

بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در معلمان

نادر رجبی گیلان^۱، سید رامین قاسمی^۲، دکتر سهیلا رشادت^۳، سجاد رجبی^۴

نویسنده‌ی مسوول: کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مرکز تحقیقات توسعه‌ی اجتماعی و ارتقای سلامت qasemi_sr@yahoo.com

دریافت: ۹۲/۱/۲۷ پذیرش: ۹۲/۵/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش‌ها نشان دهنده‌ی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت است. این مطالعه با هدف بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین معلمان انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش مقطعی، حجم نمونه برابر ۳۷۵ نفر بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی از پرسشنامه‌ی اونیکس و بولن (۲۰۰۰) و جهت سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از پرسشنامه‌ی SF-۳۶ استفاده شد. آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون جهت تحلیل داده‌ها به‌کار گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی پاسخگویان $40/7 \pm 5/26$ سال بود. ۵۱/۹ درصد نمونه‌ی پژوهش، معلمان مرد بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات کلی کیفیت زندگی برابر $64/54 \pm 17/02$ و سرمایه‌ی اجتماعی برابر $71/21 \pm 16/74$ بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سرمایه‌ی اجتماعی کلی با کیفیت زندگی کلی ($r = 0/153; P = /004$)، سرمایه‌ی شناختی با سلامت جسمی ($r = 0/137; P = /011$) و سرمایه‌ی ارتباطی با سلامت روانی ($r = 0/133; P = /012$) رابطه‌ی معناداری وجود دارد. بین سرمایه اجتماعی ساختاری نیز با هر دو بعد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمی ($r = 0/146; P = /006$) و سلامت روانی ($r = 0/156; P = /003$) رابطه‌ی مثبت و معناداری دیده شد. نتایج آزمون رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و سن بر رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی کلی و کیفیت زندگی کلی تأثیر نداشته‌اند و از مدل خارج شده‌اند، اما متغیر درآمد، به‌عنوان یک متغیر موثر در رابطه‌ی اصلی پژوهش عمل می‌کند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که رابطه‌ی مثبتی بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در معلمان وجود دارد. به‌نظر می‌رسد رشد فعالیت‌های گروهی معلمان در قالب انجمن‌های داوطلبانه می‌تواند سبب افزایش اعتماد و گسترش شبکه‌های شخصی و در نتیجه موجب بهبود سلامت جسمی و روانی گردد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، سرمایه‌ی اجتماعی، معلمان.

مقدمه

امروزه با توسعه‌ی جوامع و بهبود سطح زندگی، موضوع (کیفیت زندگی) اهمیت قابل ملاحظه‌ای یافته (۱ و ۲) و به عنوان رویکردی نوین در مطالعات و تحقیقات اجتماعی و پزشکی مطرح شده است. طی سه دهه‌ی گذشته، بهبود کیفیت زندگی به عنوان یکی از اهداف اصلی توسعه‌ی جامعه، بر سیاست‌گذاری‌های بسیاری از کشورها تأثیرگذار

۱- کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲- کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳- متخصص کودکان، استادیار مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۴- کارشناس پژوهشگری اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

بوده است (۳). کیفیت زندگی، یک مفهوم چندبعدی است که این ابعاد را می‌توان در ۵ گروه احتیاجات اولیه و اساسی برای یک زندگی خوب (امنیت خاطر، درآمد)، سلامت (حاصل تعامل عوامل ژنتیکی، اجتماعی، محیطی و پزشکی)، امنیت (دسترسی به محیطی ایمن)، روابط اجتماعی مناسب (احترام، همکاری و تعارض بین افراد و گروه‌ها)، آزادی و انتخاب (توانایی تجربه و برآوردن انتخاب‌های فردی) دسته‌بندی کرد (۴). در این میان، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به مفهومی مهم و کاربردی در عرصه‌ی سلامت جوامع بدل شده است موضوع پژوهش‌های فراوانی قرار گرفته است. چراکه این اعتقاد وجود دارد که اندازه‌گیری سلامت علاوه بر شاخص‌هایی چون مرگ و میر و امید به زندگی، بایستی در برگیرنده‌ی برآوردی از بهزیستی و رفاه نیز باشد (۵)؛ که در مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نهفته است. دونالد (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را اصطلاحی توصیفی عنوان می‌کند که به سلامت و ارتقای عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و توانایی آن‌ها برای انجام وظایف روزمره اشاره دارد (۶). از این رو توجه به عواملی که با کیفیت زندگی و بهبود آن ارتباط دارند حایز اهمیت ویژه است. به عقیده‌ی صاحب‌نظران، حلقه‌ی مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سوال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد (۷). با وجود هزینه‌های هنگفتی که سالانه صرف برنامه‌های جلوگیری از بیماری و ارتقای سلامت می‌شود، هنوز اهمیت بسیاری از عوامل تعیین‌کننده‌ی اصلی در این حوزه، همچون روابط اجتماعی، اعتماد متقابل بین شهروندان و سرمایه‌ی اجتماعی مورد غفلت قرار گرفته است. به بیان دیگر می‌توان گفت حتی آرایه‌ی یک صورت‌بندی واقعی از وضعیت سلامت و بیماری در یک جامعه، بدون توجه به عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی-اقتصادی، دشوار خواهد بود. سرمایه‌ی اجتماعی از مفاهیم نوینی است که طی سالیان اخیر،

