

Family Social Capital, A Missing Link in Understanding the lived Experiences of Women Facing Cancer

Masoomeh Ghasemi *

PhD candidate in economic sociology and development,
University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Mohammad Abbaszadeh

Professor, Department of Social Sciences, University of
Tabriz, Tabriz, Iran.

Fatemeh Golabi

Professor, Department of Social Sciences and founding
member of the Sociology of Health Scientific Pole,
University of Tabriz, Tabriz, Iran.

**Mohammad Bagher Alizadeh
Aghdam**

Professor of the Department of Social Sciences and
Director of the Health Sociology Pole of Tabriz
University .

Tavakkol Aghayari Hir

Associate Professor, Department of Social Sciences,
University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Abstract Masoomeh Ghasemi PhD candidate in economic sociology and development,
University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Despite a wide range of documents, articles, and circles that increasingly cite "Social Capital" as a way to promote the health, family social capital is a missing link in cancer studies. Family is the platform for the formation of people's experiences and understanding, the occurrence of illness can affect this space, connections and meanings related to it. The meanings and experiences of women more than men, compared to the outer space, are formed in connection with this space, therefore, the social capital of the family is the most important source of support for them, especially when facing challenges such as illness. In this study, a qualitative approach with an emphasis on interpretive phenomenological method was used to understand the perception and lived experience of women suffering from cancer and their families of mutual norms in family ties. Field data were collected using interview techniques and data saturation criteria. The respondents included women with cancer referred to Omid Hospital in Urmia and a family member who accompanies them to the treatment center. Analysis and coding of data show that some themes such as the break in the structure of family social capital (Mother first, wife last) and the negative social capital in the participants' experiences indicate how social capital within the family has adversely affected the health of women suffering from cancer. The themes of silence / protest, cohesion in emergency situation, and hidden mediation suggest that social capital is reciprocally affected by the disease and it can somehow be strengthened by it.

* Corresponding Author: ma.ghasemi@pnu.ac.ir

How to Cite: Ghasemi, M; Abbaszadeh, M; Golabi, F; Alizadeh agdam, M. B; Aghayari Hir, T. (2023). Family Social Capital, A Missing Link in Understanding the lived Experiences of Women suffering from cancer, *Journal of Social Development and Welfare Planning*, 15(54), 287-316.

Keywords: Family Social Capital, Positive Social Capital, Negative Social Capital, Lived Experience





سرمایه اجتماعی خانواده، حلقه مفقوده در فهم تجارب زیسته زنان در مواجهه با سرطان

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشگاه تبریز


معصومه قاسمی* 

استاد گروه علوم اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز.
استاد گروه علوم اجتماعی و عضو مؤسس قطب علمی جامعه‌شناسی
سلامت دانشگاه تبریز.


محمد عباس‌زاده 

فاطمه گلایی 

استاد گروه علوم اجتماعی و مدیر قطب علمی جامعه‌شناسی سلامت
دانشگاه تبریز.

محمدباقر علیزاده اقدم 

دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

توکل آقایی‌هیر 

چکیده

علی‌رغم گسترش اسناد، مقالات و محافل که بطور روزافزونی از مفهوم سرمایه اجتماعی به‌عنوان راهکاری برای ارتقاء سلامتی یاد می‌کنند، سرمایه اجتماعی خانواده، حلقه گمشده در مطالعات این حوزه می‌باشد. خانواده، بستر شکل‌گیری تجارب و فهم افراد بوده، بروز بیماری می‌تواند این فضا، پیوندها و معانی هم‌بسته به آن را متأثر سازد. معانی و تجارب زنان بیش از مردان، در مقایسه با فضای بیرونی، در ارتباط با این فضا شکل گرفته، لذا سرمایه اجتماعی خانواده مهمترین منبع حمایتی آنان به‌ویژه در مواجهه با چالش‌هایی چون بیماری می‌باشد. در این پژوهش، برای فهم ادراک و تجارب زیسته زنان مبتلا به سرطان و خانواده آنها از پیوندهای خانوادگی در مواجهه با سرطان، از رویکرد کیفی با تأکید بر روش پدیدارشناسی تفسیری استفاده شد. داده‌های میدانی با استفاده از تکنیک مصاحبه و معیار اشباع داده از زنان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده برای درمان به بیمارستان امید شهر ارومیه و مراقب و همراه خانوادگی بیمار گردآوری گردید. تحلیل و کدگذاری داده‌ها نشان می‌دهد، مضامینی مانند گسست در ارکان سرمایه اجتماعی خانواده؛ اول مادر، آخر همسر و سرمایه اجتماعی منفی در تجارب مشارکت‌کنندگان، بیانگر نتایج نامطلوب سرمایه اجتماعی درون خانواده بر سلامتی زنان مبتلا به سرطان می‌باشد. مضمون‌های قاعده خاموشی / اعتراض، انسجام در وضعیت اضطراری و میانجیگری پنهان نیز، نشان می‌دهد، سرمایه اجتماعی نیز متقابلاً از بیماری تأثیر پذیرفته و تحت تأثیر آن، تا حدودی نیز تقویت گردیده است.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی خانواده، سرمایه اجتماعی مثبت، سرمایه اجتماعی منفی، تجارب زیسته.

* نویسنده مسئول. ma.ghasemi@pnu.ac.ir

۱- مقدمه

سرطان، بیماری پیچیده‌ای است که نمی‌توان به‌سادگی آن را ظهور و پیدایی یک عارضه نامطلوب یا بدخیمی در جسم توصیف نمود. قدر مسلم این است که این بیماری، گستره و ابعاد متعددی داشته و تنها به تهدید حیات جسمی فرد محدود نمی‌شود بلکه نوعی زیستن در شرایط تعلیق زندگی عادی نیز است. این بیماری خود را با نفوذ به کل تجارب ما تا رسیدن به حد غیرقابل تحمل، بازگرداندن ما به جسم مبتلا و گرفتار شده و اخلال در برابر فعالیت و پیشبرد امور در رفتار مرموز و خاموش در جهان بودن سالم، به ما می‌شناساند. (Gadamer, 1996 cited in sevenaeus, 2013: 103)

بیمار بودن به‌عنوان امری نامأنوس، در مقایسه با سالم بودن به‌عنوان امری مأنوس، احوالات و فضایی از بودن است که تنها ذهن و جسم بیمار را احاطه نمی‌کند بلکه اطرافیان و زندگی خانوادگی نیز در رویارویی مستقیم با سرطان، حال و هوای دیگری خواهند داشت. هر انسانی در چهارچوب زندگی و روابط زیسته‌اش جای گرفته و لاجرم، معنای زندگی خود را از تجارب زیسته در این فضا و روابط بازمی‌یابد. نزدیک‌ترین و بادوام‌ترین روابط زیسته هر فردی نیز، روابط خانوادگی می‌باشد که تجربه بیماری نیز در این فضا و روابط نزدیک پدیدار می‌شود. افزون بر این، مواجهه با بیماری، مواجهه‌ای شناختی و بخشی از مسائل مربوط به روابط اعضای خانواده است که می‌توان آن را ذیل مبحث سرمایه اجتماعی خانواده مطرح نمود.

سرمایه اجتماعی، مفهومی بی‌ارتباط با بیماری یا سلامتی نیست. امروزه مفهوم سلامت با مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی گره خورده و سرمایه اجتماعی می‌تواند به‌عنوان محافظی در برابر افسردگی، اضطراب و بیماری‌های مختلف عمل کند. سرمایه اجتماعی، مجموعه هنجارهای موجود در سیستم اجتماعی است که امکان مشارکت افراد در اقدامات اجتماعی به‌منظور کسب سود متقابل را فراهم می‌نماید (حمزه گردشی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۶۳-۱۶۴). از آنجایی که سلامت افراد تا حدودی به ویژگی و ساختار روابط متراکم و ضعیف، همگن و ناهمگن - که در آن زندگی می‌کنند بستگی دارد؛ لذا، مفهوم سرمایه اجتماعی

امکان درک ظرفیت و محدودیت‌های شبکه‌های اجتماعی برای سلامتی را فراهم می‌کند. همچنین از مفهوم سرمایه اجتماعی برای توضیح آثار مضر فقر بر سلامت نیز استفاده شده است. (Cattell, 2001: 1501)

سطح (یا مقیاس) مفهوم‌سازی سرمایه اجتماعی، از سطح کلان (سطح منطقه‌ای یا کشوری) و متوسط (محل‌ها، محل کار، مدارس)، تا سطح فردی متغیر است. با این وجود، در مفهوم‌سازی سرمایه اجتماعی در ادبیات تجربی، شکاف آشکاری در سطح خانواده وجود دارد. به این معنی که خانواده، "سطح گمشده" در حوزه مطالعات سرمایه اجتماعی و سلامت تلقی می‌شود. (Alvarez, Kawachi & Romani, 2015: 5)

