

نقش پیش‌بینی‌کننده سرمایه اجتماعی در سلامت اجتماعی کارکنان (مورد مطالعه: اداره‌های پست استان خراسان جنوبی)

فاطمه زین‌الدینی میمند^۱

افسانه عبدلی^۲

نوع مقاله: علمی - پژوهشی

شماره صفحه: ۵۷-۹۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۱۸

چکیده

وجود سرمایه اجتماعی، حافظ سلامتی است. افرادی که در شبکه‌ای از حمایت، اعتماد عمومی، اطلاعات و هنجارها زندگی می‌کنند، منابعی در اختیار دارند که بر سلامت آن‌ها اثر می‌گذارد. هدف این مطالعه نقش سرمایه اجتماعی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی است که از دیدگاه فوکویاما (سرمایه اجتماعی) و دیدگاه کیز (سلامت اجتماعی) به‌عنوان مبنای نظری استفاده شده است. رویکرد این پژوهش کمی محور و از نوع پیمایش (توصیفی - همبستگی) است. جامعه آماری و حجم نمونه، کلیه کارکنان ادارات پست خراسان جنوبی هستند که به صورت تمام‌شماری، برای حجم نمونه انتخاب شده‌اند. ابزار جمع‌آوری یافته‌ها پرسش‌نامه‌های استاندارد شده سرمایه اجتماعی ناهاپیت و گوشال (۱۹۹۸) و سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) است. ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب برای سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی برابر با ۰/۹۵۲ و ۰/۶۴۶ به دست آمده است. تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS ویراست ۲۲ و نرم‌افزار آموس (AMOS)

fatete_z@yahoo.com

abdoli.a@lu.ac.ir

۱. مربی گروه علوم تربیتی دانشگاه پیام‌نور خراسان جنوبی، نویسنده مسؤول

۲. استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه لرستان

ویراست ۲۴ انجام شده‌اند. یافته‌های آمار توصیفی حاکی از آن است که از نظر پاسخگویان، میانگین متغیرهای سلامت اجتماعی ($0.54/2$) و سرمایه اجتماعی ($0.50/8$) متوسط به دست آمده‌است. بر اساس فرضیه‌ها بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن (ساختاری، شناختی و ارتباطی)، جهت تحقق و تقویت سلامت اجتماعی، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشته است ($p < 0.01$). بر اساس نتایج بتای مدل رگرسیونی مؤلفه‌های ارزش‌ها، همکاری، روابط، شبکه‌ها، اعتماد و تعهد، به ترتیب به بهترین وجه، متغیر ملاک را تبیین کرده‌اند و مقدار ضریب همبستگی (R) سرمایه اجتماعی 0.447 به دست آمده که نشان از مؤلفه‌های متغیر رابطه همبستگی نه چندان قوی با سلامت اجتماعی بوده است. در نهایت نزدیک به 20% از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی، متأثر از نقش پیش‌بینی‌کننده سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های سازمانی آن بوده است.

واژگان کلیدی: سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی، اداره کل پست خراسان جنوبی

مقدمه

امروزه در کنار سرمایه‌های انسانی و اقتصادی، سرمایه دیگری به نام سرمایه اجتماعی^۱ نیز مورد توجه قرار گرفته است. سرمایه اجتماعی عمدتاً مبتنی بر عوامل فرهنگی و اجتماعی است و برخلاف سایر سرمایه‌ها، به صورت فیزیکی وجود ندارد؛ بلکه حاصل تعاملات و هنجارهای گروهی و اجتماعی است. در واقع به تمام رفتارهای اجتماعی، هنجارها و روابط اجتماعی فرد، اطلاق می‌شود. به‌طور کلی میزان سرمایه اجتماعی در هر گروه یا جامعه‌ای نشان‌دهنده میزان اعتماد افراد به یکدیگر است؛ بنابراین، سرمایه اجتماعی، حاصل حس همکاری و اطمینان در میان افراد یک جامعه است. بدین ترتیب وجود میزان قابل قبولی از سرمایه اجتماعی موجب تسهیل کنش‌های اجتماعی می‌شود؛ به‌طوری‌که در مواقع بحرانی، می‌توان برای حل مشکلات از سرمایه

1. Social capital

اجتماعی به‌عنوان اصلی‌ترین منبع حل مشکلات و اصلاح فرآیندهای موجود، سود برد (شجاع و دیگران، ۱۳۹۰: ۸۲).

سرمایه اجتماعی از طرق متعدد مانند انتشار اطلاعات بهداشتی، احتمال افزایش هنجارها و رفتارهای سازگار شده با سلامت، کنترل رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت (کارایی جمعی)، افزایش دسترسی به تسهیلات و سرویس‌های محلی و فرایندهای روان‌شناختی مانند حمایت‌های مؤثر، می‌تواند بر روی سلامت تأثیر بگذارد (همان)؛ به‌عنوان مثال از آن‌جاکه شخصیت‌های فردی تحت تأثیر کیفیت و کمیت روابط میان فردی قرار می‌گیرند، فقدان حمایت‌های اجتماعی، ممکن است منابع فردی را برای مقابله با چالش‌ها تقلیل دهد و احتمالاً به اختلالات فراوانی منجر شود؛ زیرا حمایت‌هایی که فرد از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند، مستقیماً سلامت اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به این اعتبار، حمایت اجتماعی برای سلامت اجتماعی، یک مفهوم کلیدی نیز تلقی می‌شود (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۱)؛ بنابراین، ماهیت واقعی انسان، کلیت روابط اجتماعی است. همه افراد در شبکه‌ای از روابط اجتماعی ساکن هستند و شرایط سلامتی آن‌ها می‌تواند به ویژگی‌های ساختاری شبکه وابسته باشد (Song, 2013: 233).

سلامت موضوعی است که در همه فرهنگ‌ها مطرح می‌شود و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت، با توجه به فرهنگ آن‌ها، بازمی‌گردد و اگرچه بُعد جسمانی آن بیشتر مورد توجه است؛ اما رشد و تعالی جامعه در گرو سلامت از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است (شکرپیگی و محمدی، ۱۳۹۲: ۹۳۶-۹۳۷). بُعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است (کریمی و تافته، ۱۳۹۶: ۲). معمولاً سه تلقی از سلامت اجتماعی وجود دارد: (۱). سلامت اجتماعی به مثابه "بُعد اجتماعی سلامت فرد" که در کنار دو بُعد جسمی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد. (۲). جامعه سالم به مثابه "شرایط اجتماعی سلامت‌بخش". (۳). سلامت اجتماعی به مثابه "وضعیت اجتماعی بهتر، به طور کلی" که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد (امینی

رارانی، موسوی و رفیعی، ۱۳۹۰: ۲۰۵-۲۰۶). براین اساس، یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی جوامع، سلامت اجتماعی محسوب می‌شود (صابری و رضانی، ۱۳۹۵: ۱۶۵) و در کنار سلامت جسمانی و سلامت روان، به‌عنوان جزء لاینفک سلامت افراد تعریف می‌شود؛ به‌علاوه، یکی از ملاک‌های اساسی گذار از جوامع سنتی به مدرن برای تمامی گروه‌های اجتماعی است (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۴۲).

به این ترتیب، مفهوم سلامت اجتماعی در چند دهه اخیر در تمام مسائل و پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی حوزه زندگی انسان، ریشه دوانیده و با مفاهیم اجتماعی مختلف، پیوندی معنادار پیدا کرده است. یکی از این مفاهیم اجتماعی، سرمایه اجتماعی است که در حوزه سلامت، مشخصه‌ای خاص دارد که به توانمندی اجتماعی، سازمان‌دهی جمعی، مشارکت داوطلبانه برای حل مشکلات گروهی یا عمومی در حد اکثریت، اشاره می‌کند. بر این اساس، در شرایطی که سرمایه اجتماعی؛ یعنی توانایی استفاده جمعی توأم با همکاری از منابع برای اهداف عمومی وجود نداشته باشد، بعید است که فقط سرمایه مالی و افزایش سرمایه انسانی بتواند نتایج مثبتی را به‌دنبال داشته باشد (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۰-۱۵۱). در واقع، سلامت اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی به‌شمار می‌رود و بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است و یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار می‌باشد. بدین منظور میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن، یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه‌های توسعه، رفاه و بهزیستی جامعه است (سیدان و عبدالصمدی، ۱۳۹۰: ۲۲۹). به این ترتیب، رابطه سرمایه اجتماعی از لحاظ ارتقا بخشیدن به سلامت اجتماعی در چند دهه اخیر مورد توجه پژوهشگران مطالعات جامعه‌شناسی قرار گرفته است (صابری و رضانی، ۱۳۹۵: ۱۶۶).

پژوهش‌های درباره سلامتی، نشان می‌دهد که وجود سرمایه اجتماعی، حافظ سلامتی است. افرادی که در شبکه‌ای از حمایت، اعتماد عمومی، اطلاعات و هنجارها زندگی می‌کنند، منابعی در اختیار دارند که بر سلامت آن‌ها اثر مثبت می‌گذارد (نکونام، احمدی و عباسی چری، ۱۳۹۴: ۱۶۴). در واقع، اعتقاد بر این است که بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی به چند شکل

ارتباط وجود دارد: نخست، تأثیری است که سرمایه اجتماعی از طریق انجمن‌ها و تشکل‌های مدنی بر سیاست‌های سلامت می‌گذارد و بستر رفع نابرابری‌های این حوزه را فراهم می‌کند. دوم، تأثیر مستقیم سرمایه اجتماعی بر سلامت فیزیکی و روانی فرد از طریق ایجاد تحرک و پویایی اجتماعی و ایجاد ارتباط و عزت نفس در فرد است. سوم، تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی و رفتارهای سلامت شهروندان مانند تغذیه، عدم مصرف سیگار و الکل، ورزش کردن و... است (موسوی و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۱۲). یک وجه مشترک مهم و اساسی سرمایه و سلامت اجتماعی و نقطه تمرکز هر دو متغیر، کیفیت و چگونگی ارتباط فرد با جامعه است. هر ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می‌کند، شامل حمایت‌هایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند و همه این‌ها مستقیماً سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند (همان: ۱۱۵).

