

رابطه انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامت در سالمندان

الهام محمدی*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۲۵

چکیده

نوع شبکه اجتماعی که توصیف کننده محیط بین فردی است برای بررسی هدفمند وضعیت سلامت جمعیتها قابلیت کاربرد دارد. در این پژوهش شناسایی انواع شبکه اجتماعی در میان سالمندان و مقایسه سلامت (جسمی و روانی) در انواع شبکه‌های شناسایی شده، مد نظر است. مطالعه به صورت پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه $SF-12$ و چک لیست ویژگی‌های ساختاری و تعاملی شبکه اجتماعی صورت گرفت. حجم نمونه ۲۳۰ نفر از سالمندان بازنشسته بالای ۶۰ سال عضو کانونهای بازنشستگان کشوری و آموزش و پرورش شهر کرج بود که با نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تعیین انواع شبکه از تحلیل خوشه‌ای چند میانگینی و برای مقایسه وضعیت سلامت (جسمی و روانی) در انواع شبکه از آزمون واریانس یکطرفه استفاده شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، چهار نوع شبکه اجتماعی در میان سالمندان شناسایی شد: متنوع، خویشاوند محور، دوست محور و خانواده محور. مقایسه نمرات سلامت (جسمی و روانی) در میان انواع شبکه نشان داد که افراد متعلق به شبکه متنوع، بالاترین نمرات

* دکتری مددکاری اجتماعی، مدرس دانشگاه علامه طباطبائی و خوارزمی. e.mohammadil986@gmail.com

سلامت جسمی و روانی و افراد متعلق به شبکه خانواده محور، پایین ترین نمرات را بدست آوردند. افراد دارای شبکه‌های متنوع و خورشاوند محور در سلامت (جسمی و روانی) به طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به افراد متعلق به شبکه خانواده محور داشتند. نوع شناسی شبکه‌های اجتماعی سالمندان با توجه به اهمیت دیدگاه فرد در محیط در مددکاری اجتماعی، به مددکاران اجتماعی سالمندی، یک چارچوب ارزیابی خوب برای بررسی وضعیت سلامت (جسمی و روانی) به دست می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: سلامت، شبکه اجتماعی، نوع شناسی، سالمندان

مقدمه

با افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر و کاهش میزان تولد، جمعیت سالمندان در جهان رو به افزایش نهاده است به طوری که بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی جمعیت سالمند جهان از ۴۱۹ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۹۷۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ و همچنین به حدود ۲ میلیارد نفر در ۲۰۵۰ خواهد رسید که حدود هشتاد درصد آن نیز در کشورهای کمتر توسعه یافته خواهد بود (Paltasingh & Tyagi, 2010: 392). در ایران نیز با توجه به شاخص‌ها و ابزارهای آماری و جمعیت شناسی، روند سالمند شدن جمعیت آغاز شده و رشد جمعیت سالمندان روند افزایشی خود را آغاز نموده است، به طوری که جمعیت سالمند کشور در سال ۱۳۷۵، با ۶٫۶ درصد به ۷٫۳ در سال ۱۳۸۵ رسیده است (میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۶: ۳۲۷) و بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، جمعیت سالمندان (۶۰ سال به بالا) به ۸٫۲ درصد جمعیت فزونی یافته است (معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی مرکز آمار ایران، ۱۳۹۱: ۲۷) باید توجه داشت این روند افزایشی نسبت سالمندان که تحت تاثیر مساله مهم کاهش باروری در کشور نیز قرار دارد، بعد از به پایان رسیدن دوره ۴۰ ساله دریچه جمعیتی کشور در ۱۴۲۵ منجر به حرکت جمعیت کشور به سوی پیری مفرط می‌شود به طوری

رابطه انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامت در ... ۱۰۹

که نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به ۱۵ درصد می‌رسد که با شتاب نیز افزایش می‌یابد. (سرای، ۱۳۸۸: ۴۲-۴۳) و برآورد می‌شود در سال ۱۴۲۹ (۲۰۵۰ میلادی) سهم این گروه جمعیتی به ۱۹,۷ درصد جمعیت یا به عبارت دقیقتر به جمعیتی بالغ بر ۱۹۱۰۴۰۷۵ نفر می‌رسد (سرای، ۱۳۹۲: ۱۸۱).

افزایش جمعیت سالمندان (به ویژه گروه‌های خاصی از آن) بار مالی فراوانی را از نظر ایجاد تمهیدات درمانی- بهداشتی در جوامع مختلف موجب می‌شود (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۳) و از سویی با توجه به روند صعودی هزینه‌های مراقبت بهداشتی به عنوان یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی، شناخت عواملی که بر سلامت سالمندان اثر می‌گذارد، برای افراد و جامعه با اهمیت است. یکی از مفاهیم نوینی که با استفاده از آن به بررسی تاثیر روابط اجتماعی و ساختارهای اجتماعی بر حوزه سلامت و بهزیستی پرداخته می‌شود، شبکه اجتماعی است (Ashida, 2005: 31). تاثیر شبکه اجتماعی از طریق فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی بر سلامت در دوران سالمندی اهمیت بسیار زیادی دارد (Berkman et al, 2000: 852).

بیان مساله

آمارها نشان دهنده آن هستند که سالمندی جمعیت، یکی از چالش‌های اساسی کشور در سال‌های آینده خواهد بود که جامعه ناچار است با آن روبرو گردد. این وضعیت، تهدیدآمیز خواهد بود، اگر سالمندان از وضعیت سلامت پایینی برخوردار باشند و طبیعتاً عوارض آن به جامعه و افراد تحمیل می‌شود. عوارضی مثل فعالیت اقتصادی در حد بسیار پایین (و یا صفر) و همچنین هزینه‌های مراقبت و درمان بسیار بالا. بنابراین توجه به سلامتی در دوران سالمندی هم برای سلامت عمومی جامعه و هم برای فراهم کردن کیفیت زندگی بهتر برای سالمندان، با اهمیت است. در بحث از سلامتی باید به این نکته نیز توجه داشت که سلامتی مفهوم وسیعی دارد و اساساً تعریف واحد و مطلقی از

سلامتی نمی توان ارائه داد. سلامتی از محیط و روابط اجتماعی تاثیر می پذیرد و در طی سه دهه گذشته احیای علاقه مندی به اهمیت و تاثیر محیط و روابط اجتماعی بر سلامت در قالب بررسی تاثیر شبکه‌های اجتماعی افراد بر سلامت و عملکرد روزانه به وجود آمده است (Seeman, Bruce, McAvay, 1996: 192).

شبکه‌های اجتماعی، جامعه را تشکیل می‌دهند و بر آن تاثیر می‌گذارند. شبکه اجتماعی بر اساس نظر ولمن^۱ "مجموعه‌ای از افراد است که توسط مجموعه‌ای از روابط به هم مرتبط هستند، این روابط می‌تواند شامل ارتباطات شخصی، خانوادگی، دوستی و محله‌ای باشد که فرد دارای آنهاست" (ولمن، ۱۹۸۱؛ نقل از McDowell, 2008: 6) و این شبکه‌های اجتماعی دارای ویژگی‌های ساختاری (اندازه، تراکم و ترکیب)، تعاملی (فراوانی تماس، صمیمیت و دوام رابطه) و کارکردی (انواع حمایت‌های اجتماعی) هستند (Bastani, 2001: 26).

مطالعه تاثیرات شبکه‌های اجتماعی بر روی سلامت، در دهه ۱۹۷۰، در خلال کارهای پیشگامانی مانند کسل، کاب و برکمن^۲ که به صورت تجربی نشان داده‌اند، شبکه‌های اجتماعی می‌توانند بر مرگ و میر تاثیر بگذارد، ظهور کرد (Smith & Christakis, 2008: 408). مطالعات بسیاری نیز نشان داده‌اند که شبکه‌های اجتماعی با بیماری‌های جسمی (Michael et al, 2002: 131; Duberstein & Pinquart, 2010: 289)، کیفیت زندگی (Garcia et al, 2005: 516) و سلامت سالمندان (Markman, 1992: 175؛ حسینی و بهرامی‌نژاد، ۱۳۹۳: ۹۵۹) رابطه دارند. اما بیشتر این تحقیقات اثر ابعاد جداگانه و مجزای شبکه مانند اندازه کل شبکه و فراوانی تماس را بررسی کرده‌اند. گرچه چنین رویکردی با ارزش و آگاهی دهنده است اما بررسی این ابعاد مجزا و انفرادی شبکه (مثل اندازه شبکه) با سلامت، برابر با اثر قرار گرفتن در شبکه‌ای با در نظر گرفتن ویژگی‌های متعدد آن (مانند شبکه‌ای کوچک با تماس‌های عمدتاً خانوادگی

1. Wellman
2. Cassel, Cobb & Berkman

و با میزان صمیمیت کم) بر سلامت نیست (Fiori, Antonucci & Cortina, 2006: 27). از اینرو در تلاش برای متمرکز ساختن تحقیقات شبکه اجتماعی بر روی مناسبترین عناصر شبکه به ویژه در حیطه سالمندشناسی، ونجر^۱ توجه را به سوی مفهوم نوع شبکه اجتماعی معطوف کرده است. مفهوم "نوع شبکه اجتماعی" که یک جنبه جالب پدیده شبکه اجتماعی است، کمتر در متون علمی مورد توجه قرار گرفته است. این سازه که با کمک مجموعه‌ای از متغیرهای اصلی شبکه اجتماعی سنجیده می‌شود، امکان شناخت انواع محیط‌های بین فردی مهم را فراهم می‌کند (Litwin, 2001: 518) و یک چارچوب سودمند برای تفکیک گروه‌هایی از مردم دارای مجموعه مشترکی از پیوندهای اجتماعی فراهم می‌کند. دو رویکرد کلی برای مشخص نمودن نوع شبکه اجتماعی وجود دارد: یک رویکرد، ویژگی‌های ساختاری مانند اندازه شبکه، ترکیب شبکه و نیز ویژگی‌های تعاملی مانند فراوانی تماس و تداوم پیوندها را عمدتاً مورد استفاده قرار می‌دهد و رویکرد دیگر، رویکردی چند بعدی است که ویژگی‌های ساختاری، تعاملی و کارکردی (کیفیت شبکه) را مد نظر قرار می‌دهد (Dubova et al, 2010: 2).