مع الوصف، چگونگی ارتباط پیوندهای خانوادگی و نیز هنجارها و ادراکات مبادله شده در این روابط، با سلامت و بیماری مبهم است اما با وجود عدم شفافیت رابطه سرمایه اجتماعی و سلامتی، شاهد استفاده روزافزون از اصطلاح سرمایه اجتماعی در حوزه بهداشت عمومی، انتشار اسناد متعدد از سوی دولت‌ها و بانک جهانی و برگزاری همایش‌های متعدد در این خصوص می‌باشیم. (Lynch, Due, Muntaner & Smith, 2000: 404) مرور ادبیات تحقیقات نشان می‌دهد، اخیراً، مطالعه رابطه سلامتی فیزیولوژیک و سرمایه اجتماعی با اقبال رو به رشدی مواجه بوده، به گونه‌ای که انتظار می‌رود این حوزه جدید، به زمینه‌ای گسترده در مطالعات اجتماعی تبدیل گردد. مطالعات خارجی در این حوزه با اذعان به پیچیدگی مفهوم سرمایه اجتماعی و نکاویده بودن رابطه آن با سلامت، بیشتر جنبه اکتشافی داشته، عمدتاً به شناخت ابعاد و گستره مبهم سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت اختصاص یافته‌اند. (Joubert, Wan, Bhatt & Cecilia, 2015; Alvarez, Kawachi & Romani, 2016)

تمرکز مطالعات داخلی نیز، بیشتر بر بعد فردی-روان‌شناختی یا کلان سرمایه اجتماعی بوده و سطح خانوادگی سرمایه اجتماعی در حوزه سلامت مورد مطالعه قرار نگرفته است. بنابراین، اتخاذ یک رویکرد کیفی در مطالعه، می‌تواند به تولید دانش اجتماعی در این زمینه کمک نماید. هدف مقاله حاضر، با عطف توجه بر کاستی‌های ادبیات موجود، فهم

تجارب و ادراک زنان مبتلا به سرطان و خانواده آنان از چگونگی پیوندهای خانوادگی و ارزش‌ها و هنجارهای تنیده شده در روابط اعضای خانواده (سرمایه اجتماعی خانواده) در شهر ارومیه می‌باشد.

بطور کلی، مطالعه قابل‌ذکری در خصوص وضعیت سرمایه اجتماعی زنان در شهر ارومیه وجود ندارد اما مطالعات مرتبط با این موضوع نشان می‌دهد، که خانواده را می‌توان از یک طرف مهم‌ترین منبع حمایتی و سرمایه اجتماعی زنان در شهر ارومیه قلمداد نمود که با سلامت آنان نیز در ارتباط است (محسنی و همکاران، ۱۳۹۷: ۳۷). و از طرفی دیگر، روابط، هنجارها و فضای داخلی همین فضای خانوادگی چندان مطلوب نبوده و می‌تواند سلامت (جسمی، اجتماعی و روانی) زنان را نیز به خطر بیندازد. قرار گرفتن استان آذربایجان غربی به مرکزیت ارومیه در رتبه سی‌ام کشوری در شاخص رضایت از زندگی، درک از زندگی بهتر و احساس شادی زنان، می‌تواند شاهدی بر این مدعا باشد (رشیدیان و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۰۲).

رشد سالانه ۶/۵ درصدی طلاق در منطقه مورد مطالعه، در قیاس با رشد سالانه ۴/۹ درصدی طلاق در کل کشور، طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۰، نشان‌دهنده کاهش رضایتمندی زنان از زندگی در نهاد خانواده در منطقه مورد مطالعه می‌باشد (کیبری و خاکپور، ۱۳۹۹: ۴۲۵ - ۴۲۶). همچنین، نگرش‌ها و موانع جنسیتی به‌ویژه در برخورداری زنان از منابع و حمایت خانواده، بخشی از شرایط نامطلوب زنان در منطقه مورد مطالعه ذکر شده است. در جامعه مورد مطالعه، قدرت مترادف کنترل بوده، آسیب به زنان از ارزش‌های مورد تأیید و وابسته به نقش‌های جنسیتی پذیرفته شده می‌باشد (عارفی، ۱۳۸۲: ۱۱۶).

تقسیم جنسیتی قدرت و منابع درون خانواده با کاهش دسترسی زنان به منابع مادی و حمایت‌های غیرمادی خانواده و افول و نزول سلامتی و توانمندی بیشتر زنان همراه خواهد بود. بدین ترتیب، هنجارها و روابط حاکم بر خانواده می‌تواند زنان را از نظر تمام ابعاد سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) آسیب‌پذیرتر نماید. وضعیت زنان منطقه مورد مطالعه در کنار مسئله سرمایه اجتماعی محدود، از نظر ابتلا به سرطان نیز نامطلوب است. رتبه‌بندی

استانی از نظر ۱۰ سرطان شایع زنان در کشور نشان می‌دهد که استان آذربایجان غربی از نظر ابتلای زنان به سرطان، در لیست استان‌های پرخطر قرار دارد (مشرق، ۱۳۹۸: ۳).

بنابراین، پژوهش حاضر، با توجه به واقعیت‌های مذکور در ارتباط با سلامت و سرمایه اجتماعی زنان در منطقه مورد مطالعه و نیز کاستی‌های مطالعات داخلی از جمله غلبه متد کمی در مطالعه، توأم با حساسیت کمتر در مفهوم‌سازی و استفاده از اصطلاح سرمایه اجتماعی و در راستای مطالعه کیفی سرمایه اجتماعی خانواده در تجربه زیسته زنان مبتلا به سرطان، به طرح دو پرسش اساسی بدین شرح پرداخته است:

زنان مبتلا به سرطان و خانواده آنها، پیوندها و روابط خانوادگی (بعد ساختاری سرمایه اجتماعی) روزمره خود را چگونه معنا و تفسیر می‌کنند؟ و چه ادراکی از ارزش‌ها و هنجارهای تنیده شده در این روابط (بعد شناختی سرمایه اجتماعی) دارند؟

۲- مبانی نظری

۲-۱- مطالعات پیشین

پژوهش‌های داخلی انجام‌شده در زمینه سرمایه اجتماعی، سرطان و بیماری حاکی از آن است که خانواده به‌عنوان منبع تولید و تقویت سرمایه اجتماعی، سهم تعیین‌کننده‌ای در ارتقاء آن در جامعه داشته، فرسایش سرمایه اجتماعی این نهاد، از جمله بروز و تشدید اختلافات خانوادگی، با ایجاد مسئله در سلامت همراه است (توکلی راد و غفاری، ۱۳۹۷). مطالعه آثار بیماری سرطان بر سرمایه اجتماعی خانواده نشان می‌دهد، شرایط خاص بیماری در کنار دشواری تنظیم روابط، بیماران را وادار به شکل‌دهی دوباره تعاملاتشان می‌نماید (افراسیابی، برزیده و جوادیان، ۱۳۹۴).

از طرفی، سرمایه اجتماعی، از جمله اعتماد اجتماعی، آثار مثبتی برای سلامتی و عدم ابتلا به سرطان داشته و همچنین ارتقاء آن در مبتلایان به سرطان، باعث التیام و تسکین درد، افزایش رفتارهای پذیرندگی درمان و بهبود کیفیت زندگی گردیده، لذا توجه به سرمایه اجتماعی می‌تواند به‌عنوان راهی برای تخفیف مسائل جسمی، روانی و اجتماعی این دسته

از بیماران مورد توجه قرار گیرد (طائی و همکاران، ۱۳۹۴؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۳؛ حسینی، ۱۳۹۳).

مطالعات خارجی، نتایج متفاوتی از ارتباط سرمایه اجتماعی و سرطان گزارش نموده‌اند. به‌عنوان مثال، سرمایه اجتماعی بالا، با احتمال استفاده از ماموگرافی، میزان بالای تشخیص و نرخ کمتر مرگ‌ومیر ناشی از سرطان همراه بوده و بلعکس، با کاهش سطح سرمایه اجتماعی، میزان تشخیص سرطان کمتر و میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن بیشتر بوده است. (Hamano et al, 2021; Dean et al, 2014). همچنین، سرمایه اجتماعی از طریق وضعیت اقتصادی و نیز توزیع نابرابر سرمایه و بازدهی حاصل از آن در شبکه‌های اجتماعی، بر تقویت یا تضعیف سلامت جسمی تأثیر داشته است (Eriksson, 2011; Caperchione et al, 2008).

در این زمینه، تفاوت‌های جنسیتی قابل‌توجهی نیز به‌دست آمده است. زنانی که سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی قوی‌تری نسبت به مردان داشتند، از نظر سلامت روان، در وضعیت بدتری به سر می‌بردند. احتمالاً، وضعیت نامساعد اقتصادی - اجتماعی، توضیح‌دهنده این تفاوت باشد. سرمایه اجتماعی برای برخی به‌ویژه زنان محروم از نظر اقتصادی-اجتماعی، می‌تواند با خواسته‌های متعدد همراه باشد و سرمایه اجتماعی به‌جای فرصت به مسئولیت تبدیل گردد. همچنین، زنان ممکن است منابعی برای مقابله با فشارهای نامتناسب نداشته و به اندازه مردان از توانایی لازم برای تبدیل سرمایه اجتماعی خود به فرصت برخوردار نباشند. شبکه‌های اجتماعی زنان کوچک‌تر، همگن‌تر و بازتابی از پیوندهای غیررسمی است که منابع محدودی دارند. (Berry & Welsh, 2010)

بر اساس برخی مطالعات نیز، سرمایه اجتماعی لزوماً با مرگ‌ومیر ناشی از سرطان ارتباطی نداشته است. (Choi et al, 2014) به نظر می‌رسد، با توجه به چندبعدی بودن مفهوم سرمایه اجتماعی خانواده، مؤلفه‌های آن تأثیرات متفاوتی بر نتایج سلامتی داشته باشند، لذا، برای درک سازوکارهای ارتباط سرمایه اجتماعی خانواده با سلامتی، تحقیقات بیشتری لازم است (Alvarez, Kawachi & Romani, 2016).

