

بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و

درمان شهرستان ری سال ۱۳۹۱

منور مرادیان سرخکلایی: کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
monavvarmoradian@yahoo.com

سیما اسماعیلی شههمیرزادی: دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
sima.esmaeeli@yahoo.com

* دکتر رویا صادقی: استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (* نویسنده مسئول).
sadeghir@tums.ac.ir

زهرا نیکو سرشت: کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
zahranikoo@yahoo.com

فرزانه فرد: کارشناس بهداشت عمومی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
fard_farzaneh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۹/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر کاهش مرگ و میر افراد یک جامعه موثر می باشد. لذا این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری در سال ۱۳۹۱ انجام گردید. **روش کار:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۱ انجام شده است. حجم نمونه ۱۴۰ نفر و نمونه گیری به روش طبقه بندی بوده است. در این مطالعه از پرسشنامه ای شامل سه بخش اطلاعات دموگرافیک (۶ سوال)، ابزار استاندارد شده کیفیت زندگی SF36 (۳۶ سوال) و ابزار سرمایه اجتماعی Bullen (۳۶ سوال) استفاده گردید. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون های آماری تحلیل واریانس یک طرفه و تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه 34.28 ± 7.44 سال بود. بین میزان ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی، سرزندگی و شادابی با سرمایه اجتماعی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$). در حالیکه سرمایه اجتماعی با حیطه های ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی، ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی و درد جسمی در افراد مورد مطالعه ارتباط آماری معنی داری را نشان نداد ($p > 0.05$).

نتیجه گیری: باتوجه به یافته ها، افزایش سطح سرمایه اجتماعی یک جامعه، راه نویدبخشی برای بهبود کیفیت زندگی کارکنان بهداشتی درمانی می باشد؛ بنابراین بایستی با استفاده از استراتژی هایی چون تقویت شبکه اجتماعی، برقراری امنیت و تقویت اعتماد در بین افراد، توسعه روابط اجتماعی و همیاری، به تقویت و توسعه سرمایه اجتماعی پرداخته شود.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی، کارکنان بهداشتی و درمانی

مقدمه

نظیر سن، فرهنگ، جنسیت، تحصیلات، محیط اجتماعی و بیماری متفاوت می باشد (۴). مولفه های اجتماعی و اقتصادی بر ادراک فرد از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاثیر گذار می باشد. لذا امروزه، سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت، توجه پژوهشگران بسیاری را به خود جلب نموده است. سرمایه اجتماعی مجموعه هنجارهای موجود در سیستم های اجتماعی است که موجب ارتقای سطح همکاری اعضای آن جامعه گردیده و باعث پایین آمدن سطح هزینه های تبادلات و ارتباطات می گردد (۵). بانک جهانی سرمایه اجتماعی را پدیده ای می داند که حاصل تاثیر نهادهای

کیفیت زندگی به مفهوم ارزیابی ذهنی از جنبه های مثبت و منفی زندگی است، اگر چه سلامتی یک حوزه مهم از کیفیت زندگی است، اما مفاهیم دیگری نیز مانند فرهنگ، ارزش ها و معنویت نیز به عنوان ابعاد کیفیت زندگی در نظر گرفته می شود (۱). سازمان بهداشت جهانی، درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، سیستم ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات و معیار هر فرد را به عنوان کیفیت زندگی تعریف نموده است (۲ و ۳).

بنابراین کیفیت زندگی از دیدگاه افراد، در موقعیت های مختلف و با توجه به ویژگی هایی

میر در همسایگان انجام شد. سرمایه اجتماعی به عنوان یک مولفه بالقوه تاثیر گذار بر سلامت مورد سنجش قرار گرفت و نتایج حاکی از این بود که بین سرمایه اجتماعی و میزان مرگ و میر ارتباط آماری معکوس و معنی دار وجود دارد (۱۴).

مطالعه‌ی مقطعی در زمینه بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان (۱۳۸۷)، انجام پذیرفت. بر اساس یافته‌های این تحقیق، ارتباط آماری معنی دار و مثبتی بین متغیرهای سرمایه اجتماعی مانند مشارکت غیر رسمی، اعتماد و هنجار، با کیفیت زندگی مشاهده گردید ($p < 0/001$)، به گونه‌ای که با افزایش سطح سرمایه اجتماعی، مشارکت غیر رسمی، اعتماد و هنجار، کیفیت زندگی نیز افزایش یافت (۱۵).

