و درگیری در محل کار شاخصهایی هستند که برای اندازه گیری سرمایه اجتماعی در این مطالعه استفاده شده است. یافته ها بیانگر آنند که در طول بحران مرگ و میر روسیه، شاخصهای اجتماعی و شاخصهای انسجام با نرخ مرگ و میر پایین تر ارتباط دارند.

سابرامنین و همکاران (۲۰۰۲) در بررسی آثار اعتماد متقابل اجتماعی بر سلامتی با استفاده از دادههای تابلویی در ۴۰ ایالت امریکا، به این نتیجه دست یافتند که سلامت فردی با اعتماد اجتماعی رابطه مثبت و معنیداری دارد

لوچنر و همکارانش (۲۰۰۳) با استفاده از متغیرهای اعتماد و مشارکت مدنی به منزله نماینده سرمایه اجتماعی و میزان مرگ و میر به عنوان شاخص سلامت، به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت پرداختند. نتایج تحقیق آنها بیانگر آن است که سرمایه اجتماعی با نرخ مرگ و میر ارتباط بسیار نزدیکی دارد.

ویسترا (۲۰۰۵) در بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت نشان میدهد که اعتماد سیاسی و درآمد خانوار مهمترین فاکتورهای هستند که به کمک آنها سلامت فردی پیش بینی میشود. همچنین این مطالعه تأیید میکند که بین سرمایه اجتماعی و سلامت فردی رابطه معنی داری وجود ندارد

حمد شعبانی و همکاران (۱۳۹۲) در مقالهای با عنوان «اثر سرمایه اجتماعی بر توسعه انسانی استانهای کشور طی سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۱» و با بهره گیری از تکنیک اقتصادسنجی دادههای ترکیبی فضایی، به این نتیجه دست یافتند که ضریب اثرگذاری لگاریتم سرمایه اجتماعی بر لگاریتم شاخص توسعه انسانی با ضریب ۰/۶ است. حیدری و همکاران (۱۳۹۲) در مقالهای با عنوان سرمایه اجتماعی، سرمایه سلامت و رشد اقتصادی در کشورهای خاورمیانه در سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ با استفاده از دادههای پانل دیتا و روشهای EGLS(LS) و EGLS(2SLS) دریافتند که سرمایه سلامت و سرمایه اجتماعی بر روی رشد اقتصادی کشورهای مورد مطالعه موثر است

فتاحی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان رابطه سرمایه انسانی بهداشت و رشد اقتصادی در کشورهای اوپک طی دوره ۲۰۰۹-۱۹۹۵ نشان دادند که یک رابطه مثبت بین مخارج بهداشتی و رشد اقتصادی وجود دارد. نادر مهرگان و حسن دلیری (۱۳۹۴) در مقالهای به بررسی ارتباط میان سرمایه اجتماعی و توسعه انسانی در استانهای ایران طی سالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۸ پرداختند. نتایج حاصل از این پژوهش بیانگر آن است که سرمایه اجتماعی دارای آثاری مثبت بر توسعه انسانی در استانهای ایران بوده و از سوی دیگر، توسعه انسانی نیز سبب شکلگیری و تقویت المانهای سرمایه اجتماعی در استانها شده است. تیرگر، آرام؛ فیروزبخت، مژگان (۱۳۹۶) در بررسی و مطالعات انجام شده در زمینه آثار سرمایه اجتماعی محل کار بر سلامت کارکنان، به این نتیجه دست یافتند که سرمایه اجتماعی محل کار با بیماریهایی نظیر بیماری قلبی، فشارخون بالا، دیابت و افسردگی نیروهای کار در ارتباط است

حائری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» براساس پرسشنامه استاندارد شده کییز بررسی کردهاند در حدود ۵۲٪ از پاسخگویان، سلامت اجتماعی در حد متوسط دارند. همچنین، بین



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



سطوح سلامت اجتماعی با جنسیت، تحصیلات و محل سکونت رابطه معناداری وجود دارد و بین جنسیت، وضعیت تأهل و سمت شغلی با سطوح سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد.

