



شبکه اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی در خانواده

سید علیرضا افشانی^۱، حمیده شیری محمدآباد^۲

دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۰۷ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۲۶

چکیده

هدف: خانواده به عنوان کوچک‌ترین نهاد اجتماعی نقش بسزایی در ارتقای سطح فرهنگی و اجتماعی کشور دارد و زنان به عنوان پایه‌های اصلی خانواده و محور اساسی سلامت و پویایی جامعه تلقی می‌گردند از این رو لازم است نگاهی ویژه به سلامت اجتماعی این قشر داشته باشیم. یکی از عوامل ارتقادهنده سلامت اجتماعی زنان و خانواده، شبکه اجتماعی است و پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی رابطه شبکه اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین زنان بپردازد.

روش: این پژوهش، با استفاده از روش تحقیق پیمایشی و نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب، بر روی ۲۸۸ نفر از زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله شهر یزد انجام گرفته است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کبیز (۱۹۹۸) و پرسشنامه محقق ساخته شبکه اجتماعی جمع‌آوری شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و تبیین ارتباط بین دو متغیر، به کمک نرم‌افزار Amos و استفاده از الگوسازی معادلات ساختاری انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین شبکه اجتماعی زنان و ابعاد آن با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. مدل معادلات ساختاری نشان داد که میزان تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان، ۰/۶۴ است که نشان‌دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر است. یعنی افزایش شبکه اجتماعی باعث افزایش سلامت اجتماعی زنان می‌شود.

نتیجه‌گیری: شبکه اجتماعی به منزله یکی از منابع در دسترس خانواده‌ها و زنان می‌تواند سلامت اجتماعی زنان را افزایش دهد.

واژگان کلیدی: خانواده، شبکه اجتماعی زنان، سلامت اجتماعی.

۱- استاد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی یزد (نویسنده مسئول). afshanalireza@yazd.ac.ir
۲- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی، دانشگاه یزد. hamideh_shiri70@yahoo.com

بحث خانواده از ابتدای تفکر جامعه‌شناسی، در بین نخستین جامعه‌شناسان مطرح بوده است، اما این موضوع برحسب دوره‌های تاریخی به اشکال گوناگون طرح شده است (عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹: ۲۸). خانواده به عنوان مهم‌ترین نهاد اجتماعی، همواره توجه بسیاری از اندیشمندان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده است (فرهمند، ۱۳۹۰: ۱۱۵) و اهمیت و جایگاه آن در نظام اجتماعی و ارتباط متقابل این نهاد با بسیاری از مسائل و دغدغه‌هایی که محور بحث جامعه‌شناسان و تحلیل‌گران اجتماعی است، موجب گردیده است که همواره خانواده، به عنوان یک منبع مهم و عنصر کلیدی در مباحث و پژوهش‌های گوناگون مورد تحلیل و بررسی قرار گیرد.

نهاد خانواده با وجود اینکه یکی از مهمترین و پر اهمیت‌ترین نهادهای اجتماعی است برای اینکه بتواند کارکردهای اصلی خود را به خوبی ایفا کند لازم است آرامش و سلامتی در آن رخنه کند و اگر خانواده‌های یک جامعه به صورت متعادل و سالم باشند جامعه نیز از سلامت اجتماعی برخوردار خواهد بود. در این بین، زنان تضمین‌کننده سلامت خانواده هستند و به طور معمول مدیریت و برنامه‌ریزی سلامت خانواده را هم به عهده دارند (کازم-زاده و همکاران، ۱۳۹۴: ۱). امروزه سلامت و رفاه اجتماعی زنان که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روزافزون یافته است (کوهن، ۱۹۹۸: ۱۹۰). زنان مدیر خانواده و سلامت آنان اساس خانواده و پیش شرط توسعه است. انسان‌های سالم، محور توسعه پایدار هستند و زنان پرورش دهندگان انسان‌های سالم و بی‌توجهی به سلامت زنان می‌تواند سبب مشکلات پایدار در شیوه زندگی و سلامت نسل‌های بعدی شود (پرویزی و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۹۴).

سلامت نیز چه به صورت فردی و چه جمعی بی‌تردید از مهم‌ترین ابعاد مسائل حیات انسان است و شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۳۴) و سلامت خانواده در گرو سلامتی تک تک اعضای خانواده از جمله زنان است. درست است که تعاریف مختلفی از مفهوم سلامت مطرح شده، اما پذیرفته





شده‌ترین آنها، تعریف «سازمان جهانی بهداشت» است: «سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و نقص عضو نیست» (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۱۹۴۸). بنابراین سلامتی صرفاً معطوف به سلامت جسمی و روانی نبوده بلکه سلامت اجتماعی را نیز شامل می‌شود و سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارتند از: مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عنصر حیاتی جامعه می‌داند)، انسجام اجتماعی (کیفیت روابط در گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد)، پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، شکوفایی اجتماعی (اعتقاد به توانایی‌های بالقوه‌ی اجتماع) و انطباق اجتماعی (در اجتماع به صورت هوشمند، قابل فهم و قابل پیش‌بینی) (ابراهیم نجف‌آبادی، ۱۳۹۰: ۱۰۱).

شبکه‌های اجتماعی نیز ساختاری اجتماعی‌اند که افراد و سازمان‌های انسانی میان خود ایجاد کرده‌اند تا در موضوعات و مقوله‌های از پیش تعیین شده با یکدیگر تعامل کنند. ساده‌ترین شبکه اجتماعی را می‌توان خانواده، بستگان، قبیله، دوستان و همکاران دانست. پس در واقع شبکه اجتماعی متشکل از افراد است که به وسیله وابستگی‌ها به یکدیگر مرتبط شده‌اند. این وابستگی‌ها می‌تواند اهداف، آرمان‌ها و مسائل مادی و همین‌طور مسائل دینی باشد (باستانی، ۲۰۰۱: ۱۸۴۳). تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد نیز عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: ۴۳). بنابراین شبکه‌های اجتماعی از مواردی هستند که تأثیر شگرفی بر سلامت اجتماعی افراد از جمله زنان و متعاقباً خانواده داشته است؛ زیرا باعث شده است تا زنان به واسطه شبکه اجتماعی قوی احساس تأمین حمایت، عزت نفس، احترام متقابل، افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم و نیز اعمال کنترل و نظارت بر رفتار زیانمند



کرده و سلامت اجتماعی آنان ارتقا یابد و بدین واسطه سلامت اجتماعی خانواده خود را تقویت کنند.

