

سنجش میزان تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر رفتارهای سلامت محور بین شهروندان شهر ارومیه

محمد عباسزاده^۱

محمدباقر علیزاده اقدم^۲

نوشین رحیمی دهگلان^۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۱۹

چکیده

روش زندگی سلامت - محور پدیده‌های چندعلتی، چندبعدی و چنددلالتی است که به الگوهای رفتار جمعی مربوط می‌شود؛ مسائلی که تهدیدکننده سلامت افراد است و بدین ترتیب قصد دارد سلامت افراد را تضمین کند. از دیدگاه کاکرهام، روش زندگی سلامت محور با مفهوم انتخاب تحقق می‌یابد، اما انتخابی که در درون ساختار اجتماعی رخ می‌دهد؛ هر ساختار اجتماعی نیز محدودیت‌هایی را بر آن اعمال می‌کند. این پژوهش نیز با هدف شناسایی برخی عوامل مؤثر بر رفتار سلامت، با روش پیمایشی نگاشته شده است. براساس بررسی یک نمونه ۴۸۶ نفری از شهروندان بالای ۲۰ سال ساکن شهر ارومیه با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، همبستگی بین متغیرهای سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی با متغیر رفتار سلامت معنادار بوده است. همچنین براساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون، نزدیک به ۱۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته رفتار سلامت با متغیرهای مستقل موجود تبیین شده است که در این میان متغیر سرمایه فرهنگی با بنای ۰/۲۹۱ بیشتر از سایر متغیرهای مستقل بر رفتار سلامت شهروندان تأثیر گذاشته است.

واژه‌های کلیدی: خودکنترلی، رفتار سلامت- محور، سرمایه فرهنگی، سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی.

۱. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)، m-abbaszadeh@tabrizu.ac.ir

۲. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز، m.alizadeh@tabrizu.ac.ir

۳. کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، nushin_rahimi@yahoo.com

مقدمه

ضعف الگوی پزشکی- زیستی در درمان علل بیماری‌های مزمن جدید و مقاومت عوامل مضر برای سلامتی، تغییر در ماهیت و الگوهای بیماری مدرن و نیز پذیرش واقعیت ناتوانی پزشک از دادن پاسخی خودکار در مقابل تهدید ما نسبت به تندرستی، سبب شد که محققان و سیاست‌گذاران بهداشتی، به عوامل رفتاری همچون رفتار سلامتی و سبک زندگی سلامت‌محور بیشتر توجه کنند. از دیدگاه محققان، زمانی که عوامل مضر در محیط مقاومت می‌کنند و پزشک قادر به درمان نیست، نظارت و کنترل مجموعه‌ای از رفتارهای شخصی مؤثر بر سلامتی، تنها گزینه باقیمانده تلقی می‌شود (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۴۳).

همچنین توجه به عوامل رفتاری و تغییر روش زندگی، راهی کارآمدتر و کم‌هزینه‌تر است. به جز نقص الگوی پزشکی- زیستی در پرداختن به بیماری‌های این دوران، جنبه پزشکی و نیز صرفه‌جویی اقتصادی برنامه‌های اصلاح رفتاری منجر شده است که برخی از محققان دلایل دیگری برای توجه به رفتارهای سلامتی بیان کنند. برای نمونه کوهن، برونل و فلیکس^۱ (۱۹۹۰)، به تأثیر رفتار سلامتی نامناسب پرداخته‌اند. آنها بر این باورند که توجه به رفتارهای نامناسب سلامتی، نه تنها به سبب عامل ابتلا به بیماری اهمیت دارند، بلکه بابت تبدیل شدن به عادت‌های نامناسب سلامتی نیز اهمیت دارند. آنها عادت‌های سلامتی را عبارت از رفتارهای مرتبط با سلامتی تعریف می‌کنند که به‌طور دقیق تثبیت شده و اغلب بدون آگاهی و خودبه‌خود انجام می‌شوند. عادت‌هایی مانند بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن و برخورداری از رژیم غذایی سالم، نمونه‌هایی از این نوع رفتار هستند (همان: ۲۴۶).

کاکرهام^۲ در سال ۱۹۹۷، پژوهش در خصوص روش‌های زندگی سالم را ضروری دانست، ولی به اعتقاد او، اندازه‌گیری و تحلیل‌ها، نباید در سطح فردی متوقف شود، بلکه می‌بایست با در نظر گرفتن الگوهای جمعی رفتار مرتبط با سلامت گسترش یابد که از روش‌های زندگی سالم هستند (شوستر و همکاران، ۲۰۴: ۳۵۱). از دیدگاه او فعالیت‌هایی مانند مصرف نکردن نوشیدنی‌های الکلی، سیگار نکشیدن، بستن کمربند ایمنی و... ممکن است موقعیت زندگی انسان را تقویت کند (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰۵).

