

نقش سرمایه اجتماعی در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی

در دوران کرونا^۱

مهدی امیرکافی^۱، امیرحسین فردوسی^۲

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۱، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۷)

چکیده

تجربه بشری نشان می‌دهد، رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی توسط شهروندان برای قطع زنجیره انتقال و کاهش انتشار ویروس کرونا حایز اهمیت است. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه سرمایه اجتماعی به عنوان مفهوم یا سازه‌ای چند بعدی با میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در دوران کرونا است.

این تحقیق از نوع پیمایشی است و اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه الکترونیک آنلاین از نمونه ۴۰۰ نفری از شهروندان ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر کرمان گردآوری شده است.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در بین پاسخگویان بیش از حد متوسط است. بررسی رابطه بین متغیرها حاکی از آن است که رابطه اعتماد به پزشکان، پرستاران و بطور کلی کادر درمان با متغیر وابسته مثبت و معنی‌دار است.

علاوه بر این نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سرمایه اجتماعی به دو شیوه متفاوت بر رفتارهای پیشگیرانه تأثیر می‌گذارد: اعتماد نهادی و حمایت اجتماعی تأثیر مثبت و شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی تأثیر منفی بر رفتارهای پیشگیرانه دارد. نتایج تحلیل مسیر حاکی از آن است که تأثیر غیر مستقیم متغیر شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی بر رفتارهای پیشگیرانه که از طریق حمایت اجتماعی صورت می‌گیرد، مثبت و معنی‌دار است.

واژه‌های کلیدی: رعایت دستورالعمل‌ها بهداشتی، سرمایه اجتماعی، اعتماد نهادی، حمایت اجتماعی

Doi: <https://doi.org/10.22034/JSS.2023.551602.1681>

* مقاله علمی: پژوهشی

^۱ دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران، نویسنده مسئول،

mamirkafi@uk.ac.ir

^۲ کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان

مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره هفدهم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۲، ص ۲۸-۳

مقدمه و بیان مسأله

بنابر جدیدترین آمار جهانی، بیش از ۶۷۸ میلیون مورد ابتلا به کووید-۱۹ در سراسر جهان ثبت گردیده و مرگ نزدیک به هفت میلیون بیمار نیز تایید شده است. در کشور ما نیز بر اساس آمارهای رسمی هفت میلیون و ۶۰۰ هزار مورد ابتلا و ۱۴۵ هزار مورد فوت ناشی از ویروس کووید-۱۹ گزارش شده است.

در حال حاضر، مؤثرترین راهبرد مقابله با این همه‌گیری انجام رفتارهای پیشگیرانه و رعایت دستوالعمل‌های بهداشتی است که البته پیشبرد و موفقیت آن به تغییر رفتارهای بهداشتی مردم بستگی دارد. از این رو برای جلوگیری از گسترش این بیماری مسری، افراد تشویق می‌شوند حتی پس از واکسینه شدن به دلیل ابتلا به عفونت، اقدامات پیشگیرانه انجام دهند. این اقدامات و مداخلات غیر دارویی شامل فاصله‌گذاری فیزیکی، بهداشت دست، استفاده از ماسک صورت و ... است که همگی از انتشار ویروس کووید-۱۹ جلوگیری می‌کند (کین و همکاران، ۲۰۲۲).

سیاستگذاران و کارشناسان بهداشت در سراسر جهان با آگاهی از نقش کلیدی رفتار اعضای جامعه در کنترل همه‌گیری کووید-۱۹، با تاکید بر مسئولیت اجتماعی^۱، از مردم می‌خواهند که تماس‌های اجتماعی^۲ را محدود کنند، به توصیه‌های^۳ بهداشتی^۴ توجه نمایند و واکسن بزنند. از نظر اقتصادی، سیاستمداران و کارشناسان از شهروندان می‌خواهند که هزینه‌های اجتماعی^۵ اقدامات فردی خود را در نظر بگیرند (بارتجر و همکاران، ۲۰۲۱).

اگر چه تمایل مردم برای پیروی از دستورالعمل‌های بهداشتی، همانطور که توسط مقامات و کارشناسان بهداشتی پیشنهاد شده است برای کنترل همه‌گیری مهم است. با وجود این، ایجاد انگیزه در مردم برای اقدامات پیشگیرانه بسیار دشوار است (وان در ورد و همکاران، ۲۰۱۱). اینکه مردم دستورالعمل‌های بهداشتی را می‌پذیرند و به تمهیدات حفاظتی گردن می‌نهند یا خیر، به عوامل مختلفی بستگی دارد. از جمله به ماهیت منابع اجتماعی و فرهنگی مکانی که در آن زندگی می‌کنند، بستگی دارد. همچنین به ادراک آنها از حمایت اجتماعی و عاطفی، اعتمادشان به صلاحیت مقامات و مسئولان بهداشتی، اطمینان‌شان به توانایی دولت‌ها در مقابله با چنین بحرانی و به طور کلی به میزان سرمایه اجتماعی‌شان وابسته است.

¹ Social responsibility

² Social contacts

³ Recommendations

⁴ Hygienic

⁵ Social costs

لی و همکاران (۲۰۲۱) معتقدند، سرمایه اجتماعی می‌تواند در طول یک بیماری همه‌گیر تبادل منابع با ارزش مانند اطلاعات و حمایت را ارتقا دهد و رفتارهای پیشگیرانه را تسهیل کند. تعداد فزاینده‌ای از تحقیقات نشان داده‌اند که در زمان بحران، سطوح بالاتر سرمایه اجتماعی با فراهم ساختن دسترسی آسان‌تر به منابع مختلف مانند اطلاعات، کمک متقابل و منابع فیزیکی و مالی، توانایی افراد و اجتماعات را برای آماده‌سازی، واکنش مناسب و بهبودی افزایش می‌دهد (مورایاما و همکاران، ۲۰۲۱؛ ماکریدیس و وو، ۲۰۲۱). تحقیقات صورت گرفته اخیر نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی می‌تواند تا حد زیادی واکنش‌های متفاوت گروه‌ها و اجتماعات مختلف به بیماری همه‌گیر کرونا را توضیح دهد و بر موارد ابتلا و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ تاثیر بگذارد (به عنوان مثال بای و همکاران، ۲۰۲۰؛ باریوس و همکاران، ۲۰۲۱؛ بورگونووی و آندریو، ۲۰۲۰؛ فریزر و آلدریچ، ۲۰۲۱؛ ماکریدیس و وو، ۲۰۲۱؛ وو، ۲۰۲۱، یاناگیساوا و همکاران، ۲۰۲۱؛ مورایاما و همکاران، ۲۰۲۱).

اگر چه در کل، نتایج این مطالعات یک الگوی عمومی را نشان می‌دهد که بر تاثیر مثبت سرمایه اجتماعی بر واکنش مناسب به کووید-۱۹ صحنه می‌گذارد. با وجود این، نتیجه‌گیری‌های صورت گرفته حاکی از آن است که رابطه‌ی همه ابعاد و اشکال سرمایه اجتماعی با متغیر وابسته مثبت و معنی‌دار نیست.

به عنوان مثال مورایاما و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که تفاوت مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ در استان‌های مختلف ژاپن را می‌توان با سرمایه اجتماعی شناختی (هنجارهای بده و بستان در محله و اعتماد به دولت ملی) توضیح داد. از سوی دیگر، آنها رابطه‌ی معنی‌داری بین سرمایه اجتماعی ساختاری (روابط با همسایگان و مشارکت اجتماعی) و متغیر وابسته، در هیچ یک از موج‌های شیوع بیماری مشاهده نکردند. یاناگیساوا و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که ساکنان شهرستان‌های ایالات متحده که از سطح حمایت اجتماعی و عاطفی بالاتری برخوردار بودند، مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ کمتری را تجربه کردند. درحالی که شهرستان‌های با مشارکت مدنی بالاتر، مرگ و میر بیشتری داشتند.

چنان که ملاحظه می‌شود، این نتایج با این باور کلیشه‌ای و متداول که تاثیر همه ابعاد سرمایه اجتماعی بر رفتارهای پیشگیرانه مثبت است، منافات دارد. مهمتر آنکه نتایج تحقیقات مذکور به خوبی آشکار می‌سازد که نه تبیین رفتارهای پیشگیرانه چندان ساده است و نه بین سرمایه اجتماعی و انجام رفتارهای پیشگیرانه رابطه‌ای سراسر وجود دارد. بنابراین با توجه به

نتایج متفاوت و گاه متناقض تحقیقات، بسیار مهم است که جنبه‌های مختلف سرمایه اجتماعی را از هم تفکیک کنیم. این اقدام می‌تواند کلیدی برای مدیریت و کنترل بیماری کرونا در سطح کشور ارائه کند و حتی تغییراتی را در زمینه سیاستگذاری بهداشت عمومی در سطوح پایین‌تر (استان‌ها و شهرها) بوجود آورد.

