# ارتباط شبکه های اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بزرگسالان تهران

**علی مرادی[1]، انسیه جمشیدی[2*]**

۱. شبکه بهداشت و درمان اسدآباد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. مرکز تحقیقات سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هفدهم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۷ صص ۱۵۷-۱۴۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۹ اسفند ۹۶]

## چکیده

**مقدمه:** بسیاری از مطالعات در سالهای اخیر نشان داده اند که حمایت شبکه ای و وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط زیادی با یکدیگر دارند. این پژوهش، ارتباط شبکه های اجتماعی و وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در بزرگسالان تهران (افراد بالای ۲۵ سل ساکن تهران) مورد بررسی قرار می دهد.

**مواد و روش کار:** مطالعه حاضر به صورت مقطعی و (توصیفی-تحلیلی) در سال ۱۳۹۵ در شهر تهران انجام شد. جهت تعیین میزان مشارکت افراد در شبکه های اجتماعی پرسشنامه شاخص شبکه های اجتماعی (SNI) به کار گرفته شد. جهت تعیین سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد از فرم کوتاه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) استفاده شد. در بخش آنالیز تحلیلی برای تعیین ارتباط متغیرهای شبکه اجتماعی و وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از تحلیل چند سطحی (Multi Level Analysis) استفاده شد.

**یافته ها:** در مجموع ۱۹۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. ۹۷۹ (۵۱/۵٪) نفر آنها مرد و ۹۲۱ (۴۸/۵٪) نفر زن بودند. نتایج به ترتیب ۳۳۶ (۱۷/۷٪) ، ۹۴۵ (۴۹/۷٪) و ۶۱۹ (۳۲/۶٪) نفر از آنها دارای مشارکت قوی، متوسط و ضعیف در شبکه های اجتماعی بودند. آزمونهای آماری نشان دادند که ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی معنی دار بوده است (P<۰/۰۰۱ ). همچنین ارتباط متغیرهای وضعیت تاهل (P<۰/۰۰۱)، رفت و آمد با بستگان (P<۰/۰۰۱) و دوستان (P=۰/۰۰۱)، عضویت در هیئت های مذهبی (P=۰/۰۰۱ )، شبکه ها اجتماعی اینترنتی (P=۰/۰۱)، سن (P<۰/۰۰۱)، جنس (P=۰/۰۳) و بعد خانوار (P<۰/۰۰۱) با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از نظر آماری معنی دار بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد، مشارکت در شبکه های اجتماعی موجب افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می شود. افزایش ارتباطات در بین بستگان و دوستان موجب افزایش کیفیت زندگی می گردد که می تواند تاثیر حمایت های عاطفی و روانی باشد.

**کلیدواژه:** شبکه های اجتماعی، سلامت، کیفیت زندگی، بزرگسالان

**کد اخلاق:** IR.TUMS.REC.1395.2910

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه
E-mail: ensiyeh_jamshidi@yahoo.com

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

## مقدمه

روابط اجتماعی شالوده اصلی جامعه محسوب می‌گردد و موجب می شود کنشگران با گسترش پیوندهای خود، کنش های خود را در ساختار جامعه تسهیل نمایند و از این طریق به اهداف خود دست یابند. همه افراد در جامعه به نوعی در تلاش برای برقراری ارتباط با دیگران هستند تا مبادلات خود را در زمینه های مختلف سرعت دهند. علاوه بر جامعه در سطح کلان که تعاملات گسترده ای را در خود جای می دهد، اجتماع کوچک تری با عنوان اجتماع شبکه ای (Network community) مطرح می شود که شبکه روابط غیررسمی فرد است. روابط و پیوندهای اجتماعی بنابر نظریه تحلیل شبکه (Network analysis theory) به عنوان سرمایه اجتماعی و دارایی فرد محسوب می‌شود و فرد از طریق آن می تواند به منابع و حمایت های موجود در این پیوندها دسترسی یابد. بنابراین کم و کیف روابط اجتماعی، میزان و نحوه حمایت تعاملات از اهمیت زیادی برخوردار است [۱]. مسأله اصلی در دیدگاه شبکه اجتماعی، روابط است و واحد تشکیل دهندهٔ ساخت جامعه، شبکه های تعاملی هستند. ساخت اجتماعی به عنوان یک شبکه، از اعضای شبکه و مجموعه ای از «پیوندها» که افراد، کنشگران یا گره ها را به هم متصل می سازد، تشکیل شده است. اعضای شبکه می توانند افراد، گروه ها، نهادها، موجودیت های حقوقی یا سازمان باشند. بلوک های اصلی شبکه، «ارتباط» است و دیدگاه شبکه با مطالعه روابط اجتماعی موجود بین مجموعه ای از افراد، به تحلیل ساخت اجتماعی می پردازد و ضمن اینکه به کل ساخت توجه می کند، الگوی روابط موجود در داخل ساخت را نیز مورد بررسی قرار می دهد. بنابراین نقطهٔ تمرکز دیدگاه شبکه این است که به جای توجه و تأکید بر کنشگران و ویژگی فردی آنها به عنوان واحد تحلیل، به ساختار روابط بین این کنشگران توجه می‌کند. پیوندها و روابط که بحث اصلی دیدگاه شبکه هستند، به عنوان سرمایه اجتماعی محسوب می شوند. ریشه سرمایه اجتماعی، به ارتباطات و شبکه های اجتماعی بر می‌گردد[۱]. شبکه اجتماعی گروهی از افراد یا سازمان های دارای سلیقه یا منافع مشترک هستند. این شبکه نوعی ساختار اجتماعی است که از گره هایی که عموما فردی یا سازمانی هستند تشکیل شده است که توسط رابط هایی به هم متصل شده اند. این افراد می توانند گروها یا اجتماعات کوچکتری را تشکیل دهند[۲]. حمایت اجتماعی تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که به صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولا خود به خودی و سودمند است و دارای دو حیطه عملکردی (حمایت اجتماعی درک شده) و ساختاری (اندازه شبکه اجتماعی) است. حمایت اجتماعی درک شده، نظر افراد در مورد حمایت ارایه شده را منعکس می کند و اندازه شبکه اجتماعی نیز به همه افراد شناخته شده به وسیله فرد یا بیمار بر می گردد[۳]. حیدری و همکاران نشان دادند، حمایت اجتماعی درک شده با سن و تاهل و کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی نوع درمان و مدت زمان تشخیص بیماران سرطانی ارتباط معنی دار دارد ($P<۰/۰۰۱$)؛ اما کیفیت زندگی با نوع سرطان ارتباط معنی داری ندارد. همچنین حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی، به ویژه با بعد خانوادگی آن و اندازه شبکه اجتماعی($p< ۰/۰۰۱$)، ارتباط مستقیم و معنی دار داشته است [۴]. سفیری و همکاران نشان دادند، در اردبیل میزان رضایت شغلی زنان در حد بالا و میزان حمایت دریافتی از شبکه‌های غیررسمی در حد متوسط است. بعد از همسر، در بین شبکه‌های غیررسمی، شبکهٔ خویشاوندی در حمایت عاطفی و همکاران در حمایت ابزاری و اطلاعاتی بیشترین میزان حمایت و شبکهٔ همسایگی کمترین میزان حمایت را داشته‌اند. متغیرهای سن، اندازهٔ شبکه، فراوانی تماس، و حمایت شبکه‌های غیررسمی متغیرهای تأثیرگذار بر رضایت شغلی زنان متأهل‌اند [۵]. شاهنوشی و همکاران از شهرکرد نشان دادند، بین نوع شبکه، محل سکونت، انسجام ارزشی و سبک زندگی رابطه ای وجود ندارد. ولی بین متغیرهای جنسیت، میزان تحصیلات، انسجام رابطه ای، تجمع اجتماعی، و سبک زندگی رابطه معنادار وجود دارد [۶].

