

رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین بیماران

مبتلا به دیابت در شهر یزد

سید علیرضا افشانی* ، نفیسه محمدی**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی وضعیت حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت شهر یزد و رابطه آن با سرمایه اجتماعی پرداخته است. این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به شیوه مقطعی بر روی ۲۴۵ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات درمانی دیابت یزد انجام شده است. نمونه پژوهش به روش تصادفی از میان بیماران مراجعه کننده به این مرکز انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی (MSPSS) زیمت و همکاران (۱۹۸۸) و سرمایه اجتماعی محقق ساخته است. داده ها به وسیله نرم افزار SPSS، نسخه ۲۰ و با کمک آزمون های آمار توصیفی، جدول توزیع فراوانی و آزمون های آماری (آزمون t، ضریب همبستگی پیرسون) تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد میانگین حمایت اجتماعی در بین بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد بالاتر از حد متوسط است

afshanalireza@yazduni.ac.ir

* دانشیار جامعه شناسی دانشگاه یزد (نویسنده مسئول).

** دانشجوی کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه یزد. nmohamadi13688@yahoo.com

و میانگین شاخص سرمایه اجتماعی در حد متوسط است. ضریب همبستگی پیرسون میزان حمایت اجتماعی و ابعاد سرمایه اجتماعی عبارت است از: اعتماد اجتماعی ($r = 0/218$)، هنجار اجتماعی ($r = 0/184$)، شبکه اجتماعی ($r = 0/277$) که به لحاظ آماری معنادار بودند. نتایج نشان می‌دهد که بین میزان حمایت اجتماعی و ابعاد سرمایه اجتماعی رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود دارد و با افزایش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی،

دیابت

بیان مسئله

بر اساس آخرین آمار موجود، حدود ۱۷۱ میلیون نفر در دنیا از بیماری دیابت رنج می‌برند. شیوع این بیماری در ایران، حدود ۶٪ جمعیت؛ یعنی حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده است (امامی پور، ۱۳۹۳: ۷۴۴). در این میان، انسان در مقابل حوادث و اتفاقات مانند بیماری و مشکلات نیاز به کمک و حمایت دیگران دارد. بنابراین حمایت اجتماعی در داشتن زندگی بهتر، طولانی و سالم مؤثر است. پیوندهای گوناگون، حمایت‌های اجتماعی متفاوتی را برای اعضای شبکه فراهم می‌سازند. حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی است که فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه‌ها و اجتماعات دارد. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می‌کند جامعه است. جامعه زمینه‌ساز و بستر شکل‌گیری روابطی است که فرد می‌تواند داشته باشد (قاسمی پور، ۱۳۹۱: ۴۸). مدل تأثیرمستقیم فلمینگ عنوان می‌کند که صرف داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و برعکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی بر سلامتی است. از این رو سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است (شریفیان، ۱۳۸۵). مدل تأثیر غیرمستقیم ضربه‌گیری حمایت اجتماعی عنوان می‌کند که حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالا است بر سلامت روانی

تأثیر می‌گذارد. فقدان حمایت در این مدل، ضرورتاً استرس را به حساب نمی‌آید، بلکه در شرایط استرس بالا و حمایت کم، آسیب و پریشانی روانی افزایش می‌یابد (قدسی، ۱۳۸۲). همچنین، حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از معروف‌ترین و ممتازترین طریقه‌های کنار آمدن با تنهایی و ناامیدی به ثبت رسیده است (شعاع کاظمی، ۱۳۹۲: ۳۶).

منابع و شیوه‌های حمایت اجتماعی متعدد و بسته به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هر جامعه مختلف است. در برخی شرایط خاص مانند بیماری یا اتفاقات ناخوشایند اهمیت حمایت اجتماعی بیشتر احساس می‌شود. به همین دلیل آنچه از دیدگاه پژوهش مهم است ادراک بیماران و یا افراد در معرض آسیب از نوع و میزان حمایتی است که از دیگران دریافت می‌کنند. بدیهی است که برداشت فرد از این نوع کمک‌ها (اعم از فکری، عاطفی و رفتاری) می‌تواند با تسکین آلام جسمانی و اصلاح مشکلات شناختی، نگرشی و یا عاطفی او منجر به بهبود شرایط زندگی فرد بیمار گردد (جعفری زاده و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۷۲) و توان شخص را در مقابله با حوادث و بیماری‌ها افزایش دهد.

امروزه به‌طور کلی سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل‌کننده مانند انعطاف‌پذیری، توانایی حل مشکل، امید، شهامت، روحیه معنوی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به‌طور سریع اتفاق می‌افتد (جلیلیان، ۱۳۹۲: ۵۳۲). از طرفی اگرچه امروزه با پیشرفت‌های علم پزشکی و شیوه‌های درمانی، بسیاری از امراض را در مدت‌زمان کوتاه درمان می‌کنند ولی با تغییر شیوه زندگی، الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن مانند دیابت تغییر یافته است. در حال حاضر، دیابت در بیشتر کشورها به‌صورت اپیدمی درآمده است. با توجه به رشد چشمگیر این بیماری در کشورها، با شناسایی به‌موقع و مراقبت صحیح بر پایه آموزش بیماران و خودمراقبتی آن، می‌توان از عوارض آن جلوگیری کرد (امامی پور، ۱۳۹۳: ۷۴۳). هزینه بالای دارو همواره یکی از بزرگ‌ترین معضلات مبتلایان به دیابت است که

بعضی از بیماران از عهده پرداخت آن بر نمی‌آیند. پس در این موقعیت بیماران نیاز به کمک و حمایت از سوی افراد و جامعه دارند. حمایت اجتماعی به راه‌های گوناگون (مالی، عاطفی و...) می‌تواند در بیماران مبتلا به دیابت کارآمد باشد (حیدر زاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۵). بر اساس پژوهش‌های پیشین از مهم‌ترین عواملی که با بهبود بیماری و سلامت انسان‌ها به صورت کلی، ارتباط دارد، باید به سرمایه اجتماعی و پیوند افراد با همدیگر و حمایت اجتماعی ادراک شده اشاره نمود (سعیدی و عاشوری، ۱۳۹۵) که طبق تعریف پاتنام، سرمایه اجتماعی، مجموعه‌ای از مفاهیم چون اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها می‌باشد که موجب ایجاد ارتباط و مشارکت بهینه یک اجتماع شده و در نهایت منافع متقابل آنان را تأمین خواهد کرد (افشانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۶۰). یعنی داشتن ارتباط و مشارکت در زندگی اجتماعی علاوه بر تأمین منافع و تسهیل روابط، می‌تواند یک حس اعتماد و آنچه منجر به سلامت جسم و روح می‌شود را برای فرد به همراه داشته باشد.

آنچه در میان روابط و اجتماعات انسانی در زمان بیماری اهمیت دارد، حمایت اجتماعی است که افراد از همدیگر می‌توانند داشته باشند، طبق گفته کلمن می‌توان گفت حمایت اجتماعی به عنوان یک پدیده رابطه‌ای، شکلی مهم از سرمایه اجتماعی است و دلالت‌هایی بر کل ذخایر سرمایه اجتماعی فرد دارد. ارتباطات و حمایت اجتماعی تقویت‌کننده سرمایه اجتماعی فرد می‌باشد و سرمایه اجتماعی نیز خود عامل حمایت می‌باشد. عواملی مانند رفاه، فراوانی و منابع رسمی حمایت در زمان نیاز، به علت کاستن وابستگی افراد به یکدیگر، باعث استهلاک و عدم تجدید سرمایه اجتماعی می‌شوند و هرچه افراد بیشتر از یکدیگر درخواست کمک کنند، مقدار سرمایه اجتماعی که ایجاد می‌شود بیشتر خواهد بود و هرچه افراد کمتر به یکدیگر نیاز داشته باشند سرمایه اجتماعی کمتری ایجاد می‌شود. یعنی اگر روابط اجتماعی حفظ نشوند به تدریج از بین می‌رود و انتظارات، تعهدات، هنجارها و بالطبع روابط اجتماعی با گذشت زمان ضعیف و ناپدید می‌شود (Coleman, 1998: 103). و جامعه‌ای که از نظر ذخیره سرمایه

اجتماعی غنی است می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی بیشتر برای اعضای خود، سطح بالاتری از دستاوردهای بهداشتی و سلامتی را برای افراد فراهم آورد (وثوقی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۵۰).