به طور کلی مطالعه نقش ابعاد و جنبه‌های مختلف سرمایه اجتماعی در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در شهر کرمان به عنوان مرکز یکی از استان‌های محروم، از هر دو جنبه نظری و عملی حایز اهمیت است. از بعد نظری، امکان بررسی تطبیق تئوری‌ها را با واقعیت فراهم می‌سازد. همچنین میزان اثرگذاری مثبت یا منفی هر یک از ابعاد سرمایه اجتماعی را در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مشخص می‌کند. علاوه بر این امکان مقایسه نتایج را با سایر تحقیقات فراهم می‌سازد که این امر به پیشبرد اهداف علمی کمک می‌کند. در بعد کاربردی، انجام این نوع تحقیقات می‌تواند سبب شناخت بهتر مساله و یافتن راه‌حل‌های مناسب در جهت مبارزه با همه‌گیری کرونا و پیگیری و کنترل سایر بیماری‌های مسری گردد. با عنایت به اهمیت سرمایه اجتماعی در مبارزه با همه‌گیری، پرسش اساسی پژوهش حاضر این است که جنبه‌های مختلف سرمایه اجتماعی چه تاثیری بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی دارد؟ در پاسخ به این سوال این مقاله نقش ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی یعنی شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی، عضویت انجمنی (شبکه‌های مشارکت مدنی)، اعتماد نهادی و بده و بستان (حمایت اجتماعی) را در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در میان شهروندان شهر کرمان مورد بررسی قرار می‌دهد.

پیشینه تجربی پژوهش

از اوایل سال ۲۰۲۰، محققان به بررسی نقش سرمایه اجتماعی (پیوندهای اجتماعی، اعتماد، همبستگی و ...) در مهار بحران کرونا پرداختند. مرور این تحقیقات (البته در دسترس) نشان می‌دهد که اکثریت قریب به اتفاق آنها متغیر سرمایه اجتماعی و پیامدهای کووید-۱۹ را در سطح جمعی مورد بررسی قرار داده‌اند. (برای مثال، بورگونوی و همکاران، ۲۰۲۱؛ فریزر و همکاران، ۲۰۲۱؛ ماکریدیس و وو، ۲۰۲۱؛ آراچی و ماناگی، ۲۰۲۱). در این مطالعات بوم شناختی، واحد تحلیل عمدتاً کشورها، ایالت‌ها، شهرستان‌ها و یا مناطق جغرافیایی بودند. علاوه بر این، تعداد معدودی از مطالعات تحلیل چند سطحی و تحلیل در سطح فردی را دنبال کردند (برای مثال باریوس و همکاران، ۲۰۲۱؛ وو، ۲۰۲۱؛ پیچ-تان و همکاران، ۲۰۲۲).

در این مطالعات از معرف‌ها و سنجه‌های مختلف سرمایه اجتماعی استفاده شده است. از جمله می‌توان به سرمایه اجتماعی پیوند زنده، پل زنده و ارتباطی (فریزر و آلدریج، ۲۰۲۱؛ بارتچر و همکاران، ۲۰۲۱؛ پیچ-تان و همکاران، ۲۰۲۲)، دلبستگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، پیوندهای خانوادگی و احساس امنیت در همسایگی (آراچی و ماناگی، ۲۰۲۱)، حمایت اجتماعی-احساسی و درگیری (مشارکت) مدنی (یاناگیساوا و همکاران، ۲۰۲۱)، هنجارهای مدنی و تراکم شبکه اجتماعی (بای و همکاران، ۲۰۲۰)، احساس وظیفه و تکلیف مدنی (باریوس و همکاران، ۲۰۲۱)، سرمایه مدنی (دورانتو و همکاران، ۲۰۲۱) و ... اشاره کرد.

همچنین محققان به روش‌های مختلفی سرمایه اجتماعی را به کووید-۱۹ مرتبط کرده‌اند (فریزر و همکاران، ۲۰۲۱). چندین محقق دریافته‌اند که سرمایه اجتماعی با کاهش تحرک و رعایت فاصله اجتماعی بیشتر همبسته است (بورگونوی و آندریو، ۲۰۲۰؛ بای و همکاران، ۲۰۲۰؛ دینگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ باریوس و همکاران، ۲۰۲۱)، در حالی که دیگران آن را مستقیماً با کاهش نرخ ابتلا و مرگ و میر مرتبط دانسته‌اند (یاناگیساوا و همکاران، ۲۰۲۱؛ ماکریدیس و وو، ۲۰۲۱؛ بارتچر و همکاران، ۲۰۲۱).

در یک جمع بندی کلی می‌توان گفت که اکثر مطالعات رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای پیشگیرانه را در سطح جمعی مورد بررسی قرار داده‌اند و از سوی دیگر عوامل و فرایندهایی که در سطح فردی عمل می‌کنند، تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. همچنین در این تحقیقات از معرف‌های متفاوتی برای سنجش سرمایه اجتماعی استفاده شده است. علاوه بر این نتایج تحقیقات مورد بررسی نشان می‌دهد که لزوماً همه ابعاد سرمایه اجتماعی در برابر بیماری کرونا نقش حفاظتی ندارند. شاید بتوان بخشی از ناهمگونی یافته‌ها را به پراکندگی در مفهوم سازی سرمایه اجتماعی نسبت داد. با این حال، در یک نتیجه گیری کلی می‌توان گفت که سرمایه اجتماعی هم در سطح جمعی و هم در سطح فردی تاثیر مثبتی بر رفتارهای پیشگیرانه و به تبع آن بر مهار کووید-۱۹ دارد. از نتایج قابل توجه آن که به نظر می‌رسد، نقش سرمایه اجتماعی شناختی در پیش‌بینی رفتارهای پیشگیرانه نسبت به شبکه‌های اجتماعی و پیوندهای انجمنی برجسته تر است.

مبانی نظری پژوهش

سرمایه اجتماعی نقش کلیدی در شکل دادن به پیامدهای اقتصادی و اجتماعی دارد. در واقع دهها تحقیق نشان داده است، افرادی که قویاً در شبکه‌های اجتماعی مشارکت دارند و معتقدند عموماً می‌توان به دیگران اعتماد کرد، سالم‌تر، ثروتمندتر و شادتر هستند (روئستاین، ۱۳۹۳؛ پاتنام، ۱۳۹۲).

همچنین اخیراً حجم رو به رشدی از مطالعات نشان می‌دهند که سرمایه اجتماعی نقش مهمی در پیشگیری و کنترل همه‌گیری‌ها همانند شیوع سارس، ابولا و گونه‌های مختلف آنفولانزا ایفا می‌کند. (وان در ورد و همکاران، ۲۰۱۱؛ چوانگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ وینک و همکاران، ۲۰۱۹؛ بلر و همکاران، ۲۰۱۷).

اگر چه در حال حاضر به طور گسترده‌ای پذیرفته شده است که سرمایه اجتماعی برای سلامت و بهزیستی افراد و کنترل بیماری‌های همه‌گیر مهم است، در مورد ماهیت خاص این رابطه توافق کمتری وجود دارد (پورتینگا، ۲۰۰۶). به عنوان مثال وو (۲۰۲۱) بیان می‌کند که هنوز مشخص نیست که سرمایه اجتماعی از طریق چه کانالهایی، اجتماعات را قادر می‌سازد تا به نحو مناسب‌تری به همه‌گیری پاسخ دهند. آنچه مسلم به نظر می‌رسد این است که کانون مشاخره معطوف به تعریف سرمایه اجتماعی، ابعاد آن و همزمان واحد تحلیل (سطح فردی-جمعی) مناسبی است که باید برای آن در نظر گرفت.

پاتنام (۱۳۹۲) در کتاب «دموکراسی و سنت‌های مدنی» سرمایه اجتماعی را وجوه گوناگون سازمان اجتماعی مانند اعتماد، هنجارها (سرمایه اجتماعی شناختی) و شبکه‌ها (سرمایه اجتماعی ساختاری) مفهوم‌سازی می‌کند که می‌تواند با تسهیل اقدامات هماهنگ کارایی جامعه را بهبود بخشد. او بعداً در تبیین رابطه‌ی سرمایه اجتماعی و سلامت بر نقش شبکه‌های اجتماعی در ارائه کمک و حمایت از اعضاء، تقویت هنجارهای سلامت و تقاضا برای خدمات بهداشتی بهتر تأکید می‌کند.

از سوی دیگر سزتر و وولکاک^۱ (۲۰۰۴) به سه دیدگاه حمایت اجتماعی، تز نابرابری و رهیافت اقتصاد سیاسی در حوزه بهداشت اشاره می‌کنند که موازی با سه نوع سرمایه اجتماعی پیوند زنده، پل زنده و ارتباطی است. سزتر و وولکاک قویاً استدلال می‌کنند که هر سه شکل سرمایه اجتماعی برای سلامت و بهزیستی مردم حائز اهمیت‌اند: سرمایه اجتماعی پیوند زنده برای حمایت اجتماعی،

¹ Szreter and Woolcock

سرمایه اجتماعی پل زنده برای همبستگی و احترام در میان طیف‌های اجتماعی مختلف و سرمایه اجتماعی ارتباطی برای بسیج مؤثر نهادها و اراده سیاسی، ضروری هستند.

آنچه از مفهوم سازی پاتنام در مورد سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی و هم چنین چارچوب سه بعدی سرمایه اجتماعی سزتر و وولکاک استنباط می‌شود این است که مکانیسم‌های متفاوتی سرمایه اجتماعی را به رفتارهای سلامت پیوند می‌دهد.

