




## ارتباط کیفیت زندگی و سطح سرمایه اجتماعی در بین کارکنان شبکه بهداشت: مطالعه موردی

محرم زنگنه <sup>۱</sup> / فرزانه دوستی <sup>۳</sup> / عبدالله ریحانی یساولی <sup>۵</sup> / وحید رائی <sup>۶</sup> 

چکیده

**مقدمه:** کیفیت زندگی از مفاهیم محوری توسعه پایدار می‌باشد. سرمایه اجتماعی از متغیرهای تأثیرگذار برنامه‌های توسعه‌ای و همچنین یکی از مهمترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در بین کارکنان شبکه بهداشت شهرستان ملایر انجام گرفته است.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بوده که در نیمه اول سال ۱۳۹۶ انجام پذیرفت. جامعه پژوهش، کارکنان شبکه بهداشت شهرستان ملایر بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی‌شده، حجم نمونه ۱۸۶ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد دارای ۳ بخش شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی (پنج سوال)، کیفیت زندگی (۳۶ سوال) و سرمایه اجتماعی (۳۶ سوال) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اسپاس پی اس نسخه ۲۰ و تحلیل واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل سرمایه اجتماعی  $119/3 \pm 12/34$  و میانگین نمره کل کیفیت زندگی  $68/4 \pm 16/71$  به دست آمد. بین ابعاد سلامت عمومی ( $F=0/22$ ) و سطح معنی‌داری ( $P=0/003$ )، سلامت روانی ( $F=0/24$ ) و سطح معنی‌داری ( $P=0/001$ )، عملکرد اجتماعی ( $F=0/25$ ) و سطح معنی‌داری ( $P=0/00$ )، عملکرد جسمی ( $F=0/38$ ) و سطح معنی‌داری ( $P=0/001$ )، ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی ( $F=0/25$ ) و سطح معنی‌داری ( $P=0/001$ )، ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی ( $F=0/20$ ) و سطح معنی‌داری ( $P=0/007$ ) و سرزندگی و نشاط ( $F=0/23$ ) و سطح معنی‌داری ( $P=0/001$ ) با سرمایه اجتماعی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. بین درد جسمی به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی همبستگی مثبت ناچیز و غیر معنی‌داری مشاهده شد ( $F=0/14$ ) و سطح معنی‌داری ( $P=0/06$ )

**نتیجه‌گیری:** سطح سرمایه اجتماعی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد. به نظر می‌رسد با تقویت مشارکت‌های اجتماعی و فعالیت‌های گروهی، توسعه روابط اجتماعی، تقویت حس امنیت و اعتماد بین کارکنان، می‌توان به بهبود کیفیت زندگی افراد کمک کرد.

**واژه‌های کلیدی:** سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، کارکنان بهداشت

• وصول مقاله: ۹۶/۱۲/۱۴ اصلاح نهایی: ۹۷/۰۴/۱۴ پذیرش نهایی: ۹۷/۰۵/۲۹

۱. کارشناس آموزش بهداشت، مرکز بهداشت شهرستان ملایر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. کارشناس برنامه ریزی نیروی انسانی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. دکترای تخصصی مدیریت منابع انسانی، مدیر سرمایه انسانی، معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۶. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، نویسنده

مسئول (Rasivahid\_65@yahoo.com)

## مقدمه

امروزه، با پیشرفت علم و فناوری و بهبود سطح زندگی افراد، کیفیت زندگی به یکی از مسائل اساسی جوامع بشری تبدیل شده است. به طوری که، این امر به عنوان رویکردی نوین در مطالعات جامعه‌شناسی و سلامت مطرح است و بهبود آن به عنوان یکی از اهداف اصلی توسعه جوامع می‌باشد. مفهوم کیفیت زندگی از اواخر قرن بیستم مورد توجه جامعه‌شناسان قرار گرفته است ولی، ریشه این مفهوم در جامعه‌شناسی به اواسط قرن بیستم باز می‌گردد. نخست، در برخی از جوامع توسعه یافته واژه کیفیت زندگی مترادف با اصطلاحاتی همچون رفاه اجتماعی، رفاه عمومی، امنیت اجتماعی و غیره به کار می‌رفت ولی با گذشت زمان، این مفهوم گسترش یافته و طیف وسیعی از مفاهیم را پوشش می‌دهد. [۱-۳]