ارتباط معنی دار اجتماعی یکی از اجزای مهم سلامت در دوران بزرگسالی است. بندریک و اسکگ استد دریافتند که ساکنان مراکز رسمی و سازمانی مثلا شهروندانی که در جامعه تماسهای بیشتری با اعضای خانواده و دوستان خود دارند سطوح بالاتری از احساس تنهائی را گزارش نموده اند. برخی از مطالعات نشان داده اند که رضایت از ارتباط های اجتماعی با احساس تنهائی مرتبط است[۷].

شبکه های اجتماعی غیررسمی فعالیتهای اجتماعی و مشارکت در سازمانهای غیررسمی با بهتر بودن وضعیت سلامت مرتبط است. شبکه های اجتماعی می توانند حمایت اجتماعی خودباوری هویت و احساس استقلال به افراد ببخشند. شبکه های اجتماعی رسمی و غیررسمی هر دو از اجزاء ضروری سرمایه اجتماعی هستند. منابع اجتماعی زمانی می توانند تولید شوند که در افراد در یک تعامل با



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

سود متقابل قرار بگیرند و با یکدیگر همکاری تنگاتنگ داشته باشند[۸]. بسیاری از مطالعات که توسط مارتیر و فرانکس مرور شده اند، نشان داده اند که حمایت اجتماعی و وضعیت سلامت در بزرگسالان ارتباط زیادی با یکدیگر دارند. به عنوان مثال وضعیت تاهل و فراوانی تماس با دوستان صمیمی می تواند روی وضعیت سلامت افراد در بزرگسالی تاثیر زیادی داشته باشد[۹]. در اغلب موارد حمایت های شبکه ای مجموعه ای مختلف از انواع شبکه های اجتماعی هستند که هریک از آنها ارتباط های مختلفی با پیامدهای بهداشتی دارند. یکی از نقص هائی که در این زمینه وجود دارد این است که نقش هریک از ارتباط های شبکه ای در وضعیت سلامت افراد و ارتباط آنها با متغیرهای زمینه ای به ویژه طبقه اجتماعی بخوبی روشن نشده و در این زمینه پژوهشهای جامعی صورت نگرفته است. این مطالعه بر آن بود تا ارتباط شبکه های اجتماعی و وضعیت سلامت در بزرگسالان تهران را مورد بررسی قرار دهد. با استفاده از نتایج این مطالعه می توان شبکه های اجتماعی تاثیر گذار بر ارتقای سلامت بزرگسالان در تهران را شناسائی نموده و در برنامه های جاری و آینده سیستم ارائه مراقبتهای بهداشتی درمانی،از این شبکه ها در جهت ارائه برنامه های آموزش سلامت و ارتقای پوشش و کیفیت مراقبتهای بهداشتی بهره برد.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر به صورت مقطعی و (توصیفی-تحلیلی) انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد بالای ۲۵ سال ساکن شهر تهران بودند. تعداد ۱۹۰۰ نمونه از طریق نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. به منظور انتخاب نمونه ها در تمام مناطق شهر با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیائی (GIS) شهر تهران به ۹۵ بلوک با مساحتی نسبتا مساوی تقسیم شد. در هریک از بلوکها یک خانوار به طور تصادفی انتخاب می شد. در مرحله بعد در ۲۰ خانوار که در سمت راست خانوار انتخاب شده در هر بلوک قرار داشتند یک نفر از اعضای بالای ۲۵ سال خانوار بطور تصادفی انتخاب می شد و پرسشنامه به روش مصاحبه تکمیل می گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم هایی استفاده شد که شامل اطلاعاتی در مورد برخی از مشخصات زمینه ای، عوامل شبکه اجتماعی بر اساس مقیاس بومی شده Social Network Index- SNI [۱۰] و عوامل سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر اساس پرسشنامه SF-36 (Short Form-36) است که در جمعیتی در شهر تهران در افراد سنین ۱۵ سال و بالاتر به کار گرفته شده و روایی و پایایی آن بررسی شده است. مقیاس‌های گونه فارسیSF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. این ابزار، یک ابزار خودبیانگر است که شامل ۳۶ آیتم در ۸ خرده مقیاس شامل: عملکرد فیزیکی، نقش های جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روانی است. این هشت خرده مقیاس در دو زمینه جسمی و ذهنی قابل بررسی است. امتیاز هر خرده مقیاس از ۱۰۰-۰ است و هر چه امتیاز به ۱۰۰نزدیکتر باشد مبین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتر است[۱۱].

بومی سازی ابزار SNI

ابتدا فرآیند ترجمه و باز ترجمه انجام شد. برای این کار در مرحله اول ابزار به دو مترجم که از یکدیگر مستقل بودند داده شد تا آن را به زبان فارسی ترجمه کنند. دو نسخه تهیه شده توسط یک متخصص با یکدگر مطابقت داده شد و یک نسخه از آنها استخراج گردید. در مرحله دوم ابزار به فارسی برگردانده شده به دو مترجم انگلیسی زبان مستقل داده شد تا آن را به انگلیسی برگردانند. سپس دو نسخه انگلیسی تهیه شده توسط یک متخصص به یک نسخه تبدیل شد. در مرحله سوم نسخه انگلیسی توسط دو مترجم که از یکدیگر مستقل بودند مجددا به فارسی برگردانده شده و در نهایت توسط یک متخصص به یک نسخه تبدیل شد. بعد از انجام این فرایند با انجام یک مطالعه مقدماتی مراحل بعدی اجرا شد. پایائی داخلی با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شد. به منظور تعیین روائی پرسشنامه اعتبار محتوا آن با نظر متخصصان و کارشناسان مربوطه مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار ساختاری با استفاده از روشهای تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. مقدار فاکتور به دست آمده در دو نقطه که با استفاده از نظر متخصصین مربوطه تعیین می شد به سه قسمت تقسیم گردید و افرادی که دارای نمره بالاتر از نقطه برش بالائی بودند، به عنوان افراد دارای وضعیت مناسب از نظر مشارکت در شبکه های اجتماعی یا سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دسته بندی شدند. افرادی که نمره آنها بین دو نقطه برش بود، به عنوان افراد دارای نمره متوسط و افرادی که نمره آنها پایین تر از نقطه برش پایینی بود، به عنوان افراد دارای وضعیت نامناسب از نظر مشارکت در شبکه های اجتماعی یا سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تعیین شدند. پرسشگران در زمینه نحوه جمع آوری داده هابا استفاده از ابزار