افزون بر این عوامل زیادی سلامت اجتماعی زنان و خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهند اما طبیعی است که بررسی همه عوامل تأثیرگذار در یک مقاله نمی‌گنجد و تنها می‌توان به بخش اندکی از این عوامل پرداخت از این رو این تحقیق بر آن است که به بررسی و تحلیل سلامت اجتماعی زنان به عنوان عوامل تعیین کننده سلامت خانواده با شبکه اجتماعی در شهر یزد پردازد؛ زیرا امروزه این مسأله با چالش‌های زیادی روبه‌رو شده است به طوری که پژوهش‌های سال‌های اخیر در ایران بیانگر کاهش چشمگیر توجه به امر سلامتی در بین خانواده‌های یزدی بوده است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۷۰؛ وامقی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۸۸؛ طاووسی و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۱۳). از آنچه گفته شد چنین بر می‌آید که تقویت شبکه اجتماعی ابراز مناسبی در جهت تقویت سلامت به طور عام و سلامت اجتماعی به طور خاص خواهد بود لذا ضرورت مطالعه علمی و دقیق مقوله سلامت اجتماعی و توجه به نقش عوامل تأثیرگذار بر آن از جمله شبکه اجتماعی جالب توجه است. مطالعه حاضر در نظر دارد نقش شبکه اجتماعی و ابعاد سه‌گانه آن (مشارکت اجتماعی، مشارکت مدنی و کیفیت شبکه) را در تبیین میزان سلامت اجتماعی و ابعاد پنج‌گانه آن (شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) در بین زنان شهر یزد مورد بررسی قرار دهد. در ادامه مقاله ابتدا پیشینه نظری و تجربی پژوهش و به دنبال آن روش‌شناسی تحقیق عنوان می‌گردد. سپس یافته‌های توصیفی و تحلیلی تحقیق مطرح گردیده و در نهایت مقاله با بحث و نتیجه‌گیری خاتمه می‌یابد.

پیشینه پژوهش

در سال‌های اخیر پژوهش‌هایی در زمینه سلامت اجتماعی انجام شده است. به نظر می‌رسد که اهمیت گسترده مقوله سلامت به ویژه سلامت اجتماعی در ایران یکی از دلایل توجه پژوهشگران به این حوزه است. در ادامه به برخی از پژوهش‌هایی که در زمینه رابطه شبکه اجتماعی و سلامت اجتماعی انجام گرفته است اشاره می‌گردد:

جدول شماره ۱. تحقیقات خارجی و داخلی انجام شده پیرامون موضوع مطالعه

| محقق | سال | عنوان پژوهش | یافته‌ها |
|--|------|--|---|
| لی ^۱ و همکاران | ۲۰۱۶ | شبکه‌های اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان افراد ساکن در مناطق شهری چین | معتقدند که شبکه اجتماعی فرد (به عنوان نمونه فراوانی تماس با دوستان صمیمی) بر وضعیت سلامت افراد تأثیر بسیاری دارد. |
| لی و ژانگ ^۲ | ۲۰۱۵ | انواع شبکه اجتماعی و سلامت سالخوردهگان: بررسی ارتباطات متقابل | به بررسی ارتباط بین شبکه اجتماعی (خانواده، دوستان، و ...) و تأثیر آن بر روی سلامتی (جسمی، روانی، شناختی و به طور کلی سلامتی) پرداختند. تحلیل‌ها حاکی از آن است که رابطه‌ای قوی بین انواع شبکه اجتماعی و سلامتی وجود دارد. |
| استفن ^۳ و همکاران | ۲۰۱۱ | تأثیر انواع شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنهایی بر روی سلامتی افراد سالخورده: با توجه به زمینه اجتماعی آنها | این پژوهش به روش پیمایش پستی در بین نمونه‌ای از جمعیت ۷۰-۵۵ ساله نیوزلندی انجام گرفت و داده‌ها با استفاده از روش همبستگی و رگرسیون تحلیل شده‌اند، در ادامه نیز به ارائه مدلی پرداختند که در آن شبکه اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنهایی، سلامت جسمی و روانی را تحت تأثیر قرار می‌دادند. |
| امبرسون ^۴ و منتز ^۴ | ۲۰۱۰ | روابط اجتماعی و سلامت: نقطه شروعی برای سیاست‌های مرتبط با سلامت | روابط اجتماعی هم از نظر کمیت و هم کیفیت، سلامت ذهنی، رفتار سلامتی، سلامت جسمی و خطر مرگ و میر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطالعات نشان می‌دهند که روابط اجتماعی اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدتی مثبتی بر روی سلامتی داشته است. |
| کورنول و لیندا ^۵ | ۲۰۰۹ | فقدان روابط اجتماعی، انزوای ادراک شده و سلامتی در بین سالمندان | این محققین به این نتیجه دست یافتند که عدم ارتباط اجتماعی و انزوای ادراک شده با سطوح پایین‌تری از سلامتی جسمی ارتباط داشته است. |



1- Lei
2- Lei & Zhang
3- Stephens

4- Cornwell & Linda
5- Umberson & Jennifer



| محقق | سال | عنوان پژوهش | یافته‌ها |
|---------------------------------|------|---|--|
| زان زانگ ^۱ و همکاران | ۲۰۰۴ | شبکه اجتماعی و نرخ سلامت فردی در بین جمعیت ۶۵ سال به بالای ساکن در دو اجتماع کانادایی و فرانسوی زبان | وضعیت سلامتی افرادی که از انسجام اجتماعی بالاتر و شبکه اجتماعی بیشتری برخوردار بودند در مقایسه با دیگر پاسخگویان در حد مطلوبی قرار داشته است. |
| مرادی و جمشیدی | ۱۳۹۷ | ارتباط شبکه‌های اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بزرگسالان تهران | مشارکت در شبکه‌های اجتماعی موجب افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌شود، درواقع افزایش ارتباطات در بین بستگان و دوستان از طریق افزایش کیفیت زندگی بر سلامت افراد اثر می‌گذارد. |
| یزدان پناه و نیک‌ورز | ۱۳۹۴ | رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان | این پژوهش از نوع پیمایش مقطعی و با استفاده از ابزار پرسشنامه در میان دانشجویان دانشگاه کرمان صورت پذیرفت و نتایج به دست آمده حاکی از آن است که بین مشارکت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. |
| هزارجریبی و مهری | ۱۳۹۱ | تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی | روش تحقیق از نوع مقطعی به صورت پیمایشی و از نوع توصیفی بوده است. جامعه آماری پژوهش را تمام معلمان شهر همدان در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دهند. نتایج مطالعه حاکی از آن است که بین بعد مشارکت اجتماعی سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی رابطه معناداری وجود دارد. |
| شربتیان | ۱۳۹۱ | پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد | این پژوهش از نوع پیمایش مقطعی و با استفاده از ابزار پرسشنامه در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که بین مشارکت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. |