پژوهشگران مختلف از معیارهای نسبتاً گوناگونی از این دو رویکرد برای شناسایی انواع شبکه اجتماعی استفاده نموده‌اند. این معیارها عبارت از: اندازه شبکه، چندگانگی پیوندها (Mugford & Kendig, 1986: 48)، در دسترس بودن خویشاوندان نزدیک، سطح همراهی خانواده، دوستان و همسایگان و درجه تعامل با گروه‌های محلی (Wenger, 1991: 155) و گروه بندی روابط نقشی (Auslander & Litwin, 1990: 115) هستند. نوع شناسی شبکه اجتماعی در میان سالمندان مهاجر از شوروی از ۶ شاخص ساختاری برای مشخص کردن انواع شبکه استفاده کرد که شامل اندازه شبکه، ترکیب شبکه، درصد تعاملات صمیمانه، فراوانی تماسها، تداوم پیوندها و مجاورت جغرافیایی بود (لیتوین، ۱۹۹۵؛ به نقل از Litwin & Landau, 2000: 219).

با وجود مباحثات مختلف برای مشخص کردن انواع شبکه، سطحی از اشتراک میان انواع تحقیقات نوع شناسی شبکه‌های اجتماعی دیده می‌شود؛ مثلاً با وجود آنکه این تحقیقات در نمونه‌ای از سالمندان اسرائیل، ۴ نوع شبکه خویشاوندی، خانواده فشرده، دوست محور و پیوندهای گسترده (Litwin & Landau, 2000: 224)؛ در نمونه سالمندان آمریکا، ۵ نوع شبکه غیرفامیلی محدود، غیر دوستان، خانواده، متنوع و دوستان (Fiori et al, 2006: 29)؛ در نمونه سالمندان چین، ۵ نوع شبکه متنوع، دوست محور، محدود، خانواده محور و خویشاوند محور (Tak Cheng et al, 2009: 719) و در نمونه‌ای از سالمندان کره، سه نوع شبکه متنوع، محدود و خانواده را بدست داد (Cheon, 2010: 95)، اما به طور کلی متداول ترین انواع شبکه اجتماعی سالمندان را شبکه‌های متنوع، متمرکز بر خانواده، متمرکز بر دوستان، و محدود باید دانست (Dubova et al, 2010: 2).

نوع شبکه یک متغیر مقرون به صرفه است که می‌تواند دنیای اجتماعی هر فرد و ویژگی‌های آن را نشان دهد. هرچند شناسایی انواع شبکه‌های اجتماعی سالمندان با توجه به این واقعیت که در دوره سالمندی، شبکه‌های اجتماعی افراد دستخوش تغییراتی می‌شود، اهمیت زیادی دارد، اما این نکته که سالمندان دارای انواع متفاوت شبکه اجتماعی، از حیث وضعیت سلامتی، کیفیت زندگی و حمایت‌های اجتماعی، چه شرایطی دارند، اهمیتی افزون دارد. تاکنون پژوهش‌های انجام شده، وجود رابطه انواع شبکه اجتماعی با ناتوانی (لیتوین^۱، ۲۰۰۳)، وابستگی عملکردی (دوبوا و همکاران، ۲۰۱۰) و روحیه (لیتوین، ۲۰۰۱)، بهزیستی روانشناختی (پارک و همکاران^۲، ۲۰۱۴) و سلامت جسمی، روانی و ذهنی (لی و ژانگ^۳، ۲۰۱۵؛ سان و همکاران^۴، ۲۰۱۷؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۷) را در جمعیت سالمندان آمریکایی، اروپایی، چینی و کره‌ای بررسی

1. Litwin
2. Park et al
3. Li & Zhang
4. Sohn et al

کرده‌اند ولی تاکنون با توجه به بافت فرهنگی اجتماعی کشور، رابطه انواع شبکه اجتماعی با سلامت در سالمندان مورد توجه قرار نگرفته است.

مددکاری اجتماعی در کار با سالمندان، به چندگونگی و تنوع جمعیت سالمندان واقف است؛ به عبارتی فراتر از گروه سالمندان وابسته و نیازمند مراقبت (در آسایشگاه‌های سالمندی)، با گروه وسیعتری از سالمندان سر و کار دارد. مددکاری اجتماعی برای کار با هریک از این جمعیت‌های متنوع سالمندی نیازمند رویکردی متفاوت است. مطالعات نوع شناسی شبکه اجتماعی می‌تواند با فراهم کردن شناختی از انواع شبکه‌های اجتماعی سالمندان، به شناسایی سالمندان در معرض خطر کاهش سلامتی بپردازد و رویکردی متفاوت و کاربردی را برای مددکاران اجتماعی حوزه سالمندی و توانبخشی فراهم کند. بنابراین در این پژوهش به شناسایی انواع شبکه‌های اجتماعی سالمندان و تفاوت‌های سلامتی میان آنها پرداخته می‌شود.

مبانی نظری

سلامت را باید مفهوم وسیعی دانست که تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. قدیمی‌ترین تعریفی که از سلامتی شده است عبارتست از بیمار نبودن. بهترین تعریف منطبق با الگوی کلیت و استفاده از مدل سلامتی، تعریفی است که سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ از سلامت ارائه داده است: «سلامت عبارتست از: رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و نه تنها بیمار یا معلول نبودن.» بنابراین تعریف، سلامتی فقط به معنی نبود بیماری نیست، بلکه سلامتی، داشتن قدرت و توانایی جسمی، ذهنی، روانی، معنوی و عاطفی برای یک زندگی طولانی، پویا و مفید است و یک مسئله چند بُعدی است.

با توجه به تعریف سلامتی از سوی سازمان جهانی بهداشت^۱ حتی امروز در کنار بُعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند (سید نوزادی، ۱۳۸۵: ۴۲). همچنین سلامتی علاوه بر رویکرد سازمان بهداشت جهانی، بر اساس رویکردهای ویژگی و جامعه شناختی نیز درک و تعبیر می‌شود. در رویکرد ویژگی، سلامتی بر اساس ویژگی‌های خاص تعریف می‌شود و ویژگی‌هایی مانند ظرفیت کارکردی، درد، حالت هیجانی و غیره مد نظر قرار می‌گیرد. این رویکرد در زمینه توسعه شاخص‌های سلامتی بسیار مفید است. در رویکرد جامعه شناختی نیز فرد سالم کسی است که ادراک ذهنی از بیماری واقعی نداشته باشد و احساس درد و ناتوانی و در نتیجه بیماری واقعی گزارش نکند. این مدل بسیار نسبی گرایانه است (مسعود نیا، ۱۳۸۹: ۲۲)

در کنار رویکردهای جامعه شناختی، ویژگی و سازمان بهداشت جهانی که در تعریف و تعبیر سلامتی مورد استفاده قرار می‌گیرند، یکی از رویکردهای مهم نسبت به سلامتی و بیماری که نگاهی فراتر از ارائه تعریف دارد و سلامتی را پدیده‌ای اجتماعی می‌بیند، رویکرد اجتماعی-پزشکی است. از جمله فرضهای این رویکرد، این است که بیماری‌ها در اثر ترکیبی از عوامل که بیشتر آنها محیطی هستند به وجود می‌آیند و کانون بررسیها باید رابطه میان بدن و محیط باشد. رویکرد اجتماعی-پزشکی از منظر پیوندهای اجتماعی و حمایت اجتماعی به موضوع سلامتی می‌نگرد. بر این اساس از جمله الگوهای اجتماعی سلامت و بیماری را می‌توان الگوی شبکه‌های اجتماعی و نیز حمایت اجتماعی و سلامتی معرفی کرد (مسعود نیا، ۱۳۸۹: ۹۶).

شبکه اجتماعی، الگویی ارتباطی است که مردم را به هم متصل می‌کند و پیوندهایی است که افراد را به گروه‌هایی از مردم مرتبط می‌سازد. نادل، میشل و بارنز^۲

1. WHO
2. Nadel, Mitchell & Barnes

شبکه‌های اجتماعی را به عنوان مجموعه‌ای از روابط میان یک مجموعه تعریف شده از اشخاص با یک سری ویژگی‌های دیگر مفهوم سازی کرده‌اند که خصوصیات این پیوندها به عنوان یک کل، ممکن است برای تعبیر و تفسیر رفتارهای اجتماعی افراد شبکه، مورد استفاده قرار گیرد (به نقل از باستانی، ۲۰۰۱: ۲۷). نظریه تحلیل شبکه با توجه به زیرساخت‌های آن، این توانایی را دارد که یک مساله را هم در سطح خرد و هم در سطح کلان بررسی نماید و همچنین با استفاده از مفهوم رابطه، توانایی اتصال این دو سطح را به یکدیگر و ترکیب نظریات و مفروضات دیگر را نیز داشته باشد. این نظریه از یک سو به کنشگران فردی و صفات آنها می‌پردازد و از سوی دیگر به رابطه بین آنها و ویژگی‌های روابطی که بین آنها برقرار است، توجه کرده است و همچنین از طرف دیگر به ساختارها و خرده ساختارهای جمعی همچون سازمان‌ها و غیره پرداخته است (ایمانی، ۱۳۸۳: ۴۲).