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

مربوطه(پرسشنامه)آموزش دیدند و پرسشنامه ها از طریق مصاحبه تکمیل نمودند. بدین صورت که پس از انتخاب نمونه‌ها در هر یک از محلهای نمونه گیری در مورد اهداف مطالعه توضیحاتی به آنها داده شد. رضایتنامه کتبی از شرکت کنندگان کسب گردید. در صورت موافقت با شرکت در مطالعه پرسشنامه تکمیل گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها، آنها را وارد کامپیوتر نموده و بوسیله نرم‌افزارهای آماری SPSS 22 و Stata 14 تحلیل صورت گرفت. تحلیل در دو بخش توصیفی و تحلیلی صورت انجام شد. تحلیل توصیفی برای متغیرهای کمی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی و برای داده های رتبه ای و طبقه ای با استفاده از فراوانی مطلق و نسبی صورت گرفت. در تحلیل برای تعیین ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و در مواردی که متغیر وابسته دوحالتی بود، از شاخص OR (Odds Ratio) و حدود اطمینان آن استفاده شد. برای تعیین ارتباط متغیرهای شبکه اجتماعی و وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از تجزیه و تحلیل یک سطحی و چند سطحی ( Multi Level Analysis) با درنظر گرفتن اثرات سطوح به صورت تصادفی استفاده شد. در ابتدا تمام متغیرهایی که در تحلیل تک متغیره P-Value آنها کمتر از ۰/۲ بود، وارد مدل گردید. در مراحل بعد با مقایسه الگوهای مختلف از نظر goodness-of-fit مناسب ترین الگو انتخاب گردید. برای برآورد ضرایب از روش حداکثر درستنمایی استفاده شد. برازندگی (goodness-of-fit) مدلها با استفاده از آماره deviance، منحنی خاصه محرکه (ROC curve) و آزمونHosmer and Lemshow ارزیابی شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۱۹۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ۹۷۹ (۵۱/۵٪) نفر آنها مرد و ۹۲۱ (۴۸/۵٪) نفر زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در مطالعه به ترتیب ۴۱/۲۴ و ۱۳/۱۸ سال بود. بر اساس نتایج به ترتیب ۹۰۴ (۴۷/۶٪) ، ۶۶۰ (۳۴/۷٪) و ۳۳۶ (۱۷/۷٪) نفر از افراد مورد مطالعه هنگام انجام مصاحبه دارای وضعیت سلامت خوب، متوسط و ضعیف بوده اند و به ترتیب ۳۳۶ (۱۷/۷٪) ، ۹۴۵ (۴۹/۷٪) و ۶۱۹ (۳۲/۶٪) نفر از آنها دارای مشارکت قوی، متوسط و ضعیف در شبکه های اجتماعی بودند. جدول۱ ارتباط مشارکت افراد مورد مطالعه در شبکه های اجتماعی و سایر متغیرهای زمینه ای را با وضعیت سلامت آنها در تجزیه و تحلیلهای تک متغیره نشان می دهد. با استفاده از الگوی نهائی رگرسیون لجستیک رتبه ای یک سطحی، ارتباط متغیرهای مستقل و متغیر کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مطالعه بررسی شده است. در این الگو، متغیرهای میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی، وضعیت تاهل، ارتباط با اعضای خانواده، رفت و آمد با بستگان و دوستان، عضویت در سازمانهای غیر دولتی، عضویت در هیئت های مذهبی، عضویت در شبکه های اجتماعی اینترنتی، عضویت در موسسات خیریه، سن، جنسیت و بعد خانوار قرار گرفته اند. نتایج نشان داد که ارتباط بین متغیرهای میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی، وضعیت تاهل، رفت و آمد با بستگان و دوستان، عضویت در هیئت های مذهبی، عضویت در شبکه های اجتماعی اینترنتی، سن، جنسیت و بعد خانوار با وضعیت سلامت شرکت کنندگان در مطالعه معنی دار است(جدول ۲). جدول ۳ الگوی نهائی رگرسیون لجستیک رتبه ای دو سطحی ارتباط متغیرهای مستقل سطح فردی و متغیر کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می دهد. در این الگو نیز میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی، وضعیت تاهل، ارتباط با اعضای خانواده، رفت و آمد با بستگان و دوستان، عضویت در سازمانهای غیر دولتی، عضویت در هیئت های مذهبی، عضویت در شبکه های اجتماعی اینترنتی، عضویت در موسسات خیریه، سن، جنسیت و بعد خانوار قرار گرفته اند. برآورد واریانس و خطای معیار سطح دوم (منطقه محل سکونت) به ترتیب: ۰/۰۳۷ و ۰/۰۳۴ بود. نتایج نشان داد ارتباط بین متغیرهای میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی، وضعیت تاهل، رفت و آمد با بستگان و دوستان، عضویت در هیئت های مذهبی، عضویت در شبکه های اجتماعی اینترنتی، سن، جنسیت و بعد خانوار با وضعیت سلامت شرکت کنندگان در مطالعه معنی دار است. با استفاده از الگوی نهائی رگرسیون لجستیک رتبه ای (Ordinal Logestic Regression) دو سطحی، ارتباط متغیرهای مستقل سطوح فردی و منطقه محل سکونت با کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مطالعه بررسی شده است. در این مدل متغیرهای سطح فردی شامل: میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی، وضعیت تاهل، ارتباط با اعضای خانواده، رفت و آمد با بستگان و دوستان، عضویت در سازمانهای غیر دولتی، عضویت در هیئت های مذهبی، عضویت در شبکه های اجتماعی اینترنتی، عضویت در موسسات خیریه، سن، جنس و بعد خانوار و متغیرهای



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

سطح منطقه شامل: تعداد پارکها، سطح توسعه یافتگی، فراوانی امکان مذهبی، فرهنگی و خدمات اجتماعی قرار گرفتند. برآورد واریانس و خطای معیار سطح دوم (منطقه محل سکونت) به ترتیب: ۰/۰۳۴ و ۰/۰۳۲ بود. بر اساس نتایج، ارتباط بین متغیرهای میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی، وضعیت تاهل، رفت و آمد با بستگان و دوستان، عضویت در هیئت های مذهبی، عضویت در شبکه های اجتماعی اینترنتی، سن، جنسیت و بعد خانوار با وضعیت سلامت شرکت کنندگان در مطالعه معنی دار بوده و ارتباط هیچکدام از متغیرهای سطح منطقه ای با متغیر مستقل معنی دار نبوده است (جدول ۴).