پژوهش‌ها در ایران نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر دور باطلی از تحولات توسعه‌ای منفی در ایران شکل گرفته که به صورت ضعف حکمرانی، افزایش احساس ناامنی و تبعیض، افول سرمایه اجتماعی، مهاجرت و فرار مغزها (افول سرمایه انسانی)، نارضایتی عمومی در عرصه‌های مختلف و افول بهره‌وری سرمایه فیزیکی و عملکرد اقتصادی به وجود آورده است (دینی ترکمانی، ۱۳۸۵: ۱۵۵). این کاهش سرمایه اجتماعی با بی‌اعتمادی همراه بوده و پاسخ مردم به عدم کارایی دولت‌ها و نهادهاست و فشارها و بیماری‌های روانی مانند افسردگی را افزایش داده‌است (سیدان و عبدالصمدی، ۱۳۹۰: ۲۳۰)؛ چنان‌که دیده شده است افراد در لاک خود فرورفته به هم اعتماد ندارند و از تنهایی خود رنج می‌برند (نظری، ۱۳۹۵). مفهوم ضمنی این پژوهش‌ها این است که کاهش سرمایه اجتماعی، سلامت افراد را به خطر انداخته و تا حد زیادی آن‌ها را در معرض بیماری‌های جسمی و روانی و اجتماعی قرار داده است. به این ترتیب، سرمایه اجتماعی سطح همکاری اعضای یک گروه را بالا برده و به این صورت زمینه سلامت اجتماعی را فراهم می‌کند. از آن‌جا که سرمایه اجتماعی شامل روابط و شبکه‌های اجتماعی، هنجارهای متقابل و اعتماد است که هماهنگی و همکاری را برای منافع متقابل تسهیل می‌کند، به طور سنتی، سرمایه اجتماعی در محلات، اجتماعات، جوامع و حتی ملل مورد بررسی قرار گرفته است؛ اما اخیراً محققان سرمایه

اجتماعی را در محل‌های کار نیز مورد بررسی قرار داده‌اند (Oksanen, et al., 2013: 23). این بررسی در محل کار به این دلیل قابل توجیه است که بنابر تعریف، سرمایه اجتماعی، محدود به هیچ نهاد اجتماعی خاص یا شبکه‌های اجتماعی در اندازه خاص نیست؛ به‌علاوه افراد معمولاً در محل کار در معرض مقدار معقولی از روابط اجتماعی و تعاملات روزانه قرار می‌گیرند؛ پس محیط کار ممکن است بستر اجتماعی مهمی برای سرمایه اجتماعی و هم‌چنین یک عامل تعیین‌کننده سلامت اجتماعی کارکنان باشد؛ بنابراین اگرچه شواهد زیادی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را حمایت می‌کنند؛ مطالعات کمتری رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را در یک نهاد خاص مانند اداره پست سنجیده‌اند. فقدان و کاستی پژوهش در این زمینه در ایران، اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر را ایجاب کرد. بدین منظور کارکنان اداره پست مد نظر قرار گرفتند؛ زیرا آن‌ها با توجه به ماهیت پست و بحث ارتباطات، هم متأثر از سرمایه اجتماعی که جامعه ایجاد کرده است، هستند و هم نقش کلیدی در ارتباط و اعتماد اجتماعی دارند. برقراری ارتباطات چندوجهی است، زیرا ارتباط مردم با مردم، ارتباط مردم با سازمان‌ها و ادارات و ارتباط سازمان‌ها و ادارات با مردم را مورد توجه قرار می‌دهد. به این ترتیب، به بهبود امنیت اجتماعی و روانی و کاهش سفرهای غیرضروری درون و برون‌شهری می‌انجامد. از این رو، اداره پست خراسان جنوبی به‌عنوان یک نهاد اجتماعی که سرمایه اجتماعی موجود در آن هم می‌تواند کارکنان آن اداره و هم مردم دیگر را متأثر سازد، مد نظر قرار گرفت. با نظر به این امر، پژوهش حاضر به این سؤال مهم می‌پردازد که آیا سرمایه اجتماعی کارکنان اداره‌های پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی است؟

پیشینه پژوهش

پژوهش‌های زیادی در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی انجام گرفته است که به چند مورد از آن‌ها اشاره می‌شود. موسوی و دیگران (۱۳۹۴) در پژوهش کمی (پیمایشی و همبستگی) "بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی" دریافتند که سه رویکرد

متفاوت به سلامت اجتماعی وجود دارد: (۱). رویکرد تعیین‌کننده‌های سلامت، (۲). سلامت اجتماعی جامعه و (۳). سلامت اجتماعی فردی. تعیین‌کننده‌های سلامت در پی شناسایی و تعیین متغیرهایی است که شرایط و زمینه‌های اثرگذار بر سلامت اجتماعی را فراهم می‌کند. سلامت اجتماعی در سطح فردی فرایند درگیر شدن شهروندان در امور اجتماعی است. در واقع هر چه سطح درگیری و مشارکت اجتماعی شهروندان در جامعه بالاتر برود، نه تنها سلامت اجتماعی فرد افزایش پیدا می‌کند؛ بلکه این فرایند، پیامدهایی دارد که شاخص‌های سلامت اجتماعی جامعه را تقویت می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت این سه رویکرد یک الگوی سلامت اجتماعی است که از سطح راهبردی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و حصول و ارزیابی، نتیجه را در خود دارد. امینی رارانی، موسوی و رفیعی (۱۳۹۰) در پژوهش کمی (پیمایشی و همبستگی) "رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران" دریافتند که بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه به‌عنوان بیانگرهای سلامت اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین جهت رابطه در مورد متغیرهای فقر، رشد جمعیت و میزان بیکاری مثبت است. در مجموع پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و محاسبه نمره سلامت اجتماعی کل، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران، با مقدار همبستگی $0/54$ - تأیید شد و با توجه به ضریب تعیین 30% ، می‌توان ادعان داشت $30/0\%$ تغییرات سلامت اجتماعی با تغییرات سرمایه اجتماعی قابل توضیح است. سیل، هاو و کاواناگ (Shiell, Hawe & Kavanagh, 2020: 257) در پژوهش کیفی (بررسی سیستماتیک نه پایگاه داده و ۴۹۴۱ چکیده و مطالعه ۱۸۷ مقاله مروری) با عنوان "شواهد نشان‌دهنده نیاز به بازنگری مداخلات سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی" دریافتند که یک عامل مهم، روش نامناسبی است که محتوا در تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است و بویژه چگونه محتوا با تلاش‌هایی برای ارتقای سلامت به یک روش پویا در تعامل است. از بین روش‌های مختلف مداخله یکی از آن‌ها می‌تواند در بهبود سلامت عمومی به کار گرفته شود. مداخله سرمایه اجتماعی به احتمال زیاد خاص‌ترین زمینه است و بویژه تحت تأثیر مرزهای پیرامون آن زمینه قرار می‌گیرد.

روشی که پیشنهاد می‌شود این است که به ترکیبی از بینش‌های به دست آمده از سیستم تفکر، تحقیق مشارکتی مبتنی بر اجتماع و مداخله و ارتقای علوم نیاز است که خود این، به تمرکز مجدد بر روی عناصر خاص سرمایه اجتماعی نیاز دارد؛ فهمی از این که چگونه زمینه به صورت پویایی با تلاش برای بهبود سلامت تعامل می‌یابد و این در توسعه روش‌های بهتر برای به رسمیت شناختن و طبقه‌بندی دانش تولیدشده توسط مداخلات پیچیده مهم است و نقش بزرگی در طراحی، به کارگیری، انطباق و ارزشیابی مداخلات و حمایت از پژوهش‌ها برای عمل دارد. زانگ و جیانگ (Zhang & Jiang, 2019: 411) در پژوهش کمی (پیمایشی) "سرمایه و سلامت اجتماعی در چین؛ شواهدی از زمینه‌یابی اجتماعی عمومی چینی در سال ۲۰۱۰" اعلام کردند. که هدف تحقیق بررسی تأثیر انواع مختلف سرمایه اجتماعی شامل سرمایه‌های پیوند، اتصال و ارتباط^۱ بر سلامت جسمی، روانی و عمومی ساکنان چینی بود. نتایج نشان داد که در سطح فردی، سرمایه‌های اجتماعی پیوند و اتصال به طور مثبتی با سلامت روانی جمعیت شهری، روستایی و جهانی چین مرتبط است؛ اما با سلامت عمومی فقط در جمعیت‌های شهری و جهانی چین مرتبط بود؛ سرمایه اجتماعی ارتباطی که به وسیله مشارکت سیاسی و اثربخشی سیاسی در چین برای نخستین بار اندازه‌گیری شده بود اثر مثبت معناداری روی سلامت روانی در جمعیت شهر، روستا و جهانی چینی داشت. در سطح شهرستانی، سرمایه اجتماعی پیوندی تنها می‌توانست سلامت فیزیکی و عمومی را در جمعیت‌های روستایی و جهانی چین بهبود بخشد؛ در حالی که سرمایه اجتماعی اتصالی به سلامت روانی جمعیت شهری و جهانی چین ضربه خواهد زد؛ بنابراین، سرمایه اجتماعی پیوندی یک تعامل سطح متقاطع منفعل را نشان داد که روی سلامت فیزیکی جمعیت شهری و جهانی چین و سلامت عمومی در جمعیت جهانی چین اثر می‌گذارد. نتایج هم‌چنین نشان می‌دهد که برای اعمال اثرات مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت باید تلاش شود تا سرمایه‌های اجتماعی خاص در محلی خاص پرورش داده شود و توزیع مساوی منابع مرتبط در سطح کشور گسترش یابد.

1. Bonding, bridging and linking

احسان و دیگران (Ehsan, et al., 2019: 1) در پژوهش کیفی (بررسی سیستماتیک ۹ پایگاه داده و ۴۹۴۱ چکیده و مطالعه ۱۸۷ مقاله مروری) با عنوان "سرمایه و سلامت اجتماعی؛ یک بررسی سیستماتیک از مرورهای سیستماتیک" نشان داده‌اند که شواهد خوبی وجود دارد که نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی، سلامت فیزیکی و روانی بهتری را پیش‌بینی می‌کند و شاخص‌های سرمایه اجتماعی در برابر مرگ‌ومیر محافظت‌کننده هستند. در عین حال هم‌چنین بسیاری از مرورها ارتباط‌های منفی و غیر معناداری را یافتند که باید به آن‌ها توجه شود. مشخص نبود که آیا مداخلات سرمایه اجتماعی درباره سلامت واقعاً سرمایه اجتماعی را بهبود می‌بخشند یا جنبه‌های دیگر محیط اجتماعی باعث ارتقای آن می‌شود. به‌طور کلی این تحقیق نشان می‌دهد که شواهد درباره این‌که چگونه جنبه‌های مختلف سرمایه اجتماعی روی نتایج مختلفی سلامتی برای افراد مختلف اثر می‌گذارد، نامشخص مانده است. دیدگاه‌های بین‌گروهی و طول‌زندگی می‌تواند به روشن‌شدن این ارتباط کمک کند. تحقیقات آینده می‌توانند از مفهوم‌سازی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت در چهارچوب چه چیزی، چه کسی، کجا، چه وقت، چرا و چگونه بهره ببرند.

آلوارز، کاواچی و رومانی (Alvarez, Kawachi & Romani, 2017: 5) در پژوهش کیفی (مروری) "سرمایه اجتماعی خانواده و سلامت؛ یک بررسی و جهت‌گیری مجدد سیستماتیک" اظهار کرده‌اند یافته‌های آن‌ها با این مفهوم که سرمایه اجتماعی خانواده چندبعدی است و این‌که اجزای آن تأثیرات متفاوتی بر نتایج سلامتی دارد، مطابقت دارد. برای فهم مکانیسم‌هایی که از طریق آن سرمایه اجتماعی خانواده با سلامتی مرتبط می‌شود و هم‌چنین برای تعیین معتبرترین روش‌های اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی خانواده به تحقیقاتی در آینده نیاز است.

