

ارتباط سنجی سرمایه اجتماعی درک‌شده و عوامل مرتبط با آن در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری تهران

سیما اسماعیلی شه میرزادی^۱، منور مرادیان سرخکلایی^۲، آذر طل^۳، رویا صادقی^۴، زهرا نیکوسرشت^۵، فرزانه فرد^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرمایه اجتماعی به عنوان مجموعه هنجارهای موجود در سیستم‌های اجتماعی موجب ارتقای سطح همکاری اعضای جامعه می‌گردد. عوامل مختلفی بر سطح سرمایه اجتماعی درک شده تاثیرگذار می‌باشند. بنابراین این پژوهش با هدف تعیین سرمایه اجتماعی درک‌شده و عوامل مرتبط با آن در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری انجام گردید.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۱ انجام گردید. حجم نمونه ۱۴۰ نفر و اطلاعات به روش نمونه گیری طبقه بندی شده جمع‌آوری شده است. در این مطالعه ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک (۶ سوال)، و ابزار سرمایه اجتماعی Bullen (۳۶ سؤال) بوده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری ANOVA، t-test و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کل سرمایه اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه $47/82 \pm 14/37$ بود. حیطه‌های سرمایه اجتماعی در افراد مورد مطالعه با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/05$). به علاوه بین حیطه‌های سرمایه اجتماعی با سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی و محل اشتغال ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های حاصل، تقویت سرمایه اجتماعی در یک جامعه منجر به بهبود فعالیت‌های اجتماعی کارکنان خواهد شد بنابراین در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت کارکنان به توزیع برابر امکانات و تسهیلات رفاهی توجه نمود.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی درک‌شده، کارکنان، شبکه بهداشت و درمان ری

ارجاع: اسماعیلی شه میرزادی سیما، مرادیان سرخکلایی منور، طل آذر، صادقی رویا، نیکوسرشت زهرا، فرد فرزانه. **ارتباط سنجی سرمایه اجتماعی درک‌شده و عوامل مرتبط با آن در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری تهران.** مجله تحقیقات نظام سلامت

۱۳۹۲؛ ۹(۱۱): ۱۲۲۹-۱۲۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵. کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، MPH اپیدمیولوژی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۶. کارشناس بهداشت عمومی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

سرمایه اجتماعی مفهوم جدیدی است که طی دو دهه اخیر در حیطه علوم اجتماعی وارد شده است. سرمایه اجتماعی نخستین بار در اثر کلاسیک جین جاکوب و در توضیح شبکه‌های اجتماعی فشرده در محدوده‌های حومه قدیمی و مختلط شهری، حفظ نظافت، عدم وجود جرم و جنایت خیابانی و بهبود کیفیت زندگی، در مقایسه با عوامل نهادهای رسمی مانند نیروهای حفاظتی پلیس و نیروهای انتظامی به کار رفته بود (۱).

سرمایه اجتماعی به منظور توصیف ویژگی‌های زندگی اجتماعی مانند چگونگی مشارکت در جامعه، اعتماد و ارتباط با خانواده‌ها و سایر جوامع به کار برده می‌شود (۲). پاتنام سرمایه اجتماعی را آن دسته از عناصر و ویژگی‌های نظام اجتماعی (نظیر اعتماد اجتماعی، هنجارهای معامله متقابل و شبکه‌های اجتماعی) می‌داند که هماهنگی و همکاری را بین افراد یک جامعه به منظور دستیابی به سود متقابل تسهیل می‌کنند (۳، ۴).

مفهوم سرمایه اجتماعی به روابط اجتماعی مبتنی بر هنجارها، شبکه‌های مشارکتی و اعتماد منسوب شده است که به دولت‌ها و سیاست‌ها به منظور تقویت عملکرد جمعی و دستیابی به رشد اقتصادی و بهبود اثر بخشی اجتماعی تعمیم داده می‌شود (۵).

