

بررسی وضعیت سلامت معلمان و رابطه آن با سرمایه اجتماعی:

مورد مطالعه معلمان آموزش و پرورش شهر بوشهر (۹۴-۱۳۹۳)

آرمان حیدری*، مریم مختاری**، حمیده دهقانی***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲۲

چکیده

در رویکرد جامعه شناختی، سلامت شامل هر دو بعد عینی و ذهنی است و بر نقش عوامل اجتماعی، به ویژه، سرمایه اجتماعی در حفظ و ارتقای سلامت تأکید می‌شود. مقاله حاضر بر اساس رویکردهای متأخرتر، رابطه هر دو منبع شناختی و ساختاری سرمایه اجتماعی را با سلامت عینی و ذهنی معلمان بررسی کرده است. رویکرد و روش مورد استفاده کمی و پیمایشی بوده و از ابزار پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق، معلمان شاغل در آموزش و پرورش شهر بوشهر در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بوده‌اند که ۳۸۰ نفر از آنان بر اساس جدول تعیین حجم نمونه لین،

* دکتری جامعه شناسی و استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه یاسوج، (نویسنده مسئول).

armanhedari90@gmail.com

m.mokhari@yu.ac.ir

** دانشیار گروه جامعه شناسی دانشگاه یاسوج.

*** کارشناسی ارشد و دانش آموخته جامعه شناسی دانشگاه یاسوج. hamideh-dehghani@yahoo.com

به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. برای دستیابی به افراد نمونه، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. بر اساس نتایج تحقیق، ۷۸/۴۲ درصد از پاسخگویان حداقل یکی یا بیشتر از انواع بیماری‌های جسمانی را داشته‌اند که شایع‌ترین آن، دردهای عضلانی بوده است. همبستگی متغیرهای بعد شناختی (به جز اعتماد به آشنایان شغلی) با این بعد از سلامت منفی و معنی‌دار بوده است و متغیرهای حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی توانسته‌اند ۷ درصد از واریانس آن را تبیین کنند. همبستگی همه ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی با احساس سلامت بدنی و کاهش فرسودگی شغلی مثبت و معنی‌دار بوده است. هیچ یک از انواع مشارکت با هیچ یک از ابعاد سلامت همبستگی معنی‌داری نداشته‌اند (به جز همبستگی مثبت و معنی‌دار مشارکت مذهبی و فوق برنامه با کاهش فرسودگی شغلی). متغیرهای تحقیق توانسته‌اند، به ترتیب، ۲۲، ۸ و ۷ درصد از واریانس کاهش فرسودگی شغلی، ایفای مؤثر نقش‌ها، و احساس سلامت بدنی را تبیین کنند. می‌توان گفت ابعاد عینی و ذهنی سلامت تحت تأثیر متغیرهای یکسانی قرار ندارند؛ همچنین تأثیر بعد شناختی سرمایه اجتماعی بر سلامت، به ویژه بعد ذهنی، بیشتر از بعد ساختاری آن بوده است.

واژه‌های کلیدی: بوشهر، معلمان، سلامت، سرمایه اجتماعی

مقدمه و بیان مسأله

سلامت پیش‌نیاز و ضرورت اولیه ایفای هر نقش اجتماعی است. انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم سالم باشند، هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بدانند؛ جنبه‌هایی که همیشه ممکن است بر هم منطبق نباشند (محسنی، ۱۳۷۹: ۴۳-۴۴). با این وجود، سلامت و شناسایی آن به عنوان پدیده‌ای پیچیده و چند بعدی که حداقل، دارای سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است می‌تواند از منظر پزشکی، روان شناختی، و جامعه شناختی مورد مطالعه و ارزیابی قرار

گیرد. اما در مطالعات گذشته و کنونی سلامت، و در گفتمان علمی و غیر علمی مسلط بر این حوزه دو رویکرد برجسته‌تر بوده‌اند. رویکرد اول، سلامت را معادل نداشتن بیماری جسمی و مرتبط با وضعیت جسمی و بدنی فرد تصور کرده و از منظر پزشکی به تشخیص بیماری یا سلامتی افراد می‌پردازد. در رویکرد دوم، سلامت روان و افسردگی در اولویت بوده و از منظر روانشناسی و روانکاوی به تشخیص و ارزیابی سلامت روانی فرد توجه می‌شود. برنامه‌های پیش سلامت جسمی و روانی دانش‌آموزان و دانشجویان در بدو ورود به مدرسه یا دانشگاه مصداق عینی چنین رویکردهایی هستند. وجه مشترک این دو رویکرد این است که سلامت و ارزیابی، تشخیص و درمان آن را پدیده‌ای فردی می‌دانند.

برجستگی و سیطره رویکردهای بالا، سبب بی‌توجهی یا کم‌توجهی نسبت به چگونگی توزیع سلامت در بین گروه‌های اجتماعی گوناگون جامعه یا همان رویکرد جامعه‌شناختی سلامت شده است. این به معنی کم‌اهمیت دانستن رویکردهای پزشکی یا روانشناسی سلامت نیست، بلکه اذعان به اهمیت زمینه‌ها یا فاکتورهای اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت است که به توزیع اجتماعی سلامت و رابطه آن با عوامل اجتماعی و برون فردی توجه بیشتری دارد. رویکردهای جامعه‌شناختی، در سال‌های اخیر، جایگاه برجسته‌ای پیدا کرده‌اند (مسعود نیا، ۱۳۸۹: ۹). فرض اساسی رویکردهای جامعه‌شناختی این است که سلامت همه افراد و گروه‌های اجتماعی در همه ابعاد و گونه‌های آن یکسان و همانند نبوده و تحت تأثیر فاکتورهایی مانند سن، قومیت، جنسیت، درآمد، شغل، محل سکونت و پایگاه اقتصادی و اجتماعی آنان قرار دارد (Turner, 2004). با وجود تعدد و تکثر فاکتورهای اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، از دهه ۱۹۷۰، سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین فاکتورها در ادبیات نظری و تجربی مربوطه، برجستگی و اهمیت خاصی یافته و رابطه آن با سلامتی مورد تحلیل و تحقیق روزافزون محققان قرار گرفته است (رنجبران و دیگران، ۱۳۹۳؛ Droogenbroeck, 2014؛ Younsi and Chakroun, 2014). بدین ترتیب که سرمایه‌ی اجتماعی از طریق اثر

توانمندی که بر فرد و اجتماع بر جای می‌گذارد، منجر به بهبود سلامت روانی فرد و کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی شایع در جامعه از جمله افسردگی و اضطراب خواهد شد (Elizabeth, 2005).

در بین گروه‌های متعدد موجود در جوامع، معلمان یکی از مهمترین و وسیعترین گروه‌های شغلی هستند که تأثیر به‌سزایی در رشد و توسعه کنونی یا آتی هر کشوری دارند. تا جایی که می‌توان گفت توسعه کیفی و بلند مدت هر جامعه‌ای تا حد زیادی وابسته به توسعه آموزش و پرورش آن جامعه؛ و توسعه آموزش و پرورش تا حد زیادی وابسته به ویژگی‌های کیفی معلمان‌اش می‌باشد. "زیباترین طرح اصلاح و بازسازی آموزش و پرورش در صورتی که معلم به تعداد کافی و با کیفیت مطلوب در اختیار نداشته باشیم با شکست روبه‌رو خواهد شد" (صداقت، ۱۳۸۹، به نقل از کاوه‌ای : ۱۳۹۳). علاوه بر اهمیت کیفی کار معلمان به عنوان یکی از مهمترین زیربناهای توسعه انسانی، در دهه‌های گذشته، شرایط کاری معلمان به میزان قابل توجهی تغییر یافته و آنها باید در سطوح بالایی پاسخگوی وظایف و استانداردهای اداری باشند. این وضعیت که با عنوان افزایش درخواست‌های حرفه‌ای از آن یاد می‌شود، معلمان را در معرض فشارهای خارجی و تقاضا از سوی سیاست‌گذاران، ناظران، والدین و کارشناسان گذاشته که این امر میتواند باعث ایجاد استرس در آنها شود. زیرا آنها در یک موقعیت متناقض قرار می‌گیرند که مسئولیت بیشتر و کنترل کمتری بر کار خود دارند (Droogenbroeck, 2014). تا جایی که اندیشمندان از ظهور نوعی بیماری "وابسته به شغل در نظام آموزش و پرورش" سخن گفته‌اند که وضعیتی نگران‌کننده است. زیرا استرس و از کار افتادگی معلم، بر یادگیری محیطی و موقعیت افراد تأثیر فراوان دارد (Gugylimi and Tatrow, 1985).