نظرات متعددی در زمینه کیفیت زندگی وجود دارد. برخی از صاحب نظران، سنجدین ابعاد مختلفی از سلامتی یک فرد را کیفیت زندگی آن فرد تعریف کرده‌اند. در اکثر مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته است، مفهوم کیفیت زندگی در دو وجه کیفیت عینی و کیفیت ذهنی طبقه بندی شده است. [۴-۶] وجه ذهنی کیفیت زندگی در واقع انعکاسی از ارزیابی‌های ذهنی افراد از زندگی خویش می‌باشد که با استفاده از اطلاعات انعکاس یافته افراد از وضعیت رفاهی خود به دست می‌آید. این وجه، نشان دهنده شرایط کلی زندگی فرد بوده و شاخص‌هایی همچون احساس خوشبختی، رضایت از زندگی و غیره در آن گنجانده می‌شود. وجه عینی کیفیت زندگی به بررسی وضعیت فرد و جامعه در حالت‌های کلی مانند اقتصاد کلان، جنبه‌های رفاهی و غیره می‌پردازد و شاخص‌هایی همچون میزان درآمد، بیمه، میزان تحصیلات و غیره را در افراد می‌سنجد. [۴، ۷، ۸]

سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت خود در زندگی تعریف می‌کند. این ادراک در بستر فرهنگ، سیستم ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات، معیارها و آرزوهای هر فرد از زندگی، می‌تواند بر وضعیت اجتماعی،

جسمی و روحی او تأثیر بگذارد. [۴، ۹] کیفیت زندگی ابعاد مختلفی دارد. اکثر صاحب نظران بر این عقیده هستند که مفهوم کیفیت زندگی شامل ابعاد فیزیکی، اجتماعی، روانی، روحی و علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان می‌باشد که هر کدام از این ابعاد می‌تواند به صورت مستقیم و غیر مستقیم کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. [۱۰]

در میان ابعاد و مولفه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی به عنوان بعدی اجتماعی و تعیین کننده اجتماعی سلامت (Social determinant of health) تأثیر بسیار مهمی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد. سرمایه اجتماعی برای اولین بار توسط لیدا جی. هانیفان در آمریکا مطرح شد. در تعریف هانیفان از سرمایه اجتماعی دو ویژگی برجسته نمود پیدا می‌کنند، اول اینکه واژه‌هایی همچون نوع دوستی، همدلی، رفاقت، حسن نیت و غیره با توجه به شرایط زندگی ارزشی ابزاری دارند و دوم اینکه سرمایه اجتماعی علاوه بر مزایای فردی دارای مزایا و منافع جمعی نیز می‌باشد و افزایش سطح سرمایه اجتماعی افراد می‌تواند موجب انباشت حجمی از سرمایه اجتماعی و بهبود شرایط زندگی اجتماع شود. در دهه‌های اخیر نقش سرمایه اجتماعی در کیفیت زندگی مورد توجه صاحب نظران قرار گرفته است. [۱۱-۱۳] بر اساس تعریف بانک جهانی، سرمایه اجتماعی حاصل تأثیر نهادهای اجتماعی، روابط انسان‌ها و هنجارها بر کمیت و کیفیت تعاملات اجتماعی است. سرمایه اجتماعی امکان مشارکت فعال افراد جامعه در فعالیت‌های اجتماعی به منظور کسب منفعت متقابل را فراهم می‌آورد و از طرفی بر کاهش اضطراب و عوامل خطر مرتبط با آن، کاهش مرگ و میر، کاهش اختلالات روانی و اجتماعی مانند اعتیاد، جرم و جنایت تأثیر مثبتی می‌گذارد. [۱۴، ۱۵]

مطالعات متعددی در زمینه تبیین رابطه بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به مطالعه مرادیان و همکاران در زمینه بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت شهری اشاره کرد. یافته‌های این مطالعه نشان داد بین سرمایه اجتماعی