به عنوان مثال، بر سرمایه اجتماعی درون گروهی، به عنوان مؤلفه سرمایه اجتماعی خانوادگی در ارتباط با سلامت تاکید گردیده که شامل روابط و شبکه‌های همگن قوی در بعد ساختاری سرمایه اجتماعی و اعتماد، هنجارهای رفتاری و متقابل در بعد شناختی سرمایه اجتماعی می‌باشد. (Lewis et al, 2013) همچنین، نگرانی مالی، روابط بین فردی و معنای وجودی، به عنوان مقوله‌های سرمایه اجتماعی تأثیرگذار در تجربه بازماندگی از سرطان شناخته شده است. (Joubert, Wan & Bhatt, 2015) بر تأثیر مشارکت، احساس امنیت، تحمل تنوع، ارزش زندگی و عاملیت اجتماعی^۱ بر رضایت از مراقبت‌های سرطان نیز تاکید شده است. (kiritsotakis et al, 2012)

در یک جمع‌بندی کلی، می‌توان مطالعات پیشین در حوزه سلامت را به لحاظ برجستگی ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی به سه دسته زیر تقسیم نمود:

دسته اول، بر ابعاد شناختی و خرد سرمایه اجتماعی متمرکز بوده‌اند. در دسته دوم، بعد ساختاری مورد توجه بیشتری بوده و نهایتاً، در دسته سوم، هر دو بعد، تقریباً بطور موازی مورد توجه قرار گرفته است. یکی از دلایل اهمیت توجه به این تقسیمات، معمول بودن استفاده از بعد خاصی از سرمایه اجتماعی در ارتباط با سلامتی در مطالعات پیشین می‌باشد که نقدهای متعددی را برانگیخته است. لینچ^۲ و همکارانش (۲۰۰۰)، در مورد نوع درک و استفاده مطالعات تجربی از سرمایه اجتماعی در زمینه بهداشت عمومی هشدار داده و تاکید نموده‌اند که این مطالعات، اهمیت عوامل ساختاری و مادی مانند نابرابری‌های اجتماعی، مسکن، غذا و... را به نفع تبیین‌های روان‌شناختی و ذهنی کاهش داده‌اند. اگر درک خود از سرمایه اجتماعی را به این محدود کنیم که حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است، ممکن است فرصت استفاده از مفهوم سرمایه اجتماعی را به عنوان ابزاری ابتکاری و عملی برای بهبود سلامت عمومی از دست بدهیم.

1. social agency
2. Lynch

بطور کلی، سرمایه‌اجتماعی در منابع خارجی، مفهومی وسیع، پیچیده و چند سطحی با آثار متفاوت بر سلامت شناخته‌شده، بر اساس سطح و بعد موردنظر از سرمایه اجتماعی، نتایج متفاوتی در این رابطه گزارش نموده‌اند. به همین جهت، اکثریت مطالعات خارجی، سلامت و سرمایه‌اجتماعی را حوزه‌ای ناشناخته و نیازمند مطالعه معرفی می‌نمایند اما مطالعات داخلی در حالی با حساسیت کمتری از این مفهوم در حوزه سلامت استفاده می‌کنند که به تعاریف کلاسیک و محدود این مفهوم اکتفا نموده‌اند. مطالعات داخلی در این حوزه، بیشتر به بررسی کمی رابطه سرمایه‌اجتماعی در سطح فردی با سلامت روان پرداخته، از آن جهت که به پیوندها و پیوستگی‌های سرمایه‌اجتماعی با بیماری‌های مزمنی مانند سرطان در سطوح غیرفردی از جمله سطح خانوادگی، توجه چندانی نگردیده؛ سرمایه اجتماعی خانواده از سطوح ناشناخته در مطالعات این حوزه تلقی می‌شود. همچنین، سویه منفی سرمایه‌اجتماعی در یافته‌ها کمتر گزارش شده است.

۲-۲- چارچوب مفهومی

در حوزه سلامت، مباحث نظری اجتماعی کمتری پیرامون سرمایه اجتماعی در مقایسه با سرمایه مادی و مالی وجود دارد. (Marx, 1967 cited in Lynch & et al, 2000: 404). پیش از ۱۹۹۶، سرمایه‌اجتماعی، عمدتاً در زمینه‌های خارج از بهداشت عمومی مورد بحث بوده که می‌توان به بوردیو^۱ (۱۹۸۶) و کلمن^۲ (۱۹۹۰) در حوزه جامعه‌شناسی، لوری^۳ (۱۹۹۲) در اقتصاد و پاتنام^۴ (۱۹۹۳) در علوم سیاسی اشاره نمود. اما انفجار علاقه به استفاده از این مفهوم در بهداشت عمومی پدیده نسبتاً جدیدی است. (Kawachi & et al, 2007: 1) علی‌رغم پیش‌بینی پاتنام (۱۹۹۳) در کتاب "دموکراسی‌سازی"^۵ مبنی بر اینکه احتمالاً سلامت کمترین ارتباط را با سرمایه‌اجتماعی داشته و از آن تأثیر بپذیرد، اما مفهوم

-
1. Bourdieu
 2. Coleman
 3. Lory
 4. Putnam
 5. Making Democracy Work

سرمایه اجتماعی با الهام از همین کار پاتنام به حوزه سلامت عمومی راه یافت. (Lindstrom & Rosvall, 2019: 1) شواهد مربوط به اینکه افراد دارای سرمایه اجتماعی بیشتر، طول عمر بیشتری دارند و از مشکلات مربوط به سلامت کمتر رنج می‌برند، قطعی هستند (فیلد، ۱۳۸۵: ۸۶). پاتنام نشان می‌دهد که بین سرمایه اجتماعی با شاخص‌های سلامت و نرخ مرگ و میر به ترتیب همبستگی مثبت و منفی قوی‌ای وجود دارد.

او معتقد است، ۴ دلیل برای رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت وجود دارد: اول، شبکه‌های اجتماعی می‌توانند وسایل مادی که به نوبه خود فشار روانی را کاهش می‌دهند، فراهم کنند؛ دوم، آن‌ها می‌توانند هنجارهای سلامت را تقویت کنند؛ سوم، بر خدمات پزشکی اعمال نفوذ کنند؛ و در آخر اینکه کنش متقابل می‌تواند واقعاً به تقویت سیستم ایمنی بدن کمک کند (پاتنام، ۲۰۰۰: ۳۲۸-۳۳۱ به نقل از فیلد، ۱۳۸۵: ۸۶).

کلمن یکی از اولین محققانی بود که گفتمان سرمایه اجتماعی را در خانواده مطرح کرد (Alvarez, Kawachi & Romani, 2016: 7).

از نظر کلمن، زمینه خانوادگی، به لحاظ تحلیلی از سه بعد ساخته شده است: سرمایه مالی، سرمایه انسانی و سرمایه اجتماعی. اولی با دارایی‌ها و درآمد خانواده سنجیده می‌شود که می‌تواند در کسب دستاوردها مؤثر باشد. سرمایه انسانی خانواده با سطح آموزش خانواده‌ها و ظرفیت فراهم نمودن محیط شناختی برای آموزش فرزندان سنجیده می‌شود. سرمایه اجتماعی نیز، مانند سرمایه مالی و انسانی منبعی برای آموزش فرزندان است. کلمن، بین دو نوع سرمایه اجتماعی خانوادگی تمایز قائل می‌شود: (۱) سرمایه اجتماعی درون خانواده^۱ که امکان دسترسی کودکان به سرمایه انسانی را ایجاد کرده و به حضور فیزیکی والدین در خانواده و توجه والدین به فرزندان بستگی دارد (۲) سرمایه اجتماعی بیرون خانواده^۲ که در رابطه اجتماعی خانواده با بیرون [روابط رسمی و غیررسمی] وجود داشته و در رشد فرزندان ارزشمند است. (Coleman, 2003: 109-113)

از نظر بوردیو نیز همانند کلمن، سرمایه اجتماعی خانواده، وسیله‌ای است که از طریق آن می‌توان به سرمایه‌انسانی والدین دسترسی پیدا کرد. (Alvarez, Kawachi & Romani, 2016: 7) بعد شناختی سرمایه اجتماعی در روابط و سیستم شناختی افراد تجسم یافته است. افراد علاوه بر سرمایه مادی، ذخایر شناختی خود را نیز از خانواده به ارث می‌برند. بوردیو و کلمن معتقدند که سرمایه اجتماعی ممکن است سلامت را بهبود بخشد اما نابرابری‌ها را نیز تشدید می‌کند. همه به منابع سرمایه اجتماعی یکسانی دسترسی نداشته و به یک شکل سود نخواهند برد. (Uphoff, 2013: 8) به طوری که طبقات فرودست، فرزندان خود را برای موقعیت‌های نازل آموزش می‌دهند. به عبارت دیگر، هر طبقه‌ای عادت‌واره خود را به وجود می‌آورد که شامل شیوه‌های تفسیر و داوری درباره پدیده‌ها و رویدادهای مشترک میان اعضای هر طبقه است» (سیدمن، ۱۳۸۶: ۲۰۰). بدین ترتیب، موجودیت خانواده، بواسطه بکارگیری راهبردهای اقتصادی-تربیتی... بصورت ناآگاهانه در نسل‌های بعد بازتولید و حفظ می‌شود (بوردیو، ۱۳۹۳: ۴۵).