یزدان پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان» به این نتایج دست یافتند که بین جنسیت با بعد پیوستگی اجتماعی، سهم داشت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری مشاهده شده است؛ به طوری که میانگین نمرات پسران در پیوستگی اجتماعی و سهم داشت اجتماعی بیشتر از دختران است. یافته‌ها نشان می‌دهد دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد سلامت اجتماعی بالاتری دارند. داشتن شغل مناسب، تداوم پیوند فرد با جامعه و تأمین نیازهای اقتصادی، اجتماعی و روانی را موجب می‌شود و در کنار آن، سلامت اجتماعی فرد افزایش می‌یابد (یزدان پناه و نیک‌ورز، ۱۳۹۴: ۱۱۴-۱۱۲)

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از روش پیمایش و از نوع مقطعی آن بهره‌مند گردیده است. از میان تکنیک‌های گردآوری اطلاعات از پر کاربردترین آن‌ها یعنی پرسش‌نامه خوداجرا استفاده شده است. واحد تحلیل در این پژوهش فرد (شهروند) می‌باشد و سطح تحلیل خرد است. جامعه آماری این تحقیق، کلیه کارکنان شبکه بهداشت شهرستان هرسین می‌باشد نمونه، بخشی از جامعه آماری است که معرف کل آن جامعه باشد. در پژوهش حاضر برای بالا بردن دقت نمونه‌گیری بنا به نظر مشاور آماری از واریانس و انحراف معیار متغیرهای اصلی در مطالعه مقدماتی برای تعیین برآورد حجم نمونه استفاده گردید؛ و تعداد ۱۷۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش تعیین گردید. پس از برآورد حجم نمونه، با استفاده از فرمول تقسیم نیمین حجم نمونه برای هر کدام از طبقات موجود در جامعه آماری محاسبه گردیده است؛ در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده گردیده است که با توجه به ویژگی‌های جامعه آماری، این روش به صورت چند مرحله‌ای و متناسب صورت گرفته است. در این پژوهش، جهت برآورد اعتبار سوالات پرسش‌نامه، از اعتبار محتوایی استفاده شده است. اعتبار محتوایی به معنی شناسایی اعتبار شاخص‌ها یا معرف‌های پژوهش از طریق مراجعه به داوران می‌باشد. بدین ترتیب، در پژوهش حاضر پژوهشگران از طریق بررسی ادبیات موضوع و نظر خبرگان این حوزه به این نتیجه رسیده‌اند که شاخص گنجانده شده در سوالات پرسش‌نامه معرف حوزه‌ی معنایی مفاهیم مورد مطالعه هستند. همچنین، برای حصول اطمینان از پایایی ابزار سنجش، پرسش‌نامه مورد پیش‌آزمون قرار گرفت. به این صورت که تعداد ۳۰ نفر از پاسخ‌گویان پرسش‌نامه تنظیم شده را تکمیل نمودند. پس از تکمیل، پرسش‌نامه‌های مذکور کدگذاری و در نرم افزار SPSS وارد شدند و پایایی آن‌ها به وسیله آلفای کرونباخ ارزیابی گردید. سپس، با توجه به نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی، اصلاحات لازم در ابزار سنجش به عمل آمد تا اعتبار و پایایی آن افزایش یابد. جدول زیر حاوی اطلاعات مربوط به پایایی مقیاس‌های مورد سنجش می‌باشد.

مفهوم سرمایه اجتماعی

منظور پانام از سرمایه اجتماعی، وجوه گوناگون سازمان اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌هاست که می‌تواند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی جامعه را بهبود بخشد (۱۳۸۰: ۲۸۵). در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن نظریه پانام، دو بعد شناختی و ساختاری برای سنجش سرمایه اجتماعی در نظر گرفته شده است.

بعد شناختی سرمایه اجتماعی بیان‌گر جنبه کیفی سرمایه اجتماعی می‌باشد که به هنجارها، ارزش‌های مشترک و اعتماد اشاره دارد و به همین جهت امری ذهنی و نامحسوس است (شارع‌پور، ۱۳۸۵: ۱۶۸). در پژوهش حاضر برای این بعد، چهار مولفه در نظر گرفته شده که عبارتند از: اعتماد، همیاری، احساس سودمندی و آگاهی. بعد ساختاری سرمایه اجتماعی نشان‌گر جنبه کمی سرمایه اجتماعی است که «ناشی از وجود انجمن‌ها و شبکه‌های اجتماعی قوی بوده و نسبتاً عینی و قابل مشاهده می‌باشد» (همان: ۱۶۷). در واقع، این بخش از سرمایه اجتماعی حکایت



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی
مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی
با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



از آن دارد که افراد در فضای اجتماعی با یکدیگر پیوند دارند. قابل ذکر است که این بعد از سرمایه اجتماعی خود شامل دو نوع پیوند میان افراد می شود: مشارکت در شبکه های رسمی و غیر رسمی.