با توجه به اینکه کارمندان ورزیده و متخصص هر کشور در عرصه‌های گوناگون نقش حیاتی در پیشرفت کشور دارند و برخورداری آنان از سلامت جسمی، روانی مطلوب می‌تواند به عنوان یک سرمایه آماده و بالقوه غنی برای طی مسیر توسعه تلقی گردد، بنابراین این پژوهش با هدف تعیین رابطه کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

یافته‌های مطالعه حاضر خواهد توانست با نشان دادن رابطه بین توسعه سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد شاغل، مبنایی برای طراحی مداخلات و استراتژی‌های موثر جهت توسعه سرمایه اجتماعی در بین شاغلین باشد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است. جمعیت مورد مطالعه کارکنان شبکه بهداشتی درمانی شهر ری بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول:

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{w^2} + 3$$

اجتماعی، روابط انسان و هنجارها بر روی کمیت و کیفیت تعاملات اجتماعی است (۶).

سرمایه اجتماعی به شکل هنجارها و شبکه‌هایی است که امکان مشارکت مردم در اقدامات اجتماعی را به منظور کسب سود متقابل فراهم می‌کند و با سطح اعتماد اجتماعی و میزان عضویت در انجمن‌های رسمی و غیر رسمی مورد سنجش قرار می‌گیرد (۷).

سرمایه اجتماعی از یک سو بر کاهش میرایی، اختلالات روانی، ارتکاب جرم موثر بوده است و از سوی دیگر به نظر می‌رسد افزایش سطح سرمایه اجتماعی موجب بهبود کیفیت زندگی افراد گردد (۸-۱۱).

جهت تبیین رابطه مثبت بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی می‌توان بر تئوری پائنام استدلال نمود. بر اساس این تئوری سرمایه اجتماعی مشتمل بر عناصر و ویژگی‌های نظام اجتماعی مانند اعتماد اجتماعی، هنجارهای معامله متقابل و شبکه‌های اجتماعی می‌باشد که هماهنگی و همکاری را در بین افراد یک جامعه برای دستیابی به سود متقابل تسهیل می‌نماید و با حد بالای سلامت، احساس خوشبختی و رضایت از زندگی همبستگی مثبتی دارد. لذا به نظر می‌رسد، ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط با احساسات مثبت و منفی فرد از زندگی مرتبط می‌باشد (۱۲).

رابطه‌ی سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی، توسط زاهدی و همکاران در شهر تهران (۱۳۸۸) مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج حاصل از این مطالعه، ابعاد اعتماد فردی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی و همیاری بیشترین اهمیت را در تبیین رفاه اجتماعی داشته‌اند. به نظر می‌رسد افرادی که دارای اعتماد فردی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی و همیاری بالاتری بودند، از جسارت اقتصادی بیشتر، تغییر پذیری و ریسک پذیری بالایی برخوردار بودند و همین امر موجب کسب درآمد و رفاه بالاتر شده است (۱۳).

مطالعه‌ی دیگری توسط لاجنر و همکاران (۲۰۰۳) در شیکاگو به منظور بررسی ارتباط اکولوژیکی بین سرمایه اجتماعی و میزان مرگ و

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ای شامل سه بخش اطلاعات دموگرافیک (نظیر سن، جنس، محل کار، تحصیلات، وضعیت تاهل و نوع استخدام)، ابزار استاندارد شده کیفیت زندگی SF36 و ابزار سرمایه اجتماعی Bullen استفاده گردید.

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه ۳۶ سوالی SF-36 استفاده گردید که این پرسشنامه یکی از ابزارهای استاندارد عمومی موجود برای اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، می باشد. در انتخاب ابعاد و مفاهیم سلامتی گنجانده شده در این ابزار، دقت بسیار اعمال شده است. مطالعات مختلف نشان داده است که این پرسشنامه، دارای روایی و پایایی بالایی بوده و در ضمن قابلیت کاربرد در فرهنگ های مختلف، توانایی تفکیک بین گروه های مختلف براساس سن، جنس، وضعیت اقتصادی اجتماعی، ناحیه جغرافیایی و نیز وضع بالینی را داراست (۱۶). این پرسشنامه با استفاده از ۳۶ سوال کیفیت زندگی را در هشت بعد می سنجد که شامل ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی، درد جسمی، ایفای نقش متاثر از مشکلات عاطفی، عملکرد اجتماعی، سرزندگی و شادابی و سلامت عمومی، سلامت روحی می باشد. مطالعات نشان داد گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است (۷۷) / تا ۰/۹ (۱۶).