توجه گسترده‌ای را از سوی پژوهشگران حوزه‌های مختلف علمی به خود جلب نموده است. سابقه‌ی مطالعه در خصوص تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر سلامت، به مطالعه‌ی دورکیم فرانسوی در زمینه‌ی رابطه‌ی خودکشی و انسجام اجتماعی در قرن نوزدهم برمی‌گردد (۸). سرمایه اجتماعی که به وسیله‌ی متغیرهایی نظیر اعتماد اجتماعی، هنجارهای معامله‌ی متقابل و تراکم شبکه‌های اجتماعی به‌وسیله‌ی پاتنام تعریف شده (۹) در بسیاری از مطالعات به عنوان عاملی مرتبط با سلامت شناخته شده است (۱۰). سرمایه‌ی اجتماعی در بهبود دسترسی به مراقبت‌های اجتماعی موثر است (۱۱). مطالعات به‌طور پایداری نشان داده‌اند که سرمایه‌ی اجتماعی با گستره‌ای از رفتارهای مرتبط با سلامت و پیامدهای آن شامل رفتارهای مجرمانه، سلامت روان، سیگار کشیدن، ابتلا و مرگ و میر مرتبط است (۱۲). در طول زمان، سرمایه‌ی اجتماعی اندک با بروز بیماری و کاهش سلامتی مرتبط است (۱۳). تحقیقات نشان می‌دهد که حضور سرمایه‌ی اجتماعی، نوعی حمایت اجتماعی برای فرد پدید می‌آورد که برای فرد، حمایت مالی، اطلاعاتی، عملی و عاطفی فراهم می‌آورد، در این میان پستوانه عاطفی به‌طور آشکارتری به سلامتی فرد کمک می‌کند (۱۴). گیدنز (۱۳۷۸) نیز معتقد است که این حمایت عاطفی، نوعی پوسته‌ی محافظ یا پیلای حمایتی است که همه‌ی افراد عادی در جریان رویارویی با مسایل زندگی روزمره، خود را در پناه آن قرار می‌دهند (۱۵). تجزیه و تحلیل اطلاعات دولتی و تحقیقات خدمات بهداشتی به نتایجی سازگار با این عقیده منجر شده است که هرچه سرمایه‌ی اجتماعی بیشتر باشد دسترسی به خدمات بهداشتی بیشتر است (۱۶)، ولی تا به امروز، دلایل این همبستگی به‌طور کامل مشخص نشده است (۹). پاتنام (۲۰۰۰) حدس می‌زند که احتمال ارتباط سرمایه اجتماعی با سلامت به چهار دلیل است. اول شبکه‌های اجتماعی، منافع مادی در اختیار افراد قرار می‌دهد که سبب کاهش اضطراب می‌شود. دوم، شبکه‌ها،

مطالعات در خصوص این رابطه در دیگر گروه‌های جمعیتی نیز اندک بوده، لزوم و اهمیت پژوهش در این زمینه، نمود بیشتری می‌یابد؛ به علاوه در مطالعه‌ی حاضر، متغیر جنس نیز مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به مطالب گفته شده شناخت وضعیت سرمایه‌ی اجتماعی معلمان زن و مرد (سرمایه ساختاری، سرمایه شناختی و سرمایه ارتباطی) و رابطه‌ی آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان به عنوان هدف اصلی این پژوهش مد نظر قرار گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی است که در اسفند سال ۱۳۹۱ در شهرستان گیلان غرب از شهرستان‌های غربی استان کرمانشاه به انجام رسیده است. روش تحقیق به صورت پیمایشی و با استفاده از تکنیک پرسشنامه صورت پذیرفت، و معلمان مقاطع سه‌گانه‌ی تحصیلی پرسشنامه‌های تحقیق را با هماهنگی مدیران و معاونین مدارس تکمیل نمودند. حجم نمونه از طریق فرمول کوکران برابر ۲۵۰ نفر محاسبه گردید که این رقم به دلیل استفاده از شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای در ضریب تاثیر (Design Effect) ۱/۵ ضرب و رقم ۳۷۵ نفر به عنوان نمونه نهایی تعیین گردید. شیوه‌ی نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام پذیرفت و هر مقطع تحصیلی (ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان) به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و سپس از هر خوشه به تناسب (مرد و زن)، نمونه‌های مورد نظر با مراجعه به مدارس انتخاب شدند. در نهایت تعداد ۳۵۱ پرسشنامه (میزان پاسخگویی ۹۳/۶ درصد) مبنای تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به کم بودن تعداد سوالات بی‌پاسخ در متغیرهای اصلی، این مقادیر به روش جایگزینی میانگین کامل شده و در تحلیل‌های پژوهش، کلیه‌ی ۳۵۱ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفتند. ابزارهای تحقیق شامل چک‌لیست دموگرافیک، پرسشنامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی اونیکس و بولن (۲۰۰۰) و پرسشنامه‌ی

معیارهای سلامتی را تقویت می‌کنند. سوم، شبکه‌ها، بهتر می‌توانند تقاضایی برای خدمات بهداشتی ارایه کنند و چهارم تعامل و فعالیت اجتماعی سبب فعال‌تر شدن سیستم دفاعی بدن می‌شود (۱۷). پژوهش‌هایی در ایران به بررسی رابطه‌ی سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم کلی پرداخته‌اند و رابطه‌ی این دو متغیر را مورد تایید قرار داده‌اند (۲۰-۱۸، ۸)، اما تحقیق در خصوص رابطه‌ی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بسیار محدود و اندک است. زاهدی و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی این رابطه در بین سرپرستان خانوارهای تهرانی پرداخته، دریافتند که ارتباط معناداری بین سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی و ابعاد چهارگانه آن (سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی) در گروه مورد مطالعه‌شان وجود دارد (۲۱). فوجیساوا و همکاران (۲۰۰۹)، در مطالعه‌ای در ژاپن نشان دادند که پس از تعدیل متغیر سرمایه‌ی اجتماعی فردی ادراک شده، دو متغیر به هم پیوسته‌ی سرمایه‌ی اجتماعی جامعه (مهربانی و صمیمیت) به همراه شاخص انسجام اجتماعی، رابطه‌ی معناداری با سلامت عمومی دارد (۲۲). ریکوینا (۲۰۰۳) در پژوهشی در اسپانیا دریافت کسانی که سطح بالاتری از سرمایه‌ی اجتماعی داشتند، رضایت و کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند (۲۳). کیم و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا نشان دادند که در ایالت‌های با سطح بالاتر سرمایه اجتماعی، تعداد روزهای همراه با سلامت جسمانی و روانی پایین (کسالت و ناخوشی) و بروز محدودیت در فعالیت‌ها کمتر بوده است (۲۴). در این رابطه، وضعیت کیفیت زندگی معلمان به عنوان قشر فرهنگی و موثر جامعه و گروهی که نقشی اساسی در پرورش سرمایه‌های انسانی هر کشوری بر عهده دارند، می‌بایستی بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. با جستجو در منابع الکترونیک در دسترس، در ایران پژوهشی یافت نشد که به بررسی رابطه‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سرمایه اجتماعی در جمعیت معلمان پرداخته باشد. با توجه به اینکه

