

June-July 2021, Volume 9, Issue 2

Structural Model of Social Health of Nurses in Health Centers based on Cultural Intelligence Variables and Religious Values, A Case Study: Health Centers in the South of Kerman Province)

Ruhollah Cheraghpour¹, Nasser Hejazi^{2*}, Asghar Mohammadi³

1- Phd student, Department of Sociology, Islamic Azad University, Dehaghan Branch, Dehaghan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Sociology, Islamic Azad University, Dehaghan Branch, Dehaghan, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Sociology, Islamic Azad University, Dehaghan Branch, Dehaghan, Iran.

Corresponding Author: Nasser Hejazi, Assistant Professor, Department of Sociology, Islamic Azad University, Dehaghan Branch, Dehaghan, Iran.

Email: Hejazinaser@yahoo.com

Received: 5 Oct 2020

Accepted: 16 March 2021

Abstract

Introduction: Social health is one of the dimensions of health, which interacts with the physical and mental dimensions of health. The aim of this study was to design a structural model of social health of employees of health centers in the south of Kerman province based on cultural intelligence variables and religious values.

Methods: This is a correlational study of structural equations. The statistical sample of this study included 350 employees of health centers in the south of Kerman province in 1397 who were selected by multi-stage cluster sampling. To collect the data, Ang et al. Cultural Intelligence Questionnaire, Keyes Social Health Questionnaire and the Researcher-Scale Religious Values Scale were used. Data were analyzed using Pearson, Bootstrab and Sobel correlation coefficient tests.

Results: The direct effect of cultural intelligence (0.25) and religious values (0.28) on the social health of nurses in health centers is significant ($P < 0.01$). Also, the indirect effect of cultural intelligence ($t\text{-value} = 2$) mediated by moral values was significant. Findings also showed that between cultural intelligence ($r = 0.289$), motivation component ($r = 0.211$), cognitive component ($r = 0.308$), behavioral component ($r = 0.217$), religious values ($R = 0.286$), moral component ($r = 0.217$), devotional component ($r = 0.257$) and belief component ($r = 0.216$) have a positive and significant relationship with social health. The results showed that the value of the R^2 coefficient is equal to 0.180, which means that cultural intelligence and religious values explain 18% of the variance of nurses' social health. Findings related to simultaneous multiple regression showed that both predictor variables have a significant role in predicting nurses' social health, so that cultural intelligence ($p = 0.005$, $\beta = 0.457$) and value Religious students ($p = 0.005$, $\beta = 0.398$) positively predicted the social health of nurses.

Conclusions: Considering the direct and indirect effects of cultural intelligence factors and dimensions of religious values on the level of social health of employees, it seems that by strengthening cultural intelligence and religious values, the social health of employees can be increased.

Keywords: Cultural intelligence, Religious values, Social health, Staff, health, Treatment.

بررسی ارتباط سلامت اجتماعی با هوش فرهنگی و ارزش های دینی پرستاران: ارائه یک مدل ساختاری

روح الله چراغپور^۱، ناصر حجازی^{۲*}، اصغر محمدی^۳

۱- دانشجوی دکترا، گروه جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان، ایران.

۲- دانشیار، گروه جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان، ایران.

۳- استادیار، گروه جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان، ایران.

نویسنده مسئول: ناصر حجازی، دانشیار گروه جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان، ایران.

ایمیل: Hejazinaser@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

چکیده

مقدمه: سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود، که با ابعاد جسمی و روانی سلامت اثر متقابل دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت اجتماعی با هوش فرهنگی و ارزش های دینی پرستاران صورت گرفت. **روش کار:** این پژوهش همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. نمونه آماری این تحقیق شامل ۳۵۰ نفر از پرستاران مراکز بهداشت و درمان جنوب استان کرمان در سال ۱۳۹۷ بودند که به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه هوش فرهنگی ANG و همکاران، سلامت اجتماعی Keyes و مقیاس محقق ساخته ارزش‌های دینی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بوت استراب و سوبل مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: اثر مستقیم هوش فرهنگی (۰/۲۵) و ارزش‌های دینی (۰/۲۸) بر میزان سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشتی و درمانی معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۱$). همچنین اثر غیر مستقیم هوش فرهنگی ($t\text{-value} = ۲$) با میانجی‌گری ارزش‌های اخلاقی معنی‌دار بوده است. یافته‌ها همچنین نشان داد که بین هوش فرهنگی ($r = ۰/۲۸۹$)، مؤلفه انگیزه ($r = ۰/۲۱۱$)، مؤلفه شناختی ($r = ۰/۳۰۸$)، مؤلفه رفتاری ($r = ۰/۲۱۷$)، ارزش‌های دینی ($r = ۰/۲۸۶$)، مؤلفه اخلاقی ($r = ۰/۲۱۷$)، مؤلفه عبادی ($r = ۰/۲۵۷$) و مؤلفه اعتقادی ($r = ۰/۲۱۶$) با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد اجتماعی‌شان نیز ارتقا می‌یابد. نتایج نشان داد که مقدار ضریب R^2 برابر با ۰/۱۸۰ می‌باشد که به این معناست، هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی ۱۸ درصد از واریانس سلامت اجتماعی پرستاران را تبیین می‌کنند. همچنین یافته‌ها مربوط به رگرسیون چندگانه همزمان نشان داد که هر دو متغیر پیش بین سهم معناداری در پیش‌بینی سلامت اجتماعی پرستاران دارند، به گونه‌ای که هوش فرهنگی ($\beta = ۰/۴۵۷, p = ۰/۰۰۵$) و ارزش‌های دینی ($\beta = ۰/۳۹۸, p = ۰/۰۰۵$) به طور مثبت، سلامت اجتماعی پرستاران را پیش‌بینی کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثر مستقیم و غیرمستقیم عامل‌های هوش فرهنگی و ابعاد ارزش‌های دینی بر میزان سلامت اجتماعی پرستاران، به نظر می‌رسد با تقویت هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی می‌توان سلامت اجتماعی پرستاران را افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: هوش فرهنگی، ارزش‌های دینی، سلامت اجتماعی، پرستاران، بهداشت، درمان.