1. Cohen, R. Y., Brownell, K. D., and Felix, M. R. j.
2. Cockerham

امروزه بیشتر پژوهش‌ها، به روش‌های زندگی مرتبط با سلامت، اندازه‌گیری آنها و بررسی عوامل مؤثر اجتماعی - اقتصادی و اجتماعی - فرهنگی اختصاص یافته است (کاکرهام، ۲۰۰۱: ۲۹۱). گرچه در جامعه جهانی، بررسی رفتارهای افراد جامعه به‌ویژه رفتارهای سلامتی و روش زندگی آنان ضروری است، به این موضوع در جامعه ما بی‌توجهی شده است (کورتیس، ۱۳۸۵: ۱۰۸). رفتارهای سلامت منفی بر روش زندگی افراد و عواقب و نتایج سلامتی آنها تأثیر می‌گذارد (تاکر، ۲۰۰۹: ۱۹).

به عقیده کانل و ایگر^۱ (۱۹۸۶)، پیشگیری از ۲۵ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان و شمار زیادی از مرگ‌های ناشی از حمله‌های قلبی فقط با اصلاح یک رفتار (مانند سیگار نکشیدن) امکان‌پذیر است. علاوه بر این کاهش فقط ۱۰ درصد وزن بدن، بین مردان ۳۵ تا ۵۵ ساله، نزدیک به ۲۵ درصد بیماری عروقی کرونری را کاهش خواهد داد (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۴۴).

یکی از پرسش‌های مورد بحث در بررسی رفتارهای مرتبط با سلامتی، این است که چه عواملی منجر به برخورداری برخی افراد از رفتارهای مناسب و شرایط زندگی سالم می‌شود، در حالی که برخی افراد دیگر، با رفتارهای مضر و نامناسب، شرایط زندگی ناسالم و مستعد بیماری دارند.

در شهر ارومیه به سبب گوناگونی محیط اجتماعی (وجود قومیت‌ها، ادیان و مذاهب گوناگون)، مرزی بودن آن و وجود کالاهای متنوع، مصرف نوشیدنی‌های الکلی و دخانیات یک رویه رفتاری پذیرفته‌شده و رژیم غذایی سرشار از چربی، احتمال بروز روش زندگی ناسالم بسیار زیاد است. اکنون پرسش اساسی این است که وضعیت رفتارهای سلامت بین شهروندان ارومیه چگونه است و دوم اینکه سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی چه ارتباطی با رفتار سلامت آنها دارد؟ این پژوهش می‌کوشد با مرور رویکردهای نظری، تجربی و آزمون ارتباط بین متغیرهای نامبرده، پاسخ علمی مناسب ارائه کند.

پیشینه تجربی

اصولاً علم در خلأ رشد نمی‌کند و پژوهش‌های علمی پیشین، زمینه‌ساز و بستر توسعه تحقیقات آینده است. از این رو با توجه به اهداف پژوهش و با در نظر گرفتن مفهوم رفتار سلامت، نتیجه برخی از پژوهش‌های داخلی و خارجی ارائه می‌شود.

1. Kannel, W.B, and Eaker, E. D.

قاسمی و همکارانش (۱۳۸۷) پژوهشی در زمینه عوامل ساختاری و سرمایه‌ای مؤثر بر روش زندگی سلامت - محور بین شهروندان تبریز انجام دادند. در این پژوهش پیمایشی پس از جمع‌آوری پاسخ‌ها، نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل آماری شد. براساس یافته‌های این پژوهش، اشکال سرمایه انسانی با سبک زندگی سلامت - محور ارتباط مستقیم و معناداری داشتند.