علاوه بر توجه به پیامدهای سلامت و اهمیت کار معلمان در سطح کلان جامعه‌ای، شناخت وضعیت سلامت از دو جهت دیگر نیز مهم و ضروری است. اول این که خود ایفای کارآمد نقش معلمی مستلزم برخورداری حداقلی فاکتورها و

شاخص‌های مرتبط با سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است. دوم، از نظر کمی، مخاطبان معلمان تعداد زیادی از افراد هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند؛ از نظر کیفی نیز صحت و سلامت جسمانی و روانی معلمان می‌تواند بیشترین تأثیر و پیامد مثبت را برای دانش‌آموزان هر جامعه‌ای داشته باشد. زیرا استرس در معلمان می‌تواند منجر به افزایش استرس در دانش‌آموزان شود؛ مخاطبان حساسی که به شدت تحت تاثیر رفتار و روحیات معلم خود قرار می‌گیرند (Alton, 2011). بنابراین می‌توان گفت شخصیت و تعادل روانی معلمان به عنوان یکی از مهمترین قشرهای تأثیرگذار اجتماعی در هر جامعه‌ای امری اساسی و ضروری است. با این وجود، بر اساس پژوهش‌های انجام شده، که به مواردی از آن‌ها در بخش ادبیات تجربی اشاره خواهد شد، معلمان از نظر سلامتی وضعیت مناسبی ندارند. پرات در پژوهشی که در سال ۱۹۷۸ بر روی معلمان مدارس انجام داد، می‌گوید تنها ۲۱ درصد از معلمان در پرسشنامه سلامت عمومی نمرات بالایی گرفتند. بعلاوه ۲۲ درصد از معلمان احساس می‌کردند که در معرض ابتلای به آشفتگی روانی هستند که حدود ۳۵ درصد آن‌ها اولین دلیل آن را شغل‌شان می‌دانستند. در همین راستا کاسک و اوزوکی (۱۹۹۸) اظهار می‌دارند افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، عصبانیت، بدبینی، خستگی، هیجان، ترک تدریس و نظایر اینها از جمله مواردی است که ۲۵ درصد معلمان بریتانیا از آن رنج می‌برند و بیش از یک سوم فشارهای زندگی معلمان ناشی از شغل آن‌هاست که این امر دلالت بر بالا بودن فشارهای حرفه‌ی معلمی و پایین بودن سطح سلامت معلمان دارد (حسن زاده، ۱۳۸۵ : ۵۲).

مهمتر از بعد کمی و کیفی قضیه سلامت معلمان، بررسی پژوهش‌های موجود در این حوزه نشان می‌دهد که وضعیت سلامت معلمان (به ویژه در بعد عینی آن یعنی داشتن یا نداشتن بیماری)، به صورت علمی و تجربی مورد پژوهش قرار نگرفته است. این کاستی و عدم توجه به سلامت معلمان، هر چه از شهرهای مرکزی مانند تهران، اصفهان و شیراز... به سمت شهرهای پیرامونی‌تر مانند بوشهر حرکت می‌کنیم دو چندان

می‌شود و ما با نوعی عدم و فقر، تا کمبود، مطالعات در خصوص سلامت معلمان این شهرها روبه‌رو هستیم. در شهر بوشهر ۲۲۵۹ معلم در پست‌های سازمانی مختلف مشغول هستند، که به گفته مقام مسئول این اداره هیچ آماری از وضعیت سلامت اینان وجود ندارد. تنها پژوهشی که در این شهر درباره سلامت معلمان انجام گرفته (هوشیار، ۱۳۸۸)؛ سلامت سازمانی را مد نظر قرار داده و سلامت روانی معلمان را تابعی از سلامت سازمانی آنان دانسته است. در راستای اهمیت و حساسیت سلامت معلمان به عنوان یک گروه شغلی، کمبود تحقیقات مرتبط با سلامت، به ویژه سلامت جسمی آنان، و مهمتر از همه شناسایی وضعیت سلامت جسمی و ذهنی معلمان یکی از شهرهای محروم کشور، مقاله حاضر در راستای پاسخگویی به سوالات زیر انجام شده است:

۱- وضعیت سلامت (ذهنی و جسمی) معلمان شهر بوشهر چگونه است؟ ۲- سرمایه اجتماعی چه رابطه‌ای با وضعیت سلامت ذهنی و جسمی آنان دارد؟

پیشینه پژوهش

در خصوص رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت تحقیقات زیادی انجام گرفته است، اما تحقیقات انجام گرفته در در بین معلمان محدود هستند. برای مثال تحقیقات داور (۱۳۹۱)، لهسایی زاده و مرادی (۱۳۸۶)، قاسمی‌پور و جهانبخش گنجی (۱۳۸۹)، حیدری (۱۳۹۴) از جمله تحقیقاتی هستند که همگی بیانگر رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت افراد هستند. لازم به ذکر است که همه تحقیقات مذکور رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت روان را ارزیابی کرده‌اند. اما از آنجا که جامعه آماری این مقاله معلمان بوده است، پژوهش‌های پیشین مربوط به معلمان با اختصار بیشتری ذکر می‌شوند.

یاراحمدی (۱۳۷۸) در تحقیقی پیرامون "رابطه فشار روانی با بیماری‌های جسمی روانی و سلامت عمومی معلمان شهر اهواز" به این نتیجه رسید که بین عوامل فشار زا با بیماری‌های جسمی و روانی همبستگی مثبت و بین عوامل فشار زا با سلامت

عمومی همبستگی منفی وجود دارد. بین افراد دارای حمایت اجتماعی بالا و جایگاه مهار درونی در مقایسه با افراد دارای حمایت اجتماعی پایین و جایگاه مهار بیرونی تفاوت معنی داری مشاهده نشده است. تحقیق هوشیار (۱۳۸۸) "درباره رابطه ابعاد سلامت سازمانی با سلامت روانی معلمان مقطع متوسطه در شهر بوشهر" نشان داد بین سلامت سازمانی مدارس و سلامت روانی دبیران رابطه‌ی معنی داری وجود دارد. میزان افسردگی و شکایات جسمانی دبیران زن بیشتر از دبیران مرد و میزان پرخاشگری دبیران مرد بیشتر از دبیران زن بوده است. بین سلامت روانی دبیران و میزان سلامت سازمانی مدارس در سطح اداری و فنی رابطه معناداری وجود دارد. بر اساس تحقیق نوریان نجف آبادی و جهانگیری (۱۳۹۰) درباره "رابطه میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی معلمان شهرستان تیران و کرون"، بین میزان سلامت روان معلمان با ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بختیار پور (۱۳۸۲) با "بررسی وضعیت بهداشت روانی معلمان استان اصفهان در سال تحصیلی ۸۰-۷۹" پی برد میزان شیوع اختلالات روانی در بین معلمان زن ۱۵/۷۲، در بین مردان ۱۰/۹۳ درصد و در کل معلمان مورد مطالعه ۲۶/۶۵ درصد بوده است. بالاترین درصد اختلال در بین معلمان دوره‌ی ابتدایی و کمترین میزان در بین معلمان دوره راهنمایی بوده و میزان شیوع آن با وضعیت تأهل، شغل همسر، منطقه محل کار، دوره تدریس، مدرک تحصیلی و نمرات پرسشنامه سلامت عمومی به طور معنی داری رابطه داشته است.

گوگلیلمی و تاترو^۱ (۱۹۹۸) با تحلیل نظری و روش شناختی ادبیات مربوط به "سلامت، فرسودگی شغلی و سلامت معلمان"، می‌گویند امروزه در معلمان فشار کار و استرس شغلی افزایش؛ و رضایت شغلی کاهش یافته است. فاطما آلتون و همکارانش^۲ (۲۰۱۱) با بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و رفتارهای سلامت فردی معلمان در شهر ترابازون ترکیه، پی بردند متغیر جنس به طور قابل

1. Guglielmi and Tatrow
2. Altun et al

توجهی با استرس و رژیم غذایی متعادل ارتباط داشته؛ نرخ سیگار کشیدن و مصرف الکل معلمان مرد بسیار بالاتر از معلمان زن بوده و وضعیت اجتماعی-اقتصادی با سیگار کشیدن و سطوح استرس مرتبط بوده است. افراد متأهل و مجرد نیز از نظر مصرف روزانه صبحانه، متوسط خواب روزانه، متوسط زمان کار روزانه، ورزش، استرس و وضع سلامت با هم تفاوت دارند. یونسسی و چکرون^۱ (۲۰۱۴) با بررسی ارتباط علی بین سلامت و سرمایه اجتماعی (اعتماد) در دو سطح فردی و جمعی، در ۱۸ کشور خاورمیانه و شمال آفریقا (مانند ایران، مصر، کویت، لبنان، لیبی و...) پی بردند سرمایه‌های اجتماعی فردی رابطه‌ی علی‌شدید و مثبتی با سلامت دارند. اما به نظر آنها تأثیر سلامت بر سرمایه اجتماعی به طور قابل توجهی بیشتر از تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت می‌باشد.

دراگن بروک^۲ و دیگران (۲۰۱۴) با بررسی "فرسودگی شغلی در میان معلمان ارشد: بررسی نقش حجم کار و روابط بین فردی و کار" در فنلاند نشان دادند روابط غیر شخصی ارتباط بسیار متفاوتی با فرسودگی شغلی دارند. سرپرستان و مدیران با دادن استقلال بیشتر به معلمان می‌توانند قدرت بیشتری در تصمیم‌گیری به آنان بدهند و آنها را به ابتکار بیشتر وادارند. در روابط مثبت با همکاران این احتمال وجود دارد که فشارهای خارجی آنها کاهش یابد و خواسته‌هایشان بهتر شناسایی شود. رابطه با والدین نیز ارتباط قابل توجهی با ابعاد فرسودگی شغلی دارد. ویلیامز و کفی^۳ (۲۰۱۴) با بررسی "دیدگاه‌های معلمان مالتی و استرالیایی درباره ظرفیت‌ها برای ارتقا بهداشت روان در محیط مدرسه" پی بردند شرکت کنندگان معلم دارای نگرش به طور کلی مثبت نسبت به ارتقاء سلامت روان هستند. معلمان مدارس ابتدایی نگرش مثبت‌تری در جهت ارتقاء بهداشت روان نسبت به هم‌تایان خود در متوسطه دارند. سابقه تدریس اثر قابل توجهی

1. Younsi and Chakroun
2. Droogenbroeck et al
3. Williams and Cefai

در سلامت افراد نداشته و عامل جنس نیز تاثیر کمی داشته است. مطالعات پیشین، بر تأثیر مثبت سطح بالای سرمایه اجتماعی بر سلامت و در واقع بر نقش "تعیین کنندگی" سرمایه اجتماعی تأکید کرده‌اند.