مقدمه

سلامت در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به این صورت تعریف شده است: حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها نبودن بیماری، معلولیت و یا زمین گیری نیست. سلامت کمتر بصورت یک حالت انتزاعی در متن ارتقای سلامت در نظر گرفته شده است و بیشتر بعنوان وسیله ای برای یک هدف منظور شده که می توان از لحاظ کارکردی بصورت یک منبع بیان کرد، منبعی که به مردم امکان می دهد تا بصورت فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی مولدی را داشته باشند، سلامتی فقط زندگی کردن نیست، بلکه منبعی برای زندگی روزمره است (۱).

سلامت، یکی از بنیادی ترین عناصری است که متضمن حیات انسان است و بشر همواره برای حفظ و ارتقاء سلامت خویش در تلاش بوده است، که این عنصر گاهی برای انسان هدف و گاهی ابزاری برای رسیدن به اهداف متعالی تر در زندگی بوده است و امروزه سلامت به ویژه سلامت اجتماعی، در جوامع بشری بخصوص در جوامع بهداشتی و درمانی از اهمیت بسزایی برخوردار است (۲). از طرفی سلامتی یک موضوع چند بعدی است - تعریف WHO با سه بعد سلامتی - بعد جسمی، روانی و اجتماعی است ولی ابعاد دیگری هم می توان برای آن تعیین کرد؛ ابعاد روحی، عاطفی شغلی، و سیاسی؛ با رشد دانش این فهرست را می توان گسترش داد (۲). بعد اجتماعی سلامتی شامل سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ تر است. به طور کلی از دید سلامت اجتماعی هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه بزرگ تر به حساب می آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه تمامیت شخصد رابطه با شبکه اجتماعی، توجه می شود. ریشه سلامتی اجتماعی در محیط زیست مادی مثبت (یعنی متوجه بر موضوع های اقتصادی و اقامتی) و محیط زیست انسانی مثبت است که شبکه اجتماعی مشخص را در نظر می گیرد (۲).

بخش بهداشت و درمان، از حوزه های مهم توسعه سلامتی در جوامع می باشد که ارتباط مستقیمی با سلامت انسانها دارد. زیرا پرستاران بهداشت و درمان، تنها نقش مراقبت را ایفا نمی کنند بلکه اداره کنندگان وضعیت مراقبتی بیماران نیز می باشند آنان نقش مشاور و راهنمای افراد در موضوعات بهداشتی را ایفا می کنند و آنها افرادی هستند که دانش و مهارت های حرفه ای لازم را کسب کرده و در انجام وظایف بنیادی خود که همان اعتلای سلامتی جامعه، پیشگیری

از بیماریها، تأمین و حفظ سلامتی کلیه افراد خانواده ها و جامعه است فعالیت می کنند (۱). از این رو حفظ و ارتقای سلامت آنان می تواند نقش کمک کننده ای در سلامت جامعه داشته باشد. (۲) سلامت مفهوم چند بعدی هست و سازمان بهداشت جهانی چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی برای آن ذکر کرده است. (۳) یکی از ابعاد سلامت، اجتماعی می باشد که از سایر ابعاد سلامت تأثیر پذیرفته و بر آنها اثر متقابل دارد. (۴) نحوه تعامل شخص با اجتماع به منظور ارتقای رفاه اجتماعی یکی از ویژگی های سلامت اجتماعی است که نتیجه نهایی این تعامل تقویت سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی عدالتی، برعکس آن افزایش آسیب های اجتماعی می باشد (۵).

استرس یک مشکل شغلی در حرفه پرستاری است که بر روی تمام جنبه های زندگی پرستاران از جمله سلامت اجتماعی آن ها تأثیر می گذارد و به احتمال زیاد سلامت اجتماعی فرد را نیز دچار مشکل می سازد. بنابراین به نظر می رسد که بررسی متغیرهای مرتبط با سلامت اجتماعی بسیار ضروری است تا از طریق افزایش آن ها بتوان سطح سلامت اجتماعی را نیز افزایش یافت که نتیجه نهایی آن ایجاد نشاط و سلامت اجتماعی ارتقا یافته در پرستاران است (۴،۵).

یکی از راه های ارتقا سطح سلامت اجتماعی پرستاران، شناخت عوامل موثری است که در افزایش سطح سلامت اجتماعی تأثیر گذار هستند شناخت هر چه بیشتر عوامل تأثیر گذار بر سلامت اجتماعی می تواند در برنامه ریزی جهت اقدام برای حل مسائل مفید واقع شوند. عوامل فرهنگی مختلفی هستند که می توانند روی سلامت اجتماعی پرستاران بهداشت و درمان تأثیر داشته باشند که یکی از آنها هوش فرهنگی می باشد. مفهوم هوش فرهنگی برای نخستین بار توسط Earley و Ang از محققان مدرسه کسب و کار لندن مطرح شد. این دو، هوش فرهنگی را قابلیت یادگیری الگوهای جدید در تعاملات فرهنگی و ارائه پاسخ های رفتاری صحیح به این الگوها تعریف کرده اند آنها معتقد بودند در مواجهه با موقعیت های فرهنگی جدید، به زحمت می توان علائم و نشانه های آشنایی یافت که بتوان از آنها در برقراری ارتباط سود جست (۶). در این موارد، فرد باید با توجه به اطلاعات موجود یک چارچوب شناختی مشترک تدوین کند، حتی اگر این چارچوب درک کافی از رفتارها و هنجارهای محلی نداشته باشد. تدوین چنین چارچوبی تنها از عهده کسانی برمی آید که از هوش فرهنگی بالایی برخوردار باشند (۷). هوش فرهنگی یک قابلیت فردی