روش نمونه گیری طبقه ای از واحد های مختلف شبکه بهداشت همچون کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی، پایگاه های بهداشتی و واحدهای ستادی تحت پوشش شبکه بهداشت شهرستان ملایر انتخاب شدند. با توجه به اینکه جامعه آماری مطالعه ۳۶۰ نفر بودند، حداقل نمونه مورد نیاز برای این مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۰/۰۵ درصد، ۱۸۶ نفر به دست آمد. در صورت تمایل نداشتن افراد به شرکت در مطالعه، فرد دیگری از همان واحد با اخذ رضایت به منظور شرکت در مطالعه جایگزین شده است. لازم به ذکر است که شش مورد از پرسش نامه ها به دلیل مخدوش بودن به هنگام ورود داده ها به نرم افزار از مطالعه کنار گذاشته شدند. برای جمع آوری داده های مطالعه، پرسش گران به واحدهای مربوطه مراجعه کرده و پرسش نامه ها پس از توضیحات کامل در زمینه اهداف مطالعه و کاربردهای آن و اخذ رضایت آگاهانه، توسط افراد تکمیل شد. به منظور جمع آوری داده ها از پرسش نامه دارای سه بخش، اطلاعات جمعیت شناختی (پنج سوال)، کیفیت زندگی (SF-36) (۳۶ سوال) و سرمایه اجتماعی بولن (۳۶ سوال) استفاده شد. لازم به ذکر است، پرسش نامه استاندارد و روایی و پایایی آن تایید شده است. داده ها با کمک نرم افزار اسپس اس نسخه ۲۰ و با استفاده از آزمون های واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل تحلیل شد.

پرسش نامه کیفیت زندگی (SF-36)، کیفیت زندگی را در دو شاخص کلی سلامت جسمی و روحی و زیر شاخص های عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سلامت عمومی، ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی، ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی، سرزندگی و نشاط و بعد درد جسمی می سنجد. پایایی این پرسش نامه توسط برابزر و همکارانش سنجیده و بر اساس آزمون کرونباخ ۸۵ درصد برآورد شده است. [۱۸] در ایران نیز مطالعه منتظری و همکاران نشان داد که نسخه فارسی پرسش نامه از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است و بین ۰/۷ تا ۰/۹ قرار دارد. [۱۹] با این وجود، روایی پرسش نامه توسط صاحب نظران متخصص تایید شد. پایایی پرسش نامه نیز بر اساس آزمون آلفای کرونباخ، ۸۰ درصد به

با برخی از ابعاد کیفیت زندگی همانند عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و سلامت روحی رابطه مثبت وجود دارد. [۱۴] مطالعه ریماز و همکاران نیز که به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار شهر تهران پرداخته است، نشان داد کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار به میزان زیادی با سرمایه اجتماعی آنها رابطه معنی دار دارد و افزایش سطح سرمایه اجتماعی می تواند منجر به بهبود سطح کیفی زندگی این افراد شود. [۱۳] کیم و همکاران در مطالعه خود به بررسی سطح سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در ایالت های مختلف آمریکا پرداختند. نتایج مطالعه آنها مویید این مطلب بود که تعداد روزهای ناخوشی، سلامت جسمی و روانی و محدودیت در فعالیت در ایالت هایی که سرمایه اجتماعی بالاتری داشتند، کمتر از سایر ایالت ها بوده است. [۱۶] یوسف و همکاران در نیجریه با بررسی نقش سرمایه اجتماعی در رفاه خانوارها به این نتیجه رسیدند که افزایش سرمایه اجتماعی می تواند منجر به افزایش درآمد سرانه خانوارها شود. [۱۷]

کارکنان هر سازمان به عنوان سرمایه اصلی آن سازمان به شمار می آیند و این امر در سازمان های خدماتی همچون بهداشت و درمان از اهمیت بیشتری نیز برخوردار است. همان طور که پیشتر نیز گفته شد، کیفیت زندگی افراد و سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار و از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه های توسعه ای سازمان ها می باشد. از طرفی، سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از مهم ترین تعیین کننده های اجتماعی سلامت نقش مهمی در بهره وری افراد در زندگی شخصی و کاری را ایفا می کند، بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت شهرستان ملایر در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت.

## روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود و در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه مورد مطالعه کارکنان شبکه بهداشت شهرستان ملایر بودند. نمونه مطالعه با استفاده از فرمول کوکران و با

تایید شد. پس از تایید روایی، پایایی پرسش نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۸۲ درصد تایید شد.