مطالعات انجام‌شده پیرامون حمایت‌های اجتماعی موجود در شبکه‌های اجتماعی بر این مطلب تمرکز داشته‌اند که هر چه شبکه شخصی وسیع‌تر و متنوع‌تر باشد فرد قدرت مقابله با مشکلات را بیشتر داشته و کمتر در مقابل مشکلات آسیب‌پذیر است (Wellman, 1999: 21). از سوی دیگر، پاتنام معتقد است که سرمایه اجتماعی و سلامتی به چهار دلیل با هم ارتباط دارند: الف) شبکه‌های اجتماعی به‌گونه‌ای کمک‌های مادی را در اختیار افراد قرار می‌دهند که سبب کاهش اضطراب می‌شوند، ب) شبکه‌ها، معیارهای سلامتی و بهداشت را تقویت می‌کنند، ج) شبکه‌ها بهتر می‌توانند خدمات بهداشتی مناسب‌تری را تقاضا کنند، د) تکامل و فعالیت اجتماعی سبب فعال‌تر شدن سیستم دفاعی بدن می‌شود (Putnam, 2000: 37). فرض بر این است که فضاهای اجتماعی که دارای برخی از انواع مشارکت و اعتماد هستند به‌واسطه حمایت اجتماعی، بهداشت مناسب را ایجاد و یا تسهیل می‌کنند (همان: ۶۲۲). درواقع، سرمایه اجتماعی می‌تواند با تأمین حمایت اجتماعی و نیز عزت‌نفس و احترام متقابل سلامتی افراد را تقویت کند (Kawachi & Berkman, 2000).

یکی از بیماری‌هایی که مسائل و مشکلات خاص خود را دارد (آسیب‌های جسمی و روحی و هزینه‌های سنگین و ...) بیماری دیابت است که به دلیل همین مسائل ضرورت می‌یابد تا از منظر اجتماعی و جدای از مسائل پزشکی، به ارتباط سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بین بیماران مبتلا به این مورد خاص پرداخته شود. بنابراین با توجه به اهمیت سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک عامل اجتماعی مؤثر بر حمایت اجتماعی و تأثیر آن بر بهبود بیماری‌ها و افزایش میزان سلامت و از طرفی نرخ بالای بیماری دیابت در شهر یزد و مسائل و مشکلات خاص این بیماری و

بیماران، مسئله اصلی در این پژوهش بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد است.

پیشینه پژوهش

از آنجایی که اطلاع نویسنده و خوانندگان از پیشینه تحقیق می‌تواند بر درک و برداشت بهتر آنان از موضوع و مفاهیم تحقیق اثرگذار باشد، در این مطالعه نیز جهت آشنایی بهتر با مفاهیم و ابعاد متنوع موضوع مورد مطالعه به تعدادی از تحقیقات که با موضوع ما مرتبط هستند، اشاره می‌شود.

ایمانی (۱۳۸۵) در تحقیقی با عنوان «بررسی علل و عوامل مؤثر بر دریافت حمایت اجتماعی از شبکه شخصی (روابط فردی)» به تعیین حمایت اجتماعی و انواع آن و علل و عوامل مؤثر بر دریافت حمایت پرداخته است. نتایج مطالعه نشان داد که برخی تفاوت‌ها بین پیوندهای زنان و مردان وجود دارد و اعضای شبکه زنان حمایت عاطفی و خدماتی بیشتری را فراهم می‌کنند، اما اعضای شبکه مردان حمایت اطلاعاتی و مادی را فراهم می‌کنند و زنان حمایت بیشتری را نسبت به مردان از شبکه خود دریافت می‌کنند. علاوه بر جنسیت متغیرهای دیگری نیز بر دریافت حمایت تأثیر می‌گذارند و افرادی که تحصیلات بالاتری دارند حمایت کمتری را دریافت کرده‌اند و خصوصیات دموگرافیکی پیوندها، جنسیت، سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل، تأثیر معنی‌داری بر تأمین حمایت دارند. افراد مضطرب و کسانی که دارای خصوصیات مثبت شخصیتی می‌باشند و علاقه‌مند به معاشرت پذیری هستند حمایت بیشتری را دریافت کرده‌اند و افرادی که دارای شبکه‌های بزرگ‌تر و اعتماد بالا و سرمایه اجتماعی بالا بودند حمایت بیشتری کسب کرده‌اند.

عریضی و همکاران (۱۳۸۵) در تحقیقی که به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر مشارکت زنان در فعالیت ورزشی پرداخته بودند تفاوت معنی‌داری را در مشارکت‌کنندگان در فعالیت‌های ورزشی با توجه به نوع حمایت اجتماعی بعمل آمده از

زنان برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی عنوان کردند. همچنین در تحقیق ذکر شده، متغیرهای ورزش کردن اعضای خانواده، ورزش کردن بهترین دوست و سودمندی ورزش ارتباط معنی‌داری با میزان مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی نشان دادند.

کاظمی نسب (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان «بررسی تأثیر میزان سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی بر خشونت علیه زنان در خانواده (مناطق ۲ و ۱۵ شهر تهران)» به این نتیجه رسیدند که رابطه معنی‌داری بین سرمایه اجتماعی و خشونت علیه زنان به صورت معکوس و با همبستگی ضعیف وجود دارد. حمایت اجتماعی و خشونت علیه زنان دارای رابطه معکوس و با همبستگی بالا هستند که این نتایج گویای آن است که اثر مستقیم سرمایه اجتماعی بر خشونت علیه زنان کم بوده و بیشترین تأثیر به‌طور غیرمستقیم و از مسیر حمایت اجتماعی صورت گرفته است. همچنین سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی دارای رابطه مستقیم و با همبستگی متوسط هستند. همچنین میانگین سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و خشونت علیه زنان برحسب متغیرهای سن، درآمد، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی تفاوت معنی‌داری را از خود نشان دادند.

قائدی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان «تأثیر حمایت اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی بر مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی (مطالعه موردی: زنان شهر لامرد)» به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی بر مشارکت زنان جنوب، در فعالیت‌های ورزشی پرداخته‌اند. نتایج مطالعه نشان داد که بین حمایت اجتماعی و مشارکت زنان شهر لامرد در فعالیت‌های ورزشی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. میزان مشارکت ورزشی زنان با حمایت اجتماعی بالا و متوسط، بیشتر از زنان با حمایت اجتماعی پایین بود. تحصیلات و حمایت اجتماعی خانواده و دوستان از عوامل مهم تأثیرگذار بر مشارکت ورزشی زنان بود.

سعیدی و عاشوری (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی با عنوان: «ارتباط سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده و رفتار شهروندی سازمانی با سلامت روان (مورد پژوهی

کارکنان نیروی انتظامی جنوب شرق تهران)» به این نتیجه رسیدند که بین سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، رفتار شهروندی سازمانی و سلامت روانی، رابطه معنادار وجود دارد. یعنی با افزایش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده و رفتار سازمانی، میزان سلامت روانی کارکنان نیروی انتظامی افزایش می‌یابد.

همچنین از سایر تحقیقات انجام شده پیرامون این موضوع می‌توان به پژوهش‌های؛ جلیلیان و همکاران (۱۳۹۲)؛ «ارتباط خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی: یک مطالعه مقطعی»، وثوقی و همکاران (۱۳۹۲)؛ «بررسی تأثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی»، شعاع کاظمی و همکاران (۱۳۹۲) «رابطه بین حمایت اجتماعی خانواده و سبک‌های مقابله‌ای در سیر بهبودی بیماران سرطان پستان»، شاره و همکاران (۱۳۹۱) «پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده»، حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) «حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو» و سایر پژوهش‌های مرتبط با این موضوع اشاره نمود.

رز^۱ (۲۰۰۰) نیز نشان داد که مشارکت افراد در شبکه‌های رسمی و غیررسمی و برخورداری از حمایت اجتماعی و اعتماد به‌طور معنی‌داری با سلامت عاطفی مردم روسیه مرتبط است. او در روسیه گزارش داد که سرمایه اجتماعی و یگانگی اجتماعی در سلامت روانی مؤثر هستند.

کارمولیال^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در مقاله خود با عنوان «رابطه بین سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و مراقبت‌های مناسب دوران بارداری» نشان دادند که پایین بودن سطح سرمایه اجتماعی با خطر حاملگی و الگوی مراقبت نامناسب دوران بارداری،

1. Rose

2. Carmo leal

رابطه معنی‌داری دارد. همچنین، سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی با عوامل اجتماعی مرتبط با مراقبت‌های مناسب دوران بارداری، رابطه معنی‌داری دارد. چیمایتلی^۱ و همکاران (۲۰۱۳) در مقاله خود با عنوان «بررسی نقش جنسیت در ارتباط بین سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و امنیت اقتصادی با میزان سلامت فردی سالخوردگان در یکی از جوامع محروم بیروت» نشان داده‌اند که به‌طور قابل‌توجهی بیشتر احتمال دارد که زنان سلامت فردی کمتری را نسبت به مردان گزارش کنند، از سوی دیگر شاخص‌های سرمایه اجتماعی با سلامت فردی زنان و مردان ارتباط قابل‌ملاحظه‌ای داشت، این در حالی است که حمایت اجتماعی بین زنان برخلاف مردان رابطه قوی با میزان سلامت فردی را نشان می‌داد. امنیت اقتصادی نیز با سلامت فردی مردان ارتباط قوی‌تری نسبت به زنان داشته است. در کل نتیجه حاکی از آن بود که بین حمایت اجتماعی و نرخ سلامت فردی زنان رابطه قوی وجود دارد.