چارچوب نظری

به طور کلاسیک، سلامت اجتماعی اغلب به عنوان ارتباط با شرایط اجتماعی بیرون از شخص مثل پایگاه‌های اقتصادی - اجتماعی، شرایط زندگی و به طور گسترده تأثیر منطقه‌ای که آنها در آن زندگی می‌کنند و حتی کشور محل اقامتشان در نظر گرفته شده است (چلاقان، ۲۰۰۸: ۲) و یا اغلب به علت فقدان اعتبار و مقیاس‌های در دسترس پژوهشگران این مفهوم را از نقطه نظر اقتصادی و یا سیاسی مورد بحث قرار می‌دهند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۱۹). برای مثال تولید ناخالص داخلی یا شاخص توسعه انسانی از جمله ابعاد سلامت اجتماعی یک جامعه در نظر گرفته می‌شوند، این نشانگرها معمولاً برای اندازه‌گیری وضع سلامت جامعه و سنجش وضع سلامت یک کشور یا کشوری دیگر و برای تخصیص منابع محدود، برنامه‌ها و فعالیت‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۸-۲۴۷). اگرچه این نشانه‌گرها برای ارزیابی سلامت اجتماعی جامعه مفید هستند، اما کاربرد چنین شاخص‌هایی خطر نادیده گرفته شدن سلامت اجتماعی از دیدگاه شخصی - روانی را به دنبال دارد.

سلامت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که هم در سطح فردی از آن استفاده می‌شود و هم در سطح کلان. علاوه بر این باید گفت که این مفهوم ترکیبی از شرایط عینی و ذهنی فرد را دربر می‌گیرد؛ از طرفی سلامت اجتماعی با توجه به نوع نگاه به مفهوم سلامت در دو سطح مثبت و منفی قابل طرح است.

محتوای مقیاس پنج‌گانه سلامت اجتماعی که توسط کییز ارائه شد طیف مثبتی از ارزیابی‌های ذهنی افراد، نسبت به تجاربشان در جامعه است. کییز، برای اندازه‌گیری عینی هر یک از این ابعاد نیز فاکتورهایی را پیشنهاد می‌کند. وی معتقد است که این شاخص‌ها معمولاً به عنوان شاخص‌های سرانه برای یک منطقه جغرافیایی می‌تواند مد نظر قرار گیرد.

اتطابق اجتماعی: تعداد گروه‌های اجتماعی، عضویت در گروه‌های اجتماعی، تعداد کلیساها و مساجد، سالن‌های اجتماعات، میزان کمک‌های همسایه‌ها.

پذیرش اجتماعی: تعداد خانه‌ها با سیستم امنیتی، تعداد دعوت در پارک‌ها و مکان‌های عمومی، میزان جدایی، تعداد خانواده‌های فقیر.





شکوفایی اجتماعی: تعداد خانه‌های جدید در حال ساخت، میزان استخدام، تعداد
نوسازی کارخانه‌ها، درصد بودجه شهری جهت خدمات عمومی.

مشارکت اجتماعی: عضویت در انجمن‌ها یا واحدهای شغلی، میزان استخدام، تعداد
مؤسسات خیریه، تعداد وقایع داوطلبانه مربوط به شغل (مثل لغو گردش برای کمک به
آتش‌نشانان).

انسجام اجتماعی: تعداد رسانه‌ها (مثل تلویزیون، تعداد تابلوهای تبلیغاتی، تعداد سرمایه
برگشتی در محله و حکومت شهری (نیک‌ورز، ۱۳۸۹: ۳۴).

علاوه بر این، به اعتقاد کیز و شاپیرو^۱ آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد،
خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. لذا او به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران
و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی،
عنوان سلامت اجتماعی را می‌دهد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). آستن و جفری^۲ نیز سلامت
اجتماعی را شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر
شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و
اجتماعی، رفاه و تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او توجه کرده‌اند (آستن و جفری،
۲۰۰۷).

سلامت اجتماعی به معنی هماهنگی و کنش متقابل بین هر فرد و دیگر اعضای جامعه و
محیط پیرامون است که افراد در آن زندگی می‌کنند. بعد اجتماعی سلامت شامل سطوح
مهارت‌های اجتماعی یک فرد، عملکرد اجتماعی و توانایی درک خود به عنوان عضوی از
یک جامعه بزرگ‌تر و مشارکت اجتماعی بهینه و افزایشی است. به طور کلی از دید سلامت
اجتماعی، هر فرد عضوی از یک خانواده و از یک جامعه بزرگ‌تر است و به شرایط
اجتماعی و اقتصادی و بهزیستی فرد در بطن شبکه اجتماعی تمرکز دارد. سلامت اجتماعی
ریشه در دو محیط مادی مثبت یعنی مسائل مالی و زیستی و محیط انسانی مثبت دارد که به
بررسی شبکه‌های اجتماعی افراد می‌پردازد (مصدقی‌نیا، ۱۳۹۱: ۱۵).

1- Keyes & Shapiro
2- Austen & Jeffery

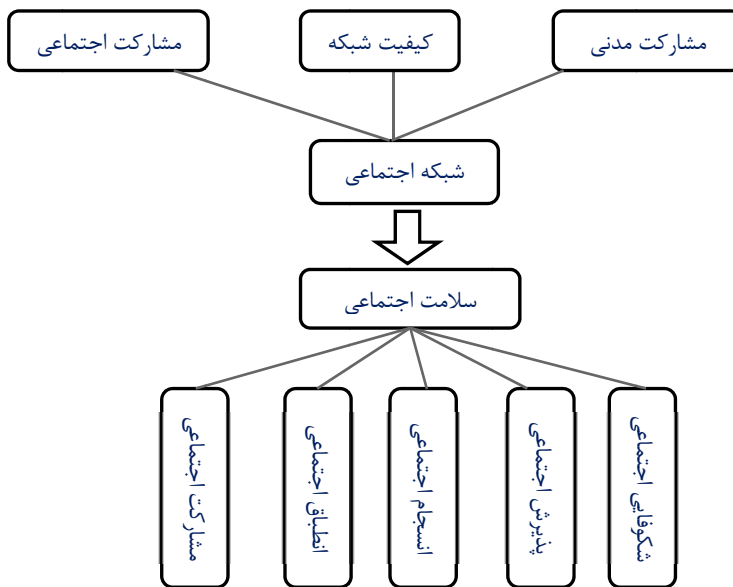


نقش شبکه اجتماعی در تأمین سلامت اجتماعی از نظر لرنر^۱ از طریق عواملی مثل محیط، جامعه مدنی و یا گروه‌های اجتماعی است. فرض او بر این است، اشخاصی که از سلامت اجتماعی برخوردارند با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی در جامعه کنار آیند، آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که از ثبات و انسجام بیشتری برخوردارند و مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی دارند و تطابق آنها با هنجارهای اجتماعی بیشتر است (نیک‌ورز، ۱۳۸۹: ۳۴). برکمن^۲ نیز معتقد است که تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند. بنابراین سلامت اجتماعی را از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند و همچنین نقش‌های اجتماعی معناداری از قبیل نقش‌های اجتماعی، شغلی، خانوادگی و والدینی می‌توان تعریف کرد و از این طریق است که سلامت اجتماعی فرد ارتقاء می‌یابد (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: ۴۳).