مکانیسم‌ها و اثرات متفاوت به این دلیل است که اشکال مختلف سرمایه اجتماعی نه تنها می‌تواند جنبه‌های متفاوتی از محیط اجتماعی را در بر گیرد (پورتینگا، ۲۰۱۲). بلکه هم چنین می‌تواند متضمن منابع، حمایت‌ها، الزامات و تعهدات مختلفی نیز باشد (فرلندر، ۲۰۰۷).

به عنوان مثال سرمایه اجتماعی پیوند زنده که پیوندهای افقی و روابط نزدیک میان افراد همگن در یک شبکه را در بر می‌گیرد، با ارائه حمایت عاطفی، مالی و اطلاعاتی تاثیر مثبتی بر سلامتی دارد. علاوه بر این، اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی از طریق مهار استرس، سلامتی و بهزیستی را ارتقا می‌بخشد (کاواچی و همکاران، ۲۰۰۸).

با این حال، برخی مطالعات نشان داده‌اند که تعاملات اجتماعی با وجود نقشی که در تبادل حمایت اجتماعی و کنترل استرس دارند، می‌توانند احتمال ابتلا به عفونت و ویرسی را افزایش دهد. به طوری که پیوندهای خانوادگی قوی و همچنین تجمعات و گردهمایی‌ها ممکن است در طول همه‌گیری به عوامل مخاطره آمیز تبدیل شود (لاو، ۲۰۲۰).

ون باول و همکاران (۲۰۲۰) استدلال می‌کنند که شبکه‌های اجتماعی در طول یک بیماری همه‌گیر، می‌توانند گسترش رفتارهایی که هم مضر و هم مفید هستند را تشدید کنند و این اثرات ممکن است از طریق شبکه دوستان، دوستان دوستان و دوستان دوستان سرایت کند. از آنجایی که خود ویروس از فردی به فرد دیگر سرایت می‌کند، افرادی که در شبکه‌ها جایگاه محوری دارند با توجه به اینکه با افراد بیشتری در تماس هستند، اغلب جزو اولین کسانی هستند که آلوده می‌شوند. اما همین افراد محوری ممکن است در کاهش سرعت بیماری نقش داشته باشند. آنها می‌توانند با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مانند پوشیدن ماسک و فاصله‌گذاری فیزیکی و هم چنین با نشان دادن مداخلات مثبت به طیف وسیعی از مردم، از گسترش بیماری جلوگیری کنند یا سرعت آن را کند نمایند.

عنصر یا مکانیسم دیگری که در شبکه‌های اجتماعی بر رفتار پیشگیرانه اعضا تاثیر می‌گذارد، نفوذ اجتماعی است (کاواچی و همکاران، ۲۰۰۸؛ پیچ-تان و همکاران، ۲۰۲۲).

افراد ممکن است در زمان بحران رفتار خود را در اثر قرار گرفتن در معرض باورها، ارزشها و رفتارهای سایر اعضای شبکه تغییر دهند. نیازی به گفتن نیست که نفوذ اجتماعی هم می‌تواند مثل یک شمشیر دو لبه عمل کند. برای مثال اگر فردی در شبکه‌ای که اکثریت اعضا فاصله‌گذاری اجتماعی و یا استفاده از ماسک را تایید می‌کنند، عضویت داشته باشد به احتمال زیاد از دستورالعمل‌های پیشگیرانه تبعیت می‌کند. از سوی دیگر اگر فرد متعلق به شبکه‌ای باشد که رفتارهای پیشگیرانه را جدی نمی‌گیرند، آن وقت ممکن است انتظار داشته باشیم که در چنین مواردی سرمایه اجتماعی برای سلامتی مضر است.

بازتاب اثرات دو گانه ابعاد سرمایه اجتماعی به ویژه تعاملات اجتماعی و روابط شبکه‌ای و مکانیسم‌های دخیل در آن را می‌توان در محتوای دستورالعمل‌های بهداشتی از جمله رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی مشاهده نمود (شوآپ و ماله ره ۱۴۰۰؛ ساکسینا، ۱۳۹۹).

هنگامی که از مردم خواسته می‌شود برای پیشگیری از انتقال ویروس کرونا از تماس‌های فیزیکی غیر ضروری با دیگران خودداری کنند، از حضور در جمع پرهیز نمایند و به طور کلی روابط بین فردی، خانوادگی و اجتماعی را کاهش دهند، یادآوری این نکات دلالت بر این دارد که تعاملات اجتماعی باعث گسترش بیماری‌های عفونی می‌شود.

بورگونووی و همکاران (۲۰۲۱) معتقدند که گسترش اولیه و سریع همه‌گیری کووید-۱۹ و مرگ و میر بالای مشاهده شده در شرق آسیا و جنوب اروپا در آغاز سال ۲۰۲۰، حداقل تا حدودی نتیجه این واقعیت است که کشورهای این مناطق دارای سطوح بالایی از ارتباط و اختلاط اجتماعی^۱ در واحدهای خانواده گسترده بودند.

با این حال، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد در حالی که الگوهای تعاملات خانوادگی^۲ برای شیوع بیماری و مرگ و میر تعیین‌کننده هستند، پیوندهای اجتماعی گسترده‌تر^۳ که در یک اجتماع وجود دارد، تفاوت‌ها در تحول همه‌گیری کووید-۱۹ را توضیح می‌دهند.

در واقع پیوندهای اجتماعی تنها فرصت‌های انتقال ویروس را ایجاد نمی‌کنند، بلکه تعیین می‌کنند که تا چه حد افراد می‌توانند به اطلاعات بهداشتی دسترسی داشته باشند. هنجارهای بده و بستان^۴ و اعتمادی که بین اعضای اجتماع وجود دارد و یا حمایتی که اجتماع محلی از

¹ Social mixing

² Family interactions

³ Broader social bonds

⁴ Norms of reciprocity

اعضای خود به عمل می‌آورد، این امکان را فراهم می‌سازد که آنها بتوانند رفتارهای محافظتی^۱ را اتخاذ کنند. علاوه بر این افراد می‌توانند با اتکا به منابع اجتماع محلی شان از گسترش بیماری جلوگیری کنند و از مبتلایان مراقبت نمایند (بورگونوی، آندریو و سوپرا مانین، ۲۰۲۱).

همان طور که آلدریچ (۲۰۱۱) بیان می‌کند، اعتماد در میان اعضای اجتماع بر اشتراک‌گذاری بیشتر اطلاعات در مورد واقعیت‌ها، رویه‌ها و یا تهدیدات در اجتماع تاثیر می‌گذارد. در مقابل جو بی‌اعتمادی^۲ بر گسترش اطلاعات نادرست دامن می‌زند و بر درک مردم از خطر بلایا تاثیر می‌گذارد. شواهد بسیاری نشان داده‌اند که روابط مبتنی بر اعتماد می‌تواند آمادگی برای مقابله با یک فاجعه را تقویت کند (لیو و ون، ۲۰۲۱).

علاوه بر این روابط اعتماد آمیز شهروندان با سازمان‌های دولتی و نهادهای مدنی می‌تواند منجر به تبعیت بیشتر از دستورالعمل‌های بهداشتی در طول بیماری همه گیر شود (چوانگ و همکاران، ۲۰۱۵).

به باور فوکویاما (۱۳۹۹) عامل تعیین کننده در مقابله با کرونا (کووید-۱۹) ظرفیت حکومت‌ها و از همه بالاتر اعتماد به دولت‌ها (سرمایه اجتماعی ارتباطی) است.

ژیزک (۱۳۹۹) به شکل مشابهی استدلال می‌کند، در زمانه‌ای که تمیز اخبار واقعی و کذب در مورد شیوع بیماری کرونا در رسانه‌های اجتماعی مشکل است، ما به اعتمادی بسیار بالا و احساس فوق‌العاده‌ای از همبستگی نیاز داریم. به زعم او تنها یک اعتماد متقابل و دوسویه بین مردم عادی و حاکمیت می‌تواند از هراس اجتماعی و خلق تئوری‌های توطئه جلوگیری کند. سازوکار احتمالی دیگری که سرمایه اجتماعی را به پذیرش رفتارهای پیشگیرانه پیوند می‌دهد هنجارهای اجتماعی است که سبک زندگی سالم را تشویق می‌کند (ون باول و همکاران، ۲۰۲۰؛ چوانگ و همکاران، ۲۰۱۵).

برای مثال زمانی که افراد به ویروس کووید-۱۹ مبتلا می‌شوند، در صورتی که خود را ایزوله نکنند، ممکن است دیگران را در معرض ویروس قرار دهند. سطح بالایی از سرمایه اجتماعی می‌تواند این گونه رفتارها را تغییر دهد. زیرا افراد در اجتماعات با هنجارهای قوی بده و بستان و همبستگی اجتماعی، در صورت آلوده کردن دیگران هزینه روانی بالایی^۳ را متحمل خواهند شد. علاوه بر این در مناطق با سطوح بالای سرمایه اجتماعی، اعضای اجتماع می‌توانند هزینه درگیر

¹ Protective behaviors

² Atmosphere of mistrust

³ High psychological cost

شدن در رفتارهای خطرناک و عدم پذیرش رفتارهای حفاظتی بهداشتی را با اعمال نظارت اجتماعی و انگ زنی افزایش دهند (بورگونوی و آندریو، ۲۰۲۰).