صدیقی و همکارانش (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی با موضوع "چه کسانی بیشتر به تغذیه خود اهمیت می‌دهند" میزان توجه مردم ایران را به تغذیه خود و ارتباط آن با سایر شاخص‌های روش زندگی بررسی کردند. بر مبنای نتایج این پژوهش که بر روی نمونه‌ای ۲۴۰۰۰ نفری از جمعیت ۱۸-۶۵ ساله ایران انجام گرفت، ۲/۸ درصد از جمعیت کشور هرگز به تغذیه خود توجه نمی‌کنند، ۹/۳ درصد کم و بسیار کم، ۳۴/۹ درصد به اندازه متوسط، ۳۹/۳ درصد به اندازه زیاد و ۱۳/۴ درصد به اندازه خیلی زیاد به تغذیه خود توجه می‌کنند. همچنین نتایج نشان داد با افزایش توجه به تغذیه، افراد از دخانیات کمتری استفاده کرده و میزان ورزش کردن و نشاط آنها افزایش می‌یابد. همچنین افرادی که امتیاز شاخص‌های روش زندگی در آنها بالاتر است، بیشتر به سلامتی خود اهمیت می‌دهند و خود را سالم‌تر می‌دانند.

پترسون^۱ (۱۹۹۴) با یک گونه‌شناسی^۲ هفت‌دسته‌ای نشان داد که گروه‌بندی افراد از روی شباهت‌های رفتار سلامتی‌شان امکان‌پذیر است. براساس نتایج اکثر افراد، الگوهای رفتار سلامتی چندوجهی دارند که نه کاملاً سالم و نه کاملاً لذت‌جویانه و ناسالم است (شوستر و همکاران، ۲۰۴: ۳۵۲).

چارلوت و پاتریسیا^۳ پژوهشی توصیفی با عنوان رفتار سلامت در بزرگسالان (۱۸ سال به بالا) ایالات متحده در مدت سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۷ انجام دادند و پرسش‌هایی در خصوص رواج رفتارهای سلامت (از جمله مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، فعالیت‌های ورزشی در زمان فراغت، وضعیت وزن بدن و ساعت‌های خواب) به‌طور تصادفی با مصاحبه از جمعیت نمونه پرسیدند و به این نتیجه رسیدند که در مجموع ۶۱/۲ درصد از جمعیت بزرگسال سیگار می‌کشیدند، نزدیک به ۶ نفر از هر ۱۰ نفر بزرگسال هنگام فراغت‌شان ورزش می‌کردند؛ از بین

1. Patterson

2. Typology

3. Charlotte A.Schoenborn, M.P.H., and Patricia F.Adams

آنها ۳ نفر از هر ۱۰ نفر به‌طور مرتب ورزش می‌کردند، نزدیک به ۶۰ درصد بزرگسالان اضافه وزن داشتند و حدود ۶ نفر از هر ۱۰ بزرگسال، ۷ تا ۸ ساعت در شبانه روز می‌خوابیدند.

شواهدی از منابع مختلف (بلاکستر، ۱۹۹۰؛ تاونزند، ۱۹۸۸) نشان می‌دهد که الگوهای رفتاری مربوط به سلامت به وسیله ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی همچون طبقه اجتماعی، سن، جنسیت و زمینه‌های آموزشی گروه‌ها متمایز می‌شوند. برای نمونه بلاکستر نشان می‌دهد که افراد سیگاری، الکلی و با رژیم غذایی نامناسب و ورزش کم، به احتمال زیاد مردان، کارگران ساده بی‌مهارت، جوانان بی‌کار و سالخوردگان تنها هستند (قاسمی، ۱۳۸۷: ۱۹۲).

در پژوهشی با عنوان "اهمیت عادت‌های سلامتی مناسب در حفظ سلامتی"، بلاک و برسلاو^۱ (۱۹۷۲)، بر روی ۷۰۰۰ نفر از ساکنان آلامدا^۲ در کالیفرنیا بررسی کردند. آنان کار خود را با تعریف هفت عادت مهم مربوط به سلامت شروع کردند: ۷-۸ ساعت خواب در شب، سیگار نکشیدن، هر روز صبحانه خوردن، نوشیدن الکل بیشتر از یک یا دو بار در روز، انجام منظم ورزش، نخوردن میان وعده‌های غذایی و نداشتن بیش از ۱۰ درصد اضافه وزن. آنان به این نتیجه رسیدند که هر چه افراد عادت‌های سلامت مناسب بیشتری داشتند، کمتر بیمار شده بودند، و احساس بهتری داشتند؛ ناتوانی و ضعف کمتری تجربه کرده بودند و آنها پس از ۹/۵ سال تعقیب پاسخگویان، دریافتند که میزان مرگ‌ومیر برای مردان و زنانی که ۷ عادت سلامتی را داشتند، به‌طور چشمگیری در مقایسه با دیگران پایین‌تر بود (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۴۶).