بنابراین؛ یکی از مؤلفه‌های مهم و مؤثر در تحلیل سلامت اجتماعی زنان و متعاقباً سلامت اجتماعی خانواده «شبکه اجتماعی» است، زیرا در صورت فقدان شبکه اجتماعی زنان در چارچوب اجتماعی جذب نمی‌شوند، در نتیجه روحیه مشارکت و درگیری در فرایندهای اجتماعی آنها کاهش یافته و این مقوله شبکه روابط اجتماعی خانواده آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاهش انطباق)، به موجب نزول شبکه روابط، زنان دچار انزوای اجتماعی می‌شوند و حس می‌کنند سرنوشت جامعه به مشارکت فعال اجتماعی آنان وابسته نبوده و برای خود و خانواده‌شان پتانسیل بالقوه‌ای در مسیر توسعه و پیشرفت قائل نیستند (کاهش شکوفایی) و با این تفکر احساس می‌کنند اجتماع آنقدر پیچیده شده که به واسطه آنان قابل درک نخواهد بود (کاهش انسجام) و بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به دوستان، انجمن‌ها، نهادهای خیریه و ... از دست داده و خود و نهاد خانواده‌شان را منزوی

1- Lerner
2- Berkman

می‌کنند (کاهش پذیرش) هنگامی که این نگرش در زنان و به دنبال آن در اذهان اعضای خانواده جای گرفت، آنها کارایی خود را در اجتماع از دست خواهند داد و حتی احساس می‌کنند که قادر نیستند نقش مهمی در آینده جامعه خود ایفا کنند (کاهش مشارکت) و بدین وسیله سلامت اجتماعی خود و خانواده‌شان را کاهش می‌دهند این در حالی است که شبکه اجتماعی قوی و منسجم با ایجاد حس اعتماد به نفس و مفید بودن در زنان و به دنبال آن در بین اعضای خانواده آنها زمینه‌ساز رشد خانواده‌ای سالم بوده و تعیین‌کننده سلامت اجتماعی آنان است.



نمودار (۱). مدل مفهومی پژوهش

روش تحقیق

تحقیق حاضر در رویکرد کمی تحقیق به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. جامعه آماری در این پژوهش، زنان (گروه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال) شهر یزد هستند. براساس داده‌های سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران، تعداد ۱۷۲۲۵۶ نفر از زنان ۱۸-۶۰ سال ساکن شهر یزد هستند که مبتنی بر فرمول کوکران تعداد ۲۸۸ نفر از زنان مناطق سه‌گانه شهر یزد با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا سه منطقه شهرداری یزد به عنوان سه خوشه اصلی در نظر گرفته شد





و در مرحله بعد خیابان‌ها و میدانی اصلی هر منطقه از شهرداری در حکم بلوک برای خوشه‌ها در نظر گرفته شد و سپس افراد مورد نظر به روش تصادفی انتخاب شدند؛ بدین صورت که در منطقه ۱ شهرداری ۹۱ نفر، در منطقه ۲ شهرداری ۹۳ نفر و در منطقه ۳ شهرداری یزد ۱۰۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه ۲۰ سؤالی استاندارد برای سنجش سلامت اجتماعی و پرسشنامه ۱۳ سؤالی محقق ساخته برای سنجش شبکه اجتماعی است که در بین نمونه مورد بررسی توزیع گردیده است. در جدول ۱، گویه‌های مربوط به هر متغیر و مؤلفه‌های آن مشخص شده است.

جدول ۲. تعریف عملیاتی پرسشنامه‌ها

| نام متغیر | مؤلفه‌ها | تعداد سؤال | شماره سؤال |
|--------------------|-----------------|------------|------------|
| سلامت اجتماعی | شکوفایی اجتماعی | ۴ | ۱ تا ۴ |
| | انطباق اجتماعی | ۳ | ۵ تا ۷ |
| | انسجام اجتماعی | ۳ | ۸ تا ۱۰ |
| | پذیرش اجتماعی | ۵ | ۱۱ تا ۱۵ |
| | مشارکت اجتماعی | ۵ | ۱۶ تا ۲۰ |
| ابعاد شبکه اجتماعی | مشارکت اجتماعی | ۴ | ۱ تا ۴ |
| | مشارکت مدنی | ۴ | ۵ تا ۸ |
| | کیفیت شبکه | ۵ | ۹ تا ۱۳ |

برای تعیین روایی در این تحقیق، از روش اعتبار محتوایی استفاده شد. به همین منظور، اولاً سعی شد گویه‌هایی که متغیرهای تحقیق را می‌سنجند از گویه‌های تحقیقات پیشین استفاده شود و یا برای انتخاب بهترین گویه‌ها برای متغیرهای جدید از نظرات دیگر محققان و استادان استفاده شود. در نهایت، یک بار دیگر پرسشنامه تدوین شده در اختیار محققان و استادان صاحب‌نظر قرار داده شد و از نظرات آن‌ها برای تصحیح پرسشنامه کمک گرفته شد.

برای آزمون پایایی پرسشنامه تحقیق حاضر، با استفاده از داده‌های آزمون مقدماتی (پیش آزمون) و به کمک نرم‌افزار SPSS، میزان آلفای کرونباخ برای متغیرهای سلامت اجتماعی (۰/۷۵) و شبکه اجتماعی (۰/۷۰) به دست آمد که نشانگر همبستگی درونی گویه‌ها و پایایی ابزار تحقیق است. بعد از کسب مجوز جهت جمع‌آوری اطلاعات و رعایت اصول اخلاقی از قبیل آگاه ساختن جامعه آماری از هدف مطالعه، توضیح در مورد اینکه جامعه آماری

جهت شرکت در مطالعه مختار هستند و اطلاعات هویتی آنها محرمانه باقی می ماند، پرسشنامه بین نمونه مورد نظر توزیع گردید.

اندازه گیری متغیرها

سلامت اجتماعی: «سلامت اجتماعی عبارتند از ارزش گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» که این بازتابی از «سلامت اجتماعی مثبت» می باشد (کیزی، ۱۹۹۸: ۱۲۲).
به منظور سنجش میزان سلامت اجتماعی، این مقوله در ۵ بعد جداگانه شامل انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی و جمعاً ۲۰ گویه در یک طیف ۵ درجه ای سنجیده شد.