از دیدگاه کاکس^۱، پایین بودن سرمایه اجتماعی مانند بی‌اعتمادی در سطح جامعه و نیز سطح گروهی [مانند خانواده] به بروز مسائل بهداشتی و اجتماعی مانند خودکشی، خشونت و ... می‌انجامد (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰: ۱۴). فیلد معتقد است که گروه‌ها می‌توانند دارایی‌های منفی داشته باشند. همچنین، هویت گروهی می‌تواند تصورات قالبی با پیامدهای مخرب را درباره افراد خارج از گروه تلقین نماید. به باور وی، سرمایه اجتماعی ممکن است، هم‌زمان هم آثار مثبت و هم آثار منفی در شکل بین گروهی و درون گروهی برای فرد و جامعه داشته باشد که این امر، از جامعه‌ای به جامعه دیگر می‌تواند به اشکال متفاوتی دیده شود (فیلد، ۲۰۰۳: ۷۱-۹۰ به نقل از احمدی و ابوترابی‌زارچی، ۱۳۹۱: ۶۹-۷۰).

آراء ویلکینسون^۲ درباره سرمایه اجتماعی و سلامت، به جوامع توسعه یافته اختصاص دارد. به عقیده وی در این جوامع، نه فقر مطلق که فقر نسبی و نابرابری‌های درآمدی عامل

1. Cox

2. Wilkinson

مرگ و میر است. ویلکینسون در توضیح چگونگی رابطه بین توزیع درآمد ملی و سلامت، آن را به رابطه بین تفاوت درآمدی و انسجام اجتماعی مرتبط می‌داند. جوامعی که از وضعیت سلامتی بهتری برخوردارند، با اختلاف درآمدی پایین‌تر، انسجام اجتماعی بالاتر و زندگی اجتماعی قوی‌تر مشخص می‌شوند. در جوامع برابری طلب، حس انسجام بالا با سطوح پایین استرس مزمن و بنابراین سلامتی بهتر همراه است. (Wilkinson, 1996: 115-128).

بر اساس چارچوب مفهومی مطالعه حاضر، مکانیزم اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامتی مبهم و پیچیده است. در برخی از دیدگاه‌ها، سرمایه اجتماعی رابطه مستقیمی با سلامتی دارد اما در دیدگاه‌های دیگر، این رابطه غالباً، غیرمستقیم است. به‌عنوان مثال، از نظر کاکس، سرمایه اجتماعی، تأثیر مستقیمی بر سلامتی دارد. به‌زعم پاتنام نیز، سرمایه اجتماعی از طریق تأمین امکانات و خدمات و در نتیجه کاهش فشارهای روانی، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم مثبتی بر سلامتی دارد. در تحلیل ویلکینسون، انسجام اجتماعی پایین، حلقه واسط بین نابرابری و بیماری است. از دیدگاه بوردیو و کلمن نیز، سرمایه اجتماعی، ضمن بهبود سلامتی، از طریق افزایش نابرابری، تأثیر منفی و غیرمستقیمی نیز بر سلامتی دارد که به نظر می‌رسد، بوردیو و کلمن، بیش از پاتنام، نسبت به آثار سرمایه اجتماعی بر سلامتی واقع‌بین بوده‌اند.

۳- روش پژوهش

در این تحقیق، به‌منظور کشف و فهم عناصر ساختاری-شناختی سرمایه اجتماعی ادراک شده در روابط مبتلایان به سرطان و خانواده آنها، از روش پدیدارشناسی تفسیری استفاده گردید. پدیدارشناسی اولین بار، توسط هوسرل^۱ (۱۹۳۱) به‌عنوان روشی برای فهم تجربه زیسته^۲ مردم (شرکت‌کنندگان تحقیق) و معنای تجربه آنان مفهوم‌سازی شد و اندیشمندان بسیاری (موستاکس^۳، ۱۹۹۴؛ ون‌مانن^۱، ۱۹۹۰) این ایده وی را تا به امروز بسط داده‌اند.

1. Husserl
2. Lived experiences
3. Moustaks

پدیدارشناسی تفسیری^۲ (IPA)، به‌عنوان رویکردی مشارکت محور، به شرکت کنندگان در تحقیق امکان می‌دهد تا تجربه زیسته خود را بیان کنند. (Alase, 2017: 9-10) در این مطالعه، ابزار اصلی جمع‌آوری داده، مصاحبه عمیق و بدون ساختار بوده و داده‌های جمع‌آوری‌شده با روش کلایزی تجزیه و تحلیل گردید که شامل ۷ مرحله به ترتیب زیر می‌باشد:

مطالعه اظهارات مشارکت کنندگان، جهت مانوس شدن با آنان؛ استخراج جملات و عبارات مهم مرتبط با سرمایه اجتماعی خانواده؛ فرموله کردن معانی از طریق تأمل بر معانی جملات و توصیفات مهم؛ ارائه توصیف جامع بر اساس تلفیق تم‌های به دست آمده از مشارکت کنندگان؛ ارائه ساختار ذاتی سرمایه اجتماعی خانواده؛ اعتبارسنجی یافته‌ها با مراجعه به شرکت کنندگان (عابدی، ۱۳۸۸: ۲۱۶-۲۱۷).

جامعه مطالعاتی در این تحقیق، شامل زنان مبتلا به بیماری سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید شهر ارومیه و خانواده آنان می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه، قرار داشتن در مراحل درمان و همراهی با بیمار (عضوی از خانواده) در مراجعه به مرکز درمانی بوده است که با انجام ۱۶ مصاحبه، داده‌ها به اشباع رسید. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل مضمون^۳ مورد استفاده قرار گرفته و تک تک مصاحبه‌ها به صورت جداگانه کدگذاری گردید. در مرحله اول، متن مصاحبه و توصیف‌های ارائه شده به منظور درک تجربه مشارکت کنندگان در قالب جداول و متن نوشتاری پیاده و برای تفسیر مقدماتی چندین بار مطالعه شد. در مرحله استخراج جملات مهم، مفاهیم و سازه‌های اولیه سازنده تجربه و ادراک زنان مبتلا به سرطان و همراهان آنها از پیوندهای خانوادگی و ارزش‌های حاکم بر این پیوندها، با کدگذاری باز احصاء گردید.

در مجموع ۴۱۷ عبارت معنادار به دست آمد. مفاهیم و سازه‌های اولیه برای رسیدن به مفاهیم انتزاعی مرور گردیده و کدگذاری محوری در قالب مفاهیم فرعی انجام شد. در

-
1. Van Manen
 2. Interpretative Phenomenological analysis
 3. thematic analysis

گام بعدی که تلفیق نامید می‌شود، مفاهیم فرعی به‌دست‌آمده از طریق انجام کدگذاری انتخابی در قالب مفاهیم اصلی دسته‌بندی و با بررسی مجدد مضمون‌های به‌دست‌آمده، ادراک مشارکت‌کنندگان از پیوندهای خانوادگی تشریح گردید. مضمون‌های به‌دست‌آمده در اختیار صاحب‌نظران و مشارکت‌کنندگان قرار گرفته و نظر آنان به نحوی در تصحیح و تأیید مفاهیم اعمال گردید که مشارکت‌کننده، تجربه خود را در ساختار پدیده ظهور یافته از کدگذاری داده‌ها باز یابد.

باورپذیری پژوهش با خود بازمینی محقق، اعضا و متخصصان تأمین گردید. برای انتقال‌پذیری داده‌ها، توصیف جامعی از شرایط شرکت‌کنندگان شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت شغلی ارائه و برای اطمینان‌پذیری نیز، از روش کفایت ارجاعی استفاده گردید.

جدول ۶- مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه

کد	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	وضعیت اشتغال	بیمار / همراه
۱	زن	۴۳	لیسانس	متأهل	شاغل بخش دولتی	همراه
۲	زن	۳۰	فوق‌لیسانس	متأهل	شاغل بخش دولتی	بیمار مبتلا به سرطان کبد
۳	زن	۵۶	ابتدایی	متأهل	خانه‌دار	همراه
۴	زن	۷۳	بی‌سواد	فوت همسر	خانه‌دار	بیمار مبتلا به تومور مغزی
۵	زن	۵۴	ابتدایی	متأهل	خانه‌دار	بیمار مبتلا به سرطان رحم
۶	مرد	۳۵	فوق‌دیپلم	متأهل	پیمانکار ساختمان	همراه
۷	زن	۵۹	دیپلم	متأهل	کارگر (مزرعه، مراسم و ...)	بیمار مبتلا به سرطان سینه
۸	زن	۵۷	سواد خواندن نوشتن	متأهل	خانه‌دار	بیمار مبتلا به سرطان حنجره
۹	مرد	۴۲	فوق‌لیسانس	متأهل	معلم	همراه

کد	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	وضعیت اشتغال	بیمار/ همراه
۱۰	زن	۵۵	دیپلم	متأهل	خانه‌دار	بیمار مبتلا به سرطان حنجره
۱۱	زن	۳۸	لیسانس	متأهل	پرستار	بیمار مبتلا به سرطان خون
۱۲	زن	۳۹	لیسانس	مجرد	بیکار	همراه
۱۳	مرد	۳۷	لیسانس	متأهل	کارمند	همراه
۱۴	زن	۴۱	لیسانس	متأهل	خانه‌دار	همراه
۱۵	زن	۴۹	فوق‌لیسانس	متأهل	فرهنگی	بیمار مبتلا به سرطان کبد
۱۶	زن	۳۳	زیر دیپلم	متأهل	خانه‌دار	بیمار مبتلا به سرطان استخوان