**جدول ۱: ارتباط مشارکت افراد مورد مطالعه در شبکه های اجتماعی و سایر متغیرهای زمینه ای با وضعیت سلامت آنها**

| | سطوح متغیر | خوب | | متوسط | | ضعیف | | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| مشارکت در | قوی | ۲۱۶ | ۶۴/۳ | ۹۱ | ۲۷/۱ | ۲۹ | ۸/۶ | <۰/۰۰۰۱ |
| شبکه های اجتماعی | متوسط | ۴۵۱ | ۴۷/۷ | ۳۴۴ | ۳۶/۴ | ۱۵۰ | ۱۵/۹ | |
| | ضعیف | ۲۳۷ | ۳۸/۳ | ۲۲۵ | ۳۶/۳ | ۱۵۷ | ۲۵/۴ | |
| وضعیت تاهل | همسردار | ۶۰۳ | ۴۶/۶ | ۴۴۹ | ۳۴/۷ | ۲۴۲ | ۱۸/۷ | ۰/۰۲ |
| | بدون همسر | ۳۰۱ | ۴۹/۷ | ۲۱۱ | ۳۴/۸ | ۹۴ | ۱۵/۵ | |
| ارتباط روزانه | کمتر از ۱۰ ساعت | ۷۲۴ | ۴۸/۹ | ۴۹۹ | ۳۳/۷ | ۲۵۹ | ۱۷/۵ | ۰/۰۹ |
| با خانواده | بیشتر از ۱۰ ساعت | ۱۸۰ | ۴۳/۱ | ۱۶۱ | ۳۸/۵ | ۷۷ | ۱۸/۴ | |
| رفت و آمد با بستگان | هفتگی | ۶۱۳ | ۴۹/۵ | ۴۵۲ | ۳۶/۵ | ۱۷۳ | ۱۴/۰ | <۰/۰۰۰۱ |
| | ماهیانه | ۲۰۳ | ۴۹/۰ | ۱۳۲ | ۳۱/۹ | ۷۹ | ۱۹/۱ | |
| | سالیانه | ۸۸ | ۳۵/۵ | ۷۶ | ۳۰/۶ | ۸۴ | ۳۳/۹ | |
| رفت و آمد با دوستان | هفتگی | ۷۶۴ | ۵۰/۹ | ۵۳۶ | ۳۵/۷ | ۲۰۰ | ۱۳/۳ | <۰/۰۰۰۱ |
| | ماهیانه | ۶۴ | ۴۰/۰ | ۴۸ | ۳۰/۰ | ۴۸ | ۳۰/۰ | |
| | سالیانه | ۷۶ | ۳۱/۷ | ۷۶ | ۳۱/۷ | ۸۸ | ۳۶/۷ | |
| عضویت در | | ۲۴۸ | ۴۸/۸ | ۲۱۲ | ۴۱/۷ | ۴۸ | ۹/۴ | <۰/۰۰۰۱ |
| سازمانهای غیر دولتی | | ۶۵۶ | ۴۷/۱ | ۴۴۸ | ۳۲/۲ | ۲۸۸ | ۲۰/۷ | |
| عضویت در | | ۳۲۰ | ۵۳/۷ | ۱۶۸ | ۲۸/۲ | ۱۰۸ | ۱۸/۱ | <۰/۰۰۰۱ |
| هیئت های مذهبی | | ۵۸۴ | ۴۴/۸ | ۴۹۲ | ۳۷/۷ | ۲۲۸ | ۱۷/۵ | |
| عضویت | بله | ۶۰۰ | ۵۱/۷ | ۴۱۲ | ۳۵/۵ | ۱۴۸ | ۱۲/۸ | <۰/۰۰۰۱ |
| در شبکه های اینترنتی | خیر | ۳۰۴ | ۴۱/۱ | ۲۴۸ | ۳۳/۵ | ۱۸۸ | ۲۵/۴ | |
| عضویت در | | ۲۸۴ | ۵۱/۱ | ۱۸۰ | ۳۲/۴ | ۹۲ | ۱۶/۵ | ۰/۱۴ |
| موسسات خیریه | | ۶۲۰ | ۴۶/۱ | ۴۸۰ | ۳۵/۷ | ۲۴۴ | ۱۸/۲ | |
| سن | ۴۰-۲۵ سال | ۶۳۷ | ۵۸/۲ | ۳۱۴ | ۲۸/۷ | ۱۴۳ | ۱۳/۱ | <۰/۰۰۰۱ |
| | ۶۰-۴۱ سال | ۲۱۲ | ۳۵/۷ | ۲۵۶ | ۴۳/۱ | ۱۲۶ | ۲۱/۲ | |
| | بالای ۶۰ سال | ۵۵ | ۲۵/۹ | ۹۰ | ۴۲/۵ | ۶۷ | ۳۱/۶ | |
| جنسیت | مرد | ۴۹۲ | ۵۰/۳ | ۳۳۱ | ۳۳/۸ | ۱۵۶ | ۱۵/۹ | ۰/۰۳ |
| | زن | ۴۱۲ | ۴۴/۷ | ۳۲۹ | ۳۵/۷ | ۱۸۰ | ۱۹/۵ | |
| سطح تحصیلات | دانشگاهی | ۵۲۰ | ۵۰/۴ | ۳۶۴ | ۳۵/۳ | ۱۴۸ | ۱۴/۳ | <۰/۰۰۰۱ |
| | متوسطه | ۲۶۸ | ۴۴/۴ | ۲۳۶ | ۳۹/۱ | ۱۰۰ | ۱۶/۶ | |
| | پایین تر از متوسطه | ۱۱۶ | ۴۳/۹ | ۶۰ | ۲۲/۷ | ۸۸ | ۳۳/۳ | |
| بعد خانوار | ۲-۱ | ۱۰۶ | ۳۲/۶ | ۱۴۹ | ۴۵/۸ | ۷۰ | ۲۱/۵ | <۰/۰۰۰۱ |
| | ۴-۳ | ۴۸۵ | ۴۸/۸ | ۳۴۰ | ۳۴/۲ | ۱۶۸ | ۱۶/۹ | |
| | بیشتر از ۴ | ۳۱۳ | ۵۳/۸ | ۱۷۱ | ۲۹/۴ | ۹۸ | ۱۶/۸ | |
| شغل | شاغل | ۳۹۳ | ۴۹/۱ | ۲۸۰ | ۳۵/۰ | ۱۲۸ | ۱۶/۰ | <۰/۰۰۰۱ |
| | دانشجو | ۱۹۶ | ۷۲/۱ | ۷۶ | ۲۷/۹ | ۰ | ۰/۰ | |
| | خانه دار | ۱۲۰ | ۳۱/۶ | ۱۶۴ | ۴۳/۲ | ۹۶ | ۲۵/۳ | |
| | بازنشسته | ۳۶ | ۳۹/۱ | ۳۶ | ۳۹/۱ | ۲۰ | ۲۱/۷ | |
| | جویای کار | ۸۷ | ۴۲/۰ | ۶۰ | ۲۹/۰ | ۶۰ | ۲۹/۰ | |
| | سایر | ۷۲ | ۴۸/۶ | ۴۴ | ۲۹/۷ | ۳۲ | ۲۱/۶ | |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