سازه سلامت اجتماعی از حاصل جمع گویه های مذکور ساخته شده که کمترین امتیاز ۲۰ و بیشترین امتیاز ۱۰۰ بود. خرده مقیاس های سلامت اجتماعی همچون پذیرش اجتماعی (قابل اعتماد بودن افراد، مهربان بودن) و مشارکت اجتماعی (ارائه محصول ارزشمند به جامعه، درک دنیای پیرامون) هر کدام با پنج گویه، انطباق اجتماعی (دشواری پیش بینی آینده، بی تأثیری تشکیلات اجتماعی بر فرد) و انسجام اجتماعی (احساس تعلق به جامعه، ارزش قائل شدن دیگران برای من) هر یک با سه گویه و پذیرش اجتماعی (در حال تغییر بودن جامعه، پیشرفت اجتماعی) با چهار گویه مورد سنجش قرار گرفتند. پاسخ ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS، کدگذاری و برای گویه های معکوس، کدگذاری مجدد شدند. سپس مجموع نمرات هر یک از خرده مقیاس ها و همچنین مقیاس کل سلامت اجتماعی محاسبه شد. نمره گذاری به گونه ای انجام شد که نمره بالاتر به منزله بیشتر بودن سلامت اجتماعی در بین پاسخگویان است.

شبکه اجتماعی: معرف ارتباطات افراد و یا روابط عینی بین افراد است و می تواند دو شکل داشته باشد: غیررسمی (از طریق انتخاب دوستی ها نظیر دوستی یا پیوند عاطفی، همسایگی و غیره) و رسمی (از طریق عضویت رسمی در انجمن ها و گروه های داوطلبانه) (ذاکری همامانه، ۱۳۹۰: ۲۰۸).

به منظور سنجش شبکه اجتماعی پاسخگویان، این متغیر در سه بعد کیفیت شبکه (روراستی با دوستان، آزادی در بیان عقیده از سوی پیروان مذاهب)، مشارکت اجتماعی



(شرکت در گردهمایی، شرکت در مراسم مذهبی) و مشارکت مدنی (عضویت در گروه‌های هنری، عضویت در انجمن‌های خیریه) سنجیده شد که جمعاً شامل ۱۳ گویه در یک طیف ۵ درجه‌ای سنجیده شد.

یافته‌های پژوهش

اطلاعات توصیفی حکایت از آن دارد که ۵۵ درصد از پاسخگویان متأهل و بقیه مجرد هستند. اکثر پاسخگویان تحصیلاتی بالاتر از دیپلم داشته و میانگین سنی جمعیت حدوداً ۲۸ سال است. پاسخگویان مورد مطالعه به لحاظ پایگاه اجتماعی - اقتصادی در ۳ گروه پایین، متوسط و مرفه رده‌بندی شده‌اند که اکثریت پاسخگویان در رده میانی (۶۷/۸ درصد) قرار گرفته‌اند.

میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان نیز با توجه به میانگین ۶۱/۶۲ در دامنه ۲۴ (کمترین داده) و ۸۳ (بیشترین داده) در سطح بالایی قرار دارد. در جدول ۳ حداقل و حداکثر نمره، دامنه تغییرات، میانگین و انحراف معیار به تفکیک ابعاد آن آورده شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی سلامت اجتماعی و ابعاد آن

| ابعاد | میانگین | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره |
|-------------------------|---------|--------------|------------|-------------|
| انطباق اجتماعی | ۷/۷۴ | ۲/۲۷ | ۳ | ۱۵ |
| انسجام اجتماعی | ۱۲/۱۴ | ۲/۳۶ | ۳ | ۱۵ |
| شکوفایی اجتماعی | ۱۱/۷۵ | ۲/۱۴ | ۴ | ۱۷ |
| پذیرش اجتماعی | ۱۳/۲۸ | ۲/۹۷ | ۵ | ۲۱ |
| مشارکت اجتماعی | ۱۶/۷۱ | ۴/۱۷ | ۵ | ۲۵ |
| سلامت اجتماعی (شاخص کل) | ۶۱/۶۲ | ۸/۹۰ | ۲۴ | ۸۳ |

سلامت اجتماعی مشتمل بر پنج بعد است که در جدول ۳ ذکر شده است. میانگین شاخص کلی سلامت اجتماعی نیز با توجه به کمترین و بیشترین مقدار که ۲۴ و ۸۳ بوده است، ۶۱/۶۲ به دست آمد که سلامت اجتماعی زنان را بیشتر از حد متوسط نشان می‌دهد. شبکه اجتماعی پاسخگویان نیز در ۳ بعد کیفیت شبکه، مشارکت اجتماعی و مشارکت مدنی سنجیده شده است که در جدول ۴، حداقل و حداکثر نمره، میانگین و انحراف معیار آنها آورده شده است. با توجه به اینکه میانگین شبکه اجتماعی و ابعاد آن در سطح متوسط قرار دارد پس پاسخگویان از شبکه اجتماعی متوسطی برخوردار هستند.



جدول ۴. آماره‌های توصیفی متغیر شبکه اجتماعی و ابعاد آن

| ابعاد | میانگین | انحراف معیار | دامنه تغییرات | حداقل نمره | حداکثر نمره |
|--------------------|---------|--------------|---------------|------------|-------------|
| شبکه اجتماعی | ۳۹/۶۸ | ۵/۶۴ | ۳۴ | ۲۵ | ۵۹ |
| کیفیت شبکه اجتماعی | ۱۵/۷۳ | ۲/۳۴ | ۱۲ | ۱۰ | ۲۲ |
| مشارکت اجتماعی | ۱۲/۸۳ | ۳/۰۵ | ۱۵ | ۵ | ۲۰ |
| مشارکت مدنی | ۱۱/۱۱ | ۲/۸۸ | ۱۶ | ۴ | ۲۰ |



شبکه اجتماعی به عنوان یکی از مفاهیم مهم در حوزه علوم اجتماعی از متغیرهایی است که انتظار می‌رود نقش قابل توجهی بر میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان داشته باشد بنابراین برای تعیین ارتباط شبکه اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان از آزمون همبستگی پیرسون بهره گرفته شده است.

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میزان سلامت اجتماعی و شبکه اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) به عبارت روشن‌تر هر چه شبکه اجتماعی افراد قوی‌تر و منسجم‌تر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد. همچنین نتایج آزمون پیرسون بین ابعاد شبکه اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی حکایت از رابطه مثبت معنادار بین کیفیت شبکه، مشارکت اجتماعی و مشارکت مدنی با سلامت اجتماعی دارد. متغیر شبکه اجتماعی با ابعاد سلامت اجتماعی نیز رابطه مستقیم و معنادار دارد. پس هر چه شبکه اجتماعی افراد قوی‌تر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان بیشتر خواهد بود.

