ارتباط سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

نظام هاشمی[۱]، احمد سوری[۲]، جمال عاشوری[۳*]

۱. استادیار روانشناسی، دانشگاه علوم انتظامی، گروه روانشناسی، تهران، ایران.
۲. دانشیار روانشناسی، دانشگاه علوم انتظامی، گروه روانشناسی، تهران، ایران.
۳. دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران.

*نویسنده مسئول: جمال عاشوری - پست الکترونیکی:jamal_ashoori@yahoo.com

فصلنامه علمی- پژوهشی پرستاری دیابت - زمستان۱۳۹۴؛۴(۱): ۵۳-۴۳

چکیده

مقدمه و هدف: سلامت عمومی بیماران دیابت نوع دو تحت تاثیر متغیرهای روانشناختی زیادی است که از مهمترین آنها می توان به حمایت سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی اشاره کرد. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر پاکدشت در سال ۱۳۹۴ بودند. در مجموع ۱۲۰ بیمار با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. همه آنان پرسشنامه های سرمایه اجتماعی، سرسختی روانشناختی و سلامت عمومی را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ به روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: سرمایه اجتماعی (r=-۰/۴۷) و سرسختی روانشناختی (r=-۰/۳۴) با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط منفی و معنادار داشتند. در یک مدل پیش بین سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی توانستند ۳۷/۲ درصد از تغییرات سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را پیش بینی کنند که در این پیش بینی سهم سرمایه اجتماعی بیشتر از سرسختی روانشناختی بود (P≤۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می شود مشاوران و درمانگران برای بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی آنان را افزایش دهند. همچنین برنامه ریزان باید به نشانه های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه های مناسبی برای بهبود سلامت عمومی این بیماران طراحی کنند.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی، سرسختی روانشناختی، سلامت عمومی، دیابت نوع دو

تاریخ دریافت:۹۴/۰۷/۲۹ **تاریخ پذیرش ۹۴/۰۹/۰۱**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

مقدمه

دیابت یک بیماری متابولیک مزمن و یک مشکل بهداشتی عمده محسوب می شود که به ویژه در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (۱). آمار بیماران مبتلا به دیابت در جهان بیش از ۲۵۰ میلیون نفر است و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ به میزان ۳۵۰ میلیون و در سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد(۲). ماهیت مزمن بیماری دیابت بر جسم و روان بیمار فشار زیادی را وارد می‌کند. فشارهای روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی در مقابل آن مصونیت نداشته است. این خطری است که بشر را دائم تهدید می‌کند، ولی در قرن بیست یکم شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی و مسائل مربوط به سلامتی دستخوش تغییر و دگرگونی شده است و تأثیر زیادی بر سلامت عمومی (General Health) افراد گذاشته است. همچنین یکی از آشکارترین مسائلی که در جوامع در حال رشد و پیشرفت به خطر می‌افتد و ذهن هر شخصی را مشغول می‌سازد، مسأله سلامت عمومی است(۳). سلامت عمومی عبارت است از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد که بین این سه جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود داشته باشد(۴). فردی از سلامت عمومی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و با فشارهای زندگی مقابله نماید(۵). با توجه به پیشینه پژوهشی از مهمترین متغیرهای مرتبط با سلامت عمومی می توان به سرمایه اجتماعی (Social Capital) و سرسختی روانشناختی (Psychological Hardiness) اشاره کرد. یکی از عوامل مرتبط با سلامت عمومی، سرمایه اجتماعی است. در سال‌های اخیر سرمایه اجتماعی به یک مفهوم بسیار مرسوم تبدیل شده است. سرمایه اجتماعی مفهومی چند بعدی در علوم اجتماعی است که بر بسیاری از حوزه های روانشناختی شخص و جامعه تأثیر می‌گذارد(۶). سرمایه اجتماعی به عنوان وجوهی از زندگی اجتماعی، شبکه ها، هنجارها و اعتماد اجتماعی تعریف می‌شود که به مشارکت کنندگان توانایی می‌دهد تا برای دنبال کردن اهداف مشترک با همدیگر به طور مؤثرتر عمل کنند(۷). سرمایه اجتماعی منابعی است که میراث روابط اجتماعی هستند و فعالیت‌های به ویژه فعالیت‌های جمعی در خانواده یا هر نظام دیگری را تسهیل می‌کنند. این منابع از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند و دربرگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی است و باعث دور هم جمع شدن افراد به صورت منسجم و باثبات در داخل گروه به منظور تأمین هدفی مشترک می‌شود (۸). به طور خلاصه پژوهش‌ها نشان دادند که سرمایه اجتماعی با سلامت عمومی ارتباط مثبت و معنادار دارد(۹،۱۰،۱۱). برای مثال شجاع و همکاران ضمن پژوهشی درباره بررسی سلامت روان و روابطه آن با سرمایه اجتماعی به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روان و سرمایه اجتماعی ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد (۹). همچنین موراماتسو و همکاران در پژوهشی ضمن بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت روان به این نتیجه رسیدند که با افزایش سرمایه اجتماعی، سلامت روان افزایش می یابد و بین این دو متغیر ارتباط مستقیم معنادار وجود دارد (۱۱). یکی دیگر از عوامل مرتبط سلامت عمومی، سرسختی روانشناختی است. سرسختی اولین بار توسط کوباسا مطرح گردید. وی اذعان داشت که این ویژگی به عنوان گروهی از ویژگی های شخصیتی است که یک منبع مقاومت را در مواجهه با رویدادهای استرس زای زندگی فراهم می کند. افراد