لازم به ذکر است که در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی اعم از مسائل مربوط به سرقت ادبی، رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، منبع دهی صحیح و غیره توسط نویسندگان رعایت شده است.

### یافته ها

تحلیل داده های جمعیت شناختی مطالعه نشان می دهد که میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه  $39/04 \pm 5/89$  سال بوده است. اطلاعات مربوط به سایر مشخصات جمعیت شناختی در جدول شماره یک آورده شده است.

دست آمد. لازم به ذکر است که امتیازات داده شده به سوالات این پرسش نامه بین دامنه صفر (بدترین وضعیت) و ۱۰۰ (بهترین وضعیت) می باشد.

پرسش نامه سرمایه اجتماعی بولن شامل ۳۶ سوال چهار گزینه ای طیف لیکرت از خیلی کم (امتیاز یک) تا خیلی زیاد (امتیاز چهار) بود. سوالات مطرح شده در این پرسش نامه در زمینه مشارکت و پیشگامی افراد در فعالیت های اجتماعی، ارتباط با دوستان، همکاران، همسایگان و خانواده، اعتماد و امنیت، قدرت تحمل تفاوت ها و تعارض ها، ارزش زندگی و ارتباطات کاری بوده است. پایایی و روایی این پرسش نامه در مطالعات داخلی و خارجی تایید شده است. [۱۴، ۱۸] در این مطالعه نیز روایی پرسش نامه توسط صاحب نظران این حوزه

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
جنس	زن	۱۰۲	۵۶/۷
	مرد	۷۸	۴۳/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۳۱	۱۷/۲
	متاهل	۱۴۹	۸۲/۸
سن	بین ۲۰-۳۰ سال	۱۳	۷/۲
	بین ۳۱-۴۰ سال	۹۳	۵۱/۷
	بین ۴۱-۵۰ سال	۷۲	۴۰
	بین ۵۱-۶۰ سال	۲	۱/۱
سطح تحصیلات	دیپلم	۲۳	۱۲/۸
	فوق دیپلم	۴۲	۲۳/۳
	لیسانس	۱۰۴	۵۷/۸
	فوق لیسانس	۷	۳/۹
وضعیت استخدامی	دکتری	۴	۲/۲
	رسمی	۱۴۰	۷۷/۸
	پیمانی	۱۹	۱۰/۶
	قراردادی	۱۲	۶/۶
	شرکتی	۹	۵

جسمی با میانگین و انحراف معیار  $77/6 \pm 29/14$  و کمترین میانگین مربوط به بعد سلامت عمومی با میانگین و انحراف معیار  $59 \pm 19/46$  می باشد. نمرات مربوط به میانگین و انحراف معیار سایر ابعاد در جدول شماره دو به تفکیک جنسیت آورده شده است.

در این مطالعه میانگین نمره کل سرمایه اجتماعی  $119/3 \pm 13/34$  و میانگین نمره کل کیفیت زندگی  $68/4 \pm 16/71$  به دست آمد. تحلیل داده ها در بخش ابعاد کیفیت زندگی حاکی از آن بود که در بین هشت بعد بیشترین میانگین مربوط به بعد ایفای نقش متاثر از مشکلات

جدول ۲: نمرات ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار)	
	مرد	زن
عملکرد جسمی	۸۷±۱۵/۵۶	۶۹±۲۸/۴۹
عملکرد اجتماعی	۷۶/۷±۱۹/۳۴	۶۶/۷±۲۲/۶۳
سلامت روانی	۶۹/۱±۱۶/۷۱	۶۱/۱±۱۸/۱۳
سلامت عمومی	۶۶/۲±۱۷/۳۷	۵۳/۵±۱۹/۱۵
ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی	۸۸/۱±۲۱/۹۳	۶۹/۶±۳۱/۳۳
ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی	۶۴/۹±۳۷/۵۵	۶۲/۷±۳۹/۸۲
سرزندگی و نشاط	۶۳/۲±۱۶/۷۴	۵۷/۶±۱۹/۸۳
درد	۷۸/۳±۱۶/۳۳	۶۵/۷±۲۲/۳۱
نمره کل کیفیت زندگی	۷۴/۲±۱۱/۶۱	۶۳/۳±۱۸/۵۷