مورایاما، فوجی وارا و کاواچی (Murayama, Fujiwara & Kawachi, 2012: 1) در پژوهش کیفی (بررسی سیستماتیک ادبیات و انتخاب ۱۳ مقاله) با عنوان "سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ مروری بر مطالعات چند سطحی آینده‌نگر" دریافتند که به‌طور کلی هم سرمایه فردی و هم سرمایه اجتماعی و سرمایه اجتماعی محل کار/ منطقه، تأثیرات مثبتی بر نتایج

سلامت دارند. مطالعات آینده‌نگر که از رویکرد چند سطحی استفاده می‌کردند، عمدتاً در کشورهای غربی انجام شده است.

هورتادو، کاواچی و سودارسکای (Hurtado, Kawachi & Sudarsky, 2011: 588) در پژوهش کمی (نظرسنجی از ۳۰۲۵ در سال ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵) با عنوان "سرمایه اجتماعی و سلامت خودارزیابی شده در کلمبیا؛ خوب، بد و زشت" دریافتند که هیچ تغییری از خودارزیابی سلامت در سطح منطقه، معنادار نبوده است. پس از تطبیق متغیرهای دموگرافیک اجتماعی، اعتماد درون-فردی به طور آماری با شانس سلامت ضعیف/نسبتاً خوب و همچنین با مؤلفه سرمایه اجتماعی شناختی همبسته است. در نتیجه سرمایه اجتماعی شناختی و عضویت در انجمن با سلامت بیشتر مرتبط است و می‌تواند ادراک مهم‌تری از ارتقای سلامت را ارائه دهد. سرمایه اجتماعی موجود حاصل اثرات مثبت اعتماد و مشارکت سیاسی بر خودارزیابی سلامت است.

دی هاومبرس و دیگران (D'Hombres, et al., 2010: 56) در پژوهش کمی (استفاده از تخمین‌های متغیر ابزاری) با عنوان "آیا سرمایه اجتماعی سلامت را تعیین می‌کند؟ شواهدی از هشت کشور در حال گذار" با تکیه بر تاثیر سه شاخص سرمایه اجتماعی در سطح فردی (اعتماد، مشارکت در سازمان‌های محلی و انزوای اجتماعی) بر سلامت اجتماعی، اظهار کردند که میزان فردی اعتماد به طور مثبت و معنی‌داری با سلامت همبستگی دارد. به طور مشابه، صرف‌نظر از روش تخمین، انزوای اجتماعی به‌طور منفی و معناداری با سلامت مرتبط است؛ اما از طرف دیگر عضویت در یک سازمان مبهم‌تر است و معمولاً با سلامت ارتباط چندانی ندارد.

با وجود مطالعات زیادی که در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی انجام شده، به مسئله پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس سرمایه اجتماعی در محل کار کمتر توجه شده است. چنان‌که با مطالعه پیشینه مشخص شد که بیشتر رابطه این دو، مورد توجه قرار گرفته است و نتایج اکثر تحقیقات نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با سلامت اجتماعی رابطه‌ای معنادار وجود دارد. بیشترین بُعد اثرگذار سرمایه اجتماعی بر سلامت، بُعد ارتباطی، اعتماد و مشارکت اجتماعی است. هر چه سطح درگیری و مشارکت اجتماعی شهروندان در جامعه بالاتر

برود، نه تنها سلامت اجتماعی فرد افزایش پیدا می‌کند؛ بلکه این فرایند، پیامدهایی دارد که شاخص‌های سلامت اجتماعی جامعه را نیز تقویت می‌کند. در واقع، بخشی از تغییرات سلامت اجتماعی با تغییرات سرمایه اجتماعی قابل توضیح است. در این میان، سرمایه اجتماعی سطح اجتماعی سلامت را بهتر از سرمایه اجتماعی فردی پیش‌بینی می‌کند. آنچه در پیشینه مشخص شد این بود که در بین پژوهش‌های داخلی، پژوهشی که به بررسی پیش‌بینی‌کنندگی سلامت اجتماعی توسط سرمایه اجتماعی در محل کار بپردازد وجود نداشت. اخیراً در کشورهای خارجی این مسئله مورد توجه قرار گرفته است؛ چنان‌که نشان داده شد سرمایه اجتماعی محل کار/ منطقه، تأثیرات مثبتی بر نتایج سلامت دارد. با جستجوهای نگارندگان و البته با محدودیت دسترسی به برخی مقالات خارجی، پژوهشی که به بررسی پیش‌بینی‌کنندگی سلامت اجتماعی توسط سرمایه اجتماعی در محل کار پرداخته باشد، یافت نشد. به همین جهت این امر هدف این پژوهش قرار گرفت. در واقع، اگرچه پژوهش‌های زیادی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند؛ آنچه در این پژوهش دنبال می‌شود و در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است، پیش‌بینی سلامت اجتماعی یک نهاد بر اساس سرمایه اجتماعی که در همان نهاد اجتماعی وجود دارد، است.

چارچوب نظری

به عقیده برخی محققان، سرمایه اجتماعی از دو کلمه سرمایه و جامعه تشکیل شده است؛ یعنی این نوع سرمایه، شخصی نیست و در اجتماع شکل می‌گیرد (زارعی متین، شمسی و ادیب‌زاده، ۱۳۹۶: ۳۱). در رابطه با سرمایه اجتماعی نظریه‌پردازان متعددی به بحث پرداخته‌اند. کلمن^۱ از جامعه‌شناسان مشهوری است که رواج سرمایه اجتماعی بیشتر مدیون اوست. او از سرمایه اجتماعی برای تبیین تفاوت‌ها در زندگی افراد استفاده می‌کند. به اعتقاد وی، سرمایه اجتماعی بخشی از ساختار اجتماعی است که به کنشگر اجازه می‌دهد تا با استفاده از آن به منافع

1. Coleman

خود دست یابد. این بُعد از ساختار اجتماعی شامل تکالیف و انتظارات، مجاری اطلاع‌رسانی، هنجارها و ضمانت‌های اجرایی است که انواع خاصی از رفتار را تشویق کرده یا مانع می‌شوند. نظریه پرداز دیگر بوردیو^۱ است که به تحلیل سیستماتیک ویژگی‌های سرمایه اجتماعی پرداخته است. سرمایه اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجه مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده میان افراد و به عبارت ساده‌تر، عضویت در یک گروه است. از نظر او سرمایه اجتماعی از الزامات اجتماعی شبکه پیوندها ساخته شده‌است. بدین منظور پیوندهای شبکه‌ای باید از نوع خاصی باشند؛ یعنی مثبت و مبتنی بر اعتماد. به تعبیر بوردیو سرمایه اجتماعی محصول نوعی سرمایه‌گذاری فردی یا جمعی، آگاهانه یا ناآگاهانه است که به دنبال تثبیت و بازتولید روابط اجتماعی است که مستقیماً در کوتاه‌مدت یا بلندمدت قابل استفاده هستند. نظریه پرداز دیگر پوتنام^۲ است که با بررسی نواحی ایتالیا و طرح سؤالاتی پیرامون شرایط ضروری برای شکل‌گیری جامعه مدنی، جایگاه تازه‌ای به تئوری سرمایه اجتماعی داد و موقعیت این تئوری را در ادبیات اجتماعی به نحو محسوسی ارتقا بخشید. به نظر او سرمایه اجتماعی آن دسته از ویژگی‌های سازمان اجتماعی است که هماهنگی و همکاری را برای منفعت متقابل تسهیل می‌کند. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از: شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اجتماعی. از دیدگاه پوتنام شبکه‌های تمدن مدنی (انجمن‌های همسایگی، انجمن‌های تعاونی، کلوپ‌های ورزشی و احزاب) عناصر اصلی سرمایه اجتماعی هستند؛ چراکه آن‌ها تقویت‌کننده مؤثر هنجارهای عمل متقابل می‌باشند. فوکویاما^۳ نظریه پرداز دیگری است که در این پژوهش مبنای تحلیل و پرداختن به این موضوع است؛ زیرا بیشتر از دیگر نظریه‌پردازان به بحث گروه‌ها می‌پردازد. از دیدگاه او سرمایه اجتماعی عبارت است از هنجارهای غیررسمی جافتاده‌ای که همکاری میان دو یا چند نفر را تشویق می‌کند. دامنه هنجارهایی که سرمایه اجتماعی را به وجود می‌آورند، می‌تواند از

1. Bourdieu
2. Putnam
3. Fukuyama

هنجارهای متقابل بین دو دوست تا تمام آموزه‌های پیچیده و کاملاً جزءبه‌جزء ادیان مانند مسیحیت و یا آیین کنفوسیوس را در برگیرد؛ آن‌ها باید در رابطه انسانی واقعی جا افتاده باشند. هنجار متقابل به هنگام سروکار داشتن با تمام مردم به‌طور بالقوه وجود دارد؛ اما تنها به هنگام برخورد با دوستان بالفعل می‌شود. با این تعریف، اعتماد، شبکه‌ها، جامعه مدنی و موارد دیگری که با سرمایه اجتماعی همراه‌اند، تماماً آثار و نتایج سرمایه اجتماعی را تشکیل نمی‌دهند. آن‌ها باید به همکاری در گروه‌ها منجر شوند و بنابراین با ارزش‌های معنوی سنتی چون صداقت، پایبندی به تعهدات، عملکرد قابلیت اطمینان در انجام وظایف (وظیفه‌شناسی)، رابطه متقابل و نظیر آن مرتبط هستند. هنجارهایی که تولید سرمایه اجتماعی می‌کنند، تقسیم‌پذیرند؛ یعنی می‌توانند تنها در میان گروه محدودی از مردم همان اجتماع مشترک باشند و نه در میان دیگران. از این دیدگاه، سرمایه اجتماعی متعلق به گروه‌هاست. هنجارهایی که شالوده سرمایه اجتماعی را تشکیل می‌دهند در صورتی معنا دارند که بیش از یک نفر در آن سهم باشند (روحانی، ۱۳۹۰: ۱۰-۱۴).

هم‌زمان با اوج‌گیری بحث سرمایه اجتماعی در میان جامعه‌شناسان در دهه ۹۰ میلادی، توجه صاحب‌نظران و محققان بهداشتی-درمانی نیز به‌طور فزاینده‌ای به رابطه سلامتی یک جامعه و عوامل اجتماعی نظیر نابرابری، اعتماد عمومی و وفاق ملی معطوف شد. در این زمینه، مطالعات مربوط به سرمایه اجتماعی و سلامت، اغلب با کار دورکیم^۱ (۱۸۹۷) مرتبط هستند که نشان داد همبستگی اجتماعی به‌طور معکوسی با خودکشی مرتبط است. بحث محوری او در این مطالعه این بود که نیروی تعیین‌کننده خودکشی، روان‌شناختی نیست؛ بلکه نیروی اجتماعی می‌باشد. وی نتیجه می‌گیرد به هراندازه همبستگی اجتماعی سست شود و ارتباط و تعلق سنتی فرد به گروه کاسته شود او آمادگی بیشتری برای پایان‌دادن به حیات خود پیدا می‌کند (امینی رارانی، موسوی و رفیعی، ۱۳۹۰: ۲۰۶-۲۰۷)؛ اما مفهوم سرمایه اجتماعی توسط ویلکنسون^۲ در سال ۱۹۹۶ م. وارد حوزه سلامت عمومی شد.