ابزار جمع آوری سرمایه اجتماعی در این مطالعه، پرسشنامه Bullen بود که شامل ۳۶ سوال ۴ گزینه ای برای سنجش سرمایه اجتماعی می باشد، سوالات مطرح شده در این پرسشنامه در ارتباط با مشارکت در اجتماعات محلی، پیشگامی در فعالیت های اجتماعی، اعتماد و امنیت، ارتباط با همسایگان، ارتباط با دوستان و خانواده، قدرت تحمل تفاوتها، ارزش زندگی و ارتباطات کاری می باشد (۱۷). این پرسشنامه ابتدا، ترجمه و به زبان فارسی برگردانده شد، ترجمه و روایی پرسشنامه زیر نظر اساتید و متخصصان صاحب نظر در این حیطه بررسی و تایید گردید. پس از تایید محتوای

و با فرض $p=0/3$ به عنوان حداقل همبستگی که از لحاظ کاربردی قابل اعتنا است، $\alpha=0/05$ به عنوان حداکثر خطای نوع اول در آزمون فرضیه یعنی ۵ درصد خطای مشاهده رابطه معنادار اگر حقیقتاً رابطه ای وجود نداشته باشد، $\beta=0/10$ به عنوان حداکثر خطای نوع دوم در آزمون فرضیه یعنی ۱۰ درصد خطای عدم مشاهده رابطه معنادار اگر حقیقتاً رابطه ای وجود داشته باشد، برابر با ۱۱۲ نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش در نمونه گیری، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای این مطالعه ۱۴۰ نفر محاسبه گردید. شرکت کنندگان در مطالعه حاضر، از بین کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه های بهداشتی و واحدهای ستادی تحت پوشش شبکه بهداشتی درمانی شهر ری در طول دو ماه در سال ۱۳۹۱، به شیوه نمونه گیری طبقه بندی انتخاب گردیدند. بدین صورت که از محل کار افراد، بر حسب نسبت جمعیت کل، تعداد افراد شرکت کننده در پژوهش مشخص شد؛ با توجه به حجم نمونه و همینطور تعداد کل کارکنان شبکه بهداشت و کارکنان هر یک از طبقه های ستاد، مراکز بهداشتی، پایگاه های بهداشتی دولتی و پایگاه های بهداشتی مشارکتی، تعداد افراد شرکت کننده 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. تمام کارمندان شاغل در واحدهای تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری در صورت تمایل وارد مطالعه شدند و افرادی که به دلیل عدم رضایت تمایل به شرکت در پژوهش حاضر را نداشتند، از مطالعه خارج شدند.

روش نمونه گیری به این نحو بود که پرسشگران توجیه شده در مورد اهداف مطالعه، به مراکز مورد نظر مراجعه نمودند و به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اهداف این مطالعه به افراد شرکت کننده توضیح داده شد. به آنان این اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند. پرسشنامه به روش خودایفایی تکمیل و توسط پرسشگران جمع آوری گردید.

جدول ۱- توزیع مشخصات دموگرافیک کارکنان بهداشتی درمانی

متغیرهای	وضعیت	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۲۱	۸۶/۴
	مرد	۱۸	۱۲/۹
محل کار	ستاد	۲۶	۱۸/۶
	مرکز بهداشتی درمانی	۸۷	۶۲/۱
تحصیلات	پایگاه دولتی	۵	۳/۶
	پایگاه مشارکتی	۲۲	۱۵/۷
	دیپلم	۱۹	۱۳/۷
	کاردانی	۲۶	۱۸/۷
وضعیت تاهل	کارشناسی	۸۰	۵۷/۶
	کارشناسی ارشد	۲	۱/۴
	دکتر	۱۲	۸/۶
نوع استخدام	متاهل	۱۰۰	۷۱/۴
	مجرد	۳۸	۲۷/۱
وضعیت تاهل	بی همسر (طلاق یا	۲	۱/۴
	رسمی	۵۵	۴۰/۴
	پیمانی	۱۶	۱۱/۸
	قراردادی	۵۲	۳۸/۲
	طرحی	۱۳	۹/۶

متغیر جنسیت با استفاده از آزمون تی مستقل ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ($p=0/241$). علاوه بر این آزمون تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد بین سطوح مختلف متغیر محل کار و میانگین نمره ابعاد عملکرد جسمی ($p=0/023$) و حیطة سلامت روحی ($p=0/008$) ارتباط آماری معناداری وجود دارد.