۴. تحلیل داده‌ها

هدف این مطالعه، دست‌یابی به پاسخ این پرسش است که زنان مبتلا به سرطان و خانواده آنها در فراز و نشیب مواجهه با بیماری سرطان، پیوندها و هنجارهای حاکم بر روابط خانوادگی خود را چگونه معنا و تفسیر می‌کنند؟ سطور زیر، به تشریح مضامین اصلی برآمده از اظهارات مشارکت‌کنندگان در این مطالعه می‌پردازد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۷- مضامین به دست آمده از تحلیل داده‌ها

مضمون‌های اصلی	مضمون‌های فرعی
سرمایه اجتماعی نخستین خانواده	تأمین امکانات کار و زندگی
	ارشاد و حمایت عاطفی
	تداوم حمایت یک‌سویه در ایام بیماری
سرمایه اجتماعی منفی	روابط نامتقارن
	احساس تعلق نابرابر
	دسترسی نابرابر به منابع
اول مادر، آخر همسر: تضعیف سرمایه اجتماعی درون خانوادگی	تحمیل نظر مادر
	دادن اختیار عمل به مادر
	حضور پنهانی مادر در خانه
	کمک مالی به مادر بدون اطلاع همسر
گسست در ارکان سرمایه اجتماعی خانوادگی	فوت پدر قبل از تولد
	فوت مادر بعد از تولد
قاعده خاموشی / اعتراض	به چشم نیامدن بدی‌های بیمار
	بیشتر به چشم آمدن بدی‌های اطرافیان
	اجتناب از پرداختن به اختلافات
	گله‌مندی و مقصرانگاری اطرافیان
انسجام در وضعیت اضطراری	نزدیکی عاطفی در فرصت باقیمانده
	جبران قصورهای پیشین
	آماده شدن برای مرگ
میانجیگری پنهان	محرم راز
	انعکاس پنهانی نیازها و گلایه‌ها
	مدیریت جو عاطفی

● سرمایه اجتماعی نخستین خانواده

با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش سرمایه اجتماعی نخستین خانواده، ۳ مضمون "تأمین امکانات کار و زندگی"، "ارشاد و حمایت عاطفی" و "تداوم حمایت

یک‌جانبه در ایام بیماری" به دست آمد. این سه مضمون در کنار هم، توضیح می‌دهد که سرمایه اجتماعی اولیه خانواده از روابط و کنش‌های دلسوزانه برخی از اعضای خانواده در گذشته شکل گرفته و همین ساختار روابط، در نقش حمایتی و مراقبتی پررنگ‌تر آنها نسبت به اعضای دیگر خانواده تداوم می‌یابد. فقر خانواده، دست‌یابی یکی از اعضای خانواده به منابع مالی ناشی از کار و استخدام، در کنار چشمداشت‌های ایثارگرانه متعدد از این عضو، پایه اولیه شکل‌گیری روابط بین افراد خانواده بوده است. رابطه و احساس تعلق قوی عضو حامی نسبت به سایر اعضای خانواده، امکان دسترسی اعضا دیگر خانواده، به منابع مادی و انسانی عضو حامی را فراهم نموده است. عضو حامی‌ای که در ایام عادی زندگی، به مشاوره و راهنمایی اعضای خانواده، تأمین هزینه مسکن، تحصیل، کار و ازدواج اعضای بیکار خانواده پرداخته، در ایام بیماری نیز، نقش فعال‌تری نسبت به سایر اعضای در مراقبت و دلجویی از بیمار، رفت‌وآمد به بیمارستان و تأمین هزینه‌های درمان ایفا نموده است. به‌عنوان مثال کد ۹ می‌گوید:

"استخدام که شدم خونه پدرم را ساختم. خواهر برادرهایم را فرستادم دانشگاه، مخارج عروسی‌شان را دادم و ... به من میگن داداش فداکار... الان که مادرم مریض شده وظیفم ایجاب می‌کنه ازش مراقبت کنم حتی اگر بقیه به وظیفشون عمل نکنند."

• سرمایه اجتماعی منفی

با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش سرمایه اجتماعی منفی، ۳ مضمون فرعی "روابط نامتقارن"، "احساس تعلق نابرابر" و "دسترسی نابرابر به منابع" به دست آمد. روابط پیچیده بین اعضای خانواده و هنجارهای حاکم بر این روابط، یکی از منابع مهم تولید و بازتولید سرمایه اجتماعی در شکل مثبت و منفی آن است. اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد، رابطه آنها با عضو مقتدر خانواده (عمدتاً پدر)، تحت‌الشعاع رابطه قوی این عضو با فرزند مورد علاقه‌اش قرار گرفته است. وجود احساس تعلق قوی پدر به فرزند مورد علاقه در کنار روابط سست‌تر با باقی اعضای خانواده، در زمره پیوندها و ناهنجاری‌های مرسوم

خانوادگی می‌باشد که می‌تواند علاوه بر ایجاد دسترسی نابرابر اعضا به منابع مادی خانواده، به بی‌اعتمادی، تنش و ایجاد فضای خانوادگی نامطلوب بین اعضا دامن بزند. این روابط علاوه بر اینکه در گذشته به فرد بیمار آسیب رسانده و موجبات رنج او گردیده، حدود انتظارات، وابستگی و دلگرمی او به خانواده را نیز تعیین نموده است. همچنین، تعلق قوی عضوی که در نقش حامی خانواده است در مقابل حس تعلق ضعیف اعضایی که از حمایت‌های صورت گرفته سود برده‌اند، به گرفتار شدن فرد حامی در دایره انتظارات و مسئولیت‌گریزی سایرین در مواقع بحرانی به‌ویژه بیماری منجر می‌گردد. به‌عنوان مثال کد ۱۱ می‌گوید:

"رفتار پدرم، من و برادرم را دشمن هم کرد. پدرم توقع داره مثل یک زاهد رفتار کنم و به پول فکر نکنم. همه توجهش به برادرمه. برادرم هم از شرایط استفاده می‌کنه. همیشه سر منافع خودش دعوا راه می‌اندازه. مادرم همیشه خودش را می‌اندازه جلوم که تو چیزی نگو دعوا میشه. همه در برابرش تسلیم شده‌اند. حرصم میدن، آنزیم هام به هم می‌ریزه..."

کد ۱۲ می‌گوید:

"پدرم هیچ وقت من را ندیده. دلش نمی‌خواست یک قرون خرج من بکنه الان میاد میگه غصه پول درمانت را نخوری من پشتت هستم، والا من بمیرم هم از اینا پول نمی‌گیرم..."

کد ۸ می‌گوید:

"همه بدبختی و گرفتاری هامونو پسر بزرگم حل کرد. غصه همه را می‌خوره. بچه هام همیشه مشکلات خودشونو میریزن سرش... اما خودشون هیچ مشکلی از کسی را حل نمیکنن. مریض هم که شدم باز زحمتم با همون پسر مه بقیه خیالشون راحت که این هست میرن پی کارشون..."

• اول مادر، آخر همسر: تضعیف سرمایه اجتماعی درون خانوادگی

با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش اول مادر، آخر همسر، ۳ مضمون فرعی "تحمیل نظر مادر"، "دادن اختیار عمل به مادر" و "کمک مالی به مادر بدون اطلاع

همسر" به دست آمد. اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد، درون‌گروهی افراطی و پیوندهای قوی در خانواده اولیه، روابط اعضا در خانواده ثانویه را تحت‌الشعاع قرار داده، به سردی روابط و تولید تنش مستمر در آن منجر شده است. کد ۳ می‌گوید:

"دخترم همیشه از این‌که اختیار زندگی دست مادر شوهرش بود و شوهرش بدون اطلاع دخترم خرج زندگی مادر و بردارهایش را می‌داد، ناراحت بود و حرص می‌خورد. با شوهرش سر هیچ چی نتونست به توافق برسه. کارش شده بود دعوا و قهر. کاری کرده بودن که با خودش حرف می‌زد انقدر حرص خورد آخرش هم مریض شد... از وقتی هم که مریض شد، روی این حساس‌تر شده. کارم شده دل‌داری دادن بهش"

• گسست در ارکان سرمایه‌اجتماعی خانوادگی

با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش گسست در ارکان سرمایه‌اجتماعی خانوادگی، ۲ مضمون فرعی "فوت پدر قبل از تولد" و "فوت مادر بعد از تولد" به دست آمد. فوت والدین به‌ویژه در سنین پایین، به از دست رفتن بخش مهمی از سرمایه‌شناختی و ساختاری‌ای منجر می‌شود که فرزندان از طریق ارتباط با والدین خود به دست می‌آورند. فقدان والدین، به زیست و تجربه روابط متفاوتی منجر می‌شود. زندگی در این ساختار جدید می‌تواند به معنی گسست در ارکان سرمایه‌اجتماعی خانوادگی باشد. کد ۱۳ می‌گوید:

"خواهرم از بچگی مریض بود مادرم خیلی هوای خواهرم را داشت اما مادرم که فوت شد، نامادری آمد به زندگی مان. پدرم چسبید به بچه‌های زن دومش و ما را به امان خدا ول کرد. بچه از مادر یتیم میشه. من خواهرم را می‌بردم دکتر. آخرش هم مرد. آگه مادرم زنده بود نمی‌گذاشت این‌طوری بشه"

زیستن تحت سرپرستی افرادی به‌غیراز والدین نیز، علاوه بر رشد در کم‌توجهی، کودک را در معرض انواع سوءاستفاده‌ها قرار می‌دهد. به‌عنوان مثال کد ۵ می‌گوید:

"قبل تولدم پدرم به رحمت خدا رفته بود. ۵ ساله بودم که مادرم هم فوت شد. مادرم قبل از مرگش به من گفت آگه اذیت کردند سم بخور بیا پیش خودم. با برادر ناتنی‌ام زندگی می‌کردم. بدجور کتکم می‌زد. من را از بچگی فرستاد توی کارگاه قالی‌کار کنم"

و خرجی اونها را بدهم. زن برادرم حتی نمی گذاشت روی لحافی که از مادرم مانده بود بخوابیم..."