اکنون با توجه به مشخص شدن ابعاد و اشکال سرمایه اجتماعی و تبیین رابطه آنها با رفتارهای پیشگیرانه (رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی) که در بخش مبانی نظری و پیشینه تجربی ارائه شد. به طرح فرضیه‌ها می‌پردازیم.

چنان که ملاحظه می‌شود در طرح فرضیه‌ها، سرمایه اجتماعی به عنوان مفهوم چند بعدی در نظر گرفته شده است که شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی (فراوانی تماس)، پیوندهای انجمنی (شبکه‌های مشارکت مدنی)، اعتماد نهادی (اعتماد به اقشار و گروه‌های اجتماعی) و بده و بستان (حمایت اجتماعی) را در بر می‌گیرد. همچنین سنجش این ابعاد در دو شکل سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی مد نظر قرار گرفته است. بعد ساختاری معرف‌های رفتاری سرمایه اجتماعی را شامل می‌شود و به ویژه بر شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی و عضویت انجمنی اشاره دارد. بعد شناختی معرف‌های گرایشی مانند اعتماد نهادی و هنجار بده و بستان یا حمایت اجتماعی را در بر می‌گیرد.

با عنایت به ادبیات موضوع و پیشینه تجربی، فرض اساسی تحقیق حاضر این است که رابطه ابعاد و اشکال مختلف سرمایه اجتماعی با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی متفاوت است. به این معنا که رابطه‌ی سرمایه اجتماعی شناختی با متغیر وابسته مثبت پیش‌بینی می‌شود. اما رابطه سرمایه اجتماعی ساختاری می‌تواند مثبت یا منفی باشد، حتی می‌تواند معنی‌داری نباشد.

البته مؤلفه‌های ساختاری می‌توانند به طور غیر مستقیم و از طریق تاثیر بر مؤلفه‌های شناختی بر رفتارهای پیشگیرانه تاثیر بگذارند. برای مثال همان طور که پاتنام بیان می‌کند، افرادی که در شبکه‌های اجتماعی درگیر می‌شوند، احتمال بیشتری وجود دارد که به دیگران اعتماد کنند. در واقع اعتماد به دیگران بر اثر مشارکت مداوم در انجمن‌های داوطلبانه ایجاد می‌شود. در بخش تحلیل یافته‌ها به ویژه در تحلیل مسیر به این موضوع خواهیم پرداخت.

فرضیه‌های پژوهش

الف: فرضیه کلی

با توجه به دیدگاه نظری و با عنایت به مطالعات تجربی، می‌توان یک فرضیه کلی به این شرح مطرح کرد:

- بین سرمایه اجتماعی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی رابطه وجود دارد.

ب) فرضیه‌های جزئی

- بین شبکه اجتماعی غیر رسمی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی رابطه وجود دارد.
- بین عضویت انجمنی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی رابطه وجود دارد.
- بین اعتماد نهادی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی رابطه وجود دارد.
- بین بده و بستان (حمایت اجتماعی) و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی رابطه وجود دارد.
- بین استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

تعریف و مفهوم‌سازی متغیر وابسته

متغیر وابسته در تحقیق حاضر میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مبارزه با کووید-۱۹ است. دستورالعمل‌های بهداشتی مبین مجموعه‌ای از قواعد، مقررات و دستورالعمل‌هایی است که به منظور پیشگیری از بیماری کووید-۱۹ وضع گردیده و یکی از راه‌های مهم کاهش مواجهه و قطع زنجیره انتقال بیماری به شمار می‌رود. در این تحقیق دستورالعمل‌های بهداشتی با ۹ گویه سنجیده شده است که در بخش توصیف متغیر وابسته به تفصیل به آنها خواهیم پرداخت.

متغیرهای مستقل

شبکه اجتماعی غیر رسمی: بیانگر تعاملات و ارتباطات افراد با اعضای خانواده، اقوام و خویشان، دوستان، هم‌کلاسی‌ها، همکاران، همسایگان، هم‌محله‌ای‌ها و همشهریان است. متغیر مذکور از ابعاد تعاملی سرمایه اجتماعی شبکه به شمار می‌رود و فراوانی تماس افراد و صمیمیت در رابطه، از مؤلفه‌های اصلی آن هستند (باستانی و همکاران، ۱۳۸۷). یک نمونه از گویه‌هایی که به سنجش فراوانی تماس (با پنج امکان پاسخ هرروز، هفته‌ای یکبار، ماهی یکبار، سالی یکبار و اصلاً) می‌پردازد به شرح زیر است:

- شما تا چه حد با بستگان و فامیل خود در تعامل و ارتباط هستید؟
- عضویت انجمنی (شبکه مشارکت مدنی): مبین میزان شرکت و فعالیت افراد در شوراهای صنفی، انجمن‌های خیریه و مذهبی، انجمن‌های هنری، ادبی، علمی، ورزشی و سازمان‌های محلی

است. شایان ذکر است که میزان شرکت و فعالیت پاسخگویان در هر یک از موارد مذکور با شش امکان پاسخ (اصلا، خیلی کم، در حد متوسط، زیاد، خیلی زیاد) سنجیده شده است. بده و بستان (حمایت اجتماعی): اگر چه از هنجارهای بده و بستان به ندرت تعریفی ارائه شده است، با این همه اغلب به گستره‌ای از اشکال مبادله حمایت ارجاع دارد. حمایت اجتماعی را می‌توان میزان برخورداری فرد از حمایت‌های مالی، عاطفی، مشورتی و اطلاعاتی که توسط اعضای خانواده، بستگان، دوستان، همسایگان و ... تامین می‌گردد، تعریف کرد. یک نمونه از گویه‌هایی که به سنجش حمایت اجتماعی (با شش امکان پاسخ از اصلا تا خیلی زیاد) می‌پردازد به شرح زیر است:

- در شرایط کرونا، دوستان شما تا چه حد در زمینه موارد بهداشتی به شما مشاوره می‌دهند؟
اعتماد نهادی (اعتماد به اقشار اجتماعی و گروه‌های شغلی): بیانگر حسن ظن افراد به پزشکان، پرستاران، اساتید دانشگاه، مدیران و مسئولان دولتی و ... است. یک نمونه از گویه‌هایی که به سنجش اعتماد نهادی (با شش امکان پاسخ از اصلا تا خیلی زیاد) می‌پردازد به شرح زیر است:

- شما چقدر به پزشکان اعتماد دارید؟

- رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی: مبین میزان استفاده و دریافت اطلاعات در مورد بیماری کووید-۱۹ از رادیو و تلویزیون، مطبوعات، شبکه‌های تلویزیونی ماهواره‌ای و شبکه‌های اجتماعی مجازی نظیر واتساپ، اینستاگرام، تلگرام و ... است. یک نمونه از گویه‌هایی که به سنجش میزان استفاده از رسانه‌ها (با شش امکان پاسخ از اصلا تا خیلی زیاد) می‌پردازد به شرح زیر است:

- شما به چه میزان اطلاعات مربوط به کرونا را از رسانه‌های اجتماعی همانند واتس آپ و ... بدست می‌آورید؟

لازم به ذکر است که متغیرهای مستقل شبکه اجتماعی غیر رسمی، عضویت انجمنی، حمایت اجتماعی، اعتماد به اقشار مختلف اجتماعی و گروه‌های شغلی (اعتماد نهادی) و استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های مجازی در تحقیق حاضر به ترتیب با ۸، ۱۵، ۸، ۹ و ۴ گویه سنجیده شده است.

جامعه آماری و نمونه پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر را شهروندان ۶۵-۱۸ سال شهر کرمان تشکیل می‌دهند. بر طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ جمعیت شهر کرمان معادل ۵۳۷۷۱۸ است. اگر دامنه سنی مذکور را لحاظ کنیم. جمعیت کرمان در حدود ۴۰۰ هزار نفر برآورد می‌شود.

آماردانان از جمله لین (۱۹۷۶) برای چنین جمعیتی، با $p < 0.05$ معادل ۰/۵ و خطای نمونه‌گیری $\pm 5\%$ و سطح اطمینان ۹۵٪ نمونه‌ای معادل ۳۸۴ نفر مناسب می‌دانند. در این تحقیق تعداد نمونه برابر ۴۰۰ نفر است.

برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای اقدام شد. اما به دلیل شرایط بحرانی کرونا و عدم تمایل پاسخگویان به مصاحبه حضوری، پرسشنامه الکترونیک آنلاین طراحی گردید و از طریق فضای مجازی جمع‌آوری اطلاعات صورت گرفت.

سنجش روایی (پایایی) شاخص‌ها در دو مرحله آزمون مقدماتی و آزمون نهایی انجام گرفت. در آزمون نهایی، ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی، شبکه اجتماعی غیررسمی، عضویت انجمنی، اعتماد نهادی و حمایت اجتماعی به ترتیب معادل ۰/۷۰، ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۷۸ به دست آمد که همگی در حد قابل قبول هستند.