کیفیت زندگی SF-۳۶ بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه‌ی خدمت، نوع استخدام، درآمد، وضعیت مسکن، استفاده یا عدم استفاده از سیگار و انجام یا عدم انجام فعالیت‌های ورزشی منظم) نیز مورد بررسی قرار گرفت.

پرسشنامه‌ی سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن: یک پرسشنامه‌ی ۳۱ سوالی است که سرمایه اجتماعی را در سه سطح شناختی (۱۳ سوال)، ساختاری (۹ سوال) و ارتباطی (۹ سوال) مورد سنجش قرار می‌دهد. بعد شناختی سرمایه اجتماعی در رابطه با مشارکت، اعتماد، نگرش‌ها و تعهدات موجود در مجموعه بوده، شامل سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ پرسشنامه است. بعد ساختاری سرمایه اجتماعی در خصوص تصمیم‌گیری، ساختارها و فعالیت‌های گروهی در جامعه بوده و شامل سوالات ۱، ۲، ۳، ۱۹، ۲۱، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰ پرسشنامه است. بعد ارتباطی سرمایه اجتماعی در مورد ارتباطات درون‌گروهی و برون‌گروهی، کمیت و کیفیت آن‌ها بوده و شامل سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲ و ۳۱ پرسشنامه می‌باشد. سوالات به صورت طیف لیکرت چهار گزینه‌ای و به صورت بسیار کم، کم، زیاد و بسیار زیاد پاسخ داده می‌شوند که به ترتیب نمره‌ی ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. بیشترین نمره برای کل پرسشنامه، ۱۲۴ و کمترین نمره، ۳۱ است که نمره‌ی بیشتر، نشانه‌ی سرمایه اجتماعی بالاتر است. دامنه‌ی نمرات برای بعد شناختی بین ۱۳ تا ۵۲، برای بعد ساختاری بین ۹ تا ۳۶ و برای بعد ارتباطی بین ۹ تا ۳۶ است. روایی و پایایی پرسشنامه با اجرا بر روی ۱۲۰۰ نفر در ۵ ایالت استرالیا توسط اونیکس و بولن در سال ۲۰۰۰ انجام گرفته است. مطالعه‌ی تحلیل عاملی که به روش واریماکس انجام گرفته، ضریب همبستگی‌ها را بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۷ و ضریب پایایی را ۰/۸۴ گزارش نموده است (۲۵). پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ی حاضر به روش آلفای کرونباخ بر روی ۴۰ نفر

از جامعه‌ی آماری هدف صورت پذیرفت که بعد شناختی دارای پایایی ۰/۸۴، بعد ساختاری ۰/۷۹ و بعد ارتباطی ۰/۷۷ بود که پایایی قابل قبولی است. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در قالب دو شاخص کلی و ۸ زیرشاخص مورد سنجش قرار می‌دهد. سوال ۲ این پرسشنامه که وضعیت سلامت در یک سال گذشته را می‌سنجد به صورت جداگانه بررسی شده، در هیچ یک از مقیاس‌ها قرار نمی‌گیرد. سلامت جسمی (Physical Health) و سلامت روانی (Mental Health) دو شاخص کلی این پرسشنامه هستند. پایایی پرسشنامه توسط برازیر و همکارانش تست گردیده که بر اساس آزمون کرونباخ ۸۵ درصد برآورد شده است (۲۶) در ایران نیز در پژوهش منتظری و همکاران (۱۳۸۴) نشان داده شد که گونه‌ی فارسی ابزار SF-۳۶ از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است و بر اساس روش آلفای کرونباخ پایایی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ قرار داشت (۲۷). نمرات هر یک سوالات، شاخص‌ها و نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بین دامنه‌ی صفر تا ۱۰۰ قرار دارد، که نمره‌ی صفر بدترین و نمره‌ی ۱۰۰ بهترین وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه متغیرهای اصلی پژوهش (سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی) به صورت کمی درآمده‌اند، برای مقایسه‌ی میانگین نمرات این متغیرها در بین متغیرهای دوحالتی (جنس) از آزمون آماری تی مستقل، و در بین متغیرهای چندحالتی (وضعیت تاهل و گروه‌های سنی) از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده گردید. جهت بررسی رابطه‌ی بین نمرات متغیرهای کمی (کیفیت زندگی و ابعاد آن، سرمایه اجتماعی و ابعاد آن، سابقه‌ی کاری و درآمد) ضریب همبستگی پیرسون به کار گرفته شد. همچنین برای بررسی ارتباط تطبیقی‌یافته بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی از رگرسیون خطی با روش بک‌وارد (Backward) استفاده شد. بدین ترتیب که متغیر

کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته (به صورت کمی) متغیرهای درآمد (کمی)، جنس (اسمی)، وضعیت تاهل و متغیر سرمایه اجتماعی (کمی) به عنوان متغیر مستقل و (اسمی) و سن (کمی) به عنوان متغیر کنترل وارد مدل شدند.