مبانی نظری

سرمایه اجتماعی

در مورد سرمایه اجتماعی که از مفاهیم جالب‌توجه در حوزه علوم اجتماعی است تعاریف متعددی ارائه شده است. به‌طور کلی اکثریت نظریه‌پردازان در حوزه سرمایه اجتماعی در مورد چندین شاخص اتفاق نظر دارند که از آن جمله‌اند: اعتماد و سطوح مختلف آن (عام، بنیادی و بیناشخصی)، احساس دلبستگی، احساس هویت، افزایش توانایی‌های فردی برای کنش، ارتباطات آزاد و مشارکتی، تعهدات و انتظارات، هنجارها و ضمانت‌های اجرایی مؤثر، ظرفیت بالقوه اطلاعات، پیوندهای اجتماعی، توسعه شبکه‌های اجتماعی و (ذاکری‌هامانه، ۱۳۹۰: ۲۰۷).

1. Chemaitelly

نخستین تحلیل منظم از سرمایه اجتماعی به وسیله بوردیو صورت پذیرفته است. این تحلیل از قوی‌ترین تحلیل‌هایی است که مفهوم سرمایه اجتماعی را در گفتمان جامعه‌شناسی معاصر وارد کرده است (Portes, 1998: 4). سرمایه اجتماعی از نظر بوردیو عبارت از مجموعه‌ای از منابع بالفعل یا بالقوه است که با مالکیت یک شبکه بادوام از روابط کم‌و بیش نهادینه شده، از آشنایی و شناخت متقابل و دوجانبه پیوند یافته است. به عبارت دیگر عضویت در یک گروه هر یک از اعضایش را از پشتیبانی سرمایه جمعی برخوردار می‌سازد؛ صلاحیتی که آنان را سزاوار اعتبار به معنای مختلف کلمه می‌کند (Bourdieu, 1986: 248). به اعتقاد لین نیز سرمایه اجتماعی را می‌توان به عنوان سرمایه‌گذاری و استفاده از منابع نهفته در دل روابط اجتماعی برای نیل به منافع مورد انتظار تعریف نمود (Lin, 2000: 786). به عبارت دیگر سرمایه اجتماعی مجموعه هنجارهای موجود در سیستم‌های اجتماعی است که موجب ارتقای سطح همکاری اعضای آن جامعه شده است و موجب پایین آمدن سطح هزینه‌های تبادلات و ارتباطات می‌گردد (Fukuyama, 1995: 5). سرمایه اجتماعی کلیت روابط اجتماعی در درون سازمان یا بدون وجود سازمان است که سطوحی از اعتماد لازم است تا بافت اجتماعی سازمان را حفظ نماید. برخی از محققان نیز این عبارت را به عنوان منبعی تعریف می‌کنند که کنشگران به واسطه ارتباط با دیگر اعضاء در گروه‌ها، شبکه‌ها و یا سازمان‌ها به دست می‌آورند (Smith, 2005: 4) و کلمن بر سودمندی سرمایه اجتماعی به عنوان همکاری، روابط دوجانبه و توسعه اجتماعی تأکید می‌ورزد. به نظر کلمن عواملی چون کمک، ایدئولوژی اطلاعات و هنجارها به ایجاد و گسترش سرمایه اجتماعی کمک می‌نمایند (Coleman, 1990: 307). پاتنام نیز سرمایه اجتماعی را به چهار دسته سرمایه اجتماعی رسمی و غیررسمی، متراکم و غیرمتراکم، درون‌نگر و برون‌نگر و گسسته و پیوسته تقسیم می‌کند و اعتقاد دارد که این انواع مختلف سرمایه اجتماعی دارای تمایزات منحصر به فرد نیستند بلکه مکمل یکدیگرند (پاتنام، ۲۰۰۲).

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی نیز یکی از موضوعاتی است که از دهه ۱۹۸۰ مورد توجه تحلیلگران شبکه قرار گرفته است. تدارک حمایت اجتماعی بین اعضای شبکه یکی از کارکردهای مهم شبکه‌های اجتماعی است. مطالعات گسترده درباره حمایت اجتماعی نشان داده است که خویشاوندان (دور و نزدیک)، دوستان، همسایگان و همکاران منابع مهمی هستند که می‌توان در صورت نیاز به آن‌ها مراجعه کرد. افراد حمایت‌های متنوعی را از اعضای شبکه خود دریافت می‌کنند. حمایت‌های اجتماعی، افراد را قادر می‌سازد تا توانایی رویارویی با مشکلات روزمره و بحران‌های زندگی را داشته باشند و به‌خوبی آن‌ها را سپری کنند. حمایت اجتماعی به‌مثابه یک دادوستد بوده و از این منظر دو جهت‌گیری دارد: حمایت دریافت شده و حمایت فراهم‌شده (باستانی، ۱۳۸۶: ۶۸).

حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از اثرات و کارکردهای روابط اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی، از جمله جنبه‌های ارضاکننده هیجانی و عاطفی زندگی قلمداد می‌شود. حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح یا توصیه سلامتی، حمایت عاطفی از دیگرانی که فرد به آن‌ها علاقه‌مند است یا ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی به شمار می‌روند مانند: همسر، بستگان، دوستان و نیز تماس‌های اجتماعی با کلیسا (تیلور، ۱۹۹۹). لنیدزی رایج‌ترین تعریف از حمایت اجتماعی را ارائه داده است؛ او در این تعریف بر کیفیت و در دسترس بودن روابط با افرادی تأکید می‌کند که منابع حمایتی را در مواقع نیاز فراهم می‌کنند و معتقد است اقوام، خانواده، دوستان، آشنایان و... خدماتی عینی را فراهم می‌کنند که موجب احساس دوست داشته شدن، عزت‌نفس و ارزشمند بودن فرد می‌شود و به این طریق او خود را جزئی از شبکه ارتباطی می‌داند. لیدز بیان می‌کند که حمایت اجتماعی برای فرد ارتباط امنی را ایجاد می‌کند که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این ارتباط است (بهمنی، ۱۳۸۷: ۶۸).

از جانب دیگر فلمینگ و بوم^۱ (۱۹۸۶) نیز حمایت اجتماعی را با توجه به سه بُعد تشکیل‌دهنده آن تعریف می‌کنند. از نظر فلمینگ و بوم، حمایت اجتماعی سه بعد کمک عینی یا ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی را در برمی‌گیرد. حمایت عینی یا ابزاری دلالت بر موجود بودن حمایت فیزیکی دارد. این نوع کمک از افرادی کسب می‌شود که نزدیک و صمیمی هستند. حمایت اطلاعاتی شامل کمک به فهم یک مسئله و مشکل است. این نوع حمایت دلالت بر اطلاعاتی دارد که فرد می‌تواند در برابر مسائل شخصی و محیطی از آن استفاده کند. حمایت عاطفی به منابع مرتبط با داشتن کسانی دلالت دارد که برای دلداری، تسلی و احساس اطمینان، فرد می‌تواند به آن‌ها رجوع کند. افرادی که دارای منابع عاطفی کافی‌اند نوعاً احساس می‌کنند دیگرانی را دارند که هنگام برخورد با مشکلات می‌توانند به آن‌ها مراجعه کنند.

کهن و ویلز نیز حمایت اجتماعی را چهار نوع می‌دانند:

- ۱- **حمایت عزتمند:** فرد محترمانه مورد پذیرش دیگران است و به او و تجاربتش احترام می‌نهند.
 - ۲- **حمایت اطلاعاتی:** فرد در اثر ارتباط با دیگران آگاهی و دانش بیشتری کسب می‌کند.
 - ۳- **حمایت عاطفی:** محبت و همدردی دیگران کاملاً با فرد مشهود است و احساس همتایی می‌کند.
 - ۴- **حمایت ابزاری:** تهیه و تدارک کمک‌های مالی، عملی، منابع مادی، امکانات و خدمات مورد نیاز فرد است (زاهدی اصل و صالح، ۱۳۹۳).
- در مجموع برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی دو مدل نظری مطرح گردیده است؛ مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر کلی حمایت اجتماعی و مدل تأثیر غیرمستقیم و ضربه‌گیر حمایت اجتماعی.

مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی معتقد است صرف داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و برعکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی بر سلامتی است. طبق گزاره اصلی این مدل هر چه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد او از سلامتی بیشتری برخوردار است. از این رو سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است، در مدل تأثیر مستقیم، سلامتی تابعی از حمایت اجتماعی است به نحوی که افراد اگر دارای حمایت اجتماعی باشند از سلامت روانی و جسمانی برخوردارند.

مدل دیگر، تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر است که صرفاً برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حال حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس، عمل کرده و نقش تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا را بازی می‌کند. به تعبیری دیگر، مدل ضربه‌گیری حمایت اجتماعی، عنوان می‌کند که حمایت اجتماعی، عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالا است بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. فقدان حمایت در این مدل، ضرورتاً استرس‌زا به حساب نمی‌آید، بنابراین در شرایط استرس بالا و حمایت کم، آسیب و پریشانی روانی افزایش می‌یابد (Sarafino, 1998).

چارچوب نظری

برای آگاهی از رابطه میان سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی مطالعات مقدماتی انجام گرفته و نظریات و دیدگاه‌های اندیشمندان گوناگون درباره موضوع مورد بررسی را مطرح کردیم برخی از این نظریات زیربنای فرضیات و متغیرهای مورد بررسی ما را تشکیل می‌دهند، بنابراین به‌طور خلاصه به برخی از آن‌ها اشاره خواهیم نمود. بنا بر نظر کلمن می‌توان گفت حمایت اجتماعی به‌عنوان یک پدیده رابطه‌ای، شکلی مهم از سرمایه اجتماعی است و دلالت‌هایی بر کل ذخایر سرمایه اجتماعی فرد

دارد. ارتباطات تقویت‌کننده سرمایه اجتماعی فرد می‌باشد و سرمایه اجتماعی نیز خود عامل تقویت حمایت است (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۹۱). برکمن و کاواچی در مطالعه خود نشان دادند که سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات اجتماعی هدفمند، شبکه حمایتی و عاطفی منسجم و پویایی از دوستان و آشنایان برای بیمار فراهم آورده و بدین طریق آثار سودمندی بر سلامتی بیماران دارد. علاوه بر این آن‌ها از مکانیسم‌هایی یاد می‌کنند که از طریق آن سرمایه اجتماعی بر سلامتی اثر می‌گذارد. نخست در سطح ملی سرمایه اجتماعی با تقویت انتشار سریع اطلاعات مرتبط با سلامت و نیز افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم و نیز اعمال کنترل و نظارت بر رفتار زیانمند، بر حمایت اطلاعاتی و شناختی بیماران مبتلا به دیابت تأثیر گذاشته است و از این طریق موجب بهبود وضعیت آن‌ها می‌شود. دوم سرمایه اجتماعی می‌تواند از راه افزایش فرصت دستیابی به خدمات و تسهیلات، بر سلامتی بیماران مبتلا به دیابت اثر بگذارد (Berkman et al, 2000).

سرمایه اجتماعی از طریق فراهم آوردن شبکه روابط اجتماعی منسجم و پایدار موجب ایجاد تعلق، صمیمیت و یکپارچگی اجتماعی شده و حمایت‌های اطلاعاتی، عاطفی و ابزاری را در بین بیماران افزایش می‌دهد؛ زیرا یکی از کارکردهای مهم شبکه‌های اجتماعی حمایت افراد در مقابل بحران‌های زندگی است (صالحی هیکویی، ۱۳۸۴: ۴۹) و یکی از این بحران‌های زندگی، بیماری می‌باشد که در صورت برخورداری فرد از نوعی حمایت اجتماعی، توانایی رویارویی با مشکلات روزمره و بحران‌های زندگی را خواهد داشت و به‌خوبی آن‌ها را سپری می‌کند (باستانی و همکاران، ۱۳۸۶: ۶۸). از طرف دیگر اعتماد به‌عنوان یکی از ابعاد سرمایه اجتماعی شالوده زندگی اجتماعی است که در بسیاری از اوقات بهتر از امکانات و تجهیزات پزشکی عمل کرده و موجبات ارتقای سلامت افراد جامعه را فراهم می‌نماید. اما بی‌اعتمادی سرچشمه بسیاری از گرفتاری‌ها و نابسامانی‌ها است که سلامت جسمانی افراد را تهدید می‌کند؛ در واقع نوعی تأثیر متقابل میان اعتماد اجتماعی و سلامت وجود

دارد. در جامعه‌ای که اعتماد هست نوعی همبستگی، همدلی، وفاق و ارتباط وجود دارد که این همدلی موجب افزایش آرامش و حمایت اجتماعی دریافتی در بین بیماران شده و در نهایت باعث بهبود بیماران می‌گردد (افشانی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین لازم به ذکر است که کنترل قند خون افراد دیابتی با احساس حمایت اجتماعی آن‌ها رابطه دارد و این احساس حمایت که از سرمایه اجتماعی نشأت می‌گیرد به صورت مستقیم و غیرمستقیم با کنترل قند خون مرتبط است (Brody et al, 2008) بنابراین حمایت اجتماعی می‌تواند به سازگاری بهتر بیماران دیابتی، افزایش رفتارهای خودمراقبتی و تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات کمک کند (Van Dam et al, 2005).

سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد مشارکت در گروه‌های همیاری و مشارکت در کارهای جمعی موجب تقویت حمایت اجتماعی افراد شده و می‌تواند بسیاری از علائم روان‌شناختی از قبیل افسردگی و اضطراب را سبک کند، پیشرفت میزان ناتوانی ناشی از بیماری را کاهش دهد و موجب بهبود روحیه و افزایش سازگاری بیماران مبتلا به دیابت گردد (غفاری و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۸۴؛ حسینی، ۱۳۹۳: ۳۱). بنابراین یکی از مؤلفه‌های مهم و مؤثر در تحلیل وضعیت بیماران مبتلا به دیابت سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی است، زیرا در صورت فقدان برخورداری بیماران از سرمایه اجتماعی غنی و منسجم، از یکی از منابع مهم و اثرگذار بر بیماری و سلامت یعنی حمایت اجتماعی (حمایت اطاعتی، شناختی، دوستان، خانواده و...) محروم می‌گردند و همین امر موجب کاهش سازگاری بیماران با وضعیت خود و افزایش انزوای اجتماعی آن‌ها شده و فرایند بهبودی، خود مراقبتی و درمان بیماران مبتلا به دیابت را دچار مشکل می‌کند. حمایت اجتماعی اشاره بر دسترس قرار داشتن مجموعه‌ای از منابع و روابطی می‌کند که این منابع در موقع لزوم باید از سوی فرد، خانواده یا جامعه فراهم شده باشند تا مردم از سلامتی برخوردار باشند. دوستان، آشنایان و خانواده با ایجاد مجموعه‌ای از خدمات اطلاعاتی و شناختی می‌توانند به سلامتی افراد کمک کنند. این خدمات و منابع موجب می‌شود که فرد احساس مراقبت، دوست داشتن و ارزشمند بودن کند که این

ارزش و احساس از طریق ارتباط با سرمایه اجتماعی در سطح جامعه و خانواده که افراد دارند شکل می‌گیرد. بنابراین سرمایه اجتماعی با ایجاد نوعی شبکه روابط امن و هنجارمند موجب احساس محبت و نزدیکی در افراد شده و از این طریق افراد احساس حمایت اجتماعی می‌کنند. این حمایت اجتماعی افراد جامعه را قادر می‌سازد تا توانمندی رویارویی با مشکلات زندگی و بحران‌ها از جمله بیماری را داشته باشند و به‌خوبی آن را سپری کنند (رحمانی خلیلی، ۱۳۹۲)، بنابراین می‌توان گفت سرمایه اجتماعی از طریق حمایت اجتماعی موجب افزایش سلامتی بیماران می‌شود؛ زیرا حمایت اجتماعی به‌عنوان قوی‌ترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری‌شان با بیماری شناخته شده است و تحمل مشکلات را برای آنان آسان می‌کند.

فرضیات پژوهش

فرضیه اصلی

بین سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

بین اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد رابطه وجود دارد.

بین هنجار اجتماعی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد رابطه وجود دارد.

