

الگوی ساختاری ارتباط سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی با سلامت مادران دارای کودک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سیرجان

مهدی نصرت‌آبادی^۱، زهره حلوایی پور^{۲*}، رضا صادقی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۴/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۶/۲۸

چکیده

پیش زمینه و هدف: ارتقاء سلامت مادران زمینه ساز توسعه اقتصادی- اجتماعی هر جامعه‌ای تلقی می‌گردد و حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت می‌باشند. مطالعه حاضر به بررسی مسیرهای ارتباطی این فاکتورها بر ابعاد جسمی و روانی- اجتماعی سلامت مادران دارای کودک شهرستان سیرجان پرداخته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- همبستگی ۱۵۰ مادر دارای کودک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سیرجان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. از سه پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی نوریک و پرسشنامه سلامت SF-36 برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. داده‌های این مطالعه با نرم‌افزارهای SPSS و Amos تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره خلاصه مؤلفه سلامت جسمی مادران بالاتر از نمره سلامت روانی- اجتماعی آنها بود. سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی با هر دو بعد سلامت مادران همبستگی مستقیم و معناداری داشتند ($p < 0/05$). سرمایه اجتماعی علاوه بر اثرات مستقیم به واسطه ابعاد حمایت اجتماعی بر سلامت مادران اثرگذار بود. مدل ساختاری تحقیق نشان داد که ۷۳ درصد تغییرات مؤلفه سلامت جسمی و ۵۹ درصد تغییرات مؤلفه روانی- اجتماعی سلامت مادران از طریق متغیرهای حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی تبیین می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نقش واسط متغیر حمایت اجتماعی در ارتباط با سلامت مادران را نشان داد. تدوین برنامه‌های جهت تعمیق بیشتر سلامت روانی- اجتماعی مادران و توجه بیشتر به نقش ارتباط‌های اجتماعی و عناصر حمایتی مؤثر بر سلامت مادران پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، سلامت مادران

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۷۴، آذر ۱۳۹۴، ص ۷۹۰-۷۸۱

آدرس مکاتبه: دانشکده علوم پزشکی سیرجان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، تلفن: ۰۹۱۹۳۱۲۵۳۲۶

Email: halvaiepourzohreh@gmail.com

مقدمه

اجتماعی تلقی می‌گردد، بنابراین می‌توان تصور کرد که بهبود سلامت مادران می‌تواند موجب ارتقای سلامت جامعه شود (۱). سازمان جهانی بهداشت در اهداف سال ۲۰۱۵ خود کاهش مرگومیر مادران به ۳/۴ از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ و تقلیل مرگومیر کودکان زیر پنج سال به ۲/۳ از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ را به‌عنوان اهداف پنجم و ششم خود در نظر گرفته است (۲). از نظر

سلامت محور توسعه اقتصادی اجتماعی تلقی شده و سلامت مادران و زنان در هر جامعه‌ای به‌عنوان یکی از ارکان سلامت آن کشور محسوب می‌شود. از آنجاکه سلامتی مادران به‌عنوان یک عامل کلیدی، زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع می‌باشد و نیز به‌عنوان یکی از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اقتصادی-

^۱ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

شاخص سلامت مادران که هر ساله توسط موسسه نجات کودکان منتشر می‌شود در سال ۲۰۱۰ نروژ، استرالیا، ایسلند و سوئد به ترتیب رده‌های اول تا چهارم را به خود اختصاص داده‌اند و ایران از میان ۱۶۰ کشور از نظر سلامت مادران در رتبه ۴۲ قرار گرفته است (۳).

جیمز و همکاران (۴) اشاره دارند از آنجاکه سلامت از سوی عوامل بیولوژیکی، سیاسی و به‌ویژه اجتماعی متأثر می‌شود بنابراین این عوامل بایستی در زمان طراحی سیاست‌ها برای ارتقای سلامت مادران در نظر گرفته شوند. اغلب تحقیقات بر سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی به‌عنوان دو تعیین‌کننده مهم اجتماعی مؤثر بر سلامت تأکید داشته‌اند (۵). مطالعات رابطه بین این دو تعیین‌کننده و وضعیت سلامت را نشان داده‌اند به‌گونه‌ای که در استمرار نابرابری سلامت در جامعه حائز اهمیت‌اند (۶،۷). هارفام نیز بر این باور است که نقش عوامل اجتماعی در سلامت به‌طور قابل‌توجهی مشخص شده است. رشد و گسترش توجه به عوامل اجتماعی و نقش آن‌ها در سلامت در کشورهای جهان سوم هم‌زمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده است که به اعتقاد وی ممکن است در آینده مدل‌های اجتماعی سلامت را شکل دهد (۸). رابرت پاتنام (۱۹۹۵) سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از ارتباطات افقی بین افراد و نیز وجوه گوناگون سازمان‌های اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها می‌داند که با ایجاد و تسهیل امکانات هماهنگ، منافع متقابل و کارایی جامعه را افزایش می‌دهد (۹). بین و هیکس^۱ در سال ۱۹۹۸ سرمایه اجتماعی را در دو جزء رفتاری- کنشی و شناختی- ادراکی تقسیم نمودند. جزء رفتاری- کنشی مربوط به آن چیزی است که افراد انجام می‌دهند (به‌عنوان مثال مشارکت در گروه‌ها) و جزء شناختی- ادراکی آن موردی است که افراد فکر یا احساس می‌کنند، به‌عنوان مثال آیا آن‌ها به سایر افراد اعتماد می‌کنند. این دو جزء به ترتیب به سرمایه اجتماعی ساختاری^۲ و شناختی^۳ اشاره دارند (۱۰). به عبارتی جزء ساختاری وسعت و شدت پیوندها و فعالیت‌های انجمنی را شامل می‌شود و جزء شناختی ادراکات از حمایت، بده‌بستان‌ها، سهیم شدن و اعتماد را پوشش می‌دهد (۱۱). سرمایه اجتماعی سلامت را از طریق مکانیسم‌هایی فرضی برای دسترسی آسان‌تر به اطلاعات از سوی اعضای جامعه، بهبود تصمیم‌گیری در مورد سلامت و اثرات بر هنجارهای اجتماعی، متأثر می‌سازد. آن همچنین استفاده از خدمات سلامت را افزایش می‌دهد، دسترسی بهتری به آن‌ها را فراهم می‌کند و حمایت اجتماعی ارائه می‌دهد (۱۲،۱۳).