جدول ۵. ماتریس همبستگی بین شبکه اجتماعی و ابعاد آن با ابعاد مختلف سلامت اجتماعی

| ابعاد | انطباق اجتماعی | انجام اجتماعی | شکوفایی اجتماعی | پذیرش اجتماعی | مشارکت اجتماعی | سلامت اجتماعی |
|----------------|----------------|---------------|-----------------|---------------|----------------|---------------|
| شبکه اجتماعی | ۰/۲۵۲*** | ۰/۲۱۰*** | ۰/۰۹۴ | ۰/۲۶۹*** | ۰/۳۱۱*** | ۰/۳۷۸*** |
| کیفیت شبکه | ۰/۲۱۱*** | ۰/۱۷۶** | ۰/۰۴۵ | ۰/۱۹۷** | ۰/۲۶۰*** | ۰/۲۹۹*** |
| مشارکت اجتماعی | ۰/۰۸۸ | ۰/۱۱۱ | ۰/۱۰۷ | ۰/۱۱۵ | ۰/۱۲۱* | ۰/۱۷۳** |
| مشارکت مدنی | ۰/۱۴۷* | ۰/۲۳۱*** | ۰/۰۳۴ | ۰/۲۴۴*** | ۰/۲۷۳*** | ۰/۳۱۶*** |

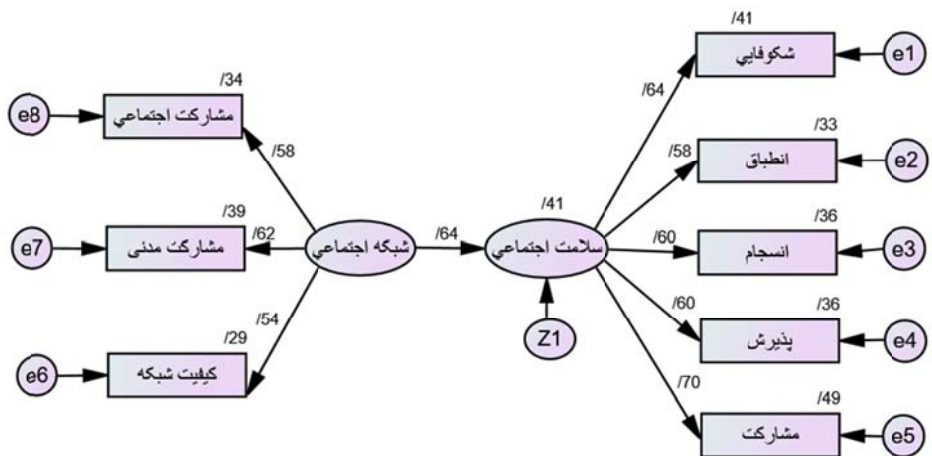
* معنی‌داری در سطح کمتر از ۰/۰۵

** معنی‌داری در سطح کمتر از ۰/۰۱

*** معنی‌داری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱

الگوسازی معادلات ساختاری

نتایج تحلیل معادلات ساختاری در نمودار شماره ۲ منعکس شده است. شایان ذکر است که دو متغیر اصلی این تحقیق یعنی میزان سلامت اجتماعی و شبکه اجتماعی از نوع متغیرهای مکنون هستند. چنان که ملاحظه می شود مهم ترین معرف های مکنون میزان سلامت



نمودار شماره ۲. مدل معادله ساختاری، تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت اجتماعی

اجتماعی به ترتیب بعد شکوفایی، انطباق، انسجام، پذیرش و مشارکت بوده اند ضمن اینکه مهم ترین معرف های سازه مکنون شبکه اجتماعی به ترتیب مشارکت اجتماعی، مشارکت مدنی و کیفیت شبکه بوده است.

همان طور که در نمودار شماره ۲ مشاهده می شود میزان تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت اجتماعی ۰/۴۵ است که نشان دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر است یعنی افزایش شبکه اجتماعی باعث افزایش سلامت اجتماعی پاسخگویان می گردد.

در این پژوهش برای ارزیابی مدل تحلیل عامل تأییدی از مشخصه های χ^2/df ، RMSEA، GFI، TLI، NFI، CFI، IFI و RMSEA استفاده شده است. شاخص χ^2/df فاقد یک معیار ثابت برای یک مدل قابل قبول است، اما مقدار کوچک χ^2/df دلالت بر برازش بهتر مدل دارد (هومن، ۱۳۸۴) و مقادیر کمتر از ۳ مطلوب ارزیابی می شود.

توصیه شده است از جذر برآورد واریانس خطای تقریب که به عنوان اندازه تفاوت برای هر درجه آزادی ارائه کرده است استفاده شود. شاخص RMSEA برای مدل های خوب



برابر با ۰/۰۸ یا کمتر است. مدل‌هایی که RMSEA آنها ۰/۱۰ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارند. بر پایه قرارداد، مقدار GFI، TLI، NFI، CFI و IFI باید برابر یا بزرگتر از ۰/۹۰ باشد تا مدل پذیرفته شود.

جدول ۶. برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری

| شاخص | CFI | TLI | IFI | NFI | GFI | CMIN/DF | DF | CMIN | مقدار |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|----|--------|-------|
| | ۰/۹۴۳ | ۰/۹۱۵ | ۰/۹۴۴ | ۰/۹۰۷ | ۰/۹۶۲ | ۲/۳۸۶ | ۱۹ | ۴۵/۳۳۷ | |

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل معادله ساختاری با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند، به عبارت دیگر برازش داده‌ها به مدل برقرار است.

بحث و نتیجه‌گیری

وضعیت خانواده به عنوان یکی از نهادها و ارکان مهم هر جامعه در سایر نهادهای اجتماعی و در وضعیت کلی جامعه اثر می‌گذارد. خانواده اگر نتواند کارکردهای اساسی خود را در جامعه به خوبی ایفا نماید جامعه را دچار مشکلات عدیده می‌نماید. به عبارت دیگر جامعه در صورتی سالم خواهد بود که از خانواده سالم برخوردار باشد. به عبارت دیگر یکی از عوامل سعادت و تکامل یا سقوط و فروپاشی جامعه را می‌توان در چگونگی خانواده‌ها دید (پناهی و زارعان، ۱۳۹۱: ۲) خانواده‌ای که سلامتی، رشد و بالندگی آن در گرو وجود اعضای سالم و پویاست و زن به عنوان یکی از ارکان خانواده در تأمین این سلامتی نقش بسزایی ایفا می‌کند. این در شرایطی است که سلامتی زنان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی از منظر سازمان ملل تلقی شده و سلامت زنان زیربنای خانواده و جوامع می‌باشد و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارد (گلشیری و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۲۵۳)، اما شواهد حاکی از وضعیت نامطلوب سلامت زنان در جهان است، این در حالی است که در تمام جوامع بخش عمده‌ای از مسئولیت سلامت جامعه، تدارک بهداشت، آموزش بهداشت و کمک در مواقع بحرانی بر عهده زنان است. زنان از یک سو بسیاری از تیمارداری‌های روزمره خانگی در زمینه حفظ بهداشت و تندرستی را به عهده