بین شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. تحقیق حاضر بر اساس رویکرد تحقیق‌های کمی و کاربردی است و در زمره پژوهش‌های توصیفی و تبیینی از نوع پیمایش قرار دارد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات درمانی دیابت یزد بودند که تعداد کل آن‌ها ۲۵۰۰۰ نفر بوده و با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه ۲۴۵ نفر تعیین و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی (MSPSS) است که ابزاری است ۱۲ عبارتی که از سه منبع: خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه‌شده بود. پایایی این مقیاس از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیر مقیاس‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد (ساعتچی، ۱۳۸۹). در این پرسشنامه به گزینه کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) و کاملاً موافقم (امتیاز ۷) تعلق می‌گیرد. حداقل و حداکثر امتیازات این مقیاس به لحاظ نظری به ترتیب ۱۲ و ۸۴ و میانگین آن ۴۸ است.

به‌منظور سنجش میزان سرمایه اجتماعی پاسخگویان، این متغیر در سه بُعد اعتماد اجتماعی (شامل ۴ بعد)، هنجار اجتماعی و شبکه اجتماعی (شامل ۳ بعد) سنجیده شد که جمعاً شامل ۳۴ گویه برای هر سه بُعد است. این گویه‌ها قبلاً توسط افشانی و دیگران (۲۰۱۲) استفاده شده است. حداقل و حداکثر امتیازات این مقیاس به لحاظ نظری به ترتیب ۳۴ و ۱۷۰ و میانگین آن ۱۰۲ است. در این تحقیق، از اعتبار محتوایی استفاده شده است. به همین منظور، اولاً سعی شد گویه‌هایی که متغیرهای تحقیق را می‌سنجند، از گویه‌های تحقیقات پیشین که زیر نظر استادان مجرب، استفاده و اجرا شده‌اند انتخاب گردند و به‌منظور انتخاب بهترین گویه‌ها برای متغیرهای جدید از نظرات محققین و استادان دیگر استفاده شود. سپس در نهایت، یکبار دیگر پرسشنامه تدوین شده را به

استادان و متخصصان نشان داده و از نظرات آن‌ها برای تصحیح پرسشنامه کمک گرفته شد. بدین ترتیب پرسشنامه این تحقیق از نوعی اعتبار محتوایی برخوردار است. برای آزمون پایایی پرسشنامه تحقیق حاضر، با استفاده از داده‌های آزمون مقدماتی (پیش‌آزمون) و به کمک کامپیوتر و نرم‌افزار SPSS میزان آلفای کرونباخ برای متغیرهایی که به صورت سازه تهیه شده بودند (حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی) به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۴ محاسبه گردید. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و Amos تحلیل گردید. در ادامه نتایج مطالعه ابتدا به صورت فراوانی (درصد) گزارش شده است و در نهایت آزمون‌های تحلیلی چون ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت از بین ۲۴۵ نفر بیماران مبتلا به دیابت مرکز تحقیقات درمانی شهر یزد، (۵۱ درصد) جمعیت نمونه را زنان و (۴۹ درصد) را مردان تشکیل می‌دهند. (۶۰/۴ درصد) پاسخگویان متأهل و (۳۴/۷ درصد) آنان مجرد بودند. علاوه بر این حداکثر سال ابتلا به دیابت ۴۰ سال بود و در بین بیماران (۴۹/۸ درصد) آنان دارای عوارض دیابت و (۵۰/۲ درصد) تاکنون دارای هیچ عارضه‌ای از دیابت نبودند. چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، حمایت اجتماعی مشتمل بر سه بُعد می‌باشد که امتیاز نظری، میانگین نظری، حداقل نمره، حداکثر نمره، میانگین نمونه و انحراف معیار آن به تفکیک ابعاد آورده شده است.

یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین شاخص کلی حمایت اجتماعی ۶۳/۵۰ و کمترین و بیشترین مقدار آن ۱۸ و ۸۴ می‌باشد. بنابراین به‌طورکلی میانگین حمایت اجتماعی در بین بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد بالاتر از حد متوسط (۴۸) است. در مورد

رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین ... ۵۹

شاخص سرمایه اجتماعی نیز میانگین پاسخگویان معادل (۱۰۰/۹۳) می‌باشد که این شاخص نیز نزدیک به متوسط (۱۰۲) ارزیابی می‌گردد.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی تحقیق

| متغیر | امتیاز نظری | میانگین نظری | حداقل نمره | حداکثر نمره | میانگین نمونه | انحراف معیار |
|---------------------|-------------|--------------|------------|-------------|---------------|--------------|
| حمایت خانواده | ۴-۲۸ | ۱۶ | ۴ | ۲۸ | ۲۲/۹۵ | ۵/۱۹۷ |
| حمایت دوستان | ۴-۲۸ | ۱۶ | ۴ | ۲۸ | ۱۸/۷۷ | ۶/۰۰۹ |
| حمایت افراد مهم | ۴-۲۸ | ۱۶ | ۴ | ۲۸ | ۲۱/۷۸ | ۶/۱۵۷ |
| حمایت اجتماعی (کل) | ۱۲-۸۴ | ۴۸ | ۱۸ | ۸۴ | ۶۳/۵۰ | ۱۲/۶۴۱ |
| اعتماد اجتماعی | ۱۲-۶۰ | ۳۶ | ۱۶ | ۵۱ | ۳۲/۰۲ | ۶/۸۳۲ |
| هنجار اجتماعی | ۹-۴۵ | ۲۷ | ۱۶ | ۴۳ | ۲۹/۶۹ | ۶/۲۰۲ |
| شبکه اجتماعی | ۱۳-۶۵ | ۳۹ | ۲۰ | ۵۷ | ۳۹/۲۱ | ۷/۰۹۹ |
| سرمایه اجتماعی (کل) | ۳۴-۱۷۰ | ۱۰۲ | ۶۰ | ۱۴۳ | ۱۰۰/۹۳ | ۱۶/۵۳۰ |

بر اساس اطلاعات جدول ۲، حمایت اجتماعی و ابعاد آن دارای رابطه مستقیم و معنی‌داری با سرمایه اجتماعی و ابعاد آن است ($P > ۰/۰۱$). بین حمایت خانواده با سرمایه اجتماعی ($P > ۰/۰۵$) و شبکه اجتماعی ($P > ۰/۰۱$) رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد در حالی که بین حمایت خانواده با اعتماد اجتماعی و هنجار اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). حمایت دوستان نیز با همه ابعاد سرمایه اجتماعی دارای رابطه معنی‌داری است ($P > ۰/۰۰۱$). حمایت افراد مهم نیز دارای رابطه معنی‌داری با سرمایه اجتماعی و شبکه اجتماعی است ($P > ۰/۰۵$) در حالی که با اعتماد اجتماعی و هنجار اجتماعی دارای رابطه معنی‌داری نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با حمایت اجتماعی و ابعاد آن

| متغیر | حمایت اجتماعی | حمایت خانواده | حمایت دوستان | حمایت افراد مهم |
|--|---------------|---------------|--------------|-----------------|
| سرمایه اجتماعی | ۰/۲۷۸*** | ۰/۱۴۳* | ۰/۳۲۶*** | ۰/۱۳۲* |
| اعتماد اجتماعی | ۰/۲۱۸** | ۰/۰۹۷ | ۰/۳۱۷*** | ۰/۰۵۷ |
| هنجار اجتماعی | ۰/۱۸۴** | ۰/۰۷۰ | ۰/۲۱۲** | ۰/۱۱۲ |
| شبکه اجتماعی | ۰/۲۷۷*** | ۰/۱۷۸** | ۰/۲۶۹*** | ۰/۱۵۶* |
| *** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ ** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱ * معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵ | | | | |

جدول ۳- خروجی آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین میزان حمایت اجتماعی و ابعاد