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

سرسخت قدرت کنترل بر وقایع زندگی را دارند و به جای دوری از مشکلات آنها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می کنند. به عبارت دیگر افراد سرسخت نه تنها خود را قربانی تغییر نمی پندارند، بلکه خود را عامل تعیین کننده نتایج حاصل از تغییر می‌دانند (۱۲). افراد دارای سرسختی قادر به حل کارآمد چالش‌ها و استرس‌های بین فردی هستند و در مواجهه با حوادث از آن به عنوان منبع مقاومت مانند سپری محافظ استفاده می‌کنند. همچنین این افراد به آنچه انجام می دهند متعهدترند، وقت خود را صرف هدف می‌کنند، احساس تسلط بر اوضاع دارند و خودشان را عامل مهمی در ایجاد تغییرات زندگی می دانند(۱۴). به طور خلاصه پژوهش ها نشان دادند که سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی ارتباط مثبت و معنادار دارد (۱۵،۱۶،۱۷،۱۸). برای مثال جعفری و همکاران ضمن پژوهشی درباره بهزیستی معنوی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی به این نتیجه رسید که بهزیستی معنوی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی ارتباط مثبت و معنادار دارند (۱۵). همچنین تاری مرادی در پژوهشی درباره سرسختی و سلامت عمومی دانشجویان زن ایرانی و انگلیسی به این نتیجه رسید که در هر دو نمونه ایرانی و انگلیسی سرسختی و سلامت عمومی ارتباط مثبت و معنادار داشتند (۱۷). بیماران مبتلا به دیابت استرس ها و فشارهای زیادی را تجربه می کنند که این امر سلامت عمومی آنها را به مخاطره می اندازد. لذا کمک به این افراد برای بهبود سلامت عمومی امری ضروری و اجتناب ناپذیر است، برای این امر نخست باید متغیرهای مهم با سلامت عمومی را شناسایی و سپس به دنبال استفاده از آنها برای بهبود سلامت عمومی این بیماران بود. همچنین هیچ پژوهشی به بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نپرداخته است که این پژوهش تلاش می‌کند، این خلأ پژوهشی را تکمیل کند. همچنین یکی از نارسائی های اصلی مطالعات قبلی عدم توجه به نقش همزمان متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی در پیش بینی سلامت عمومی است. هنگامی که این متغیرها در یک مدل پیش بین همزمان در نظر گرفته شوند، کدامیک آگاهی بیشتری از سلامت عمومی خواهد داد؟ در این پژوهش تلاش می شود به این سؤال ها پاسخ داده شود. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر پاکدشت در سال ۱۳۹۴ بودند. از میان ۴۴۶ پرونده جاری مربوط به بیماران دیابتی نوع دو ساکن شهر پاکدشت، افراد بین سنین ۳۵ تا ۵۰ سال با حداقل تحصیلات دیپلم و و فاقد مشکلات روانپزشکی شدید و یا فقدان بستگان درجه یک در شش ماه اخیر، به صورت تصادفی ساده ۱۲۰ نفر انتخاب شدند. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از هماهنگی لازم با مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهر پاکدشت، از افراد نمونه پس از بیان هدف پژوهش رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد و در نهایت پرسشنامه زیر توسط آنان تکمیل شد. برای اندازه گیری سرمایه اجتماعی از پرسشنامه سرمایه اجتماعی(Social Capital Questionnaire) که توسط پاژاک طراحی شده، استفاده شد