جدول ۱: نمونه‌ی منتخب سوالات پرسشنامه‌های پژوهش

نام پرسشنامه	نام بعد	نمونه‌ی سوالات
سرمایه‌ی اجتماعی	شناختی	بعضی‌ها معتقدند که با کمک کردن به دیگران در حقیقت به خودتان کمک کرده‌اید، آیا با این نظر موافقت می‌کنید؟ آیا در محل زندگی خود، داوطلبانه به گروه‌های محلی (هیأت‌های عزاداری، خیریه‌ها و...) کمک می‌کنید؟
	ساختاری	آیا در جامعه احساس ارزشمند بودن می‌کنید؟ آیا وجود افراد با فرهنگ‌های مختلف، زندگی را در محل سکونت شما بهتر می‌کند؟
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	ارتباطی	در صورت نیاز، امکان کمک گرفتن از دوستان برایتان وجود دارد؟ اگر از کودکی مراقبت می‌کنید و مجبورید برای مدت زمانی از خانه بیرون روید، آیا از همسایه خود کمک می‌گیرید؟
	سلامت روانی	چه مدتی طی چهار هفته گذشته - شخص با نشاط و سرزنده‌ای بوده‌اید؟ - خود را غمگین و افسرده احساس می‌کرده‌اید؟ در طی یک ماه گذشته مشکلات روحی شما تا چه حدی فعالیت‌های اجتماعی‌تان را مختل کرده است؟
سلامت فیزیکی	سلامت	در طی ماه گذشته (درد) تا چه حد در کار معمول زندگی‌تان اختلال ایجاد کرده است؟ (کار در منزل و کار در خارج از منزل)
	سلامت فیزیکی	موارد زیر شامل فعالیت‌هایی است که شما احتمالاً طی یک روز عادی انجام می‌دهید. آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیت‌ها را محدود کرده است؟ اگر بله به چه میزان؟ - فعالیت‌های سنگین مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت در ورزش‌های قدرتی. - فعالیت‌های متوسط مثل حرکت دادن یک میز، جابجایی جارو برقی، انجام ورزش‌های سبک

یافته‌ها

می‌دادند. از نظر وضعیت تاهل، ۸۸/۳ درصد پاسخگویان، متاهل، ۸/۵ درصد مجرد و بقیه بیوه بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۳۷/۲ درصد دارای دیپلم، ۳۹/۸ درصد فوق دیپلم، ۱۹/۸ درصد لیسانس و ۳/۲ درصد فوق لیسانس و بالاتر

میانگین سنی پاسخ‌دهندگان در پژوهش حاضر، ۴۰/۷ سال با انحراف معیار ۵/۲۶ بود. ۵۱/۹ درصد پاسخگویان (۱۸۲ نفر) مرد و ۴۸/۱ درصد (۱۶۹ نفر) را زنان تشکیل

بوده‌اند. ۹۵/۱ درصد پاسخگویان دارای نوع استخدام رسمی بوده‌اند. از نظر مقطع تدریس، ۴۲/۹ درصد معلمان در مقطع ابتدایی، ۲۰/۷ درصد در مقطع راهنمایی و ۳۶/۳ درصد در مقطع دبیرستان به تدریس اشتغال داشتند. میانگین سال‌های خدمت (سابقه‌ی کاری) معلمان ۱۸/۴۶ با انحراف معیار ۶/۴۳ سال بود. میانگین درآمد پاسخگویان ۷۳۵ هزار و ۹۶۳ با انحراف معیار ۲۴۹ هزار و ۳۶۷ تومان بود. ۶۶ درصد افراد دارای مسکن ملکی و ۱۳/۷ درصد استیجاری و سازمانی بوده و ۱۱/۷ درصد نیز در خانه‌ی پدری سکونت داشته‌اند. ۲۹/۶ درصد اظهار داشته‌اند که فعالیت ورزشی منظم دارند و ۷/۱ درصد نیز گفته‌اند که سیگار می‌کشند. در پاسخ به این سوال کلی که در مقایسه با سال گذشته وضعیت سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ ۲/۸ درصد اظهار داشته‌اند که وضعیت سلامتشان بسیار بدتر از سال گذشته بوده، ۱۴/۵ درصد وضعیت سلامتی خود را تا حدی بدتر، ۴۰/۷ درصد اظهار داشته‌اند که سلامتشان فرقی نکرده، ۳۱/۳ درصد گفته‌اند که تا حدی بهتر شده است و ۱۰/۵ درصد ابراز داشته‌اند که وضعیت سلامتی‌شان بسیار بهتر از گذشته شده است. میانگین و انحراف معیار نمره سرمایه اجتماعی کلی در

بین پاسخگویان برابر با $(۷۱/۲۱ \pm ۱۶/۷۴)$ است. میانگین نمرات و انحراف معیار سرمایه‌ی شناختی در کل پاسخ دهندگان برابر با $(۲۶/۴۸ \pm ۷/۴۹)$ ، سرمایه ساختاری $(۲۲/۹۱ \pm ۵/۷۰)$ ، و نمرات سرمایه ارتباطی $(۲۱/۸۲ \pm ۵/۵۴)$ است همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی کلی مرتبط با سلامت پاسخ‌دهندگان $۱۷/۰۲ \pm ۶۴/۵۴$ بود (جدول ۲). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، بین جنس و سرمایه‌ی اجتماعی کلی رابطه‌ی معناداری مشاهده شد $(P < ۰/۰۰۰۱)$. نتایج در خصوص رابطه‌ی متغیر جنس با ابعاد سرمایه اجتماعی نشان داد که در هر سه سطح سرمایه اجتماعی، نمرات مردان، به‌طور معناداری بیشتر از زنان است. همچنین نمره‌ی سرمایه اجتماعی شناختی زنان کمتر از حد متوسط بود. (جدول ۲). همچنین بر اساس آزمون تی مستقل، رابطه‌ی بین متغیر جنس با کیفیت زندگی کلی و ابعاد جسمی و روانی معنادار نبود $(P > ۰/۰۵)$. هرچند که آمار توصیفی مربوط به داده‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نشان داد که در هر دو بعد سلامت فیزیکی و سلامت روانی میانگین نمرات معلمان مرد، اندکی بیشتر از معلمان زن بود اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۲).