قاعده خاموشی / اعتراض

با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش قاعده خاموشی / اعتراض، ۴ مضمون فرعی "به چشم نیامدن بدی‌های بیمار"، "بیشتر به چشم آمدن بدی‌های اطرافیان"، "اجتناب از پرداختن به اختلافات" و "گله‌مندی و مقصرانگاری اطرافیان" به دست آمد. اظهارات بیمار و همراهان آنها حاکی از شکل‌گیری قاعده پنهانی در روابط بیمار و اعضای خانواده وجود دارد که بر اساس آن اطرافیان، ایام بیماری را برای پرداختن به اختلافات کهنه با بیمار مناسب ندانسته و بدی‌های گذشته و حال او را نادیده می‌گیرند اما بیمار اختلافات و سخنان ناگفته در دوران سلامتی‌اش را مکرراً یادآوری کرده و دیگران را مسئول بیماری خود می‌داند. این قاعده بخشی از روال عادی زندگی روزمره نبوده بلکه زیستن با بیمار روبه‌مرگ و مراقبت از او، آن را ایجاد می‌نماید. به‌عنوان مثال کد ۱۱ می‌گوید:

"من قبول ندارم که آدم یهو بی‌جهت به همچین مریضی‌ای دچار بشه. دور و بری‌ها انقدر به آدم درد و غصه میدن که جمع میشه، میشه اینی که شده... بهشون مدام میگم شما با من این کار را کردید... کارهایی را که قبلاً با من کردن همه‌اش تو ذهنمه"

کد ۶ می‌گوید:

"مریض‌داری مخصوصاً با این بیماری راحت نیست. مریض تحت فشار، اتوماتیک حرف می‌زنه نباید بهش خرده گرفت. نباید به دل گرفت، وقتش نیست."

انسجام اضطراری

با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش انسجام اضطراری، ۳ مضمون فرعی "نزدیکی عاطفی در فرصت باقیمانده"، "جبران قصورهای پیشین" و "آماده شدن برای

مرگ" به دست آمد. ممکن است خانواده پیش از تشخیص بیماری یکی از افراد خانواده، دچار سردی روابط بوده و اختلافات و تضاد منافع آنها را نسبتاً پراکنده کرده باشد اما مواجهه با بیماری، شرایط اضطراری‌ای است که با عواطف بیشتر و همراهی با بیمار و سایرین همراه است. افراد خانواده، با احتمال جدایی به واسطه مرگ و تسکین خود، در مسیر جبران قصورهای پیشین حرکت می‌کنند. به عبارت دیگر، نزدیکی در دوران بیماری برای اعضاء خانواده، فرصت جبران کوتاهی‌ها، حلالیت گرفتن و ترمیم روابط است.

به عنوان مثال، کد ۱۳ می‌گوید:

"قبل از اینکه سرطان خواهرم تشخیص داده بشه خیلی حواسمون بهش نبود هر کسی رفته بود پی خودش مخصوصاً که مادری نبود ما را دور هم جمع کنه. برای همین روزهای باقیمانده سعی کردیم بیشتر بهش نزدیک بشیم و گذشته را جبران کنیم که بعدها برایمان تبدیل به حسرت نشه".

میانجیگری پنهان

با تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش واسطه پنهان، ۳ مضمون فرعی "محرم راز"، "انعکاس پنهانی نیازها و گلابه‌ها" و "مدیریت جو عاطفی" به دست آمد. معمولاً، بیمار درد دل‌ها و گلابه‌هایش را به‌ویژه اگر در مورد نزدیکانش باشد، به همه بازگو نمی‌نماید. واسطه پنهان، صمیمی‌ترین فرد با بیمار بوده و از نظر بیمار، محرم رازهای او می‌باشد که به صورت مخفیانه، گلابه‌های بیمار را به گوش شخص موردنظر نیز می‌رساند تا هم از رنج و ناراحتی بیمار بکاهد و هم حلالیت گرفتن از اطرافیان و آنها را در جریان انتظارات پنهان بیمار قرار دادن را جزء آخرین کارهایی که می‌توان برای بیمار بدحال نمود، می‌داند. از طرفی نیز اگر هزینه‌های درمان، کار مراقبت یا رفت‌وآمد به مراکز درمانی، احتمال گلابه عضوی از خانواده را در پی داشته باشد، میانجی پنهان، به بازگرداندن آرامش فرد موردنظر کمک نموده و به‌طور کلی، جو عاطفی بین اطرافیان و بیمار را معتدل‌تر می‌سازد. به عنوان مثال، کد ۳ می‌گوید:

"دخترم حرف هایش را فقط به من می زد. گله هایی از پدر و برادرش داشت. نمی خواست من به بهشون بگم فقط می خواست درد دل کنه اما بهتر بود یه جوری می گفتم که جبران کنند. برای پسر من منفعت خودش خیلی مهم بود. بهش یه چیزایی گوشزد کردم... تا حدی بهتر شد".

کد ۱۴ می گوید:

"تو این وضعیت، زندگی همیشه دکتر رفتن و اومدن. همراه مریض بودن و مراقبت هم سخته. خانواده هم خسته می شه. وقت هایی که یکی خسته می شد نمی گذاشتم به روی خودش بیاره. برای مریض خوب نیست. درد خودش بشش هست دیگه".

نتیجه گیری

سرمایه اجتماعی نخستین خانواده، به یک منبع پایدار حمایتی در خانواده اشاره می نماید که دسترسی اعضا را به حمایت ها و نیز منابع مادی فراهم نموده و وضعیت آنها را بهبود بخشیده است. بر اساس چهارچوب نظری تحقیق حاضر و دیدگاه پاتنام، شبکه های اجتماعی می توانند وسایل مادی که به نوبه خود فشار روانی را کاهش می دهند، فراهم کرده و هنجارهای سلامت را تقویت کنند (پاتنام، ۲۰۰۰: ۳۲۸-۳۳۱ به نقل از فیلد، ۱۳۸۵: ۸۶) اما، این یافته از آن جهت که نشان می دهد، حمایت یک سویه، همواره پیامدهای مثبتی نداشته و ممکن است به وظیفه همیشگی یک عضو معین تبدیل گردد، با نتایج مطالعه آقابخشی و راشدی (۱۳۹۳)، متفاوت می باشد که صرفاً به مثبت بودن حمایت خانواده در مقابله با بیماری تاکید نموده و حمایت های خانوادگی را آسیب شناسی نمی نماید.

مضمون اول مادر، آخر همسر، نشان می دهد، زیستن در فضای نیمه سنتی-نیمه مدرن که در آن موجودیت خانواده گسترده هم زمان با خانواده هسته ای تداوم می یابد، ممکن است پیامدهای پیچیده ای از جمله تضعیف سرمایه اجتماعی در روابط نزدیک را نیز در پی داشته باشد. درون گروهی افراطی یا احساس تعلق شدید به خانواده اولیه، از مقتضیات زندگی سنتی است که خانواده هسته ای و رابطه همسران را متأثر می سازد. ازدواج، معمولاً افراد را در معرض انتظارات و خواسته های متفاوت خانواده گسترده و هسته ای قرار می دهد.

بر اساس چارچوب نظری تحقیق حاضر و دیدگاه فیلد نیز، گروه‌ها [از جمله خانواده]، می‌توانند دارایی‌های منفی داشته باشند و هویت گروهی درباره افراد خارج از گروه می‌تواند تصورات قالبی با پیامدهای مخرب به همراه داشته باشد (فیلد، ۲۰۰۳: ۷۱-۹۰ به نقل از احمدی و ابوترابی زارچی، ۱۳۹۱: ۶۹-۷۰). از دیدگاه کاکس^۱ نیز، پایین بودن سرمایه اجتماعی در سطح گروهی [مانند خانواده] به بروز مسائل بهداشتی و اجتماعی مانند خودکشی، خشونت و... می‌انجامد (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰: ۱۴). این داده با یافته‌های جوهرت و دیگران (۲۰۱۵)، همسو می‌باشد که نشان دادند روابط بین فردی از مقوله‌های سرمایه اجتماعی تأثیرگذار در تجربه بیماران سرطانی است.

مضمون گسست در ارکان سرمایه اجتماعی خانوادگی، نشان می‌دهد، حضور یا فقدان فیزیکی والدین، نتایج متفاوتی بر بازتولید یا فرسایش سرمایه اجتماعی ایجاد می‌نماید. بر اساس چارچوب نظری تحقیق حاضر و دیدگاه کلمن نیز، دسترسی کودکان به سرمایه انسانی، به حضور فیزیکی والدین در خانواده و توجه والدین به فرزندان بستگی دارد که از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی خانوادگی می‌باشد (Coleman, 1998: 109-113). این یافته با داده‌های اریکسون (۲۰۱۱)، همسو می‌باشد که سرمایه اجتماعی درون گروهی^۲ را که بر وجود روابط حیاتی خانوادگی متمرکز است، یکی از انواع مختلف سرمایه اجتماعی مهم در شکل دادن به انواع شبکه‌های تقویت کننده سلامتی یا آسیب‌زننده به آن می‌داند.