تحقیقات مختلفی به اثرات سرمایه اجتماعی بر سلامت و کیفیت زندگی گروه‌های مختلف (۱۶-۱۴) و نیز مادران (۱۹-۱۷) پرداخته‌اند. مطالعه چانگ و همکاران، نشان داد که سرمایه اجتماعی با گستره‌ای از رفتارهای مرتبط با سلامت و پیامدهای آن شامل رفتارهای مجرمانه، سلامت روان، سیگار کشیدن، ابتلا و مرگ‌ومیر مرتبط است (۲۰).

حمایت اجتماعی سازهای چندبعدی است که تعریف آن دشوار است. این سازه ادراک فرد از مورد حمایت قرار گرفتن، دوست داشته شدن و ارزشمند بودن را نشان می‌دهد (۲۱). از ویژگی‌های آن تعلق به شبکه ارتباطی، داشتن تعهدات متقابل نسبت به یکدیگر است (۲۲). در یکی از عمده‌ترین تقسیم‌بندی‌ها حمایت اجتماعی، دو نوع کارکردی^۴ و ساختاری^۵ دارد. بعد ساختاری حمایت اجتماعی عموماً به‌اندازه و منبع شبکه اجتماعی و وجود افراد برای کمک به همدیگر است، بعد کارکردی حمایت اجتماعی بر کارکردهای خاصی (همچون عاطفی، مادی، اطلاعاتی) اشاره دارد که افراد حامی می‌توانند فراهم آورند (۲۳). حمایت اجتماعی هم تأثیر مستقیمی بر سازگاری روانی دارد و هم اینکه به‌عنوان تعدیل‌کننده اثر وقایع پراسترس زندگی عمل می‌کند، به‌گونه‌ای که به‌عنوان یک سپر یا میانجی فرض می‌شود که باعث کاهش اثرات دردناک و مضر استرس‌های زندگی می‌شود و این‌گونه تصور می‌شود که با مقابله موفقیت‌آمیز در مقابل استرس‌های زندگی و اجتناب از احساس درماندگی، شخص را بر کنترل اوضاع مسلط می‌سازد (۲۴،۲۵).

مطالعات بسیاری درباره اثر حفاظتی حمایت اجتماعی بر ابعاد سلامتی از جمله مرگ‌ومیر، بیماری‌های مزمن، افسردگی، مشکلات ادراکی و تندرستی انجام شده است که حاکی از ارتباط مثبت حمایت اجتماعی با بهبود وضعیت سلامت (گروه‌های مختلف از جمله مادران) بوده است (۲۸-۲۵).

با توجه به موارد مطرح‌شده و نظر به اهمیت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مادران (همچون سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی) مطالعه حاضر به تبیین مسیرهای ارتباطی این متغیرها (بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها بر سلامت) پرداخته است.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی- همبستگی جامعه پژوهش مادرانی را شامل می‌شد که برای دریافت خدمات پیشگیری به مراکز بهداشتی