یافته‌های پژوهش

سیمای پاسخگویان

از کل پاسخگویان (۴۰۰ نفر) ۴۷/۸ درصد مرد و ۵۲/۳ زن هستند. اکثر پاسخگویان در گروه سنی ۱۸-۳۰ قرار دارند و میانگین سنی آنان ۲۹ سال است. از نظر وضعیت تاهل، ۴۱ درصد پاسخگویان متاهل، ۵۷/۳ درصد مجرد و ۱/۸ درصد نیز در طبقه مطلقه قرار دارند. هم چنین از نظر تحصیلات اکثر پاسخگویان (۴۵ درصد) دارای مدرک لیسانس می‌باشند.

میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی

در تحقیق حاضر «میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مبارزه با کووید-۱۹» با ۹ گویه سنجیده شده است. گویه‌ها دامنه مختلفی از دستورالعمل‌های بهداشتی از جمله استفاده از ماسک، حفظ فاصله فیزیکی و قرنطینه خانگی را در بر می‌گیرد. در جدول ۱ توزیع فراوانی پاسخ‌ها، میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به هر گویه آمده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی رعایت دستوالعمل‌های بهداشتی مبارزه با کووید-۱۹
(تعداد پاسخگویان=۴۰۰)

انحراف معیار	میانگین	طیف					گویه‌ها	
		خیلی زیاد	زیاد	متوسط (بینابین)	کم	خیلی کم		
۱/۰۶	۴/۴۳	۶۸/۵	۱۷/۳	۸	۲/۸	۲	۱/۵	۱ استفاده از ماسک هنگام خارج شدن از منزل
۱	۴/۴۳	۶۶/۳	۱۹/۵	۹/۸	۱	۲/۸	۰/۸	۲ شستن دست‌ها با صابون هنگام مراجعه به منزل
۱/۴۰	۳/۸۵	۴۶/۵	۲۰/۸	۱۷	۷	۴/۸	۴	۳ استفاده از مواد ضد عفونی
۱/۳۰	۳/۵۶	۲۸/۲	۲۸	۲۶/۸	۸/۸	۴/۸	۳/۵	۴ حفظ فاصله اجتماعی به میزان حداقل ۱/۵ متر در مجامع و محیط‌های عمومی
۱/۴۹	۳/۴۹	۳۲/۳	۲۳/۳	۲۵/۵	۷/۵	۳/۵	۸	۵ حفظ فاصله اجتماعی در صف خرید مرغ
۱/۴۰	۳/۵۵	۳۱/۳	۲۴/۸	۲۶/۵	۷/۸	۴/۳	۵/۵	۶ حفظ فاصله اجتماعی در خرید ارزاق عمومی و مواد غذایی
۱/۵۶	۳/۵۷	۳۵/۵	۲۸	۱۶/۵	۶	۵/۸	۸/۳	۷ اقدام به قرنطینه خانگی به توجه به احساس ابتلا به بیماری کرونا
۱/۱۲	۴/۰۲	۴۰	۳۶/۸	۱۴/۲	۵/۳	۱/۵	۲/۳	۸ تلاش برای جدا کردن عضو مبتلا به بیماری از سایر اعضای خانواده
۱/۳۹	۳/۷۹	۳۸/۵	۳۱/۵	۱۵/۳	۵	۴/۵	۵/۳	۹ جدا کردن اتاق خود از دیگران با مشاهده علائم و نشانه‌های بیماری کرونا

بررسی و مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که از میان موارد مورد بررسی بیشترین میزان تبعیت از دستوالعمل‌های بهداشتی مربوط به استفاده از ماسک (۴/۴۳)، شستن دست‌ها با صابون (۴/۴۳) و استفاده از مواد ضد عفونی (۳/۸۵) است. کمترین میزان رعایت مربوط به حفظ فاصله

اجتماعی در مجامع عمومی (۳/۵۶) و خرید ارزاق و مواد غذایی (۳/۵۵) است. همچنین اقدام به قرنطینه خانگی در بین این دو دسته از دستورالعمل‌ها قرار می‌گیرد. در مجموع بررسی میانگین گویه‌ها نشان می‌دهد میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی از جانب پاسخگویان بیش از حد متوسط ارزیابی می‌شود.

همبستگی میان ابعاد سرمایه اجتماعی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی

جدول ۲ همبستگی دو به دو متغیرهای مستقل و وابسته را نشان می‌دهد. چنان‌که ملاحظه می‌شود، از میان چهار بعد سرمایه اجتماعی تنها جهت رابطه متغیر شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی با رعایت پروتکل‌های بهداشتی منفی است. در مقابل جهت رابطه سه بعد دیگر سرمایه اجتماعی یعنی عضویت انجمنی، اعتماد نهادی و حمایت اجتماعی با متغیر وابسته (رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی) مثبت و همگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. در واقع نتایج به دست آمده نشان می‌دهد هر چقدر میزان فعالیت افراد در شوراهای صنفی، انجمن‌های خیریه و مذهبی، انجمن‌های هنری، ادبی، علمی و ورزشی و سازمانهای محلی بیشتر باشد (عضویت انجمنی)، و همچنین برخورداری افراد از حمایت مالی، مادی، عاطفی و اطلاعاتی اعضای خانواده، اقوام و خویشان، دوستان، همسایگان و ... زیادتر باشد (حمایت اجتماعی) و علاوه بر این اعتماد بیشتری به اقشار اجتماعی و گروه‌های شغلی نظیر پزشکان، پرستاران و ... داشته باشند (اعتماد نهادی)، تبعیت آنها از دستورالعمل‌های بهداشتی بیشتر است.

نکته قابل تامل در ارتباط با اعتماد نهادی این است که شدت رابطه بین اعتماد به اقشار اجتماعی و گروه‌های شغلی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی همسان و ثابت نیست. نتایج حاکی از آن است که اعتماد به پزشکان (۰/۲۱۶)، پرستاران (۰/۳۴۳) و به طور کلی کادر درمان (۰/۲۶۷) بیشترین همبستگی را با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی دارد، پس از آن اعتماد به معلمان (۰/۲۵۹)، اساتید دانشگاه (۰/۲۰۴) و روزنامه نگاران (۰/۱۰۵) قرار دارد. و در نهایت کمترین میزان همبستگی مربوط به اعتماد به مدیران و مسئولان دولتی، نمایندگان مجلس و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی است.

ناهمسانی شدت رابطه، بیانگر این واقعیت است که شهروندان قادر به تمیز بین نهادهای مختلف اجرایی، نمایندگی و نظارتی هستند. با توجه به اینکه در دوران کرونا عموم مردم

بیشترین تماس را با نظام سلامت و بهداشت دارند، برخورد کادر درمان با بیماران و تلاش شان برای کنترل بیماری تاثیر زیادی بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی می‌گذارد.

کادر درمان به تعبیر گیدنز (۱۳۷۷) نقاط دسترسی هستند که مردم عادی یا جمع‌های غیر متخصص را با نمایندگان نظام‌های انتزاعی پیوند می‌دهد. این پیوندها امکان ایجاد و حفظ اعتماد را فراهم می‌کنند. به زعم گیدنز، اعتماد تنها به روابط میان افراد عادی و متخصصان ارتباط ندارد، بلکه به فعالیت‌های کسانی نیز وابسته است که «درون» نظام‌های انتزاعی جای دارند. ضوابط اخلاق حرفه‌ای در برخی موارد با مصوبات قانونی پشتیبانی می‌شوند و وسیله‌ای را می‌سازند که با آن، قابلیت اعتماد همکاران یا وابستگان از داخل تنظیم می‌شود.

اگر دیدگاه گیدنز را در مورد نقش نقاط دسترسی در اعتماد به نظام‌های انتزاعی بپذیریم و آن را در کنار تحلیل پارسونز (۱۹۵۱) از حرفه‌ها بگذاریم، رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار اعتماد به پزشکان، پرستاران و به طور کلی کادر درمان با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مشخص تر می‌شود. بر اساس تحلیل پارسونز پزشکان، پرستاران و به طور کلی کادر درمان با هنجارهای عمومی کار می‌کنند، آنها همچنین دانش‌های مشابهی را برای تمامی بیماران به کار می‌گیرند. (عام‌گرایی)، علاوه بر این کوشش خودشان را معطوف به موضوعات مرتبط با سلامت می‌کنند (دارای کارکرد بودن)، از درگیریهایی عاطفی خودداری می‌کنند و در نتیجه، قضاوت‌های فارغ از ارزش درباره‌ی بیماران فراهم می‌کنند (بی‌طرفی) و تمایل نوع دوستانه‌ای برای کمک به افراد به عنوان جهت‌گیری جمعی نشان می‌دهند و رفاه عمومی را در صف اول فعالیت‌هایشان قرار می‌دهند (نگاه کنید به دمایو، ۱۳۹۹).

با وجود چنین دیدگاهی، افراد جامعه به خوبی می‌توانند پزشکان، پرستاران و به طور کلی کادر درمان را به عنوان افراد با اخلاق حرفه‌ای تلقی کنند که شایستگی اعتماد را دارند و در نتیجه توصیه‌های بهداشتی آنها را در زمینه مبارزه با کووید-۱۹ جدی می‌گیرند و آنها را رعایت می‌کنند. بر طبق نظر روئستاین (۱۳۹۳) آنچه نهاد سلامت یا هر نهاد دیگری را (آموزشی، اجرایی، قانون‌گذاری و ...) قابل اعتماد می‌کند، عینیت و بی‌طرفی است. بی‌طرفی به انصاف در رویه‌ها و اجتناب از فساد، مشتری‌گرایی، خویشاوندگرایی و تبعیض اشاره دارد. بر طبق تئوری عدالت رویه‌ای تجربیات مستقیم شهروندان از نحوه‌ی رفتار با آنها از سوی سازمانها و نهادهای بهداشتی، تاثیر قابل توجهی بر دیدگاه‌های آنها در مورد بیماری کرونا و جهت‌گیری آنها در زمینه رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی دارد.