تحلیل‌های شبکه اجتماعی ممکن است هم شامل تحلیل شبکه‌های کل^۱ و هم شامل شبکه (اجتماعی) شخصی^۲ باشد. به بیان سارافینو (۱۹۹۴) شبکه اجتماعی (شخصی) در برگیرنده ارتباط‌هایی است که مردم با خانواده و اجتماع خود دارند. از نظر اسراییل و راندز (۱۹۸۷) شبکه‌های اجتماعی دارای ویژگی‌های ساختاری^۳ (اندازه^۴، تراکم^۵، ترکیب^۶)، ویژگی‌های تعاملی^۷ (شیوه تماس، فراوانی تماس^۸، صمیمیت^۹ / قوت و شدت پیوند، دوام رابطه^{۱۰}) و ویژگی‌های کارکردی (انواع حمایت اجتماعی) هستند. پژوهشگران برای مطالعه شبکه اجتماعی شخصی می‌کوشند یک

-
1. whole network
 2. personal (social) network
 3. structural
 4. size
 5. density
 6. composition
 7. interactional
 8. frequency of contacts
 9. intimacy
 10. durability

نقشه‌ای از موقعیت اجتماعی افراد ایجاد کنند و اطلاعاتی را در مورد پیوندهای نزدیک و مهم پاسخگویان جمع آوری کنند. در واقع شبکه شخصی شامل یک کنشگر مرکزی (خود) و مجموعه‌ای از اعضای شبکه است که در عین اینکه ممکن است با یکدیگر در ارتباط باشند، به فرد مرکزی نیز پیوند خورده‌اند. مطالعه شبکه فردی به جای اینکه جهان را از دید مشاهده گر بیرونی تعریف و بررسی کند، شبکه را از دید افرادی که در مرکز آن قرار دارد، بررسی می‌کند و پژوهشگران قادر هستند تا پیوندهای اجتماع را در هر جا که واقع شده‌اند و با هرکس و با هر شکلی که ساختار یافته‌اند، مطالعه کنند. در این رویکرد، پژوهشگران با تعدادی از افراد کانونی مصاحبه و گفتگو می‌کنند و درباره ترکیب، الگوهای ارتباطی و محتوای شبکه شان سوال می‌کنند (نقل از باستانی، ۲۰۰۱: ۲۹).

یکی از کانون‌های توجه در الگوی شبکه اجتماعی شخصی و سلامتی، تاثیر شبکه را با تمرکز بر رابطه کمیت و کیفیت روابط اجتماعی یا پیوند اجتماعی در نظر می‌گیرد. البته هنگامی که تمرکز بر روابط اجتماعی با سلامتی است، باید هر دو روابط اجتماعی مثبت و منفی را در نظر گرفت (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۴۳). در مورد روابط مثبت در زمینه سلامتی، برکمن و دیگران (۲۰۰۰) لزوم توجه بیشتر به مسیرهای روان شناختی و زیست شناختی را که از طریق آن، روابط موجود در شبکه اجتماعی (شخصی) افراد بر سلامت تاثیر می‌گذارند، مطرح نموده‌اند و می‌گویند این مسیرها می‌توانند در سه دسته جای گیرند:

۱) شبکه‌های اجتماعی (شخصی) از طریق تاثیر اجتماعی یا عملکردهای حمایتی بر رفتارهای بهبود دهنده و آسیب رساننده به سلامت اشخاص مانند: استعمال دخانیات و الکل، فعالیت فیزیکی، الگوهای مصرف رژیم غذایی، اعمال جنسی، استفاده از دارهای غیر مجاز تاثیر می‌گذارد.

۲) شبکه‌های اجتماعی (شخصی) از طریق تعدادی از مسیرها به حالات عاطفی و شناختی مانند عزت نفس، شایستگی اجتماعی، خودکارآمدی، افسردگی و عاطفه اثر می‌گذارند.

۳) شبکه‌های اجتماعی ممکن است دارای تاثیر مستقیم روی یک سری از مسیرهای زیست شناختی باشند که به میزان زیادی در ارتباط با پاسخهای فشار روانی است. در مورد روابط اجتماعی منفی در زمینه سلامت، اشاره می‌شود که شبکه‌ها و روابط اجتماعی همیشه نتایج و پیامدهای مطلوب برای سلامتی ندارند. شبکه‌های اجتماعی می‌توانند راه‌هایی از تماس را برای گسترش بیماری، فرصت‌هایی را برای تضاد و کشمکش، استثمار، انتقال استرس و تلاش‌های گمراه کننده برای دستیابی به کمک و نیز احساس فقدان و تنهایی را فراهم کنند. این جوانب منفی بالقوه شبکه‌ها می‌تواند به صورت عوامل استرس زای روان شناختی عمل نموده و منجر به پاسخ‌هایی شناختی، عاطفی و بیولوژیکی شود که خطر ناخوشی را افزایش می‌دهد. (Cohen, 2004: 679). با توجه به اینکه شبکه‌های اجتماعی افراد از لحاظ ویژگی‌های ساختاری و تعاملی با یکدیگر تفاوت دارند، از وضعیت سلامتی متفاوتی نیز برخوردارند که در قالب سازه نوع شبکه اجتماعی با ترکیب ویژگی‌های ساختاری و تعاملی شبکه اجتماعی شخصی، امکان بررسی دقیقتر می‌یابد.

پیشینه تجربی پژوهش

لیتوین و شیویتز-ازرا^۱ در سال ۲۰۱۰ طی تحقیقی بر ۱۴۶۲ سالمند آمریکایی پس از شناسایی ۵ نوع شبکه متنوع، دوستان، خانواده، محدود و اجتماع مذهبی، به مقایسه سلامت ذهنی^۲ در میان انواع شبکه‌ها پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که میانگین سلامت ذهنی بر حسب نوع شبکه، تفاوت معناداری دارد. فیوری، آنتنوکسی و کرتینا که در سال ۲۰۰۶ پژوهش مشابهی بر نمونه ۱۶۶۹ سالمندان بالای ۶۰ سال آمریکایی انجام داده بودند، در پژوهش خود، شبکه‌های غیرخانوادگی محدود، غیر دوستان، خانواده، متنوع و دوستان را شناسایی کردند و مقایسه سلامت عملکردی و سلامت روانی در

1. Litwin & Shiovitz-Ezra
2. Subjective well-being

میان انواع شبکه، حاکی از وجود تفاوت معنادار میانگین سلامت روانی و عملکردی بر حسب نوع شبکه بود. افرادی که در شبکه‌های متنوع و دوستان بودند، نسبت به سالمندان شبکه محدود، سلامت روانی بهتری داشتند و میان شبکه خانواده و غیرخانوادگی محدود، تفاوت معناداری در میانگین سلامت روانی وجود نداشت.

در کره جنوبی چندین پژوهش انجام شده است. مثلاً پارک و دیگران در سال ۲۰۱۷، در یک نمونه ۶۹۰۰ سالمندان ساکن در اجتماع به شناسایی ۵ نوع شبکه متنوع خانواده محور، متنوع دوست محور، فقط دوست محور، منزوی و و محدود پرداختند و بررسی تفاوت وضعیت عوامل خطر سلامت جسمی و روانی در میان انواع شبکه‌ها حاکی از بود که سالمندانی که شبکه اجتماعی محدود و منزوی دارند، سلامت جسمی و روانی پایبندی نسبت به سایر سالمندان داشتند.

سان و همکاران نیز در سال ۲۰۱۷ در یک نمونه ۷۹۵ نفری از سالمندان ساکن در اجتماع بر اساس چندین معیار شبکه اجتماعی، منجمله مشارکت و حضور گروه‌ها، به شناسایی ۵ نوع شبکه اجتماعی پرداختند که شامل شبکه‌های متنوع، خانوادگی، گروه محور، محدود-گروهی و محدود بود و نتایج بررسی تفاوت بین گروه‌ها از حیث وضعیت سلامت روانی و جسمی ادراک شده، حاکی از آن بود که سالمندان دارای شبکه اجتماعی محدود، سلامت ذهنی و روانی ادراک شده پایین تری نسبت به سایر شبکه‌ها داشتند.

پارک و همکارانش در سال ۲۰۱۴ نیز بر اساس یک نمونه ۴۲۵۱ نفری از سالمندان ساکن در اجتماعی با روش تحلیل خوشه‌ای بر اساس ۷ معیار شبکه اجتماعی (وضعیت تاهل، فراوانی فعالیت‌های اجتماعی، فراوانی تماس با دوستان، اندازه خانواده، نزدیکی به فرزندان، فراوانی تماس با فرزندان، کارکرد شبکه) به شناسایی ۴ نوع شبکه اجتماعی متفاوت منجمله شبکه‌های متنوع، محدود، دوست محور و زوجینی، پرداختند و بررسی وضعیت بهزیستی (افسردگی و رضایت از زندگی) در بین انواع ۴ شبکه نشان داد که سالمندان دارای شبکه‌های محدود، نسبت به سه نوع شبکه دیگر، رضایت زندگی کمتر و علایم افسردگی بیشتری داشتند.

نتایج پژوهش تاک چنگ و همکارانش بر روی سلامت ذهنی و نوع شناسی شبکه ۱۰۰۵ سالمند ساکن هنک کنگ در سال ۲۰۰۹، نشان داد که سلامت ذهنی سالمندان بر حسب نوع شبکه اجتماعی (که عبارتند از ۵ نوع متنوع، دوست‌محور، محدود، خانواده محور و خویشاوند دور) تفاوت معناداری دارد.