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

.این ابزار دارای ۱۲ گویه است که بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری می شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه ها و میانگین گرفتن از آنها به دست می آید و هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار است. پایایی ابزار درمطالعه وی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد (۱۹). همچنین ادیبی سده و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۰). در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد. همچنین برای اندازه گیری سرسختی از پرسشنامه سرسختی روانشناختی (Psychological Hardiness Questionnaire) که توسط کوباسا طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۵۰ گویه است که بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت از یک تا چهار نمره گذاری می شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه ها و میانگین گرفتن از آنها به دست می آید و هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، از سرسختی بیشتری برخوردار است. او پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد (۲۱). همچنین آقایوسفی و شاهنده پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۲۲). در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد. علاوه بر آن برای اندازه گیری سلامت عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) که توسط گلدبرگ و هیلیر (Goldberg & Hillier) طراحی شده، استفاه شد. این ابزار دارای ۲۸ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه ای لیکرت از صفر تاسه نمره گذاری می شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه ها و میانگین گرفتن از آن‌ها به دست می‌آید و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، از سلامت عمومی پایینتری برخوردار است و هر چقدر نمره آزمودنی کمتر باشد، از سلامت عمومی بالاتری برخوردار است. آنان پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند(۲۳). همچنین ملکی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند(۳). در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد. لازم به ذکر است که داده ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از روش تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری با استفاده از نرم افزار SPSS19 استفاده شد.

یافته ها

شرکت کنندگان این پژوهش ۱۲۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو با میانگین سنی ۴/۰۷±۳۹/۶۴ سال بودند. از میان آنان ۷۳ نفر زن (۶۰/۸۳٪) و ۴۷ نفر مرد (۳۹/۱۷٪) بودند. همچنین از میان آنها ۹ نفر مجرد (۷/۵٪)، ۱۷ نفر مطلقه (۱۴/۱۷٪) و ۹۴ نفر متأهل (۷۸/۳۳٪) بودند. پیش از انجام تحلیل سؤال های پژوهش به روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری با مدل همزمان، پیش فرض‌های رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروو – اسمیرنوو برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برای همه متغیرها برقرار است. همچنین مقدار عامل تورم واریانس (VIF) برای همه متغیرهای پیش بین تقریبا برابر با یک می باشد که از ۱۰ فاصله بسیار زیادی دارد، بنابراین فرض هم خطی بودن چندگانه رد می‌شود. علاوه بر آن مقدار دوربین – واتسون برابر با ۱/۲۳ می باشد که از ۰ و ۴

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

فاصله دارد، بنابراین فرض همبستگی پسماندها نیز رد می شود. با توجه به نکاتی که ذکر شد پیش فرض‌های استفاده از رگرسیون وجود دارد. بنابراین برای تحلیل می توان از روش رگرسیون چند متغیری با مدل گام به گام استفاده کرد. در جدول ۱ برای بررسی روابط میان متغیرها میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. طبق یافته های جدول شماره ۱ متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط منفی و معنادار دارند ($P\leq$۰/۰۱). از آنجا که در پرسشنامه سلامت عمومی هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، از سلامت عمومی پایین تری برخوردار است و هر چقدر نمره آزمودنی کمتر باشد، از سلامت عمومی بالاتری برخوردار است، لذا می توان گفت که با افزایش متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی، میزان سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو افزایش می یابد و بالعکس با کاهش متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی، میزان سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کاهش می یابد. در جدول شماره ۲ نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیری با مدل همزمان برای بررسی پیش بینی سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر اساس متغیرهای پیش بین (سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی) ارائه شده است. طبق یافته های جدول شماره ۲ متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی توانایی پیش بینی معنادار سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را داشتند (r^2=۰/۳۷۲). در این پژوهش متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی توانستند به طور معناداری ۳۷/۲ درصد از تغییرات سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را پیش بینی کنند. با توجه به بتای استاندارد متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی می توان گفت که سرمایه اجتماعی در مقایسه با سرسختی روانشناختی سهم بیشتری در پیش بینی سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشت.