آن در بین زنان و مردان

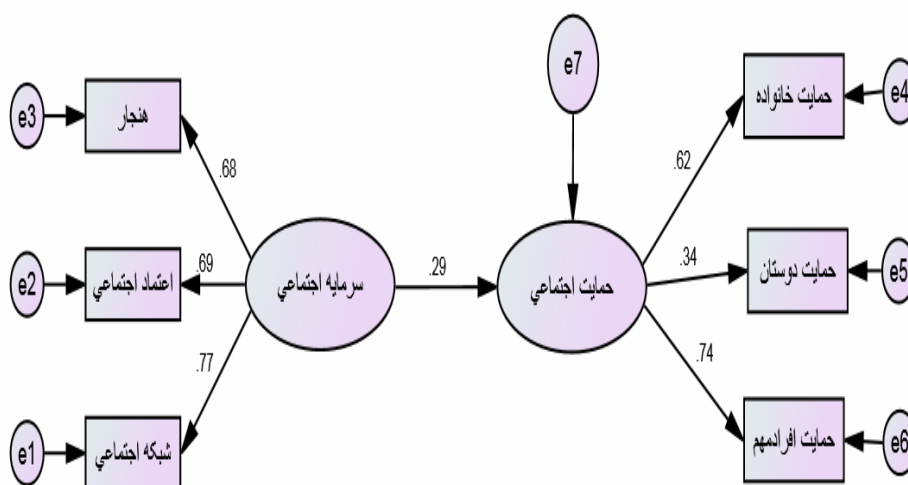
| متغیر | گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار | درجه آزادی | t | سطح معنی داری |
|-----------------|---------|---------|--------------|------------|--------|---------------|
| حمایت اجتماعی | مرد | ۶۲/۸۸ | ۱۲/۳۸۷ | ۲۴۳ | ۰/۷۵۰ | ۰/۴۵۴ |
| | زن | ۶۴/۱۰ | ۱۲/۹۰۱ | | | |
| حمایت خانواده | مرد | ۲۲/۵۹ | ۵/۰۵۲ | ۲۴۳ | ۱/۰۶۱ | ۰/۲۹۰ |
| | زن | ۲۳/۳۰ | ۵/۳۳۱ | | | |
| حمایت دوستان | مرد | ۱۹/۳۹ | ۵/۷۲۳ | ۲۴۳ | -۱/۵۸۸ | ۰/۱۱۴ |
| | زن | ۱۸/۱۸ | ۶/۲۳۱ | | | |
| حمایت افراد مهم | مرد | ۲۰/۹۰ | ۶/۰۶۰ | ۲۴۳ | ۲/۲۰۸ | ۰/۰۲۸ |
| | زن | ۲۲/۶۲ | ۶/۱۵۵ | | | |

رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین ... ۶۱

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین حمایت افراد مهم در بین زنان به‌طور معناداری بیشتر از مردان شده است ($P > 0/05$). ولی تفاوت معنی‌داری بین حمایت اجتماعی، حمایت خانواده و حمایت دوستان بین زنان و مردان وجود ندارد ($P > 0/05$).

الگوسازی معادلات ساختاری

همان‌طور که در نمودار ۱ ملاحظه می‌شود شبکه اجتماعی مهم‌ترین مؤلفه سازه مکنون سرمایه اجتماعی و حمایت افراد مهم، مهم‌ترین مؤلفه سازه مکنون حمایت اجتماعی است. همچنین سرمایه اجتماعی تأثیر مستقیم و معنی‌داری بر حمایت اجتماعی در افراد دیابتی دارد.



نمودار ۱- رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی

در این پژوهش برای ارزیابی مدل از مشخصه‌های GFI ، $AGFI$ ، NFI ، IFI و CFI استفاده شده است. با توجه به خروجی $Amos$ که در جدول ۴ ارائه شده، میزان

مؤلفه‌های GFI، AGFI، CFI، NFI و IFI نیز به ترتیب برابر ۰/۹۶۳، ۰/۹۰۴، ۰/۹۲۶، ۰/۹۰۲ و ۰/۹۲۷ است که چون همه شاخص‌ها از ۰/۹ بیشتر شده است نشانگر این است که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۴- شاخص‌های نیکویی برازش مدل

| شاخص | GFI | AGFI | CFI | NFI | IFI |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| مقدار | ۰/۹۶۳ | ۰/۹۰۴ | ۰/۹۲۶ | ۰/۹۰۲ | ۰/۹۲۷ |

بحث و نتیجه‌گیری

سلامتی و بیماری پدیده‌هایی هستند که تحت تأثیر شرایط اجتماعی تغییر پیدا می‌کنند. طبق تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی یکی از ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی می‌باشد که مرتبط با امور اجتماعی و ارتباطات انسان‌ها با همدیگر بوده است و بیشتر به ابعاد اجتماعی سلامت و تأمین آن در پرتو مشارکت و انسجام و اعتماد اجتماعی می‌پردازد. از طرفی نیز سرمایه اجتماعی یکی از ابعاد سرمایه‌های انسانی می‌باشد که مجموعه‌ای از منابع و ذخایر ارزشمند مانند صداقت و همدردی و دلسوزی و دوستی و ... را در خود دارد که به‌واسطه حمایت اجتماعی موجب بهبود سلامت می‌شود. از این‌رو، می‌توان دو متغیر سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی را تأثیرگذار در سلامت روانی و اجتماعی دانست.

همان‌طور که در مقدمه ذکر شد هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در میان بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد است. یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر به‌صورت کلی نشان می‌دهد که، میان سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با حمایت اجتماعی و ابعادش، رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. این موضوع با نظریه کلمن (۱۳۷۷) همخوانی دارد که معتقد است حمایت

اجتماعی تقویت‌کننده سرمایه اجتماعی فرد است و سرمایه اجتماعی نیز خود عامل تأثیرگذار بر حمایت است. همچنین بین حمایت خانواده با سرمایه اجتماعی و شبکه اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد در حالی که بین حمایت خانواده با اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی و هنجار اجتماعی رابطه‌ای وجود ندارد. این نتیجه نظر اسرائیل و راند (۱۹۸۷) را تأیید می‌کند که بر مبنای آن خانواده به‌عنوان یکی از شبکه‌های اجتماعی مهم، بر سرمایه اجتماعی تأثیرگذار است و در واقع، ریشه سرمایه اجتماعی، به ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی برمی‌گردد. افزون بر این، حمایت خانواده بنا به نظر کلمن (۱۳۷۷) دلالت‌هایی بر کل ذخایر سرمایه اجتماعی فرد دارد.

حمایت دوستان نیز با همه ابعاد سرمایه اجتماعی دارای رابطه معنی‌داری می‌باشد. حمایت افراد مهم نیز دارای رابطه معنی‌داری با سرمایه اجتماعی و شبکه اجتماعی می‌باشد. در واقع، این امر نمایانگر این مطلب می‌باشد که نزدیکی و صمیمیت افراد و ارتباط‌های رو در روی آن‌ها با یکدیگر، باعث ایجاد یک شبکه اجتماعی حمایتی می‌شود که منجر به افزایش حمایت و سرمایه اجتماعی می‌گردد. به عبارتی بین شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت رابطه معنی‌داری وجود داشته است. این موضوع در واقع تأییدکننده نظر کلمن (۱۳۷۷) است که دوستان را به‌عنوان یکی از ابعاد حمایت اجتماعی با سرمایه اجتماعی در ارتباط می‌داند. همان‌طور که او معتقد است هرچه افراد بیشتر از یکدیگر درخواست کمک کنند، مقدار سرمایه اجتماعی که ایجاد می‌شود بیشتر خواهد بود و هرچه افراد کمتر به یکدیگر نیاز داشته باشند سرمایه اجتماعی کمتری ایجاد می‌شود.

همان‌طور که خانواده از منابع مهم حمایت فرد محسوب می‌شوند، نتایج پژوهش نیز نشان داد که بین حمایت خانواده با سرمایه اجتماعی و شبکه اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌های رفتار بهداشتی مورد توجه می‌باشد و به‌عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای مواجهه موفقیت‌آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا و تحمل

مشکلات برای مقابله با بیماری‌ها می‌باشد. یافته‌های چیمایتلی و همکاران (۲۰۱۳) نیز این نتیجه را تأیید می‌نمایند. چنانکه آن‌ها نیز در پژوهش خویش به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی رابطه قوی با سلامت مخصوصاً در میان زنان دارد. همچنین ایمانی (۱۳۸۵) در مطالعه خود نشان داد که برخی تفاوت‌ها بین پیوندهای زنان و مردان وجود دارد و اعضای شبکه زنان حمایت عاطفی و خدماتی بیشتری را فراهم می‌کنند و اعضای شبکه مردان از طرف دیگر حمایت اطلاعاتی و مادی را فراهم می‌کنند و زنان حمایت بیشتری را نسبت به مردان از شبکه خود دریافت می‌کنند. افراد مضطرب و کسانی که دارای خصوصیات مثبت شخصیتی می‌باشند و علاقه‌مند به معاشرت پذیری هستند حمایت بیشتری را دریافت کرده‌اند.