چئون در سال ۲۰۱۰ طی تحقیقی به شناسایی انواع شبکه اجتماعی در نمونه ۳۱۲ سالمند کره‌ای ساکن اجتماع پرداخت و پس از شناسایی سه شبکه متنوع، محدود و خانوادگی، وضعیت سلامت را بر حسب نوع شبکه مقایسه نمود. نتایج که حاکی از وجود تفاوت در وضعیت سلامت بر حسب نوع شبکه بود، به صورت مشخص تر نشان داد سالمندانی که شبکه متنوعی دارند به طور معناداری وضعیت سلامت بالا و سالمندانی که دارای شبکه محدود بودند، به صورت معناداری وضعیت سلامتی پایین تر از دیگر شبکه‌ها داشتند.

لی و ژانگ در سال ۲۰۱۵ در یک نمونه ۴۱۹۰ نفری از سالمندان چینی با استفاده از معیارهای ساختاری و تعاملی شبکه، با روش تحلیل خوشه‌ای به شناسایی ۴ نوع شبکه متنوع، دوست، خانواده و محدود پرداختند. همچنین نتایج نشان داد که میان متغیر نوع شبکه و سلامت رابطه قوی وجود دارد و افراد دارای شبکه متنوع، سلامتی جسمی و روانی بالاتری نسبت به سایر شبکه‌ها داشتند. البته سالمندان دارای شبکه دوست‌محور در مقایسه با سالمندان دارای شبکه خانواده‌محور، فقط سلامتی جسمی بهتری داشتند. شبکه‌های خانواده محور و محدود، سلامتی جسمی و روانی کمتری داشتند.

در نهایت لیتوین^۱ در تحقیقی در سال ۱۹۹۸ بر روی ۴۲۱۴ سالمند بالای ۶۰ سال اسرائیلی، به بررسی تفاوت سلامت در میان انواع شبکه پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که میزان سلامت بر حسب نوع شبکه تفاوت معناداری دارد به طوری که افرادی که در شبکه متنوع بودند، بهترین وضعیت سلامت و بعد از آن افراد متعلق به شبکه دوستان،

سلامتی خوبی داشتند. شبکه خانواده فشرده، سلامتی در حد میانه و افراد در شبکه ضعیف نسبت به دیگر انواع شبکه، کمترین میزان سلامتی را داشتند.

پیشینه پژوهشی داخلی که مستقیماً مرتبط با انواع شبکه‌های اجتماعی در حوزه رفتارهای سلامت سالمندان انجام شده باشد، موجود نیست اما برخی از پژوهش‌ها به جوانی از شبکه‌های اجتماعی و یا سلامت در دوران سالمندی پرداخته‌اند. در مورد شبکه اجتماعی در دوره سالمندی برای مثال باستانی و ذکریایی سراجی (۱۳۹۱) در پژوهش‌شان بر شبکه اجتماعی سالمندان با توجه به تفاوت‌های جنسیتی متمرکز شدند. نتایج پژوهش پیمایشی آنها نشان داد که اندازه شبکه اجتماعی مردان سالمند از زنان سالمند به صورت معناداری بزرگتر است و خویشاوندان بیشترین درصد اعضای شبکه اجتماعی هر دو جنس را به صورت کلی تشکیل می‌دهند اما درصد خویشاوندان و همسایگان در شبکه اجتماعی زنان بیشتر از مردان بود در حالی که در شبکه اجتماعی مردان، در کنار حضور خویشاوندان، درصد دوستان و همکاران بیشتر از شبکه زنان بود. هرچند شبکه اجتماعی مردان سالمند بزرگتر از زنان سالمند بود اما فراوانی تماس با اعضای شبکه در بین زنان بیشتر از مردان سالمند بود و بیشتر این تماس‌ها به صورت حضوری و تلفنی بود. صمیمیت زنان بیشتر با خویشاوندان نزدیکشان بود، در حالیکه مردان با همکاران بازنشسته خود احساس صمیمیت بیشتری داشتند و غالباً آنکه زنان سالمند حمایت اجتماعی بیشتری با اعضای شبکه خود رد و بدل می‌کردند.

اما سلامت در دوره سالمندی توجه بیشتری به خود جلب نموده است. برای مثال اسدی نوقایی و همکاران (۱۳۹۱) به این نکته که سلامت در دوران سالمندی نیازمند تعریف خاص خود است توجه کردند و با روش مطالعه مروری با کمک ۱۹ مقاله مرتبط به دست آمده از پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی بر اساس معیارهای ورود و خروج، به بررسی تعاریف و مفهوم پردازیه‌های انجام شده از سلامت سالمندان پرداختند. نتایج نشان داد رویکردهای اصلی سلامت سالمندان در متون، شامل مدل‌های پزشکی و عملکردی است. مدل پزشکی بر این باور است که معاینات فیزیکی برای

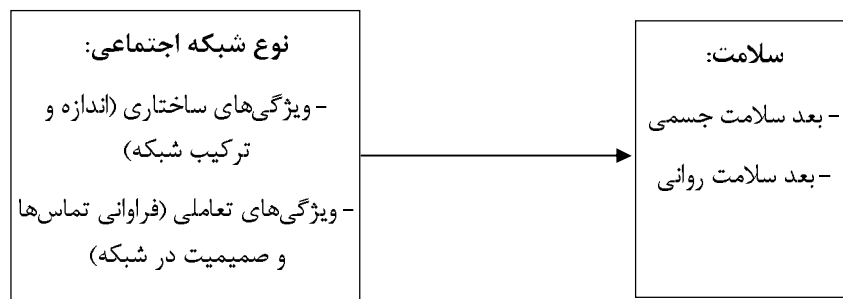
تعیین سلامت سالمندان و نیازهای سلامتی آنان ضروری است و در مدل عملکردی اعتقاد بر این است که همان چیزهایی که یک سالمند می‌گوید می‌تواند بهترین شاخص برای وضعیت سلامتی او و سیستم‌های حمایتی مورد نیازش باشد. همچنین بررسی سلامت در سالمندان نسبت به گروه‌های سنی دیگر باید جنبه ذهنی داشته باشد و نباید فقط به جنبه‌های پزشکی محدود شود.

سلامت در سالمندی در برخی پژوهش‌ها از لحاظ ابعاد ذهنی تر و غیرپزشکی سالمندی نیز مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال در پژوهش نوایی نژاد و همکاران (۱۳۹۲) سلامت روانی سالمندان و عوامل موثر بر آن به ویژه با توجه به عوامل خانوادگی و حمایت اجتماعی بررسی شد. نتایج این پژوهش پیمایشی نشان داد که بین حمایت خانوادگی و حضور فرزندان و تاهل سالمندان - که همگی اشاره به جوانی از شبکه‌های شخصی سالمندان داشتند - با سلامت روان آنها رابطه وجود داشت، به طوری که سالمندانی که متاهل بودند نسبت به سالمندان مجرد، بیوه و طلاق گرفته از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند و حمایت‌های خانوادگی از سوی همسر و فرزندان نیز بر سلامت سالمندان تاثیر معناداری داشت. سلامت اجتماعی در دوره سالمندی نیز در چندین پژوهش به عنوان بعدی دیگر از سلامت مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال پژوهش زاهدی اصل و درویشی فرد (۱۳۹۵) که با روش پیمایشی در نمونه‌ای متشکل از ۳۵۹ سالمند انجام شد، نشان داد که سلامت اجتماعی سالمندان تحت تاثیر حمایت اجتماعی و پایگاه اجتماعی آنها بود.

چارچوب نظری پژوهش

به صورت خلاصه در پژوهش حاضر از رویکرد اجتماعی-پزشکی که از منظر پیوندهای اجتماعی و حمایت اجتماعی به موضوع سلامتی می‌نگرد استفاده شد. به سلامتی بر مبنای رویکرد سازمان بهداشت جهانی که قائل به وجود ابعاد گوناگون

سلامتی است، نگریسته شد. (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۲) و با توجه به اینکه سطح تحلیل در پژوهش حاضر، کنشگران فردی هستند، برای بررسی پیوندهای اجتماعی از تحلیل شبکه اجتماعی شخصی که ویژگی‌های ساختاری (اندازه، تراکم، ترکیب) و ویژگی‌های تعاملی (شیوه تماس، فراوانی تماس، صمیمیت) کنشگران را مدنظر قرار می‌دهد بهره گرفته شد (نقل از باستانی، ۲۰۰۱: ۲۹).



سوال پژوهش

انواع شبکه‌های اجتماعی سالمندان بر اساس معیارهای ساختاری و تعاملی چگونه است؟

فرضیه‌های پژوهش

- میان انواع شبکه اجتماعی سالمندان از نظر سن تفاوت معناداری وجود دارد.
- میان انواع شبکه اجتماعی سالمندان و جنسیت، رابطه معناداری وجود دارد.
- میان انواع شبکه اجتماعی سالمندان و وضعیت تاهل، رابطه معناداری وجود دارد.
- میان انواع شبکه اجتماعی سالمندان و سطح تحصیلات، رابطه معناداری وجود دارد.
- میان انواع شبکه اجتماعی سالمندان از نظر سلامت جسمی تفاوت معناداری وجود دارد.
- میان انواع شبکه اجتماعی سالمندان از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری وجود دارد.

تعریف نظری و عملیاتی متغیرهای پژوهش

سلامت

تعریف نظری: بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت صرفاً به معنای نبودن بیماری نیست بلکه عبارت از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است. برخی دانشمندان به ابعاد ریزتر سلامت نیز اشاره کرده‌اند: معنوی، عاطفی، شغلی، سیاسی و... (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۲).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از سلامت نمره‌ای بود که آزمودنی از پرسشنامه SF-12 در دو بعد جسمانی و روانی به دست آورد. منظور از بعد جسمانی سلامت، نمره‌ای بود که آزمودنی از خرده مقیاس‌های بعد جسمانی سلامت به دست آورد. منظور از بعد روانی سلامت نمره‌ای بود که آزمودنی از خرده مقیاس‌های بعد روانی سلامت به دست آورد. لازم به ذکر است که نمرات دو بعد جسمی و روانی حاصل از این پرسشنامه قابل جمع با یکدیگر نبودند، بنابراین سلامت در قالب این دو بعد بررسی شد. در بخش ابزار جمع آوری داده‌ها، شیوه نمره گذاری و اعتبار و پایایی آن توضیح داده شده است.