همچنین نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که همبستگی میان متغیر میزان استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی معادل ۰/۲۲ است، جهت رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد استفاده از این کانال‌ها برای دریافت اطلاعات در مورد بیماری کرونا بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی تاثیر مثبت داشته است.

در مورد شاخص کلی سرمایه اجتماعی مرکب از شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی، عضویت انجمنی، اعتماد به اقشار اجتماعی و گروه‌های شغلی و حمایت اجتماعی، نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که میزان همبستگی این شاخص با متغیر وابسته (رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی) معادل ۰/۱۸۴ است جهت رابطه مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس می‌توان ادعا نمود که نتایج تحقیق با انتظارات نظری سازگاری دارد و فرضیه‌های تحقیق را تایید می‌کند.

جدول ۲. همبستگی متغیرهای مستقل و متغیر وابسته

متغیرها	رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی	شبکه‌های اجتماعی غیررسمی	عضویت انجمنی	اعتماد نهادی	بده و بستان (حمایت اجتماعی)	رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی
رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی	۱	-۰/۰۶۳	۰/۱۱۴**	۰/۲۲۳**	۰/۱۶۲**	۰/۲۱۹**
شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی	۱	۱	۰/۳۳۰**	۰/۰۷۸	۰/۲۴۴**	۰/۱۶۴**
عضویت انجمنی			۱	۰/۲۳۱**	۰/۱۳۶**	۰/۲۸۴**
اعتماد نهادی				۱	۰/۳۱۸**	۰/۱۶۲**
بده و بستان (حمایت اجتماعی)					۱	۰/۱۷۹**
رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی						۱

مشارکت نسبی متغیرهای مستقل در تبیین رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی

در این بخش تلاش می‌کنیم با بهره‌گیری از رگرسیون چند متغیره، تاثیر هم‌زمان متغیرهای مستقل را بر متغیر وابسته بررسی کنیم و میزان اهمیت و تاثیر خالصی را که هر متغیر مستقل بر متغیر وابسته دارد، مشخص کنیم. نتایج به دست آمده که در جدول ۳ مندرج است نشان می‌دهد که تاثیر متغیرهای اعتماد نهادی، حمایت اجتماعی و استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مثبت است. علاوه بر این، تاثیر شبکه‌های اجتماعی غیررسمی بر متغیر وابسته منفی می‌باشد. کمترین میزان تاثیر مربوط به عضویت انجمنی است که البته معنی دار نمی‌باشد. این یافته، تاثیر متفاوت ابعاد سرمایه اجتماعی را بر رفتارهای پیشگیرانه تایید می‌کند. همان طور که در مقدمه و مبانی نظری اشاره شد، رابطه اشکال سرمایه اجتماعی به ویژه سرمایه اجتماعی ساختاری همیشه با رفتارهای پیشگیرانه مثبت و معنی دار نیست.

هم چنین نتایج نشان می‌دهد که ضریب همبستگی چندگانه (R) و ضریب تعیین (R^2) به ترتیب معادل ۰/۳۳ و ۰/۱۱ به دست آمده است و نسبت F برابر با ۹/۶ است. مقدار R^2 نشان می‌دهد که ۱۱ درصد از کل واریانس متغیر وابسته (رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی) با یک ترکیب خطی از متغیرهای شبکه‌های اجتماعی غیررسمی، عضویت انجمنی، اعتماد نهادی، حمایت اجتماعی و میزان استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی توضیح داده شده است. نسبت $F = ۹/۶$ با ۵ و ۳۹۴ درجه آزادی نشان می‌دهد که R^2 به لحاظ آماری کاملاً معنی دار (۰/۰۰۰) است.

جدول ۳. میزان تاثیر هم‌زمان متغیرهای مستقل بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی

متغیرها	بتا	تی	سطح معنی داری
شبکه اجتماعی غیررسمی	-۰/۱۵۲	-۲/۹۴	۰/۰۰۳
عضویت انجمنی	۰/۰۶۲	۱/۱۷	۰/۲۴۴
اعتماد نهادی	۰/۱۵۷	۳/۰۶	۰/۰۰۲
بده و بستان (حمایت اجتماعی)	۰/۱۰۸	۲/۰۸	۰/۰۳۸
میزان استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی	۰/۱۸۱	۳/۶۰	۰/۰۰۰

تحلیل مسیر

تحلیل مسیر روشی است برای مطالعه تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل یا متغیرهایی که علت فرض شده اند بر متغیر وابسته. چنان که در بخش گذشته (مشارکت نسبی متغیرهای مستقل در تبیین رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی) اشاره شد تاثیر مستقیم شبکه اجتماعی غیر رسمی بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی منفی است. به این معنا که هر چقدر میزان تعاملات و ارتباطات (فراوانی تماس) افراد با دیگران (اقوام و خویشان، دوستان، همکاران و ...) بیشتر باشد، احتمال رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی کمتر است. باید خاطرنشان ساخت که این یافته تنها بخشی از واقعیت را بیان می‌کند.

همان طور که بورگنوووی و همکاران (۲۰۲۰ و ۲۰۲۱) به درستی اشاره می‌کنند، تعاملات اجتماعی می‌تواند در ابتدا باعث گسترش بیماریهای عفونی شوند، با این حال، روابط اجتماعی^۱ عوامل کلیدی دیگری را در بر می‌گیرد که در شکل‌دادن به دوره همه‌گیری کووید-۱۹ مهم هستند. به طور خاص، سرمایه اجتماعی می‌تواند آگاهی و نگرش افراد را در مورد هزینه‌ها و منافع^۲ مرتبط با رفتارهایی که می‌تواند موجب گسترش ویروس کووید-۱۹ یا کاهش آن شود، تغییر دهد. همچنین ماکریدیس و وو (۲۰۲۱) بیان می‌کنند، ساکنان مناطقی که سرمایه اجتماعی بیشتری دارند، مسئولانه تر عمل می‌کنند، از همسایگان و سایر اعضای اجتماع مراقبت بیشتری به عمل می‌آورند، در مداخله برای منافع عمومی فعال ترند و در انجام کنش‌های جمعی در مقابله با بحران‌ها جدی تر هستند.

چنان که ملاحظه می‌شود نتایج تحلیل مسیر حاکی از آن است که تاثیر غیر مستقیم متغیر شبکه‌های اجتماعی غیررسمی بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی که از طریق حمایت اجتماعی اعمال می‌گردد، مثبت است. برخورداری افراد از حمایت‌های مالی، عاطفی، مشورتی و اطلاعاتی در دوران کرونا، امکان تهیه و تدارک ابزار و وسایل لازم برای رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی و قرنطینه خانگی را فراهم می‌کند.

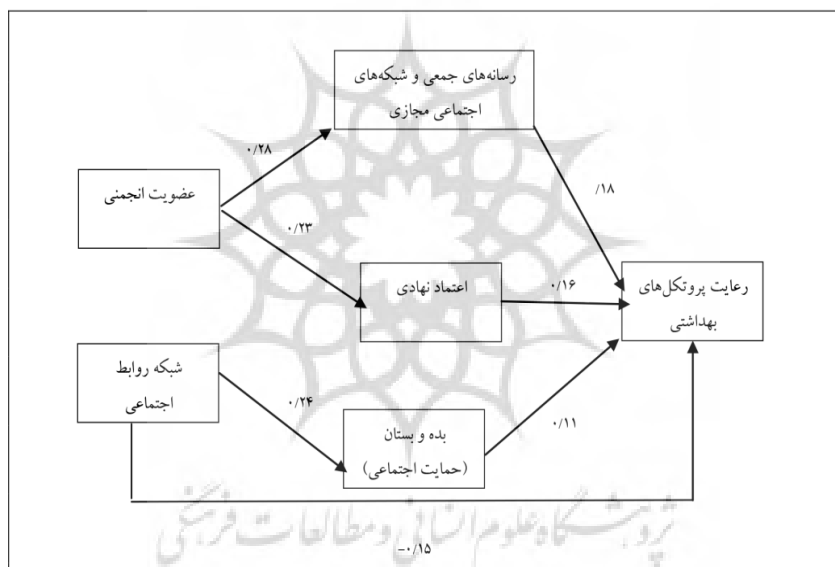
هم چنین نتایج حاکی از آن است که تاثیر عضویت انجمنی یا شبکه‌های مشارکت مدنی بر متغیر وابسته غیر مستقیم است و از طریق عوامل میانجی اعتماد نهادی و استفاده از رسانه‌های اجتماعی صورت می‌گیرد. چنان که در مدل ۱ ملاحظه می‌شود، عضویت انجمنی از

¹ social relations

² costs and benefits

یک سو بستر مناسبی برای استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی در دوران کرونا فراهم می‌کند و از سوی دیگر موجب تقویت اعتماد نهادی یا اعتماد به اقشار اجتماعی و گروه‌های شغلی می‌شود و دو متغیر مذکور نیز مستقیماً بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی تاثیر می‌گذارند.