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی سرمایه اجتماعی، سرسختی روانشناختی و سلامت عمومی (n=۱۲۰)

متغیر	M	SD	سرمایه اجتماعی	سرسختی روانشناختی	سلامت عمومی
۱. سرمایه اجتماعی اجتماعی	۳/۷۱	۰/۸۵	۱		
۲. سرسختی روانشناختی	۲/۳۵	۰/۷۳	۰/۲۹**	۱	
۳. سلامت عمومی	۱/۰۸	۰/۴۲	-۰/۴۷**	-۰/۳۴**	۱

**p≤۰/۰۱

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری با مدل همزمان برای پیش بینی سلامت عمومی

متغیرهای پیش بین	روش	R	R2	تغییر F	df	معناداری	β	معناداری
سرمایه اجتماعی	همزمان	۰/۶۱	۰/۳۷۲	۱۷/۲۴۵	۲	۰/۰۰۱	-۰/۴۲	۰/۰۰۱
سرسختی روانشناختی					۱۱۷		-۰/۲۶	۰/۰۰۱

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر پاکدشت انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی ارتباط منفی و معنادار داشتند. در یک مدل پیش بین سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی توانستند ۳۷/۲ درصد از تغییرات سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را پیش بینی کنند. یافته های این پژوهش نشان داد که سرمایه اجتماعی با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط منفی و معنادار داشت. از آنجایی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالا به معنای سلامت عمومی پایین و نمره پایین به معنای سلامت عمومی بالاست، لذا با افزایش سرمایه اجتماعی، سلامت عمومی افزایش می یابد که این یافته با یافته پژوهش های پیشین در این زمینه همسو بود (۱۱-۹). برای مثال حقیقتیان و جعفری ضمن پژوهشی درباره سرمایه اجتماعی و سلامت روان به این نتیجه رسیدند که با افزایش سرمایه اجتماعی، میزان سلامت روان افزایش می یابد و سرمایه اجتماعی توانایی پیش بینی معنادار سلامت روان را داشت (۱۰). همچنین Kondo و همکاران در پژوهشی درباره سرمایه اجتماعی و سلامت روان به این نتیجه رسیدند که با افزایش سرمایه اجتماعی، سلامت روان افزایش می یابد (۱۲). در تبیین این یافته می توان گفت سرمایه اجتماعی با تکیه بر ارزش ها و هنجارهای مشترک، احساس امنیت، اعتماد و تعهد متقابل نسبت به مسئولیت‌های مدنی، مشارکت و همکاری اعضای جامعه در جهت دسترسی به منافع متقابل است که بهداشت روانی که بخشی از آن است را تسهیل می کند که این امر باعث افزایش سلامت عمومی می شود. تبیین دیگر اینکه سرمایه اجتماعی شامل مجموعه ارزشمندی از حمایت های اجتماعی، روانی و مالی، حس تعلق و همبستگی و مشارکت در جنبه های مختلف زندگی اجتماعی است. افرادی که دارای چنین سرمایه ای هستند مسئولیت پذیرتر هستند و نقش خود را در گروه و جامعه به خوبی ایفا می کنند که این عوامل باعث افزایش سلامت عمومی می شوند. همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که سرسختی روانشناختی با سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط منفی و معنادار داشت. از آنجایی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالا به معنای سلامت عمومی پایین و نمره پایین به معنای سلامت عمومی بالاست، لذا با افزایش سرسختی روانشناختی، سلامت عمومی افزایش می یابد که این یافته با یافته پژوهش های پیشین در این زمینه همسو بود (۱۸-۱۵). برای مثال دبوراه و دبرا ضمن پژوهشی درباره نقش عملکردهای مرتبط با سلامت و سرسختی به عنوان واسطه های میان استرس و بیماری به این نتیجه رسیدند که سرسختی تأثیر معناداری بر بهبودی سلامت دارد(۱۸). همچنین اکبری زاده و همکاران ضمن پژوهشی درباره ارتباط بین هوش معنوی، سرسختی و سلامت عمومی به این نتیجه رسیدند که هوش معنوی و سرسختی با سلامت عمومی ارتباط مثبت و معناداری دارند. یعنی با افزایش هوش معنوی و سرسختی، میزان سلامت عمومی افزایش می یابد(۱۶). در تبیین این یافته می توان گفت سرسختی ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان می باشد که از مؤلفه های تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است. فردی که از تعهد بالایی برخوردار است به ارزش و اهمیت خود در انجام