 جدول ۲: ابعاد کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی معلمان بر حسب جنسیت^x

متغیرهای اصلی	نمره کل پاسخگویان		نمرات پاسخگویان بر حسب جنس		سطح معناداری
	(انحراف معیار)	میانگین	مرد	زن	
			(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
			میانگین	میانگین	
بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی	۶۵/۰۸ (۱۷/۴۴)	۶۵/۷۳ (۱۶/۹۹)	۶۴/۳۹ (۱۷/۹۹)	۰/۴۷۲	
بُعد سلامت جسمی کیفیت زندگی	۶۴/۱۷ (۱۹/۵۹)	۶۵/۲۴ (۱۸/۸۸)	۶۲/۸۲ (۲۰/۲۱)	۰/۲۴۷	
کیفیت زندگی کلی	۶۴/۵۴ (۱۷/۰۲)	۶۵/۴۴ (۱۶/۵۷)	۶۳/۴۵ (۱۷/۴۷)	۰/۲۷۴	
سرمایه اجتماعی شناختی	۲۶/۴۸ (۷/۴۹)	۲۸/۳۶ (۷/۳۵)	۲۴/۴۸ (۷/۱۴)	<۰/۰۰۰۱	
سرمایه اجتماعی ساختاری	۲۲/۹۱ (۵/۷۰)	۲۳/۶۶ (۵/۲۸)	۲۲/۱۱ (۶/۰۶)	۰/۰۱۱	
سرمایه اجتماعی ارتباطی	۲۱/۸۲ (۵/۵۴)	۲۲/۹۰ (۵/۱۸)	۲۰/۶۷ (۵/۷۰)	<۰/۰۰۰۱	
سرمایه اجتماعی کلی	۷۱/۲۱ (۱۶/۷۴)	۷۴/۹۲ (۱۵/۷۱)	۶۷/۲۶ (۱۶/۹۹)	<۰/۰۰۰۱	

روانی ($r=0/113$) نیز رابطه معنادار بود ($P<0/05$). بر اساس همین آزمون، رابطه‌ی مثبت و معناداری نیز بین درآمد با سرمایه اجتماعی کلی ($r=0/232$) و هرسه بعد شناختی ($r=0/256$)، ساختاری ($r=0/162$) و ارتباطی ($r=0/195$) وجود داشت ($P<0/01$). همچنین در خصوص رابطه‌ی اصلی پژوهش، نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سرمایه اجتماعی کلی و کیفیت زندگی کلی مرتبط با سلامت رابطه‌ی معناداری وجود داشت ($P<0/01$). بین سرمایه اجتماعی کلی و سلامت فیزیکی و سلامت روانی رابطه‌ی معناداری مشاهده شد ($P<0/01$). سرمایه‌ی ساختاری با هر دو بعد کیفیت زندگی جسمی و روانی رابطه‌ی معناداری نشان داد ($P<0/01$) (جدول ۳).

نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد، بین گروه‌های سنی و سرمایه‌ی اجتماعی کلی رابطه‌ی معناداری وجود دارد ($P<0/05$). همچنین آزمون تعقیبی LSD نشان داد که این رابطه‌ی معنادار، ناشی از تفاوت بین گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ ساله با سایر گروه‌های سنی است، به‌طوری‌که این گروه دارای سطح سرمایه اجتماعی پایین‌تری بودند. اما بین گروه‌های سنی و کیفیت زندگی، رابطه معنادار نبود ($P>0/05$). بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، بین وضعیت تأهل با ابعاد سرمایه اجتماعی و ابعاد کیفیت زندگی رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد ($P>0/05$). نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین درآمد و کیفیت زندگی کلی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود داشت ($r=0/140 - P<0/05$). همچنین بین درآمد و ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی ($r=0/136$) و سلامت

جدول ۳: همبستگی بین ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی و ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین معلمان*

متغیرهای اصلی		بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی		بعد سلامت روانی کیفیت زندگی		کیفیت زندگی کلی	
P.value	r	P.value	r	P.value	r	P.value	r
سرمایه‌ی اجتماعی شناختی	0/136	0/111	0/089	0/096	0/130	0/014	
سرمایه‌ی اجتماعی ساختاری	0/146	0/006	0/156	0/003	0/165	0/002	
سرمایه‌ی اجتماعی ارتباطی	0/087	0/104	0/133	0/012	0/115	0/032	
سرمایه‌ی اجتماعی کلی	0/139	0/009	0/137	0/10	0/153	0/004	

* با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون

جدول ۴: ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون درباره عوامل موثر بر کیفیت زندگی

متغیرهای مستقل	آماره b	آماره Beta	S.E	t	P.value
مقدار ثابت	۴۹/۵۰	-	۴/۸۶	۱۰/۱۷	<0/0001
سرمایه‌ی اجتماعی*	0/119	0/123	0/062	1/92	0/05
درآمد	۷/۷۷	0/115	0/000	1/۷۹	0/07

نتایج آزمون همبستگی جزئی نشان داد که با کنترل متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل و درآمد، رابطه‌ی بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی همچنان برقرار است ($P = 0/046$). همچنین در این رابطه، نتایج آزمون رگرسیون نیز نشان داد که پس از وارد کردن متغیرهای سرمایه اجتماعی، درآمد، جنس، وضعیت تأهل و سن در آنالیز، تنها متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی و درآمد در مدل باقی ماندند. بنابراین سن، وضعیت تأهل و جنس تأثیری بر رابطه‌ی بین متغیرهای اصلی پژوهش نداشته، تنها درآمد بر این رابطه تأثیر گذاشته بود. به‌طوری‌که به ازای یک واحد تغییر در نمره‌ی سرمایه اجتماعی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی با در نظر گرفتن متغیر درآمد به اندازه‌ی $0/123$ افزایش می‌یابد. بنابراین درآمد به‌عنوان یک متغیر موثر بر رابطه‌ی سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی تأثیرگذار است (جدول ۴).