مضمون سرمایه اجتماعی منفی، نشان‌دهنده پیوندها و هنجارهای تبعیض آمیز بین اعضای خانواده می‌باشد که با انسداد و ایجاد نابرابری، آثار منفی‌ای بر عواطف و نیز سلامتی زنان به عنوان اعضای حاشیه‌ای‌تر خانواده داشته است. از دیدگاه بوردیو و کلمن، سرمایه اجتماعی ممکن است سلامت را بهبود بخشد اما نابرابری‌ها را نیز تشدید می‌کند. همه به منابع سرمایه اجتماعی یکسانی دسترسی ندارند و همه به یک شکل سود نخواهند برد. (Uphoff and et al, 2013)

1. Cox
2. bonding

این یافته با نتایج مطالعه بری و ولش^۱ (۲۰۱۰)، همسو می‌باشد که نشان دادند وضعیت سلامت روان زنان مناسب نبوده و ممکن است رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان جنسیتی باشد. زنان منابع لازم برای مقابله با فشارهای نامتناسب را نداشته و نمی‌توانند سرمایه اجتماعی خود را به فرصت تبدیل کنند چرا که شبکه‌های اجتماعی زنان کوچک‌تر بوده و منابع محدودی در این روابط وجود دارد. این یافته با داده‌های اریکسون (۲۰۱۱)، نیز همسو می‌باشد که نشان داد، سرمایه اجتماعی می‌تواند با تأیید توزیع نابرابر سرمایه، از عوامل آسیب‌زننده به سلامتی باشد.

مضمون‌های قاعده خاموشی / اعتراض، انسجام اضطراری و واسطه پنهان، حاکی از وضعیت نامعمول در پیوندها و ادراکات بیمار و افراد خانواده ناشی از مواجهه با سرطان بوده، روزهای باقیمانده پس از تشخیص سرطان یکی از اعضاء خانواده، می‌تواند فرصتی برای بازتعریف و تنظیم مجدد روابط خانواده، تصورات و ادراکات آنان باشد. این مضامین حاکی از آن است که سرمایه اجتماعی نیز متقابلاً از بیماری تأثیر می‌پذیرد و می‌تواند تحت تأثیر آن تقویت گردد. این مضامین و تأثیرپذیری سرمایه اجتماعی از بیماری و تقویت آن، خارج از چهارچوب نظری و ادبیات تجربی این مطالعه به دست آمد که از جنبه‌های بدیع مطالعه حاضر می‌باشد.

بطور کلی و بر اساس ادبیات تحقیق حاضر، نابرابری یکی از سازوکارهایی است که سرمایه اجتماعی از طریق آن بر سلامتی اثر می‌گذارد. اساسی‌ترین نابرابری‌های شناسایی شده در مطالعه حاضر، نابرابری طبقاتی و جنسیتی می‌باشد. نابرابری بین اعضاء خانواده، از پیوندهای نامتقارن و به عبارت دیگر از تبعیض‌های نهادینه شده در افکار و رفتار اعضاء خانواده تأثیر می‌پذیرد. این پیوندها و هنجارهای منفی درون خانواده با حضور نامادری یا یک عضو ناتنی در خانواده و نیز درون گروهی افراطی در خانواده اولیه تشدید شده است. تقسیمات نابرابر مانند تقسیمات جنسیتی و طبقاتی می‌تواند مانعی برای مشارکت اقتصادی،

اجتماعی کامل زنان در زندگی خانوادگی بوده و با تولید تنش خانوادگی بیشتر، به آسیب‌ها و ناراحتی‌های جسمی دامن بزند.

زنان طبقات پایین، در اثر فقر و نیز فقر فرهنگی، دسترسی کمتری به سرمایه‌انسانی و مالی خانواده اولیه و ثانوی خود داشته و این تبعیض با رنج روانی و جسمی مضاعف برای زنان همراه می‌گردد. زنان تحصیل کرده و طبقه متوسط نیز در اثر زیست در فضای نیمه‌سنتی-نیمه مدرن، از مواهب سرمایه‌اجتماعی جدید برخوردار نگردیده و سرمایه‌اجتماعی قدیمی از جمله درون‌گروهی افراطی نیز، از دیگر عوامل محرومیت آنان می‌باشد. لذا، تاکید بر فهم بعد ساختاری-شناختی سرمایه‌اجتماعی خانواده در ارتباط با نابرابری در حوزه سلامت، تاکید صحیحی به نظر می‌رسد. بنابراین هر راهکاری در راستای استفاده از سرمایه‌اجتماعی به عنوان ابزار عملی و کارآمد برای بهبود سلامت و مراقبت‌های اجتماعی، باید بر تخفیف نابرابری‌های جنسیتی و طبقاتی متمرکز باشد.

منابع

- احمدی، حبیب و ابوترابی زارچی، فاطمه. (۱۳۹۱)، «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و میزان خودکشی در استان‌های کشور»، فصلنامه راهبرد اجتماعی و فرهنگی، سال اول، شماره ۲: ۶۳-۷۹.
- افراسیابی، حسین؛ برزیده، کسری و جوادیان، سیدرضا. (۱۳۹۴)، «سازگاری پر نوسان در تعاملات اجتماعی بیماران سرطانی؛ مطالعه کیفی در شهر اهواز»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال سی و یکم، شماره ۷۷: ۱-۱۶.
- امامی سیگارودی، عبدالحسین؛ دهقان نیری، ناهید؛ رهنورد، زهرا و نوری سعید، علی. (۱۳۹۱)، «روش‌شناسی تحقیق کیفی: پدیدارشناسی»، پرستاری و مامایی جامع نگر، سال دوم، شماره ۶۸: ۶۳-۵۶.
- آباد، محسن؛ گنجی، رضا؛ شریفیان، الهام؛ نیکدل، رسول؛ جعفرزاده حصاری، مهسا و جعفرزاده حصاری، فاطمه. (۱۳۹۳)، «توزیع اپیدمیولوژیک انواع سرطان در یک بررسی ۱۰ ساله: مطالعه گذشته‌نگر موارد ثبت‌شده در بیمارستان‌ها و مراکز پاتولوژی استان خراسان شمالی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۶، شماره ۴: ۶۸۹-۶۹۶.
- آقابخشی، حبیب و راشدی، اسماعیل. (۱۳۹۳)، «حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان»، فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، شماره ۱۱: ۱-۳۸.
- بوردیو، پیر. (۱۳۹۳)، نظریه کنش: دلایل عملی و انتخاب عقلانی، ترجمه: مرتضی مردیها، تهران: نقش و نگار، چاپ پنجم.
- توکل، محمد و ناصری راد، محسن. (۱۳۹۱)، «تبیین نابرابری‌های سلامت و سرمایه اجتماعی غیر مبتلایان به سرطان مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران»، مجله پی‌اورد سلامت، سال ششم، شماره ۱: ۱۹-۲۹.
- توکلی راد، مهرداد و غفاری، غلامرضا. (۱۳۹۷)، «پدیده ارث فرساینده یا مقوم سرمایه اجتماعی خانواده»، مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره هفتم، شماره ۴: ۸۱۹-۸۴۱.
- جزایری، رضوان‌السادات؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران و قادرپور، رزگار. (۱۳۸۶)، «مقایسه رابطه باورهای ارتباط زناشویی و سلامت عمومی بین دو استان اصفهان و آذربایجان غربی»، فصلنامه روانشناسی کاربردی، دوره یکم، شماره ۴ و ۵: ۴۴۵-۴۵۹.

- حسینی، سیده محبوبه. (۱۳۹۳)، «تأثیر سرمایه اجتماعی بر درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان»، *بیماری‌های پستان ایران*، دوره هفت، شماره ۲: ۲۳-۳۵.
- حسینی، سیده محبوبه؛ موسوی، میر طاهر؛ رفیعی، حسن و سلطانی پوریا، رضا. (۱۳۹۳)، «تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان»، *رفاه اجتماعی*، دوره چهارده، شماره ۵۵: ۲۴۳-۲۶۹.
- حمزه گردشی، زینب؛ کلانتری، فرشته؛ باکویی، فاطمه؛ مرادی، سیاوش؛ پیوندی، سپیده و زمانیان، مرضیه. (۱۳۸۹)، «سرمایه اجتماعی و سلامت زنان ایرانی، مطالعه موردی دامنه‌ای»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیست‌ونهم، شماره ۱۸۱: ۱۶۲-۱۷۱.
- خالق پناه، کمال. (۱۳۹۵)، «بیماری مزمن به‌عنوان شیوه‌ای از زندگی: مطالعه‌ای در واقعیت‌های زیسته بیماری ام‌اس». *مطالعات جامعه‌شناختی*، دوره سوم، شماره ۱: ۸۹-۶۵.
- رشیدیان، آرش. (۱۳۹۱)، *پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت-سیمای سلامت و جمعیت در ایران*، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول.
- روحانی، حسن. (۱۳۸۹)، «خانواده، سرمایه خانواده و چالش‌های فراروی جامعه ما»، *راهبرد*، سال نوزده، شماره ۵۷: ۷-۳۳.
- سیدمن، استیون. (۱۳۸۶)، *کشاکش آراء در جامعه‌شناسی*، ترجمه: هادی جلیلی، تهران: نی.
- شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۰)، «سرمایه اجتماعی: مفاهیم اصلی و چارچوب نظری»، *فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال اول، شماره ۲: ۵-۱۸.
- طائی، زینب؛ رادفر، مولود؛ مقدم تبریز، فاطمه و شیخی، ناصر. (۱۳۹۴)، «تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر امیدواری و احساس تنهایی در بیماران مبتلا به سرطان پستان»، *نشریه پرستاری و مامایی*، شماره ۶: ۴۷۳-۴۸۰.
- عابدی، حیدرعلی. (۱۳۸۸)، «کاربرد روش تحقیق پدیده‌شناسی در علوم بالینی»، *فصلنامه راهبرد*، دوره پنجاه و چهار، شماره ۳: ۲۰۷-۲۲۴.
- عارفی، مرضیه. (۱۳۸۲)، «بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه». *مطالعات زنان*، سال اول، شماره ۲: ۱۰۲-۱۱۹.
- عباس‌زاده، محمد و حسین پور، ابراهیم. (۱۳۹۰)، «کاربرد تثلیث در پژوهش‌های کیفی (با تأکید بر رویکرد نظریه زمینه‌ای)»، *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌شناسی علوم انسانی*، سال هفده، شماره ۶۷: ۱۴۷-۱۶۶.