رابطه بین سطوح مختلف متغیر وضعیت اقتصادی و ابعاد کیفیت زندگی نیز با آزمون تحلیل واریانس یکطرفه سنجیده شد و نتایج نشان داد که وضعیت اقتصادی کارکنان با ابعاد عملکرد جسمی ($p=0/001$)، سلامت عمومی ($p=0/001$)، عملکرد اجتماعی ($p=0/004$) و سلامت روانی ($p=0/005$) ارتباط آماری معناداری دارد.

همچنین در بررسی ارتباط ابعاد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که بین سرمایه اجتماعی با ابعاد عملکرد جسمی ($p=0/004$)، سلامت عمومی ($p=0/002$)، عملکرد اجتماعی ($p=0/009$)، سلامت روانی ($P<0/001$) و سرزندگی و شادابی ($p=0/001$) همبستگی آماری خطی ضعیف وجود دارد (جدول ۳).

پرسشنامه، پایایی پرسشنامه سرمایه اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به این که ضریب آلفای کرونباخ $0/82$ محاسبه گردید. بنابراین پایایی این پرسشنامه، مورد تایید قرار گرفت.

پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها و ورود اطلاعات به کامپیوتر، از نرم افزار SPSS.18 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای بررسی وجود تفاوت معنی دار بین میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی بر حسب سطوح متغیرهای کیفی چند حالت (مانند متغیرهای تاهل، وضعیت اقتصادی، نوع استخدام، محل کار، تحصیلات) از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد. همچنین از آزمون تی مستقل به منظور بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و جنسیت و ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه ابعاد مختلف کیفیت زندگی با سرمایه اجتماعی استفاده گردید. در مطالعه حاضر، سطح معنی داری آزمون $p<0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه $34/28 \pm 7/44$ بوده است. $31/4$ درصد (44 نفر) از شرکت کنندگان وضعیت اقتصادی خود را خوب، 60 درصد (84 نفر) متوسط، $7/9$ درصد (11 نفر) بد و $0/7$ درصد (1 نفر) خیلی بد، گزارش نمودند. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ نشان داده شده است.

در ابعاد کیفیت زندگی کمترین میانگین، مربوط به حیطة سرزندگی و شادابی ($56/42 \pm 21/09$) و بیشترین میانگین، مربوط به حیطة عملکرد اجتماعی ($80 \pm 21/74$) می باشد (جدول ۲). بین تمامی ابعاد کیفیت زندگی با متغیر سن ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($p<0/05$).

آزمون تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد که بین میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب سطوح متغیر وضعیت تاهل ($p=0/173$)، نوع استخدام ($p=0/165$) و مقطع تحصیلی ($p=0/851$) رابطه معنی دار آماری وجود ندارد. همچنین در بررسی ارتباط کیفیت زندگی با

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار
عملکرد جسمی	۸۰	۲۰/۷۴
ایفای نقش متاثر از مشکلات	۶۷/۶۷	۳۷/۲۷
درد جسمی	۶۳/۷۵	۲۴/۴۸
سلامت عمومی	۶۰/۸۸	۱۹/۸۳
سرزندگی و شادابی	۵۶/۴۲	۲۰/۰۱
عملکرد اجتماعی	۶۸/۸۹	۲۳/۳۹
ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی	۶۳/۰۶	۴۲/۳۰
سلامت روانی	۶۲/۵۷	۲۰/۵۴

جدول ۳- رابطه ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی کارکنان

سرمایه اجتماعی		ابعاد کیفیت زندگی
ضریب همبستگی پیرسون	مقادیر احتمال	
۰/۲۴	۰/۰۰۴	عملکرد جسمی
۰/۱۳	۰/۱۱	ایفای نقش متاثر از مشکلات
۰/۱	۰/۲۴	درد جسمی
۰/۲۶	۰/۰۰۲	سلامت عمومی
۰/۳۶	۰/۰۰۱	سرزندگی و شادابی
۰/۲۲	۰/۰۰۹	عملکرد اجتماعی
۰/۱۱	۰/۲۱	ایفای نقش متاثر از مشکلات
۰/۴۵	۰/۰۰۱	سلامت روانی

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که بین ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سرزندگی و شادابی با سرمایه اجتماعی رابطه معنی دار و مثبتی وجود دارد. در این راستا مطالعه ای که توسط شریفیان و همکاران (۱۳۹۰) به منظور بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد شیراز انجام شده، نیز موید آن است که متغیر سرمایه اجتماعی رابطه معنادار و مستقیمی با کیفیت زندگی دارد (۱۸). همچنین مطالعه نوغانی و همکاران در مشهد (۱۳۸۷) که با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی شهروندان مشهدی انجام پذیرفت، نیز نشان داد که سرمایه اجتماعی می تواند کیفیت زندگی افراد را بهبود بخشد (۱۹).