بحث

این پژوهش که با هدف بررسی رابطه‌ی سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین معلمان صورت پذیرفت، نشان داد که بین این دو متغیر رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنی که افزایش نمره‌ی کلی سرمایه اجتماعی معلمان با افزایش نمره‌ی کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان همراه است. هرچند که مطالعه‌ی مشابهی در معلمان یافت نشد، اما این یافته با نتایج مطالعات وینسترا و همکاران (۲۰۰۵) به نقل از توکل و همکاران (۱۳۹۰)، فوجیسساوا و همکاران (۲۰۰۹)، کیم و همکاران (۲۰۰۷)، استون (۲۰۰۱) و بری و ولش (۲۰۱۰) در بین گروه‌های مختلف همخوان است (۲۹ و ۲۸، ۲۴، ۲۲، ۱۴). زاهدی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مطالعه‌ی خود بر روی افراد سرپرست خانوار تهرانی به رابطه‌ی متوسطی بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی کلی دست یافتند که این رابطه در مطالعه‌ی ما نسبتاً ضعیف بود. هر چند که در پژوهش آنان

رابطه‌ی سرمایه اجتماعی با بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی ضعیف بود که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو است (۲۱). همچنین مطالعات هرزونگ و همکاران (۲۰۰۲) نشان داده است که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی (به‌عنوان شاخص‌های سرمایه اجتماعی) اثراتی منفی بر روی سلامت افراد دارد (۳۰) که به نتایج مطالعه‌ی حاضر نزدیک است. این رابطه‌ی مثبت بین عوامل اجتماعی (خاصه در این تحقیق: سرمایه‌ی اجتماعی) با سلامت، با دیدگاه‌های سلامت‌نگر که سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌نماید سازگارتر از رویکرد بیماری‌انگار است (۳۱). رویکرد سلامت‌نگر معتقد به ارتقای سلامت از طریق افزایش توانمندی افراد و گروه‌های اجتماعی در جهت کنترل و نظارت بر عوامل و تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی است. در پژوهش حاضر رابطه‌ی بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی پس از کنترل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و درآمد همچنان رابطه‌ای معنادار بوده که نشان از واقعی بودن رابطه‌ی مشاهده شده دارد. به عبارت دیگر متغیرهای سن، جنس و وضعیت تأهل تأثیری بر رابطه‌ی اصلی نداشته و متغیر درآمد نیز فقط اندکی این رابطه را تضعیف نموده است. در واقع رابطه‌ی بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی، از رابطه‌ی متغیری همچون درآمد با کیفیت زندگی قوی‌تر بوده و قدرت تبیین‌کنندگی بیشتری داشته است.

نتایج این تحقیق در زمینه‌ی رابطه‌ی سرمایه اجتماعی کلی و بعد سلامت روانی کیفیت زندگی، با پژوهش‌های سیدان (۱۳۹۰)، رز (۲۰۰۰)، کامران و همکاران (۱۳۸۳) و باقری نوپرست (۲۰۱۱) هماهنگ است (۳۴-۳۲، ۱۱). همچنین در پژوهش حاضر، بین بعد شناختی سرمایه اجتماعی با بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی رابطه معنادار و با بعد سلامت روانی غیرمعنادار بود که با نتایج مطالعه خواجه‌دادی و همکاران (۱۳۸۷) در بعد جسمی همخوان و در بعد روانی

کفیت زندگی رابطه‌ی معناداری وجود دارد (۴۰). قابل ذکر است که بر طبق نظر کیز و شاپیرو (۲۰۰۴)، می‌توان گفت که نگاه به ریشه‌های اجتماعی در سلامت موضوع مهمی است که باید در کنار مداخلات بهداشتی و پزشکی مدنظر قرار گیرد (۷). باتوجه به همبستگی قوی تر بعد ساختاری سرمایه‌ی اجتماعی و کفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن رشد کمی انجمن‌های داوطلبانه و مشارکت گروهی معلمان در این انجمن‌ها سبب افزایش روابطی افقی و عمودی آنان شده و سلامت آنان را بهبود می‌بخشد. این انجمن‌ها به واسطه‌ی روابط متقارن گرم (۴۱) و ایجاد فرصت‌های مادی و عاطفی می‌توانند سبب افزایش اعتماد و مشارکت هر چه بیشتر در سطح کلان و میانی (سازمانی) را به وجود آورد و منجر به تقویت شبکه‌ی روابط اجتماعی شوند. با توجه به این پرسش روش شناختی در زمینه‌ی مطالعات سلامت و سرمایه‌ی اجتماعی در باب این سوال که تا چه اندازه می‌توان یافته‌های به‌دست آمده از افراد را به کل جمعیت تعمیم داد؟ انجام پژوهش‌هایی با جامعه‌ی آماری وسیع‌تر در سطح ملی و منطقه‌ای در این زمینه می‌تواند مثمر ثمر باشد. فیلد (۱۳۸۵) بر نگرش روانشناسانه به اعتماد و کنترل، جدا از مواردی چون محیط اجتماعی و سیاست‌های دولتی از این دست مطالعات تاکید نموده است (۹). ولی به هرحال الگوی عمومی مدارک و شواهد نظیر نتایج این تحقیق و برخی مطالعات مشابه مبین ارتباط مثبت و گسترده بین سرمایه اجتماعی و سلامت است.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که همبستگی مثبتی بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با کفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین معلمان وجود دارد، هرچند که این رابطه به‌دست آمده رابطه‌ای نسبتاً ضعیف بود که از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌آید. دلیل این امر می‌تواند ماهیت پیچیده‌ی کفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن باشد که در کنار سرمایه‌ی