نتایج حاصل از ارتباط بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن با سرمایه اجتماعی و ابعاد آن، نشانگر یک رابطه مستقیم و معنی‌دار است. یعنی با افزایش حمایت اجتماعی سرمایه اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. همان‌طور که گفته شد این نتیجه نظر کلمن (۱۳۷۷) را تأیید کرده است و همچنین مطابق است با این دیدگاه که حضور سرمایه اجتماعی نوعی حمایت اجتماعی برای فرد پدید می‌آورد که از فرد حمایت مالی، اطلاعاتی، عملی و عاطفی می‌کند. در این میان پشتوانه عاطفی به‌طور آشکارتری به‌سلامتی فرد کمک می‌کند (آدام و هر تسلینگ، ۱۳۸۵). به‌عبارتی دیگر، حمایت اجتماعی به‌عنوان یک پدیده رابطه‌ای شکلی مهم از سرمایه اجتماعی است و دلالت‌هایی بر کل ذخایر سرمایه اجتماعی فرد دارد. ارتباطات و حمایت اجتماعی تقویت‌کننده سرمایه اجتماعی فرد می‌باشد و سرمایه اجتماعی نیز، خود عامل حمایت می‌باشد. عواملی مانند رفاه، فراوانی و منابع رسمی حمایت در زمان نیاز، به علت کاستن وابستگی افراد به یکدیگر، باعث استهلاک و عدم تجدید سرمایه اجتماعی می‌شود و هرچه افراد بیشتر از یکدیگر درخواست کمک کنند، مقدار سرمایه اجتماعی که ایجاد می‌شود بیشتر خواهد بود و هرچه افراد کمتر به یکدیگر نیاز داشته باشند سرمایه اجتماعی کمتری ایجاد می‌شود.

همچنین هر چه سرمایه اجتماعی افزایش پیدا کند حمایت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند. افرادی که دارای شبکه‌های بزرگ‌تر و اعتماد بالا و سرمایه اجتماعی بالا هستند حمایت بیشتری کسب می‌کنند. این نتیجه با یافته پژوهش کاظمی نسب (۲۰۱۰) همسو است. درحالی که بین حمایت و سرمایه اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد، بین حمایت و اعتماد و هنجار اجتماعی رابطه‌ای وجود ندارد. این می‌تواند به این دلیل باشد که افراد دیابتی به دلیل بیماری، دچار اختلال در نگرش شده‌اند و چون ریشه و خاستگاه اصلی اعتماد در نگرش مثبت و معنادار افراد به یکدیگر نهفته است و نگرش‌های مثبت و معنادار افراد به یکدیگر سبب ثبات در روابط می‌شود و ثبات در روابط، اعتماد را تولید و حفظ می‌کند و اعتماد سبب تقویت و نهادینه شدن ارزش‌های مشترک می‌شود، آن‌ها باید برای افزایش اعتماد، میزان توانایی و قدرت خود را در ایجاد رفتارها و نگرش‌های مثبت و معنادار نسبت به یکدیگر افزایش دهند. هرچه میزان ارتباط فرد با افراد جامعه در گروه‌های مختلف بیشتر باشد و هرچه کمک‌ها و حمایت‌های دریافتی از اعضا بیشتر شود و فرد از طریق این پیوندها بتواند به حمایت‌های اطلاعاتی، اقتصادی و مالی، عاطفی، دوستی، مشورتی و عملی و ... دسترسی یابد، به همان نسبت اعتماد بین شخصی‌اش به آن افراد افزایش می‌یابد. در واقع، اعتماد اجتماعی، به‌عنوان جزئی اصلی از سرمایه اجتماعی همراه با شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی سودمند، می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد و همچنین بر کارایی نظام داشته باشد (شارع پور، ۱۳۸۸: ۴-۵).

به‌هرحال، هر پژوهش به دلیل شرایط خاص (پرسشگر، پاسخگو، ابزار اندازه‌گیری) و منطقه زمانی، مکانی و جامعه آماری که انجام می‌گیرد، خواه‌ناخواه دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تکمیل پرسشنامه و خودگزارش دهی بیماران اشاره نمود که ممکن است بسیاری از بیماران خویشتن‌نگری کامل نداشته و با مسئولیت به گویه‌ها پاسخ نداده باشند. همچنین تعداد زیاد گویه‌های پرسشنامه و وضعیت بیماران نیز که از پاسخ‌دهی به سؤالات زیاد خسته می‌شدند،

می‌تواند یکی از محدودیت‌های دیگر این مطالعه محسوب گردد. محدودیت دیگر که می‌توان به آن اشاره کرد استفاده از روش همبستگی می‌باشد که نمی‌توان روابط کشف شده را به‌عنوان روابط علی فرض کرد و ممکن است این روابط ناشی از سایر عوامل بوده باشد. افزون بر این، تأثیرگذاری دو متغیر حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی بر متغیر سلامت اجتماعی در این مقاله بررسی نشده است و می‌تواند در تحقیقات آینده بررسی شود. همچنین، پیشنهاد می‌گردد که ارتباط سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین سایر بیماران با بیماری‌های متفاوت دیگر نیز در شهر یزد و حتی سایر شهرها انجام شود و نتایج و یافته‌های آن با این پژوهش مقایسه گردد.

پیشنهادها

در آخر می‌توان طبق نتایج تحقیق پیشنهادهایی ارائه داد؛ نهادهای آموزشی (مدارس و دانشگاه‌ها) با آموزش روابط سهل و آسان و رسانه‌های جمعی به‌خصوص در مقام فرهنگ‌سازان جامعه با تولید و پخش برنامه‌های متنوع و برجسته ساختن مزایای این نوع روابط، یک شبکه‌سازی در میان افراد به وجود آورند، زیرا افزایش روابط اجتماعی (شبکه اجتماعی) در افراد و خصوصاً بیماران دیابتی، باعث افزایش حمایت اجتماعی می‌شود. از طرفی دیگر، پیشنهاد می‌گردد که مسئولان و دست‌اندرکاران مرتبط با بخش سلامت و تندرستی در جامعه، با برگزاری کارگاه‌های ارتقای سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی مخصوصاً در رابطه با افراد دارای اختلال دیابت، به روند تسریع درمان آن‌ها کمک کنند. همچنین پیشنهادهای موردی زیر می‌تواند در افزایش میزان سرمایه اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت و تندرستی افراد جامعه مؤثر باشد؛

۱. آموزش حمایت افراد از همدیگر در مواقع حساس و خصوصاً بیماری به‌عنوان یک درس از مجموع دروس مهارت‌های زندگی در دوره‌های مختلف تحصیلی

امکان‌پذیر است و پیشنهاد می‌شود که مسئولان آموزش و پرورش این درس را در برنامه درسی دوره‌های مختلف تحصیلی قرار دهند.

۲. تولید محصولات فرهنگی در زمینه کمک به همدیگر و حمایت هم نوعان از قبیل کتاب‌های شعر و داستان، بازی‌های رایانه‌ای، فیلم‌های کارتونی و... برای کودکان می‌تواند در گسترش فرهنگ حمایت از همدیگر و به صورت غیرمستقیم افزایش سرمایه اجتماعی از سنین کودکی کمک‌کننده باشد.

۳. هدفمند کردن برنامه‌ها و توجه به نقش صداوسیما و رسانه‌های جمعی در گسترش و ترویج فرهنگ حمایت و یاری‌رساندن به همدیگر خصوصاً در مواقع حساس و بیماری

۴. تبلیغ و ترویج مؤثر بودن حمایت از همدیگر در سلامت جسم و روح و تلفیق آثار دنیایی آن با آثار اخروی آن در بهتر شدن پذیرش آن از سوی قشرهای مختلف - با توجه به این که شهر یزد از شهرهای مذهبی محسوب می‌گردد - می‌تواند مؤثر باشد.

۵. تأسیس انجمن‌های حمایتی که با بودجه دولتی یا مؤسسات و افراد خیر اداره گردند. این انجمن‌ها می‌توانند به افراد دیابتی بی‌بضاعت در جهت تأمین دارو و برخورداری از خدمات درمانی کمک نمایند و با برگزاری جلسات و همایش‌های همگانی می‌توانند باعث بالا بردن سطح آگاهی و آشنا کردن افراد دیابتی با افراد هم‌درد خودشان شوند و نیز می‌توانند نقش بسیار مؤثری در دنبال کردن مؤثر برنامه‌های درمانی از سوی بیماران داشته باشند.

۶. انجام کارهای مکمل مانند، نظرسنجی از بیماران دیابتی در رابطه با خواسته‌ها و نیازهای آن در شهر یزد.

منابع

- آدام، ف؛ هرتسلیک، ک. (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه: لورانس دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
- احمدی مهربانی، محمدرضا. (۱۳۸۳)، «مدیریت بر مبنای اعتماد»، *توسعه مدیریت*، شماره ۴۶.
- افشانی، سیدعلیرضا؛ شیری محمدآباد، حمیده. (۱۳۹۴). رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، شماره ۲.
- افشانی، سیدعلیرضا؛ عسکری ندوشن، عباس؛ حیدری، محمد و نوریان نجف‌آبادی، محمد. (۱۳۹۰)، «رابطه دینداری با سرمایه اجتماعی در شهر نجف‌آباد»، *رفاه اجتماعی*، سال دوازدهم، شماره ۴۴.
- الوانی، سید مهدی؛ سید نقوی، میرعلی. (۱۳۸۱)، سرمایه اجتماعی: مفاهیم و نظریه‌ها، *مطالعات مدیریت بهبود و تحول*، شماره ۳۳ و ۳۴.
- امامی پور، حسن؛ امامی پور، زینب؛ اکبر زاده، داود؛ محمد زاده، علی. (۱۳۹۳)، «مقایسه حمایت اجتماعی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد دیابتی و غیر دیابتی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، شماره ۵.
- امیر کافی، مهدی. (۱۳۸۰)، «اعتماد اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن» *فصلنامه نمایه پژوهشی*، سال پنجم، شماره ۱۸.
- ایمانی، رؤیا. (۱۳۸۵)، بررسی علل و عوامل مؤثر بر دریافت حمایت اجتماعی از شبکه شخصی (روابط فردی)، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی*، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی.
- باستانی، سوسن؛ صالحی هیکویی، مریم. (۱۳۸۶)، «سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل بین شخصی»، *مجله دانشکده ادبیات علوم انسانی*، شماره ۶۱، سال ۱۶.