نوع شبکه اجتماعی

تعریف نظری: سازه نوع شبکه اجتماعی امکان شناخت انواع محیط‌های بین فردی مهم را فراهم می‌کند و مجموعه‌ای از متغیرهای ساختاری و تعاملی شبکه است که گروه‌های اصلی را در جمعیت مورد مطالعه مشخص می‌سازد (Litwin, 2001: 516).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از نوع شبکه اجتماعی، نمره‌ای است که پاسخگویان در پرسشنامه محقق ساخته شبکه اجتماعی در معیارهای اندازه شبکه، فراوانی تماس و صمیمیت، به تفکیک ترکیب شبکه اجتماعی (شامل خانواده، خویشاوندان، دوستان و همسایگان) در قالب شبکه‌های مختلف با روش تحلیل

خوشه‌ای به دست آوردند. این پرسشنامه و اعتبار آن در بخش ابزار جمع آوری داده‌ها، معرفی شده است.

روش شناسی پژوهش

نوع مطالعه

این پژوهش از نوع پیمایشی است که دارای دو تمرکز اصلی بود؛ در ابتدا با استفاده از متغیرهای معیار، انواع شبکه اجتماعی سالمندان بازنشسته شناسایی شدند و سپس تفاوت انواع شبکه‌های اجتماعی از لحاظ میزان سلامت مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد بررسی را کلیه بازنشستگان بالای ۶۰ سال عضو کانون‌های بازنشستگان کشوری و آموزش و پرورش شهر کرج تشکیل می‌دهند که بر اساس برآوردها حدود ۴۰۰۰ نفر بودند. با توجه به عدم امکان دسترسی به نشانی افراد عضو در این کانونها و محدودیتهای موجود، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. از آنجایی که تاکنون پژوهش مرتبطی در این زمینه وجود نداشته، حجم دقیق نمونه پس از مطالعات مقدماتی بر اساس فرمول حجم نمونه مربوطه (با توجه به پیش برآورد واریانس) ۳۲۰ نفر به دست آمد که با توجه به میزان پاسخگویی ۷۲ درصدی نمونه (یا به عبارتی ریزش پاسخگویان)، در نهایت نمونه شامل ۲۳۰ سالمند شد.

$$n = \frac{N.t^2.S^2}{(N-1).d + .t^2.S^2} \quad (\text{فرمول شماره ۱})$$

n = حجم نمونه = N = حجم جامعه = t = سطح اطمینان ۹۵ درصد

S^۲ = پیش برآورد واریانس = d^۲ = دقت احتمالی مطلوب

$$n = \frac{4000 \times (1.96)^2 \times 453}{(4000-1) \times 0.05 + (1.96)^2 \times 453} = 320$$

ابزار جمع آوری داده‌ها

به منظور جمع آوری داده‌ها از دو پرسشنامه سلامت (SF-12) و پرسشنامه محقق ساخته برای سنجش وضعیت شبکه اجتماعی (با توجه به ویژگی‌های ساختاری و تعاملی) استفاده شد.

پرسشنامه سلامت (SF-12)، فرم کوتاه و تعدیل شده sf-36 است که سلامت را در دو خلاصه سنجه سلامت جسمی و روانی^۱ می‌سنجد و شامل ۱۲ سوال مربوط به ۸ خرده مقیاس است. ابعاد خلاصه سنجه جسمی شامل، عملکرد جسمانی (۲ سوال)، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی (۲ سوال)، درک سلامت عمومی (۱ سوال) و درد جسمانی (۱ سوال) است و ابعاد خلاصه سنجه روانی عبارتند از: محدودیت نقش به علت مشکلات روحی و روانی (۲ سوال)، سرزندگی (۱ سوال)، وضعیت روانی ادراک شده (۲ سوال) و عملکرد اجتماعی (۱ سوال). نمره دهی این پرسشنامه، الگوریتم خاصی دارد که از پژوهشگرانی که اعتباریابی و پایا سازی پرسشنامه فارسی SF-12 را انجام داده بودند (منتظری و همکاران^۲، ۲۰۰۹) برای محاسبه آن کمک گرفته شد. در بررسی منتظری و همکاران (۲۰۰۹) پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمی و سلامت روانی پرسشنامه، برابر با ۰,۷۳ و ۰,۷۲ بود. روایی سازه پرسشنامه نیز با استفاده از مقایسه گروه‌های شناخته شده و روایی همگرا بررسی شد، همچنین برای بررسی روایی از تحلیل عاملی اکتشافی، این پرسشنامه قادر به تبیین ۵۷,۸ درصد واریانس سنجه‌های سلامت بود و تحلیل عاملی تاییدی نیز برازش خوب مدل ساختاری دو بعدی این پرسشنامه را نشان داد.

پرسشنامه محقق ساخته شبکه اجتماعی (با تاکید بر ویژگی‌های ساختاری و تعاملی شبکه اجتماعی) پس از مرور منابع و انجام مطالعه مقدماتی در میان سالمندان طراحی شد. این پرسشنامه، ویژگی‌های اندازه شبکه، فراوانی تماس و صمیمیت را مورد

1. physical component summary& mental component summary
2. Montazeri et al

سوال قرار می‌دهد. ویژگی اندازه شبکه به تفکیک ترکیب شبکه، شامل تعداد اعضای خانواده (همسر و فرزندان)، خویشاوندان، دوستان و همسایگان است که با پاسخگو دارای ارتباطی منظم و بادوام هستند. در ویژگی فراوانی تماس، به صورت جداگانه فراوانی تماس با خانواده (همسر و فرزندان)، خویشاوندان و ... بر اساس طیف رتبه بندی شده یکبار در سال و کمتر (۱)، چندبار در سال (۲)، چندبار در ماه (۳)، هفته‌ای چندبار (۴) و روزانه (۵) سنجیده می‌شود. میزان صمیمیت با شبکه نیز بر اساس نمره‌ای که فرد در سوال «با هریک از اعضای شبکه خود چقدر احساس صمیمیت می‌کنید؟» بر اساس طیف لیکرت (هیچ تا خیلی زیاد) و در قالب جدولی متشکل از خانواده، خویشاوندان، دوستان و همسایگان بدست می‌آید، تعیین می‌گردد. اعتبار محتوای این پرسشنامه بر اساس نظر گروهی از استادان تایید شد.

لازم به ذکر است که از چک لیست اطلاعات دموگرافیک برای بررسی جنسیت، تحصیلات، وضعیت تاهل و سن استفاده شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در گام نخست انواع شبکه اجتماعی با استفاده از روش تحلیل خوشه‌ای چند میانگینی^۱ شناسایی شد. هدف از تحلیل خوشه‌ای آن است که افراد را بر اساس میزان شباهتی که با توجه به متغیرهای معیار دارند، به گروه‌های متجانس، گروه بندی کنند (مولوی، ۱۳۸۶: ۱۲۰). معیارهای به کار رفته در تحلیل خوشه‌ای، اندازه شبکه، ترکیب شبکه یا سهم (%) خانواده (همسر و فرزندان)، خویشاوندان، دوستان و همسایگان در شبکه، فراوانی تماس با خانواده، خویشاوندان، دوستان و همسایگان و میزان صمیمیت با شبکه بود. بعد از شناسایی انواع شبکه اجتماعی، برای بررسی تفاوت میان انواع شبکه اجتماعی از نظر سلامت، از آنالیز واریانس یکطرفه و برای بررسی رابطه انواع شبکه و متغیرهای دموگرافیکی از کای اسکورور (X^۲) استفاده شد.

1. k-means cluster analysis

نتایج

یافته‌های توصیفی: تعداد کل پاسخگویان پژوهش، ۲۳۰ نفر بود که ۱۸۲ نفر آنها مرد و ۴۸ نفر، زن بودند. اکثریت سالمندان (۶۴ درصد) در دامنه سنی ۷۰-۶۰ و میانگین سن مردان (۶۸،۵ ± ۶،۸) و زنان (۶۳،۸ ± ۳،۵) بود. ۸۵ درصد شرکت کنندگان، متأهل و ۱۵ درصد مجرد (ازدواج نکرده، بیوه، طلاق گرفته) بودند و ۳۱ درصد آنها تحصیلات زیر دیپلم و ۶۹ درصد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند.

در پاسخ به سوال پژوهش، با استفاده از تحلیل خوشه‌ای چندمیانگینی، ۴ نوع شبکه خویشاوند محور، دوست محور، شبکه متنوع و خانواده محور شناسایی شد (جدول ۱). شبکه خویشاوند محور: در این نوع شبکه به طور متوسط، ۶۰ درصد از اعضای شبکه را خویشاوندان تشکیل داده‌اند و فراوانی تماس با آنها به صورت منظم در ماه و در بالاترین میزان در مقایسه با دیگر شبکه‌هاست. سهم دوستان و همسایگان و فراوانی تماس با آنها در این نوع شبکه پایینتر از دو شبکه متنوع و دوست محور است؛ به عبارتی دوستان و همسایگان، تنها یک پنجم اعضای شبکه را تشکیل می‌دهند و ارتباط با آنها نیز در حد چندبار در سال و کمتر است. به طور کلی در این نوع شبکه، تمرکز بر خویشاوندان است. شبکه خویشاوند محور، شایعترین نوع شبکه بوده و ۵۱ درصد شبکه اجتماعی پاسخگویان از این نوع است.