ادبیات نظری تحقیق

سلامت پدیده‌ای چند بعدی و متأثر از شرایط بیولوژیکی، ژنتیکی، روانی، سبک زندگی فردی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی-فرهنگی و محیطی گسترده‌تر محل زندگی فرد است. سه گفتمان متفاوت سلامت زیست پزشکی^۱، گفتمان رفتارهای سالم^۲، و گفتمان تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت^۳ (Reid and Tom, 2006)؛ به شناسایی، توصیف، و تبیین وضعیت سلامتی افراد می‌پردازند. در تحلیل‌های جامعه‌شناختی، بیشتر بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و چگونگی توزیع سلامت گروه‌های اجتماعی مختلف در راستای شغل، سن، جنس، محل سکونت، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، وضعیت سرمایه اجتماعی، فرهنگی و... تأکید می‌شود. توجه به سلامت به عنوان یک حوزه خاص و تخصصی در علم جامعه‌شناسی با نام جامعه‌شناسی پزشکی^۴ یا جامعه‌شناسی سلامت^۵ نوظهور است؛ اما اولین بارقه‌های رویکرد جامعه‌شناختی سلامت در کار جامعه‌شناسان کلاسیک دیده می‌شود. تعامل میان کنشگر و ساختار از مهمترین دغدغه‌های دورکیم، مارکس و وبر بدل به بستری مناسب برای تبیین رابطه‌ی میان نیروهای اجتماعی و حالت ذهنی و روانی فرد گردید. دورکیم با طرح مسأله انواع همبستگی و رابطه آن با میزان و نوع خودکشی؛ مارکس با مقایسه و تبیین طبقاتی نابرابری مرگ و میر؛ و وبر با طرح مسأله افسون زدایی، روند روبه رشد عقلانی شدن،

-
1. Biophysical health discourse
 2. Healthy Behaviour Discourse
 3. Social Determinant of health discourse
 4. Medical sociology
 5. Sociology of Health

و گسترش بوروکراسی به منزله "قفس آهنین"، هر یک، به صورت مستقیم یا غیرمستقیم وضعیت سلامت و بیماری را در رابطه با ساختار و زمینه اجتماعی-اقتصادی کلان‌تر تحلیل و تبیین کرده‌اند.

به مرور زمان و در راستای شناسایی وضعیت فقر و سلامتی گروه‌های متنوع جامعه، و برنامه‌ریزی برای چگونگی مدیریت خدمات رفاهی و سلامتی، رویکردهای جامعه‌شناختی به سلامت و بیماری اهمیت خاصی یافتند و رویکرد "جامعه‌شناسی پزشکی جدید"^۱ در جامعه‌شناسی ظهور و توسعه یافت. به ویژه، از اواخر دهه‌ی ۱۹۷۰، در کنار نابرابری‌های اقتصادی منتهی به مرگ و میر و شدت بیماری، جامعه‌شناسان به دیگر عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت، به ویژه، سرمایه اجتماعی^۲ توجه بیشتری نمودند. تا جاییکه مطالعات زیادی پیرامون رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت انجام گرفتند که اکثراً^۳ بیانگر رابطه مثبت سرمایه اجتماعی با سلامت هستند (Younes, 2014؛ Hamano, 2010؛ وایتهد و دیدرشن، ۲۰۰۱، به نقل از جان فیلد، ۱۳۸۸). با وجود تکرر و تعدد مطالعات مربوط به پیوند سرمایه اجتماعی و سلامت، مسائلی اساسی در این حوزه وجود دارد که می‌توانند مطالعات و بررسی‌های بیشتر در این حوزه را توجیه نمایند. از جمله این موارد می‌توان به پیچیدگی مفهوم سرمایه اجتماعی و طرق متفاوت تعریف و اندازه‌گیری آن، کم توجهی به همه ابعاد آن و رابطه آنها با ابعاد مختلف سلامت، به ویژه بعد سلامت جسمانی، تفاوت و ناهمخوانی نتایج تحقیقات مربوطه اشاره کرد. دسیلوا و همکارانش^۴ (۲۰۱۰) با بررسی نظام‌مند ادبیات ۲۱ ساله مطالعات مربوطه می‌گویند گرچه سرمایه اجتماعی با بهبود سلامت روانی مرتبط است، اما شواهدی از رابطه‌ی مغایر هم دیده می‌شود و این که قدرت و جهت

1. New Medical Sociology

2. Social Capital

۳- البته قید اکثراً عمداً آورده شده است زیرا تعدادی از مطالعات بیانگر رابطه منفی یا عدم رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت بوده‌اند که در ادامه به آنها اشاره می‌شود.

4. Desilva

رابطه، بسته به ساختاری و یا شناختی بودن نوع سرمایه اجتماعی، و سطوح اندازه‌گیری آن‌ها متفاوت است.

در دوران معاصر، پوتنام، کلمن و بوردیو از پیشگامان و مهمترین نظریه‌پردازان حوزه سرمایه اجتماعی شناخته می‌شوند. بوردیو و کلمن بررسی شبکه‌های اجتماعی (سنجه‌های ساختاری شبکه‌های اجتماعی)؛ و پوتنام، بررسی عوامل رابطه‌ای (هنجارهای اعتماد و کمک متقابل) را مهم می‌دانند. این تأکیدات متفاوت، موجب شکل‌گیری رهیافت‌های اجتماع‌گرایانه^۱ (کلمن و بوردیو) و شبکه‌ای^۲ (پوتنام) سرمایه اجتماعی شدند. رهیافت‌های اجتماع‌گرا، به عنوان مسلط‌ترین رویکرد در حوزه سلامتی، هر دو نوع سازه‌های روانی- اجتماعی^۳ یا شناختی (برای مثال تصور از اعتماد یا انسجام) و شاخص‌های مشارکت اجتماع‌محور^۴ را مهم می‌دانند. رهیافت‌های شبکه‌ای، مستقیماً به بررسی این می‌پردازند که افراد چقدر و با چه کسانی در درون ساختارهای اجتماعی‌شان رابطه دارند. با بررسی میزان، دامنه و تنوع پیوندهای^۵ اجتماعی افراد، و منابعی که به طور بالقوه در درون آن شبکه‌ها در دسترس است، سرمایه اجتماعی آنان ارزیابی می‌شود (Bassett and Moore, 2013).

بعد ساختاری سرمایه اجتماعی به میزان گستردگی و تنوع شبکه‌ی روابط فرد، میزان مشارکت او در نهادهای عمومی، و پیوند بین گروه‌های اجتماعی اشاره دارد. بعد شناختی، نیز به میزان حمایت ادراک شده از سوی فرد و میزان اعتماد او به افراد و نهادهای اجتماعی اشاره دارد (Mckenzie, 2002: 281). به عبارت دیگر، بعد ساختاری سرمایه اجتماعی به آنچه که مردم انجام می‌دهند (مانند مشارکت در انجمن)؛ و بعد شناختی، به آنچه که مردم احساس می‌کنند، به تصور از وضعیت دیگر افراد و نهادها و

-
1. Communitarian
 2. Network
 3. Psychosocial
 4. Community Participant
 5. Connections

چگونگی عملکرد آنها اشاره دارد. وضعیتی که معمولاً در پرتوی مفهوم اعتماد و انواع و سطوح آن مورد بررسی قرار می‌گیرد و بیشتر از همه در آثار گیدنز مورد توجه قرار گرفته است (Hamano, 2010).