سلامت اجتماعی

تعریف نظری: سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه های اجتماعی است که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف، شاخص های سلامت اجتماعی عبارتند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه های اجتماعی که به آن تعلق دارد)، پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، شکوفایی اجتماعی (اعتقاد به توانایی های بالقوه اجتماع) و انطباق اجتماعی (درک اجتماع به صورت هوشمند، فهم پذیر و پیش بینی شونده) (Keyes, 1998: 122).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر برای اندازه گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه های آن از مقیاس ۳۳ ماده ای سلامت اجتماعی استفاده شده است که پنج مؤلفه آن، انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی را شامل می شود و کییز (۱۹۹۸) آن را ساخته است. گویه های پرسش نامه سلامت اجتماعی براساس طیف لیکرت ساخته شده است که کاملاً موافقم به کد ۵، موافقم به کد ۴، بی نظر به کد ۳، مخالف به کد ۲ و کاملاً مخالف به کد ۱ داده شده است.

یافته های پژوهش

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی	گروه	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	119	70.0
	زن	51	30.0
	کل	170	100.0
گروه سنی	۲۵-۳۰	33	19.4



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



22.9	39	۳۰-۳۵	تحصیلات
22.4	38	۳۶-۴۰	
20.6	35	۴۱-۴۵	
14.7	25	۴۶-۵۰	
100.0	170	کل	
7.6	13	دیپلم	
14.7	25	فوق دیپلم	
44.7	76	لیسانس	
32.9	56	فوق لیسانس	
100.0	170	کل	

اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که بیشترین درصد پاسخگویان ۲۲,۹٪ گروه سنی خود را ۳۰-۳۵ سال و کمترین درصد ۱۴,۷٪ نیز گروه سنی خود را ۴۶-۵۰ سال گزارش کرده اند. بیشترین درصد پاسخگویان ۷۰٪ جنسیت خود را مرد و کمترین درصد ۳۰٪ نیز جنسیت خود را زن گزارش کرده اند به لحاظ تحصیلات نیز بیشترین درصد پاسخگویان ۷۶٪ تحصیلات خود را لیسانس و کمترین درصد ۷,۶٪ نیز تحصیلات خود را دیپلم گزارش کرده اند

جدول ۲: آزمون ضریب همبستگی پیرسون پیرامون رابطه مولفه های سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	سرمایه اجتماعی	سرمایه ساختاری	سرمایه شناختی	شبکه غیررسمی	شبکه رسمی	آگاهی	احساس سودمندی	همیاری	اعتماد اجتماعی	
.702**	.687**	.393**	.721**	.356**	.344**	.422**	.277**	.431**	1	اعتماد
.484**	.597**	.319**	.639**	.320**	.251**	.332**	.123	1	.431**	همیاری
.283**	.615**	.274**	.688**	.202**	.280**	.302**	1	.123	.277**	احساس سودمندی
.445**	.717**	.461**	.725**	.503**	.328**	1	.302**	.332**	.422**	آگاهی
.464**	.676**	.902**	.431**	.579**	1	.328**	.280**	.251**	.344**	شبکه رسمی
.450**	.703**	.875**	.482**	1	.579**	.503**	.202**	.320**	.356**	شبکه غیررسمی
.660**	.940**	.512**	1	.482**	.431**	.725**	.688**	.639**	.721**	سرمایه شناختی
.515**	.775**	1	.512**	.875**	.902**	.461**	.274**	.319**	.393**	سرمایه ساختاری
.690**	1	.775**	.940**	.703**	.676**	.717**	.615**	.597**	.687**	سرمایه اجتماعی
1	.690**	.515**	.660**	.450**	.464**	.445**	.283**	.484**	.702**	سلامت اجتماعی

اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که رابطه مثبت و معنی داری بین ابعاد و مولفه های سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی وجود دارد و این رابطه به

لحاظ آماری نیز تأیید شده است زیرا سطح معنی داری به دست آمده کمتر از ۰/۰۵ می باشد



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی
 با رویکرد توسعه پایدار
 8th International Conference on Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



جدول (۳) نتایج آزمون رگرسیون درباره تاثیر سرمایه شناختی بر سلامت اجتماعی کارکنان

روش ورود متغیرها همزمان	Method=inter
ضریب همبستگی چند گانه	.660a
ضریب تعیین	.435
ضریب تعیین تعدیل یافته	.432
خطای معیار	.63533
تحلیل واریانس	۱۲۹,۳۵
سطح معنی داری	۰/۰۰۰۰