**جدول ۲: الگوی نهائی یک سطحی عوامل فردی موثر در وضعیت سلامت شرکت کنندگان در مطالعه**

| | سطح مبنا | سایر سطوح | OR | Std. Err. OR | P-Value | 95% CI OR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | حد بالا | حد پایین |
| میزان مشارکت در | ضعیف | متوسط | ۱/۶۹ | ۰/۲۵ | ۰/۰۰ | ۲/۲۸ | ۱/۲۶ |
| شبکه های اجتماعی | | قوی | ۲/۱۶ | ۰/۴۱ | ۰/۰۰ | ۳/۱۴ | ۱/۴۸ |
| وضعیت تاهل | همسردار | بدون همسر | ۱/۵۰ | ۰/۱۶ | ۰/۰۰ | ۱/۸۷ | ۱/۲۱ |
| ارتباط با اعضای خانواده | زیاد | کم | ۱/۰۹ | ۰/۱۲ | ۰/۴۳ | ۱/۳۷ | ۰/۸۷ |
| رفت و آمد با بستگان | هفتگی | ماهیانه | ۱/۱۴ | ۰/۱۳ | ۰/۲۴ | ۱/۴۴ | ۰/۹۰ |
| | | سالیانه | ۱/۶۹ | ۰/۲۵ | ۰/۰۰ | ۲/۲۷ | ۱/۲۶ |
| رفت و آمد با دوستان | هفتگی | ماهیانه | ۱/۳۳ | ۰/۲۲ | ۰/۰۸ | ۱/۸۶ | ۰/۹۵ |
| | | سالیانه | ۱/۴۶ | ۰/۲۲ | ۰/۰۱ | ۱/۹۷ | ۱/۰۸ |
| عضویت در سازمانهای غیر دولتی | بله | خیر | ۰/۹۱ | ۰/۱۰ | ۰/۴۵ | ۱/۱۴ | ۰/۷۳ |
| عضویت در هیئت های مذهبی | بله | خیر | ۱/۳۳ | ۰/۱۵ | ۰/۰۱ | ۱/۶۶ | ۱/۰۷ |
| عضویت در شبکه های اجتماعی | بله | خیر | ۱/۲۸ | ۰/۱۳ | ۰/۰۱ | ۱/۵۸ | ۱/۰۴ |
| عضویت در موسسات خیریه | بله | خیر | ۰/۸۶ | ۰/۰۹ | ۰/۱۹ | ۱/۰۷ | ۰/۶۸ |
| جنس | مرد | زن | ۱/۲۳ | ۰/۱۱ | ۰/۰۳ | ۱/۰۴ | ۱/۰۳ |
| سن | | | ۱/۰۴ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۱/۴۸ | ۱/۰۲ |
| بعد خانوار | | | ۰/۸۶ | ۰/۰۲ | ۰/۰۰ | ۰/۹۲ | ۰/۸۱ |
| نقطه برش ۱ | | | ۲/۰۲ | ۰/۲۸ | | ۲/۵۷ | ۱/۴۷ |
| نقطه برش ۲ | | | ۳/۸۵ | ۰/۲۹ | | ۴/۴۳ | ۳/۲۸ |
| **معیارهای ارزیابی الگو** | | | | | | | |
| معیار آگاهی آکایک(AIC) | | | | | | | ۳۶۵۸/۶ |
| معیار آگاهی بیزین(BIC) | | | | | | | ۳۷۵۲/۹ |

**جدول ۳: الگو دو سطحی عوامل فردی موثر در وضعیت سلامت شرکت کنندگان در مطالعه**

| | سطح مبنا | سایر سطوح | OR | Std. Err. OR | P-Value | 95% CI OR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | حد بالا | حد پایین |
| میزان مشارکت در | ضعیف | متوسط | ۱/۶۴ | ۰/۲۵ | ۰/۰۰ | ۲/۲۲ | ۱/۲۲ |
| شبکه های اجتماعی | | قوی | ۲/۱۵ | ۰/۴۱ | ۰/۰۰ | ۳/۱۵ | ۱/۴۷ |
| وضعیت تاهل | همسردار | بدون همسر | ۱/۴۵ | ۰/۱۶ | ۰/۰۰ | ۱/۸۱ | ۱/۱۶ |
| ارتباط با اعضای خانواده | زیاد | کم | ۱/۱۱ | ۰/۱۳ | ۰/۳۷ | ۱/۴۰ | ۰/۸۷ |
| رفت و آمد با بستگان | هفتگی | ماهیانه | ۱/۱۶ | ۰/۱۴ | ۰/۲۱ | ۱/۴۷ | ۰/۹۱ |
| | | سالیانه | ۱/۷۹ | ۰/۲۷ | ۰/۰۰ | ۲/۴۱ | ۱/۳۲ |
| رفت و آمد با دوستان | هفتگی | ماهیانه | ۱/۳۶ | ۰/۲۳ | ۰/۰۷ | ۱/۹۱ | ۰/۹۷ |
| | | سالیانه | ۱/۶۷ | ۰/۲۷ | ۰/۰۰ | ۱/۳۲ | ۱/۲۱ |
| عضویت در سازمانهای غیر دولتی | بله | خیر | ۰/۹۲ | ۰/۱۰ | ۰/۴۷ | ۱/۱۵ | ۰/۷۳ |
| عضویت در هیئت های مذهبی | بله | خیر | ۱/۲۹ | ۰/۱۴ | ۰/۰۲ | ۱/۶۲ | ۱/۰۳ |
| عضویت در شبکه های اجتماعی | بله | خیر | ۱/۳۰ | ۰/۱۴ | ۰/۰۱ | ۱/۶۱ | ۱/۰۵ |
| عضویت در موسسات خیریه | بله | خیر | ۰/۸۵ | ۰/۰۹ | ۰/۱۷ | ۱/۰۷ | ۰/۶۸ |
| جنس | مرد | زن | ۱/۲۶ | ۰/۱۲ | ۰/۰۰ | ۱/۰۴ | ۱/۰۳ |
| سن | | | ۱/۰۴ | ۰/۰۰ | ۰/۰۱ | ۱/۵۳ | ۱/۰۴ |
| بعد خانوار | | | ۰/۸۶ | ۰/۰۲ | ۰/۰۰ | ۰/۹۲ | ۰/۸۰ |
| نقطه برش ۱ | | | ۱/۹۷ | ۰/۳۰ | ۰/۰۰ | ۲/۵۷ | ۱/۳۸ |
| نقطه برش ۲ | | | ۳/۸۱ | ۰/۳۱ | ۰/۰۰ | ۴/۴۳ | ۳/۲۰ |
| واریانس سطح منطقه | | | ۰/۰۳ | ۰/۰۳ | - | ۰/۲۲ | ۰/۰۰۶ |
| **معیارهای ارزیابی الگو** | | | | | | | |
| معیار آگاهی آکایک(AIC) | | | | | | | ۳۶۵۴/۵ |
| معیار آگاهی بیزین(BIC) | | | | | | | ۳۷۵۴/۴ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