با توسعه شناخت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، سرمایه اجتماعی به مفهوم مهمی در تحقیقات بهداشتی بین‌المللی میدل شود، به گونه‌ای که بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند افرادی که به طور فعال در فعالیت‌های اجتماعی جامعه خود شرکت می‌کنند و از حمایت خانواده و روابط قدرتمند اجتماعی برخوردارند، نسبت به کسانی که از نظر اجتماعی منزوی هستند، از وضعیت سلامت مطلوب‌تری برخوردار می‌باشند (۴، ۶).

از سوی دیگر، سرمایه اجتماعی نقش اصلی و کلیدی در توصیف نابرابری‌ها از طریق معطوف نمودن توجهات به واقعیت‌ها و پدیده‌های مهم ایفا می‌نماید و ممکن است رشد اقتصادی به واسطه برجسته نمودن اهمیت مشارکت و اعتماد

تسهیل گردد. وابستگی متقابل بین عوامل تاثیرگذار بر اتخاذ تصمیمات فردی و ظهور پیامدهای خارجی، تشریک مساعی به منظور دستیابی حداکثری، موجب رفاه اجتماعی گردیده است. سرمایه اجتماعی به عنوان مجموعه‌ای از هنجارها و شبکه‌های اجتماعی، مشارکت مداوم مبتنی بر ارزش‌های ذاتی بیانگر تاثیرگذاری رفتارهای فردی بر رفاه شخصی و اجتماعی است (۶، ۷).

در تئوری‌های نظری، عوامل مختلفی در شکل‌گیری سرمایه اجتماعی موثر هستند، از دیدگاه گلبر و لایسون جایجایی محل سکونت، سن، مشاغل اجتماعی، مالکیت منزل مسکونی، آموزش به عنوان عوامل موثر بر شکل‌گیری سرمایه اجتماعی به شمار می‌روند (۸).

ارتباط قدرتمند بین سلامتی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است، از این رو افراد متعلق به طبقه اقتصادی- اجتماعی پایین از وضعیت سلامتی نامطلوب‌تری برخوردار می‌باشند؛ اما عوامل حد واسط که به صورت غیرمستقیم در ایجاد این نوع ارتباط تاثیرگذار می‌باشند، کاملاً اثبات شده نیست، بنابراین بسیاری از نظریه پردازان با به کارگیری مفهوم سرمایه اجتماعی، برای شناسایی عوامل تاثیرگذار در پیدایش این رویداد تلاش می‌نمایند (۷). علی‌رغم اینکه مطالعات بسیار اندکی در ارتباط با سرمایه اجتماعی و عوامل موثر بر آن در کشورهای در حال توسعه انجام شده است، بسیاری از مطالعات بر نیاز به سنجش و اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی تاکید دارند. علاوه بر این کارمندان سیستم‌های بهداشتی درمانی به عنوان یک سرمایه در تدارک خدمات بهداشتی و درمانی تلقی می‌گردند، بنابراین مطالعه حاضر، با هدف سنجش ارتباط سرمایه اجتماعی درک شده و عوامل مرتبط با آن در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری در شهر تهران در سال ۱۳۹۱ طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

این پژوهش به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه این مطالعه کارکنان شاغل در مراکز و پایگاه‌های بهداشتی

نیز، به دلیل اینکه در بیش از یک حیطة می‌توانستند، قرار بگیرند؛ به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند و در امتیاز کل سرمایه اجتماعی محاسبه شدند. سؤالات این پرسشنامه، چهار گزینه‌ای بوده و نمره تعلق گرفته به هر سؤال بین ۱ تا ۴ متغیر است. با توجه به اینکه پرسشنامه دارای هشت حیطة است، در هر حیطة نمرات محاسبه و با هم جمع گردید. به دلیل اینکه تعداد سؤالات حیطة‌ها، با هم متفاوت بود؛ پس از محاسبه میانگین هر حیطة، تمامی حیطة‌ها با مقیاس ۱۰۰ سنجش شدند، تا امکان مقایسه حیطة‌ها مقدور باشد. در ابتدا، پرسشنامه سرمایه اجتماعی Bullen ترجمه شد. روایی پرسشنامه، زیر نظر اساتید و متخصصان صاحب‌نظر در این حیطة، بررسی و تایید گردید. پس از تایید محتوای پرسشنامه، پایایی ابزار سرمایه اجتماعی با روش (test-retest) با فاصله دو هفته مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به این که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه گردید، پایایی این پرسشنامه نیز، مورد تایید قرار گرفت.