برای درک، تفسیر و اقدام اثربخش در موقعیت‌هایی متنوع فرهنگی چون مراکز درمانی و بهداشتی می‌باشد و منجر می‌گردد که پرستاران مراکز بهداشتی و درمانی با وجود تفاوت‌های فرهنگی، زبانی و مذهبی افراد جامعه، در جهت افزایش سلامتی آن (اجتماع) تلاش کنند. (۷) Vosoughi و همکاران در سال ۱۳۹۳ پژوهشی با عنوان بررسی تأثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی انجام دادند یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که سه متغیر سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی همستگی معنادار دارند و بیشترین تأثیر از سوی سرمایه اجتماعی است. (۸) نتایج مقالات برگزیده نشان می‌دهد که ارتباط معناداری بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد. (۹) برای افزایش سلامت عمومی جامعه لازم هست توانایی و هوش بین فرهنگی پرستاران مراکز بهداشت و درمان را افزایش داد زیرا این توانایی باعث می‌شود که آنها از نیازهای درمانی و بهداشتی سایر اقوام و گروه‌ها آگاه شوند و در جهت رفع نیازهای آنها تلاش کنند. (۱۰) Samadi و Eskandari تحقیق تحت عنوان، بررسی و شناخت تأثیر هوش فرهنگی بر سلامت سازمانی (مورد مطالعه: مدیران دولتی شهرستان ملایر) نشان دادند که بین متغیرهای هوش فرهنگی و سلامت سازمانی شرط همبستگی وجود دارد. (۱۱) Earley و Ang در کتاب خود بیان داشتند که هوش فرهنگی باعث افزایش سلامت اجتماعی و روانی در پرستاران سازمان‌ها می‌شود. (۶) Brownlee و Mcalindend نشان دادند که بین هوش فرهنگی و سلامت اجتماعی و روانی رابطه وجود دارد. (۱۲) بین هوش فرهنگی و سلامت سازمانی پرستاران اداره آموزش و پرورش جغتای رابطه مشاهده شد. (۱۳) در کشور آمریکا آموزش توانایی و شایستگی فرهنگی برای کاهش تمایز در ارائه خدمات درمانی و بهداشتی به گروه‌های اقلیت اجباری می‌باشد. (۱۴) در افزایش میزان سلامت سازمانی در ادارات و نهادهای توانایی و شایستگی فرهنگی یکی از مؤلفه‌های مهم شناخته می‌شود. (۱۵) اثر مستقیم هوش فرهنگی بر میزان رضامندی زندگی و سلامت روانی کارگران مهاجر در کشور استرالیا معنی دار می‌باشد. (۱۶).

ارزش‌های دینی عامل فرهنگی و اجتماعی دیگر می‌باشد که می‌تواند روی سلامت اجتماعی پرستاران بهداشت و درمان اثر داشته باشد. اصولاً انسان‌ها همواره ایده‌هایی درباره آنچه که خوب یا بد، مناسب یا غیر مناسب و ضروری و یا غیر ضروری است داشته‌اند، به این گونه

ایده‌ها ارزش گفته می‌شود و هنگامی که این ارزش‌ها در نظامی از معیارها و ملاکها، برای ارزیابی ارزش اخلاقی و شایستگی رفتار، سازمان دهی می‌شوند یک نظام ارزشی را پدید می‌آورند (۱۷). ارزش‌های دینی، نظام‌ها یا نمادهایی هستند که در قالب ایده‌های انتزاعی اخلاقی مربوط به خوب و بد، مناسب و نامناسب، درست و نادرست سازماندهی شده‌اند، می‌باشد (۱۸). نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره همزمان نشان داد که انجام واجبات، مستحبات و فعالیت مذهبی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و نمره کلی سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند (۱۹). دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری، عملی و جهت گیری در رفع مشکلات، پدیده‌ها و مسائل اجتماعی است در کل، اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است (۲۰). بین میزان دینداری و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنادار و مستقیمی وجود دارد که با افزایش دینداری، سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌یابد (۲۱). نتایج تحلیل رگرسیون دومتغیره نشان داد که متغیر دین داری ۲۷/۳ درصد بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان اثر دارد. (۲۲) عمل کردن به باورهای دینی باعث ارتقای سلامت روانی دانشجویان می‌شود، با توجه به تأثیر مثبت باورها و عمل‌های مذهبی در سلامت روان، استفاده از این ظرفیت‌ها در برنامه ریزی فعالیت‌های بهداشت روانی، به ویژه در دانشجویان، توصیه می‌شود (۲۳). بین متغیرهای دینداری، رضایت از زندگی، اخلاقیات اجتماعی و ارزیابی خود توسط مردم با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. (۲۴) شاخص‌های احساس امنیت، گرایش مذهبی و گشودگی می‌توانند تا حدود ۵۰ درصد از سلامت اجتماعی زنان را تبیین کنند (۲۵).

زیرا سلامت اجتماعی، رضایت و علاقمندی شغلی پرستاران را بالا می‌برد، (۲۷) و رضایت شغلی موجب انجام صحیح عملکرد پرستاران مراکز بهداشتی و درمانی و در نهایت به اهداف وزارت بهداشت و درمان منجر می‌گردد. (۲۸) از آنجای که فقط ۱۹/۵٪ از پرستاران و پرستاران مراکز بهداشت و درمان از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار هستند و میزان سلامت اجتماعی بقیه پرستاران در حد متوسط و ضعیف می‌باشد. (۲۶) همچنین در داخل کشور تحقیق روشنی راجع به موضوع حاضر، خصوصاً به روش معادلات ساختاری صورت نگرفته بود، بنابراین هدف اجرای پژوهش طراحی مدل علی سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشتی و درمانی جنوب استان کرمان براساس متغیرهای

دارای چهار عامل است که عبارت است از: راهبرد یا فراشناخت، دانش یا شناخت، انگیزشی، رفتاری. ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل فراشناخت (۰/۷۶)، شناختی (۰/۸۴)، انگیزشی (۰/۷۶) و عامل رفتاری (۰/۸۳) محاسبه شده است. (۶) این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلفی در ایران مورد استفاده قرار گرفته است. روایی محتوایی و پایایی پرسشنامه هوش فرهنگی در ایران توسط Kazemi و همکاران (۲۹)، Wedadi و همکاران (۲۹)، Taslimi و همکاران (۳۰) مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه Ghadampoor و همکاران (۳۱) پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعه Ahanchian و همکاران (۳۲) جهت تعیین روایی ابزار از اعتبار محتوا و برای تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کردند. پایایی ابزار برای عامل فراشناخت (۰/۸۳)، عامل شناخت (۰/۸۶)، عامل انگیزش (۰/۸۵) و عامل رفتاری (۰/۷۶) به دست آمد.