جدول (۴) ضریب آزمون رگرسیون پیرامون تاثیر سرمایه شناختی بر سلامت اجتماعی کارکنان

sig	t	beta	SE	B	
.256	1.139	.660	.311	.354	مقدار ثابت
.000	11.373		.020	.223	سرمایه شناختی

نتایج به دست آمده از آزمون رگرسیون حاکی از آن است که ضریب رگرسیون با سطح معنی داری $\alpha=0/000$ برابر با $R=0/660$ محاسبه شده است. از آنجا که این سطح معنی داری از سطح معنی داری مورد نظر ما $\alpha=0/05$ کوچکتر است مدرک کافی برای رد فرض صفر خود داریم. در نتیجه فرضیه صفر ما رد و فرضیه اصلی ما تأیید شود بنابراین نتیجه می گیریم که بین سرمایه شناختی و سلامت اجتماعی کارکنان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی
مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی
با رویکرد توسعه پایدار
8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



جدول (۵) نتایج آزمون رگرسیون درباره تاثیر سرمایه ساختاری بر سلامت اجتماعی کارکنان

Method=inter	روش ورود متغیرها همزمان
.515a	ضریب همبستگی چند گانه
.265	ضریب تعیین
.261	ضریب تعیین تعدیل یافته
.72457	خطای معیار
۶۰.۶۵	تحلیل واریانس
۰/۰۰۰	سطح معنی داری

جدول (۶) ضریب آزمون رگرسیون پیرامون تاثیر سرمایه ساختاری بر سلامت اجتماعی کارکنان

sig	t	beta	SE	B	
.007	2.740	.515	.369	1.010	مقدار ثابت
.000	7.786		.041	.323	سرمایه ساختاری

نتایج به دست آمده از آزمون رگرسیون حاکی از آن است که ضریب رگرسیون با سطح معنی داری $\alpha=0/000$ برابر با $R=0/515$ محاسبه شده است. از آنجا که این سطح معنی داری از سطح معنی داری مورد نظر ما $\alpha=0/05$ کوچکتر است مدرک کافی برای رد فرض صفر خود داریم، در نتیجه فرضیه صفر ما رد و فرضیه اصلی ما تأیید شود بنابراین نتیجه می گیریم که بین سرمایه ساختاری و سلامت اجتماعی کارکنان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه اهمیت اجرای مداخلات آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در زمینه سلامت اجتماعی را در بین کارکنان به ویژه بین کارکنان ستادی شبکه بهداشت درمان و آموزش پزشکی روشن می سازد با توجه به مطالعات مکمل در حوزه سلامت و رشد اقتصادی، سلامت از صور مختلف در اقتصاد نقش کلیدی دارد. ارتقای سطح سلامت عمومی، موجب بهبود سطح بهره وری نیروی کار، تقویت انگیزش و تداوم اشتغال وی شده و با کاهش عوامل ناشی از مرگ و میر و بیماری باعث کاهش مخارج بهداشتی و افزایش پس انداز در دوره های آتی میشود. بهبود سلامت پتانسیلهای آموزشی و یادگیری نیروی کار را نیز تقویت میکند. مجموعه این عوامل افزایش سرمایه اجتماعی تأثیر متقابل سرمایه اجتماعی و سلامت را تضمین میکند. بنابراین برنامه ریزان استانی باید اولویت ویژه ای برای سرمایه گذاری در جهت ارتقای سطح سلامت قائل باشند. گسترش آگاهی در حوزه سلامت، تشکیل پرونده های الکترونیکی سلامت افراد برای کنترل دقیق سلامتی افراد از مهمترین روشهایی است که میتوان به کمک آنها در خصوص ارتقای سلامت انسانی استانها اقدام کرد نظام سلامت، زمانی کارایی مطلوب را خواهد داشت که در طراحی و مدیریت آن، موضوعات و نیازهای کارکنان آن نیز لحاظ گردد. نتایج این مطالعه اهمیت اجرای مداخلات آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در زمینه سلامت اجتماعی را در بین کارکنان به ویژه بین کارکنان ستادی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی روشن می سازد. پیشنهاد میشود با استفاده از اسنادی، که در قالب سلامت اجتماعی در وزارت بهداشت تدوین شده و رویکرد سلامت محور دارند، در ابتدای امر مداخلات لازم جهت ارتقاء سلامت اجتماعی کارکنان صورت گیرد تا زمینه لازم جهت انجام وظایف ذاتی ایشان در اجتماع و به تبع آن انجام وظایف اصلی وزارت بهداشت در بخش سلامت به منظور بهبود شاخصهای سلامت اجتماعی فراهم گردد. همچنین ضرورت دارد هر یک از واحدهای تابعه مرتبط با سلامت اجتماعی وظایف و تکالیف خود را ذیل یک شورای هماهنگی تعیین کنند. و تفاهم نامه همکاری درون بخشی در زمینه ارتقای