دارند، از سوی دیگر مسئولیت آموزش بهداشت به فرزندان خویش را نیز عهده دارند. تصمیم‌گیری درباره ضرورت مراجعه به پزشک نیز عموماً با زنان است و عملاً هم خودشان باید فرزندان را نزد پزشک ببرند (آبوت و والاس، ۱۳۸۳: ۱۶۹). در هر حال، ارتقای بهداشت و تندرستی ملت را در گرو آموزش زنان می‌دانند و ضعف بنیه شوهر و فرزندان را به پای همسر و مادر آنان می‌نویسند (آبوت و والاس، ۱۳۸۳: ۱۵۸). بنابراین مطالعه نظر و عملکرد آنان به سلامتی به ویژه سلامت اجتماعی اهمیتی ویژه می‌یابد. از آنجا که سلامت دختران نه تنها کیفیت زندگی خودشان، بلکه نسل آینده را بهبود می‌بخشد و آنان نقش مهمی در تأمین سلامت خانواده و جامعه ایفا خواهند کرد (سفیری و ایمانیان، ۱۳۸۸: ۱۴۸) در این مقاله به بررسی وضعیت سلامت اجتماعی زنان و مطالعه نقش شبکه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد پرداخته‌ایم.

با توجه به ادبیات تجربی و نظری موجود در حوزه علوم اجتماعی، پژوهش پیش رو رابطه شبکه اجتماعی و سلامت اجتماعی پاسخگویان را مورد بررسی قرار داد. محقق به این نتیجه رسید که در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شبکه اجتماعی تأثیرگذار بوده است. بر طبق نتایج به دست آمده میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان بالاتر از سطح متوسط قرار دارد. نتایج تحلیل آزمون‌های آماری حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین شبکه اجتماعی و سلامت اجتماعی است این رابطه ناشی از تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت از طریق پرورش روحیه مشارکت، ایجاد فرصت برای سپری کردن اوقات فراغت فرد با دوستان و شرکت فعال در گروه‌های اجتماعی، جامعه مدنی، انجمن‌ها و ... است.

این یافته‌ها تأیید کننده تحقیقات مونتگومری و همکاران^۱ (۲۰۲۰)، گیسی، فیلیپس و اباس^۲ (۲۰۱۹)، لی و ژانگ^۳ (۲۰۱۵)، استفن و همکاران^۴ (۲۰۱۱)، آمبرسون و همکاران^۵ (۲۰۱۰)، یزدان‌پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۴)، هزارجریبی و مهری (۱۳۹۱) هستند که معتقدند همبستگی قوی بین شبکه اجتماعی و سلامتی به ویژه سلامت اجتماعی وجود دارد.

- 1- Montgomery et al
- 2- Gyasi, Phillips and Abass
- 3- Li and Zhang
- 4- Stephen et al
- 5- Amberson et al



یافته‌های نظری نیز بیانگر همبستگی بالای بین شبکه اجتماعی و سلامت اجتماعی هستند، در این میان نظریه‌پردازانی چون برکمن و واکفیلد و پولاند شبکه اجتماعی را یک عامل اثرگذار بر سلامتی به ویژه سلامت اجتماعی تلقی کردند. به این صورت که برکمن معتقد است روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباط اجتماعی هدفمند آثار سودمندی بر سلامتی دارد (برکمن و همکاران، ۲۰۰۰) زیرا پرورش روحیه مشارکت و همکاری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه‌های بارز حضور اجتماعی هستند، به همراه دارد (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: ۴۳). علاوه بر این واکفیلد و پولاند معتقدند شبکه اجتماعی خودیاری اجتماعی را در جامعه تقویت کرده و به اجتماعات امکان می‌دهند تا به آسانی با یکدیگر در مورد مباحث مهمی همچون سلامت خود و خانواده‌شان گفتگو کنند (واکفیلد و پولاند، ۲۰۰۵).

بنابراین شبکه اجتماعی پیش شرط تحقق سلامت اجتماعی زنان و متعاقباً سلامت اجتماعی خانواده است که با چند مکانیسم بر سلامت آنان تأثیر می‌گذارد:

- شبکه اجتماعی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی بر سلامت زنان و خانواده‌ها اثر می‌گذارد؛ زیرا یکی از کارکردهای مهم شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی است و هر چه فرد از منابع حمایتی بیشتری برخوردار باشد، میزان سلامت اجتماعی او نیز افزایش می‌یابد.

- یک شبکه اجتماعی پایدار و غنی از روابط با کسب اعتماد و خودباوری در زنان باعث تقویت هنجارهای همیاری در آنان شده و موجبات بهزیستی اجتماعی زنان و اعضای خانواده آنها را فراهم می‌کند.

- شبکه اجتماعی در شرایط نامطلوب به زنان کمک خواهد کرد که به مدد افرادی که به آنها اعتماد دارند، فشارهای اجتماعی برآمده از چنین شرایطی را تقلیل دهند و وضعیت سلامت اجتماعی خود و خانواده‌شان را بهبود بخشند.





منابع و مآخذ

- آبوت، پاملا و کلر والاس (۱۳۸۳)، **جامعه‌شناسی زنان**. ترجمه: منیژه نجم عراقی، تهران: نشر نی.
- ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم؛ صادقی، محمد و آریین، عاطفه (۱۳۹۰)، عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی)، **فصلنامه سلامت و روان‌شناسی**، دوره یکم، شماره ۲: ۹۹-۱۱۳.
- پرویزی، سرور؛ قاسم‌زاده کاکرودی، فرزانه؛ سیدفاطمی، نعیمه و ناصری، فروغ (۱۳۸۸)، عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی، **پژوهش پرستاری**، دوره چهارم، شماره ۱۵: ۶-۱۵.
- پناهی، محمدحسین و زارعان، منصوره (۱۳۹۱)، سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، **فصلنامه علوم اجتماعی**، شماره ۵۹: ۳۹-۱.
- خیراله‌پور، اکبر (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی، مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۳)، شاخص‌های سلامت اجتماعی، **مجله اطلاعات سیاسی - اقتصادی**، سال نوزدهم، شماره‌های ۲۰۸-۲۰۷: ۲۵۳-۲۴۴.
- سفیری، خدیجه و ایمانیان، سارا (۱۳۸۸)، مطالعه جامعه‌شناختی مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجو، **دانشنامه علوم اجتماعی**، دوره اول، شماره ۱: ۱۴۵-۱۶۶.
- ذاکری‌هامانه، راضیه (۱۳۹۰)، **بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه موردی: شهر یزد)**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱)، تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد، **فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان**، دوره دوم، شماره ۵: ۱۴۹-۱۷۴.
- طاووسی، محمود؛ ژیلاصدیقی، فرانک فرزندی، مهدی عبادی، سپیده امیدواری، علی آذین، کتایون جهانگیری، افسون آیین‌پرست، فرزانه مفتون، علی‌اصغر هدایتی و علی منتظری (۱۳۹۱)، اهمیت سلامت از دیدگاه مردم ایران، **فصلنامه پیش**، دوره یازدهم، شماره ۵: ۶۱۹-۶۱۱.