فوجیوارا و کاواچی در سال ۲۰۰۷ پژوهشی ملی با عنوان "سرمایه اجتماعی و سلامت در میان دوقلوهای بزرگسال ایالات متحده آمریکا" انجام دادند. به اعتقاد آنان بیشتر پژوهش‌های تجربی نشان‌دهنده ارتباط بین سرمایه اجتماعی با نتایج سلامت جسمی، روحی و رفتارهای سلامت است. آزمون وضعیت سلامت بین جفت‌های دوقلو با سطح سرمایه اجتماعی نابرابر انجام شد. براساس یافته‌های آنان، وضعیت سلامت جسمی دوقلوه‌ها با عواملی همچون شخصیت یا محیط دوران کودکی آنان تبیین نشد بلکه عوامل مهمی مانند اعتماد اجتماعی، احساس تعلق و مشارکت اجتماعی هر یک به‌طور مستقیم و معنادار با نتایج سلامت دوقلوهای بزرگسال ارتباط داشتند (فوجی وارا، تاکه او و کاواچی، ۲۰۰۸).

1. Billoc ,N.D., and Breslow,L.

2. Alameda

ویلیام کاکرهام پژوهشی دیگر در زمینه روش‌های زندگی سالم در روسیه (۲۰۰۰) انجام داد. به عقیده او مصرف زیاد الکل یا سیگار، مصرف مواد غذایی پرچرب و فقدان زمان فراغت برای ورزش کردن، دلایل مهمی در توجیه میزان بالای امراض قلبی و مرگ‌ومیرهای زود هنگام هستند. این وضعیت مخصوصاً در مردان طبقه کارگر میانسال بیش از سایر افراد جامعه رایج است. به نظر او هنجارهای گروهی و اجتماعی و اعمال روزمره بر طول عمر افراد مؤثر است. بر مبنای پیشینه تجربی پژوهش، هرچند افراد در نقش کنشگران فعال اجتماعی در انتخاب رفتارهای سالم اختیار دارند و روش زندگی سلامت محورشان بر اساس رفتارهای شخصی آنان مشخص می‌شود؛ ولی همین رفتارهای فردی از سوی عوامل مؤثر و ساختارهای اجتماعی از جمله سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی، طبقه اجتماعی مشخص می‌شود.

پیشینه نظری

در تعریفی ساده، رفتارهای سلامتی عبارت است از رفتارهایی که افراد برای حفظ یا بهبود سلامتی انجام می‌دهند.

در تعریفی گسترده‌تر، پارکرسون و دیگران^۱ (۱۹۹۳) رفتار سلامتی را عبارت از کنش‌های افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها و همچنین عوامل مؤثر بر آنها، روابط و برآیندها، از جمله تغییر اجتماعی، توسعه و اجرای سیاست‌ها، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش کیفیت زندگی تعریف کرده‌اند. تعریف پارکرسون و دیگران مشابه تعریف گاچمن^۲ (۱۹۹۷) است؛ به عقیده گاچمن، رفتار سلامتی نه تنها اقدام‌ها و کنش‌های آشکار، بلکه وقایع ذهنی و حالت‌های احساسی و عاطفی را نیز دربرمی‌گیرد که ثبت‌شدنی و گزارش‌پذیرند. وی رفتار سلامتی را این‌گونه تعریف می‌کند: "آن دسته از ویژگی‌های شخصی مانند باورها، انتظارات، ارزش‌ها، انگیزه‌ها، ادراک و سایر عناصر شناختی و ویژگی‌های شخصیتی مانند حالت‌ها و خصیصه‌های عاطفی و هیجانی، الگوهای رفتاری آشکار، کنش‌ها و عاداتی که به حفظ، بازگشت و بهبود سلامتی مربوط می‌شوند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۴۵).

شرلی^۳ و همکارانش نیز در پژوهش خود بیان کرده‌اند که رفتار سلامت تعاریف بسیاری دارد، از جمله:

1. Parkerson, G., and others
2. Gochman, D.S.
3. Shirley cloutlerLaffrey

- استفاده از خدمات مراقبت سلامتی؛
- پذیرش رژیم‌های غذایی تجویزی پزشکی؛
- فعالیت‌های روزمره زندگی یک فرد مانند خوردن و خوابیدن؛
- فعالیت‌هایی برای پیشگیری از بیماری؛
- فعالیت‌های انجام‌شده برای دستیابی به سطح بالایی از سلامتی (شیرلی و همکاران، ۱۹۸۶:۹۲).