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی
مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی
با رویکرد توسعه پایدار
8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



سلامت اجتماعی منعقد گردیده و بر اجرای صحیح آن نظارت صورت گیرد تا بتوان با پایش مستمر، روند صعودی یا نزولی وضعیت سلامت اجتماعی کارکنان را ترسیم نمود.

منابع و ماخذ

بخارایی، ا؛ شربتیان، م.ح. و طوافی، پ. (۱۳۹۴). «مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی»، فصلنامه رفاه و برنامه‌ریزی، ش ۲۵، ص ۱-۳۹.

پاتنام، رابرت (۱۳۸۰)، دموکراسی و سنت‌های مدنی (تجربه ایتالیا و درس‌هایی برای کشورهای در حال گذار)، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: نشر روزنامه سلام.

پورافکاری، ن.ا. (۱۳۹۱). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاره»، فصلنامه علمی - پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، س ۶، ش ۱۸، ص ۴۱-۶۰.

تاجبخش، کیان (۱۳۸۵)، سرمایه اجتماعی، اعتماد و دموکراسی، ص ۴۰-۲۵، در ک. تاجبخش سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه، تهران: نشر شیرازه.

چلبی، م. (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی نظم، چاپ چهارم، تهران: نشر نی.

حاتمی، پ. (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان باتأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.

خوشفر، غلامرضا (۱۳۸۷)، «تأثیر سرمایه اجتماعی بر مشارکت سیاسی، مطالعه موردی: استان گلستان»، رساله دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

دلور، ب. (۱۳۷۸). «بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور فروردین ۱۳۸۷»، مجموعه مقالات سالمندی، جلد اول، انتشارات گروه بانوان نیکوکار، ص ۱۱-۱۴.

سام آرام، ع.ا. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی باتأکید بر رهیافت پلیس جامعه محو»، فصلنامه علمی - پژوهشی انتظام اجتماعی، س ۱، ش ۱، ص ۹-۲۹.

سام آرام، ع.ا. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی باتأکید بر رهیافت پلیس جامعه محو»، فصلنامه علمی - پژوهشی انتظام اجتماعی، س ۱، ش ۱، ص ۹-۲۹.

شعبانی، احمد، نخلی، سیدرضا و شیخانی، مصطفی (۱۳۹۲)، اثر سرمایه اجتماعی بر توسعه انسانی مناطق ایران، فصلنامه برنامه‌ریزی و بودجه، ۱۸ (۲)، ۱۶۱-۱۲۷.



mph.sdcongress.ir

هشتمین همایش بین المللی
مدیریت، روانشناسی و علوم انسانی
با رویکرد توسعه پایدار

8th International Conference on
Management, Psychology & Humanities with sustainable development approach



عبدالله تباردزی، ه. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، پایان نامه کارشناسی ارشد.

فتاحی، شهرام، سهیلی، کیومرث، رشادت، سهیال و کریمی، پرستو (۱۳۹۲). رابطه سرمایه انسانی بهداشت و رشد اقتصادی در کشورهای اوپک. فصلنامه مدیریت 37-51، 4 (و 3) 3، درمان و بهداشت

کلمن، ج. (۱۳۷۷). بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه: صبوری، م.، چاپ اول، تهران: نشر نی.

گیدنز، آ. (۱۳۷۸). تجدد و تشخیص، جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه: موفقیان، ن.، چاپ اول، تهران: نشر نی.
مهري، ا. (۱۳۹۰). بررسی میزان تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی و اجتماعی معلمان شهر همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد برنامه ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.

هزارجریبی، ج. و صفری شالی، ر. (۱۳۹۱). آنتانومی رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.

شعبانی، احمد، نخلی، سیدرضا و شیخانی، مصطفی (۱۳۹۲) اثر سرمایه اجتماعی بر توسعه انسانی مناطق ایران، فصلنامه برنامه ریزی و بودجه، ۱۸ (۲)، ۱۶۱-۱۲۷.