با توجه به نرمال بودن توزیع داده ها، رابطه بین مقاطع مختلف تحصیلی و ابعاد کیفیت زندگی با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه سنجیده شد. نتایج نشانگر این بود که بین سطوح مختلف تحصیلی و ابعاد عملکرد جسمی (سطح معنی داری  $p=0/00$ )، عملکرد اجتماعی (سطح معنی داری  $p=0/001$ )، سلامت عمومی (سطح معنی داری  $p=0/00$ )، سلامت روحی (سطح معنی داری  $p=0/00$ ) و نشاط (سطح معنی داری  $p=0/00$ ) رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین، بین ابعاد ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی (سطح معنی داری  $p=0/08$ )، ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی (سطح معنی داری  $p=0/52$ ) و درد جسمی (سطح معنی داری  $p=0/35$ ) با سطح تحصیلات رابطه معنی داری حاصل نشد.

بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی با متغیر نوع استخدام با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که تنها بین ابعاد عملکرد اجتماعی (سطح معنی داری  $p=0/03$ ) و درد جسمی (سطح معنی داری  $p=0/005$ ) با نوع استخدام رابطه معنی دار وجود دارد.

بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی با سرمایه اجتماعی افراد شرکت کننده در مطالعه با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان داد که بین ابعاد کیفیت زندگی با سرمایه اجتماعی همبستگی مثبت وجود دارد. علاوه بر آن، بین ابعاد

در بررسی ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی و جنسیت افراد با استفاده از آزمون تی مستقل مشخص شد که بین ابعاد سلامت عمومی (سطح معنی داری  $p=0/00$ )، درد (سطح معنی داری  $p=0/02$ )، عملکرد اجتماعی (سطح معنی داری  $p=0/04$ )، سرزندگی و نشاط (سطح معنی داری  $p=0/00$ )، عملکرد جسمی (سطح معنی داری  $p=0/00$ ) و ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی (سطح معنی داری  $p=0/00$ ) با جنسیت ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین، بین ابعاد ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی (سطح معنی داری  $p=0/71$ ) و سلامت روانی (سطح معنی داری  $p=0/31$ ) با جنسیت رابطه معنی داری وجود نداشت.

بررسی ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی و وضعیت تاهل با استفاده از آزمون تی مستقل نیز نشان داد که بین سه بعد سرزندگی و نشاط (سطح معنی داری  $p=0/002$ )، عملکرد اجتماعی (سطح معنی داری  $p=0/001$ ) و درد (سطح معنی داری  $p=0/00$ ) با وضعیت تاهل ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. همچنین، بین ابعاد سلامت عمومی (سطح معنی داری  $p=0/13$ )، عملکرد جسمی (سطح معنی داری  $p=0/08$ ) و ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی (سطح معنی داری  $p=0/09$ )، ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی (سطح معنی داری  $p=0/16$ ) و سلامت روانی (سطح معنی داری  $p=0/12$ ) با وضعیت تاهل رابطه معنی داری وجود نداشت.

مثبت ناچیزی وجود داشت، این همبستگی از لحاظ آماری معنی دار نبود. همان طور که در جدول شماره سه نشان داده شده است، بیشترین ضریب همبستگی سرمایه اجتماعی مربوط به بعد عملکرد جسمی و کمترین آن مربوط به بعد درد جسمی بود.

سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمی، ایفای نقش متاثر از سلامت جسمی، ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی و سرزندگی و نشاط با سرمایه اجتماعی همبستگی مثبت وجود داشت و این همبستگی از لحاظ آماری معنی دار بود. از طرفی، با وجود اینکه بین درد جسمی به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی همبستگی

جدول ۳: ضریب همبستگی کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی کارکنان		ابعاد کیفیت زندگی
سطح معنی داری	ضریب همبستگی پیرسون	
۰/۰۰۱	۰/۳۸	عملکرد جسمی
۰/۰۰	۰/۲۵	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۲۴	سلامت روانی
۰/۰۰۳	۰/۲۲	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۰/۲۵	ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی
۰/۰۰۷	۰/۲۰	ایفای نقش متاثر از مشکلات روانی
۰/۰۰۱	۰/۲۳	سرزندگی و نشاط
۰/۰۰۶	۰/۱۴	درد
۰/۰۰	۰/۳۴	نمره کل کیفیت زندگی