1. Durkheim
1. Wilkinson

وی و همکارانش دریافتند که ارتباط تنگاتنگی بین اعتماد اجتماعی و مرگومیر در ایالات متحده وجود دارد (Wilkinson, Kawachi & Kennedy, 1998: 580). در این زمینه تحقیقات زیادی نشان داده است در شرایطی که کشورها به سطح معینی از درآمد سرانه برسند، آستانه امید به زندگی ثابت مانده و روند ارتقای آن ادامه نیافته و هرگونه افزایش درآمد سرانه پس از آن، با افزایش امید به زندگی همراه نشده است. به عبارت دیگر، عوامل دیگری غیر از رشد اقتصادی و افزایش درآمد سرانه ملی، درصد افزایش امید به زندگی را توضیح می‌دهند. عوامل روانی-اجتماعی به احتمال زیاد نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌کنند. در جوامع توسعه یافته، شاخص‌هایی نظیر اختلاف درآمدی، میزان اعتماد عمومی، میزان وفاق ملی و همبستگی اجتماعی و بالأخره در یک کلام سرمایه اجتماعی نقش مهم‌تری در تعیین سطح سلامت جامعه نسبت به سایر عوامل زیستی و محیطی دارند (امینی رارانی، موسوی و رفیعی، ۱۳۹۰: ۲۱۳-۲۱۴). با نظر به دیدگاه فوکویاما، سلامت اجتماعی در خلأ شکل نمی‌گیرد؛ زیرا سلامت اجتماعی به نوعی، بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن، شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد است و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر است.

کییز^۱ معتقد است بهزیستی، اساس و بنیانی اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (Callaghan, 2008: 2) و عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد. هم‌چنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد. کییز در یک تحلیل عاملی گسترده پیشنهاد می‌دهد که سلامت اجتماعی افراد از پنج جزء زیر تشکیل شده است:

1. Keyse

- ۱- انسجام اجتماعی: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند؛ بنابراین یکپارچگی اجتماعی گسترده‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن^۱ و آگاهی طبقاتی مارکس^۲ قرار می‌گیرد (Keyse, 1998: 122).
- ۲- مشارکت اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بُعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. مشارکت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آن‌چه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند، برای جامعه مهم و ارزشمند است و به‌عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (Shapiro & Keyes, 2008:340-345).
- ۳- پذیرش اجتماعی: تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بُعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرند و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند.
- ۴- همبستگی اجتماعی: اعتقاد به این‌که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه‌تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند؛ بلکه هم‌چنین راجع به آن‌چه اطرافشان رخ می‌دهد علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.
- ۵- شکوفایی اجتماعی: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این‌که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این

1. Seeman
2. Marx

افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (شریتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۸).

گلد اسمیت^۱ سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای معرفی می‌نماید که منجر به کارایی فرد در جامعه خواهد شد. از این‌رو، داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است که متأسفانه در جامعه به آن، توجه کافی نمی‌شود؛ بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این جنبه از زندگی می‌تواند با خود برای فرد به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی، روان‌شناختی و معنوی آن غافل شد (همان: ۱۵۰). از این‌رو، فرضیه‌های این پژوهش به ترتیب عبارت‌اند از:

- سرمایه اجتماعی کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی آن‌هاست.
- متغیر شبکه‌ها در کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی آن‌هاست.
- متغیر روابط در کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی آن‌هاست.
- متغیر همکاری کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی آن‌هاست.
- متغیر ارزش‌ها در کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی آن‌هاست.

1. Goldsmith

- متغیر فهم متقابل در کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی آن‌هاست.

- متغیر اعتماد در کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی آن‌هاست.

- متغیر تعهد در کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی، پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی آن‌هاست.

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است و جامعه آماری شامل تمام کارکنان اداره کل پست استان خراسان جنوبی می‌باشد. تعیین حداقل حجم نمونه لازم برای گردآوری داده‌های مربوط به مدل‌یابی ساختاری بسیار بااهمیت است. با وجود آن‌که در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌های ساختاری توافق کلی وجود ندارد (Schreiber, 2006)، نقل در حبیبی، (۱۳۹۱: ۵۷)؛ اما به‌زعم (Kline, 2015) برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است. بدین منظور شهرستان‌های بیرجند، قاین، طبس و فردوس به‌صورت خوشه‌ای انتخاب شدند. به دلیل تعداد محدود کارکنان در اداره پست این شهرستان‌ها، همه ۱۲۰ کارکن به‌صورت تمام‌شماری، به‌عنوان نمونه وارد فرایند نظرخواهی شدند.

در این پژوهش سرمایه اجتماعی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و سلامت اجتماعی به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. برای انجام این پژوهش از دو پرسشنامه سرمایه اجتماعی ناهاپیت و گوشال (Nahapiet & Ghoshal, 1998) دارای سه شاخص ارتباطی با مؤلفه‌های (فهم متقابل- اعتماد- تعهد)، شاخص ارتباطی با مؤلفه‌های (همکاری و ارزش‌ها) شاخص ساختاری با مؤلفه‌های (شبکه‌ها و روابط) و پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کییز (Likert, 1998) با مؤلفه‌های (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی) استفاده شد که هر دو در قالب مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت (خیلی موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم =

۳، مخالفم = ۲ و خیلی مخالفم = ۱) ساخته شده‌اند. در پژوهش شربتیان (۱۳۹۱) که بر روی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد انجام شده‌است، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه سلامت اجتماعی ۰/۹۰ و سرمایه اجتماعی ۰/۸۵ را گزارش کرده‌است. با توجه به ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای بررسی شده در این تحقیق، جدول ۱ ضریب پایایی و روایی متغیرهای مورد سنجش را به تصویر کشیده‌است؛ هم‌چنین در این جدول از مقادیر متغیرها و مؤلفه‌های آن جهت کفایت نمونه از آماره استنباطی تحلیلی عامل اکتشافی استفاده شده‌است که می‌توان نتایج آن را مشاهده کرد.

جدول ۱) ضریب پایایی و روایی متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی

مقدار وریانس تبیین یافته	سطح معناداری	درجه آزادی	آزمون بارتلت	KMO	آلفای کرونباخ	تعداد گویه‌ها	متغیر/ مؤلفه
۷۰/۳۵۵	۰/۰۰۰	۷۸	۸۶۵/۸۳۹	۰/۸۴۶	۰/۹۰۵	۱۳	بُعد ارتباطی (فهم متقابل - اعتماد - تعهد)
	۰/۰۰۰	۲۱	۴۵۱/۳۴۹	۰/۸۱۹	۰/۸۸۷	۷	بُعد شناختی (همکاری و ارزش‌ها)
	۰/۰۰۰	۲۸	۴۰۶/۱۵۸	۰/۸۰۸	۰/۸۵۴	۸	بعد ساختاری (شبکه‌ها و روابط)
	۰/۰۰۰	۳۷۸	۲۵۱۴/۱۳۳	۰/۸۵۴	۰/۹۵۲	۲۸	سرمایه اجتماعی
۷۸/۰۶۹	۰/۰۰۰	۶	۴۷/۹۰۹	۰/۶۵۰	۰/۷۲۶	۴	شکوفایی اجتماعی
	۰/۰۰۰	۳	۶۱/۳۷۵	۰/۶۴۳	۰/۷۱۳	۳	همبستگی اجتماعی
	۰/۰۰۰	۳	۸۰/۳۳۴	۰/۵۹۳	۰/۷۳۵	۳	انسجام اجتماعی
	۰/۰۰۰	۱۰	۵۶/۶۶۴	۰/۶۹۶	۰/۷۴۴	۵	پذیرش اجتماعی
	۰/۰۰۰	۱۰	۱۷۳/۴۲۱	۰/۷۲۵	۰/۷۳۱	۵	مشارکت اجتماعی
	۰/۰۰۰	۱۹۰	۷۸۹/۰۶۹	۰/۶۴۶	۰/۷۲۴	۲۰	سلامت اجتماعی

براساس داده‌های جدول ۱، مقدار آلفای سرمایه اجتماعی ۰/۹۵۲ و برای سلامت اجتماعی ۰/۶۴۶ به‌دست آمده‌است که نشان از پایایی و اعتماد بالای گویه‌هاست؛ به‌عبارت دیگر بین

گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر هیچ‌گونه همبستگی مشاهده نمی‌شود که نشان از اعتبار سازه است. همچنین از آلفای کرونباخ جهت پایایی و همسازی درونی سؤالات استفاده شده است که همه گویه‌های مؤلفه‌های سواد سلامت از همسازی درونی خوبی برخوردار است. براساس نتایج آزمون KMO برای سازه سرمایه اجتماعی برابر با $0/854$ به‌دست آمده است؛ بنابراین داده‌های تحقیق قابل تقلیل به تعدادی عامل زیربنایی و بنیادی بوده است. همچنین نتیجه آزمون بارتلت برای مؤلفه‌های سازه در سطح خطای کوچک‌تر از $0/05$ معنی‌دار به‌دست آمده که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همانی و واحد نیست. در نتیجه آزمون بارتلت $2514/133$ متغیر یاد شده در سطح خطای $0/05$ بوده است. در نهایت می‌توان گفت ۵ عامل از ۲۸ عامل سرمایه اجتماعی توانسته‌اند در این تحقیق در حدود $70/355\%$ از واریانس ۲۸ گویه‌ای مرتبط با سازه سرمایه اجتماعی را تبیین کنند. همچنین نتایج آزمون KMO برای سازه سلامت اجتماعی برابر با $0/646$ به‌دست آمده است؛ بنابراین داده‌های تحقیق قابل تقلیل به تعدادی عامل زیربنایی و بنیادی بوده است. همچنین نتیجه آزمون بارتلت برای مؤلفه‌های سازه در سطح خطای کوچک‌تر از $0/05$ معنی‌دار به‌دست آمده که نشان می‌دهد ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همانی و واحد نیست. در نتیجه آزمون بارتلت $2514/133$ متغیر یاد شده در سطح خطای $0/05$ بوده است. در نهایت می‌توان گفت ۷ عامل از ۲۰ عامل سلامت اجتماعی توانسته‌اند در این تحقیق در حدود $78/069\%$ از واریانس ۲۰ گویه‌ای مرتبط با سازه سرمایه اجتماعی را تبیین کنند.