با مطالعات بیشتر و اصلاح نظریه‌های پیشین، مشخص شد که ارتباط بین دو بعد ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی و کمیت و کیفیت رابطه آنها با ابعاد سلامت پیچیده، چند وجهی، و بعضاً متعارض است. برای مثال مطالعه سیستماتیک دسیلوا نشان داد که سرمایه اجتماعی شناختی نسبت به بعد ساختاری، ارتباط بیشتری با سلامت روان دارد (Hamano, 2010). بر این اساس، به مرور زمان، ضعف تئوری‌های پوتنام، کلمن، و بورديو به خاطر قطعی پنداشتن رابطه مثبت سرمایه اجتماعی و سلامت آشکارتر شد و تلاشهایی در راستای انتقاد، اصلاح و تکمیل آنها صورت گرفت. به عبارتی، موج دوم کارها در حوزه‌ی سرمایه اجتماعی و سلامت شکل گرفت که جهت‌گیری این حوزه را به شکل‌های اساسی تغییر داد (حیدری، ۱۳۹۴: ۱۴۸). برای مثال، به جای توجه صرف به جنبه‌های کمی و ساختاری شبکه‌های اجتماعی، به جنبه‌های کیفی روابط اجتماعی یا اثرات غیر مستقیم سرمایه اجتماعی به واسطه تأثیرگذاری بر فرایندهای روانشناختی، مورد توجه بیشتری واقع شدند (Berkman et al, 2000). ویتفورد و کولن^۱ (۲۰۰۲) در کتاب خود رابطه دوسویه سرمایه اجتماعی با سلامت و سلامت روان^۲ می‌گویند گرچه شبکه‌های اجتماعی، فراهم آورنده آموزش بهتر و دسترسی بیشتر به خدمات بهداشتی هستند، اما مکانیسم‌هایی که از طریق آنها سرمایه بر سلامت تأثیر می‌گذارد و این که سرمایه برای سلامت مفید است، به وضوح مشخص نیستند و هنوز کارهای زیادی درباره‌ی مکانیسم‌های تأثیرگذار سرمایه بر سلامت باید انجام شود. آنان شش مکانیسم چگونگی پیوند بین سرمایه و سلامت را شامل

1. Whiteford and Cullen

2. the interrelation of social capital with health and mental health

جامعه‌پذیری، حمایت در مواقع بحران، مشارکت و مشارکت مدنی، اعتماد و عملکرد دولت‌ها می‌دانند.

بر اساس رهیافت‌های جدید، روابط و پیوندهای اجتماعی ارزشمند، به واسطه معنایی که فرد به این روابط می‌دهد و حمایتی که او گمان دارد از آنها دریافت می‌دارد، از بیشترین میزان اثر بخشی بر سلامت و کاهش استرس‌های روانی فردی برخوردار است (Wheaton, 1990). به عبارتی روابطی می‌توانند بر سلامت یا احساس سلامت افراد اثر گذار باشند که مبتنی بر نوعی "حمایت اجتماعی" یا احساس حمایت اجتماعی باشند. یکی از جدیدترین و سازنده‌ترین تلاش‌ها در راستای چند بعدی فرض کردن سرمایه اجتماعی را شافل و شاه^۱ انجام داده‌اند. آن‌ها سه سطح سرمایه اجتماعی را از هم متمایز کرده‌اند: درون شخصی^۲، بین شخصی^۳، رفتاری^۴. قلمروی درون شخصی به رضایت از زندگی فردی؛ قلمرو بین شخصی به اعتماد فی مابین افراد (اعتماد تعمیم یافته و اعتماد نهادی) و حمایت آنها از یکدیگر؛ و قلمرو رفتاری به مشارکت فعالانه افراد در فعالیت‌های سیاسی و مدنی اشاره دارد (Valenzuela et al, 2009).

علاوه بر تغییر رویکردها به مفهوم سرمایه اجتماعی، و تغییر و اصلاح رویکردهای پیشین در این حوزه، از دیگر مسائل اساسی حوزه تحقیق پیرامون رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مشکلات مربوط به تعاریف و اندازه‌گیری؛ و مسائل مربوط به یکسان انگاشتن ابعاد دوگانه عینی و ذهنی سلامت و رابطه آنها با ابعاد سرمایه اجتماعی است. به تعبیری مطالعات محدودی وجود دارد که به بررسی سرمایه اجتماعی و سلامت به طور جامع پرداخته باشند (Jennifer, 2009). زیرا رابطه سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با بعد عینی سلامت یا همان ابتلا یا عدم ابتلای به بیماری کمتر مورد توجه و تحقیق قرار گرفته و بر رابطه یکسان و مثبت همه ابعاد سرمایه اجتماعی

-
1. Shafli and Shah
 2. Intra personal
 3. Inter personal
 4. Behavioural

با سلامت روان بیش از حد تأکید شده است. در صورتیکه، بعد ذهنی سلامت یا احساس سلامت با بیماری واقعی تفاوت دارد. زیرا فرد ممکن است بیماری واقعی داشته باشد، اما احساس کند سالم است یا این که بیماری واقعی نداشته باشد، اما احساس کند سالم نیست. از این نظر احساس سلامت^۱ به مفهوم سلامت روانی^۲ نزدیکتر می‌شود، هر چند با آن هم متناظر نیست. با این وجود اکثر تحقیقات پیشین بین سلامت روان و احساس سلامت تمایز قایل نشده‌اند؛ همچنین از آنجایی که بیشتر اطلاعات و گزارش‌های علمی مربوط به سلامت، در قالب آمارهایی انتشار می‌یابند که بر اساس فرض یکسان پنداشتن سلامت با نداشتن بیماری جسمانی و روانی انجام شده‌اند تصور یکی پنداشتن احساس سلامت با سلامت روانی افزایش می‌یابد.^۳ در تمایز سلامت روانی و احساس سلامت می‌توان گفت سلامت روانی بیشتر علت درون فردی (عملکرد فیزیولوژیک و روانشناختی فرد) دارد، اما احساس سلامت می‌تواند دارای هر دو علت درون فردی و بیرون فردی باشد. همچنین سنجش سلامت روانی مستلزم دانش تخصصی و ابزارهای سنجش و آزمون حرفه‌ای است، اما سنجش احساس سلامت بیشتر در قالب سلامت خود گزارشی^۴ صورت می‌گیرد (حیدری، ۱۳۹۴). در این راستا مطالعه حاضر هم هر دو بعد ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی، به ویژه با اتکای بر رویکردهای جدید در این حوزه، متغیرهای رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی را در سنجش آن مد نظر قرار داده است. هم این که، هر دو بعد عینی و ذهنی سلامت افراد مورد مطالعه را بررسی کرده است. با در نظر گرفتن نظریه‌ها و پیش فرضیه‌های مذکور فرضیه‌های اساسی تحقیق حاضر عبارتند از:

1. illnesses

2. Mental health

۳- برای مثال، بر اساس آمارهای ارائه شده توسط علیزاده، نایب رئیس انجمن پزشکان عمومی^۵ ۹۰ درصد خانواده‌های ایرانی کمبود کلسیم دارند^۶. یا بر اساس گزارش سلامت نیوز (۱۳۹۲)، نتیجه آخرین پایش سلامت روان که در سال‌های ۸۹ و ۹۰ انجام شده، ۴/۲۳ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور به یکی از اختلالات روانی مبتلا هستند.

4. Self report

- بین رضایت از زندگی خانوادگی و سلامت (ذهنی و عینی) معلمان رابطه معناداری وجود دارد.

- بین اعتماد و سلامت (ذهنی و عینی) معلمان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

- بین مشارکت اجتماعی و سلامت (ذهنی و عینی) معلمان رابطه معناداری وجود دارد.

- بین حمایت اجتماعی و سلامت (ذهنی و عینی) معلمان رابطه معناداری وجود دارد.

روش تحقیق

این مقاله با رویکرد کمی و روش پیمایشی-مقطعی انجام شده است. جامعه آماری مطالعه، معلمان شاغل در آموزش و پرورش شهر بوشهر در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳، با تعداد کلی ۲۵۴۷ نفر است. از این تعداد، بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه "لین"، با سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای نمونه گیری ۵٪، ۳۴۱ نفر، به عنوان نمونه انتخاب شدند. البته با پیش بینی کردن مسائل مربوط به پرکردن پرسشنامه یا پرسش نامه‌های مخدوش، نهایتاً ۳۸۰ نفر به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. جهت دسترسی به افراد نمونه، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای-تصادفی-متناسب با حجم (به تفکیک جنس و مقطع تحصیلی) استفاده شد. متغیر وابسته تحقیق، سلامت در دو بعد ذهنی و عینی بوده، که بعد عینی سلامت به صورت پرسش‌های دوجهی داشتن یا نداشتن بیماری‌های چندگانه ارزیابی شده است. بعد ذهنی نیز در قالب ۱۶ گویه با طیف لیکرت، و به صورت سلامت خود گزارشی^۱، اندازه‌گیری شد. برای تفکیک و شناسایی ابعاد متفاوت سلامت ذهنی، از آزمون تحلیل عامل اکتشافی به روش شناسایی مؤلفه‌های اصلی استفاده شد که بر اساس نتایج آزمون، سلامت ذهنی در ذیل سه عامل "احساس سلامت بدنی"،

"کاهش فرسودگی عاطفی" و "توانایی ایفای مؤثر نقش‌ها" دسته‌بندی و ارزیابی شد. متغیرهای مستقل نیز شامل ابعاد ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی بودند. در بعد ساختاری، مشارکت در سه نوع غالب مشارکت اجتماعی که در نتیجه آزمون تحلیل عامل اکتشافی استخراج شدند، یعنی مشارکت در امور فوق برنامه (۶ گویه)، رفاهی - صنفی (۳ گویه)، و مذهبی (۴ گویه) دسته‌بندی و ارزیابی شد. در بعد شناختی با اتکای بر تئوری‌های گیدنز و شفل و شاه، متغیرهای اعتماد در انواع مختلف محدود (۳ گویه و آلفای ۰/۶۶)، آشنایان شغلی (۶ گویه و آلفای ۰/۸۸)، تعمیم یافته (۸ گویه و آلفای ۰/۷۶)، و نهادی (۱۲ گویه و آلفای ۰/۹۳)، احساس حمایت اجتماعی (۱۱ گویه و آلفای ۰/۹۴)، و رضایت از زندگی (۸ گویه و آلفای ۰/۸۹) مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی اعتبار و پایایی گویه‌های مربوط به سنجش متغیرها، به ترتیب، از اعتبار تحلیل محتوا، اعتبار صوری و پیش‌آزمون؛ و روش برآورد میزان همبستگی درونی گویه‌ها (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد.