پس از جمع‌آوری و ورود داده‌ها به کامپیوتر، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها جهت تحلیل از روش‌های آمار توصیفی و آمار تحلیلی نظیر آزمون‌های t-test، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در این مطالعه $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۴۰ نفر از کارکنان واحدهای مختلف شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۳/۶٪ از شرکت‌کنندگان، زن (۱۹ نفر) و ۸۶/۴٪ مرد (۱۲۱ نفر) بودند، میانگین سنی شرکت‌کنندگان $34/28 \pm 7/44$ بوده است، جدول ۱، یافته‌های مربوط به مشخصات فردی و شغلی جامعه مورد مطالعه را نشان می‌دهد (جدول ۱).

بررسی میانگین نمره حیطة‌های هشت‌گانه سرمایه اجتماعی نشان داد که کمترین میانگین امتیاز مربوط به حیطة مشارکت در اجتماعات محلی ($29/05 \pm 21/19$) و بیشترین میانگین مربوط به حیطة ارتباطات کاری ($67/54 \pm 25/25$) می‌باشد.

درمانی تحت پوشش شبکه بهداشتی درمانی شهر ری بودند که به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده انتخاب شدند. حداقل حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش در نمونه‌گیری ۱۴۰ نفر محاسبه گردید. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از محل کار افراد، بر حسب نسبت جمعیت کل، تعداد افراد شرکت‌کننده در پژوهش مشخص شد؛ با توجه به حجم نمونه و همین طور تعداد کل کارکنان شبکه بهداشت و کارکنان هر یک از طبقه‌های ستاد، مراکز بهداشتی، پایگاه‌های بهداشتی دولتی و پایگاه‌های بهداشتی مشارکتی، تعداد افراد شرکت‌کننده در این پژوهش از هر طبقه مشخص گردید. بعد از تعیین تعداد نفرات هر طبقه، از میان واحدهای هر طبقه، تعدادی واحد به صورت تصادفی انتخاب گردید. پرسشگران آموزش دیده در مورد اهداف مطالعه، به مراکز مورد نظر مراجعه و پس از برگزاری یک جلسه توجیهی برای افراد شرکت‌کننده در ارتباط با اهداف مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، کسب رضایت و تمایل آنان برای شرکت در پژوهش پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی بین کارمندان این واحدها، توزیع نموده و پرسشنامه توسط خود کارکنان در مدت زمان ۲۰ دقیقه به روش خودایفایی تکمیل و توسط پرسشگران جمع‌آوری گردید.

به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای شامل دو بخش، اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، محل کار، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و نوع استخدام) و پرسشنامه استاندارد سرمایه اجتماعی استفاده گردید.

ابزار جمع‌آوری سرمایه اجتماعی در این مطالعه، پرسشنامه Bullen بود که شامل ۳۶ سؤال برای سنجش سرمایه اجتماعی می‌باشد (۹). این پرسشنامه سرمایه اجتماعی را در ۸ حیطة مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل حیطة‌های مشارکت در اجتماعات محلی (۷ سؤال)، پیشگامی در فعالیت‌های اجتماعی (۷ سؤال)، اعتماد و امنیت (۵ سؤال)، ارتباط با همسایگان (۵ سؤال)، ارتباط با دوستان و خانواده (۳ سؤال)، قدرت تحمل تفاوت‌ها (۲ سؤال)، ارزش زندگی (۲ سؤال) و حیطة ارتباطات کاری (۳ سؤال) می‌باشد، دو سؤال

میانگین امتیاز کل سرمایه اجتماعی که از مجموع حیطه‌ها به دست آمده $47/82 \pm 14/37$ می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۱: آمار توصیفی جامعه مورد مطالعه بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک

درصد	فراوانی مطلق	متغیر	وضعیت
۲۸/۶	۴۰	مجرد	وضعیت تاهل
۷۱/۴	۱۰۰	متاهل	
۱۳/۶	۱۹	دیپلم	سطح تحصیلات
۱۸/۶	۲۶	فوق دیپلم	
۵۷/۱	۸۰	کارشناسی	
۱/۴	۲	کارشناسی ارشد	
۸/۶	۱۲	دکتری	
۳۴/۱	۴۴	خوب	وضعیت اقتصادی
۶۰	۸۴	متوسط	
۷/۹	۱۱	ضعیف	
۷	۱	خیلی ضعیف	
۳۹/۳	۵۵	رسمی	وضعیت استخدامی
۱۱/۴	۱۶	پیمانی	
۳۷/۱	۵۲	قراردادی	
۹/۳	۱۳	طرحی	
۱۸/۶	۲۶	ستاد	محل اشتغال
۶۲/۱	۸۷	مراکز بهداشتی - درمانی	
۳/۶	۵	پایگاههای بهداشتی دولتی	
۱۵/۷	۲۲	پایگاههای بهداشتی مشارکتی	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار امتیاز حیطه‌های سرمایه اجتماعی

حیطه های سرمایه اجتماعی	Mean± S.D
مشارکت در اجتماعات محلی	۲۹/۰۵±۲۱/۱۹
پیشگامی در فعالیت های اجتماعی	۵۲/۷۸±۱۶/۱۷
اعتماد و امنیت	۴۰/۲۴±۱۷/۹۴
ارتباط با همسایگان	۳۵/۸۷±۲۰/۱۳
ارتباط با دوستان و خانواده	۵۹/۵۲±۲۳/۵۱
قدرت تحمل تفاوتها	۴۰/۴۷±۲۹/۰۵
ارزش زندگی	۴۰/۹۵±۲۲/۸۳
ارتباطات کاری	۶۷/۵۴±۲۵/۲۵
مجموع امتیاز سرمایه اجتماعی	۴۷/۸۲±۱۴/۳۷

ارتباط آماری بین سرمایه اجتماعی و وضعیت اقتصادی با استفاده از آزمون واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل نشان داد که از بین حیطه‌های سرمایه اجتماعی تنها حیطه ارزش زندگی با وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($F = ۲/۶۸, P = ۰/۰۴$). همچنین در این مطالعه ارتباطی بین محل اشتغال و وضعیت استخدامی با حیطه‌های مختلف سرمایه اجتماعی مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن ارتباط بین متغیر سطح تحصیلات و سرمایه اجتماعی کل مورد بررسی قرار گرفت، اما اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمره کلی سرمایه اجتماعی و سطح تحصیلات کارمندان مشاهده نشد ($P = ۰/۴۸, r = -۰/۰۶$). آزمون تی‌تست مستقل برای بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی با متغیرهای جنس و وضعیت تاهل مورد استفاد قرار گرفت، نتایج نشان داد که بین حیطه ارتباط با همسایگان با جنسیت و حیطه ارزش زندگی با وضعیت تاهل ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۳).

جدول ۳: برای بررسی ارتباط تفاوت سرمایه اجتماعی به تفکیک متغیرهای جنس و وضعیت تاهل