جدول ۲) تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین / ملاک	تعریف مفهومی	تعریف عملیاتی	گویه
سلامت اجتماعی متغیر ملاک	از بعد مفهومی، سلامت اجتماعی مؤلفه‌ای از مفهوم سلامتی می‌باشد که به معنی توانایی ایفای نقش‌های اجتماعی است، بدون این‌که به‌طور عینی یا ذهنی قصد آسیب-رساندن به دیگری در کار باشد (باباپور خیرالدین، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸: ۴).	سلامت اجتماعی نمره‌ای است که کارکنان از پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت اجتماعی می‌گیرند.	پرسشنامه ۲۰ گویه‌ای سلامت اجتماعی کبیز دارای ۵ متغیر می‌باشد که گویه‌های ۵، ۶ و ۷ متغیر "همبستگی اجتماعی"، گویه‌های ۸، ۹ و ۱۰ متغیر "انسجام اجتماعی"، گویه‌های ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ متغیر "مشارکت اجتماعی"، گویه‌های ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ متغیر "شکوفایی اجتماعی" و گویه‌های ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰ متغیر "پذیرش اجتماعی" را می‌سند.
سرمایه اجتماعی متغیر پیش‌بین	به‌طور کلی سرمایه اجتماعی، منبع کنش‌های جمعی است که عامل پیونددهنده عوامل اجتماعی است و موجب استفاده حداکثری از منابع فیزیکی و انسانی در جهت رشد و توسعه و تعالی جامعه خواهد شد. سرمایه اجتماعی با شاخص‌هایی هم‌چون، اعتماد، آگاهی، مشارکت، شبکه‌ها و هنجارها سنجیده می‌شود و جامعه‌ای که هر یک از شاخص‌های یاد شده در آن زیاد باشد از سرمایه اجتماعی بالایی برخوردار است (رهبر و حیدری، ۱۳۹۰: ۲۲۰).	سرمایه اجتماعی نمره‌ای است که کارکنان از پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه ناهاپیت و گوشال کسب کرده‌اند.	پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی ناهاپیت و گوشال (۱۹۹۸) هفت متغیر شبکه‌ها، اعتماد، همکاری، فهم متقابل، روابط، ارزش‌ها، تعهد را مورد بررسی قرار می‌دهد و در ۲۸ گویه تنظیم شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از شاخص‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی)، همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شد. از آن‌جاکه در تحلیل مسیر، شاخص‌های زیادی برای سنجش برازندگی مدل وجود دارد، در این پژوهش از روش حداکثر احتمال برای برآورد مدل و از پنج شاخص مطلق یعنی مجذور خی (X^2)، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی (X^2/DF)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)، و سه شاخص نسبی یعنی شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص توکر-لوئیس (TLI) و برازندگی هنجار شده

بنتلر- بانت (NFI) استفاده شد. ملاک‌های CFI, GFI, TLI و NFI شاخص‌هایی هستند که بین صفر تا یک گسترده‌اند و هرچه به یک نزدیک‌تر باشند بهتر است و مطلوب است تا بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند. ملاک X^2 عدم معنی‌داری می‌باشد؛ ولی به دلیل حساسیت زیاد به حجم نمونه، معنی‌داری آن قابل انتظار است و در صورت معنی‌داری بهتر است به شاخص X^2/DF رجوع شود. مطلوب است این شاخص زیر ۳ باشد. ملاک RMSEA که مهم‌ترین شاخص برازش محسوب می‌شود در سه سطح در نظر گرفته شده است: ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ قابل قبول، ۰/۰۶ تا ۰/۰۸ مطلوب و زیر ۰/۰۶ عالی محسوب می‌شود (Kline, 2015: 19). تمام تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای بسته آماری برای علوم اجتماعی SPSS ویراست ۲۲ و نرم‌افزار آموس (AMOS) ویراست ۲۴ انجام شدند.

یافته‌های تحقیق

جدول ۳) توزیع فراوانی متغیرهای زمینه‌ای نمونه مورد مطالعه

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۱۱۳	۹۴/۲
زن	۷	۵/۸
جمع	۱۲۰	۱۰۰
سن	فراوانی	درصد
۲۰-۳۰ سال	۲۰	۱۶/۲۶
۳۰-۴۰ سال	۵۳	۴۴/۱
۴۰-۵۰ سال	۳۴	۲۸/۳
۵۰ سال به بالا	۹	۷/۵
بی‌پاسخ	۴	۳/۳
جمع	۱۲۰	۱۰۰
وضعیت تأهل	فراوانی	درصد
مجرد	۲	۱/۹

جنسیت	فراوانی	درصد
متاهل	۱۰۶	۹۸/۱
بی پاسخ	۱۲	۱۰۰
جمع	۱۲۰	۱۰۰
تحصیلات	فراوانی	درصد
دیپلم	۴۹	۴۰/۸
فوق دیپلم	۳۵	۲۹/۱
لیسانس	۳۲	۲۶/۶
فوق لیسانس	۳	۲/۵
بی پاسخ	۱	۰/۸۳
جمع	۱۲۰	۱۰۰
سابقه خدمت	فراوانی	درصد
۱-۵ سال	۱۰	۸/۳
۵-۱۰ سال	۱۸	۱۵
۱۰-۱۵ سال	۸۳	۶۹/۱
۱۵-۲۰ سال	۲۱	۱۷/۵
۲۰ سال به بالا	۲۳	۱۹/۱
بی پاسخ	۱۰	۸/۳
جمع	۱۲۰	۱۰۰

جدول ۳ نشان می‌دهد اکثریت افراد پاسخگو مرد بوده‌اند و میانگین سنی پاسخگویان ۳۵ سال به‌دست آمده است که تقریباً همه اعضای جامعه متأهل بوده‌اند و میانگین خدمت افراد جامعه مورد مطالعه بالای ۱۳ سال به‌دست آمده است.

جدول ۴) توزیع فراوانی پاسخگویان در بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی

واریانس	انحراف معیار	میانگین	زیاد	متوسط	کم	شاخص	
						فراوانی	درصد
۰/۴۱۳	۰/۶۴۳۰۱	۳/۴۱۶	۳۹	۷۲	۹	فراوانی	بُعد ارتباطی (فهم متقابل - اعتماد - تعهد)
			۳۲	۶۰/۵	۷/۵	درصد	
۰/۴۵۵	۰/۷۷۰۵۸	۳/۳۴۷	۴۶	۵۵	۱۹	فراوانی	بُعد ساختاری (همکاری و ارزش‌ها)
			۳۷/۸	۴۶/۲	۱۶	درصد	
۰/۵۹۴	۰/۶۷۴۶۱	۳/۵۱۶	۶۸	۳۴	۱۷	فراوانی	بُعد شناختی (شبکه‌ها و روابط)
			۵۷/۱	۲۸/۶	۱۴/۳	درصد	
۰/۴۰۳	۰/۶۳۴۶۷	۳/۴۲۰	۳۹	۶۱	۲۰	فراوانی	سرمایه اجتماعی
			۳۲/۵	۵۰/۸	۱۶/۷	درصد	
۰/۵۸۰	۰/۷۶۱۳۸	۴/۰۳۶۱	۸۱	۳۳	۶	فراوانی	انسجام اجتماعی
			۶۷/۵	۲۷/۵	۵	درصد	
۰/۳۶۶	۰/۶۰۵۲۹	۲/۹۳۶۷	۱۶	۷۲	۳۲	فراوانی	پذیرش اجتماعی
			۱۳/۳	۶۰	۲۶/۷	درصد	
۰/۴۱۶	۰/۶۴۴۹۸	۳/۴۶۱۷	۳۶	۷۲	۱۲	فراوانی	مشارکت اجتماعی
			۳۰	۶۰	۱۰	درصد	
۰/۵۸۶	۰/۷۶۵۱۹	۳/۱۴۷۲	۲۳	۶۳	۳۴	فراوانی	همبستگی اجتماعی
			۲۰	۵۴/۶	۲۹/۶	درصد	
۰/۴۲۸	۰/۶۵۴۲۲	۳/۷۴۳۸	۶۱	۵	۹۰	فراوانی	شکوفایی اجتماعی
			۵۰/۸	۴۱/۷	۷/۵	درصد	
۰/۱۱۹	۰/۳۴۵۴۲	۳/۴۲۷۷	۳۷	۶۵	۱۸	فراوانی	سلامت اجتماعی
			۳۰/۸	۵۴/۲	۱۵	درصد	

بر اساس داده‌های جدول ۴، باید اشاره کرد تقریباً در حدود ۵۱٪ پاسخگویان در حد متوسط از سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن در محیط کار برخوردار بوده‌اند. هم‌چنین در بین ابعاد این متغیر در حدود ۶۰٪ پاسخگویان در بُعد ارتباطی به مؤلفه‌های فهم متقابل، اعتماد و تعهد نسبت به هم در محیط کار اهمیت زیادی می‌داده‌اند؛ بُعد ساختاری و بُعد شناختی در مرتبه‌های بعدی از سوی کارکنان قرار گرفته است. بیش از نیمی از پاسخگویان در بُعد شناختی با توجه به

مؤلفه‌های شبکه‌ها و روابط اجتماعی در محیط کار به نسبت دیگر مؤلفه‌ها اهمیت زیادی می‌داده‌اند. در بین مقادیر میانگین ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی بعد شناختی (شبکه‌ها و روابط)، ارتباطی (فهم متقابل، اعتماد و تعهد) و ساختاری (همکاری و ارزش‌ها) به ترتیب حائز اهمیت بوده‌است.

در بین داده‌های متغیر سلامت اجتماعی مؤلفه انسجام اجتماعی به نسبت دیگر مؤلفه‌های این متغیر در وضعیت گویه زیاد بیش از دو سوم حائز اهمیت بوده‌است. بیش از نیمی از پاسخگویان در اکثر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در حد متوسط قرار داشته‌اند. در نهایت بیش از نیمی از پاسخگویان در حد متوسط رو به بالا از سلامت اجتماعی بهره برده‌اند. میانگین مؤلفه انسجام اجتماعی بیشترین و مؤلفه پذیرش اجتماعی کمترین میانگین را در بین مؤلفه‌های متغیر وابسته داشته‌است.

در نهایت وضعیت میانگین متغیرهای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در بین کارمندان بالاتر از حد متوسط بوده‌است؛ به این معنا که برای پاسخگویان ابعاد ارتباطی، شناختی و ساختاری در حوزه کار و زندگی حائز اهمیت و رو به بالا بوده‌است. هم‌چنین ارزیابی توانایی انجام مؤثر، کارآمدی عملکردها، مهارت‌ها و نقش‌های اجتماعی فرد در جامعه که به نوعی سلامت اجتماعی تعریف می‌شود، برای پاسخگویان بالاتر از حد متوسط حائز اهمیت بوده‌است.

بر اساس آماره‌های استنباطی، ماتریس همبستگی در جدول ۵ ارائه شده‌است.