جدول ۱- نتایج آزمون تحلیل اکتشافی تعیین عوامل سلامت ذهنی و مشارکت به تفکیک

عامل‌ها و بار عاملی مربوطه

نام سازه	عوامل	نام متغیر	بار عاملی	ضریب آلفا
سلامت ذهنی	احساس سلامت بدنی	احساس ضعف و سستی	۰/۸۵	۰/۸۸
		احساس بیمار بودن	۰/۸۵	
		احساس نیاز به داروهای تقویتی	۰/۷۶	
		احساس خوب نبودن	۰/۷۴	
	احساس داغ یا سرد بودن بدن	۰/۶۹		
فرسودگی		احساس بی ارزش بودن	۰/۷۶	۰/۸۳

	۰/۷۴	آرزوی مرگ کردن		
	۰/۶۷	احساس عصبی بودن		
	۰/۶۴	عصبی و بدخلق شدن		
	۰/۶۳	احساس ناتوانی در انجام کارهای روزمره		
۰/۷۸	۰/۸۲	احساس مفید بودن در انجام کارها	ایفای مؤثر نقش‌ها	
	۰/۷۷	احساس انجام کارها به خوبی و سرفرصت		
	۰/۷۶	توانایی تصمیم‌گیری درباره مسائل		
	۰/۷۳	توانایی لذت بردن از کارهای روزمره		
۰/۸۱	۰/۷۶	فعالیت ورزشی فوق برنامه	امور فوق برنامه	
	۰/۷۰	شرکت در طرح اکرام		
	۰/۶۵	فعالیت در کانون فرهنگی		
	۰/۶۵	شرکت در جشن ملی		
	۰/۶۳	شرکت در ورزش همگانی		
	۰/۵۹	رفتن به مهمانی دوستانه		
۰/۸۱	۰/۸۶	شرکت در جشن مذهبی	مذهبی	مشارکت
	۰/۷۷	شرکت در نماز جمعه		
	۰/۵۹	انجمن اولیاء و مربیان		
	۰/۵۹	عضویت در بسیج		
۰/۸۵	۰/۷۹	عضویت در صندوق حمایت خانگی	رفاهی - صنفی	
	۰/۷۱	عضویت در شرکت تعاونی		
	۰/۶۶	شرکت در انجمن علمی - پژوهشی		

تعریف مفاهیم

سلامت: در یک تقسیم‌بندی کلی سلامت دارای دو بعد ذهنی و عینی است و ارزیابی آن مستلزم توجه به هر دو بعد عینی (داشتن بیماری واقعی) و ذهنی (احساس بیماری یا سلامت) است. بعد عینی سلامت (جسمانی) به چگونگی عملکرد ارگان‌های و وظایف فیزیولوژیک بدن مربوط بوده و شامل چهار بعد است: ۱- عملکرد جسمانی (توانایی فرد در انجام وظایف و فعالیت‌های روزانه)؛ ۲- عملکرد در نقش فیزیکی (تأثیر مشکلات جسمی بر چگونگی انجام وظایف و فعالیت‌های روزانه توسط فرد)؛ ۳- دردهای جسمانی (احساس درد در اعضای مختلف بدن، که فرد، طی هفته گذشته بدان دچار بوده است)؛ ۴- سلامت کلی فرد (درک و توصیفی که فرد از وضعیت سلامتی کلی خودش دارد). بعد ذهنی سلامت (احساس سلامت)، به آگاهی ذهنی فرد از اختلال و یا تغییرات منفی در سلامتی و بهزیستی اشاره دارد و بیانگر بعد روحی-روانی و عاطفی کیفیت زندگی است (فلیپ و گرج لوید ۱۹۹۷: ۱۶۲ به نقل از حیدری، ۱۳۹۴). در این پژوهش هر دو بعد عینی (به معنای ابتلا به بیماری خاص) و ذهنی سلامت (احساس و تصور فرد از وضعیت جسمی و روحی خود) مورد توجه قرار گرفته و به صورت خود گزارشی سنجیده شده است. لازم به ذکر است که "احساس سلامت بدنی" که بعنوان یکی از ابعاد سلامت ذهنی بررسی شده است؛ یک احساس سلامت جسمانی ذهنی است و لزوماً با داشتن بیماری منطبق نیست، اما بعد عینی بیماری به منزله داشتن یکی یا چند از انواع بیماری‌هاست و ذهنی نیست.

سرمایه اجتماعی: سرمایه اجتماعی را به طور کلی به منابعی تعریف می‌کنند که میراث روابط اجتماعی‌اند و کنش جمعی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند، دربرگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی هستند که موجب گرد آمدن افراد به صورتی منسجم و با ثبات در داخل گروه به منظور تأمین هدفی مشترک می‌شود (زاهدی، ۱۳۸۲، به نقل از موسوی، ۱۳۹۱: ۱۵). سرمایه، در دو بعد ساختاری و شناختی تعریف و ارزیابی شد. در

بررسی وضعیت سلامت معلمان و رابطه آن با ... ۱۸۳

بعد ساختاری، گونه‌های مشارکت و در بعد شناختی اعتماد، حمایت و رضایت از زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو، به نقل از کلدی، ۱۳۹۱: ۱۸).

اعتماد: گیدنز اعتماد را به عنوان اطمینان یا اتکاء به ماهیت یا خاصیت شخص یا چیزی یا صحت گفته‌ای توصیف می‌کند. وی میان چهار نوع اعتماد بنیادین، اعتماد بین شخصی، اعتماد تعمیم یافته و اعتماد نهادی تمایز قائل می‌شود (گیدنز، ۱۳۷۷). در این پژوهش سه بعد اعتماد بین شخصی، تعمیم یافته و اعتماد نهادی سنجیده شده است که اعتماد بین شخصی، به صورت دو صورت "اعتماد محدود" یعنی اعتماد به همسر و خانواده و "اعتماد به آشنایان شغلی" یعنی اعتماد به همکاران و دانش آموزان و... مورد ارزیابی قرار گرفت. اعتماد تعمیم یافته، نوعی اعتماد ذهنی و در واقع اعتماد به کسانی است که آن‌ها را نمی‌شناسیم. این متغیر در قالب طیف لیکرت و با ۸ گویه سنجیده شده است. اعتماد نهادی همچنین می‌تواند به اعتماد اعضای با استراتژی و چشم انداز سازمان، شایستگی تجاری و فناوری آن، ساختارها و فرایندهای منصفانه و سیاست‌های منابع انسانی سازمان اشاره کند (Elloonen, 2007؛ به نقل از شیرازی، ۱۳۹۰).

رضایت از زندگی: رضایت از زندگی بیانگر ارزیابی کلی فرد از محیط‌های پیرامونی‌اش است که می‌تواند منفی یا مثبت باشد و تا حد زیادی به موجب پیوندهای اجتماعی تعیین می‌شود. رضایت از زندگی احساس خرسندی کلی فرد از زندگی است (مکینتاش، ۲۰۰۱، به نقل از قهرمان، ۱۳۸۹).

مشارکت اجتماعی: مهمترین و شناخته شده‌ترین بعد ساختاری سرمایه اجتماعی، مشارکت است که پاتنام بیش از سایرین به آن پرداخته است. وی میزان عضویت در شبکه‌های ارتباط اجتماعی، گروه‌ها و کیفیت مشارکت در این گروه‌ها را در مطالعات

مختلف خود، بسیار مهم نشان داده است (اختر محققی، ۱۳۸۵: ۵۴). مشارکت به معنی "شرکت فعالانه افراد در حیات سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و بطور کلی تمام ابعاد حیات است و تمام ابعاد زندگی، عرصه مشارکت است" (ساروخانی، ۱۳۸۵: ۴۲). در این پژوهش، این متغیر بعد از انجام تحلیل عاملی به صورت سه متغیر "مشارکت در امور فوق برنامه" (فعالیت‌های مشارکتی که افراد به قصد پر کردن اوقات فراغت یا به قصد تفریح و ورزش انجام می‌دهند)؛ "مشارکت مذهبی" (فعالیت‌های جمعی با ماهیت مذهبی)؛ و "مشارکت رفاهی - صنفی" (فعالیت‌هایی که در راستای برطرف کردن نیازهای مالی و یا تقویت حرفه فرهنگی صورت می‌گیرند) ارزیابی شده است.