ناهمخوان بود (۳۵). سرمایه‌ی اجتماعی شناختی ناظر بر ابعاد کیفی سرمایه‌ی اجتماعی بوده، متغیرهایی نظیر ارزش‌ها، هنجارهای متقابل و اعتماد را در بر می‌گیرد که می‌تواند با ایجاد هنجارهای رفتاری معطوف به سلامت، کنترل رفتارهای پرخطر، انواع حمایت‌های اجتماعی و ایجاد ابزارهای غیررسمی مبادله اطلاعات، بر مقوله‌ی کلی سلامت تأثیر گذارد. در حالی که ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی عامل اصلی در سوق دادن افراد به کنش جمعی در زمینه‌ی سلامت تلقی می‌شود، ابعاد ساختاری نیز در تسهیل این امر موثرند. حمایت اجتماعی نیز، به عنوان یکی از مولفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی شناختی، زمانی منجر به ارتقا سلامت می‌شود که علاوه بر افزایش احساس تعلق و همبستگی در افراد، مواردی چون افزایش کارایی، عزت نفس و تسلط به نفس را نیز موجب شود. دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که بین بعد ساختاری سرمایه اجتماعی و هر دو بعد جسمی و روانی SF-۳۶ رابطه‌ی معناداری وجود دارد که از این منظر، مطالعه هارفام (۱۹۹۴) را مورد تأیید قرار می‌دهد (۳۶). همچنین از دیگر نتایج این تحقیق می‌توان به ارتباط معنادار بین بعد ارتباطی سرمایه‌ی اجتماعی با بعد سلامت روانی کفیت زندگی اشاره نمود. این ارتباط می‌تواند از طریق مکانیسم تأثیر ایجاد ارتباطات در سطوح خانوادگی (درون گروهی) و سطوح تعمیم یافته آن (برون گروهی) بر بهبود وضعیت روانی افراد تبیین شود. دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین درآمد و سرمایه اجتماعی کلی و همه‌ی ابعاد آن همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعات یوسف (۲۰۰۸) و نارایان و همکاران (۱۹۹۹) که نشان دادند سرمایه اجتماعی تبیین‌کننده مؤثری برای درآمد است و همچنین مطالعه‌ی روسلان (۲۰۱۰) نزدیک می‌باشد (۳۷-۳۹). همچنین بین درآمد و نمرات کفیت زندگی کلی و هر دو بعد آن نیز همبستگی مثبت و معناداری دیده شد. نوغانی و همکاران نیز به‌طور مشابهی دریافتند که بین درآمد و ابعاد ذهنی و عینی

لزوم سنجش سالیانه سلامت معلمان توسط مراکز درمانی و بهداشتی و همکاری‌های مستمرتر بین سازمان‌های پزشکی و آموزش و پرورش در جهت شناخت مشکلات و آسیب‌های جسمی و روانی معلمان بیش از پیش احساس می‌شود.

تقدیر و تشکر

از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که از این پژوهش حمایت مالی نمودند، سپاس‌گزاری می‌شود. همچنین از معلمان مقاطع سه گانه شهرستان گیلان‌غرب که با محققان این پژوهش همکاری مناسبی داشتند، قدردانی می‌گردد.

References

- 1- Thumboo J, Fong KY, Machin D, et al. Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socio-economic status. *Soc Sci Med*. 2003; 56: 1761.
- 2- Zhao J, Li Y, Wu Y, et al. Impact of different contraceptive methods on quality of life in rural women of the jiangsu province in china. *Contraception*. 2009; 80: 180-186.
- 3- Pourtaheri M, Eftekhari AR, Fatahi A. Assessment quality of life in rural areas. (case study: northern Khavah village, Lorestan province). *Human Geography Research*. 2011; 43: 13-31.
- 4- Petrosillo I, Costanza R, Aretanoa R, Zaccarelli N, Zurlini G. The use of subjective indicators to assess how natural and social capital support residents' quality of life in a small

اجتماعی، عوامل مختلف دیگری نیز با آن ارتباط دارد. از این‌رو به صرف کم بودن قدرت رابطه، نمی‌توان از آن صرف‌نظر نمود و لذا توجه به موضوع سرمایه اجتماعی، در کنار سایر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کاملاً ضروری است. از این‌رو در تبیین این رابطه می‌توان گفت که زمینه‌های رشد فعالیت‌های گروهی در قالب انجمن‌های داوطلبانه در سطح کلان جامعه باعث تسهیل مشارکت، اعتماد و گسترش شبکه‌های روابط فردی و ایجاد فرصت‌های ارتباطی گردیده، حمایت‌های عاطفی و اجتماعی را تقویت نموده و در نهایت باعث کاهش تنش‌های جسمی و روانی و بهبود سلامت می‌گردد. همچنین با توجه به سطح متوسط سلامت جسمانی و روانی در بین معلمان زن و مرد

- volcanic island. *Ecological Indicators*. 2013; 24: 609-620.
- 5- WHO, WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version, World Health Organization: Geneva; 1996.
- 6- Donald A. What is quality of life?. Hayward Medical Communications, 1998.
- 7- Keyes CLM, ShaPiro A. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In: Brim OG, Ryff CD, eds. How healthy are we?: A national study of well-being at midlife. Chicago, PA: University of Chicago Press; 2004: 350-372.
- 8- Majedi SM, Lahsaeizadeh A. Relationships between contextual variables, social capital and satisfaction from quality of life: a case study in rural areas of fars province of Iran. *Roosta va Towse'e*. 2007; 9: 91-135.