کارکنان رابطه همبستگی مثبت ضعیفی وجود دارد. در این مطالعه بین ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سرزندگی و شادابی با سرمایه اجتماعی وجود داشت. [۱۴] زاهدی و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان بررسی رابطه بین میزان سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای ساکن تهران به این نتیجه رسیدند که عناصر سرمایه اجتماعی با افزایش ارتباطات و افزایش سطح دسترسی به منابع در نهایت منجر به ایجاد نتایج مطلوبی در سلامت جسمی، سلامت روانی و رضایت از زندگی خواهد شد و این عوامل در افزایش کیفیت زندگی تاثیر مستقیم دارند. [۲۰] مطالعه علی زاده اقدم و همکاران نیز در زمینه بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در کارکنان بازنشسته دانشگاه تبریز موید این مطلب بود که بین ابعاد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی همبستگی مثبت و رابطه معنی داری وجود دارد. [۲۱] مطالعه ریماز و همکاران که در رابطه با کیفیت

### بحث

بر اساس یافته های این مطالعه، رابطه معنی دار و همبستگی مثبت بین کیفیت زندگی کارکنان و سرمایه اجتماعی به دست آمد. این رابطه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی نیز برقرار بود. هرچند بین بعد درد جسمی و سرمایه اجتماعی با وجود همبستگی مثبت ناچیز، رابطه معنی داری یافت نشد. در مطالعه بسطامی نیا و همکاران نیز که در زمینه بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه یاسوج انجام گرفت، همبستگی مثبت و رابطه معنی داری بین سرمایه اجتماعی و کلیه ابعاد کیفیت زندگی به دست آمده است. [۱۱] مطالعه ای که مرادیان و همکاران در زمینه بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در کارکنان شبکه بهداشت شهر ری انجام داده بودند نیز موید این مطلب بود که بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با سرمایه اجتماعی

پیشنهاد می شود مدیران ارشد دانشگاه ها توجه بیشتری به مسائل اجتماعی از قبیل تقویت فعالیت های تیمی و گروهی، تسهیل مشارکت کارکنان در فعالیت های اجتماعی، حمایت های عاطفی از کارکنان، آموزش فنون مدیریت تعارض بین کارکنان، تقویت و افزایش حس اعتماد و امنیت بین کارکنان را جهت کاهش تنش های جسمی و روانی و بهبود سلامت اجتماعی افراد داشته باشند و مطالعاتی از این دست به صورت مستمر و سالیانه در کارکنان اندازه گیری و مداخلات کوتاه مدت و بلند مدت به منظور تقویت آنها تدوین شود.

نتایج مطالعه حاضر تایید کننده این واقعیت است که افزایش سرمایه اجتماعی می تواند منجر به تقویت و بهبود سایر حوزه های زندگی افراد از جمله سلامت جسمی، روحی و روانی شود و به تبع آن عملکرد فردی و اجتماعی افراد را تقویت کند. در حقیقت، فهم اهمیت سرمایه اجتماعی و تاثیر عمیق آن بر جنبه های مختلف زندگی شخصی و کاری افراد، می تواند در بهبود شرایط جامعه و بالا بردن کیفیت زندگی همراه با سلامتی کمک شایانی بکند. از این رو، لازم است مطالعات عمیق تر و جامع تری در این زمینه و در طبقات مختلف اقشار جامعه با مشاغل گوناگون صورت گیرد و تاثیرات سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی این افراد سنجیده و راهکارهای عملی و اجرایی در راستای تقویت آن ارائه شود.

### تشکر و قدردانی

پدیدآورندگان این مطالعه بر خود لازم می دانند از همکاری های صمیمانه کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان ملایر در جهت مشارکت در مطالعه تشکر و قدردانی به عمل بیاورند.