شبکه دوست محور: در این نوع شبکه، نیمی از اعضای شبکه را دوستان تشکیل می‌دهند و فراوانی تماس با دوستان در بالاترین حد است. به عبارتی در این نوع شبکه، فراوانی تماس با دوستان به صورت منظم و ماهانه است. سهم فرزندان و سهم خویشاوندان کمتر از شبکه خویشاوند محور و فراوانی تماس با بستگان کمتر از شبکه اول و به صورت چندبار در سال است. میزان صمیمیت کلی با شبکه برابر با شبکه قبلی است. ۲۳ درصد از شبکه اجتماعی پاسخگویان، از نوع شبکه دوست محور بود.

شبکه متنوع: شبکه متنوع را می‌توان غنی‌ترین و بزرگترین نوع شبکه دانست که در آن اندازه شبکه، بالاتر از دیگر انواع شبکه و به طور متوسط ۷۲ نفر می‌باشد و نمرات بیش از نیمی از متغیرهای معیار در بالاترین میزان قرار دارد. سهم خویشاوندان و دوستان در این نوع شبکه تقریباً برابر و فراوانی تماس با آنها نیز برابر با بالاترین میزان دو شبکه قبلی است. یعنی در این نوع شبکه مجموعاً ۸۵ درصد اعضای شبکه افراد را دوستان و خویشاوندان تشکیل می‌دهند و ارتباط با آنها به صورت منظم و ماهانه است. همچنین سهم همسایگان، فراوانی تماس با خانواده و میزان صمیمیت کلی با شبکه نیز بالاتر از دیگر انواع شبکه است. ۱۹ درصد از شبکه اجتماعی نمونه پژوهش را این نوع شبکه تشکیل می‌دهد.

شبکه خانواده محور: در این نوع شبکه، اندازه شبکه از سه شبکه قبلی کمتر و به طور متوسط فقط ۱۲ نفر است. سهم همسر و فرزندان در این نوع شبکه بالاتر از دیگر انواع شبکه است و به نظر می‌رسد، پاسخگو عمدتاً با خانواده (همسر و فرزندان) خود در ارتباط است. ویژگی دیگر متمایز کننده این نوع شبکه این است که میزان صمیمیت کلی با شبکه، از تمامی شبکه‌ها کمتر و در پایین‌ترین میزان است. سهم خویشاوندان، دوستان و همسایگان کمتر از شبکه متنوع و فراوانی تماس با خویشاوندان، دوستان و همسایگان کمتر از همه دیگر انواع شبکه‌ها و در حد سالی چندبار است. فراوانی این نوع شبکه در پژوهش حاضر از همه انواع شبکه کمتر و ۷ درصد است.

جدول ۱- انواع شبکه بر اساس متغیرهای معیار و فراوانی درصدی

فراوانی (%)	صمیمیت	فراوانی تماس با همسایگان	فراوانی تماس با دوستان	فراوانی تماس با خویشاوندان	فراوانی تماس با خانواده*	سهم همسایگان در شبکه (%)	سهم دوستان در شبکه (%)	سهم خویشاوندان در شبکه (%)	سهم فرزندان در شبکه (%)	سهم همسر در شبکه (%)	اندازه شبکه	متغیرهای معیار
												نوع شبکه
۵۱	۱۹	۱	۲	۲,۷	۴,۰۸	۳,۶	۱۸,۹	۵۹,۹	۱۴,۶	۳	۳۱	شبکه خویشاوند محور
۲۳	۱۹	۲	۲,۸	۲,۱	۴,۱۲	۷	۵۱,۵	۲۵,۵	۱۲,۶	۳,۴	۲۷	شبکه دوست محور
۱۹	۲۴	۲	۲,۸	۲,۷	۴,۵۹	۷,۲	۴۰,۸	۴۴,۶	۵,۸	۱,۶	۷۲	شبکه متنوع
۷	۱۱	۱	۱,۳	۱,۶	۳,۸۸	۶,۳	۱۸	۲۷,۶	۳۸,۵	۹,۶	۱۲	شبکه خانواده محور

* فراوانی تماس با خانواده: میانگین فراوانی تماس با همسر و فرزندان

روابط دو متغیره

برای پاسخ به فرضیه‌های تحقیق به بررسی روابط دو متغیره پرداخته شد. ارتباط انواع شبکه با متغیرهای دموگرافیک (جنسیت، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات) با کمک آزمون کای اسکوئر و مقایسه سن و وضعیت سلامت جسمی و روانی در بین انواع شبکه با کمک آنالیز واریانس یکطرفه انجام شد.

جدول ۲- جدول آنالیز واریانس یکطرفه برای بررسی اختلاف میانگین سن بر اساس نوع شبکه اجتماعی

منبع پراش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهها	۲۵۲,۰۳	۳	۸۴	۱,۹۸	۰,۱۱۷
درون گروهها	۹۵۴۷,۹	۲۲۶	۴۲,۲۴		
کل	۹۷۹۹,۹	۲۲۹			

همانطور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، میانگین سن در انواع شبکه تفاوت معناداری نداشت ($P>0.05$).

جدول ۳- جدول تقاطعی انواع شبکه اجتماعی و متغیرهای جنسیت وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و مقادیر کای اسکور

سطح معناداری	X^2	انواع شبکه اجتماعی				متغیرهای دموگرافیک	
		دوست محور (%)	خویشاوند محور (%)	متنوع (%)	خانواده محور (%)		
۰,۴۵۶	۲,۶۰	۷۷	۷۶	۸۶	۸۷,۵	مرد	جنسیت
		۲۳	۲۴	۱۴	۱۲,۵	زن	
۰,۰۵۹	۷,۴۶	۱۷	۱۸	۲	۲۵	مجرد	وضعیت تاهل
		۸۳	۸۲	۹۸	۷۵	متاهل	
۰,۰۰۴	۱۳,۳۲	۲۳	۳۶	۱۹	۶۲,۵	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
		۷۷	۶۴	۸۱	۳۷,۵	دیپلم و بالاتر	

رابطه انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامت در ... ۱۳۱

آزمون کای اسکوئر نشان داد که میان دو متغیر دموگرافیک (جنسیت و وضعیت تاهل) با نوع شبکه رابطه معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$) اما میان سطح تحصیلات و نوع شبکه در سطح بیشتر از ۹۹ درصد اطمینان رابطه معنادار وجود داشت ($P < 0/01$). برای بررسی تفاوت میان انواع شبکه از نظر میزان سلامت جسمی و روانی، از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد (جدول ۴ و ۵).

جدول ۴- جدول آنالیز واریانس یکطرفه برای بررسی اختلاف میانگین سلامت جسمی بر

اساس نوع شبکه اجتماعی

منبع پراش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهها	۱۰۳۰۷	۳	۳۴۳۵	۵,۹۷	۰,۰۰۱
درون گروهها	۱۲۹۸۹۹	۲۲۶	۵۷۴		
کل	۱۴۰۲۰۶	۲۲۹			

نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد میان انواع شبکه اجتماعی از نظر سلامت جسمی، در سطح ۹۹ درصد اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی برای مشخص نمودن محل تفاوت‌ها حاکی از آن بود که سالمندانی که شبکه خانواده محور داشتند، کمترین میزان سلامت جسمی و سالمندان متعلق به شبکه متنوع، بالاترین میزان سلامتی جسمی داشتند. به عبارتی میزان سلامت جسمی در شبکه خانواده محور به صورت معناداری کمتر از شبکه‌های دوست محور، خویشاوند محور و شبکه متنوع بود ($P < 0/01$).

جدول ۵- جدول آنالیز واریانس یکطرفه برای بررسی اختلاف میانگین سلامت روانی بر

اساس نوع شبکه اجتماعی

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۱۰۳۱۲	۳	۳۴۳۷	۶,۴۱	۰,۰۰۰۰۱
درون گروه‌ها	۱۲۱۱۸۰	۲۲۶	۵۳۶		
کل	۱۳۱۴۹۲	۲۲۹			

چنانچه جدول ۵ نشان می‌دهد، میان انواع شبکه اجتماعی از نظر سلامت روانی، در سطح ۹۹ درصد اطمینان، تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی برای مشخص نمودن محل تفاوت‌ها حاکی از آن بود که سالمندانی که دارای شبکه خانواده محور بودند، کمترین میزان سلامت روان و سالمندان عضو شبکه متنوع، بیشترین سلامت روان را داشتند. همچنین سالمندان دارای شبکه متنوع هرچند وضعیت سلامت روانیشان با سالمندان شبکه خویشاوند محور تفاوت معناداری نداشت اما به صورت معناداری از شبکه خانواده محور و دوست محور، بیشتر بود.

بحث

این پژوهش با استفاده از رویکرد ساختاری-تعاملی به شناسایی انواع شبکه اجتماعی در میان سالمندان بازنشسته پرداخت و ۴ نوع شبکه متنوع، خویشاوند محور، دوست محور و خانواده محور را مشخص نمود. این چهار نوع شبکه با تحقیقات نوع شناسی شبکه که در کشورها و فرهنگ‌های دیگر انجام شده بود، اشتراکاتی داشت (لیتوین، ۱۹۹۸؛ ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۱؛ فیوری و همکاران، ۲۰۰۶؛ لیتوین و شیئویتز-ازرا، ۲۰۱۰؛ تاک چنگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ چئون، ۲۰۱۰؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۴؛ لی و ژانگ، ۲۰۱۵؛ سان و همکاران، ۲۰۱۷؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۷) و به ویژه سه نوع شبکه متنوع، دوست

رابطه انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامت در ... ۱۳۳

محور و خانواده محور با اسامی و ویژگی‌های مشابه به صورت مکرر در پژوهش‌های نوع شناسی در اسرائیل، آمریکا، چین و کره جنوبی شناسایی شده بود، اما شبکه خویشاوند محور فقط در پژوهش لیتوین و لاند (۲۰۰۰) وجود داشت.