جدول ۵) میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی صفر مرتبه بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. سرمایه اجتماعی	۱								
۲. شبکه‌ها	**۰/۷۷	۱							
۳. روابط	**۰/۸۹	**۰/۷۰	۱						
۴. همکاری	**۰/۸۳	**۰/۶۲	**۰/۷۳	۱					
۵. ارزش‌ها	**۰/۸۳	**۰/۵۹	**۰/۶۷	**۰/۶۸	۱				
۶. فهم متقابل	**۰/۸۳	**۰/۵۴	**۰/۷۵	**۰/۵۶	**۰/۶۳	۱			
۷. اعتماد	**۰/۷۴	**۰/۴۹	**۰/۶۲	**۰/۵۱	**۰/۵۳	**۰/۵۴	۱		
۸. تعهد	**۰/۷۸	**۰/۴۸	**۰/۵۸	**۰/۶۱	**۰/۷۰	**۰/۶۳	**۰/۴۸	۱	
۹. سلامت اجتماعی	**۰/۴۵	**۰/۳۳	**۰/۴۴	**۰/۴۲	**۰/۴۵	**۰/۳۰	**۰/۳۰	**۰/۳۲	۱
میانگین	۳/۴۲	۳/۳۱	۳/۳۹	۳/۴۸	۳/۵۶	۳/۱۷	۳/۴۵	۳/۶	۳/۴۲
انحراف استاندارد	۰/۶۳۴	۰/۷۱۴	۰/۷۵۳	۰/۸۴۸	۰/۸۲۴	۰/۸۸۷	۰/۷۰۳	۰/۷۵۹	۰/۳۴۵
کجی	-۰/۵۶۱	-۰/۲۷۲	-۰/۴۸	-۱/۲۴	-۰/۸۸	-۰/۳۲	-۰/۸۴۶	-۰/۶۷۴	-۰/۵۰
کشیدگی	-۰/۲۴۹	-۰/۶۴	۰/۳۰۲	۱/۰۳	۰/۵۴	۰/۵۰۹	۰/۴۷۳	۰/۴۴۱	۰/۴۰۴

** p<۰/۰۱

یافته‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن (شبکه‌ها، روابط، همکاری، ارزش‌ها، همکاری متقابل، اعتماد، تعهد) با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری برقرار بود ($p < 0.01$)؛ به این معنا که با توجه به ضرورت بُعد شناختی، ساختاری و ارتباطی سرمایه‌های اجتماعی در محیط کار می‌تواند سلامت اجتماعی نسبت به محیطی که در آن فعالیت می‌کنند را ارتقا دهد.

برای آزمون مدل فرضی، پیش‌فرض‌های آماری بررسی شد. نتایج نشان داد متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچک‌تر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچک‌تر از ۱۰ بودند و در نتیجه بر اساس نظر کلاین (۲۰۱۵) تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نبود. دو شاخص آماره تحمل و عامل تورم واریانس برای تعیین میزان همپوشی متغیرهای برون‌زا

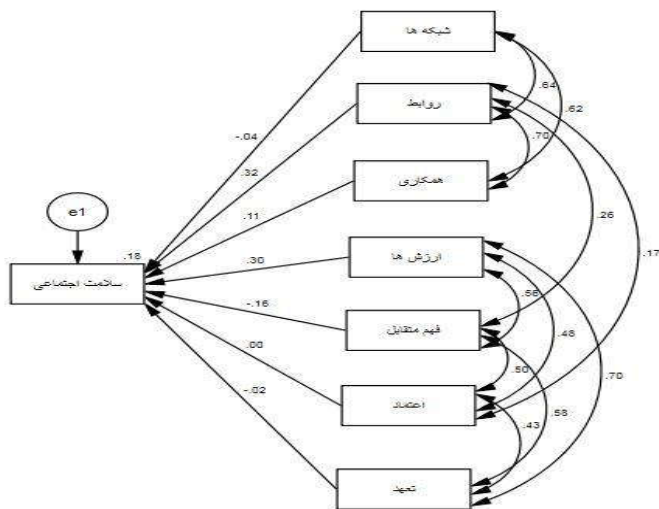
محاسبه شد که کلیه این ضرایب در سطح قابل قبولی بودند؛ به طوری که شاخص تحمل برای تمام متغیرهای پیش بین کوچک تر از ۰/۵۷۸، و شاخص تورم واریانس کوچک تر از ۴/۱۹ به دست آمد. اگر شاخص تحمل کوچک تر از ۱، شاخص تورم کوچک تر از ۱۰ باشد می توان گفت از مفروضه های رگرسیون تخطی صورت نگرفته است. به عبارتی می توان گفت سرمایه اجتماعی و ابعاد آن از وضعیت متوسط رو به پایینی برای تبیین متغیر ملاک (سلامت اجتماعی) در زمان اجرای پژوهش برخوردار بوده است.

پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی مدل مفروض پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت. همان گونه که جدول ۶ نشان می دهد الگوی پیشنهادی اصلاح شده با توجه به شاخص های برازندگی، دارای برازشی خوبی با داده ها نیست.

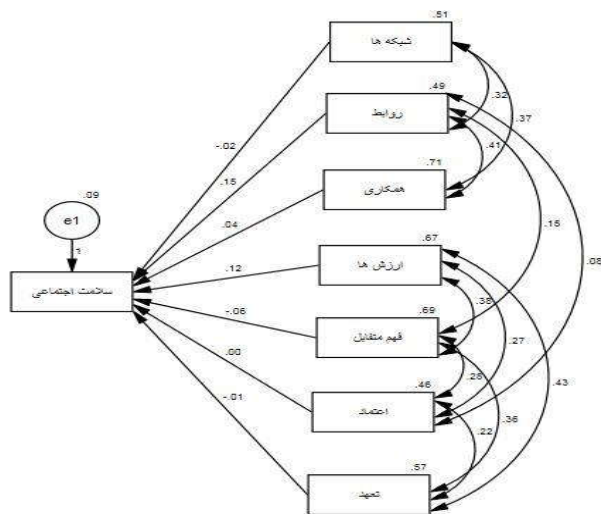
جدول ۶) شاخص های برازندگی مدل اصلاح شده

شاخص	χ^2	Df	P	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	TLI
اصلاح شده	۱۲۸۷۰	۱۰	۰/۰۰۱	۱۲/۸۷	۰/۳۱۶	۰/۸۴	۰/۴۳	۰/۷۸	۰/۷۸	۰/۷۹	۰/۴۰

مدل ساختاری مورد آزمون در حالت ضرایب استاندارد و غیراستاندارد در شکل ۱ و ۲ آمده است.



شکل ۱) ضرایب استاندارد مدل مفهومی پژوهش



شکل ۲) ضرایب غیراستاندارد مدل مفهومی پژوهش

در جدول ۷ ضرایب اثر مستقیم و سطح معنی‌داری بین متغیرهای پژوهش در قالب تحلیل رگرسیون، گام به‌گام آورده شده است.

جدول ۷) برآوردهای مربوط به تأثیرات مستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته

فرضیه	دوربین واتسون	آماره F	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	T	ضریب استاندارد شده بتا (Beta)	ضریب معیار نشده	متغیر وابسته	متغیر مستقل
تأیید	۱/۸۵۱	۲۱/۴۵۱	۰/۱۵۶	۰/۳۹۵	۰/۰۰۰	۴/۶۳۲	۰/۳۹۵	۰/۱۹۴	سلامت اجتماعی	شبکه‌ها
تأیید	۱/۷۵۸	۲۰/۰۹۸	۰/۱۶۱	۰/۴۰۱	۰/۰۰۰	۴/۴۸۳	۰/۴۰۱	۰/۱۶۷		روابط
تأیید	۱/۸۹۳	۲۴/۸۵۸	۰/۱۷۴	۰/۴۱۷	۰/۰۰۰	۴/۹۸۶	۰/۴۱۷	۰/۱۷۰		همکاری
تأیید	۱/۷۳۹	۲۸/۴۵۶	۰/۱۹۶	۰/۴۴۲	۰/۰۰۰	۵/۳۳۴	۰/۴۴۲	۰/۱۸۵		ارزش‌ها
تأیید	۱/۷۱۶	۹/۳۱۲	۰/۰۷۷	۰/۲۲۷	۰/۰۰۳	۳/۰۵۲	۰/۲۷۷	۰/۱۰۲		فهم متقابل
تأیید	۱/۵۲۹	۱۰/۶۵۰	۰/۰۸۵	۰/۲۹۲	۰/۰۰۱	۳/۲۶۳	۰/۲۹۲	۰/۱۴۴		اعتماد
تأیید	۱/۵۳۲	۹/۲۸۶	۰/۰۷۵	۰/۲۷۳	۰/۰۰۳	۳/۰۴۷	۰/۲۷۳	۰/۱۱۴		تعهد
تأیید	۱/۸۳۲	۲۹/۴۰۹	۰/۲۰۰	۰/۴۴۷	۰/۰۰۰	۵/۴۲۳	۰/۴۴۷	۰/۲۴۳		سرمایه اجتماعی

نتایج جدول ۷ حاکی از آن است که ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده که شامل ضرایب برآورد مدل رگرسیونی است، این گونه به دست می‌آید:

$$۱/۳۱۹ = (۰/۱۹۴ + ۰/۱۶۷ + ۰/۱۷۰ + ۰/۱۸۵ + ۰/۱۰۲ + ۰/۱۴۴ + ۰/۱۱۴ + ۰/۲۴۳)$$

حال در این مدل با توجه به ضرایب استاندارد شده، بتا (Beta) سهم نسبی هر مؤلفه سرمایه اجتماعی در تبیین تغییرات متغیر وابسته را نشان می‌دهد که به ترتیب براساس بیشترین بتا در این مدل مؤلفه‌های ارزش‌ها، همکاری، روابط، شبکه‌ها، اعتماد و تعهد به ترتیب، به بهترین وجه متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. می‌توان نتیجه گرفت که به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در این مؤلفه‌ها میزان سلامت اجتماعی به ترتیب به میزان ۰/۴۴۲، ۰/۴۱۷، ۰/۴۰۱، ۰/۳۹۵، ۰/۲۹۲ و ۰/۲۷۳ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. مقدار t اهمیت نسبی حضور همه مؤلفه‌های مستقل را در مدل نشان می‌دهد. با توجه به این که در این تحقیق مقدار t برای همه مؤلفه‌ها در سطح خطای ۰/۰۵ معنی دار هستند؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که متغیرهای مورد نظر تأثیر معنی داری در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند.