- عنایت، حلیمه و اسلام آقاپور (۱۳۸۹)، بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده (نمونه مورد مطالعه: خانواده‌های ساکن شهر شیراز)، **فصلنامه زن و جامعه**، سال اول، شماره ۲: ۴۶-۲۷.

- فقهی‌فرهمند، ناصر (۱۳۹۰)، **مدیریت پویای سازمان**، تیریز: انتشارات فروزش.

- گلشیری، پرستو، غلامحسین صدری، زیبا فرج‌زادگان، معصومه سادات صحافی و آرش نجیمی (۱۳۹۰)، آیا بین عملکرد خانواده و خود مراقبتی سلامت در زنان رابطه وجود دارد؟، **دانشکده پزشکی اصفهان**، سال بیست و نهم، شماره ۱۶۶: ۲۲۶۱-۲۲۵۳.

- مرادی، علی و جمشیدی، انسیه. (۱۳۹۷)، ارتباط شبکه‌های اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بزرگسالان، تهران: **پایش**، سال هفدهم، شماره ۲: ۱۵۷-۱۴۷.

- مصدقی‌نیا، علیرضا. (۱۳۹۱)، **نقشه جامع سلامت نوجوانان و جوانان**، اصفهان.

- منتظری، علی، سپیده امیدواری، علی آذین، افسون آیین‌پرست، کتابیون جهانگیری، ژیلا صدیقی، مهدی عبادی، فرانک فرزندی، فرزانه مفتون، محمود طاووسی، علی‌اصغر هدایتی و سمیه فتحیان. (۱۳۹۱)، میزان شادکامی مردم ایران و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران، **فصلنامه پایش**، دوره یازدهم، شماره ۴: ۴۷۵-۴۶۷.

- نیک‌ورز، طیبه (۱۳۸۹)، بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید باهنر کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان.

- وامقی، مروثه، ژیلا صدیقی، محمود طاووسی، کتابیون جهانگیری، سیدعلی آذین، سپیده امیدواری، افسون آیین‌پرست، مهدی عبادی، فرانک فرزندی، فرزانه مفتون، مریم‌السادات وحدانی‌نیا و علی منتظری. (۱۳۹۲)، ارزیابی مردم از روابط اجتماعی و سلامت: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران، **فصلنامه پایش**، دوره دوازدهم، شماره ۲: ۱۸۳-۱۹۴.

ودادهیر، ابوعلی؛ سیدمحمدانی ساداتی و بتول احمدی (۱۳۸۷)، سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی - پژوهشی بهداشت و سلامت)، **پژوهش زنان**، دوره ششم، شماره ۲: ۲۵۵-۱۳۳.

- هزارجریبی، جعفر و مهری، اسدالله (۱۳۹۱)، تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و سلامت اجتماعی، **فصلنامه علوم اجتماعی**، دوره نوزدهم، شماره ۵۹: ۸۸-۴۱.

- یزدان‌پناه، لیلا و نیک‌ورز، طیبه (۱۳۹۴)، رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان، **جامعه‌شناسی کاربردی**، سال بیست و ششم، شماره ۳: ۹۹-۱۱۶.



- Austen, S. and Dave, J. (2007). Deafness and Challenging Behaviour: The 360° Perspective. West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Bastani, S. (2001). Middle Class Community in Thran: Social Network, Social Support and Marital Relationships, Ph.D. thesis, University of Toronto.
- Berkman, L. F & Glass, T. & Brissette, I. & Teresa, S. (2000) "From social integration to health", *Social Science and Medicine*, 51(6): 843-857.
- Cornwell, E. Y & Linda, J. W. (2009) "Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults", *Journal Health Social Behavior*, 50 (1): 31-48.
- Challaghan, L. (2008). *Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature, personal social service research unit*, Canterbury: established at the university of Kent.
- Cohen, M. (1998) "Towards a framework for women's health", *Patient Education and Counseling*, 33 (3): 187-197.
- Gyasi, R. M., Phillips, D. R., and Abass, K. (2019). "Social support networks and psychological wellbeing in community-dwelling older Ghanaian cohorts", *International Psychogeriatrics*, 31(7): 1047-1057.
- Keyes, C. L. M & Adam, Sh. (2004) Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemiology, *Healthing Are You? A National Study Of Well-being Of Midlife*, Chicago: University Of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M. (1998) "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly*, 61(2):21-140.
- Li, T & Zhang, Y. (2015) "Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations", *Social Science & Medicine*, 130: 59-68.
- Montgomery, S. C., Donnelly, M., Bhatnagar, P., Carlin, A., Kee, F., & Hunter, R. F. (2020). "Peer social network processes and adolescent health behaviors: a systematic review", *Preventive medicine*, 130: 105900.
- Stephens, Ch., Alpass, F., Towers, A & Brendan, S. (2011). "The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: accounting for the social context", *Journal of Aging Health*, 23 (6): 887-911.
- Umberson, D & Jennifer, K. M. (2010) "Social relationships and health: a flashpoint for health policy", *Journal Health Social Behavior*, 51: 54-66.

- Wakefield, S. E. L & Poland, B. (2005) "Family, friend or foe? Critical reflection on the relevance and role of social capital in health promotion and community development", *Journal of Social Science and Medicine*, 60 (12): 2819-2832.
- WHO. (1948) Constitution of the World Health Organization, [Online.] World Health Organization. Available from: [http:// www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) [cited on 18 May 2015].
- Zunzungeui, M. V., Kone, A., Johri, M & Howard, B. (2004) "social networks and self-rated health in two French-Speaking Canadian Community dwelling population over 65", *Social Science & Medicine*, 58 (10): 2069-2081.





Women's Social Networks and Social Health in Family

SeyedAlireza Afshani, Hamideh Shiri MohammadAbad

Abstract

Aim: Family as the smallest social institution plays an important role in promoting the country's cultural and social level and women are considered the fundamental pillars and essential axis of the health and dynamism of the society. Hence, it is necessary to have a special focus on the social health of this stratum. One of the factors promoting the social health of women and the family is the social network and the present study intends to investigate the relationship between social network and social health among women. **Method:** This research done using method survey and multi-stage cluster sampling on 288 individuals from 18 to 60 years women of Yazd city. research data was collected using Keyes's social health questionnaire (1998) and the author-designed questionnaire of social capital. Data were analyzed using SPSS software version 24 and the relationship between the two variables was explained using Amos software and structural equation modeling. **Finding:** The Results of data analysis showed that between social network of Women and its with social health were directe and significant relationship. **Conclusion:** Social networking as one of the available resources for families and women can increase women's social health.

Key words: "Family", "women", " Networks"