در پژوهش زاهدی و همکاران (۱۳۸۸) رابطه میزان سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای ساکن تهران مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه ارتباط بین سرمایه اجتماعی و ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی (سلامت

جسمانی، روانی، محیطی، اجتماعی) مورد تایید قرار گرفت، علاوه میزان تاثیرگذاری بر سلامت جسمانی در کمترین حد و سلامت اجتماعی در بیشترین حد بوده است (۲۰). همسو با نتایج پژوهش حاضر، مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۱۲) که جهت بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندرم نقص اکتسابی سیستم ایمنی (AIDS) انجام شد، نیز موید وجود ارتباط آماری معنی دار و مثبتی بین ابعاد حمایت‌های اجتماعی و شبکه های اجتماعی با حیطة سلامت روان است (۲۱). همچنین نتایج مطالعه نوغانی و همکاران (۱۳۸۷) در ایران و روسلان و همکاران در مالزی (۲۰۱۰) نیز وجود رابطه مثبت بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی را تأیید می نماید (۱۹ و ۲۲).

همانطور که می دانیم، سرمایه اجتماعی، بر توسعه روابط مردم با یکدیگر، برای دسترسی به منابع تکیه دارد و از این طریق مردم به نتایج سودمندی می رسند. به نظر می رسد، عناصر سرمایه اجتماعی با افزایش ارتباطات و افزایش سطح دستیابی به منابع، به گونه ای کمک هایی

رابطه مستقیم بین سن و ابعاد کیفیت زندگی باشد. همچنین این بررسی نشان داد، وضعیت اقتصادی کارکنان با ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان ارتباط آماری معناداری دارد. به نظر می رسد برخورداری از درآمد کافی در سلامت افراد تعیین کننده مهمی می باشد. در مقابل فقر اقتصادی، بروز بیماری های جسمی و روانی را افزایش می دهد، بنابراین وضعیت اقتصادی مطلوب می تواند ارتباط اجتماعی مناسب، تسهیل دسترسی افراد به خدمات و انتخاب های سالم تر را فراهم کند. از اینرو افراد با وضعیت اقتصادی خوب از رضایتمندی و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می باشند؛ نتایج به دست آمده در این مطالعه مشابه نتایج مطالعه جوادی و همکاران (۱۳۸۹) در تهران می باشد (۲۵).

این مطالعه نشان داد که اختلاف معنی داری بین کیفیت زندگی کارکنان متاهل و مجرد وجود ندارد که با نتایج تحقیقات جوادی و همکاران (۱۳۸۹) و جنابآبادی و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد (۲۶ و ۲۵).

در این مطالعه به منظور سنجش کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی از پرسشنامه هایی استفاده گردید که توسط شرکت کنندگان به روش خود ایفایی تکمیل گردید. این مساله، این امکان را به وجود می آورد که افراد سطوح کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی خود را کمتر یا بیشتر از میزان واقعی گزارش نمایند که این نکته می تواند از محدودیت های این مطالعه باشد. با توجه به این که مطالعه حاضر، تنها در سطح کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهر ری انجام گردید، پیشنهاد می گردد به منظور ایجاد امکان تعمیم و مقایسه نتایج، مطالعات مشابه در سایر مراکز تحت پوشش دانشگاه تهران انجام پذیرد.

نتایج این مطالعه نشان می دهد که بین سرمایه اجتماعی با برخی ابعاد کیفیت زندگی نظیر عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، سرزندگی و شادابی، سلامت عمومی و سلامت روحی ارتباط معنی داری و مثبتی وجود دارد. لذا به نظر می رسد سرمایه اجتماعی با افزایش میزان ارتباطات و

در اختیار افراد قرار می دهند که سبب کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس و همچنین احساس مثر ثمر بودن در افراد می شود و در نهایت منجر به ایجاد نتایج مطلوبی مانند سلامت جسمانی، عملکرد اجتماعی مناسب و سرزندگی و شادابی خواهد شد که این عوامل بخشی از کیفیت زندگی محسوب می شوند.