در مطالعه حاضر نیز روایی صوری پرسشنامه مربوطه با استفاده از نظر ۷ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی اجتماعی مطلوب گزارش شد. همچنین پایایی پرسشنامه برای عامل عامل فراشناخت (۰/۷۲)، عامل شناخت (۰/۸۰)، عامل انگیزش (۰/۸۴) و عامل رفتاری (۰/۷۹) به دست آمد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی را کبیز در سال ۱۹۹۸ طراحی کرده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال بوده و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف (شکوفایی اجتماعی از سؤال ۱-۴، همبستگی اجتماعی از سؤال ۵-۷، انسجام اجتماعی از سؤال ۸-۱۰، پذیرش اجتماعی از سؤال ۱۱-۱۵ و مشارکت اجتماعی از سؤال ۱۶-۲۰) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم شروع می‌شود. البته این شیوه نمره گذاری در مورد سؤالات شماره ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ معکوس می‌باشد. حداقل نمره در این مقیاس ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. امتیازات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بالاتر خواهد بود و برعکس (۳۳) در ایران، برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده شده که آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ بود. (۳۴) در مطالعه دیگر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳۱ به دست آمد (۳۵).

مقیاس محقق ساخته ارزش‌های دینی: برای جمع آوری اطلاعات ارزش‌های دینی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید که مقیاس مذکور سه بعد اعتقادی (۱۵ سؤال)، عبادی (۱۱ سؤال) و اخلاقی (۱۱ سؤال)، ارزش‌های دینی را ارزیابی می‌کرد. سؤالات به صورت لیکرتی با طیف چهار گزینه‌ای

هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی بود که مدل مفهومی مطالعه در نمودار شماره یک آمده است.

بنابراین و با توجه به مطالب بیان شده مشخص شد که مطالعه ای که به بررسی سلامت اجتماعی پرستاران در قالب مدل ساختاری با تأکید بر متغیرهای فرهنگی و دینی پرداخته باشد، انجام نشده است و در این زمینه شکاف مطالعاتی وجود دارد و نیاز به بررسی بیشتر دارد. بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط سلامت اجتماعی با هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی پرستاران می‌باشد.

روش کار

روش پژوهش حاضر همبستگی و از نوع معادلات ساختاری می‌باشد. این مطالعه از نوع مقطعی است. جامعه آماری مورد نظر در این پژوهش را پرستاران بهداشت و درمان جنوب استان کرمان در سال ۹۷ تشکیل می‌دهند.

برای تعیین حجم نمونه، با انجام یک مطالعه مقدماتی در بین ۱۵ نفر از پرستاران مراکز بهداشتی و درمانی، همبستگی بین متغیر پیش بین با متغیر ملاک ۰/۱۵۱ الی ۰/۲۰۰ مشاهده شد و با فرض خطای نوع اول و دوم به ترتیب برابر با ۵ درصد و ۲۰ درصد، حجم نمونه مورد نیاز و با استفاده از فرمول

$$N = \left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{C(r)} \right)^2 + 3$$

۳۵۰ نفر به دست آمد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود برای گزینش اعضای نمونه، از بین پرستاران مراکز بهداشت و درمان شهرستان‌های جنوب استان کرمان (جیرفت، عنبرآباد، کهنوج، قلعه‌گنج، منوجان، فاریاب و رودبار جنوب)، ۴ خوشه یا شهرستان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. بعد از بین پرستاران مراکز بهداشت و درمان هر کدام از شهرستان‌ها ۸۷ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید و به علت بزرگ بودن شهرستان جیرفت، ۲ کارمند بیشتری از آن انتخاب شد. ملاک ورود به پژوهش، داشتن تمایل همکاری با پژوهش‌گران و حداقل یک سال سابقه کار شامل می‌شود و عدم ادامه همکاری در تکمیل پرسشنامه باعث خروج نمونه از مطالعه می‌شود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه هوش فرهنگی Ang و همکاران، سلامت اجتماعی Keyes و مقیاس محقق ساخته ارزش‌های دینی استفاده شد.

پرسشنامه هوش فرهنگی ۲۰ سؤال دارد که توسط Ang و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. این پرسشنامه

ملاحظات اخلاقی: این مقاله برگرفته موضوع رساله دکتری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان کرمان، می باشد که با کد مصوب ایران ذاک ۱۵۴۲۹۸ و شناسه اخلاق IR.DAUMS.REC.1397.255 مصوب گردیده است.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که از ۳۵۰ نفر، ۱۹۰ نفر (۵۴/۲٪) کارمند خانم و ۱۶۰ نفر (۴۵/۸٪) کارمند آقا بودند که ۶۸ نفر (۱۹/۴٪) زیر ۳۰ سال سن؛ ۱۲۳ نفر (۳۵/۱٪) ۳۱-۴۰ سال سن و ۱۵۹ نفر (۴۵/۴٪) بالای ۴۱ سال سن قرار داشتند. نوع استخدام ۸۰ نفر (۲۲/۸٪) قراردادی، ۱۲۰ نفر (۳۴/۲٪) پیمانی و ۱۵۰ نفر (۴۲/۹٪) بود.

و به صورت اصلاً (۱۱نمره)، کم (۲نمره)، متوسط (۳)، زیاد (۴) (نمره) و کاملاً (۵ نمره) طراحی و نمره گذاری شدند. برای بررسی اعتبار پرسشنامه، علاوه بر مطالعه مقدماتی (۲۰ نمونه) توسط ۵ نفر از اساتید متخصص و کارشناس مورد بازبینی قرار گرفت و پس از اعمال اصلاحات پیشنهاد شده پرسشنامه به صورت نهایی تدوین شد. همچنین روایی صوری و محتوایی و هماهنگی درونی مؤلفه‌های آن توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آنها به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۶ دست آمد. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، بوت استراب و سوبل از طریق برنامه نرم افزار SPSS و Amos با نسخه ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیرهای ارزش‌های دینی، هوش فرهنگی و سلامت اجتماعی و ابعاد آنها (n=۳۵۰)

مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
هوش فرهنگی	۷۵/۰۶	۷/۱۱	۲۰	۱۳۰
انگیزه	۱۵/۲۸	۱/۸۰	۴	۲۵
شناختی	۲۵/۰۳	۱/۷۹	۶	۴۰
فراشناخت	۱۴/۸۲	۱/۹۲	۵	۳۰
رفتاری	۲۰/۴۸	۱/۹۱	۵	۳۵
ارزش‌های دینی	۸۳/۲	۱۰/۴۶	۳۱	۱۲۲
اخلاقی	۲۶/۱	۳/۹۱	۹	۳۵
عبادی	۲۵/۷	۲/۷۷	۹	۳۶
اعتقادی	۳۱/۴	۳/۷۸	۱۳	۵۱
سلامت اجتماعی	۷۱/۳	۱۷/۵۶	۲۰	۱۰۰
انسجام	۱۰/۹	۳/۷۳	۳	۱۵
همبستگی	۱۰/۳	۲/۳۴	۳	۱۵
شکوفایی	۱۵/۱	۳/۹۹	۴	۲۰
پذیرش	۱۷/۸	۳/۷۰	۵	۲۵
مشارکت	۱۷/۲	۳/۸	۵	۲۵

آنها در (جدول ۱) آمده است.

میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات متغیرهای ارزش‌های دینی، هوش فرهنگی و سلامت اجتماعی و ابعاد

جدول ۲. ضرایب همبستگی ساده هوش فرهنگی، ارزش‌های دینی و ابعاد آنان با سلامت اجتماعی (n=۳۵۰)

سلامت اجتماعی	هوش فرهنگی	انگیزه	شناختی	فراشناخت	رفتاری	ارزش‌های دینی	اخلاقی	عبادی	اعتقادی
۱	۰/۲۸۹**	۰/۲۱۱**	۰/۳۰۸**	۰/۱۱۷	۰/۲۱۷**	۰/۲۸۶**	۰/۲۱۷*	۰/۲۵۷**	۰/۲۱۶**
P < ۰/۰۱ ** و P < ۰/۰۵ * (آزمون دو دامنه)									

($r = ۰/۲۱۶$) با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد به عبارت دیگر با افزایش میزان هوش فرهنگی، مؤلفه انگیزه، مؤلفه شناختی، مؤلفه رفتاری، ارزش‌های دینی، مؤلفه اخلاقی، مؤلفه عبادی و مؤلفه اعتقادی در پرستاران مراکز بهداشت و درمان، سلامت اجتماعی‌شان نیز ارتقا می یابد.

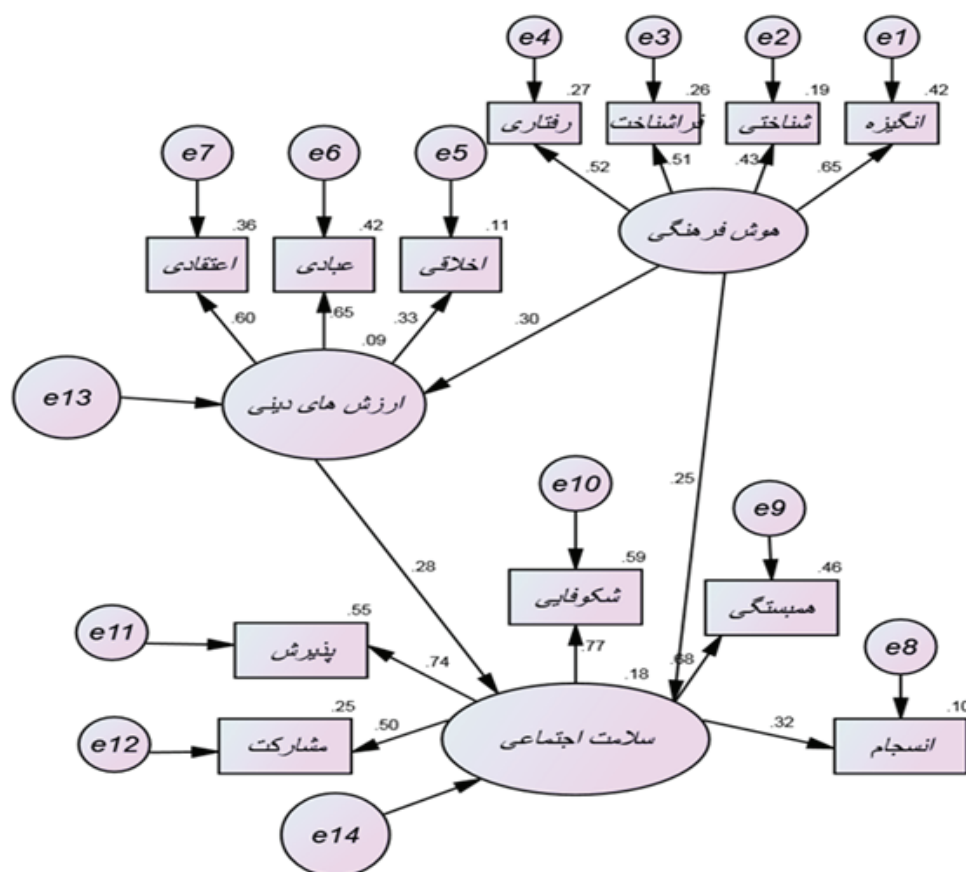
برای بررسی میزان همبستگی ساده متغیرهای پیش بین با سلامت اجتماعی پرستاران از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج ارائه شده در (جدول ۲) نشان می‌دهد بین هوش فرهنگی ($r = ۰/۲۸۹$)، مؤلفه انگیزه ($r = ۰/۲۱۱$)، مؤلفه شناختی ($r = ۰/۳۰۸$)، مؤلفه رفتاری ($r = ۰/۲۱۷$)، ارزش‌های دینی ($r = ۰/۲۸۶$)، مؤلفه اخلاقی ($r = ۰/۲۱۷$)، مؤلفه عبادی ($r = ۰/۲۵۷$) و مؤلفه اعتقادی

جدول ۳. رگرسیون چندگانه همزمان بین هوش فرهنگی و ارزش های دینی با سلامت اجتماعی

متغیر پیشین	B	SE	Beta	t	P	R	R ²
هوش فرهنگی	۰/۲۱۴	۰/۱۳۹	۰/۴۵۷	۶/۲۵	۰/۰۰۵	۰/۴۲۵	۰/۱۸۰
ارزشهای دینی	۰/۲۰۳	۰/۱۲۵	۰/۳۹۸	۶/۳۲	۰/۰۰۵		

هوش فرهنگی و ارزش های دینی ۱۸/۰۰ درصد از واریانس سلامت اجتماعی پرستاران را تبیین می کنند. همچنین بر اساس جدول فوق هر دو متغیر پیش بین سهم معناداری در پیش بینی سلامت اجتماعی پرستاران دارند، به گونه ای که هوش فرهنگی ($\beta=0/457, p=0/005$) و ارزش های دینی ($\beta=0/398, p=0/005$) به صورت مثبت، سلامت اجتماعی پرستاران را پیش بینی کرده اند.