ویژگی‌های توصیفی پاسخگویان

بر اساس داده‌های توصیفی، ۶۵/۵ درصد از پاسخگویان زن و ۳۴/۵ درصد مرد؛ ۴۸/۲ درصد در مقطع ابتدایی، ۲۵/۸ درصد در متوسطه اول و ۲۵/۳ درصد در متوسطه دوم شاغل بوده‌اند. ۰/۱۵ درصد پاسخگویان فوق دیپلم، ۶۱/۳ درصد لیسانس و ۱۹/۵ درصد فوق لیسانس و بالاتر بوده‌اند. ۹۰/۵ درصد کارمند رسمی و ۳/۷ درصد غیررسمی؛ از نظر پست سازمانی، ۳۸/۴ درصد آموزگار، ۱۸/۲ درصد مدیر یا معاون و ۳۸/۴ درصد دبیر بوده‌اند. ۹۱/۶ درصد از پاسخگویان متأهل و ۴/۷ درصد مجرد بوده‌اند. ۷۸/۴۲ درصد از پاسخگویان گفته‌اند که حداقل یک یا بیشتر از انواع بیماری‌های جسمانی را داشته‌اند و تنها ۲۱/۵۷، گفته‌اند که هیچ نوع بیماری جسمی ندارند. در بین بیمارها، شایع و کم شایع‌ترین نوع بیماری‌ها به ترتیب، دردهای عضلانی با ۴۷/۴ درصد و بیماری قند و دیابت با ۹/۵ درصد بوده است. ۱۸/۹ درصد از پاسخگویان وضعیت احساس سلامت ذهنی پایین، ۶۴/۵ درصد از احساس سلامت متوسط و ۱۶/۶ درصد از احساس سلامت سطح بالایی برخوردار بوده‌اند.

بررسی وضعیت سلامت معلمان و رابطه آن با ... ۱۸۵

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان به تفکیک وضعیت سلامت ذهنی آنان

وضعیت سلامت ذهنی	تعداد	درصد
پایین	۷۲	۱۸/۹
متوسط	۲۴۵	۶۴/۵
بالا	۶۳	۱۶/۶

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر اساس ابتلا به یک یا چند بیماری جسمانی

ابتلا به بیماری های جسمانی	تعداد	درصد
دردهای عضلانی (پادرد، درد انگشتان و...)	۱۸۰	۴۷/۴
ضعف جسمانی و خستگی شدید	۱۴۲	۳۷/۴
بیماری های چشمی مانند ضعیف بودن	۱۱۶	۳۰/۵
دیسک کمر و گردن	۱۰۱	۲۶/۶
بیماری های گوارشی مانند معده درد و...	۹۹	۲۶/۱
سردرد دوره ای شدید	۹۰	۲۳/۷۵
فشار خون و چربی	۶۶	۱۷/۴
بیماری های روحی و روانی مانند افسردگی	۶۲	۳/۱۶
روماتیسم و دردهای مفصلی.	۵۷	۰/۱۵
مشکلات تنفسی	۵۳	۱۳/۹
بیماری های پوستی	۴۷	۱۲/۴
بیماری های قلبی و عروقی	۴۲	۱/۱۱
بیماری های پوستی	۴۷	۱۲/۴
بیماری های قند و دیابت	۳۶	۹/۵
N= 380		

تجزیه و تحلیل استنباطی

رابطه همه متغیرهای با سطح سنجش فاصله‌ای و نسبی مقاله بر اساس آزمون همبستگی پیرسون ارزیابی شد (جدول ۴). بر اساس نتایج آزمون، سه متغیر حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی و اعتماد تعمیم یافته، به ترتیب، بالاترین همبستگی منفی و معنی‌دار را با بعد عینی سلامت داشته‌اند. مقادیر همبستگی مربوط به این متغیرها با ابتلای به بیماری، به ترتیب، $(-0/23)$ ، $(-0/19)$ ، و $(-0/17)$ بوده است. در ابعاد سه گانه ذهنی سلامت، در بعد احساس سلامت بدنی متغیرهای رضایت از زندگی، اعتماد محدود، و حمایت اجتماعی با داشتن مقادیر همبستگی $(0/22)$ ، $(0/21)$ ، و $(0/18)$ ، به ترتیب، بیشترین همبستگی مثبت و معنی‌دار را با این بعد از سلامت ذهنی داشته‌اند. در بعد کاهش فرسودگی عاطفی، متغیرهای حمایت اجتماعی با مقدار همبستگی $0/35$ ، اعتماد تعمیم یافته با مقدار همبستگی $0/24$ ، و اعتماد محدود با مقدار همبستگی $0/20$ ، به ترتیب، بالاترین همبستگی مثبت، مستقیم و معنی‌دار را با این بعد داشته‌اند. در نهایت، در بعد ایفای مؤثر نقش‌ها، متغیرهای رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی، و اعتماد تعمیم یافته، با داشتن ضرایب همبستگی، $0/22$ ، $0/20$ ، و $0/11$ ، به ترتیب، بیشترین همبستگی مثبت، مستقیم و معنی‌دار را با این بعد از سلامت داشته‌اند. بر اساس مقادیر همبستگی می‌توان گفت، هر دو بعد عینی و ذهنی سلامت، و حتی ابعاد فرعی سلامت ذهنی، تحت تأثیر متغیرهای یکسانی قرار ندارند. همچنین، همبستگی ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی با ابعاد ذهنی سلامت بالاتر از همبستگی آنان با بعد عینی آن بوده است.

جدول ۴- نتایج آزمون همبستگی دو سویه متغیرهای بعد شناختی با ابعاد عینی و ذهنی سلامت

ابعاد سلامت				
عینی	ذهنی			
ابتلا به بیماری	ایفای مؤثر نقش‌ها	کاهش فرسودگی عاطفی	احساس سلامت بدنی	
* -۰/۱۱۳	* ۰/۱۱۴	۰/۲۴۳**	* ۰/۱۰۱	اعتماد تعمیم یافته
** -۰/۱۳۵	۰/۰۸۶	** ۰/۱۵۵	* ۰/۱۲۹	اعتماد نهادی
** -۰/۱۷۳	۰/۰۹۰	** ۰/۲۳۴	** ۰/۲۱۲	اعتماد محدود
۰/۰۲۵	۰/۰۸۱	* ۰/۱۰۰	۰/۰۸۵	اعتماد به آشنایان شغلی
** -۰/۲۳۴	** ۰/۲۰۷	** ۰/۳۵۲	** ۰/۱۸۷	حمایت اجتماعی
** -۰/۱۹۵	** ۰/۲۲۳	** ۰/۲۲۳	** ۰/۲۲۳	رضایت از زندگی

جدول ۵ بیانگر میزان همبستگی انواع مشارکت (بعد ساختاری سرمایه اجتماعی) با ابعاد سلامت (ذهنی و عینی) می‌باشد. بر اساس نتایج آزمون، انواع مشارکت مذهبی (۰/۱۸) و ارادی (۰/۱۷) به ترتیب بالاترین همبستگی مثبت و معنی‌دار را با کاهش فرسودگی عاطفی سلامت ذهنی داشته‌اند. اما همبستگی دیگر انواع مشارکت با دیگر ابعاد سلامت ذهنی و سلامت عینی معنی‌داری نبوده است.

جدول ۵- نتایج آزمون همبستگی انواع مشارکت با ابعاد ذهنی و عینی سلامت

ابعاد سلامت				
عینی	ذهنی			
ابتلا به بیماری	ایفای مؤثر نقش	کاهش فرسودگی عاطفی	احساس سلامت بدنی	انواع مشارکت
۰/۰۴۲	۰/۰۸۵	** ۰/۱۸۸	۰/۰۹۷	مشارکت مذهبی
۰/۰۴۴	-۰/۰۲۶	۰/۰۸۰	۰/۰۶۸	مشارکت صنفی
۰/۰۷۹	۰/۰۰۲	** ۰/۱۷۷	۰/۰۷۳	مشارکت فوق برنامه

جدول ۶ بیانگر نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام برای ارزیابی و پیش‌بینی میزان و جهت تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر بعد احساس سلامت بدنی می‌باشد. بر اساس نتایج آزمون، در بین تمام متغیرهای وارد شده به معادله، تنها دو متغیر رضایت از زندگی و اعتماد محدود بر احساس سلامت بدنی پاسخگویان تأثیر داشته‌اند. رضایت از زندگی با وزن بتای بالاتر (۰/۱۸۰) تأثیر بیشتری بر احساس سلامت بدنی داشته است. این دو متغیر با هم توانسته‌اند ۷ درصد از واریانس احساس سلامت بدنی پاسخگویان را تبیین کنند.

جدول ۶- نتایج آزمون تأثیر متغیرهای مستقل بر احساس سلامت بدنی به روش رگرسیون چندگانه گام به گام

متغیرهای مستقل	R	R ^۲	B	Beta	T	Sig
رضایت از زندگی	۰/۲۲۳	۰/۰۵۰	۰/۱۵۸	۰/۱۸۰	۳/۵۲۲	۰/۰۰۰
اعتماد محدود	۰/۲۷۵	۰/۰۷۶	۰/۳۹۹	۰/۱۶۶	۳/۲۴۴	۰/۰۰۱
a=3/475 F=15/404 Sig=0/000						

جدول ۷ بیانگر نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره به شیوه گام به گام برای ارزیابی میزان و جهت تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر کاهش فرسودگی عاطفی معلمان می‌باشد. بر اساس نتایج آزمون، در بین متغیرهای وارد شده به مدل، پنج متغیر تأثیر معنی‌داری بر کاهش فرسودگی عاطفی معلمان داشته‌اند. حمایت اجتماعی به عنوان اولین متغیر مهم تأثیر گذار توانسته است به تنهایی ۰/۱۲ از واریانس کاهش فرسودگی عاطفی را تبیین کند. بعد از آن اعتماد تعمیم یافته ضریب تبیین را به ۰/۱۶ افزایش داده است. مشارکت مذهبی، گرچه به لحاظ وزن بتا چهارمین متغیر تأثیر گذار

است، اما بعنوان سومین متغیر وارد شده به مدل می‌باشد که ۰/۰۳ به ضریب تبیین افزوده است. متغیرهای بعدی تأثیر گذار بر کاهش فرسودگی عاطفی، رضایت از زندگی و اعتماد محدود بوده‌اند. در مجموع این متغیرها، توانسته‌اند ۰/۲۲ از واریانس فرسودگی عاطفی معلمان را تبیین کنند.