⁴ Functional

⁵ Structural

¹Bain and Hicks

²Structural social capital

³ Cognitive social capital

امتیازبندی سؤالات بر اساس سیستم امتیازدهی "راند" از صفر تا ۱۰۰ است. بر اساس این امتیازدهی نمره ۱۰۰ به بهترین وضعیت سلامت اختصاص می‌یابد و به گزینه‌های ارزیابی ضعیف‌تر سلامت به ترتیب نمرات ۷۵، ۵۰ و ۲۵ تعلق می‌گیرد. در نهایت با جمع امتیازات مخصوص هر خرده مقیاس و تقسیم عدد به دست‌آمده بر تعداد سؤالات همان خرده مقیاس نمره آن خرده مقیاس به دست می‌آید که نمره بالا نشان‌دهنده وضعیت مناسب‌تر می‌باشد. در نهایت امتیازات این هشت خرده مقیاس به دو مؤلفه جسمی و روانی خلاصه می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌های مختلف مناسب گزارش شده است. به‌گونه‌ای که در یک مطالعه آلفای کرونباخ اجزای آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شد (۳۱). در این تحقیق از پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک برای سنجش حمایت اجتماعی دریافتی مادران استفاده شد که علاوه بر سنجش حمایت اجتماعی کارکردی (حمایت عاطفی و حمایت مادی) و ساختاری (شامل اندازه شبکه^۷)، ثبات ارتباطات^۸ و میزان بسامد تماس‌ها^۹ داده‌های توصیفی با ارزشی راجع به ارتباطات حمایتی فرد در یک سال اخیر به دلایل مختلفی از دست‌داده در اختیار قرار می‌دهد که از طریق آن‌ها می‌توان به راحتی به تغییر و تحولاتی که در نظام حمایتی فرد ایجاد شده است، پی برد (۳۲). این ابزار در ایران بومی‌سازی شده است به‌گونه‌ای که مطالعه جلیلیان و همکاران اعتبار و پایایی این پرسشنامه را در جامعه ایرانی مناسب گزارش نموده است، به‌گونه‌ای که ضریب پایایی آن به روش همسانی درونی بین ۰/۹۷ - ۰/۸۴ و روایی این ابزار نیز به روش روایی ملاکی هم‌زمان بین ۰/۶۴ - ۰/۲۲ گزارش شده است (۳۳). تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۸) و ترسیم و برازش مدل با کمک نرم‌افزار AMOS صورت گرفت، همچنین آزمون‌های آماری ضریب همبستگی، کای دو و تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سن مادران در این تحقیق ۳۰/۲ سال با انحراف استاندارد ۷/۱ بود. ۳۷ درصد مادران این تحقیق بی‌سواد بودند. ۸۳ درصد مادران خانه‌دار و تنها ۱۷ درصد از آن‌ها شاغل بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمره سرمایه اجتماعی ساختاری مادران به ترتیب ۹/۸ و ۴/۵ و میانگین و انحراف استاندارد نمره سرمایه اجتماعی شناختی مادران به ترتیب ۲/۳ و ۱/۷ بود. جدول ۱ وضعیت سلامت مادران در دو سنجه کلی

درمانی سیرجان مراجعه نموده بودند. ابتدا از مناطق مختلف جغرافیایی شهر دو مرکز بهداشتی درمانی (مراکز بهداشتی درمانی مکی آباد و زیدآباد) به تصادف انتخاب شدند و سپس با توجه به فهرست ماهانه مادران مراجعه‌کننده و در نظر داشتن سطح اطمینان ۹۵ درصد نمونه تحقیق انتخاب شد. "لولین" و همکاران اشاره دارند به‌زای هر متغیر پنهان حدود ۵۰ نمونه در نظر گرفته شود (۲۹) (از آنجا که در این تحقیق سه متغیر پنهان وجود داشت) بنابراین حجم نمونه ۱۵۰ نفری به نظر کفایت می‌نمود.

برای جمع‌آوری داده‌های این تحقیق از سه پرسشنامه استفاده شد که عبارت بودند از پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی (فرم کوتاه شده پرسشنامه تطبیق یافته سرمایه اجتماعی)، پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک^۶ و پرسشنامه سنجش سلامت SF36.

جهت سنجش سرمایه اجتماعی از فرم کوتاه شده این پرسشنامه استفاده شد. این ابزار سرمایه اجتماعی مادران را در دو بعد ساختاری (عضویت فعال در گروه‌ها، حمایت دریافت شده از شبکه‌ها و پیوستن به سایر اعضای محله برای حل یک قضیه) و شناختی (اعتماد، حس تعلق، سازگاری اجتماعی، انصاف درک شده توسط آن‌ها) می‌سنجد. "دسیلوا" و همکاران این ابزار را تدوین نمودند و روایی صوری، محتوا و روایی سازه این ابزار را در نمونه‌های پژوهشی مورد تأیید قراردادند (۳۰). این پرسشنامه شامل ۱۱ سؤال با پاسخ بلی-خیر می‌باشد که سؤالات ۱ تا ۵ مربوط به سرمایه اجتماعی ساختاری و سؤالات ۶ تا ۱۱ مربوط به سرمایه اجتماعی شناختی است. این ابزار در ایران بومی‌سازی شده است و خواجه دادی و همکاران روایی و پایایی مناسبی برای ابزار گزارش نموده است (۱۹). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد.

در این تحقیق از پرسشنامه SF-36 برای سنجش سلامت مادران استفاده شد، لازم به ذکر است که این پرسشنامه یک سنجه کلی است و در ارزیابی سلامت جمعیت عمومی و جمعیت‌های خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد. از آنجا که تمامی ابعاد سلامت مادران مدنظر این پژوهش بود از این سنجه جامع استفاده گردید تا ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت مادران را تحت پوشش قرار دهد. این ابزار ۳۶ گویه‌ای ۸ خرده مقیاس مربوط به سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد این خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی. مقیاس ارائه‌شده در این پرسشنامه هر یک از این ۸ قلمرو سلامت و نیز دو سنجه خلاصه از سلامت جسمی و روانی را امتیاز می‌دهد.