به منظور بررسی اینکه هوش فرهنگی و ارزش های دینی پیش بینی کننده میزان سلامت اجتماعی پرستاران هستند و به منظور تعیین سهم هر یک از این متغیرهای پیش بینی در میزان سلامت اجتماعی پرستاران از تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد که یافته های آن در جدول فوق گزارش شده است. بر اساس جدول فوق مقدار ضریب R^2 برابر با ۰/۱۸۰ می باشد که به این معناست،



نمودار ۲. ضرایب استاندارد مدل نهایی تحقیق

ارزش های دینی در تبیین سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان جنوب استان کرمان نقش دارند که در مجموع ۱۸ درصد از واریانس سلامت اجتماعی پرستاران از

برای تعیین معنی داری روابط میانجی مدل، از آزمون بوت استرپ استفاده شده است نتایج حاکی از این بود که متغیر هوش فرهنگی و عامل های آن در تعامل با نقش واسطه ای

طریق متغیرهای مدل تبیین می‌شود. اثر مستقیم هوش فرهنگی (۰/۲۵) و ارزش‌های دینی (۰/۲۸) بر میزان سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشتی و درمانی معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$). همچنین نتایج آزمون سوبل نشان

داد که اثر غیر مستقیم هوش فرهنگی ($t\text{-value} = 2$) با میانجی‌گری ارزش‌های اخلاقی در تبیین سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان معنی‌دار هست، که نتایج در (نمودار ۲) قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۴. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها براساس شاخص برازندگی در بین پرستاران

شاخص برازندگی الگو	X^2	DF	X^2/df	GFI	AGFI	IFI	CFI	RMSEA
الگوی پیشنهادی	۱۴۰	۵۱	۲/۷۴	۰/۹۶۹	۰/۹۱۱	۰/۹۱۴	۰/۹۲۶	۰/۰۶

به منظور ارزیابی میزان برازش مدل پیشنهادی، از نرم افزار ایموس Amos نسخه ۲۲ استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیر ارزش‌های دینی در مدل، قادر است نقش میانجی بین هوش فرهنگی و عامل‌های آن با سلامت اجتماعی ایفا کنند زیرا مقادیر شاخص برازندگی یا GFI، شاخص برازندگی تعدیل شده یا AGFI، شاخص برازش افزایشی یا IFI و شاخص برازش تطبیقی یا CFI در مدل بیشتر ۰/۹ می‌باشد. همچنین در مدل‌های مناسب، شاخص نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/df باید در دامنه ۱ الی ۳ باشد که در این مدل شاخص نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/df در دامنه ۱ الی ۳ قرار گرفته است. ضمناً شاخص ریشه میانگین مربع خطای برآورد یا RMSEA باید کوچکتر از ۰/۰۹ باشد که در این مدل ۰/۰۶ به دست آمد که نشان می‌دهد اعتبار این مدل مطلوب است. بنابراین، مدل ارائه شده کاملاً اشباع شده است.

بحث

هدف از این مطالعه ارائه مدل ساختاری سلامت اجتماعی برای پرستاران مراکز بهداشتی و درمانی براساس متغیرهای هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی (مطالعه موردی: مراکز بهداشتی و درمانی جنوب استان کرمان) می‌باشد. یافته‌ها با استفاده از تحلیل‌های آماری مناسب بررسی و نتایج ارزشمندی بدست آمد.

فرضیه اول مطالعه پیش‌بینی می‌کرد که اثر مستقیم هوش فرهنگی بر میزان سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان جنوب استان کرمان معنی‌دار هست. این یافته با نتایج مطالعات (۸، ۱۶) همسو است. در تمامی این مطالعات نشان داده شده است که با افزایش توانایی و مهارت هوش فرهنگی، سلامت اجتماعی در پرستاران نیز ارتقاء می‌یابد. زیرا توانایی و هوش بین فردی باعث می‌شود که آنها از نیازهای درمانی و بهداشتی سایر اقوام

و گروه‌ها آگاه شوند و در جهت رفع نیازهای آنها تلاش کنند (۱۰). Eskandari و Samadi در تحقیق تحت عنوان، بررسی و شناخت تأثیر هوش فرهنگی بر سلامت سازمانی (مورد مطالعه: مدیران دولتی شهرستان ملایر) نشان دادند که بین متغیرهای هوش فرهنگی و سلامت سازمانی شرط همبستگی وجود دارد. (۱۱) علاوه به راین، Earley و Ang در کتاب خود بیان داشتند که هوش فرهنگی باعث افزایش سلامت اجتماعی و روانی در پرستاران سازمان‌ها می‌شود (۶). Mcalindend و Brownlee نیز نشان دادند که بین هوش فرهنگی و سلامت اجتماعی و روانی رابطه وجود دارد (۱۲).

درخصوص یافته به دست آمده می‌توان گفت که توانایی هوش فرهنگی باعث می‌شود که پرستاران مراکز بهداشتی و درمانی احساس کنند که بخشی از جامعه هستند و با دیگر گروه‌های اجتماعی وجه مشترکی دارند، متعلق به جامعه هستند. همچنین هوش فرهنگی باعث می‌شود که پرستاران احساس کنند عضو ارزشمند و تأثیر گذار در جامعه هستند و خدمات ارزشمند و مفیدی برای ارائه به مراجعه‌کنندگان گروه خود و سایر گروه‌ها دارند. ضمناً این توانایی منجر می‌گردد که آنها اجتماع را مجموعه‌ای مختلفی از گروه‌ها و افراد با ویژگی‌های مثبت و منفی بدانند و اعضای گروه خود و سایر گروه‌ها را با وجود ویژگی‌های منفی‌شان قبول داشته باشند (۳۳)، نتیجه چنین فرایندها باعث شکل‌گیری ویژگی‌های چون همبستگی، مشارکت و انسجام در پرستاران مراکز بهداشت و درمان می‌شود که چنین ویژگی‌ها ابعاد تشکیل دهنده سلامت اجتماعی می‌باشند.