همچنین در این مطالعه بین سرمایه اجتماعی و ابعاد ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی، درد جسمی و ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. با توجه به اینکه گروه مورد مطالعه در این پژوهش، کارمندان شاغل با میانگین سنی $34/28 \pm 7/44$ بوده است، به نظر می رسد این افراد که اغلب در گروه میانسالی قرار دارند، با مشکلات جسمی کمتری مواجه می شوند و اشتغال این افراد نیز سبب می شود، این افراد از شرایط روحی بهتری برخوردار باشند. از اینرو سرمایه اجتماعی تأثیری در این ابعاد نشان نداده است. انجام مطالعه در گروه های سنی دیگر و همچنین در افراد غیر شاغل می تواند به نحو بهتری تأثیر سرمایه اجتماعی بر این ابعاد را مورد سنجش قرار دهد.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که اختلاف آماری معنی داری در سطح کیفیت زندگی کارکنان ستادی، مراکز بهداشتی درمانی، پایگاههای بهداشتی اعم از دولتی و مشارکتی (خصوصی) وجود دارد. به نظر می رسد، تفاوت در میزان حقوق دریافتی، استرس و فشار کار، احساس امنیت و رضایت شغلی و نوع نظارت بر کارکنان (مستقیم، غیرمستقیم) در محیط های کاری گوناگون، توجه کننده این تفاوت باشد که با نتایج به دست آمده در مطالعه مریپان (۲۰۰۹) همسو می باشد (۲۳).

در این مطالعه، متغیر سن رابطه معنی دار و مستقیمی را با کلیه ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که مشابه نتایج مطالعه نجاتی و همکاران (۱۳۸۸) در تهران می باشد (۲۴). میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه $34/28 \pm 7/44$ بوده است و به نظر می رسد اشتغال و احساس استقلال مالی و قرار داشتن در دوران میانسالی دلیل وجود

development core principle. Journal of Tadbir. 2004; 147:16-22. [Persian].

6. Alvani M, Shirvani A. Social capital (concepts, theories and applications). 1 st vol. Tehran: Mani publication; 2006. [Persian].

7. Tajbakhsh K, Khakbaz A, Poyan H. Social capital of trust, democracy and development. First volume. Tehran: Shiraze publication; 2005. [Persian].

8. Kylee D.K, Simon SE, Jones RN, Morris JN. The protective effect of social engagement on mortality in long-term care. J Am Geriatr Soc. 2000; 48(11): 1367-72.

9. Atri A, Sharma M, Cottrell JR. Role of social support, hardiness and acculturation as predictors of mental health among international students of Asian Indian origin. Int Q Community Health Educ. 2006; 27(1):59-73.

10. Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D, Lochner K, Gupta V. Social capital, income inequality and firearm violent crime. Soc Sci Med. 1998; 47(1): 7-17.

11. Baker F, Jodrey D, Intagliata J. Social support and quality of life of community support clients. Community Men Health J. 1992; 28(5): 397-411.

12. Gharibi H, Gholizade Z, Gharibi J. Predicting social capital of students based on background variables. EARQ. 2010; 2(2):135-54. [Persian].

13. Zahedi M, Shiani M, Ali Pour P. Relationship between social capital and social prosperity. REP. 2009; 9(32):105-25. [Persian].

14. Lochner KA, Kawachi I, Brennan RT, Buka SL. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. Soc Sci Med. 2003; 56(8):1797-805.

15. Garousi S, Naghavi A. Social capital and quality of life in Kerman city. SWQ J. 2009; 8(30-31): 61-82. [Persian].

16. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version.

افزایش دسترسی به منابع، منجر به ایجاد پیامدهای مطلوب بر سلامت جسمانی، سلامت روانی و اجتماعی و در نهایت ارتقاء سطح کیفیت زندگی می گردد. بنابراین، طراحی سیاست های توسعه سرمایه اجتماعی هم در سطح جامعه و هم در میان کارکنان، از طریق ایجاد شبکه های اجتماعی جدید و تقویت شبکه های موجود، فضا سازی برای انجام کار و فعالیت های داوطلبانه، برگزاری کارگاه های آموزشی جهت آموزش قابلیت ها و سازگاری های اجتماعی، فراهم آوردن امکانات رفاهی مناسب تر و بهبود شرایط حاکم بر محیط های کاری می تواند در افزایش سطح سرمایه اجتماعی کارکنان و در نهایت بالا بردن کیفیت زندگی آنان موثر باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری به دلیل دادن مجوز انجام مطالعه و کارکنان شبکه و مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ری در این مطالعه اعلام می دارند.