با توجه به این که آماره دوربین واتسون بین صفر تا ۴ است، اگر بین باقیمانده‌ها همبستگی متوالی وجود نداشته باشد، مقدار این آماره باید به ۲ نزدیک باشد. اگر به صفر نزدیک باشد نشان‌دهنده همبستگی مثبت و اگر به ۴ نزدیک باشد نشان‌دهنده همبستگی منفی است. در مجموع اگر این آماره بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد جای نگرانی نیست (حبیب‌پور گتایی و صفری شالی، ۱۳۹۰: ۴۹۸) بر این اساس چون مقدار آزمون مذکور برای متغیر سرمایه اجتماعی در این تحقیق برابر با ۱/۸۳۲ به دست آمده است؛ بنابراین مفهوم مستقل بودن متغیر این پژوهش اثبات شده و به این معنی است که نتایج مشاهده تأثیری بر دیگر مشاهدات نداشته است. ضمناً آماره دوربین و واتسون تمام مؤلفه‌ها با توجه به توضیحات آماری بیان شده بالاتر از مقدار مذکور است؛ پس همبستگی مثبت بین مؤلفه‌ها برای تبیین متغیر وابسته و هم‌خط بودن وجود دارد.

مقدار ضریب همبستگی (R) سرمایه اجتماعی ۰/۴۴۷ به دست آمده است که نشان می‌دهد بین مجموعه مؤلفه‌های متغیر مستقل با وابسته، رابطه همبستگی خیلی قوی در زمان انجام پژوهش وجود ندارد؛ اما مقدار ضریب تعیین تعدیل شده سرمایه اجتماعی برابر با ۰/۲۰۰ است که بیانگر این است که نزدیک به ۲۰٪ از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی کارکنان، متأثر از سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌ها و ابعاد آن در زمان انجام پژوهش بوده است. در این معادله مقدار آماره F ۲۹/۴۰۹ است که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است. می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی پژوهش مرکب از مؤلفه‌ها و ابعاد متغیر مستقل و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مدلی است که می‌تواند تا حدی متوسط رو به پایین متغیر وابسته را تبیین کند.

بحث و نتیجه‌گیری

در مقوله سلامت، بُعد سلامت اجتماعی یکی از ابعاد پراهمیت محسوب می‌شود که روزبه‌روز اهمیت و تأثیرات آن بیشتر به اثبات می‌رسد. لارسن در تعریفی، سلامت اجتماعی را به معنای ابراز فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست، می‌داند. در ارزیابی جدید بین‌المللی، سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های مهم توسعه در نظر گرفته شده‌است. یکی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی است. در واقع، نتایج زیادی حاکی از تأثیرگذاری ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی است. برای نمونه نتایج تحقیقات متعددی بیانگر این است که پیدایش بیشتر افراد مبتلا به اختلالات روانی، در گروه‌ها و افرادی با حمایت‌های اجتماعی ضعیف‌تر رخ می‌دهد. یافته‌های تحقیقات دیگری حاکی از این است که نرخ مرگ‌ومیر در افرادی که تعاملات و مشارکت اجتماعی پایین‌تری دارند، ۲-۴ برابر بیشتر است (همتی‌راد، کشاورز و مومنی، ۱۳۹۷: ۹). مطالعات نشان داده‌است که در بین عوامل مؤثر بر ایجاد سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به این قرار است: سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، داروها و ...) به میزان ۲۵٪، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژی ۱۵٪ و سهم عوامل فیزیکی، زیست‌محیطی و رفتاری ۱۰٪؛ این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ۵۰٪ می‌باشد (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۴۳)؛ بنابراین چنین می‌توان احتمال داد که عوامل اجتماعی سلامت را متأثر می‌سازد.

با نظر به چنین اهمیتی، هدف اصلی این پژوهش، مطالعه نقش پیش‌بینی سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی بوده است. یافته‌ها نشان داد که سرمایه اجتماعی در این تحقیق با ضریب همبستگی ۰/۴۴۷٪ مبتنی بر یک رابطه متوسط توانسته است با سلامت اجتماعی ارتباط آماری معناداری داشته باشد و در حدود ۲۰٪ این متغیر به همراه ابعاد و مؤلفه‌های آن در زمان انجام پژوهش می‌توانند تغییراتی در کل سلامت اجتماعی کارکنان ادیره پست استان خراسان جنوبی به وجود آورند که این سهم، اثر ناچیزی است و مقدار متوسط رو به پایینی بر متغیر وابسته داشته است. رابطه معنادار یافته‌های سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی این پژوهش با نتایج پژوهش موسوی و دیگران (۱۳۹۴)؛ امینی رارانی، موسوی و رفیعی

(۱۳۹۰)؛ احسان و دیگران (Ehsan, et al., 2019)؛ زانک و جیانگ (Zhang & Jiang, 2019)؛ آلوارز، کاواچی و رومانی (Alvarez, Kawachi & Romani, 2019)؛ سیل، هاو و کواناگ (D'Hombres, et al., 2018)؛ دی‌هاومبرس و دیگران (Shiell, Hawe & Kavanagh, 2018)؛ مورایاما، فوجی‌وارا و کاواچی (Murayama, Fujiwara, & Kawachi, 2012) همسویی دارد. در تبیین این یافته‌ها باید اشاره کرد که برای تقویت سلامت اجتماعی کارکنان، احتمال دارد ارتباطات به عنوان مؤلفه‌ای مهم در ساختار سازمانی بر سلامت اجتماعی آن‌ها مؤثر قلمداد شود. بنابراین، منظور از ارتباطات به این معناست که درک و فهم بین اعضای یک گروه یا سازمان وجود داشته باشد که در قالب صور گوناگونی چون همکاری، مبادله، وصلت و دوستی و ... به روابط و پیوند بین اعضا منجر می‌شود. در نتیجه، استحکام این نوع از اشکال روابط متقابل بین اعضای سازمان که به نوعی شبکه روابطی را به وجود می‌آورد؛ احتمال دارد سلامت اجتماعی کارکنان را تقویت کند. از منظری دیگر باید اشاره کرد که تحکیم شبکه روابط و ارتباطات بین اعضای سازمان ممکن است عواطف و احساسات افراد را نسبت به هم تقویت کند؛ پس می‌توان احتمال داد که از طریق ارتباطات پایدار بین اعضای سازمان، ارزش‌ها و توانمندی‌های اعضا نسبت به هم، به شیوه‌های معین پاسخ داده شود و ممکن است این پاسخگویی میزان زمان و سرمایه‌گذاری مورد نیاز برای گردآوری اطلاعات بین اعضا را کاهش دهد و خود سرآغازی مثبت برای تقویت سلامت اجتماعی اعضای سازمان قلمداد شود.

از سوی دیگر می‌توان گفت، بخشی از مؤلفه‌ها و ابعاد سرمایه اجتماعی به صورت یک پدیده ذهنی در افراد ایجاد می‌شود که این بخش مجموعه‌ای از ارزش‌ها و نگرش‌های مؤثر یا تعیین‌کننده افراد در مورد نحوه ایجاد ارتباط با یکدیگر است؛ به این معنا که سرمایه اجتماعی به آن دسته از ارزش‌ها و نگرش‌هایی تأکید می‌کند که افراد را به همکاری، تفاهم و همدلی با یکدیگر متمایل می‌سازد و موجب پیوند اعضای سازمان می‌شود و افراد را دارای وجدان اجتماعی و حس تعهد متقابل نسبت به هم می‌کند و بین اعضای سازمان که منافع و تصورات مشترک

دارند، حس همبستگی و پیوستگی را به وجود می‌آورد که این موضوع خود می‌تواند دلیلی برای تقویت سلامت اجتماعی درون سازمانی تلقی شود.

به معنای دیگر ارزش به‌عنوان پدیده اجتماعی، در شکل‌گیری، کنترل و پیش‌بینی کنش‌های افراد مؤثر است. ارزش‌های اجتماعی که به‌عنوان احکام وسیعی مورد پذیرش گروه قرار می‌گیرد، مبنای عمل، وقایع و پیامدهای اجتماعی است. هرچه این مبنا دارای منطق باشد و امور را تسهیل کند، سلامت روانی و اجتماعی نیز از آن متأثر می‌شود (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴: ۱۵۸). در این ارتباط اصل تطابق با ارزش‌هاست که تعامل بین سازمان و انسان را تبیین می‌کند و در واقع عملکرد انسان در محیط سازمانی به توانایی تطابق آن‌ها و عامل فشارهای روانی-اجتماعی بستگی دارد. شرایط نامطلوب، انسان را به طرف بیماری یا حالت غیرتطابقی سوق می‌دهد. در این شرایط ارزش‌ها اهداف فراموقعیتی هستند که در مقام اصول راهنما در زندگی شخص یا گروه اجتماعی خدمت می‌کنند. به این ترتیب، سلامت اجتماعی تحت تأثیر این ارزش‌ها قرار می‌گیرد (گلایی و دیگران، ۱۳۹۴: ۱۲۴).

با توجه به آنچه بیان شد، سرمایه اجتماعی در سازمان می‌تواند کارآیی اجتماعی را از طریق سهولت بخشیدن به کنش‌های هماهنگ، بهبود بخشد و به‌عنوان مفهومی چندبعدی دربردارنده شاخص‌هایی چون شبکه ارتباطی، ارزش‌ها، اعتماد و مشارکت اجتماعی باشد و پایه اصلی حیات اجتماعی سازمان شود. این پدیده، در شبکه ارتباطی نسبتاً بادوام و نهادینه-شده‌ای، توأم با شناخت، تعهدات و اعتماد به‌عنوان منابعی بالقوه، موجب تسهیل کنش‌های فردی و جمعی از جمله سلامت اجتماعی می‌شود (شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۶: ۱۳۱).

در نهایت سرمایه اجتماعی در فعالیت‌های جمعی به جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی منجر می‌شود. در این صورت فرد احساس می‌کند که فصل مشترکی با ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش دارد و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد نمی‌شود (تقویت انسجام اجتماعی و سازمانی)؛ بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت سازمانی‌اش می‌تواند به اجزای تشکیل‌دهنده آن بستگی داشته باشد؛ پس به توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قائل است

(افزایش شکوفایی اجتماعی در سازمان). با این تفکر شخص احساس می‌کند که هرچند سازمان دارای پیچیدگی است؛ اما می‌تواند آن را بفهمد و درک کند و نیز آن را پیش‌بینی کند (تقویت همبستگی اجتماعی در سازمان) و بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به سازمان و حتی افراد آن تقویت کند (افزایش پذیرش اجتماعی در سازمان). وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد و فرد در سازمان کارآمد شد، احساس می‌کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده سازمان می‌تواند داشته باشد (تقویت مشارکت اجتماعی در سازمان) و در نهایت سلامت اجتماعی فرد در سازمان ارتقا می‌یابد. نتیجه این تقویت باعث می‌شود که تعارضات شخصیتی، اختلال رفتاری و گسترش فساد و ناهنجاری‌های سازمانی و... کاهش پیدا کند؛ در واقع، نهادینه‌شدن سرمایه اجتماعی در سازمان می‌تواند نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای در سلامت اجتماعی اعضای یک سازمان داشته باشد؛ بنابراین، اگر بتوان رابطه بین این دو پدیده را در سازمان بیشتر کرد، عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی خواهد بود که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی بالا و یا مناسبی برخوردار باشند می‌توانند با چالش‌های سازمانی مقابله نمایند و عملکرد بهتری در سازمان داشته باشند. بر پایه یافته‌های این پژوهش و مطالعات صورت‌گرفته، پیشنهاد می‌شود که از طرق مختلف مانند استفاده از روش‌های آموزش گروهی و ایجاد شبکه‌های اجتماعی علمی، آموزشی، دوستی و تفریحی به ارتقای سلامت کارکنان توجه شود. هم‌چنین، با توجه به نقش پیش‌بینی‌کننده سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی و یک متغیر غیراقتصادی برای رسیدن به جامعه‌ای سالم، سرمایه اجتماعی و به‌خصوص نوع جدید و عام آن که متضمن مشارکت گسترده‌تر و سامان‌یافته مردم همراه با احساس اعتماد اجتماعی بالاست، در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های سلامت مد نظر قرار گیرد. بدین منظور می‌توان گفت اگر قرار است یافته‌های اپیدمیولوژیک در مورد ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت مورد استفاده قرار گیرد، باید شواهد اضافی را جمع‌آوری کرد و امکان‌سنجی مداخلاتی را که باعث ایجاد سرمایه‌های اجتماعی به‌عنوان ابزاری برای ارتقای سلامت اجتماعی می‌شود کشف کرد.