t-test	تاهل		t-test	جنسیت		حیطه های سرمایه اجتماعی
	متاهل (۱۰۰ نفر)	مجرد (۴۰ نفر)		مرد (۱۹ نفر)	زن (۲۱ نفر)	
P	Mean± S.D	Mean± S.D	P	Mean± S.D	Mean± S.D	
۰/۴۷	۲۷/۶۶±۲۱/۱۹	۳۲/۵±۲۱/۰۷	۰/۱۳	۳۶/۳۴±۲۵/۲۶	۲۷/۵۴±۲۰/۰۶	مشارکت در اجتماعات محلی
۰/۲۶	۵۲/۶۲±۱۶/۳۳	۵۳/۲۱±۱۵/۹۵	۰/۲۳	۵۷/۸۹±۱۸/۹۳	۵۱/۹۸±۱۵/۶۹	پیشگامی در زمینه های اجتماعی
۰/۴۹	۳۹/۲۰±۱۷/۶۵	۴۲/۸۳±۱۸/۶۱	۰/۲۴	۴۵/۶۱±۱۸/۴۹	۳۹/۳۳±۱۷/۸۴	اعتماد و امنیت
۰/۷۶	۳۶/۳۶±۲۰/۶۳	۳۴/۶۶±۱۹/۰۵	*۰/۰۲	۴۹/۱۲±۲۰/۸۷	۳۳/۷۷±۱۹/۲۸	ارتباط با همسایگان
۰/۱۳	۵۷/۴۴±۲۳/۳۲	۶۴/۷۲±۲۳/۴۵	۰/۲۵	۶۶/۶۶±۲۵/۶۶	۵۸/۳۳±۲۳/۱۴	ارتباط با دوستان و خانواده
۰/۲۲	۴۳/۱۶±۲۹/۲۱	۳۳/۷۵±۲۷/۸۵	۰/۰۶	۵۴/۳۸±۳۱/۳۵	۳۸/۱۹±۲۸/۲۸	قدرت تحمل تفاوتها
*۰/۰۳	۴۱±۲۲/۸۹	۴۰/۸۳±۲۲/۹۴	۰/۷۲	۴۴/۷۳±۲۵/۴۹	۴۰/۴۲±۲۲/۵۲	ارزش زندگی
۰/۴۸	۶۷/۴۴±۲۴/۹۸	۶۷/۷۷±۲۶/۲۴	۰/۸۸	۶۷/۲۵±۲۳/۲۶	۶۷/۵۹±۲۵/۷۵	ارتباطات کاری
۰/۸۹	۴۳/۱۶±۲۹/۲۱	۴۶/۲۸±۱۳/۹۲	۰/۰۹	۵۲/۷۵±۱۸/۶۱	۴۴/۶۴±۱۳/۸۶	جمع حیطه ها

* P آزمون آماری t-test در سطح معنی داری $\alpha=0.05$

بحث

تهران انجام شد، مویده آن است که کمترین میانگین امتیاز مربوط به حیطه مشارکت در اجتماعات محلی و بیشترین میانگین متعلق به حیطه ارتباط با دوستان و خانواده بود (۱۰). در توجیه یافته حاضر می‌توان به این نکته اشاره نمود که افراد شاغل بخش اعظمی از زمان خود را در محیط‌های کار سپری می‌کنند و به اقتضای شرایط شغلی ارتباطات اجتماعی گسترده‌تری را با همکاران خود تجربه می‌نمایند و فرصت کمتری برای حضور و مشارکت در اجتماعات محلی خواهند داشت. بین حیطه ارتباط با دوستان و خانواده و متغیر سن

یکی پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی درک شده و عوامل مرتبط با آن در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کمترین میانگین امتیاز مربوط به حیطه مشارکت در اجتماعات محلی و بیشترین میانگین مربوط به حیطه ارتباطات کاری می‌باشد. اما در مطالعه مرادیان و همکاران با هدف بررسی سرمایه اجتماعی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