سرمایه اجتماعی خانواده، حلقه مفقوده در فهم...، عباسزاده و همکاران | ۳۱۵

- عبدالهیان، حمید. (۱۳۹۴)، *تحلیل پدیدارشناسی تفسیری*، جزوه کلاسی درس تحقیق پیشرفته دوره دکتری. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

- علی اکبری دهکری، مهناز؛ صالحی، شیرین و رضایی، اکبر. (۱۳۹۲)، «مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در بین بیماران کرونر قلب و افراد عادی»، *روانشناسی سلامت*، سال دوم، شماره ۲: ۱۸-۳۲.

- فیلد، جان. (۱۳۸۵)، *سرمایه اجتماعی*، ترجمه: احمدرضا اصغر پور، مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.

- قاسمی، وحید و کاظمی، مهری. (۱۳۸۸)، «تحلیلی جامعه‌شناختی بر نقش خانواده بر میزان برخورداری از سرمایه اجتماعی»، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، سال پنجم، شماره ۱: ۱۸۹-۲۱۸.

- کبیری، افشار و خاکپور، رقیه. (۱۳۹۹)، «فضای کنشی درون خانواده و رضایت از زندگی زناشویی، مورد مطالعه: زنان متأهل شهر ارومیه»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، دوره نهم، شماره ۲: ۴۲۳-۴۴۷.

- لاغوثی، دلارا؛ بوداقی، علی؛ عباسزاده، محمد و قاسم‌زاده، داود. (۱۳۹۹)، «واکاوی تعیین گره‌های فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی»، *نشریه علمی روان‌شناسی سلامت*، سال نهم، شماره ۴: ۶۳-۸۶.

- محسنی، رضاعلی؛ معین‌فر، سجاد؛ معین‌فر، علی و ساعی، راحله. (۱۳۹۷)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شهر ارومیه: مطالعه موردی بر روی زنان متأهل ۴۵-۲۵ ساله»، *فصلنامه سواد سلامت*، دوره سوم، شماره ۱: ۳۸-۳۰.

- مستانه، زهرا و موصلی، لطف‌الله. (۱۳۸۹)، «اپیدمیولوژی سرطان‌ها و مرگ‌ومیر ناشی از آن‌ها بر اساس مطالعه ثبت سرطان بیمارستانی استان هرمزگان»، *مجله دانش و تندرستی*، دوره پنجم، شماره ویژه‌نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران: ۱۰۵-۹۵.

- مشرق (۱۳۹۸/۳/۱۲): شایع‌ترین سرطان‌ها در مردان و زنان ایرانی، www.mashreghnews.ir.

- Alase, Abayomi. (2017). "The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach." *International Journal of Education & Literacy Studies*, 5(2), 9-19.

- Alvarez, Elena, Carrolio., Ichiro Kawachi, and Jordi Riera. Romani. (2016). "Family social capital and health – a systematic review and redirection." *Sociology of Health & Illness*, 39 (1), 5-29.
- Béhague, Dominique P., Lydie G Kanhonou, ilippi Veronique, Solang Lègonou, & Carine. Ronsman. (2008). "Pierre Bourdieu and transformative agency: A study of how patients in Benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events." *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 489-510.
- Berry, Helen Louise, and Jennifer A. Welsh. (2010). "Social Capital and health in Australia: An overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey." *Social Science & Medicine*, 70, 588-596.
- Caperchione, Cristina., William Lauder, Gregory S Kolt, Mitch J Duncan, and W. Kerry Mummery. (2008). "Associations between social capital and health status in an Australian population." *Psychol Health Med*, 13(4), 471-482.
- Cattell, Vicky. (2001). "Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital." *Social science & medicine*, 52(10), 1501-1516.
- Choi, Minkyoun., Marco Mesa-Frias, Eveline Nuesch, James Hargreaves, David Prieto-Merino, Ann Bowling, G. Davey Snith. Shah Ebrahim, Caroline Dale, and Juan P. Casas. (2014), " Social capital, mortality, cardiovascular events and cancer: a systematic review of prospective studies." *Int J Epidemiol*, 43(6), 895-920.
- Coleman, James. S. (1998). "Social Capital in the Creation of Human Capital." *The American Journal of Sociology*, Vol. 94, 95-120.
- Cromby, John. (2003). "Depression: embodying social inequality." *Journal of critical psychology counseling and psychotherapy*, 4 (3), 176-184.
- Dean, Lorraine., SV Subramanian, David R Williams, Katrina Armstrong, Camille Zubrinsky Charles, and Ichiro. Kawachi. (2014). "The role of social capital in AfricaneAmerican women's use of mammography." *Social Science & Medicine*, 104, 48-56.
- Eriksson, Malin. (2011). "Social capital and health: Implications for health promotion." *Global Health Action*, 4 (1), 5611-5622.
- Gottlieb, Laura., Caroline Fichtenberg, Hugh Alderwick, and Nancy. Adler. (2019). "Social Determinants of Health: What's a Healthcare System to Do?" *J Healthc Manag*, 64(4), 243-257.
- Hamano, Tsuyoshi., Xinjun Li, Jan Sundquist, and Kristina. Sundquist. (2021). "Neighborhood social capital and incidence and mortality of prostate cancer: a Swedish cohort study." *Aging clinical and experimental research*, 33 (12), 3333-3342.
- Huang, Xiaowei. (2019). "Understanding Bourdieu-cultural capital and habitus." *Review of European Studies*, 11(3), 45-59.

- Joubert, Lynette. B., Adrian H Y Wan, Shireen Bhatt, and Cecilia LW. Chan. (2015). "An Exploratory Study of Social Capital and Cancer Survivorship: Meaning and Interpersonal Relationships among Chinese with Cancer." *Illness, Crisis & Loss*, 23(1), 33-44.
- Kanavos, Panos. (2006). "The rising burden of cancer in the developing world." *Annals of Oncology*, 17, 15-23.
- Kawachi, Ichiro., SV Subramanian, and Daniel Kim, (Eds.). (2007). *Social capital and health*. New York: Springer; NY.
- Kritsotakis, George., Antonis Koutis, Thanasis Alegakis, S Koukouli and Anastas. Philalithis. (2012). "Social capital and patient satisfaction with cancer care, A cross-sectional study in Greece." *Archives of Hellenic Medicine*, 29 (1), 91-99.
- Lewis, Joanne. M., Michelle Digiaco, Tim Luckett, Patricia M Davidson, and David C. Currow. (2013). "A Social Capital Framework for Palliative Care: Supporting Health and Well-Being for People With Life-Limiting Illness and Their Carers Through Social Relations and Networks." *Journal of Pain and Symptom Management*, 45 (1), 92-103.
- Lindstrom, Martin & Maria. Rosvall. (2019). "Two theoretical strands of social capital, and total, cardiovascular, cancer and other mortality: A population-based prospective cohort study." *SSM - Population Health*, 7, 1-9.
- Lynch, John., Pernille Due, Carles Muntaner and George Davey. Smith. (2000). "Social Capital-is it a good investment strategy for public health?" *J Epidemiol Commun Health*, 54 (6), 404-408.
- Uphoff, Eleonora. P., Pickett, Kate E, Baltica Cabieses, Neil Small, and John. Wright. (2013). "A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities." *International Journal for Equity in Health*, 12(54), 1-12
- Van Manen, Max. (2017). "But Is It Phenomenology?" *Qualitative Health Research*, 27(6), 775-779.
- Wilkinson, Richard.G. (1996). *Unhealthy societies. the afflictions of inequality*. London: Routledge.

استناد به این مقاله: قاسمی، معصومه؛ عباسزاده، محمد؛ گلابی، فاطمه؛ علیزاده اقدم، محمدباقر و آقایی هیر، توکل. (۱۴۰۲). سرمایه اجتماعی خانواده، حلقه مفقوده در فهم تجارب زیسته زنان در مواجهه با سرطان. فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۵(۵۴)، ۲۸۷-۳۱۶.



Social Development and Welfare Planning Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.