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

فعالیت ها واقف است و بر همین مبنا با تکیه بر خود قادر است در فعالیت ها موفق شود. همچنین فردی که قدرت کنترل بالایی دارد، رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی و کنترل می داند و باور دارد که می تواند با تلاش خود آنچه را که اتفاق می افتد تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر آن فردی که مبارزه جوست با تلاش و پشتکار خود مشکلات را یکی پس از دیگری حل می‌کند و باور دارد که تغییر جنبه طبیعی زندگی است و موقعیت های مثبت و منفی را فرصتی برای رشد و یادگیری می دانند، تا تهدید که چنین باوری نخست باعث افزایش انعطاف پذیری و قدرت تحمل و در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی می شود. تبیین دیگر اینکه افراد سرسخت دارای گروهی از ویژگی های شخصیتی هستند که به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس زای زندگی عمل می کنند. افراد سرسخت دارای قدرت کنترل بیشتری بر وقایع زندگی هستند و به جای دوری از مشکلات آنها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می کنند. همچنین آنان رویدادهای تنیدگی زا را مثبت تر و قابل کنترل تر ارزیابی می کنند که این امر نخست باعث کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و کاهش بروز نشانگان تنیدگی و در نهایت باعث افزایش سلامت عمومی می شوند. در این پژوهش مشخص شد که متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی توانستند به طور معناداری سلامت عمومی بیماران را پیش بینی کنند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد در یک مدلی که سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی به طور همزمان برای پیش بینی سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رقابت نمایند، سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی به ترتیب متغیرهای مؤثر در پیش بینی سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو هستند. در این مدل با توجه به بتای استاندارد سرمایه اجتماعی بیشترین سهم را در پیش بینی سلامت عمومی داشت، پس آنچه در پیش بینی سلامت عمومی نقش عمده ای ایفا می‌کند در وهله نخست سرمایه اجتماعی است یعنی اینکه افراد به چه میزانی با کمک زندگی اجتماعی، شبکه ها و هنجارها به دنبال تحقق اهداف مشترک هستند. با توجه به یافته‌های این پژوهش برای بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع می توان سرمایه اجتماعی و سرسختی روانشناختی را افزایش داد. مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش همبستگی است و روابط کشف شده را نمی توان به عنوان روابط علی فرض کرد. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی است. این ابزارها معمولا پاسخ هایی را جمع آوری می کنند که دیگران تصور می‌کنند باید درست باشد. افراد در تکمیل کردن این ابزارها ممکن است خویشتن نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر محدود شدن نمونه پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر پاکدشت است. با توجه به یافته های پیشنهاد می شود مشاوران و درمانگران برای بهبود سلامت عمومی ابتدا سرمایه اجتماعی و سپس سرسختی روانشناختی را افزایش دهند. همچنین برنامه ریزان باید به نشانه های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه های مناسبی برای بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو طراحی کنند. انجام پژوهش درباره سایر متغیرهای مرتبط با سلامت عمومی، پژوهش در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو سایر شهرها و حتی انجام پژوهش های مقایسه ای بین بیماران دیابتی مرد و زن و یا بیماران شهرهای مختلف می تواند پیشنهاد پژوهشی مناسبی باشد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

قدردانی

در پایان از کلیه مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهر پاکدشت و شرکت کنندگان محترم در این پژوهش که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود. لازم به ذکر است که این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

The relationship between social capital and psychological hardiness with general health of patients with type II diabetes

Hashemi N [1], Souri A [2], Ashoori J [3*]

1. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Police Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Police Sciences, Tehran, Iran
3. PhD of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

***Corresponding author:** Ashoori J**, E-mail:** : jamal_ashoori@yahoo.com

Abstract

Introduction: General health of patients with type II diabetes is affected by several psychological variables, the most important of which are social capital and psychological hardiness. This study aimed to evaluate the relationship between social capital and psychological hardiness with the general health of patients with type II diabetes.

Methodology: This correlational, descriptive study was conducted on all the patients with type II diabetes referring to the healthcare center of Pakdasht city, Iran in 2015. In total, 120 diabetic patients were selected via simple random sampling. All the participants completed prepared questionnaires of social capital, psychological hardiness, and general health. Data analysis was performed in SPSS V.19 using Pearson's correlation-coefficient and multivariate regression analysis.