جدول ۷- نتایج آزمون تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر کاهش فرسودگی عاطفی به روش گام به گام

Sig	T	Beta	B	R ²	R	متغیرهای مستقل
۰/۰۰۰	۴/۵۰۵	۰/۲۳۲	۰/۱۰۶	۰/۱۲۴	۰/۳۵۲	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۰	۳/۸۸۷	۰/۱۸۰	۰/۱۵۵	۰/۱۶۴	۰/۴۰۵	اعتماد تعمیم یافته
۰/۰۰۴	۲/۹۲۸	۰/۱۳۶	۰/۱۵۹	۰/۱۹۱	۰/۴۳۷	مشارکت مذهبی
۰/۰۰۵	۲/۸۴۹	۰/۱۴۷	۰/۱۰۶	۰/۲۱۲	۰/۴۶۰	رضایت از زندگی
۰/۰۴۴	۲/۰۱۹	۰/۰۹۸	۰/۱۹۴	۰/۲۲۰	۰/۴۶۹	اعتماد محدود
a=0/682		F=21/134			Sig=0/000	

جدول ۸ که بیانگر میزان و جهت تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر ایفای مؤثر نقش‌ها می‌باشد، نشان می‌دهد که تنها دو متغیر رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی بر ایفای مؤثر نقش‌ها تأثیر معنی‌داری داشته، که این دو متغیر با هم توانسته‌اند ۸ درصد از واریانس این بعد از سلامت را تبیین کنند. بر اساس مقدار B مربوطه تأثیر هر دو متغیر بر احساس ایفای مؤثر نقش‌ها مثبت بوده و در راستای افزایش رضایت از زندگی فردی و احساس حمایت اجتماعی پاسخگو احساس می‌کرده است که از توانایی بیشتری برای ایفای مؤثر نقش‌هایش برخوردار است.

جدول ۸- نتایج آزمون تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر ایفای مؤثر نقشها به روش رگرسیون گام به گام

Sig	T	Beta	B	R ²	R	متغیرهای مستقل
۰/۰۰۰	۴/۲۸۰	۰/۲۳۲	۰/۱۱۷	۰/۰۷۸	۰/۲۷۸	رضایت از زندگی
۰/۰۴۶	۲/۰۰۵	۰/۱۰۹	۰/۰۳۵	۰/۰۸۷	۰/۲۹۵	حمایت اجتماعی
a=6/675		F=18/026			Sig=0/000	

جدول ۹ بیانگر میزان و جهت برآورد تأثیر میزان و جهت هر یک از متغیرهای مستقل بر بعد عینی سلامت (داشتن یا نداشتن بیماری) می‌باشد. بر اساس نتایج آزمون، از بین کلیه متغیرهای وارد شده به معادله، تنها دو متغیر حمایت اجتماعی و اعتماد محدود به عنوان متغیرهای تأثیرگذار و معنی‌دار در معادله باقی مانده‌اند و آنها توانسته‌اند مقدار کمی (۰/۰۶) از واریانس ابتلای افراد به بیماری را تبیین کنند. بر اساس مقدار B می‌توان گفت تأثیر این متغیرها بر ابتلای به بیماری منفی بوده و در راستای افزایش حمایت اجتماعی و اعتماد محدود از احتمال بیمار بودن فرد کاسته شده است. البته این داده مستلزم تحقیقات بیشتر است چون ساز و کار دقیق پیوند بین حمایت اجتماعی و اعتماد محدود با ابتلا به بیماری مشخص نیست.

جدول ۹- نتایج آزمون تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر بعد عینی سلامت به روش گام به گام

Sig	T	Beta	B	R ²	R	متغیرهای مستقل
۰/۰۰۰	-۳/۸۹۲	-۰/۲۰۲	-۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۲۳۴	حمایت اجتماعی
۰/۰۲۶	-۲/۲۴۱	-۰/۱۱۶	-۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۲۶۰	اعتماد محدود
a=6/314		F=13/615			Sig=0/000	

بحث و نتیجه‌گیری

سلامتی حالتی است که مورد علاقه و توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری می‌باشد. سلامت در گفتمان‌های متنوعی توصیف و تبیین شده است که این گفتمان‌ها به طور اجتماعی ساخت یافته‌اند (مارکس، ۲۰۰۰: ۳؛ به نقل از ریاحی، ۱۳۸۹). این مقاله از منظر گفتمان "تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت" تأثیر یکی از مهمترین فاکتورهای اجتماعی یعنی "سرمایه اجتماعی" را بر سلامت عینی و ذهنی معلمان شهر بوشهر بررسی کرده است. بر اساس نتایج پژوهش، رضایت از زندگی و اعتماد محدود، به ترتیب، بالاترین همبستگی مثبت را با احساس سلامت بدنی؛ حمایت اجتماعی و اعتماد تعمیم یافته، بالاترین همبستگی مثبت را با کاهش فرسودگی عاطفی؛ و رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی، به ترتیب، بالاترین همبستگی مثبت را با ایفای مؤثر نقش‌ها داشته‌اند. در بین ابعاد اعتماد، اعتماد محدود بیشترین همبستگی معنی‌دار مثبت را با احساس سلامت کلی؛ و بیشترین همبستگی منفی را با بعد عینی سلامت داشته است. اعتماد نهادی کمترین همبستگی مثبت معنی‌دار را با بعد ایفای مؤثر نقش‌ها؛ و اعتماد تعمیم یافته کمترین همبستگی منفی را با بعد عینی سلامت داشته است. بر اساس نتایج آزمون همبستگی می‌توان گفت همبستگی ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی با بعد ذهنی سلامت به مراتب بالاتر از همبستگی آنها با ابعاد ساختاری سرمایه اجتماعی بوده است. در بعد ساختاری سرمایه اجتماعی، همبستگی مشارکت مذهبی و مشارکت در امور فوق برنامه با احساس سلامت بدنی و کاهش فرسودگی عاطفی مثبت و معنی‌دار است. این نتیجه با نتایج پژوهش ونستر (۲۰۰۰) همخوان است. بر اساس تحقیق وی، کارگروهی با همکاران، حضور در مراسم مذهبی، باشگاه و مشارکت بر سلامت تأثیر مثبت دارد.

در بخش تحلیل چند متغیره‌ی داده‌ها و در خصوص ابعاد ذهنی و بعد عینی سلامت می‌توان گفت در بعد احساس سلامت بدنی، متغیرهای رضایت از زندگی،

حمایت اجتماعی، اعتماد تعمیم یافته، اعتماد محدود و مشارکت مذهبی، به ترتیب، تأثیر گذارترین متغیرها بوده‌اند و در مجموع توانستند ۰/۲۰ از واریانس این بعد از سلامت ذهنی معلمان را تبیین کنند. در بعد کاهش فرسودگی عاطفی حمایت اجتماعی، اعتماد تعمیم یافته، مشارکت مذهبی، رضایت از زندگی و اعتماد محدود، به ترتیب، تأثیر گذارترین متغیرها بوده‌اند و با هم توانستند ۰/۲۲ از واریانس کاهش عاطفی معلمان را تبیین کنند. در بعد ایفای مؤثر نقش‌ها، نیز، متغیرهای رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی، به عنوان تنها متغیرهای معنی‌دار در معادله باقی ماندند و توانستند تنها ۸ درصد از واریانس این بعد از احساس سلامت پاسخگویان را تبیین کنند. در بعد عینی، تنها تأثیر دو متغیر رضایت از زندگی و اعتماد محدود، بر میزان ابتلای به بیماری تأثیر معنی‌داری داشته‌اند که با هم توانسته‌اند تنها ۷ درصد از واریانس این بعد از سلامت را تبیین کنند.

با توجه به ضریب واریانس تبیین شده نهایی مربوط به ابعاد سلامت و مقایسه آنها می‌توان گفت، ابعاد ذهنی و عینی سلامت، تحت تأثیر متغیرهای یکسانی قرار ندارند. بدین ترتیب که متغیرهای موجود در مدل تحقیق بیشترین قدرت تبیینی را برای بعد کاهش فرسودگی شغلی و احساس سلامت بدنی داشته‌اند؛ اما قدرت تبیین آنها برای ابعاد ایفای مؤثر نقش و بعد عینی سلامت محدودتر است. در بعد عینی نیز، تنها تأثیر بعد مذهبی مشارکت در وضعیت سلامت پاسخگویان مؤثر بوده است.