**جدول ۴: الگو دو سطحی عوامل فردی و منطقه ای موثر در وضعیت سلامت شرکت کنندگان در مطالعه**

| | سطح مبنا | سایر سطوح | OR | Std. Err. OR | P-Value | 95% CI OR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | حد بالا | حد پایین |
| میزان مشارکت در | ضعیف | متوسط | ۱/۶۴ | ۰/۲۵ | ۰/۰۰ | ۲/۲۲ | ۱/۲۲ |
| شبکه های اجتماعی | | قوی | ۲/۱۶ | ۰/۴۱ | ۰/۰۰ | ۳/۱۶ | ۱/۴۷ |
| وضعیت تاهل | همسردار | بدون همسر | ۱/۴۵ | ۰/۱۶ | ۰/۰۰ | ۱/۸۱ | ۱/۱۶ |
| ارتباط با اعضای خانواده | زیاد | کم | ۱/۱۱ | ۰/۱۳ | ۰/۳۷ | ۱/۴۰ | ۰/۸۷ |
| رفت و آمد با بستگان | هفتگی | ماهیانه | ۱/۱۵ | ۰/۱۴ | ۰/۲۲ | ۱/۴۷ | ۰/۹۱ |
| | | سالیانه | ۱/۷۸ | ۰/۲۷ | ۰/۰۰ | ۲/۴۱ | ۱/۳۲ |
| رفت و آمد با دوستان | هفتگی | ماهیانه | ۱/۳۶ | ۰/۲۳ | ۰/۰۷ | ۱/۹۱ | ۰/۹۷ |
| | | سالیانه | ۱/۶۷ | ۰/۲۸ | ۰/۰۰ | ۲/۳۲ | ۱/۲۰ |
| عضویت در سازمانهای غیر دولتی | بله | خیر | ۰/۹۲ | ۰/۱۰ | ۰/۴۷ | ۱/۱۵ | ۰/۷۳ |
| عضویت در هیئت های مذهبی | بله | خیر | ۱/۲۹ | ۰/۱۴ | ۰/۰۲ | ۱/۶۲ | ۱/۰۳ |
| عضویت در شبکه های اجتماعی | بله | خیر | ۱/۳۰ | ۰/۱۴ | ۰/۰۱ | ۱/۶۲ | ۱/۰۴ |
| عضویت در موسسات خیریه | بله | خیر | ۰/۸۵ | ۰/۰۹ | ۰/۱۷ | ۱/۰۷ | ۰/۶۸ |
| جنس | مرد | زن | ۱/۲۶ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۱/۵۳ | ۱/۰۴ |
| سن | | | ۱/۰۴ | ۰/۱۲ | ۰/۰۱ | ۱/۰۴ | ۱/۰۳ |
| بعد خانوار | | | ۰/۸۶ | ۰/۰۲ | ۰/۰۰ | ۰/۹۲ | ۰/۸۰ |
| تعداد پارکها | | | ۰/۹۹ | ۰/۰۰ | ۰/۸۳ | ۱/۰۰ | ۰/۹۹ |
| سطح توسعه یافتگی | | | ۰/۹۹ | ۰/۰۰ | ۰/۹۲ | ۱/۰۰ | ۰/۹۹ |
| فراوانی اماکن مذهبی | | | ۱/۰۰ | ۰/۰۱ | ۰/۴۷ | ۱/۰۳ | ۰/۹۸ |
| فراوانی اماکن فرهنگی | | | ۱/۰۰ | ۰/۰۱ | ۰/۸۷ | ۱/۰۲ | ۰/۹۸ |
| فراوانی مراکز خدمات اجتماعی | | | ۱/۰۰ | ۰/۰۲ | ۰/۹۵ | ۱/۰۵ | ۰/۹۵ |
| نقطه برش ۱ | | | ۱/۹۶ | ۰/۴۱ | ۰/۰۰ | ۲/۷۷ | ۱/۱۶ |
| نقطه برش ۲ | | | ۳/۸۱ | ۰/۴۱ | ۰/۰۰ | ۴/۶۳ | ۲/۹۹ |
| واریانس سطح منطقه | | | ۰/۰۳۴ | ۰/۰۳۲ | - | ۰/۲۲ | ۰/۰۰ |
| **معیارهای ارزیابی مدل** | | | | | | | |
| معیار آگاهی آکایک(AIC) | | | | | | ۳۶۶۳/۶ | |
| معیار آگاهی بیزین(BIC) | | | | | | ۳۷۹۲/۳ | |

## بحث و نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل های تک متغیره نشان داد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد دارای مشارکت قوی در شبکه های اجتماعی، بدون همسر، دارای تحصیلات دانشگاهی، دارای ارتباط بیشتر با اعضای خانواده، دارای رفت و آمد بیشتر با بستگان و دوستان، اعضای سازمانهای غیر دولتی، هیئت های مذهبی، شبکه های اجتماعی اینترنتی و موسسات خیریه، جوانان، مردان، دانش آموزان و دانشجویان و اعضای خانوارهای پرجمعیت بیشتر است. اما آزمونهای آماری نشان دادند که تنها ارتباط متغیرهای: مشارکت در شبکه های اجتماعی، رفت و آمد با بستگان و دوستان، عضویت در سازمانهای غیر دولتی، هیئت های مذهبی، شبکه های اجتماعی اینترنتی، سن، جنسیت، سطح تحصیلات، شغل و بعد خانوار با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت معنی دار است. تجزیه و تحلیلهای چند متغیره یک سطحی نشان داد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد دارای مشارکت قوی در شبکه های اجتماعی، همسردار، دارای ارتباط بیشتر با اعضای خانواده، دارای رفت و آمد بیشتر با بستگان و دوستان، اعضای هیئت های مذهبی و شبکه های اجتماعی اینترنتی، جوانان و مردان بیشتر است. در این بخش از تحلیل های آزمونهای آماری نشان دادند که ارتباط متغیرهای: مشارکت در شبکه های اجتماعی، وضعیت تاهل، رفت و آمد با بستگان و دوستان، عضویت در هیئت های مذهبی، شبکه های اجتماعی اینترنتی، سن، جنسیت و بعد خانوار با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت معنی دار می باشد. مقایسه الگوی یک سطحی با الگوهای دو سطحی نشان می دهد که ارتباط متغیرهای سطح فردی در دو نوع الگو تفاوت چندانی باهم ندارند. همچنین متغیرهای سطح منطقه ای با متغیر وابسته ارتباطی نشان نمی دهند. از طرفی سطح دوم یعنی منطقه محل سکونت تنها ۳ درصد از واریانس را بخود اختصاص داده است. شاخصهای برازندگی سه