Results: In this study, a negative significant correlation was observed between social capital (r=-0.47) and psychological hardiness (r=-0.34) with the general health of patients with type II diabetes. In a predictive model for social capital and psychological hardiness, researchers could predict 37.2% of the changes in the general health of type II diabetic patients, in which social capital was reported to have the higher share compared to psychological hardiness ($P \leq 0.01$).

Conclusion: Results of this study suggested that counselors and therapists improve the general health of patients with type II diabetes through increasing their social capital and psychological hardiness. Furthermore, health planners must consider the signs of these variables and develop appropriate general health promotion programs accordingly for these patients.

Keywords: Social capital, Psychological hardiness, General health, Type 2 diabetes

Received: 21 October 2015 **Accepted: 22 November 2015**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

References

1. WildWild S, Ruglie G, Grcon A. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and prgection for 2030. Diabetes Care. 2004;27(5):1047-53.
2. Tsai YW, Kann NH, Tung TH, Chao YJ, Lin CJ, Chang SS, et al. Impact of subjective sleep quality on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. Fami Pract. 2012;29(1):30-5.
3. Maleki Z, Ashkan S, Ashoori J, Yosefi N. Relationship between personality traits, religiosity and happiness with general health among nursing students. Iranian Journal Nursing. 2014;26(86):90-100. [Persian]
4. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization; 2004.
5. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. Ame J Prev Med. 2014;46(3):87-97.
6. Kowalski CH, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz MA, Kohler T, et al. Burnout in nurses - the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. J Clini Nurs. 2010;19(11-12):1654-63.
7. Putnam R. Bowling Along: The Collapse and Revival of American Community. 1st ed. New York: Simon and Schuster; 2000.
8. Rothon C, Goodwin L, Stansfeld S. Family social support, community social capital and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(5):697-709.
9. Shoja M, Rimaz S, Asadi Lari M, Bagheri Yazdi SA, Gohari MR. Investigation the mental health and relationship those with social capital among alders. Payesh J. 2013;12(4):345-53. [Persian]
10. Haghighatian M, Jafari E. The relationship between internal social capital with mental health. Social Welfare. 2013;13(1):131-49. [Persian]
11. Muramatsu N, Yin H, Hedeker D. Functional declines, social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference?. Soc Sci Med. 2010;70(7):1050-8.
12. Kondo N, Kazama M, Suzuki K, Yamagata Z. Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. Prev Med. 2008;46(50:457-62.
13. Sheard M, Golby J. Hardiness and undergraduate academic study: The moderating role of commitment. J Perso Indiv Diff. 2007;43(3):579-88.
14. Delahaij A, Gaillard C, Van Dam P. Hope and Hardiness as related to life satisfaction. J Posi Psych. 2010;3(8):171-9.
15. Jafari E, Hajlo N, Faghani R, Khazan K. The relationship spirituality welfare and psychological hardiness with mental health of alders. J Res Behav Sci. 2012;10(6):431-40. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]

16. Akbarizade F, Bagheri F, Hatami HR, Hajivandi A. The relationship between spiritual intelligence, psychological hardiness and general health among nurses. Behbood Journal. 2011;15(6) 466-472. [Persian]
17. Tarimoradi A. Compares the degree of hardiness and public health between Iranian and English women university students. Procedia-Social Behavioral Sciences. 2014;116:101–5.
18. Wiebe DJ, McCallum DM. Health practices and hardiness as mediators in the stress, illness relationship. Health Psychol. 1986;5(5):425-38.
19. Pajak K. A tool for measuring bridging social capital. Proceedings of the research network for the sociology of culture conference, Ghent: Belgium Het; 2006. 15-17.
20. Adibisade M, Yazdkhasti B, Rabbani Khorasgani A, Lotfizade A. Assessment of inter group socialcapital. Social Welfare. 10(3):193-220. [Persian]
21. Gharehzad Azari M, Ghorban Shirudi SH, Khalatbari J. Relationship of hardiness with anxiety and quality of life of pregnancy women. Social Behave Sciences. 2013;84(9):1785-9.[Persian]
22. Aghayosefi AR, Shahande M. The relationship between angry and psychological hardiness with quality of life in coroner's patients. Health Psychology. 2012;1(3):1-11. [Persian]
23. Cheng Y, Li X, Lou C, Sonenstein FL, Kalamar A, Jejeebhoy S, et al. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. J Adolesc Health. 2014;55(6):31-8.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.4.7]