انجام شد، موقعیت اقتصادی افراد مورد مطالعه با هنجارها، اعتماد اجتماعی، پیوند ها همبستگی معنی‌داری را نشان داد (۱۴)، شاید بتوان گفت وضعیت اقتصادی مناسب امکان دسترسی به منابع رفاهی موجود در جامعه را تسهیل می‌نماید لذا افرادی با وضعیت اقتصادی مطلوب تنگناها و محرومیت‌های مالی و اقتصادی کمتری را در مقایسه با سایرین تجربه می‌نمایند. بنابراین نگاه مثبت‌تری به زندگی داشته و احساس ارزشمندی زندگی بیشتری دارند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به خود ایفا بودن ابزار مطالعه، تخمین کمتر و یا بیشتر سرمایه اجتماعی توسط خود افراد، انجام مطالعات محدود در ارتباط با سرمایه اجتماعی به لحاظ بدیع بودن این مفهوم در کشورهای در حال توسعه و عدم امکان مقایسه سرمایه اجتماعی درک شده با سایر کشورهای به دلیل تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود در مورد سایر کارکنان سیستم‌های بهداشتی درمانی به منظور تعیین راهکارهای مناسب مطالعاتی از این دست طراحی و اجرا گردد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر با توجه به کمبود مشارکت در اجتماعات و نقش عوامل تاثیرگذار مانند جنسیت، وضعیت اقتصادی و وضعیت تاهل و سن بر سرمایه اجتماعی می‌توان با تسهیل ارتباطات اجتماعی میان افراد جامعه با ایجاد فضاهای اجتماعی مناسب، بهبود فعالیت‌های اجتماعی، شناسایی و رفع موانع موجود به منظور گسترش مشارکت کارمندان در اجتماعات محلی، توزیع برابر امکانات اقتصادی- اجتماعی در بین کارمندان فارغ از ویژگی‌های سنی و جنسی، تلاش برای افزایش اعتماد اجتماعی به واسطه پرورش اصول اخلاقی در راستای تقویت سرمایه اجتماعی اقدام نمود. تلاش برای بهبود مهارت‌های ارتباطی با برگزاری کارگاه‌های آموزشی، ارائه خدمات مشاوره جهت کاهش مشکلات، توسعه فعالیت‌های فوق برنامه و تفریحی، فراهم آوردن امکانات رفاهی مناسب‌تر و تغییر شرایط حاکم بر محیط‌های کاری می‌تواند در افزایش سطح سرمایه اجتماعی کارکنان موثر باشد.

همبستگی معکوس وجود داشت به گونه‌ای که با افزایش سن میزان سرمایه اجتماعی درک شده توسط کارکنان کاهش می‌یافت. همسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه ناطق‌پور و همکاران که به منظور بررسی مفاهیم و نظریه‌های سرمایه اجتماعی انجام گردید، بین سرمایه اجتماعی با سن ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید (۱۱). در تبیین یافته حاضر می‌توان عنوان نمود که به نظر می‌رسد افراد جوان و شاغل که از نظر اجتماعی فعال‌تر می‌باشند حمایت‌های اجتماعی بیشتری را از سوی خانواده و دوستان در مقایسه با شاغلین در آستانه سنین بازنشستگی دریافت می‌شود بنابراین این افراد سرمایه اجتماعی بالاتری را درک می‌کنند. میانگین نمره سرمایه اجتماعی مردان در تمام حیطه‌ها بالاتر از زنان گزارش شده بود اما تنها بین حیطه ارتباط با همسایگان و جنسیت ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. اما بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و خطرپذیری در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی توسط مطالعه باقری یزدی و همکاران نشان داد که میانگین نمره سرمایه اجتماعی در دختران به طور معنی‌داری بالاتر از پسران بود (۱۲). بنابراین یافته پژوهش حاضر را می‌توان اینگونه توجیه نمود که علی‌رغم تلاش مسئولین کشور در برابری یکسان‌سازی زن و مرد هنوز هم این مسأله در جامعه به دلیل تابعیت از مسایل فرهنگی وجود دارد.

همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین حیطه ارزش زندگی با وضعیت تاهل مشاهده گردید و افراد متاهل میانگین امتیاز بالاتری در حیطه ارزش زندگی کسب نمودند. بررسی سرمایه اجتماعی شبکه زنان و مردان در مطالعه باستانی و همکاران بیانگر برخورداری بیشتر افراد متاهل از نظر سرمایه اجتماعی در مقایسه با افراد مجرد بود (۱۳). به نظر می‌رسد ازدواج، منجر به گستردگی شبکه روابط اجتماعی و عاطفی می‌گردد شاید به این دلیل افراد متاهل سرمایه اجتماعی درک شده بالاتری دارند. بین حیطه‌های سرمایه اجتماعی تنها حیطه ارزش زندگی با وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی‌داری داشت. همسو با یافته حاضر در مطالعه شیانی و همکاران که با هدف تحلیل وضعیت سرمایه اجتماعی در شهر کرمان