منابع

1. <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.RQ> OL Concept. Available at October 9, 2012.

2. Fayers P, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. New York: Johnny Willy; 2000.

3. Nejat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHO QOL-BREF) questionnaire: translation validation study of the Iranian version. Iran J Public Health. 2006; 4(4):1-12. [Persian].

4. King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing and patients perspectives: theory, research, practice. UK: Jones & Bartlett Publishers; 2003.

5. Alvani M, Shirvani A. Social capital:

Qual Life Res.2005; 14:875-82.[Persian].

17. Bullen P, Onyx J. Measuring social capital in five communities in NSW. 2nd ed. Australia: Management Alternatives Pty Ltd; 2005.

18. Sharifiyan A, Fotovat H. Social capital and quality of life case study of Shiraz University Students (Pardis Branch). Social Development & Welfare Planing .2012; 3(8):155-89 .[Persian].

19. Noghani M, Asgharpour AR, Safa Sh, Kermani M. Quality of life and social capital in Mashhad city in Iran. Journal of Mathematics. 2009; 3(16):1-5.[Persian].

20. Zahedi Asl M, Farokhi J. Studying the relation of life quality and social capital. QJSS.2010; 1(49):1-29.[Persian].

21. Ma Y, Qin X, Chen R, Li N, Chen R, Hu Z. Impact of individual level social capital on quality of life among AIDS patients in China. PLoS ONE. 2012; 7(11):1-7.

22. Roslan AH, Russayani I, Nor Azam AR. The impact of social capital on quality of life: evidence from Malaysia. IJSD.2010; 22:113-22.

23. Mariappan M. Quality work environment and quality of work life: a study of nursing staff in public sector hospitals [dissertation]. [Indian]: Tata Institute of Social Sciences, School of Health Systems Studies; 2009.

24. Nejati V, Ahmadi K, Sharifian M, Shoaee F. Comparing quality of life dimension in different age decades: prediction for aging. JFUMS. 2012; 4(1):172-77.[Persian].

25. Allaf Javadi M, Parandeh A, Ebadi A, Haji Amini Z. IJCCN. 2010; 3(3):113-17. [Persian].

26. Jenaabadi H, Nastiezaie N. Quality of life in Baharan Training, Medical, and Psychiatric Research Center Staff in Zahedan. JUNMF. 2011; 9(5):337-42.[Persian].

The relationship between quality of life and social capital among health workers in medical and health network of Rey city in 2012

Monavvar Moradian Sorkhkolae, MSc. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Sima Esmaili Shahmirzadi, PhD student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Roya Sadeghi**, PhD. Assistant Professor of health education and promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). sadeghir@tums.ac.ir.

Zahra Nikooseresht, MSc .MPH. Epidemiologist, Rey Network of Medical and Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Farzaneh Fard, BSc. Rey Network of medical and health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background: Social capital, as one the social determinant of health has an effective impact on decreasing mortality in a community. This study was conducted with the aim of determining the relationship between quality of life and social capital among health workers in medical and health network of Rey city.

Methods: This study was a cross sectional design conducted in 2012. Sample size was 140 individuals selected through stratified sampling. In this study, a questionnaire was designed that included three parts; socio demographic (6 items), standard SF 36 quality of life questionnaire (36 items) and Bullen's instrument (36 items). Data was collected and analyzed by SPSS software version 18 with using with T-Test, ANOVA, and Pearson correlation.

Results: Mean age of the participants was 34.28 ± 7.44 years. There were significant associations between social capital and physical function, general health, social functioning, mental health, and vitality domains ($p < 0.05$) while there were no significant associations between social capital and role limitations due to emotional problems and physical pain ($p < 0.05$).

Conclusions: According to the results, the increase of social capital in a community can lead to development of quality of life among health network staff. It seems by using strategies such as social networking enhancement, security establishment, strengthen interpersonal trust, expansion of social relationship and cooperation are effective for improving quality of life among staff.

Keywords: Quality of life, Social capital, Health workers