⁸ Stability of relationship

⁹ Frequency of contact

⁶ Norbeck

⁷ Network size

سلامت جسمی و سلامت روانی و نیز برخورداری از حمایت اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های سلامت و حمایت اجتماعی مادران

انحراف استاندارد	میانگین	سلامت مادران
۲۰/۱	۶۷/۴	خلاصه مؤلفه سلامت جسمی
۲۱/۷	۶۶/۱	خلاصه مؤلفه سلامت روانی-اجتماعی
۱۳/۲	۴۶/۱	حمایت اجتماعی کارکردی
۶/۳	۲۲/۵	حمایت اجتماعی ساختاری (شبکه)

است و پس‌از آن خرده مقیاس‌های عملکرد اجتماعی (۷۰/۳) و ایفای نقش جسمی (۶۶/۳) قرار داشتند. مادران مورد مطالعه در خرده مقیاس سلامت عمومی پایین‌ترین میانگین را کسب نمودند (۵۸/۴).

جدول زیر همبستگی بین دو مؤلفه سلامت جسمی و روانی مادران و متغیرهای حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد:

بر اساس جدول ۱ میانگین نمره خلاصه مؤلفه سلامت جسمی مادران بالاتر از سلامت روانی-اجتماعی آن‌ها بوده است. همچنین مادران حمایت اجتماعی کارکردی بالاتری را در مقایسه با حمایت اجتماعی ساختاری گزارش نموده بودند.

اما در ارتباط با خرده مقیاس‌های سلامت مادران نتایج نشان داد که از میان خرده مقیاس‌های هشت‌گانه، میانگین خرده مقیاس عملکرد جسمی بالاترین نمره (۷۵/۶) را به خود اختصاص داده

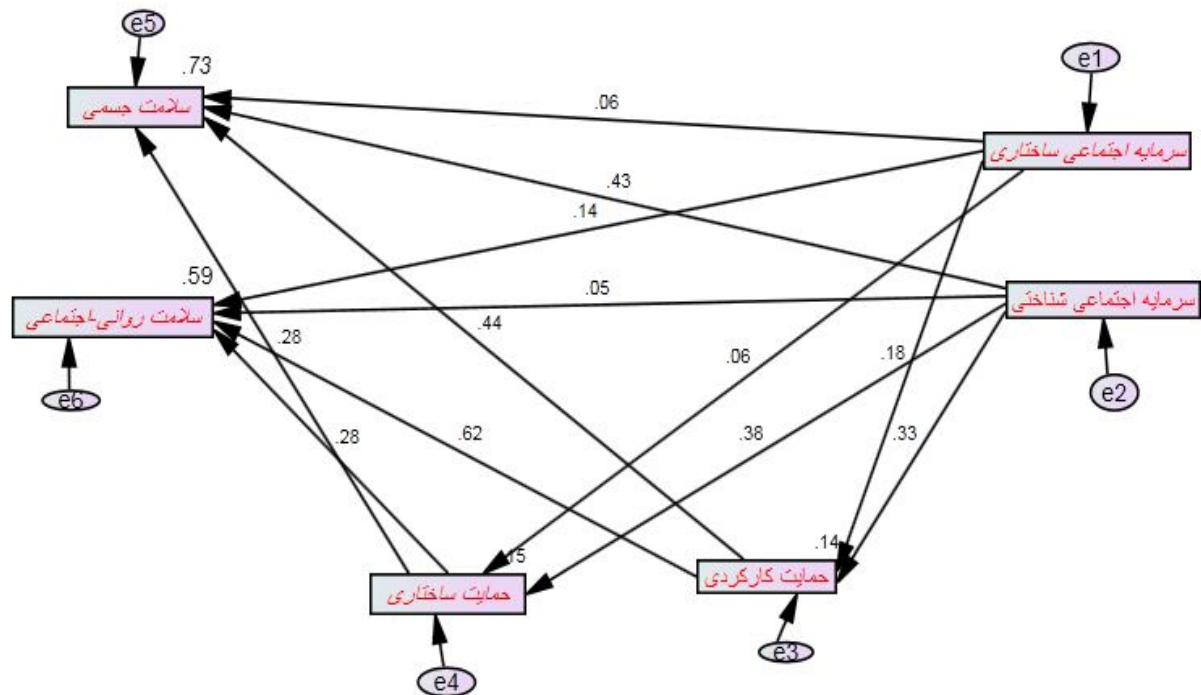
جدول (۲): همبستگی مؤلفه‌های سلامت مادران و متغیرهای حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی

خلاصه مؤلفه سلامت روانی-اجتماعی		خلاصه مؤلفه سلامت جسمی		
معناداری	ضریب همبستگی	معناداری	ضریب همبستگی	
۰/۰۴	۰/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۷	سرمایه اجتماعی ساختاری
۰/۰۰۰	۰/۲۶	۰/۰۴	۰/۲۰	سرمایه اجتماعی شناختی
۰/۰۰۰	۰/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵	حمایت کارکردی
۰/۰۰۰	۰/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۵	حمایت ساختاری (شبکه)

مؤلفه سلامت روانی-اجتماعی مادران توسط سرمایه اجتماعی (ابعاد ساختاری و شناختی) و حمایت اجتماعی (ابعاد حمایت کارکردی و حمایت ساختاری) تبیین شده است. همچنین ضریب تعیین متغیرهای واسطه تحقیق (حمایت کارکردی و حمایت ساختاری) در این مدل به ترتیب ۱۴ و ۱۵ درصد بود به این معنا که حدود ۱۴ درصد از تغییرات متغیر حمایت اجتماعی و ۱۵ درصد از تغییرات متغیر حمایت ساختاری از طریق دو بعد سرمایه اجتماعی قابل تبیین است. ابعاد سرمایه اجتماعی هم به طور مستقیم و هم غیرمستقیم به واسطه حمایت کارکردی و حمایت ساختاری بر سلامت مادران اثرگذارند. شاخص‌های برازش مربوط به این مدل نسبتاً مطلوب گزارش شدند. ($RMSEA=0.05$ ، $GFI=0.84$ ، $AGFI=0.8$ ، $CFI=0.87$ ، $NFI=0.85$).

بر اساس جدول ۲ بین سرمایه اجتماعی ساختاری و نیز سرمایه اجتماعی شناختی با مؤلفه‌های سلامت جسمی و روانی-اجتماعی مادران ارتباط مثبت معناداری وجود دارد، به این معنا با افزایش نمره سرمایه اجتماعی نمره سلامت مادران نیز افزایش می‌یابد. حمایت اجتماعی کارکردی و ساختاری نیز با دو مؤلفه سلامت مادران رابطه مثبت و معناداری دارد. ($p<0.05$).

شکل ۱ و جدول ۳ مدل ساختاری و پارامترهای آن برای تبیین اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی بر دو مؤلفه سلامت مادران را نشان می‌دهد. بر این اساس ضریب تعیین مؤلفه جسمی و مؤلفه روانی-اجتماعی سلامت به ترتیب ۷۳ و ۵۹ درصد است. به عبارتی ۷۳ درصد از تغییرات مؤلفه سلامت جسمی مادران و ۵۹ درصد از تغییرات



شکل (۱): مدل ساختاری اثرگذاری متغیرهای سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت مادران

جدول (۳): ضرایب رگرسیون استاندارد (بتا)، نسبت بحرانی (CR)، مقدار p و اثرات مستقیم و غیرمستقیم هر ضریب مرتبط به مدل

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	p-value	C.R.	ضریب رگرسیون استاندارد	جهت متغیر
۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۵	۱/۶	۰/۰۶	سرمایه اجتماعی ساختاری بر سلامت جسمی
۰/۲۵	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۰۰۳	۳/۰۱	۰/۱۳	سرمایه اجتماعی ساختاری بر سلامت روانی-اجتماعی
۰/۶۸	۰/۲۵	۰/۴۳	۰/۰۰۰	۱۰/۲	۰/۴۳	سرمایه اجتماعی شناختی بر سلامت جسمی
۰/۳۶	۰/۳۱	۰/۰۵	۰/۳	۰/۹	۰/۰۵	سرمایه اجتماعی شناختی بر سلامت

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت گروه‌های مختلف جمعیتی از جمله مادران به طور قابل توجهی به ویژگی‌های روابطشان و ساختارهای حمایت اجتماعی که در آن‌ها زندگی می‌کنند، بستگی دارد (۳۴) این پژوهش ارتباط ساختاری دو تعیین‌کننده مهم اجتماعی سلامت یعنی حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی را بر وضعیت سلامتی مادران سیرجانی مورد بررسی قرار داد.

مطالعه نشان داد که خلاصه مؤلفه جسمی سلامت مادران میانگین بالاتری نسبت به خلاصه مؤلفه روانی-اجتماعی آن‌ها داشت. خواجه دادی (۱۹) هم‌چنین یافته‌ای را در مطالعه خود در زمینه سلامت مادران به دست آورد. این امر می‌تواند حاکی از آن

باشد که برآوردن نیازهای سلامت جسمانی مادران در مقایسه با نیازهای روانی-اجتماعی آن‌ها از اولویت بالاتری برخوردار بوده است (هم از دید خود آن‌ها و هم ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی). با توجه به اینکه سلامت مقوله‌ای چندبعدی است و لزوماً بعد جسمی را در بر نمی‌گیرد این یافته می‌تواند دلالت‌هایی برای اقدامات در زمینه ارتقاء ابعاد روانی و اجتماعی سلامت مادران را به همراه داشته باشد. بر اساس یافته‌ها میانگین حمایت اجتماعی کارکردی مادران بالاتر از حمایت اجتماعی ساختاری (شبکه‌ای) در آن‌ها بود. و حمایت اجتماعی کارکردی همبستگی بالاتری با ابعاد