لازم به ذکر است که تمام شبکه‌های شناسایی شده در این پژوهش، دارای مبنای خانوادگی بودند؛ یعنی حتی در شبکه دوست محور، متنوع و خویشاوند-محور، اعضای خانواده (همسر و فرزندان) حضور داشتند و صرفاً شبکه‌ای متشکل از دوستان یا خویشاوندان نبود و این می‌تواند به دلیل جامعه در حال گذار ایران باشد. در واقع تجددگرایی و نوگرایی در جامعه ایرانی تأثیراتی بس شگرف بر چگونگی ارتباطات انسانی، ازدواج و ... به جای گذاشته، بطوری که خانواده نیز در ایران در پیوستاری از سنت و مدرنیته در حال حرکت است (شکرپیگی، ۱۳۸۸: ۱۴۳)

شبکه خویشاوند محور در پژوهش حاضر که با سهم بالای خویشاوندان در اندازه شبکه و فراوانی تماس با آنها مشخص می‌شد، با شبکه خویشاوند محور در پژوهش لیتوین و لاند (۲۰۰۰) شباهت بسیاری داشت. تنها تفاوت این بود که در شبکه خویشاوند محور تحقیق لیتوین، صمیمیت در شبکه بسیار بالا و بالاتر از دیگر انواع شبکه بود در حالیکه در پژوهش حاضر، صمیمیت با شبکه در حد متوسط بود. شبکه دوست محور در این تحقیق مشابه با پژوهش‌های فیوری و همکاران (۲۰۰۶) و لیتوین و لاند (۲۰۰۰) و پارک و همکاران (۲۰۱۷) دارای ویژگی در حد اکثر بودن پیوندها با دوستان و فراوانی تماس در حد بالا با آنها بود. میزان صمیمیت نیز مانند پژوهش لیتوین و لاند که در نوع شناسی شبکه اجتماعی، معیار صمیمیت را در نظر گرفته بودند، در حد بالایی نبود.

شبکه خانواده محور که مشخصه آن سهم بالای خانواده (همسر و فرزندان) در شبکه بود، با شبکه خانواده که در تحقیق‌های لیتوین و لاند (۲۰۰۰)، لیتوین (۲۰۰۱)، لیتوین و شیویتز-ازرا (۲۰۱۰) و لی و ژانگ (۲۰۱۵) شناسایی شده بود، بسیار مشابه بود و مانند این پژوهش‌های نوع شناسی شبکه اجتماعی، سهم همسایگان، دوستان و

فراوانی تماس با آنها در کمترین حد بود. تنها تفاوت بین شبکه خانواده محور پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه در اندازه کلی شبکه بود؛ اندازه شبکه خانواده محور در این پژوهش، بزرگتر از آنها بود. شبکه متنوع که در اکثر پژوهش‌های نوع شناسی شبکه اجتماعی وجود دارد، در این تحقیق بیش از همه با شبکه متنوع در پژوهش‌های فیوری و همکاران (۲۰۰۶)، لیتوین و شیویتز-ازرا (۲۰۱۰)، دوبا و همکاران (۲۰۱۰)، پارک و همکاران (۲۰۱۴) شباهت داشت. در این مطالعات نیز شبکه متنوع، غنی‌ترین و بزرگترین نوع شبکه محسوب می‌شد که اعضای آن با طیف متنوع و گسترده‌تری از اعضا شامل خانواده، دوستان، خویشاوندان و همسایگان در حد بالایی در ارتباط بودند و صرفاً شبکه‌ای محصور به یک نوع پیوند (مانند خانواده یا دوستان و ...) نبود.

در زمینه رابطه ویژگی‌های دموگرافیک با نوع شبکه، صرفاً سطح تحصیلات با نوع شبکه ارتباط معناداری داشت، به طوری که اکثر افراد متعلق به شبکه خانواده محور، دارای تحصیلات پایینتر از دیپلم بودند، اما اکثر افراد شبکه‌های متنوع، دوستان و خویشاوندان، تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. فیوری و همکاران (۲۰۰۶)، لیتوین (۲۰۰۱ و ۲۰۰۳) و لی و ژانگ (۲۰۱۵) نیز در پژوهش‌های‌شان به وجود رابطه معنادار بین تحصیلات و انواع شبکه اشاره کردند. در این مطالعات نیز مانند پژوهش حاضر، پایین‌ترین تحصیلات متعلق به افراد دارای شبکه خانواده و بالاترین سطح تحصیلات متعلق به افراد دارای شبکه متنوع و دوستان بود. لازم به ذکر است که هرچند در پژوهش حاضر انواع شبکه اجتماعی از لحاظ وضعیت تاهل، سن و جنسیت تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند، اما سایر پژوهش‌ها تفاوت‌های معنادار بین انواع شبکه‌ها از نظر جنسیت و سن را نشان دادند. مثلاً پژوهش‌های لی و ژانگ (۲۰۱۵) و سان و همکاران (۲۰۱۷) به این یافته دست یافتند که سالمندانی که متعلق به شبکه خانواده محور بودند نسبت به سایر شبکه‌ها، سن بالاتری داشتند و نسبت زنان به مردان در شبکه‌های متنوع کمتر از سایر شبکه‌ها بود.

بررسی تفاوت‌هایی که انواع شبکه از لحاظ میزان سلامت (جسمی و روانی) دارند به عنوان یکی از تمرکزهای اصلی پژوهش، حاکی از آن بود که میان انواع شبکه، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای از نظر میانگین سلامت جسمی و روانی وجود دارد. افراد دارای شبکه متنوع، بالاترین و افراد دارای شبکه خانواده محور، کمترین میانگین سلامت (جسمی و روانی) را داشتند. در واقع در پژوهش‌هایی که به بررسی وضعیت سلامت (اعم از جسمی، ذهنی یا روانی) در انواع شبکه اجتماعی پرداخته‌اند، شبکه متنوع همواره دارای بالاترین میزان سلامت بوده است (لیتوین، ۱۹۹۸؛ فیوری و همکاران، ۲۰۰۶؛ چئون ۲۰۱۰؛ لیتوین و شینویتز-ازرا، ۲۰۱۰؛ لی و ژانگ، ۲۰۱۵).

در این پژوهش افراد دارای شبکه متنوع به طور معناداری میانگین سلامت جسمی بالاتری نسبت به افراد متعلق به شبکه دوستان بهتر از افراد دارای شبکه خانواده محور بود. به طور مشابهی در تحقیق لیتوین (۱۹۹۸) که انواع شبکه متنوع، دوستان و خانواده محور نیز وجود داشت، مقایسه وضعیت سلامت در میان شبکه‌ها نشان داد که وضعیت سلامت افراد دارای شبکه‌های متنوع و دوستان از بالاترین میزان برخوردار بود و شبکه خانواده محور دارای وضعیت سلامتی در حد میانه بود. مقایسه انواع شبکه از نظر وضعیت سلامت روانی نیز نشان داد که افراد دارای شبکه متنوع که دارای اندازه شبکه گسترده‌تر و متنوع‌تر و فراوانی تماس با خانواده، دوستان و همسایگان و درگیر فعالیت‌های اجتماعی بیشتری هستند، وضعیت سلامت روانی بهتری نسبت به شبکه‌های دوست محور و خانواده محور دارند و احتمال ابتلایشان به افسردگی کمتر بود (فیوری و همکاران، ۲۰۰۶؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۴؛ لی و ژانگ، ۲۰۱۵؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به اینکه شبکه خویشاوند محور در نوع شناسی‌هایی که به بررسی سلامت (جسمی یا روانی) پرداخته بودند، شناسایی نشده بود، بنابراین امکان بررسی دقیق وضعیت سلامت سالمندان این نوع شبکه با نظر به سایر پژوهش‌های نوع شناسی نبود.

به طور کلی مطالعه حاضر نشان داد که با وجود تفاوت‌های فرهنگی، انواع شبکه اجتماعی مشابه و ثابتی در میان نمونه‌های سالمندان کشورهای مختلف (شامل توسعه یافته و در حال توسعه) وجود دارد و آگاهی از این انواع شبکه می‌تواند متخصصان به ویژه متخصصان سالمندشناسی را نسبت به انواع مختلف محیط‌های بین فردی که سالمندان در آن قرار دارند، حساس سازد. همچنین در بررسی حاضر با توجه به یافته‌های مربوط به بررسی وضعیت سلامت در انواع شبکه، می‌توان گفت میزان سلامت در شبکه‌هایی با مجموعه پیوندهای وسیعتر و غنی‌تر، مانند شبکه متنوع به صورت خاص و شبکه‌های دوست محور و خویشاوندان، به صورت کلی بسیار بهتر از شبکه‌های محدودتر مانند خانواده محور است.

نتیجه‌گیری

مطالعات نوع شناسی شبکه اجتماعی دو دهه قدمت دارد و پژوهشگران حوزه‌های سلامت و شبکه اجتماعی با تمرکز پژوهش‌هایشان بر گروه سالمندان، می‌توانند به جای فردنگری، به شناسایی دنیای اجتماعی آنان پردازند و سلامتی را در پیوند با دنیای اجتماعی آنها در نظر بگیرند، زیرا سلامتی که در این دوره سنی بسیار مورد توجه است، امری صرفاً زیستی نیست بلکه کم و کیف روابط اجتماعی از طریق مکانیزم‌های گوناگونی مانند فراهم کردن حمایت و بهبود وضعیت روانشناختی، می‌تواند بر سلامت تاثیر بگذارد. برای فراتر رفتن از ساده انگاری در مورد روابط سالمندان و مکانیزم‌های گوناگون آن و تاثیرشان بر سلامت، نوع شناسی شبکه‌های اجتماعی آنان راه حل مفیدی است. چنانچه پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های حوزه نوع شناسی شبکه اجتماعی سالمندان نیز نشان داد، انواع شبکه‌های اجتماعی سالمندان، دارای پتانسیل‌های گوناگونی از نظر سلامتی هستند.