زندگی و سرمایه اجتماعی در زنان سرپرست خانوار شهر تهران انجام شده است، نشان داد که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار به میزان زیادی با سرمایه اجتماعی آنها رابطه معنی دار دارد و افزایش سطح سرمایه اجتماعی می تواند منجر به بهبود سطح کیفی زندگی این افراد شود. [۱۳] مطالعه همدان و همکاران در مالزی با هدف بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در مناطق شهری پرتراکم نشان داد که سرمایه اجتماعی در این مناطق، منجر به تقویت ارزش های مثبت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی افراد می شود. [۲۲] مطالعه دیگری در مالزی که توسط عبدالحکیم و همکاران با عنوان بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در خانوارهای روستایی منطقه ترنگانو مالزی بر روی ۲۵۰۰ خانوار روستایی انجام گرفته است، نشان داد که سرمایه اجتماعی نه تنها بر درآمد خانوار، بلکه بر کیفیت زندگی نیز تاثیر می گذارد. همچنین، سرمایه گذاری در سرمایه اجتماعی برای دستیابی به اهداف توسعه حیاتی است. [۲۳] مطالعه هو و همکاران با هدف بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در استان آنهویی چین نشان داد که سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباط مستقیمی دارد و نظریه های سرمایه اجتماعی می تواند رویکردهای جدیدی را در راستای پیشگیری و کنترل دیابت به ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط ارائه دهد. در این مطالعه ۴۳۶ فرد بزرگسال مبتلا به دیابت شرکت داشتند و برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسش نامه اصلاح شده سرمایه اجتماعی شناختی و ساختاری استفاده شده است. [۲۴]

با توجه به وجود همبستگی مثبت بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی کارکنان، پیشنهاد می شود مطالعات مشابهی در سایر دانشگاه های علوم پزشکی و در معاونت های مختلف انجام گیرد. با توجه به گستردگی و ماهیت پیچیده کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن، این مطالعات می توانند علاوه بر سرمایه اجتماعی، تاثیر سایر عوامل درون سازمانی و برون سازمانی را بر ابعاد مختلف زندگی کارکنان بسنجند. همچنین، با توجه به تاثیرات سرمایه اجتماعی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی کاری،



## References

1. Al-Ghafri H. Social Drift in Patients Suffering from Alcohol and Substance Related Disorders, Amman, Jordan. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*. 2015; 17(1): 345-351.
2. Phillips D. *Quality of life: Concept, policy and practice*: Published by Routledge Publishing Group. 2006; (1)1: 11-13.
3. Pourtaheri M, Eftekhari A, Fatahi A. Assessment quality of life (QLA) in rural areas (Case Study: Northern Khave village, Lorestan Province). *Journal of Human Geography Research*. 2011; 78(43):13-30,]In Persian[.
4. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*: John Wiley & Sons; United Kingdom(UK); 2013:3-10.
5. Hagerty MR, Cummins RA, Ferriss AL, Land K, Michalos AC, Peterson M, et al. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social indicators research*. 2001;55(1):1-5.
6. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual disability research*. 2005;49(10):706-699.
7. Kikuchi H, Mifune N, Niino M, Ohbu S, Kira J-i, Kohriyama T, et al. Impact and characteristics of quality of life in Japanese patients with multiple sclerosis. *Quality of life research*. 2011;20(1):119-131.
8. Ghamari M. The relationship of social capital and happiness among high School students of Karaj City. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2012;2(1):353-363.
9. Holtan MT, Dieterlen SL, Sullivan WC. Social life under cover: tree canopy and social capital in Baltimore, Maryland. *Environment and behavior*. 2015;47(5):502-525.
10. Nejat s. Quality of Life and its Measurement (review article). *Iranian Journal of Epidemiology*. 2008;4(2):57-62. ]In Persian[.
11. Bastaminia A, Fakhraie O, Alizadeh M, Asadi AB, Dastoorpoor M. Social Capital and Quality of Life among University Students of Yasuj, Iran. *International Journal of Social Science Studies*. 2016;4(11):9-18.
12. Feyzi T, Mohammad E. The relationship between social capital and quality of life of employees National Iranian Oil Company. *Journal of Cultural Management*. 2009;5(3): 1-18. ]In Persian[.
13. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali S, Saiepour N, Nedjat S, Sadeghi M, et al. Investigation of relationship between social capital and quality of life in female headed families. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29(270): 1-18.
14. Moradian Sorkhkolae M, Esmaeili Shahmirzadi S, Sadeghi R, Nikooseresht Z, Fard F. The relationship between quality of life and social capital among health workers in medical and health network of Rey city. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;20(114):69-77. ]In Persian[.
15. Kiely DK, Simon SE, Jones RN, Morris JN. The Protective Effect of Social Engagement on