فرضیه دوم مطالعه پیش‌بینی می‌کرد که اثر مستقیم ارزش‌های دینی و ابعاد آن در تبیین سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان جنوب استان کرمان نقش دارند. نتایج به دست آمده از آزمون بوت استراب نشان داد که اثر مستقیم ارزش‌های دینی و ابعاد آن (۰/۲۸)

نتیجه به دست آمده در تأیید یافته Sangari هست که بیان داشت نقش متغیر ارزش‌های دینی و معنوی پرستاران در ارتباط بین سایر متغیرهای اجتماعی و روانشناختی معنی‌دار می‌باشد. (۳۶) همچنین با مطالعه Shafighi و همکاران همخوانی دارد که نقش واسطه‌ای دینداری را در ارتباط بین اخلاق حرفه‌ای و عملکرد شغلی معلمان مثبت نشان داد (۳۷). می‌توان گفت که زیربنای تمامی رفتارهای فرد، ارزش‌ها و باورهای فرد خصوصاً دینی و معنوی می‌باشد. ارزش‌های دینی، معنوی و باورهای بنیادین فرد بر تمامی مهارت‌های ذهنی، عملکرد، احساسات و برداشت فرد اثر می‌گذارد. به عبارت دیگر ارزش دینی در فرد مثل یک مرکز کنترل عمل می‌کند و تمامی رفتارها و نگرش‌های فرد را تعدیل می‌کند و باعث می‌شود که اثر مستقیم هوش فرهنگی بر میزان سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان معنی‌دار باشد. از جمله محدودیت‌هایی که پژوهشگران سعی در کاهش آنها بودند کنترل محل کار آزمودنی‌ها به علت شلوغی و رفت و آمد بیماران و همراهان آنها، احتمال عدم پاسخگویی صحیح به سؤالات به علت ترس از دست دادن موقعیت شغلی و نیز حضور پژوهشگران در عرصه مطالعه (محل کار پرستاران) بوده است. راهکار پژوهشگران برای این مساله این بود که شرکت کنندگان این اطمینان را می‌دادند که نام و نام خانوادگی آن‌ها در هیچ جایی ذکر نخواهد شد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که متغیر هوش فرهنگی و عامل‌های آن در تعامل با نقش واسطه‌ای ارزش‌های دینی در تبیین سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان جنوب استان کرمان نقش دارند. لذا به منظور افزایش اثربخشی هوش فرهنگی بر میزان سلامت اجتماعی و تقویت این ویژگی مفید و ثمربخش در پرستاران بهداشت و درمان، لازم هست هر دو توانایی هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی در پرستاران مراکز بهداشت و درمان به صورت همزمان ارتقا یابد. به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که با توجه به اینکه در کشور ایران اقلیت‌های فرهنگی زیادی وجود دارد به بررسی سطح سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن بر اساس تفاوت‌های فرهنگی بپردازند. کاربرد یافته‌های این مطالعه برای پرستاران این است که می‌توان با توجه به تفاوت‌های فردی و شخصیتی در ابعاد دینی و فرهنگی

در تبیین سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان نقش دارند. یافته مشاهده شده در تأیید نتایج پژوهش‌های (۱۸-۲۵) می‌باشد. که در این مطالعات نشان داده شده است که انجام واجبات و فعالیت مذهبی، یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند (۱۹)، زیرا دینداری عامل اساسی اجتماعی شدن و انسجام فکری، عملی و جهت‌گیری در رفع مشکلات، پدیده‌ها و مسائل اجتماعی است. در کل، اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است. (۲۰) همچنین نتایج به دست آمده با نتایج Afshani و Shiri همخوانی دارد که نشان دادند بین میزان دینداری و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنادار و مستقیمی وجود دارد که با افزایش دینداری، سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌یابد. (۲۱) علاوه به این، یافته مطالعه اخیر با نتایج Rad و Mohammadzadeh که نشان داد متغیر دین‌داری ۲۷/۳ درصد بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تأثیر دارد (۲۲)، همخوانی دارد. یا با یافته Mohammady و همکاران که بیان داشتند عمل کردن به باورهای دینی باعث ارتقای سلامت روانی دانشجویان می‌شود (۲۳)، در یک راستا می‌باشد.

به نظر می‌رسد که پرستاران و پرسنل مجهز به ارزش‌های دینی و معنوی، به فلسفه و چرایی انجام کار خود پی برده‌اند، آن‌ها انجام وظایف را فرصتی برای رشد و بروز توانایی‌ها و ارزش‌های شخصی خود تلقی می‌کنند به همین جهت میزان تعهد کاری آنها بسیار بالاست تا حدی که در محل کار خود به ندرت غیبت می‌کنند و همیشه سر وقت حاضر می‌شوند و با تمام تلاش به ایفای نقش کاری خود می‌پردازند. در برخورد با مشکلات، تنش‌ها، سختی‌ها و تغییرات از ظرفیت ذاتی و ذهنی خود یعنی تولید یک معنای شخصی و ایجاد یک هدف و دلیل استفاده می‌کنند. همین ویژگی‌ها باعث می‌شوند که آنها یک فرد مفید و سودمند برای جامعه بهداشتی و درمانی باشند و سلامت اجتماعی بالایی داشته باشند.