تشکر و قدردانی

این مقاله با همکاری کارکنان محترم شبکه بهداشت و درمان شبکه ری انجام شده که بدینوسیله از ایشان تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. Alvani M, Shirvani A. Social capital: development core principle. Journal of Tadbir 2004; 147: 16-22. [In Persian]
2. Tsey K, Whiteside M, Deemal A, Gibson T. Social determinants of health, the control factor and the Family Wellbeing Empowerment Program. Australasian Psychiatry 2003; 11: S34-9
3. Putnam R. (1993) Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press.
4. Putnam RD. Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America. Political Science and Politics 1995; 28(4):664-83.
5. Christoforou A. On the Determinants of Social Capital in Greece Compared to Countries of the European Union. FEEM Working 2005.
6. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. Health policy and Planning 2002; 17(1):106-11.
7. Pope J. Social capital and social capital indicators: A reading list. Australia :Public Health Information Development Unit, University of Adelaide; 2003.
8. Glaeser EL, Laibson D, Scheinkman J A, Soutter C L. Measuring trust. Journal of Economics 2000; 115(3): 811-46.
9. Bullen P, Onyx J. Measuring Social Capital in Five Communities in NSW. 2th Ed. Management Alternatives Pty Ltd; 2005.
10. Moradian Sorkhkalae M, EftekharArdebili H, Nedjat S, Saeipour N. Social capital among medical Students of Tehran University of Medical Sciences in 2011. Razi Journal of Medical Sciences 2012; 19(102): 30-7. [In Persian].
11. Nategh-pour M, Firouzabadi SA. Social capital and factors affecting its formation in Tehran. Iranian Journal of Sociology 2003; 6(2): 59-91. [In Persian].
12. Bagheriyazdi H. The relationship between Social Capital and Risk Taking Behaviors in Undergraduate Students of Tehran's Allamah Tabatabaai University. Social Welfare 2011; 11 (41): 223-50. [In Persian].
13. Bastani S, Heykuei MS. Social networks and gender: study of structural characteristics, interactive and functional: Social networks of women and men in Tehran. Journal Nameh-ye olum-Ejtemai 2007; 30: 63-95. [In Persian].
14. Shiani M, Mousavi M. Analyzing the Social Capital Status in Kerman City. Social Welfare. 2011; 11 (41):93-122. [In Persian].

Assess the relationship between perceived social capital and related factors in employee of Ray District Health Center, Tehran, Iran

Sima Esmaeili Shahmirzadi¹, Monavvar Moradian Sorkhkolae², Azar Tol³,
Roya Sadeghi⁴, Zahra Nikooseresht⁵, Farzaneh Fard⁶

Original Article

Abstract

Background: Social capital as norms of community system causes promoting level of community participation. Different factors influencing level of perceived social capital. This study aimed at assessing relationship between perceived social capital and related factors in employees of Ray District Health Center.

Methods: This cross sectional study conducted in 2012. The sample size was 140 staffs and data collected through stratified sampling method. The instrument of this study consisted of two part; demographic information (6 items) and social capital instrument Bullen (36 items). The data analyzed using SPSS version 18 with using T-Test, Pearson correlation and ANOVA tests.

Findings: The total mean of perceived social capital among participants was 47.82 ± 14.37 . Domains of social capital showed a significant association with age, gender, marital status and economic status ($P < 0.05$). Moreover, there was no association between domains of social capital and level of education, employment status and workplace.

Conclusion: According to the findings, strengthening social capital in a community will lead to social activities improvement among staff, also equal distribution of resources and facilities welfare should be considered.

Keywords: Perceived social capital, employee, Ray District Health Center

Citation: Esmaeili Shahmirzadi S, MoradianSorkhkolae M, Tol A, Sadeghi R, Nikooseresht Z, Fard F. Assess the relationship between perceived social capital and related factors in employee of Ray District Health Center, Tehran, Iran. J Health Syst Res 2013; 9(11): 1221-1229

Received date: 13/02/2013

Accept date: 25/08/2013

1. MSc, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. MSc, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran
3. MPH, PhD, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. PhD Assistant professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: sadeghir@tums.ac.ir
5. MSc, MPH in Epidemiology, Rey Network of medical and health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. BSc in Public Health, Rey Network of medical and health , Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran