

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان  
دانشکده ادبیات و علوم انسانی  
گروه علوم اجتماعی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی گرایش جامعه‌شناسی

بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران  
دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر خرم‌آباد

استاد راهنما  
دکتر وحید قاسمی

استاد مشاور  
دکتر احمد رضا زمانی

پژوهشگر  
مریم قاسمی پور

آرشیو اطلاعات مرکز علمی بزرگ  
تهران مرکز

۱۳۸۸ / ۴ / ۶

اسفندماه ۱۳۸۷

۱۱۵۰۲۹

کلیه حقوق مادی و معنوی مترتب بر نتایج مطالعات،  
ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقق موضوع این  
پایان‌نامه متعلق به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
می‌باشد.



دانشگاه اصفهان  
دانشکده ادبیات و علوم انسانی  
گروه علوم اجتماعی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی گرایش جامعه‌شناسی  
خانم مریم قاسمی پور

تحت عنوان

بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی  
مراجعه کننده به درمانگاه های شهر خرم آباد

در تاریخ ۸۷/۱۲/۲۰ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

با مرتبه‌ی علمی استادیار امضاء

دکتر وحید قاسمی

استاد راهنمای پایان نامه

با مرتبه‌ی علمی دانشیار امضاء

دکتر احمدرضا زمانی

استاد مشاور پایان نامه

با مرتبه‌ی علمی استادیار امضاء

دکتر بهجت یزدخواستی

استاد داور داخل گروه

با مرتبه‌ی علمی دانشیار امضاء

دکتر زیبا فرج‌زادگان

استاد داور خارج از گروه

امضای مدیر گروه

« من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق »

اکنون که به خواست خدا و لطف بیکران خالق یکتا، مراحل تحقیق انجام و تدوین آن به اتمام رسیده است، بر خود واجب می دانم که نسبت به کلیه بزرگواران، اساتید محترم و دوستان عزیز که در طول انجام این تحقیق برای اینجانب حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی گسترده ای را فراهم نمودند، مراتب قدردانی و سپاس خویش را ابراز نمایم:

جناب آقای دکتر وحید قاسمی استاد محترم راهنما که بدون راهنمایی و توجه ایشان به ثمر رسیدن این پژوهش امکان پذیر نبود و در تمام مدت این دوره تحصیلی و مراحل مختلف انجام تحقیق، از راهنمایی های بی شائبه ایشان بهره برده ام.

جناب آقای دکتر احمد رضا زمانی استاد مشاور محترم که از پیشنهادات سازنده و نظرات علمی و ارزنده ایشان در تمام مراحل تحقیق برخوردار بوده ام.

سرکار خانم نوح جا پرستار محترم شاغل در بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد که در اجرای این تحقیق مرا یاری نمودند.

در ادامه از خانم دکتر کارمن ساموئل حاج استاد دانشگاه کارولینای شمالی به خاطر ارسال چندین مقاله و پرسشنامه در مورد حمایت اجتماعی تشکر می کنم.

خانواده عزیزم که صبر و بزرگواری و کمک های بی دریغ آنها، پشتوانه مسیرم بوده است. همچنین، از دوستان عزیزم خانم ها سحر جهانبخش، فاطمه یزدانی و زهرا طاهری به پاس مساعدت بی دریغ شان در تدوین پایان نامه کمال تشکر و قدردانی را دارم و از درگاه خداوند منان برای ایشان سعادت و بهروزی را آرزومندم.

همچنین از حمایت مالی و معنوی مرکز تحقیقات علوم انسانی و سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان از این تحقیق قدردانی می شود.

تقدیم بہ کلیہ مبتلایان بہ دیابت

## چکیده

سرمایه اجتماعی نوعی از سرمایه است که از عناصر تشکیل دهنده آن روابط اجتماعی و عضویت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به عنوان پدیده ای رابطه ای، شکلی مهم از سرمایه اجتماعی است که می تواند با کیفیت زندگی افراد بیمار رابطه داشته باشد. به فرد بیمار و بیماری به دو شیوه می توان پرداخت، یکی جدا از محیط اجتماعی او و دیگری همراه با محیط اجتماعی او. شیوهی اول حوزه هایی را دربر می گیرد که قلمرو موضوعی آنها بدن و روان فرد است و شیوهی دوم حوزه ای را دربر می گیرد که قلمرو موضوعی آن جامعه و محیط اجتماعی است که فرد را دربر می گیرند، شیوهی اول در قلمرو علمی همچون پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی و غیره قرار می گیرد و شیوهی دوم در قلمرو جامعه شناسی قرار می گیرد. قلمرو موضوعی جامعه شناسی، فرد بیمار و بیماری او را در ارتباط با جامعه در نظر می گیرد. از دیدگاه جامعه شناسی، بیماری بر اساس ویژگی ها، نوع جامعه و نحوه ارتباط افراد با جامعه مورد بررسی قرار می گیرد. با توجه به این دو قلمرو پرداختن به بیماری، یعنی قلمرو «بدن و روان» و قلمرو «فرد درگیر در جامعه» می توان با نگاه تلفیقی و با در نظر گرفتن اینکه اولی (بدن و روان) در بستر دومی (جامعه) قرار گرفته است گفت فرد در عین اینکه برای خود بیمار است برای جامعه و در ارتباط با آن نیز بیمار است. برخورداری از حمایت اجتماعی امکان حفظ و تداوم سلامتی را ایجاد می کند. حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی است که فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه ها و اجتماعات دارد. هدف این رساله بررسی رابطه ی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین بیماران مبتلا به دیابت می باشد. حمایت اجتماعی بر اساس سطوح روابط اجتماعی افراد بر حسب منابع ساختاری حمایت اجتماعی و کارکردهای حمایت اجتماعی مفهوم سازی و عملیاتی شده است. منابع ساختاری حمایت اجتماعی دربرگیرنده عضویت گروهی، شبکه شخصی، و پیوند قوی هستند. کارکردهای حمایت اجتماعی در این تحقیق، شامل سه بعد حمایت های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می باشند. روش تحقیق استفاده شده از نوع رابطه ای است و برای جمع آوری اطلاعات پژوهش، از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به دیابت می باشند که جهت پیگیری درمان بیماری خود به بیمارستان مراجعه می کنند که بر اساس آمار مرکز دیابت در خرم آباد، تعداد این افراد ۱۱۴۶ نفر می باشد. حجم نمونه ۱۵۰ نفر انتخاب شد. نتایج تحلیل رگرسیون، ناشی از سنجش رابطه ی حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی نشان داد که از بین سه منبع ساختاری حمایت اجتماعی، پیوند قوی ( $p=0/15$ ) با کیفیت زندگی رابطه معنی دار ندارد، اما برعکس، دو منبع ساختاری عضویت گروهی ( $r=0/26$ )،  $p=0/001$ ) و اندازه شبکه ( $r=0/28$ )،  $p=0/001$ ) با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنی دار دارند، از بین منابع ساختاری حمایت اجتماعی، اندازه شبکه ( $r=0/28$ )،  $p=0/001$ ) رابطه بیشتری با کیفیت زندگی دارد. بعلاوه بین هر سه نوع کارکردهای حمایت اجتماعی در قالب حمایت عاطفی ( $r=0/25$ )،  $p=0/009$ )، ابزاری ( $r=0/38$ )،  $p=0/001$ ) و اطلاعاتی ( $r=0/28$ )،  $p=0/001$ ) با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد، از بین انواع کارکردهای حمایت اجتماعی، حمایت ابزاری ( $r=0/38$ ) دارای بیشترین رابطه با کیفیت زندگی می باشد.

**کلید واژه ها:** حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، منابع یا ساختارهای حمایت اجتماعی، کارکردهای حمایت اجتماعی، عضویت گروهی، شبکه اجتماعی، پیوند قوی.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول: کلیات پژوهش</b>
۱-۱-۱	تعریف موضوع و بیان مسأله
۱-۲-۱	اهمیت و ضرورت موضوع تحقیق
۳-۱-۱	اهداف تحقیق
۴-۱-۱	فرضیات تحقیق
۵-۱	سؤالات تحقیق
۶-۱	متغیرهای تحقیق
۷-۱	تعریف اصطلاحات و واژگان کلیدی
	<b>فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش</b>
۱-۲	مقدمه
۲-۲	پیوندهای ضعیف و قوی
۱-۲-۲	پیوندهای ضعیف
۲-۲-۲	تیپولوژی مبادلات بر حسب پیوندهای قوی و ضعیف
۳-۲-۲	خویشاوندی
۴-۲-۲	روابط تأهلی
۵-۲-۲	دوستی
۶-۲-۲	ویژگی دوستی های هم جنس
۷-۲-۲	تیپولوژی سطوح دوستی یانگ
۳-۲	شبکه های اجتماع شخصی
۱-۳-۲	تیپولوژی های اجتماع شخصی
۴-۲	جمع بندی
۵-۲	تعریف رابطه اجتماعی
۶-۲	انواع تئوری های شکل گیری روابط اجتماعی
۱-۶-۲	تئوری های تقویت کننده رابطه
۲-۶-۲	تئوری های مبادله و برابری



۴۴	..... ۳-۶-۲ تئوری های تکاملی یا رشد رابطه
۴۶	..... ۴-۶-۲ تئوری های توازن شناختی
۴۷	..... ۷-۲ جمع بندی
۴۸	..... ۸-۲ مدل ها و تئوری های حمایت اجتماعی
۴۹	..... ۱-۸-۲ مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی
۵۰	..... ۲-۸-۲ مدل تأثیر غیرمستقیم یا ضربه گیر
۵۱	..... ۳-۸-۲ مدل سلسله مراتبی - جبرانی
۵۱	..... ۴-۸-۲ مدل تخصیص وظیفه
۵۲	..... ۵-۸-۲ مدل تخصیص کارکردی
۵۲	..... ۶-۸-۲ تئوری کناره گیری از رابطه
۵۳	..... ۷-۸-۲ حلقه های درونی و بیرونی حمایت اجتماعی
۵۴	..... ۸-۸-۲ تئوری های کنشی
۵۷	..... ۹-۸-۲ تئوری های انسجام اجتماعی
۶۰	..... ۱۰-۲ مفروضات تحلیل شبکه
۶۲	..... ۱۱-۲ شبکه شخصی
۶۳	..... ۱۲-۲ ویژگی های شبکه اجتماعی
۶۳	..... ۱-۱۲-۲ ویژگی های ساختاری شبکه
۶۴	..... ۲-۱۲-۲ ویژگی های رابطه ای شبکه
۶۶	..... ۱۳-۲ جمع بندی
۷۱	..... ۱۴-۲ کیفیت زندگی
۷۱	..... ۱-۱۴-۲ تاریخچه و تعریف
۷۲	..... ۲-۱۴-۲ مؤلفه های کیفیت زندگی
۷۳	..... ۳-۱۴-۲ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
۷۳	..... ۴-۱۴-۲ تئوری های کیفیت زندگی
۷۸	..... ۱۵-۲ جمع بندی نظریات و مدل های کیفیت زندگی
۷۹	..... ۱۶-۲ مدل مطالعه
۸۳	..... ۱۷-۲ دیابت
۸۴	..... ۱-۱۷-۲ طبقه بندی انواع دیابت

۸۶	..... ۲-۱۷-۲ تشخیص
۸۷	..... ۳-۱۷-۲ درمان
۸۹	..... ۴-۱۷-۲ عوارض
۹۰	..... ۱۸-۲ پیشینه ی پژوهش
۹۱	..... ۱-۱۸-۲ تحقیقات انجام شده در خارج از کشور
۹۶	..... ۲-۱۸-۲ تحقیقات انجام شده در داخل کشور
۹۸	..... ۳-۱۸-۲ نتیجه گیری مطالعات داخلی و خارجی

## فصل سوم: روش شناسی تحقیق

۹۹	..... ۱-۳ مقدمه
۹۹	..... ۲-۳ روش پژوهش
۱۰۰	..... ۳-۳ جامعه آماری
۱۰۰	..... ۴-۳ تعیین حجم نمونه و روش محاسبه
۱۰۱	..... ۵-۳ شیوه ی نمونه گیری
۱۰۱	..... ۶-۳ تکنیک جمع آوری اطلاعات
۱۰۲	..... ۷-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱۰۳	..... ۸-۳ ابزار تجزیه و تحلیل داده ها
۱۰۳	..... ۹-۳ تعیین اعتبار یا روایی تحقیق
۱۰۴	..... ۱۰-۳ تعیین قابلیت اعتماد تحقیق
۱۰۶	..... ۱۱-۳ زمان و محل تحقیق و محل های نمونه گیری
۱۰۷	..... ۱۲-۳ انتخاب پرسشگران
۱۰۷	..... ۱۳-۳ مشخصات واحدهای مورد پژوهش
۱۰۸	..... ۱۴-۳ تعریف نظری و عملیاتی متغیرها
۱۰۸	..... ۱-۱۴-۳ متغیر مستقل: حمایت اجتماعی
۱۱۵	..... ۲-۱۴-۳ متغیر وابسته: کیفیت زندگی
۱۱۷	..... ۳-۱۴-۳ بیمار دیابتی
۱۱۷	..... ۴-۱۴-۳ متغیرهای زمینه ای

## فصل چهارم: یافته های پژوهش

۱-۴	مقدمه	۱۱۸
۲-۴	یافته های اصلی تحقیق	۱۱۹
۱-۲-۴	یافته های مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی	۱۱۹
۲-۲-۴	یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش	۱۲۱
۳-۲-۴	یافته های استنباطی مربوط به متغیرهای پژوهش	۱۲۳
۳-۴	یافته های جانبی	۱۲۸
۱-۳-۴	توزیع نمونه ها بر حسب میانگین انواع کارکردهای حمایتی، کیفیت زندگی و جنس	۱۲۸
۲-۳-۴	توزیع نمونه ها بر حسب میانگین انواع کارکرد های حمایتی، کیفیت زندگی و سن	۱۲۹
۳-۳-۴	توزیع نمونه ها بر حسب میانگین انواع کارکردهای حمایتی، کیفیت زندگی با پیوند قوی	۱۲۹
۴-۳-۴	توزیع نمونه ها بر حسب میانگین انواع کارکردهای حمایتی، کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال	۱۳۱
۵-۳-۴	توزیع نمونه ها بر حسب میانگین انواع کارکردهای حمایتی، کیفیت زندگی و تحصیلات	۱۳۲
۶-۳-۴	توزیع نمونه ها بر حسب میانگین انواع کارکردهای حمایتی، کیفیت زندگی و مدت ابتلا به بیماری	۱۳۸
۷-۳-۴	توزیع نمونه ها بر حسب میانگین کیفیت زندگی و عضویت و عدم عضویت گروهی	۱۳۹
۸-۳-۴	توزیع نمونه ها بر حسب میانگین کارکردهای حمایت اجتماعی به تفکیک منابع حمایت اجتماعی	۱۴۰
۶-۴	خلاصه یافته ها	۱۴۱

## فصل پنجم: تحلیل نتایج و پیشنهادات

۱-۵	مقدمه	۱۴۳
۲-۵	مرور یافته های اصلی تحقیق	۱۴۳
۳-۵	بحث در مورد یافته های اصلی تحقیق	۱۴۴
۴-۵	مرور یافته های جانبی تحقیق	۱۴۹
۵-۵	بحث در مورد یافته های جانبی تحقیق	۱۵۱
۶-۵	کاربرد یافته ها	۱۵۵
۷-۵	پیشنهادات	۱۵۷
۱-۷-۵	پیشنهادات کاربردی	۱۵۷

صفحه	عنوان
۱۶۰	۲-۷-۵ پیشنهادات پژوهشی
۱۶۱	۸-۵ محدودیت های تحقیق
۱۶۱	۹-۵ ملاحظات اخلاقی
۱۶۳	پیوست
۱۶۷	منابع و مأخذ

## فهرست شکل ها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲: تیپولوژی مبادلات بر اساس مشخصات پیوندهای اجتماعی	۱۸
شکل ۲-۲: طیف خویشاوندی از نظر ولمن	۲۰
شکل ۳-۲: تیپولوژی سطوح دوستی یانگ (۱۹۸۶)	۳۲
شکل ۴-۲: اجتماع به معنای قلمرویی (گروه های اجتماعی) و غیر قلمرویی ( شبکه های اجتماع شخصی )	۳۳
شکل ۵-۲: شبکه اجتماع شخصی به عنوان سیستم اجتماعی	۳۷
شکل ۶-۲: تیپولوژی پیوندهای قوی و ضعیف گرانووتر	۳۸
شکل ۷-۲: رابطه حمایت اجتماعی با سلامتی روانی	۶۶
شکل ۸-۲: آسیب شناسی روانی بر حسب میزانهای فشار و حمایت اجتماعی	۶۷
شکل ۹-۲: اعضای حلقه های حمایتی و جریان منابع حمایتی	۶۹
شکل ۱۰-۲: جایگیری ساختاری و پیامدهای حاصله آن	۷۰
شکل ۱۱-۲: مدل توضیحی کیفیت زندگی لی و دیگران (۱۹۹۸)	۷۵
شکل ۱۲-۲: عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه فرانس	۷۷
شکل ۱۳-۲: مدل کیفیت زندگی زان	۷۷
شکل ۱۴-۲: مدل انسجامی ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی	۸۰
شکل ۱۵-۲: لایه های روابط اجتماعی	۸۰
شکل ۱۶-۲: لایه های روابط اجتماعی و میزان درگیری در پیوندهای ضعیف و قوی	۸۲
شکل ۱-۴: توزیع نمونه ها بر حسب کیفیت زندگی	۱۲۲
شکل ۲-۴: توزیع نمونه ها بر حسب انواع کارکرد های حمایتی	۱۲۳
شکل ۳-۴: نمودار پراکنش همبستگی بین اندازه شبکه و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی	۱۲۴
شکل ۴-۴: نمودار پراکنش همبستگی بین حمایت عاطفی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی	۱۲۶
شکل ۵-۴: نمودار پراکنش همبستگی بین حمایت ابزاری و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی	۱۲۶
شکل ۶-۴: نمودار پراکنش همبستگی بین حمایت اطلاعاتی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی	۱۲۷
شکل ۷-۴: مقایسه میانگین نمره انواع کارکردهای حمایتی بر حسب جنسیت	۱۲۹
شکل ۸-۴: مقایسه میانگین کیفیت زندگی بر حسب تاهل	۱۳۰
شکل ۹-۴: مقایسه میانگین نمره کارکرد عاطفی بر حسب مدرک تحصیلی	۱۳۳
شکل ۱۰-۴: مقایسه میانگین نمره کارکرد ابزاری بر حسب مدرک تحصیلی	۱۳۴

## عنوان

## صفحه

- شکل ۴-۱۱: مقایسه میانگین نمره کارکرد اطلاعاتی بر حسب مدرک تحصیلی..... ۱۳۶
- شکل ۴-۱۲: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب مدرک تحصیلی..... ۱۳۷
- شکل ۴-۱۳: مقایسه میانگین نمره انواع کارکردهای حمایتی بر حسب مدت ابتلا به بیماری..... ۱۳۸
- شکل ۴-۱۴: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب عضویت و عدم عضویت گروهی..... ۱۴۰
- شکل ۵-۱: منابع ساختاری حمایت اجتماعی و لایه های روابط اجتماعی آنها..... ۱۴۵
- شکل ۵-۲: منابع ساختاری حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی آنها بر حسب کمیت پیوندهای ضعیف و قوی..... ۱۴۶

## فهرست جدول‌ها

صفحه	عنوان
۱۰۵.....	جدول ۳-۱: ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد مختلف حمایت اجتماعی.....
۱۰۵.....	جدول ۳-۲: ضریب آلفای کرونباخ حمایت اجتماعی کلی.....
۱۰۶.....	جدول ۳-۳: ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد متغیر کیفیت زندگی.....
۱۰۶.....	جدول ۳-۴: ضریب آلفای کرونباخ کیفیت زندگی کلی.....
۱۱۴.....	جدول ۳-۵: دامنه امتیازات گویه‌های متغیر حمایت اجتماعی.....
۱۱۶.....	جدول ۳-۶: دامنه امتیازات گویه‌های متغیر کیفیت زندگی.....
۱۱۹.....	جدول ۴-۱: توزیع نمونه‌های آماری بر حسب سن به تفکیک جنسیت.....
۱۱۹.....	جدول ۴-۲: توزیع نمونه‌های آماری بر حسب تأهل به تفکیک جنسیت.....
۱۲۰.....	جدول ۴-۳: توزیع نمونه‌های آماری بر حسب وضعیت شغلی به تفکیک جنسیت.....
۱۲۰.....	جدول ۴-۴: توزیع نمونه‌های آماری بر حسب تحصیلات به تفکیک جنسیت.....
۱۲۱.....	جدول ۴-۵: توزیع نمونه‌های آماری بر حسب مدت ابتلا به بیماری دیابت به تفکیک جنسیت.....
۱۲۱.....	جدول ۴-۶: توزیع نمونه‌های آماری بر حسب عضویت در گروه به تفکیک جنسیت.....
۱۲۲.....	جدول ۴-۷: توزیع نمونه‌ها بر حسب کیفیت زندگی.....
۱۲۳.....	جدول ۴-۸: توزیع نمونه‌ها بر حسب انواع کارکردهای حمایتی.....
۱۲۴.....	جدول ۴-۹: ضریب همبستگی بین عضویت گروهی با کیفیت زندگی.....
۱۲۴.....	جدول ۴-۱۰: ضریب همبستگی بین اندازه شبکه با کیفیت زندگی.....
۱۲۵.....	جدول ۴-۱۱: مقایسه میانگین کیفیت زندگی بر حسب تأهل.....
۱۲۵.....	جدول ۴-۱۲: ضریب همبستگی بین انواع کارکردهای حمایتی با کیفیت زندگی.....
۱۲۷.....	جدول ۴-۱۳: رگرسیونهای کیفیت زندگی بر حسب منابع ساختاری حمایت اجتماعی.....
۱۲۸.....	جدول ۴-۱۴: رگرسیونهای کیفیت زندگی بر حسب کارکردهای اجتماعی.....
۱۲۸.....	جدول ۴-۱۵: مقایسه میانگین نمره انواع کارکردهای حمایتی، کیفیت زندگی بر حسب جنسیت.....
۱۲۹.....	جدول ۴-۱۶: ضریب همبستگی بین انواع کارکردهای حمایتی و کیفیت زندگی با سن.....
۱۳۰.....	جدول ۴-۱۷: مقایسه میانگین نمره انواع کارکردهای حمایتی و کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تأهل.....
۱۳۱.....	جدول ۴-۱۸: اختلاف میانگین بین کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تأهل (نتایج آزمون شفه).....
۱۳۱.....	جدول ۴-۱۹: مقایسه میانگین نمره انواع کارکردهای حمایتی بر حسب وضعیت اشتغال.....
۱۳۱.....	جدول ۴-۲۰: اختلاف میانگین بین حمایت عاطفی بر حسب وضعیت اشتغال (نتایج آزمون شفه).....
۱۳۲.....	جدول ۴-۲۱: اختلاف میانگین بین حمایت ابزاری بر حسب وضعیت اشتغال (نتایج آزمون شفه).....

- جدول ۴-۲۲: اختلاف میانگین بین حمایت اطلاعاتی بر حسب وضعیت اشتغال (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۲
- جدول ۴-۲۳: اختلاف میانگین بین کیفیت زندگی بر حسب وضعیت اشتغال (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۲
- جدول ۴-۲۴: مقایسه میانگین نمره کارکرد عاطفی بر حسب مدرک تحصیلی..... ۱۳۳
- جدول ۴-۲۵: اختلاف میانگین بین کارکرد عاطفی بر حسب مدرک تحصیلی (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۳
- جدول ۴-۲۶: مقایسه میانگین نمره کارکرد ایزاری بر حسب مدرک تحصیلی..... ۱۳۴
- جدول ۴-۲۷: اختلاف میانگین بین کارکرد ایزاری بر حسب مدرک تحصیلی (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۵
- جدول ۴-۲۸: مقایسه میانگین نمره کارکرد اطلاعاتی بر حسب مدرک تحصیلی..... ۱۳۵
- جدول ۴-۲۹: اختلاف میانگین بین کارکرد اطلاعاتی بر حسب مدرک تحصیلی (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۶
- جدول ۴-۳۰: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب مدرک تحصیلی..... ۱۳۶
- جدول ۴-۳۱: اختلاف میانگین بین کیفیت زندگی بر حسب مدرک تحصیلی (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۷
- جدول ۴-۳۲: مقایسه میانگین نمره انواع کارکردهای حمایتی، کیفیت زندگی بر حسب مدت ابتلا به بیماری..... ۱۳۸
- جدول ۴-۳۳: اختلاف میانگین بین کارکرد عاطفی بر حسب مدت ابتلا به بیماری (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۹
- جدول ۴-۳۴: اختلاف میانگین بین کارکرد ایزاری بر حسب مدت ابتلا به بیماری (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۹
- جدول ۴-۳۵: اختلاف میانگین بین کیفیت زندگی بر حسب مدت ابتلا به بیماری (نتایج آزمون شفه)..... ۱۳۹
- جدول ۴-۳۶: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب عضویت و عدم عضویت گروهی..... ۱۳۹
- جدول ۴-۳۷: میانگین نمره هر سؤال و خطای معیار آنها در حمایت اجتماعی از سوی خانواده و منابع حمایتی دیگر..... ۱۴۰



## فصل اول

### کلیات تحقیق

#### ۱-۱ تعریف موضوع و بیان مسأله

سرمایه اجتماعی<sup>۱</sup> نوعی از سرمایه است که از عناصر تشکیل دهنده ی آن روابط اجتماعی و عضویت اجتماعی اند. حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> به عنوان پدیده‌ای رابطه‌ای (Lin et. al, 2000; 35) شکلی مهم از سرمایه اجتماعی است که می‌تواند با کیفیت زندگی افراد بیمار رابطه داشته باشد.

در حوزه ی پزشکی، با رویکرد تخصصی خود به توضیح بیماری پرداخته اند، لذا توجه آنها صرفاً به فرد بیمار و اختلالات یا عوارض ناشی از بیماری است. در این حوزه با تشخیص بیماری، در پی درمان اقدام می‌کنند. زمینه و محیط اجتماعی که فرد بیمار در آن قرار دارد از سوی حوزه ی مذکور کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. این حوزه ها از قلمرو بدن، ذهن، مغز و رفتار فرد به زمینه محیطی که فرد در آن قرار می‌گیرد کمتر حرکت کرده اند. زمینه ی محیطی که فرد به همراه بدن و روان خود در آن قرار دارد جامعه است. جامعه و خصایل آن بر فرد اثر می‌گذارد و فرد را تابعی از روابط او با خود بر حسب امکانات و محدودیت هایش می‌کند. ماهیت جوامع بر فرصت ها و مضایقی که افراد با آن برخورد می‌کنند اثر می‌گذارد (Wellman, 1999; 3- 6).

---

1 - Social capital

2 - Social support

به فرد بیمار و بیماری به دو شیوه می‌توان پرداخت. یکی جدا از محیط اجتماعی او و دیگری همراه با محیط اجتماعی او. شیوه‌ی اول حوزه‌هایی را دربرمی‌گیرد که قلمرو موضوعی آنها بدن و روان فرد است و شیوه‌ی دوم حوزه‌ای را دربرمی‌گیرد که قلمرو موضوعی آن جامعه و محیط اجتماعی است که فرد را دربرمی‌گیرند. شیوه‌ی اول در قلمرو علمی همچون پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی و غیره قرار می‌گیرد و شیوه‌ی دوم در قلمرو جامعه‌شناسی قرار می‌گیرد. قلمرو موضوعی جامعه‌شناسی، فرد بیمار و بیماری او را در ارتباط با جامعه در نظر می‌گیرد. از دیدگاه جامعه‌شناسی، بیماری بر اساس ویژگی‌ها، نوع جامعه و نحوه ارتباط افراد با جامعه مورد بررسی قرار می‌گیرد. با توجه به این دو قلمرو پرداختن به بیماری، یعنی قلمرو «بدن و روان» و قلمرو «فرد درگیر در جامعه» می‌توان با نگاه تلفیقی و با در نظر گرفتن اینکه اولی (بدن و روان) در بستر دومی (جامعه) قرار گرفته است گفت فرد در عین اینکه برای خود بیمار است برای جامعه و در ارتباط با آن نیز بیمار است (محسنی، ۱۳۷۶: ۲۳).

دیابت، بیماری مزمن و پیشرونده‌ای است که باعث ناتوانی و مرگ و میر زودرس می‌شود. دیابت بین ۶ تا ۱۵ درصد افراد جامعه را درگیر می‌کند و نیمی از این موارد ناشناخته‌اند و تشخیص داده نمی‌شوند. دیابت نوع ۱ و نوع ۲، دو شکل اصلی و مهم این بیماری مزمن هستند و به ترتیب در حدود ۱۰ و ۹۰ درصد از کل جمعیت دیابتی‌ها را درگیر کرده‌اند (Heine, 1999: 266).

دیابت وابسته به انسولین، یکی از بیماری‌های مزمن دوران کودکی است، که بیشتر در بین سنین ۷ تا ۱۵ سال آغاز می‌شود، هر چند که امکان ایجاد آن در هر سنی وجود دارد. تا کنون برای دیابت نوع ۱ هیچ عامل پیشگیری‌کننده‌ای شناخته نشده است.

بروز سالانه دیابت نوع ۱ را در ایران ۳/۷ مورد در هر صد هزار نفر برآورد کرده‌اند. این رقم در سراسر جهان از ۱ تا ۳۵ مورد در هر صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۴ سال متغیر است و همچنین طبق آخرین بررسی‌های انجام شده در ایران، حدود ۷/۴٪ از افراد بالای ۳۰ سال مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند (کسبخی و همکاران، ۱۳۸۶: ۵۵).

این وضعیت در نگاه این مطالعه به لحاظ فراگیری آن و دربرگرفتن بخش قابل توجهی از اعضاء جامعه جنبه‌ی اجتماعی دارد و از این رو مرتبط با رابطه فرد با جامعه است. حمایت اجتماعی در این مطالعه متغیر مستقل و توضیح دهنده‌ای است که کیفیت زندگی را به عنوان پیامد اجتماعی نقصان یا کاهش در حمایت اجتماعی در نظر می‌گیرد.

برخورداری از حمایت اجتماعی طبق مطالعات گذشته، امکان حفظ و تداوم سلامتی را ایجاد می‌کند. این برخوردارگی از حمایت اجتماعی به نحوی است که می‌توان به بیان ریاضی سلامتی را به عنوان تابعی خطی از

میزان حمایت اجتماعی در نظر گرفت. به عبارتی هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد سطح سلامتی افزایش پیدا می‌کند و بالعکس، هر چه میزان حمایت اجتماعی کاهش یابد سطح سلامتی کاهش می‌یابد. از این نگاه سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است.

وایس (19; weis, 1974) شرایط برخورداری از سلامتی را مرتبط با حمایت اجتماعی در نظر می‌گیرد. او شش دسته عناصر رابطه‌ای تحت عنوان دلبستگی، انسجام اجتماعی، فرصت رفتار پرورش دهنده، اطمینان از ارزش داشتن، احساس پیوند قابل اعتماد و راهنمایی در موقعیت‌های فشارزا را معرف حمایت اجتماعی می‌داند. از نظر وایس افراد می‌باید برخی از این عناصر رابطه‌ای را برای ایجاد شرایط لازم سلامتی شان حفظ کنند.

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 زمینه ساز و بستر شکل‌گیری روابطی است که فرد می‌تواند داشته باشد. لذا برای داشتن رابطه می‌باید با جامعه ارتباط برقرار کرد، یکی از طریق روابط اجتماعی با دیگران و دیگری از طریق عضویت اجتماعی در اجتماعات، که این دو نحو ارتباط با جامعه دامنه روابط اجتماعی فرد را برای بدست آوردن حمایت اجتماعی تعیین می‌کند. کاهش این دامنه کاهش میزان حمایت اجتماعی را به دنبال دارد (چلیبی، ۱۳۷۵: ۷۸).

دگرگونی‌های اجتماعی چند دهه‌ی گذشته در شکل‌گسترش و رشد شهرها، افزایش روند صنعتی شدن، بسط و گسترش بوروکراسی و نهادهای اداری، افزایش فرآیند عقلانیت در سطوح کلان و خرد، رشد وسایل و امکانات حمل و نقل و ارتباطات، جامعه را با تحول همراه کرده است.

این دگرگونی‌ها حال چه به عمد در شکل برنامه‌های توسعه اقتصادی- اجتماعی و چه ناعمد در اثر کارکردهای ناخواسته و پنهان سیاست‌های رشد و توسعه اقتصادی در نظر گرفته شود، جامعه را در کلیت خود دچار دگرگونی کرده‌اند. از پیامدهای این دگرگونی‌ها تغییر در نوع ارتباط و اتصال فرد با جامعه است.

مجموع این دگرگونی‌ها به نظر می‌رسد که بر روابط اجتماعی و عضویت‌های اجتماعی افراد اثر گذاشته است. افرادی که در طی این دگرگونی‌ها، با جامعه اتصالاتشان ضعیف‌تر شده است: اولاً به علت تضعیف و کاهش روابطشان، حمایت اجتماعی شان گمان می‌رود با کاهش مواجه شده است. این افراد چنین برمی‌آید که در روابطشان با دیگران پارسال دوست، امسال آشنا و سال آینده غریبه را داشته‌اند، روابطی که از سطح پیوندهای قوی به ضعیف و سپس امحاء رابطه گرایش پیدا کرده‌اند. این در حالی است که میزان حمایت اجتماعی به لحاظ محتوا و کمیت، فرآیندی معکوس را دنبال می‌کند. دوستان نسبت به آشنایان و آشنایان نسبت به غریبه‌ها حمایت بیشتری را برای افراد فراهم می‌کنند. بر این اساس گمان می‌شود که روابط به سمت

ابزاری شدن حرکت کرده اند. تضعیف روابط همراه با کاهش منابع حمایت اجتماعی آن، کاهش کیفیت زندگی را برای افراد دربر دارد. هاوس (House, 1981) ارتباط روابط اجتماعی با سلامتی را علی می‌داند. او جریان علی را از روابط اجتماعی به سلامتی در نظر می‌گیرد تا برعکس. ثانیاً افرادی که به علت تضعیف شدن روابطشان، حمایت اجتماعی مورد نیاز را ندارند قادر به بسیج امکانات لازم در برخورد با معضلات و مشکلات خود نیستند.

عوامل متعددی ممکن است بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر گذار باشد، افراد بیماری که سختی‌ها و مشکلات جسمی و روانی بیشتری نسبت به دیگر بیماران احساس می‌کنند و کیفیت زندگی پائین تری را اظهار می‌دارند، شاید دلالت بر این امر داشته باشد که چنین افرادی ارتباطشان با جامعه گسیخته شده است، و دچار فقدان روابط و به تبع آن کمبود حمایت اجتماعی هستند و چنین افرادی در مقابل شدايد و ناملايمات اجتماعی و بحران‌های اقتصادی آسیب پذیرترند. شواهدی نیز که از مطالعات مختلف بدست آمده نشان دهنده این است که حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی فشارهای روانی فراوان ناشی از محیط و جامعه داشته باشد. همینطور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود (Callaghan & Morrissey, 1993; 18).

در این مطالعه روابط اجتماعی قوی و ضعیف افراد در خویشاوندی، دوستی و آشنایی و عضویت‌های اجتماعی آنها در قالب ساختارهای اجتماعی قلمرویی و غیر قلمرویی و کارکردهای حمایتی این ساختارها بررسی می‌شود. لذا در این پژوهش قصد بر آن است که ضمن تعیین میانگین نمره ی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران دیابتی، رابطه بین این دو مفهوم نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

## ۱-۲ اهمیت و ضرورت موضوع تحقیق

سلامت فردی بنیان زندگی اجتماعی است و در زندگی اجتماعی سازمان یافته سلامتی برای حفظ فرد جنبه ی حیاتی دارد (Hughes et. al, 1999; 30-32). دیابت به عنوان یکی از بیماری‌ها، پیامدهای قابل توجهی را به همراه دارد. این پیامدها، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی برای جامعه اثرات گسترده‌ای را به جا می‌گذارد. بیماری، ارزش اجتماعی مهمی را نقض می‌کند: ارزش سلامتی.