- 9- Field J, Social Capital, Translated by: Motaghi J, Tehran: Saba Publication; 2006.
- 10- Kawachi I, Subramanians V, Kim D. Social capital and health. New York: Springer; 2008.
- 11- Seyyedani F, Abdolsamadi M. The relation of social capital with mental health in women and men. *Social Welfare*. 2011; 11: 229-254.
- 12- Chuang YC, Chuang KY. Gender differences in relationships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan. *Soc Sci Med*. 2008; 67: 1321-1330.
- 13- Giordano GN, Lindstrom M. The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: A Longitudinal cohort study. *Soc Sci Med*. 2010; 70: 700-710.
- 14- Tavakkol M, Maghsoodi S. Social capital and mental health: causative and interactive models and mechanisms. *Social Welfare*. 2011; 11: 173-202.
- 15- Giddens Anthony. Modernity and self-identity: self and society in the late modern age. Translated by: Naser Movafaghian, Tehran: Ney Publication, 1999.
- 16- Hendryx MS, Ahern MM, Lovrich NP, McCurdy AH. Access to health care and community social capital. *Health Serv Res*. 2002; 37: 87-103.
- 17- Putnam RD. Bowling alone: the collapse and revival of American community. Simon and Schuster, New York, 2000.
- 18- Sharifian A, Fotovat H. The relationship of social capital with quality of life: case study of students of Shiraz Azad University. *Social Development & Welfare Planning*. 2011; 3: 155-190.
- 19- Ghafari GH, Ownagh NM. Social capital and quality of life. *J Iranian Social Studies*. 2006; 1: 159-199.
- 20- Ghasemizad A, Berenjian-Tabrizi H, Abedi MR, Barzideh O. A study of the relationship among Fars Shahed and Esargar students' quality of life, self-esteem, locus of control, stress and social capital. *Quarterly J New Approaches in Educational Administration*. 2011; 1: 107-124.
- 21- Zahedi-Asl M, Farokhi J. The relationship between social capital with quality of life in head of household resident in Tehran. *Journal of Social Sciences*. 2010; 49: 1-29.
- 22- Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. *Soc Sci Med*. 2009; 69: 500-505.
- 23- Requena F. Social capital, satisfaction and quality of life in the workplace. *Social Indicators Research*. 2003; 61: 331-360.
- 24- Kim D, Kawachi I. U.S. State-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. *Ann Epidemiol*. 2007; 17: 258-269.
- 25- Onyx J, Bullen P. Measuring social capital in five communities. *J Apply Behav Sci*. 2000; 3: 23-28.
- 26- Davoodi A, Anoosheh M, Memarian R. The effect of self-care education on quality of life in

- patients with esophageal cancer following esophagectomy. *J Zanzan Univ Med Sci*. 2007; 15: 57-65.
- 27- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. Translating, reliability and validity of persian form of SF-36 standard tool. *Payesh*. 2005; 5: 49-56.
- 28- Stone W. Measuring social capital: towards a theoretically informed measurement framework for researching social capital in family and community life. Australia: Australian Institute of family studies, 24: Working paper, 2001.
- 29- Berry HL, Welsh JA. Social capital and health in Australia: an overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey. *Soc Sci Med*. 2010; 70: 588-596.
- 30- Herzong AR, Ofstedal MB, Wheeler LM. Social engagement and its relationship to health. *Clinical Geriatric Medicine*. 2002; 18: 593-609.
- 31- Blanco A, Diaz D. Social order and mental health: a social well-being approach, *Psychology in Spain*. 2007; 11: 61-71.
- 32- Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Soc Sci Med*. 2000; 51: 1421-1735.
- 33- Kamran F, Ershadi KH. A survey on the relationship of integrated social capital and mental health. *Social Research*. 2009; 2: 29-54.
- 34- Bagheri-NoaParast E. Social capital, family supports and mental health among a female group in Tehran. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 2449-2451.
- 35- Khajehdadi A, Sharifian Sani M, Shiani M, Karimlou M. The relationship between social capital and mother's health. *Social Welfare*. 2008; 31: 83-102.
- 36- Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientist, public health professional and social psychiatrists. *Soc Sci Med*. 1994; 39: 233-245.
- 37- Yusuf SA. Social capital and household welfare in kwara state, nigeria. *J Hum Ecol*. 2008; 23: 219-229.
- 38- Narayan D, Pritchett L. Cents and sociability: household income and social capital in rural tanzania. *Economic Development and Cultural Change*. 1999; 47: 871-897.
- 39- Roslan AH, Russayani I, Nor Azam AR. The relationship between social capital and quality of life among rural households Interengganu, Malaysia; *OIDA International J Sustainable DeveloPment*. 2010; 5: 99-106.
- 40- Noghaani M, Asgharpor AH, Safa SH, Kermaani M. The quality of life and its relation with social capital in the city of Mashhad. *J Social Sciences*. 2008; 5: 111-140.
- 41- Chalabi M. Order Sociology. Tehran: Ney Publication, 1996.

The Relationship between Social Capital and Health-Related Quality of Life among Teachers

Rajabi Gilan N¹, Ghasemi SR¹, Reshadat S¹, Rajabi S¹

¹Social Development & Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Corresponding Author: Ghasemi SR, Social Development & Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

E-mail: qasemi_sr@yahoo.com

Received: 16 Apr 2013 **Accepted:** 12 Aug 2013

Backgrounds and Objectives: Different studies have shown a relationship between social capital and health. The aim of this paper was to survey about the relation between social capital and health-related quality of life (QOL) among teachers.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, our target community was 375 people that were selected by Multi-stage cluster sampling method. For assessment of Social Capital Onyx and Bullen (2000) were used, and for assessing health-related QOL SF-36 questionnaires were used respectively. Data were analyzed with independent T, ANOVA, Pearson correlation and Regression tests.

Results: The mean age of respondents was 40.7±5.26 and based on gender 51.9% of them were male. Mean and SD of total QOL and total social capital scores were 64.52±17.02 and 71.21±16.74 respectively. Pearson correlation test showed that there was a significant correlation between total social capital with total health-related QOL ($r = 0/153$; $p < 0.004$), cognitive social capital with physical health ($r = 0/136$; $p < 0.011$) and also communicative social capital with mental health ($r = 0/133$; $p < 0.012$). There was significant relationship between structural social capital and both dimensions of health-related QOL: physical health ($r = 0/146$, $p = 0.006$) and mental health ($r = 0/156$, $p = 0.003$). Also regression analysis showed that variables of "gender", "marital status" and "age" have not impact on the relationship between social capital and QOL and have been removed from model, but "income" was an effective variable in the main relationship of the research.

Conclusion: Our finding showed that there was positive correlation between social capital and health-related QOL among teachers. It appears that focus voluntary groups activities could increase trust and personal network, and its issue could improve mental and physical health of teachers.

Keyword: Health-related quality of life (QOL), Social capital, Teacher