همچنین برای بررسی اثر غیر مستقیم هوش فرهنگی بر میزان سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان با میانجی‌گری ارزش‌های دینی از آزمون سوبل استفاده گردید نتایج نشان داد که اثر غیر مستقیم هوش فرهنگی (۲=t-value) با میانجی‌گری ارزش‌های دینی در تبیین سلامت اجتماعی پرستاران مراکز بهداشت و درمان نقش دارند، که

می‌باشد. در اینجا صمیمانه از تمام کسانی که ما را به نحوی در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند سپاسگزاری می‌نماییم.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

این تحقیق مستخرج از رساله دکتری تخصصی رشته جامعه شناسی فرهنگی، مصوب کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان با کد IR.DAUMS.REC.1397.255

References

1. Chiou ST CJ, Huang N, Chien LY. Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: which occupational group performs better? . BMC Health Serv Res. 2014;14(1):474-85. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-474>
2. Kamali Dehkordi F MS, Emami Sigaroudi A, Kazemnejad Leili E. Study of Predictive factors of public health based on job satisfaction in employees of Rasht city Health Service Centers. J Holist Nurs Midwifery 2015;25(4):110-17.
3. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health and human rights: WHO EMRO. 2007.
4. B S. Discussion Paper: Deutsche Gesellschaft Für Technische Zusammenarbeit (GTZ); . Social Health Insurance: A Contribution to the International Development Policy Debate on Universal Systems of Social Protection: . 2005.
5. Yip W HW. The Chinese health system at a crossroads. Health Affairs. 2008; 28 (2):460-8. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.2.460>
6. Earley PC AS. Cultural Intelligence: individual interactions across cultures Stanford, CA. Stanford Business Books. 2003.
7. B. P. Cultural intelligence: A guide to working with people from other cultures. . Yurmouth, ME Intercultural Press 2004.
8. Vosoughi M MS, Rahmani Khalili E. The effect of social capital on social health considering social happiness and social support. Iranian Journal of Social Problems. 2013;4(3):235-63.
9. Firouzbakht M RM, Tirgar A. . A Study of the effective factors on the women's social health: A review study in persian scientific journals. . Community Health. 2017;4(3):186-96.
10. Fleckman J M CM, Ramirez S, Begaliev M, Johnson CC. Intercultural competency in public health: A call for action to incorporate training into public health education. Front Public Health. 2015;3(210):1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00210>
11. Eskandari F SA. Studying and Understanding the Impact of Cultural Intelligence on Organizational Health. Organizational Culture Management. 2016;4(3):809-27.
12. Brownlee R MM. Health and social care multi-cultural handbook for Staff. Jones & Bartlett Publishers. 2011.
13. MH M. .The relationship between cultural intelligence and organizational Baslamt managers' personality dimensions in education Chaghatay. Sabzevar: Islamic Azad University 2017.
14. Aggarwal NK CK, Guarnaccia P, Kleinman A, Lewis-Fernández R. The meanings of cultural competence in mental health: an exploratory focus group study with patients, clinicians, and administrators. Springerplus 2016;5(384):1-13. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2037-4>
15. Fung K LH, Srivastava R, Andermann L. Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. Transcultural Psychiatry. 2012;49(2):165-84. <https://doi.org/10.1177/1363461512439740>
16. LeHJZ, Nielsen I. Cognitive Cultural Intelligence and Life Satisfaction of Migrant Workers: The Roles of Career Engagement and Social Injustice. Soc Indic Res. 2018;139(1):237-57. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1393-3>
17. LG H. Relating values and personality traits. Psychological Reports. 1998;83:953-54. <https://doi.org/10.2466/PR0.83.7.953-954> <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3.953>
18. Oliver M.J MT. Personality traits and personal values: a conceptual and empirical integration. Personality and Individual Differences. 2003; 35: 109-23. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00145-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00145-9)
19. Porsatr M HA. The prediction of social health based on religious beliefs among female stu-

- dents. *Woman and family studies*. 2011;2(7):27-40.
20. M DJ. Religion, spirituality and positive psychology in adulthood: a developmental view. *Journal of Development*. 2009;14(7):30-9.
21. Afshani SA SM. The relationship between religiosity and social health among women in the city of Yazd. *Journal of Payavard Salamat*. 2017;11(1):66-74.
22. Rad F MF, Mohammadzadeh H. Religion and social health: The relationship between religiosity and social health (a case study of the students of Payam-e Noor University, Marand). *Journal of Social Sciences (Biannual)*. 2016;12(2):137-68.
23. Mohammadi H MM, Mousavi MR, Javanmard Q, Monfaredi M. Determination of the relationship between Religious commitment and mental health among engineering students of Bonab University. *Journal of Research on Religion & Health*. 2016;2(2):44-53.
24. Adrisi A SL, Barzeghari M. Religions rules and institution have huge responsibility in improving cultural and moral standards of the society. *Journal of Medical Council of Iran*. 2016;34(3):215-32.
25. Bokharaee AsM, imeni N. A Sociological Study of Women's Social Health and the Effective Factors (Case Study: Women in District 4 of Tehran). *A Sociological Study of Women's Social Health and the Effective Factors (Case Study: Women in District 4 of Tehran)* 2015;4(7):29-54.
26. Y A. The survey of social health nurses in hospitals of Tehran social security organization and its effective factors. Tehran: Allameh Tabatabai University 2012.
27. Z P. The effect of social health on job satisfaction among Sepah Bank employees (case study of the employees of the Sepah Bank separate offices in Tehran). Tehran: Allameh Tabatabai University 2012.
28. Safavi M ASM, Salmani mood M, Rahimh H, Nasirizade M. Relationship between nurses' quality performance and their job satisfaction. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2017;6(1):53-61. <https://doi.org/10.29252/ijnv.6.1.53>
29. M WAA. Cultural Intelligence in Cultural Engineering with the period of Globalization. *Journal of Cultural Engineering*. 2010;4(33):68-75.
30. Taslimi MS QA, Verdinejad F, Man Aleagha M. Ways to enhance the cultural intelligence managers of government in international affairs. *Manag Res*. 2009;2(4):29-57.
31. Ghadampoor E MH, Jafari H. A survey relation with personality traits and cultural intelligence of personal. *Journal of Educational Psychology*. 2011;2(1):81-101.
32. Ahanchian MR AR, Bakhshi M. Ahanchian MR, Amiri R, Bakhshi M. *Journal of Health Promotion Management*. 2012;1(2):44-53.
33. Keyes CL SA. A descriptive epidemiology. How healthy are we. *Social well-being in the United States*. 2004:350-72.
34. Hashemi T HI, Vahedi SH, Babapour J. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014;8(1):11-9.
35. Heidari GH H GZ. The normalization of well-being social inventory. *Andishah va Raftar*. 2008;2(7):31-40.
36. N S. a study of the mediating role of organizational spiritual values. *Employees' spiritual values and organizations' spiritual rewards from the viewpoint of Islam, The first international conference of social and religious studies*. 2016.
37. Shafighi F, Kalantari, M., Zolfaghari zaferani, R. The Impact of Transformational Leadership on Organizational Wisdom with the Mediating Role of Organizational Culture *jiera*. 2018:985-1008.