فتاحی، شهرام، سهیلی، کیومرث، رشادت، سهیال و کریمی، پرستو (۱۳۹۲) رابطه سرمایه انسانی بهداشت و رشد اقتصادی در کشورهای اوپک. فصلنامه مدیریت 37-51، 4 (و 3) 3، درمان و بهداشت

حائری، سیده مریم؛ طهرانی، هادی؛ اولیایی منش، علیرضا و نجات، سحرناز (۱۳۹۴). عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. ۳(۴): ۳۱۱-۳۱۸

Tollini, Craig (2005): *Assessing Putnam's Theory of Social Capital Through the Use of Path Analysis*, Dissertation, Department of Sociology, WesternMichiganUniversity.

.Lochner, K. A., Kawachi, I., Brennan, R. T., & Buka, S. L. (2003). Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago? *Social Science & Medicine*, 56(8), 1797-1805.

Brown, Kevin M. (2006) "Aspects of Comparative Active Citizenship, the Australia and New Zealand Third Sector Research", *Eight Biennial Conferences*, 26-28 November.

Cigler, Allan & Joslyn, Mark R. (2002) "The Extensiveness of Group Membership and Social Capital: The Impact of Political Tolerance Attitudes", *Political Research Quarterly*, Vol.55, No.1, pp.7-25.

Cigler, Allan & Joslyn, Mark R. (2002) "The Extensiveness of Group Membership and Social Capital: The Impact of Political Tolerance Attitudes", *Political Research Quarterly*, Vol.55, No.1, pp.7-25.

Ferrans, C. (1996) "Development of A Conceptual Model of Quality of Life", *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 10(3): 151-158

Kennedy, B. P., Kawachi, I., & Brainerd, E. (1998). The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World development*, 26(11), 2029- 2043.

Keyes, C. L. M. (2004) "Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complet state model of Health", *Jornal of Consulting and Clinicial Psychology*, 73(3): 539-548.

Keyes, C. L. M. (2004) "Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complet state model of Health", *Jornal of Consulting and Clinicial Psychology*, 73(3): 539-548.

Keyes, C. L. M. (1998) "Social Well – being", *Social Psychology Quarterly*, 61(2): 121-140.

Larsen, Larissa; Harlan, Sharon L.; Bolin, Bob; Hackett, Edward J.; Hope, Diane; Kirby, Andrew; Nelson, Amy; Rex, Tom R. and Wolf, Shaphard (2004) "Bonding and Bridging: Understanding the Relationship between Social Capital and Civic Action", *Journal of Planning Education and Research*, No. 24, Pp 64-77.

Leonard, Madeleine (2004) "Bonding and Bridging Social Capital: Reflections from Belfast", *Sociology*, Vol. 38, No. 5, Pp 927-944.

Lynch, J. W., Davey Smith, G., Hillemeier, M., Shaw, M., Raghunathan, T., & Kaplan, G. A. (2001). Income inequality, psychological environment and health: Comparisons across wealthy nations. *The Lancet*, 358(9277), 194–200.

Marks, D. F. Murray, M. Evans, B. & Estacio E.V. (2000) "Health Psychology: Theory, Research and Practice". London. SAGE Publications.

Myers, D.g. & Diener, E. (1995) "Who Is Happy?" *Jornal of Psychology Science*. 6(1): 10- 19.

Newton, Kenneth (1997) "Social Capital and Democracy", *American Behavioral Scientist*, Vol.40, pp 575-586.

Putnam, R. D. (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, N.Y.: Simon & Schuster

Putnam, R. D. (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, N.Y.: Simon & Schuster.

Subramanian, S. V., Kim, D. J., & Kawachi, I. (2002). Social trust and self-rated health in US communities: A multilevel analysis. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 79(4), 21–34.



Putnam, Robert, D. and Goss, Kristin A. (2002) Introduction In Putnam (ed.), *Democracies in Flux, the Evolution of Social Capital in Contemporary Society*. Oxford University Press

Veenstra, G. (2005). Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2059–2071

Villalba, Heidi R. Salazar (2007) "*Social Capital, Political Parties and Democracy*", Thesis, Department of Sociology, University of Alberta.

Whitham, Monica Marlene (2007) *Living better together: The relationship between social capital and quality of life in small towns*, Thesis, Department of Sociology, Iowa State University.

Wilkinson, R. G., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1998). Mortality, the social environment: crime and violence. *Social Health Illness*, 20, 578–597.