۶۹ رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین ...

- بهمنی، شیرکوه. (۱۳۸۷)، بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی با میزان رضایت شغلی کارکنان بهزیستی استان کردستان، *رساله کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی*، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.

- پاتنام. رابرت. (۲۰۰۲)، *دموکراسی و سنت‌های مدنی*، ترجمه: محمدتقی دلفروز، تهران: نشر سلام.

- جعفری زاده، حسین؛ مداح، باقر؛ نوروزی، کیان؛ رهگذر، مهدی. (۱۳۸۵)، بررسی وضعیت مراقبتی بهداشتی سالمندان کم‌توان ساکن در منطقه ۱۳ شهرداری تهران و مشکلات مراقبین آن‌ها، *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، سال چهارم، شماره ۲.

- جلیلیان، محسن؛ مصطفوی، فیروزه؛ شریفی راد، غلامرضا. (۱۳۹۲)، «ارتباط خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی: یک مطالعه مقطعی»، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، شماره ۵.

- حسن‌زاده، پرستو؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ خمسه، محمدابراهیم. (۱۳۹۱)، «حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو»، *روانشناسی سلامت*، شماره ۲.

- حیدر زاده، مهدی؛ قهرمانیان، اکرم؛ حقیقت، علی؛ یوسفی، الناز. (۱۳۸۸)، «ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی». *نشریه پرستاری ایران*، شماره ۲۲.

- ذاکری هامانه، راضیه. (۱۳۹۰)، بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه موردی: شهر یزد)، *رساله کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی*، دانشگاه یزد، یزد.

- زاهدی اصل، محمد؛ صالح، صلاح‌الدین. (۱۳۹۳)، «حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران»، *فصلنامه پژوهشنامه مددکاری*، شماره ۱.
- ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز؛ عسکریان، مهناز. (۱۳۸۹)، *آزمون‌های روان‌شناختی*، نشر ویرایش.
- سعیدی، حسین؛ عاشوری جمال. (۱۳۹۵)، «ارتباط سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رفتار شهروندی سازمانی با سلامت روان (مورد پژوهی کارکنان نیروی انتظامی جنوب شرق تهران)»، *مجله علوم مراقبتی نظامی*، سال ۳، شماره ۲، شماره مسلسل ۸.
- شارع پور، محمود. (۱۳۸۳)، «ابعاد و کارکردهای سرمایه اجتماعی و پیامدهای ناشی از فرسایش آن»، *مجموعه مقالات بررسی مسائل اجتماعی ایران*، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- شارع پور، محمود. (۱۳۸۸)، بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی به نیروهای انتظامی (مطالعه موردی استان مازندران)، *جامعه‌شناسی کاربردی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه اصفهان*، شماره ۳۶.
- شاره، حسین؛ سلطانی، اسماعیل؛ قاسمی، علی. (۱۳۹۱)، «پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع ۲ بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده»، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، دوره چهارده، شماره ۲.
- شریفیان، اکبر. (۱۳۸۵)، بررسی عوامل مؤثر بر میزان خشونت خانگی، *رساله دکتری رشته جامعه‌شناسی*، دانشگاه علامه طباطبائی.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ حقانی، سعیده؛ سعادت‌تی، معصومه؛ خواجه‌وند، آرامه. (۱۳۹۲)، رابطه بین حمایت اجتماعی خانواده و سبک‌های مقابله‌ای در سیر بهبودی بیماران سرطان پستان، *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، شماره ۴.

رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین ... ۷۱

- صالحی هیکویی، مریم. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل بین شخصی و جنسیت، *پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی* دانشگاه الزهرا.

- عریضی، فروغ؛ وحید، فریدون؛ پارسا مهر، مهربان. (۱۳۸۵)، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی (مطالعه موردی: زنان استان مازندران)، *فصلنامه المپیک*، ۳۳-۱۴.

- کاظمی نسب، ملیحه. (۱۳۸۹)، بررسی تأثیر میزان سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی بر خشونت علیه زنان در خانواده (مناطق ۲ و ۱۵ شهر تهران)، *پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی*، دانشگاه پیام نور، تهران.

- کلمن، جیمز. (۱۳۷۷)، *بنیادهای نظریه اجتماعی*، ترجمه: منوچهر صبوری، نشر نی، تهران

- قاسمی پور، مریم؛ نظری، هدایت. (۱۳۹۱)، «ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس»، *نشریه پژوهشی-تحلیلی (مندیش)*، شماره ۵ و ۴، صص ۴۵-۵۴.

- قاندری، هادی؛ نوبخت، رضا؛ دانشجو، عبدالحمید. (۱۳۸۹)، تأثیر حمایت اجتماعی و عوامل جمعیت‌شناختی بر مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی (مطالعه موردی: زنان شهر لامرد)، *فصلنامه زن و بهداشت*، شماره ۲.

- قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲)، بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی. *پایان نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی*، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

- وثوقی، منصور؛ مهدوی، سید محمدصادق؛ رحمانی خلیلی، احسان. (۱۳۹۲)، «بررسی تأثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی». *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره چهارم، شماره ۱.

- Bastani, S. (2001). *Middle Class Community in Thran: Social Network, Social Support and Marital Relationships, Ph.D.* thesis, University of Toronto, Toronto, Canada.
- Berkman L. F. T, Glass I and Seeman T. (2000). "From social integration to health". *Social Science and Medicine*, 6: 843-857.
- Bourdieu, P (1986), *The Forms of Capital, in J Richardson(ed.); Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Green wood.
- Carmoleal M, Esteves pereira P, Almeida lamarca G, vianna vettore M. (2011). "The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care". *Saude publica, Rio de Janeiro*, 27sup 2: 237-252.
- Brody G H, Kogan S M, Murry V M, Chen Yi-fu, Brown A C (2008). *Psychological functioning*. support for self-management, and Glycemic control among rural African American adults with diabetes mellitus type 2. *Health Psychology*. 27(1): 83-90.
- Chemaitelly H, Kanaan C, Beydoun H, Chaaya M, Kanaan M. and Sibai, AM. (2013). "The role of gender in the association of social capital, social support, and economic security with self-rated health among older adults in deprived communities in Beirut". *Qual Life Res*. 6: 1371-1379.
- Coleman, J. (1990). *Foundation of Social Theory*, Cambridge: Harwaed University Press.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*, New York: Free Press.

- Kawachi ch, Berkman, L. (2001). “ Social cohesion, social capital and health”, *Social Epidemiology*, 25: 174-190.
- Lin, N. (2000). “Inequality in Social Capital”. *Contemporary Sociology*, 6: 785- 795.
- Portes A (1998). *Social capital: its origins and applications in modern sociology*, Annual Review of Sociology. 24: 1-24.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*, New York: simon and Schuster press.
- Rose, R (2000). “How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians”, *journal of social science & Medicine*, 51: 1421-1735.
- Sarafino, E P (2002). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*, John wiley& sons Inc.
- Smith S. S. (2005). “Don’t Put My Name on it: Social Capital Activation and Job Finding Assistance among the Black Urban Poor”. *American Journal of Sociology (AJS)*, 1: 1-57.
- Taylor, S. E (1999). *Health psychology*, New York: Mc Graw-Hill, Inc.4ed.
- Van Dam H A, Horst F G, Knoop L, Ryckman R M, Crebolder F J M, Borne B H W (2005). *Social support in diabetes: A systematic review of controlled intervention studies*. Patient Education and Counseling. 59(1): 1-12.
- Wellman, B. (1999). *The Network Community: An Introduction, 1-48 in Networks in the Global Village, B. Wellman "ed. Boulder, Co: Westwood.*

- Zimet G, Dahlem N, Zimet S and Farley G (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J Person Asses.* 52(1): 30-41.