همچنین آنچه برای کارایی در سازمان ضرورت دارد، آغاز و حفظ چرخه‌های سود و منفعت است. این چرخه‌ها، چرخه‌هایی رو به ترقی هستند که به وسیله منابع شغلی و منابع فردی (روابط اجتماعی و سلامت اجتماعی) جرقه خورده و می‌توانند باعث بروز نتایج مثبت گوناگون از راه ایجاد سلامت اجتماعی شوند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نقش سرمایه اجتماعی در سلامت اجتماعی و ارتباط ۰/۸۹ روابط و ۰/۸۳ ارزش‌ها، شاید بهتر باشد اداره پست برای پیشرفت کارایی سازمان خود به مؤلفه روابط و ارزش‌های کارکنان اهمیت دهد تا منجر به سلامت اجتماعی کارکنان شود و ارتقای کیفیت سازمان را در پی داشته باشد. نیز لازم است در پژوهشی دیگر و در سازمانی دیگر این پژوهش انجام شود تا نقش سایر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرد و نقش و اهمیت هر کدام از مؤلفه‌ها مشخص شود.

منابع

- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر؛ رفیعی، حسن (۱۳۹۰). "رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران". *رفاه اجتماعی*، دوره ۱۱، ش ۴۲ (پاییز): ۲۰۳-۲۲۸.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه؛ حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). "بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز". *فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، دوره ۴، ش ۱۶ (زمستان): ۱-۱۹.
- حبیب‌پور گتایی، کرم؛ صفری شالی، رضا (۱۳۹۰). *راهنمای جامع کاربرد Spss در تحقیقات پیمایشی*. تهران: لویه؛ متفکران.
- حبیبی، آرش (۱۳۹۱). *کتاب الکترونیکی آموزش کاربرد نرم‌افزار لیزرل؛ مدل‌یابی معادلات ساختاری و تحلیل عاملی*. تهران: جهاد دانشگاهی.
- دینی ترکمانی، علی (۱۳۸۵). "تبیین افول سرمایه اجتماعی". *رفاه اجتماعی*، دوره ۶، ش ۲۳ (زمستان): ۱۴۷-۱۷۱.
- روحانی، حسن (۱۳۹۰). "سرمایه خانواده؛ سنگ بنای سرمایه اجتماعی". *فصلنامه راهبرد*، دوره ۲۰، ش ۵۹ (تابستان): ۷-۴۶.
- رهبر، عباسعلی؛ حیدری، فاطمه (۱۳۹۰). "تأثیر سرمایه‌گذاری اجتماعی بر ارتقای سیاست‌گذاری". *مطالعات روابط بین‌الملل*، دوره ۴، ش ۱۴ (بهار): ۲۱۹-۲۵۳.
- زارعی متین، حسن؛ شمسی، فاطمه؛ ادیب‌زاده، مرضیه (۱۳۹۶). "سرمایه اخلاقی مولد سرمایه اجتماعی". *مدیریت سرمایه اجتماعی*، دوره ۴، ش ۱ (بهار): ۲۷-۴۴.
- سیدان، فریبا؛ عبدالصمدی، محبوبه (۱۳۹۰). "رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان". *رفاه اجتماعی*، دوره ۱۱، ش ۴۲ (پاییز): ۲۲۹-۲۵۴.
- شجاع، محسن، و دیگران (۱۳۹۰). "تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت روان سالمندان منطقه ۹ شهر تهران". *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی* (ویژه‌نامه آمار زیستی و اپیدمیولوژی)، دوره ۳ (پاییز): ۸۱-۹۰.

- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). "تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد". *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، دوره ۲، ش ۵ (بهار): ۱۴۹-۱۷۴.
- شربتیان، محمدحسن؛ ایمنی، نفیسه (۱۳۹۶). "تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان (مورد مطالعه: زنان منطقه چهار شهری تهران)". *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، سال هشتم، ش ۳۰ (بهار): ۱۰۵-۱۴۰.
- شکرپیگی، عالییه؛ محمدی، حوا (۱۳۹۲). "بررسی تطبیقی رابطه میان سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در میان زنان شاغل و خانه‌دار تهرانی". در: *مجموعه مقالات دومین کنگره ملی روان‌شناسی اجتماعی ایران*. گردآورنده انجمن روان‌شناسی اجتماعی ایران. تهران: انجمن روان‌شناسی اجتماعی ایران: ۹۳۶-۹۳۷.
- صابری، محمد؛ رضانی، آذر (۱۳۹۵). "بررسی ارتباط سلامت اجتماعی زنان روستایی با متغیرهای دموگرافیک". در: *مجموعه مقالات ششمین همایش سراسری راهکارهای ارتقای سلامت و چالش‌ها با محوریت مراقبت مبتنی بر جامعه*. گردآورنده دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران: ۱۶۵-۱۶۶.
- کریمی، شهناز؛ تافته، مریم (۱۳۹۶). "بررسی رابطه بین تنوع محتوایی در شبکه‌های اجتماعی مجازی با میزان سلامت اجتماعی زنان متأهل شهر تهران". در: *مجموعه مقالات دومین کنگره بین‌المللی نقش زن در سلامت خانواده و جامعه*. گردآورنده: دانشگاه الزهراء. تهران: دانشگاه الزهراء: ۱-۱۵.
- گلابی، فاطمه، و دیگران (۱۳۹۴). "بررسی تأثیر ارزش‌ها بر سلامت اجتماعی جوانان (مورد مطالعه: جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال استان آذربایجان شرقی)". *جامعه‌شناسی سبک زندگی*، دوره ۱، ش ۲ (بهار و تابستان): ۸۷-۱۲۸.
- موسوی، میرطاهر؛ شیانی، ملیحه (۱۳۹۴). *سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ مفاهیم و رویکردها*. تهران: آگاه.

- موسوی، میرطاهر، و دیگران (۱۳۹۴). "بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی". *رفاه اجتماعی*، دوره ۱۵، ش ۵۷ (تابستان): ۱۰۹-۱۵۰.
- نظری، فهیمه (۱۳۹۵). کاهش سرمایه اجتماعی مقدمه بحران‌های اجتماعی؛ اعتمادسازی، راه برون‌رفت از مشکلات. *خبرگزاری جمهوری اسلامی*، کد خبر: ۸۲۳۷۳۵۹۷ (۵۷۵۲۶۲۱).
- نکونام، محمدصدیق؛ احمدی، آرمان؛ عباسی‌چری، رضا (۱۳۹۴). "بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی (درون‌گروهی و برون‌گروهی) بر سلامت روان دانشجویان (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه تبریز)". *مطالعات جامعه‌شناختی جوانان*، دوره ۵، ش ۱۷ (بهار): ۱۶۳-۱۸۴.
- هزارجریبی، جعفر؛ مهری، اسدالله (۱۳۹۱). "تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی". *فصلنامه علوم اجتماعی*، دوره ۱۹، ش ۵۹ (زمستان): ۴۱-۸۸.
- همتی‌راد، فرزانه؛ کشاورز، ام‌الله؛ مؤمنی، حسن (۱۳۹۷). "رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در دانش‌آموزان متوسطه دوم". *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، دوره ۷، ش ۲ (تابستان): ۱۴-۷.

- Alvarez, E. C.; Kawachi, I.; Romani, J. R. (2017). "Family social capital and health—a systematic review and redirection". *Sociology of Health & Illness*, Vol. 39. No. 1: 5-29.
- Callaghan, Lisa (2008). "Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature, personal social service research unit". [available] Continuously at: <http://www.ukc.ac.uk/PSSRU> [2020/2/19].
- D'Hombres, B., et al. (2010). "Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries". *Health economics*, Vol. 19, No. 1: 56-74.
- Ehsan, A.; et al. (2019). "Social capital and health: A systematic review of systematic reviews". [available] Continuously at: <http://www.elsevier.com/locate/ssmph> [2020/3/18].
- Hurtado, D.; Kawachi, I.; Sudarsky, J. (2011). "Social capital and self-rated health in Colombia: The good, the bad and the ugly". *Social Science & Medicine*, Vol. 72, No. 4: 584-590.
- Keyes, C. L. M. (1998). "Social wellbeing". *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. 2: 121-140.

- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publication.
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012). "Social capital and health: A review of prospective multilevel studies". *Journal of epidemiology*. 3-9. [available] Continuously at: <http://www.elsevier.com/locate/ssmph> [2020/3/18].
- Nahapiet, J.; Ghoshal, S. (1998). "Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage". *Academy of Management Review*, Vol. 23, No. 2: 242-266.
- Oksanen, T.; et al. (2013). *Workplace social capital and health*. In: Global perspectives on social capital and health. Kawachi, I.; Takao, S.; & Subramanian, S. V. New York: Springer: 23-63.
- Shapiro, A.; Keyes, C. L. M. (2008). "Marital status and social well-being: Are the married always better off". *Social Indicators Research*, Vol. 88, No. 2: 329-346.
- Shiell, A.; Hawe, P.; Kavanagh, S. (2020). "Evidence suggests a need to rethink social capital and social capital interventions". *Social science & medicine*, 257-269. [available] Continuously at: <http://www.elsevier.com/locate/ssmph> [2020/3/18].
- Song, L. (2013). "Social capital and health". In: *Medical Sociology on the move*. William, C. Cockerham Editor Dordrecht: Springer: 233-257.
- Wilkinson, R.; Kawachi, I.; Kennedy, B. P. (1998). "Mortality, the Social Environment, Crime and Violence". *Social Health Illness*, Vol. 20, No. 5: 578-597.
- Zhang, Y.; Jiang, J. (2019). "Social capital and health in China: Evidence from the Chinese general social survey 2010". *Social Indicators Research*, Vol. 142, No. 1: 411-430.