پیشنهادها

مددکاران اجتماعی با توجه به لزوم برخورداری از رویکردی اجتماعی برای کار در حوزه‌های گوناگون منجمله سالمندان و سلامت در سطوح برنامه ریزی در موسسات خدمات اجتماعی-توانبخشی و در سطح خرد، از پتانسیل رویکرد نوع شناسی شبکه اجتماعی می‌توانند به خوبی استفاده کنند؛ به عبارتی پیشنهاد می‌شود در سطح خرد، با استفاده از طراحی پرسشنامه انواع شبکه اجتماعی، به شناسایی دقیقتر سالمندان از نظر نوع شبکه اجتماعی‌شان اقدام شود تا مددکاران در کار با سالمندان بتوانند به عنوان یک ابزار ارزیابی از آن پرسشنامه استفاده نموده و سالمندان دارای وضعیت سلامتی ضعیفتر را در اولویت خدمات حمایتی-توانبخشی قرار دهند. همچنین در سطح برنامه‌ریزی در موسسات خدمات توانبخشی سالمندان، پیشنهاد می‌شود، با استفاده از مطالعات نوع شناسی شبکه اجتماعی بر گروه‌هایی از سالمندان با شرایط شبکه‌ای متفاوت، متمرکز شوند و به جای طراحی برنامه‌های مداخله‌ای کلی برای ارتقای سلامت کلیه سالمندان، برنامه‌های مداخله‌ای دقیق و متناسب برای هرگروه سالمندان طراحی شود.

منابع

- اسدی نوقایی، احمد؛ علی‌الحانی، فاطمه و پیروی، حمید. (۱۳۹۱). سلامت در سالمندان: یک مطالعه مروری. *نشریه پرستاری ایران*. دوره ۲۵، شماره ۷۸.
- ایمانی، رویا. (۱۳۸۳). بررسی علل و عوامل موثر بر دریافت حمایت اجتماعی از شبکه شخصی (روابط بین فردی). *پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی*. دانشگاه شهید بهشتی.
- باستانی، سوسن و ذکریایی سراجی، فاطمه. (۱۳۹۱). تفاوت‌های جنسیتی در سالمندی: شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی. *مسائل اجتماعی ایران*. سال ۳، شماره ۱.
- حسینی، سیده‌هاجر و بهرامی‌نژاد، زهرا. (۱۳۹۳). نقش شبکه‌های حمایت اجتماعی در سلامت عمومی و بهره‌گیری از خدمات سلامت در بین سالمندان. *پژوهش و سلامت*. دوره ۴، شماره ۴.
- زاهدی اصل، محمد و درویشی‌فرد، علی‌اصغر. (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی موثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان. *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*. سال ۷، شماره ۲۶.
- سرایی، حسن. (۱۳۹۲). *جمعیت‌شناسی (مبانی و نظریه‌ها)*. تهران: سمت. چاپ سوم.
- سرایی، حسن. (۱۳۸۸). *دریچه جمعیتی ایران. فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*. دوره ۱، شماره ۱.
- سید نوزادی، محسن. (۱۳۸۵). *سلامت و بیماری، کتاب جامع بهداشت عمومی*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات فناوری، چاپ دوم.
- شکریگی، عالیه. (۱۳۸۸). *تجددگرایی، سرمایه اجتماعی، خانواده ایرانی. علوم رفتاری*. دوره ۱، شماره ۱.
- مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی پزشکی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. چاپ اول.
- معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی مرکز آمار ایران. (۱۳۹۱). *گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰*. تهران: مرکز آمار ایران.

رابطه انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامت در ... ۱۳۹

- مولوی، حسین. (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS 10-13-14 در علوم رفتاری*. اصفهان: پویش اندیشه، چاپ اول.

- میرزایی، محمد؛ شمس قهفرخی، مه‌ری. (۱۳۸۶). جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران براساس سرشماری‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵. *فصلنامه سالمند*. سال ۲، شماره ۵.

- نوابی نژاد، شکوه؛ دوکانه‌ای، فریده و شیرزادی، شاداب. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر عوامل خانوادگی بر سلامت روانی زنان و مردان سالمند در منطقه ۱۳ شهرداری تهران. *فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی*. سال ۵، شماره ۱.

- Ashida, Sato. (2005). Social network characteristics and intention to participate in social activity programs at a new senior center. *Dissertation for degree of philosophy*. graduate School of The Ohio State University
- Auslander, Goerge. K. , Litwin, Howard. (1990). Social Support Networks and Formal Help Seeking: Differences between Applicants to Social Services and a Nonapplicant Sample . *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45: S 112-S119.
- Bastani, Susan. (2001). Middle class community in Tehran: social networks, social support and marital relationships. *A thesis for the degree of Doctor of Philosophy*, Graduate Department of sociology, University of Toronto.
- Berkamn, Lisa.F., Glass, Thomas A., Brissette, Jan., Seeman, Teresa.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in new millennium. *Social Science & Medicine*. 51. 843- 857.
- Cheon, Eui-Young. (2010). Correlation of social network types on Health status of Korean elders. *Journal of Korean Acad Nurs*. 40 (1). 88-98.
- Cohen, Sheldon. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*. 676-684.
- Dubova, Svetlana Vladislavovna ;Perez-Cuevas, Ricardo ;Espinosa-Alarcon, Patricia & Flores-Hernandez, Sergio. (2010). Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*. 10 (104):1-10

- Fiori, Katherine L; Antonucci, Toni, C & Cortina, Kia, S (2006). social network typologies and mental health among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 61 (1):P25-32.
- Garcia, E Lopez; Banegas, Jose Ramon; Perez-Regadera, Graciani; Cabrera, R Herruzo ; Artalejo, Rodriguez. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: population-based study in Spain. *Qual Life Res.* 14, 511-520.
- Li, Ting., Zhang, Yanlog. (2015). Social network types and the health of older adults: exploring reciprocal association. *Social Science & Medicine.* 130: 59-68.
- Litwin, Howard, Shiovitz-Ezra, Sharon. (2010). social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *the Gerontologist.* 50.4.
- Litwin, Howard. (1998). Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. *Social science and medicine.* 46:599-609.
- Litwin, Howard. (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist.* 41 (4): 516-524.
- Litwin, Howard. (2003). The association of disability, sociodemographic background and social network type in later life. *Journal of aging and health.* 15 (2): 391-408.
- Litwin, Howard; Landau, Ruth. (2000). social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging studies.* 14 (2): 213-228.
- Markman, Jil. (1992). Daily community experience, social network characteristics and the well-being of older small town and city dwellers. Dissertation for degree of philosophy. University of California.
- McDowell, Tiffany Lynne. (2008). The relationship between social network characteristics and mental health for women living with HIV. *Dissertation for degree doctor of Philosophy.* School of the Ohio State University.
- Michael, Yvonne; Berkman, Lisa F; Colditz, Graham A; Holmes, Michelle D; Kwachi, Ichiro. (2002). social network and health related quality of life in breast cancer survivors A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research.* 52, 285-293.
- Montazeri, Ali; Vahdaninia, Maarian; Mousavi, Seyed Javad; Omodvari, Sepideh. (2009). The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-

- 12):Factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC Public Health*. 9:341.
- Mugford, Stewart. and Kendig, Hal L. (1986). *Social Relations: Networks and Ties." Pp. 38-59 in Ageing and Families: A Social Networks Perspective*, edited by H. Kendig. Sydney. Australia: Allen and Unwin.
 - Paltasingh, Tattwamasi., Tyagi, Renu. (2012). Demographic transition and population ageing: building an inclusive culture. *Social change*. 42 (3). 391-409.
 - Park, NS. Jang, Y., Lee, BS., Chiribago, DA., Chang, S, Kim, SY. (2017). Association of a social network typology with physical and mental health risks among older adults in South Korea. *Aging & mental health*. DOI: 10.1080/13607863.2017.1286456
 - Park, Sejung., Smith Jacqui., Dunkle, Ruth.E. (2014). Social network types and well-being among South Korean older adults. *Aging and mental health*. 18 (1): 72-80.
 - Pinquart, Martin ; Duberstein, Pual, R. (2010). Association of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 75 (2): 122-137.
 - eeman, Teresa.E; Bruce, Martha,L; McAvay, Gail.J. (1996). social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful ageing. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 51.4, 191-200.
 - Smith ,P. Kirsten ., Christakis, Nicholas.A. (2008). Social network and health. *Annual review of sociology*. 34. 405-429.
 - Sohn, Sung Yun., Joo Won-tak, Kim Woo Jung, Kim Se Joo, Youm, Yoosik. Kim, Hyeon Chang, Park, Yeong-Ran., Lee, Eun. (2017). Social network types among older Korean adults: associations with subjective health. *Social Science & Medicine*. 173: 88-95.
 - Tak Cheng, Sheung; Lee, Coty, KL; Chan, Alfred C M Leung, Edward M F & Lee, Jik-Joen. (20۰۹). Social network types and subjective well-being in Chinese older adults. *Journal of Gerontology*. 64B(6). 713-722.
 - Wenger, G. Clare. (1991). A Network Typology: From Theory to Practice. *Journal of Aging Studies* 5 (2): 147-162.