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

الگو نیز باهم تفاوت قابل توجهی ندارند. بنابراین می توان گفت که متغیرهای سطح منطقه ای تاثیر چندانی روی کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه ندارند. این مطالعه نشان داد که مشارکت در شبکه های اجتماعی با افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط مستقیم دارد. به عبارت دیگر مشارکت بیشتر در شبکه های اجتماعی موجب افزایش کیفیت زندگی می شود. پژوهش‌های انجام شده در زمینه ارتباط شبکه های اجتماعی و کیفیت زندگی در افراد سالم و بیماران از جمله مطالعات انجام شده توسط حیدری و همکاران در ایران[۳] لی (Lei) و همکاران در چین[۱۲]. سیگریست و همکاران در اروپا[۱۳]. هاتزنبولر و همکاران در ایالات متحده آمریکا[۱۴]. در مجموع نشان می دهند که شبکه های اجتماعی و وابستگی های گروهی می توانند در ارتقای کیفیت زندگی افراد در جوامع مختلف نقش داشته باشند. شایان ذکر است که شدت ارتباط در حیطه های مختلف ارتباطات و شبکه های اجتماعی و جنبه های کیفیت زندگی در جوامع مختلف متفاوت است. در این زمینه می توان به تفاوتهای موجود در بین جوامع توسعه یافته و سنتی اشاره کرد. در جوامع سنتی ارتباطات یکی از مهمترین عواملی که می تواند موجب ایجاد ارتباط قوی بین مشارکت در شبکه های اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شود، این است که مشارکت در شبکه های اجتماعی و افزایش روابط بین فردی در میان اعضاء موجب ارتقای رفتارهای بهداشتی می شود. مطالعات زیادی موید این واقعیت هستند. در این میان می توان به مطالعه لیندس و همکاران در ایالات متحده آمریکا اشاره کرد که نشان داد تعداد اعضای شبکه های اجتماعی با کارائی عملکرد آنها در حوزه های مختلف از جمله ارتقای رفتارهای بهداشتی در جامعه دارای ارتباط معنی دار است[۱۵]. مطالعه شیوویتز-ازرا و لیت وین در ایالات متحده که مشخص کرد، ایجاد انواع شبکه های اجتماعی می توانند نقش مهمی در شناخت شیوه زندگی افراد از نظر مسایل مرتبط با سلامت داشته باشند[۱۶] و مطالعه وبل (Webel) و همکاران که نشان داد، وابستگی اجتماعی بطور معنی دار با تمایل دریافت درمان HIV ، فعالیت فیزیکی و کیفیت زندگی همبستگی دارد [۱۷]. یکی دیگر از عواملی که می تواند موجب ایجاد ارتباط قوی بین مشارکت در شبکه های اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شود، این است که عضویت در شبکه های اجتماعی موجب ارتقای مهارتهای مراقبت از خود و مراقبت از بیماران می گردد. مطالعات انجام شده در این زمینه موید این نقطه نظر است. به عنوان مثال گیج نشان داد که والدینی که فرزندان آنها مبتلا به سرطان هستند، چنانچه با سایر خانواده ها که دارای چنین بیمارانی هستند، ارتباط برقرار کنند، می توانند مراقبت از بیماران خود را ارتقاء دهند. از طرفی برقراری چنین شبکه های ارتباطی می تواند، حمایت های عاطفی، ارتقای راهبردهای مراقبت از بیماران و تبادل اطلاعات بین والدین در مورد مسائل مرتبط با سلامت بیماران را به همراه داشته باشد[۱۸]. همچنین راماسوامی و همکاران نشان دادند که شبکه های اجتماعی که آگاهی بیشتری در مورد وضعیت عفونت HIV دارند، می توانند نقش بیشتری در برخورداری افراد مبتلا به عفونت HIV از سرویس های اولیه مراقبتهای بهداشتی را ایفا نمایند[۱۹]. الگوی نهائی بیانگر آنست که کیفیت زندگی افراد همسردار بطور معنی دار از افراد بدون همسر بهتر بوده است. مطالعات دیگری نیز چنین ارتباطی را نشان داده اند. از جمله مطالعات انجام شده در داخل کشور می توان به مطالعه وحدانی نیا و همکاران در تهران اشاره کرد که نشان داد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در حیطه های مختلف شامل: عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روان در افراد متاهل بهتر از افراد بیوه و مطلقه بوده است[۲۰]. از مطالعات انجام شده در خارج از کشور می توان به مطالعه هلمن و فوروکاوا در سوئد اشاره کرد که وضعیت تاهل می تواند روی وضعیت سلامت افراد در بزرگسالی تاثیر زیادی داشته باشد[۷]. حمایت روانی و فیزیکی همسر میتواند یکی از مهمترین دلایل این مسئله باشد. از طرفی افرادی که به ازدواج تن می دهند، دارای وضعیت سلامتی بهتری هستند. بر اساس نتایج مطالعه کیفیت زندگی در کسانی که با بستگان و دوستان خود رفت و آمد بیشتری دارند، بهتر از کسانی بوده که با بستگان و دوستان خود رفت و آمد کمتری دارند یا به ندرت رفت و آمد می کنند. مطالعات دیگری از جمله مطالعه گلد و تایلور در آمریکا[۹] و مطالعه لیتوین در اسرائیل نشان دادند که فراوانی تماس با دوستان صمیمی می تواند روی وضعیت سلامت افراد در بزرگسالی تاثیر زیادی داشته باشد[۲۱] بر اساس آنچه که کرنول (Cornwell) و لاومن (Laumann) بیان نموده اند، یکی از مهمترین دلایل افزایش کیفیت زندگی با رفت و آمد بیشتر با اطرافیان، افزایش دسترسی به منابع اجتماعی، اعتماد به نفس و جلوگیری از احساس تنهایی است. همچنین رشد این شبکه های ارتباطی موجب می شود که افراد فعالیت فیزیکی بیشتری داشته



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

باشند[۲۲]. کیفیت زندگی اعضای هیئت های مذهبی بهتر از کسانی بوده که در چنین گروه هائی عضویت ندارند. می توان گفت اعضای این هیئت ها با توجه به باورهای درونی خود دارای آرامش روانی بهتری هستند و در نتیجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در آنها افزایش می یابد. مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط ایمان به خدا و سلامت نیز موید این واقعیت است. در این میان می توان به مطالعه کاظمی و بهرامی در ایران اشاره کرد که نشان داد بین باورهای مذهبی و سلامت روانی رابطه معنادار وجود دارد و افرادی که دارای اعتقادات قوی تری هستند، از آرامش روانی بیشتری برخوردارند که خود نقش پیشگیری کننده و کاهش دهنده در بسیاری از اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی، انحرافات جنسی، خودکشی، همسرآزاری دارد[۲۳]. همچنین مطالعه علیجانی در تهران نشان داد: در دانشجویان دانشگاه آزاد بین هویت دینی و سلامت روان رابطه وجود داشته. افراد دارای هویت دینی موفق، از تعاملات و کنش اجتماعی موفق برخوردار و سطح اضطراب و افسردگی آنان پایین بوده و افراد دارای هویت دینی آشفته و دیررس، دارای سطح اضطراب و افسردگی بالا و از لحاظ کنش اجتماعی افرادی ناموفق بوده اند[۲۴]. بیش از ۶۱ درصد شرکت کنندگان در مطالعه عضو شبکه های اجتماعی اینترنتی بوده اند. از طرفی الگوی نهائی نشان داد که کیفیت زندگی اعضاء شبکه های اجتماعی اینترنتی بطور معنی دار بیشتر از کسانی بوده که عضو چنین شبکه هائی نمی باشند. به نظر می رسد که صرف عضو بودن در شبکه های اجتماعی اینترنتی رابطه مستقیمی با ارتقای سطح سلامت نداشته باشد و یکی از علل اصلی بالا بودن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در اعضای شبکه های اینترنتی می تواند جوان بودن اعضاء چنین شبکه هائی باشد. چرا که بر اساس الگوی نهائی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با افزایش سن بطور معنی داری کاهش یافته است و گروه های سنی زیر ۴۰ سال دارای کیفیت زندگی بهتری بوده اند. با توجه به اینکه برخی از مطالعات از جمله مطالعه شاهنوشی و همکاران در شهرکرد نشان داده شبکه های اجتماعی می توانند روی سبک زندگی جوانان تاثیر گذار باشند[۶]. لازم است برنامه های لازم برای استفاده مناسب از این شبکه ها در جهت آموزش رفتارهای مناسب به ویژه رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت تدوین و اجرا شود. یکی از محدودیت های مطالعه این بود که جهت بررسی مشارکت افراد در شبکه های اجتماعی اینترنتی ابزار بومی در دسترس نبود، لذا مباحث مربوط به شبکه های مجازی در پرسشنامه بومی شده گنجانده شده است.