- Mortality in Long-Term Care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000;48(11): 67-72.
16. Kim D, Kawachi I. US state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. *Annals of epidemiology*. 2007;17(4): 258-269.
17. Yusuf SA. Social capital and household welfare in Kwara State, Nigeria. *Journal of Human Ecology*. 2008;23(3):219-229.
18. Rajabi Gilan N, Ghasemi S, Reshadat S, Rajabi S. The Relationship between Social Capital and Health-Related Quality of Life among Teachers. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services*. 2013;21(88):95-107. ]In Persian[.
19. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. Translating, reliability and validity of persian form of SF-36 standard tool. *Payesh*. 2005; 5(26): 49-56. ]In Persian[.
20. Zahedi Asl M, Farokhi J. Studying the relation of life quality and social capital. *QJSS*. 2010; 1(49):1-29. ]In Persian[.
21. Alizade aghdam M, Soltanibahram S, Alizade aghdam R. The Study of the Relationship Between Social Capital and the Quality of Life of Retired Staffs of Tabriz University. *Journal of development management process*. 2014;26(3):63-78. ]In Persian[.
22. Hamdan H, Yusof F, Marzukhi MA. Social capital and quality of life in urban neighborhoods high density housing. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;16(153):169-179.
23. Abdul-Hakim R, Ismail R, Abdul-Razak NA. The relationship between social capital and quality of life among rural households in Terengganu, Malaysia. *OIDA International Journal of Sustainable Development*. 2010; 1(5):99-106.
24. Hu F, Niu L, Chen R, Ma Y, Qin X, Hu Z. The association between social capital and quality of life among type 2 diabetes patients in Anhui province, China: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2015;15(1):1-6.



# The relationship between quality of life and social capital among community health service staff: A case study

Zangeneh M <sup>1&2</sup>/ Doosty F<sup>3&4</sup>/ Reihany Yasavoli A<sup>5</sup>/ Rasi V <sup>6</sup>

## Abstract

**Introduction:** Quality of life is one of the key concepts of sustainable development. Social capital, on the other hand is considered both as an important variable affecting the success of development programs as well as a social determinant of health. Therefore, this study aimed to explore the relationship between quality of life and social capital among the community health service staff in Malayer city.

**Methods:** In this cross-sectional study, conducted in 2017, a sample of 186 participants were selected using stratified sampling method. A standard questionnaire including questions on demographic information (N=5), quality of life (N=36) and social capital (N=36) was used to collect data which were then analysed using one-way ANOVA, Pearson correlation coefficient and independent t-test in SPSS 20.

**Results:** According to the findings, the mean scores of social capital and quality of life were  $119/13 \pm 3/34$  and  $68/4 \pm 16/71$ , respectively. There was a positive significant relationship between social capital and the general health ( $r=0/22$ ,  $p=0/003$ ), mental health ( $r=0/24$ ,  $p=0/001$ ), social functioning ( $r=0/25$ ,  $p=0/000$ ), physical functioning ( $r=0/38$ ,  $p=0/001$ ), role limitations due to physical pain ( $r=0/25$ ,  $p=0/001$ ), role limitations due to mental problems ( $r=0/20$ ,  $p=0/007$ ) and vitality and happiness ( $r=0/23$ ,  $p=0/001$ ). There was a low but not significant positive relationship between physical pain and social capital ( $r=0/14$ ,  $p=0/06$ )

**Conclusion:** According of the findings the level of social capital can effectively improve the quality of life. It seems that enhancement of social partnerships and collaborative activities, development of social relationships, and reinforcement of a sense of security and trust among employees can improve the quality of life.

**Keywords:** Social capital, Quality of life, Health personnel

• Received: 5/March/2018 • Modified: 5/July/2018 • Accepted: 20/Aug/2018

1. Health Education staff in Malayer, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Ph.D. Candidate of Health Services Management, faculty of management and medical information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Human Resources Planning Expert, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
4. Ph.D. Candidate of Health Services Management, faculty of management and medical information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Ph.D. of Human Resource Management. Human capital manager, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
6. Ph.D. Candidate of Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding author (Rasivahid\_65@yahoo.com)