نتایج این پژوهش نشان داد که بعد ذهنی سلامت نسبت به بعد عینی، بیشتر از فاکتورهای اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. دوم، بعد شناختی سرمایه، نسبت به بعد ساختاری، تأثیر بیشتری بر همه ابعاد سلامت دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش دسیلوا (۲۰۱۰)، که بعد شناختی سرمایه نسبت به بعد ساختاری، ارتباط بیشتری با سلامت روان دارد، همخوان است. به طور کلی می‌توان گفت که سلامت یک پدیده چند وجهی پیچید است و ابعاد فراوان دارد که سنجش آن را دشوار کرده است. از طرف دیگر یک پدیده فقط زیست شناختی نیست و عوامل اجتماعی متعددی نقش مهمی در ایجاد، حفظ یا از میان

رفتن سلامت انسان دارند، که در این بین نقش سرمایه اجتماعی، می‌تواند وضعیتی تعیین کننده و اساسی در ارتقای سلامتی پاسخگویان داشته باشد.

پیشنهادات علمی-اجرایی

در بخش علمی، مطالعات علمی بیشتری در خصوص وضعیت بیماری معلمان به تفکیک جنس، مقطع تدریس، میزان سرمایه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی در دسترس-شان انجام شود. همچنین ادارات، سازمان‌ها و وزارت آموزش و پرورش می‌تواند با جمع‌آوری تحقیقات انجام شده و انجام تحقیقات جدید، یک بانک اطلاعاتی در خصوص شناخت و بررسی وضعیت سلامت جسمانی و روانی معلمان و کارکنان خود تشکیل دهند. بعلاوه، از پایان‌نامه‌هایی که در مقاطع تحصیلات تکمیلی در خصوص وضعیت سلامت معلمان انجام می‌شوند حمایت مالی و معنوی نمایند. در بخش اجرایی نیز پیشنهاد می‌شود در حد امکان معلمان در جاهایی به تدریس مشغول شوند که امکان حمایت‌های اجتماعی غیررسمی مانند خانواده، اقوام و خویشان و... از آنها وجود داشته باشد. همچنین حمایت‌های اجتماعی رسمی بیشتری از معلمان بعمل آید یا طوری با آنان برخورد شود که حداقل احساس کنند از آنها حمایت می‌شود. حمایت‌های رسمی می‌توانند در قالب تدارک زمینه‌های حضور و مشارکت بیشتر معلمان در فعالیت‌های غیر آموزشی مانند برگزاری نشست‌های دوستانه، مسابقات ورزشی،... تدارک بیمه‌های تکمیلی مانند خدمات بیمه طلایی تحقق پیدا کنند. به نظر می‌رسد کنترل و بهبود کیفیت ساختار فیزیکی کلاس درس، صندلی معلم، وضعیت روشنایی و سیستم سرمایشی - گرمایشی کلاس‌ها می‌توانند تا حد زیادی به بهبود وضعیت سلامت جسمانی معلمان کمک کند. زیرا همانطور که گفته شد بیشترین بیماری معلمان مورد مطالعه بیماری عضلانی بوده است. مهمتر این که علاوه بر در نظر گرفتن نیازها و مسائل اجتماعی و حرفه‌ای معلمان به عنوان یک گروه شغلی مهم در جامعه (چه از نظر کمی و چه از نظر کیفی، چه از نظر تعداد و ویژگی‌های

۱۹۴ فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هشتم، شماره ۳۱، تابستان ۱۳۹۶

خودشان و چه از نظر تعداد و ویژگی‌های مخاطبان شان) که نیازمند حمایت و توجه بیشتری هستند؛ باید به تنوعات درون گروهی معلمان و نیازهای متفاوت آنان نیز توجه شود.

منابع

- اخترمحقق، مهدی. (۱۳۸۵)، *سرمایه اجتماعی*، تهران: کتابخانه ملی ایران، چاپ اول.
- بختیار پور، پروین. (۱۳۸۲)، بررسی وضعیت بهداشت روانی معلمان استان اصفهان در سال تحصیلی ۷۹-۸۰، *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، شماره ۱۶.
- حسین، حسن‌زاده. (۱۳۸۵)، آموزش و پرورش و توسعه سلامت عمومی و مهارت‌های زندگی، تهران: آوند اندیشه.
- حیدری، آرمان. (۱۳۹۴)، عزت نفس به مثابه میانجی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، *فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی*، سال ۲۶، شماره ۲. پیاپی ۵۸.
- داور، بهزاد. (۱۳۹۱)، "سرمایه اجتماعی بستری برای سلامت روان"، *فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال دوم، شماره ۶.
- رنجبران، مهدی؛ سوری، حمید؛ اعتماد، کوروش؛ خدادوست، محمود. (۱۳۹۳)، ارتباط وضعیت اقتصادی - اجتماعی با وضعیت سلامت و کاربرد روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*.
- ساروخانی، باقر؛ امیرپناهی، محمد. (۱۳۸۵)، ساختار قدرت در خانواده و مشارکت اجتماعی، *پژوهش زنان*، دوره ۴، شماره ۳.

بررسی وضعیت سلامت معلمان و رابطه آن با ... ۱۹۵

- شیرازی، علی؛ خداوردیان، الهام؛ نعیمی، محمد. (۱۳۹۰)، تأثیر اعتماد سازمانی بر بروز رفتارهای شهروندی سازمانی؛ مورد مطالعه: شرکت گاز استان خراسان شمالی، *پژوهش نامه مدیریت تحول*، سال چهارم، شماره هفتم.
- فیلد، جان. (۱۳۸۸)، *سرمایه اجتماعی*، ترجمه: اصغر پور، احمدرضا، تهران.
- قاسمی پور، مریم؛ جهانبخش گنجه، سحر. (۱۳۸۹)، "رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم آباد"، *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، دوره دوازدهم، شماره ۱، مسلسل ۴۳.
- قهرمان، آرش. (۱۳۸۹)، بررسی مفهوم رضایت از زندگی و سنجش آن در میان دانشجویان دختر و پسر، *دو فصلنامه پژوهش جوانان، فرهنگ و جامعه*، شماره چهارم.
- کاوه‌ای، طیبه؛ عاشوری، احمد؛ حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۳)، پیش بینی رضایت شغلی بر اساس باورهای خود کارآمدی، خود کارآمدی تدریس، استرس شغلی و سطح نیازهای معلمان استثنایی استان لرستان، *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، سال چهاردهم، شماره ۴ - پیاپی ۱۲۶.
- کلدی، علیرضا؛ سلحشوری، پروانه. (۱۳۹۱)، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر توانمند سازی زنان، *مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، سال چهارم، شماره چهارم.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۷)، *پیامدهای مدرنیت*، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز.
- لهسایی زاده، عبدالعلی و مرادی، گلرادر. (۱۳۸۶)، رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، شماره ۷، شماره ۲۶.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۵)، *جامعه شناسی پزشکی*، تهران: طهوری، چاپ پنجم.
- مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۸۹)، *جامعه شناسی پزشکی*، تهران: دانشگاه تهران.

- موسوی، میرطاهر؛ علی پور، پروین. (۱۳۹۱). *تاملی بر نظریه‌های سرمایه اجتماعی در جامعه شناسی*، تهران: انتشارات جامعه شناسان، چاپ اول.
- نوریان نجف آبادی، محمد؛ جهانگیری، نرجس. (۱۳۹۰). رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی (مطالعه موردی: معلمان شهرستان تیران و کرون)، *جامعه شناسی تاریخی*، دوره ۲، شماره ۲، پاییز و زمستان.
- هوشیار، بهمن. (۱۳۸۸). درباره رابطه ابعاد سلامت سازمانی با سلامت روانی معلمان مقطع متوسطه در شهر بوشهر، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز.

- Berkman, L; Glass, T; Brissette, I and Seeman Teresa E. (2000). From Social Integration to Health: Durkheim in the New Milleunium, *Social Science & Medicine*, 51, Pp. 843- 857.
- Bertera, Elizabeth M. (2005). Mental health in U.S. adults: The role of positive social support and social negativity in personal relationship, *Journal of Social and Personal Relationships*. Vol. 3, N0. 4, 22: 33.
- Emma Bassett and Spencer moore. (2013). 'Mental health and social capitel :social capital as a promising initiative to improving the mental health of communities, <http://dx.doi.org/10.5772/53501>. Chapter 28.
- Fatma Altun Selen Caglar , Hikmet Yazici. (2011). '*Some demographic variables and personal health behaviors of teachers* , ' Karadeniz Techni cal Uni versity ,KTUFatihfaculty of Education , Turkey, Trabzon.
- Filip Van Droogenbroeck , Bram Spruyt , Christophe Vanroelen. (2014). 'Burnout among senior teachers: Investigating the role of workload and interpersonal relationships at work , *Journal Homepage: www.elsevier.com/locate/tate*.

- Helen Askill-Williams , Carmel Cefai. (2014). '*Australian and Maltese teachers' perspectives about their capabilities for mental health promotion in school settings*'. Teaching and Teacher Education 40 (2014), *journal homepage:* www.elsevier.com/locate/tate.
- Jennifer A. Welsh and Helen L. Berry. (2009). '*Social capital and mental health and well-being*' , National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University, Paper presented at the Biennial HILDA Survey Research Conference 16-17 July 2009.
- Kwame Mckenzie, Rob whitley and Scott weich. (2002). Social capital and mental health, '*British Journal of Psychiatry*, Vol. 4. No. 181, 280-283.
- Michelle Cullen and Harvey Whiteford. (2001). *The Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health*.