این یافته با دیدگاه پاتنام (۱۳۹۲) که معتقد است تراکم و قلمرو فعالیت‌های انجمن‌های مدنی، بستر مناسبی برای گسترش و اشاعه اطلاعات و اعتماد اجتماعی فراهم می‌نماید، (غفاری، ۱۳۹۰) و اعتماد اجتماعی نیز به نوبه خود همکاری را تسهیل می‌کند همخوانی دارد.



نمودار ۱. دیاگرام مسیر

بحث و نتیجه گیری

چنان که اشاره شد، رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مبارزه با کووید-۱۹ شامل کلیه رفتارهای پیشگیرانه است که از آنها برای کنترل و مهار بیماری کرونا استفاده می‌شود. این اقدامات شامل استفاده از ماسک، بهداشت دست، استفاده از مواد ضد عفونی، حفظ فاصله اجتماعی و قرنطینه

خانگی است. مطابق با نتایج تحقیق، میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی از جانب پاسخگویان بیش از حد متوسط می‌باشد.

بررسی دو به دوی متغیرهای اصلی تحقیق با متغیر وابسته حاکی از آن است که رابطه اعتماد نهادی، حمایت اجتماعی، عضویت انجمنی و استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مثبت و معنی دار است. در ارتباط با اعتماد نهادی، یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد در میان اقشار اجتماعی و گروه‌های شغلی مختلف، اعتماد به پزشکان، پرستاران و بطور کلی کادر درمان بیشترین همبستگی را با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی دارد.

از نتایج دیگر تحقیق، رابطه مثبت هنجار بده و بستان (حمایت اجتماعی) با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی به ویژه قرنطینه خانگی است. نکته قابل توجه این که بیشترین همبستگی متغیر حمایت اجتماعی با موارد قرنطینه خانگی است تا مواردی چون بهداشت دست و استفاده از مواد ضد عفونی. بر اساس ادبیات موضوع حمایت اجتماعی می‌تواند به طرق مختلف رفتارهای حفاظتی را ارتقا دهد. حمایت اجتماعی در بعد اطلاعاتی و مشاوره امکان تبادل اطلاعات دقیق در مورد بیماری را فراهم می‌سازد، اشتراک‌گذاری اطلاعات را تسهیل می‌کند و مراقبت از افراد مستعد بیماری را افزایش می‌دهد. هم‌چنین حمایت اجتماعی بر ارزیابی افراد از توانایی شان برای مقابله با همه‌گیری، تاثیر مثبت می‌گذارد و با تامین مستقیم منابع مورد نیاز (مالی و عاطفی و ...) امکان کنارآمدن با محدودیت‌ها و غلبه بر عوامل استرس زا را فراهم می‌کند. این یافته با نتایج تحقیق یاناگیساوا و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

در حالی که نتایج نشان داد، رابطه اعتماد نهادی و حمایت اجتماعی با رفتارهای پیشگیرانه مثبت است. نتایج حاصل از رگرسیون مبین آن است که تاثیر شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی (فراوانی تماس) بر متغیر وابسته منفی است. نتایج بیانگر این واقعیت است که سرمایه اجتماعی در شکل ساختاری و شناختی به دو شیوه متفاوت بر رفتارهای پیشگیرانه تاثیر می‌گذارد. این یافته با نتایج تحقیقات دینگ و همکاران (۲۰۲۰) و بای و همکاران (۲۰۲۰) همسویی دارد. دینگ و همکاران دریافتند، در مناطقی که درگیری و مشارکت اجتماعی قوی تر است، تمایل به رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی ضعیف تر است. در مقابل درجایی که سطح تعهد فردی نسبت به نهادهای اجتماعی بالاتر است، رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی بیشتر است. به طور مشابه نتایج تحقیق بای و همکاران نشان داد در حالی که هنجارهای مدنی، همکاری و از خودگذشتگی برای

خیر مشترک را تسهیل می‌کند و منجر به تبعیت افراد از فاصله‌گذاری اجتماعی می‌شود. شبکه‌های اجتماعی باعث جایگیری یا حک شدن افراد در تعاملات اجتماعی می‌شود که جدا شدن از آن برای افراد پر هزینه و مشکل‌زا است و این امر در عمل انجام رفتارهای پیشگیرانه (فاصله‌گذاری اجتماعی) را دشوارتر می‌سازد. لازم به یادآوری است که اگرچه تاثیر مستقیم شبکه‌های اجتماعی غیر رسمی (فراوانی تماس) بر رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی منفی است. با وجود این نمی‌توان تاثیر غیرمستقیم آن را بر متغیر وابسته از نظر دور داشت. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که تاثیر غیر مستقیم شبکه‌های اجتماعی که از طریق متغیر میانجی حمایت اجتماعی اعمال می‌گردد، مثبت است. این وضعیت در مورد عضویت انجمنی که تاثیر غیر مستقیم آن از طریق حمایت نهادی و استفاده از رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی مجازی اعمال می‌شود، صادق است.

یافته اخیر در مورد متفاوت بودن جهت رابطه ابعاد سرمایه اجتماعی، حداقل به لحاظ نظری و در سطح جمعی قابل تبیین است. همان‌طور که در میانی نظری و پیشینه تجربی تحقیق بیان شد، اجتماعات با سطوح بالای سرمایه اجتماعی دارای شبکه‌های مترکبم از روابط بین فردی هستند و دامنه روابط و تعاملات در بین اعضای اجتماع گسترده است. از این رو همواره این احتمال وجود دارد که در برابر شیوع بیماری به ویژه در آغاز همه‌گیری آسیب پذیر باشند. ویروس کرونا در ابتدای همه‌گیری، زمانی که اطلاعات زیادی در مورد بیماری وجود ندارد، با سرعت بیشتری گسترش می‌یابد. با گذر از موج‌های اولیه و با افزایش آگاهی و دانش اعضای اجتماع از عملکرد ویروس، وضعیت می‌تواند تغییر کند.

مطابق با دیدگاه نظریه پردازان سرمایه اجتماعی، در اجتماعات با سرمایه اجتماعی و مدنی بالا، انتشار و کسب اطلاعات در باره بیماری و رفتارهای پیشگیرانه با هزینه کمتری صورت می‌گیرد. ساکنان چنین اجتماعاتی، مسئولانه‌تر عمل می‌کنند و در مداخله برای منافع عمومی و انجام کنش‌های جمعی از جمله اقدام در جهت کند کردن گسترش ویروس، فعال‌تر هستند. در زمینه یک بیماری همه‌گیر، سرمایه اجتماعی بالا می‌تواند حتی در غیاب مداخلات دولت، باعث ایجاد فاصله‌گذاری اجتماعی داوطلبانه شود. بنابر این می‌توان سرمایه اجتماعی را به عنوان بدیل یا مکمل نظارت‌های رسمی در نظر گرفت. با توجه به ظرفیت محدود دولت در اجرای قرنطینه‌های اجباری و حفظ چنین اقدامات سختگیرانه‌ای برای مدت طولانی و همچنین عدم امکان پایش همه رفتارهای پیشگیرانه، انباشت و ذخیره سرمایه اجتماعی در ارتباط با پیروی

داوطلبانه شهروندان از دستورالعمل‌های بهداشتی و به تبع آن کاهش سرعت ویروس، عامل کلیدی محسوب می‌شود.

در سطحی دیگر سرمایه اجتماعی ارزش‌ها و هنجارهای مشترکی را ایجاد می‌کند که افراد را تشویق می‌کند تا از منافع شخصی خود چشم‌پوشی کنند و در راستای منافع جمعی عمل نمایند. سرمایه اجتماعی با ایجاد انگیزه‌های درونی (تعهد اخلاقی) و اجتماعی (کسب تایید اجتماعی) در افراد، می‌تواند آنها را در انجام رفتارهای پیشگیرانه ترغیب کند که به مراتب موثرتر از راهبرد مجازات‌های قانونی است. در چنین شرایطی چنانچه فردی دستورالعمل‌های بهداشتی را نقض کند، تحت فشار اخلاقی قرار خواهد گرفت و ممکن است از جانب دیگران طرد شود. همچنین این امر به شهرت افراد آسیب می‌زند. هزینه‌های عدم همکاری به ویژه برای کسانی که از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردارند، سنگین‌تر است.

در مجموع نتایج پژوهش نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی تا حد زیادی پایبندی به رفتارهای پیشگیرانه را تعیین می‌کند. اما این ارتباط ممکن است بر اساس سنجه‌های سرمایه اجتماعی و معرف‌های رفتارهای پیشگیرانه متفاوت باشد. این موضوع مهمی است که باید مورد توجه پژوهشگران و سیاستگذاران قرار گیرد. ما به تحقیقات بیشتری در مورد رابطه بین ابعاد سرمایه اجتماعی و انواع مختلف رفتارهای پیشگیرانه نیاز داریم. آنچه در در زمینه سیاستگذاری اهمیت دارد این است که ما نباید انتظار داشته باشیم که تاثیر همه ابعاد و اشکال سرمایه اجتماعی بر مهار همه گیری مثبت باشد. در اینجا توجه به تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرها و ابعاد آنها ضروری است.