در این مطالعه برای اولین بار با استفاده از الگوی رگرسیونی چند سطحی ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و مشارکت در شبکه های اجتماعی در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه نشان داد، مشارکت در شبکه های اجتماعی موجب افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می شود که می تواند از طریق ارتقای دانش سلامت، رفتارهای بهداشتی و بهبود مراقبت از بیماری حاصل شود. افزایش ارتباطات در بین بستگان و دوستان موجب افزایش کیفیت زندگی می گردد که می تواند تاثیر حمایت های عاطفی و روانی باشد. با پیشرفت استفاده از شبکه های اینترنتی از طریق برنامه ریزی های مناسب و هدفمند می توان کارکرد این شبکه ها را در جهت ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت ارتقاء داد.

سهم نویسندگان در تدوین مقاله

**سهم نویسندگان**

علی مرادی: طراحی مطالعه و تدوین مقاله

انسیه جمشیدی: طراحی مطالعه و تدوین مقاله

**تشکر و قدردانی**

در پایان از کلیه عزیزانی که در انجام این مطالعه نقش داشته اند از جمله کارشناسان مرکز تحقیقات سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه به ویژه آقای سید بهداد مجدزاده و خانم هانیه ابوالحسن معمار و کلیه دوستانی که در جمع آوری داده ها شرکت داشته اند، تقدیر و تشکر می گردد. بودجه این طرح با کد ۲۶۵۲۱-۶۲-۰۴-۹۳ از طرف دانشگاه علوم پزشکی تهران تأمین شده است.

**منابع**

**1.** Bastani S, Salehi HM. Network sotial capital and gender. Social Science Letter 2007;30:63-95

**2.** Shekofteh M, Hariri N. Scientific Mapping of Medicine in Iran Using Subject Category Co-Citation and Social Network Analysis health managment 2013;16:43-59

**3.** Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

social network with quality of life dimension in cancer patients. KAUMS Journal ( FEYZ ) 2008; 12:15-22
**4.** Holmén K, Furukawa H. Loneliness, health and social network among elderly people-a follow-up study. Archives of Gerontology and Geriatrics 2002;35:261-74
**5.** Cattell V. Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. Social Science & Medicine 2001;52:1501-16
**6.** Martire, L M, Franks MM. The Role of Social Networks in Adult Health:Introduction to the Special Issue. Health Psychology 2014; 33: 501–504
**7.** Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, Holmes MD, Kawachi I. Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. Journal of psychosomatic research 2002;52:285-93
**8.** Ali M, Azita G, Mariam V, Barbara G. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14:875-82
**9.** Lei P, Xu L, Nwaru B, Long Q, Wu Z. Social networks and health-related quality of life among Chinese old adults in urban areas: results from 4th National Household Health Survey. Public health 2016;131:27-39
**10.** Siegrist K, Millier A, Amri I, Aballéa S, Toumi M. Association between social contact frequency and negative symptoms, psychosocial functioning and quality of life in patients with schizophrenia. Psychiatry Research 2015;230:860-6
**11.** Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Xuan Z. Social networks and risk for depressive symptoms in a national sample of sexual minority youth. Social Science & Medicine 2012;75:1184-91
**12.** Lindsey MA, Barksdale CL, Lambert SF, Ialongo NS. Social network influences on service use among urban, African American youth with mental health problems. Journal of Adolescent Health 2010;47:367-73
**13.** Shiovitz-Ezra S, Litwin H. Social network type and health-related behaviors: Evidence from an American national survey. Social Science & Medicine 2012;75:901-4
**14.** Webel AR, Sattar A, Schreiner N, Phillips JC. Social resources, health promotion behavior, and quality of life in adults living with HIV Applied Nursing Research 2016;30:204-9
**15.** Gage EA. Social networks of experientially similar others: Formation, activation, and consequences of network ties on the health care experience. Social Science & Medicine 2013;95:43-51
**16.** Ramaswamy M, Kelly PJ, Li X, Berg KM, Litwin AH, Arnsten JH. Social Support Networks and Primary Care Use by HIV-Infected Drug Users. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2013;24:135-44
**17.** Vahdaninia M, GOSHTASBI A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study 2005;4:135-44
**18.** Litwin H. Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. Social Science & Medicine 1998;46:599-609
**19.** Cornwell B, Laumann EO. The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults. Social Science & Medicine 2015;125:94-106
**20.** Kazemi M, Bahrami B. The Role of Spiritual Belief and Islamic Practice in Improvement of Mental Health and Prevention of Mental Disorders. ZUMS Journal 2014;22:62-74
**21.** Alijani M. Relationship between religious identity and mental health among azad university students. Psychological Studies 2006; 2: 1-20
**22.** Shahnooshi M, Naji M. The effect of social networks on youth lifestyle in shahrekord. Nashnal Studies 2013;13:1-50

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

# ABSTRACT

## Association of social networks and health-related quality of life among adults

Ali Moradi [1], Ensiyeh Jamshidi [2*]

1. Asadabad Health and Treatment Network, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Community Based Participatory Research Center, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(2): 147-157
Accepted for publication: 18 February 2018
[EPub a head of print-28 February 2018]

**Objective (s):** In recent years, many studies have shown that social networks and health-related quality of life are highly related to each other. This study aimed to determine the relationship between social networks and health-related quality of life in adults in Tehran, Iran.
**Methods:** This cross-sectional study was carried out in Tehran, Iran, in 2016. Study population included all people over 25 years old living in Tehran. Cluster sampling method was used to select 1900 samples. Social Network Index (SNI) was applied to determine the degree of participation in social networks and the Short Form Health Survey (SF-36) was used for assessing the health-related quality of life. Descriptive and inferential statistics were used for analyzing data. Multilevel analysis was applied to determine the association between social networks and health-related quality of life.
**Results:** Out of 1,900 study participants, 979 (51.5 %) were male and 921 (48.5 %) were female. The mean age (± SD) of participants was 41.2±13.1 years. The results of principal components analysis showed that 904 participants (47.6 %) reported good, 660 (34.7 %) fair and 336 (17.7 %) poor health. From all participants, 336(17.7 %) had a strong, 945(7/49 %) moderate and 619 (32.6 %) had a poor participation in social networks. Statistical tests showed that the differences in health in various groups in terms of participation in social networks was significant (P <0.0001). Also, the association among marital status (P <0.0001), visiting relatives (P <0.0001) and friends (P = 0.01), membership in religious groups (P = 0.01), virtual social networks (P = 0.01), age (P <0.0001), sex (P = 0.03), family size (P <0.0001) and health-related quality of life was statistically significant.
**Conclusion:** The study showed that participation in social networks and increasing communication among relatives and friends increases the quality of life.

**Key Words:** Social networking, Health, Quality of life, Adults

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.4.0 ]

[*] Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran
E-mail: ensiyeh_jamshidi@yahoo.com