سلامت داشت (جدول ۲). گروسسی (۱۵)، سوچاروتو^۱ (۱۸) و چنگ^۲ (۳۵) نیز در مطالعه‌شان ارتباط این بعد از حمایت اجتماعی با سلامت را قوی‌تر دیده بودند اما در تحقیق صابر و همکاران (۳۶) بعد ساختاری حمایت اجتماعی میانگین بالاتری داشت. یکی از ابعاد مهم حمایت اجتماعی کارکردی حمایت عاطفی است که از یکسو ملزومات عاطفی و احساسی برای بهزیستی را فراهم می‌کند و از سوی دیگر امکانات مقابله با تنیدگی‌ها، کنترل آن‌ها و تشدید احساس اعتمادبه‌نفس را در مادران به همراه دارد (۳۷). بنابراین چندان دور از انتظار نیست که این بعد از حمایت اجتماعی ارتباط قوی‌تری با ابعاد سلامت در مادران داشته باشد.

بر اساس نتایج مادران دارای کودک مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی سیرجان به نسبت از سرمایه اجتماعی متوسطی برخوردار بودند و هر دو بعد سرمایه اجتماعی (ساختاری و شناختی) ارتباط مثبت و معناداری با مؤلفه‌های جسمی و روانی سلامت داشت. نتایج مطالعاتی در این زمینه این یافته را مورد تأیید قرار می‌دهند (۴۰-۳۸). همان‌طور که اشاره شد سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از شبکه‌ها، هنجارها، ارزش‌ها و ادراکاتی می‌دانند که همکاری درون گروه‌ها و بین گروه‌ها را در جهت کسب منافع متقابل تسهیل می‌کند و این نوع از سرمایه معمولاً به‌صورت نرخ مشارکت افراد در زندگی جمعی و وجود عامل اعتماد در بین آن‌ها بیان می‌شود. تحقیقات نشان داده که سلامتی افراد تا حدودی به ویژگی‌های روابطشان و نیز ساختارهای اجتماعی مرتبط است که افراد در آن زندگی می‌کنند (۳۴) در این ارتباط مطالعه لیندستورم و همکاران نشان داده است که روابطی بین ویژگی‌های محلی/ اجتماعی و امید به زندگی و دسترسی به خدمات سلامت وجود دارد (۴۱). "کاوچی و برکمن" اعتقاد دارند که سرمایه اجتماعی در افراد (از جمله مادران) کانال‌هایی برای توزیع دانش و اطلاعات مرتبط با سلامت فراهم می‌کند و ارتقا سلامت می‌تواند به‌سرعت از طریق شبکه‌های اجتماعی توزیع شوند. همچنین سرمایه اجتماعی به‌عنوان مکانیسمی برای حفظ هنجارهای رفتاری سالم و کنترل اجتماعی بر رفتار آسیب‌رسان به سلامت عمل می‌کند (۴۲).

مدل مربوط به تحقیق نشان داد که سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی توانستند حدود ۷۳ و ۵۹ درصد واریانس سلامت جسمی و روانی-اجتماعی مادران را تبیین کنند. سرمایه اجتماعی علاوه بر اثرگذاری مستقیم بر سلامت، به‌واسطه ابعاد حمایت اجتماعی (به‌عنوان متغیر واسطه) نیز تأثیر مثبت و معناداری بر بهبود سلامت

مادران دارد. این یافته در مطالعات زیادی نشان داده شده است (۴۵-۴۳،۲۵) در این زمینه بایستی اشاره داشت که سرمایه اجتماعی به‌عنوان مجرای برای فرایندهای روانی-اجتماعی عمل می‌کند که این امر شامل توسعه و گسترش حمایت اجتماعی و روابط متقابل می‌باشد و چنین هنجارهایی می‌تواند در قالب خودکارآمدی و خودسازماندهی تعبیر گردد و در نهایت اتخاذ رفتارهای سالم را به همراه داشته باشد. به نظر می‌رسد که نقش واسطه حمایت اجتماعی برای سرمایه اجتماعی و سلامت در مادران می‌تواند کارکردهای مهمی برای سلامت و کیفیت زندگی مادران داشته باشد. درون این ارتباطها مادران می‌توانند به خدمات سلامت، دانش و اطلاعات دسترسی داشته باشند که تمام این موارد مزایایی را برای سلامتی خودشان و فرزندانشان به همراه دارد (۱۸). نتیجه مطالعه‌ای در اندونزی این موضوع را نشان داده است (۴۶). از سوی دیگر نفوذ اجتماعی به‌عنوان روابطی عمودی توصیف می‌شود که شخص را به جایگاه اجتماعی متفاوت و سودمندتری هدایت می‌کند و بر این اساس به نظر می‌رسد مادری که از حمایت اجتماعی درک شده مناسبی برخوردارند (روابط قوی روزمره با خانواده، دوستان و شبکه‌های اجتماعی) ممکن است از این نفوذ اجتماعی برای بهره‌مندی از شبکه‌های اجتماعی اساسی بهره‌مند شوند که این امر منجر به اتصالات اجتماعی قدرتمندی گردد و در نهایت اطلاعات، منابع و فرصت‌های جدیدی را برای بهبود و ارتقا سلامت جسمی و روانی خود به وجود آورد (۴۷)