منابع

- باستانی، سوسن، افسانه کمالی و مریم صالحی هیکویی (۱۳۸۷). "سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل بین شخصی"، *مجله مسائل اجتماعی ایران*، س ۱۶، شماره ۶۱: ۸۱-۴۱.
- پاتنام، روبرت (۱۳۹۲). *دموکراسی و سنت‌های مدنی: سرمایه اجتماعی و سنت‌های مدنی در ایتالیای مدرن*، انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ اول، تهران.
- دمايو، فرناندو (۱۳۹۹). *سلامت و نظریه اجتماعی*، ترجمه داوود احمدی قیداری و علی‌اصغر سعیدی، انتشارات تیس، چاپ اول، تهران.
- روئستاین، بو (۱۳۹۳). *دام‌های اجتماعی و مسئله اعتماد*، ترجمه لادن رهبری، محمود شارع‌پور، محمد فاضلی و سجاد فتاحی، نشر آگه، چاپ اول، تهران.

ژیژک، اسلاوی (۱۳۹۹). *هراس جهانی: کووید-۱۹ جهان را می‌لرزاند (ظهور دوباره کمونیسم)* در جهان
پساکرونايي، ترجمه شهريار پاك‌نيا، انتشارات نقد فرهنگ، چاپ اول، تهران.
ساکسینا، شایلندرا (۱۳۹۹). *بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (کووید-۱۹): همه‌گیرشناسی، بیماری‌زایی،
تشخیص و راه‌های آن*، ترجمه گروه مترجمان، انتشارات مرکز نشر دانشگاهی، چاپ اول، تهران.
شواپ، کلاوس و تیه ری ماله ره (۱۴۰۰). *کووید-۱۹: باز تنظیم بزرگ*، ترجمه علیرضا حسنی، انتشارات
فرهنگ نشر نو، چاپ اول، تهران.
غفاری، غلامرضا (۱۳۹۰). *سرمایه اجتماعی و امنیت انتظامی*، انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ اول، تهران.
فوکویاما، فرانسیس (۱۳۹۹). *کاری که مقاومت کشورها در برابر کرونا (کووید-۱۹) را مشخص می‌کند*، در
جهان پساکرونا، انتخاب و ترجمه علی اکبر عبدالرشیدی، انتشارات گویا، چاپ دوم، تهران.
گیدنز، آنتونی (۱۳۷۷). *پیامدهای مدرنیت*، ترجمه محسن ثلاثی، نشر مرکز، چاپ اول، تهران.

- Arachchi Janaki Imbulana and Shunsuke Managi (2021). "The Role of Social Capital in COVID- 19 Death", *BMC Public Health*, 21: 434.
- Bain John, Shuili Du, Wang Jin and Chi Wan (2020). "The Impact of Social Capital on Individual Responses to COVID-19 pandemic: Evidence from Social Distancing", *SSRN Paper*.
<http://papers.Ssrn.Com/So13/Paper.Cfm?Abstract-Id=3609001>.
- Barrios, John M., Efraim Benmelech, Yael v. Hochberg, Paola Sapienza and Luigi Zingales (2021). "Civic capital and social distancing during the covid-19 pandemic", *Journal of public Economics*, 193; 1-11.
- Bartscher, Alina Kristin, Sebastian Seitz, Sebastian Sieglösch, Michaela Slotwinski and Nils Wehrhofer (2021). "Social capital and the spread of covid-19: insights from European countries", *Journal of Health Economics*, 80: 1-15.
- Blair, Robert A. Benjamin S. Morse and Lily L. Tsai (2017). "Public Health and Public Trust: Survey Evidence from the Ebola Virus Disease Epidemic in Liberia", *Electronic Copy Available at*:
<https://Ssrn.Com/abstract=2864029>.
- Borgonovi, Francesca and Elodie Andrieu (2020). "Bowling together by bowling alone: Social capital and covid-19", *Social Science and Medicine*, 265: 1-12.
- Borgonovi, Francesca, Elodie Andrieu and S. V. Subramanian (2021). "The evolution of the association between community level social capital and Covid- 19 deaths and hospitalizations in the united states", *Social Science and Medicine*, 278: 1-12.
- Chuang, Ying-Chin, Ya-Li Huang, Kuo-Chien Tseng, Chia-Hsin Yen and Lin-hui Yang (2015). "Social capital and Health-Protective Behavior intentions in and Influenza Pandemic", *Plos One*, 10 (4): 1-14.
- Ding Venzhi, Ross Levine, Chen Lin and Wensi Xie (2020). "Social Distancing and Social Capital: why us Counties Respond Differently to covid-19", *Available at SSRN 3624495*,
<https://Papers.Ssrn.Com/so13/papers.Cfm?Abstract-id=3632620>.
- Durante, Ruben, Luigi Guiso and Giorgio Gulino (2021). "A social capital: civil culture and social distancing during covid-19", *Journal of public Economics*, 194: 1-17.

- Elgar, Frank J., Anna Stefaniak and Michael J. A. Wohl (2020). "The trouble with trust: Time-series analysis of social capital, income inequality, and covid-19 deaths in 84 countries", *Social Science and Medicine*, 263: 1-6.
- Ferlander, Sara (2007). "The Importance of Different forms of Social Capital for Health", *Acta Sociological*, vol. 50 (2): 115- 128.
- Fraser Timothy and Daniel P. Aldrich (2021). "The Dual Effect of Social Ties on COVID-19 Spread in Japan", www.Nature.Com/Scientificreport/11:1596.
- Fraser Timothy, Daniel P. Aldrich and Courtney Page-Tan (2021). "Bowling alone or Distancing together? The Role of Social Capital in Excess Death rates from COVID-19", *Social Science and Medicine*, 284: 114241.
- Kawachi, Ichiro S. V. Subramanian and Daniel kim (2008). "Social Capital and Health: A Decade of progress and Beyond". In: *Social Capital and Health*, pp. 1-26. New York: Springer.
- Khin Yu Par, Yusuke Matsuyama and Takeo Fujiwara (2022). "Association between Social Capital and covid – 19 Preventive Behaviors: Country – Level Ecological Study", *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 82(103335): 1-10.
- Lau, Pui Yan Flora (2020). "Fighting COVID-19: Social Capital and Community Mobilization in Hong Kong", *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40: 1059 -1067.
- Lee Junmin, Keungoui Kim, Gangmin Park and Namjun Cha (2021). "The role of online news and social media in Preventive action in times of infodemic from a social capital Perspective: the case of the covid- 19 Pandemic in South Korea", *Journal of Telematics and informatics*, 64: 1-13.
- Liu, Qi, Simei Wen (2021). "Does social capital contribute to Prevention and control of the covid- 19 Pandemic? Empirical evidence from China", *international Journal of Disaster Risk Reduction*, 64: 1-11.
- Makridis Christos A. and Car Wu (2021). "How Social Capital Helps Communities Weather the COVID-19 Pandemic", *Plos One* 16 (1): eo245135.
- Murayama Hiroshi, Isuzu Nakamoto and Takahiro Tabuchi (2021). "Social Capital and COVID -19 Deaths: An Ecological Analysis in Japan", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10982): 1-9.
- Page-Tan, Courtney, summer Marion and Daniel P. Aldrich (2022). "Information Trust Fall: The Role of Social Networks and Information During the COVID-19 Pandemic among Suburbanites", *Journal of the Social Sciences*, Vol. 8 (8): 32-51.
- Poortinga, Wouter (2006). "Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital", *Social Science and Medicine*, 63: 225 -270.
- Poortinga, Wouter (2012). "Community resilience and health: the role of bonding, bridging and linking aspects of social capital", *Health and Place*, 18: 286-295.
- Szreter, Simon and Michael Woolcock (2004). "Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health", *International Journal of epidemiology*, 33: 650-667.
- Van Bavel, Jay J., Katherine Baicker, Paulo S. Boggio (2020). "Using Social and Behavioral Science to Support COVID- 19 Pandemic Response", *Nature Human Behavior*, vol. 4: 460- 471.
- Van Der Weerd Willemien, Danielle RM Timmermans, Desiree JMA Beaujean, Jurriaan Oudhoff and Jim E Van Steenberg (2011). "Monitoring the Level of Government Trust,

- Risk Perception and Intention of the General Public to Adopt protective Measures during the Influenza A (H1N1) Pandemic in Netherland”, *BMC Public Health*, 11: 575.
- Vinck, Patrick, Phuong N. Pham, Kenedy K. Bindu, Juliet Bedford and Eric J Nilles (2019). “Institutional Trust and Misinformation in the Response to the 2018- 19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: A Population-based Survey”, *Lancet Infect Dis*, vol. 19: 529- 536.
- Wu Cary (2021). “Social Capital and COVID -19: A Multidimensional and Multilevel Approach”, *Chinese Sociological Review*, Vol. 53 (1): 27- 54.
- Yanagisawa, Mao, Ichiro Kawachi, Christopher A. Scannell, Carlos Irwin A. Oronce and Yusuke Tsugawa (2021). “Association between County – Level Social Capital and the burden of covid - 19 Cases and Deaths in the United States”, *Annals of Epidemiology*, 59: 21- 23.