این مطالعه نشان داد زمانی که مادران شبکه اجتماعی (سرمایه اجتماعی) بزرگ‌تری داشته باشند فرصت‌های بیشتری برای استفاده از اشکال مختلف حمایت اجتماعی جهت بهبود سلامتی‌شان دارند. مطابق با یافته‌های دیگر (۴۸) بر طبق نظر توتیس^۳ (۴۹) وجود یک شبکه اجتماعی از تعاملات ضروری است اما وجود فاکتورهای حمایتی برای اثرگذاری بهتر این شبکه‌ها بر وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مورد نیاز است.

نتیجه‌گیری: این مطالعه اهمیت لحاظ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (شامل سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی) بر سلامت مادران را نشان داد، همچنین نقش تعدیل‌کننده و ضربه‌گیر حمایت اجتماعی (در شرایط استرس‌زا) در ارتباط با سلامت مورد تأیید قرار گرفت. تبیین بیشتر بعد سلامت جسمانی مادران (نسبت به بعد روانی-اجتماعی) توسط متغیرهای تحقیق می‌تواند دلالت‌های کاربردی برای برنامه ریزان حوزه رفاه و سلامت مادران به همراه داشته باشد. در این راستا لزوم توجه به ابعاد عاطفی و

3 - Thoits

1 - Sujarwoto

2 - Cheng

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده اند، اعلام می‌دارند.

انگیزشی مادران، برنامه‌هایی جهت تعمیق بیشتر مداخلات روانی-اجتماعی سلامت و توجه بیش‌ازپیش به تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت پیشنهاد می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی نقش متغیرهای واسط دیگری چون سبک زندگی و استرس‌ورهای روانی-اجتماعی بر سلامت مادران بررسی گردد.

References:

1. Barooti E, Sadeghi N, Karimi-Zarchi M, Soltani HR, New results regarding Trends in Iranian women's health and a comparison with WHO data. Clin Exp Obstet Gynecol 2011, 38(4):390-3.
2. World Bank. World development indicator 2012. Washington, DC: World Bank; 2012.
3. Save The Children. Women On The Front Lines Of Health Care. State Of The World's Mothers; 2010.
4. James CV, Salganicoff A, Thomas M, Ranji U, Lillie-Blanton M, Wyn R. Putting women's health care disparities on the map: examining racial and ethnic disparities at the state level, 2009. [http://www.kff.org/minorityhealth/7886.cfm]
5. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: 2012.
6. Denton M, Prus S, Walters V: Gender differences in health. A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health 2004, Soc Sci Med; 58(12):2585-600.
7. Chappell NL, Funk LM. Social capital: does it add to the health inequalities debate? 2010, Soc Indic Res; 99:357-73.
8. Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. Soc Sci Med 1994;39(2):233-45.
9. Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. J democracy 1995;6(1):65-78.
10. Poortinga, W. Social Capital: An Individual or Collective Resource for Health?. Soc Sci Med 2006; 62(2):292-302.
11. Harpham T. The measurement of community social capital through surveys. In: Kawachi I, Subramanian S, Kim D, eds. Social capital and health. New York: Springer; 2010. P.51:62.
12. Scheffler RM, Brown TT. Social capital, economics, and health: new evidence. Health Economics. Policy Law 2008; 3:321-31.
13. Baum FE, Ziersch AM. Social capital. J Epidemiol Community Health 2003, 57(5):320-323
14. Kheyrollahpour A. Factors affecting mental health with emphasize on social capital: A case report on students of Shahid Beheshti University. (Dissertation). Tehran: University of Shahid Beheshti; 2004. (Persian)
15. Garousi S, Shabestari SH. The study of relationship between social capital and quality of life among female household in Kerman. Iran J Soc Stud 2011; 5(1):1.16. (Persian)
16. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. J Epidemiol 2012;22(3):179-87.
17. Story W. Social capital and the utilization of maternal and child health services in India: A multilevel analysis. Health Place 2014; 28: 73-84.
18. Sujarwoto S, Tampubolon G. Mother's social capital and child health in Indonesia. Soc Sci Med 2013;91:1-9.
19. Khajedadi A, Sharifian M, Shian M, Krimlo M. The relationship between social capital and Mother's health. Social Welfare Q 2008; 8(30):83-93. (Persian)
20. Chuang YC, Chuang KY. Gender differences in relationships between social capital and individual

- smoking and drinking behavior in Taiwan. *Soc Sci Med* 2008; 67: 1321-30.
21. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38(5):300-14.
 22. Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res* 2003; 12: 25-31.
 23. Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman HM. measuring the functional components of social support. The Hague, Holland: Springer Netherlands; 1985
 24. Sammarco A, Konecny LM. Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2008; 35:844-9.
 25. Khan A, Husain A. Social support as a moderator of positive psychological strengths and subjective well-being. *Psychol Rep* 2010; 106, 534-8.
 26. Bovier PA, Chamot E, Perneg TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults, *Qual Life Res* 2004; 13(1):161-70.
 27. Yalcin I. Social support and optimism as predictors of life satisfaction of college student. *Int J Adv Counsel* 2011; 33: 79-87.
 28. Zimmer Z, Chen F. Social support and change in depression among adult in Taiwan. *J Appl Gerontol* 2011; 1-19.
 29. Loehlin John C. Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis. Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1998.
 30. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community health* 2005;59(8):619-27.
 31. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The short form health survey(SF-36): Translation and validation of the Iranian version. *Quarterly Payesh* 2005; 5(1):49-56. (Persian)
 32. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. Further development of the Norbeck social support questionnaire: normative data and validity testing. *Nurs Res J* 1983;32(1):4-9.
 33. Jalilian A, Rafiey H. Evaluation of reliability and validity of the persian version of Norbeck' social support tool (Dissertation). Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009. (Persian)
 34. Cattell V. Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Soc Sci Med* 2001;52:1501-16.
 35. Cheng H, Sit J, Chan C, So W. Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. *Euro J Oncol Nurs* 2013;17:788-896.
 36. Saber M, Nosratabadi M. Social support and health-related quality of life in elderly people covered by the Welfare organization of Kerman city. *Jf Health Develop* 2014; 3(3):189-98. (Persian)
 37. Krause N. Stress and the devaluation of highly salient roles in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54(2):S99-108.
 38. Almedom A. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Soc Sci Med* 2005; 61:643e694.
 39. Bouchard L, Gilbert A, Laundry R. Social capital, health, and Francophone minorities. *Can J Public Health* 2006; 97(Suppl 2): 16-20.
 40. Iwase T, Suzuki E, Fujiwara T, Takao S, Doi H, Kawachi I. Do bonding and bridging social capital have differential effects on self-rated health? A community based study in Japan. *J Epidemiol Community Health* 2012;66(6):557-62.
 41. Lindstrom M, Mohseni M. Social capital, political trust and self-reported psychological health: A population-based study. *Soc Sci Med* 2009; 68: 436-43.

42. Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
43. Li C-C, Chen M-L, Chang T-C, Chou H-H, Chen M-Y. Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19(5):486-94.
44. Lim J-W, Zebrack B. Social networks and quality of life for long-term survivors of leukemia and lymphoma. *Support Care Cancer* 2006;14(2):185-92.
45. So WK, Leung D, Ho SS, Lai E, Sit JW. The association between social support, prevalent symptoms, health-related quality of life in Chinese women undergoing treatment for breast cancer. *Euro J Oncol Nurs* 2013; 17 (4), 442-8.
46. Beard V. Individual determinants of participation in community development in Indonesia. *Environment and Planning C: Govern Policy* 2005; 23(1): 21-39.
47. Woolcock M. social capital and economic development, toward a theatrical synthesis and policy framework. *Theory Soc* 1988; 27.
48. Friedman LS, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Romero C, Husain I. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncol* 2006; 15, 595-603.
49. Thoits PA. Stress, coping and social support process: where are we? What next? *J Health Soc Behav* 1995; 53-79.

EXPLORING THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL CAPITALS, AND SOCIAL SUPPORT WITH MOTHER'S HEALTH IN MOTHERS REFERRING TO HEALTH CENTERS OF SIRJAN CITY: A STRUCTURAL MODEL

Nosratabadi M¹, Halvaiepour Z^{2*}, Sadeghi R³

Received: 9 Jul, 2015; Accepted: 20 Sep, 2015

Abstract

Background & Aims: Improving mother's health can lead to socio-economic development of any society. In this regard, social support and social capital are important determinants of health. The present study tends to examine the path analysis of these social determinants on Physical and Psych-social dimensions of mothers' health in Sirjan city.

Materials & Methods: In this descriptive-correlation study, 150 mothers (who were referred to health centers in Sirjan) were selected using random sampling. Three questionnaires measuring social capital, social support and Health (SF-36) were employed to collect data. The data were analyzed by SPSS and AMOS Softwares.

Results: The findings of the current study revealed the higher score of physical component summary of health than psychosocial component. Social capital and social health had significant and direct relation with both dimensions of mother's health ($p < .05$). Social capital due to social support affected mother's health, in addition of having direct effect. The final model showed that 73% of physical health, and 59% psychosocial health variance were attributed to social support and social capital.

Conclusion: This study revealed mediator effect of social support in relation to maternal health. In this regard developing plans to promote mothers psycho-social health, and paying more attention to the role of social relationships and protective factors is recommended.

Keywords: Social capital, Social support, Mother's health

Address: Sirjan School of Medical Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Sirjan, Iran

Tel: (+98) 9193125326

Email: halvaiepourzohreh@gmail.com

¹ Assistant professor, Department of Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² M.Sc. in Clinical Psychology, Sirjan School of Medical Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Sirjan, Iran. (Corresponding Author).

³ M.Sc. in Health education and promotion, Sirjan School of Medical Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Sirjan, Iran.