با توجه به تعاریف بالا، رفتار سلامتی شامل رفتارهای مناسب یا نامناسبی است که سبب حفظ سلامتی می‌شود یا برعکس، فرد یا گروهی را در معرض بیماری قرار می‌دهد. بنابراین عوامل رفتاری خطرزا در خصوص بیماری‌های عفونی و واگیردار، مانند عادات‌های بهداشتی نامناسب و رفتارهای جنسی پرخطر، و در ارتباط با شرایط مزمن مانند مصرف سیگار، الکل، اعتیاد و رژیم‌های غذایی و همین‌طور عادات‌هایی که سلامتی را تقویت می‌کند، مانند ورزش و رژیم غذایی مناسب، از جمله رفتارهای سلامتی به‌شمار می‌روند.

مفهوم دیگر که گاه معادل مفهوم رفتار سلامتی به‌کار می‌رود، "سبک زندگی سلامت - محور"^۱ است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۴۸). روش زندگی مجموعه‌ای نسبتاً منسجم از همه رفتارها و فعالیت‌های یک فرد معین در زندگی روزمره است (جوانمرد، ۲۰۸: ۱۳۸۹). به عقیده ماکس وبر، روش‌های زندگی سلامت - محور، الگوهای جمعی از رفتار مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخاب‌هایی متکی هستند که براساس فرصت‌های زندگی در دسترس مردم است. این فرصت‌ها عبارتند از: طبقه، سن، جنس، قومیت و دیگر متغیرهای ساختاری مناسب که انتخاب‌های روش زندگی را شکل می‌دهند. برخی از این انتخاب‌ها عبارتند از تصمیم درباره سیگار کشیدن، مصرف الکل، رژیم غذایی، ورزش و... رفتارهای ناشی از کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌ها، ممکن است نتایج بهداشتی مثبت یا منفی داشته باشند (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۶۷).

به عقیده بوردیو موقعیت عامل در فضای اجتماعی، به حجم و اندازه سرمایه (سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) بستگی دارد، یعنی با افزایش سرمایه فرد، در فضای اجتماعی موقعیت بالاتری خواهد داشت و این خود بر رفتار و روش زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۸۸). همچنین از دیدگاه وی، دسترسی به سرمایه اجتماعی برای بیشتر

مردم، به اندازه‌های بیشتر سرمایه اقتصادی و فرهنگی بستگی دارد که به آنها در دستیابی به آگاهی و روابط بیشتر کمک می‌کند. در دیدگاه بوردیو، پیوندهای بادوام و متراکم برای سرمایه اجتماعی حیاتی هستند؛ زیرا اندازه سرمایه اجتماعی هر فرد، به تعداد روابط و اندازه سرمایه تملک‌شده به واسطه هر رابطه بستگی دارد (فیلد، ۱۳۸۵).

عادت‌واره^۱ از دیدگاه بوردیو به مجموعه‌ای از توانایی‌ها گفته می‌شود که فرد در دوره زندگی خود، آنها را درونی کرده و در حقیقت به طبیعت ثانویه‌ای برای خویش تبدیل می‌کند؛ به گونه‌ای که فرد بی‌آنکه لزوماً آگاه باشد، براساس آنها رفتار می‌کند (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۸۸). به عقیده او، روش زندگی متأثر از نفوذ قوی ساختار (فرصت‌های زندگی) بر عادت‌واره است که انتخاب‌های زندگی از آن برگرفته می‌شوند. انتخاب و مشارکت در یک روش زندگی ویژه، متأثر از فرصت‌های زندگی است (همان چیزی که وبر به آن اشاره کرده بود) (ویلیامز، ۱۹۹۵: ۵۲۵).

کاکرهم^۲ از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر نیز معتقد است روش زندگی سالم، مجموعه انتخاب‌هایی است که فرد بنابر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند و این انتخاب‌ها برآمده از موقعیت ساختاری و فردی هستند (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۸۹). در تعریف کاکرهم از روش زندگی سالم، شاهد ترکیب دو مفهوم: انتخاب و موقعیت هستیم. از نظر او روش زندگی سالم، انتخاب مجموعه‌ای از فعالیت‌های مثبت هماهنگ با موقعیت زندگی افراد است و با اینکه روش‌های زندگی سالم، از انتخاب‌های افراد ناشی می‌شوند، آن انتخاب‌ها با استفاده از منابع اقتصادی-اجتماعی، شرایط اجتماعی و مفاهیم فرهنگی شکل می‌گیرند (جارون و پاتریک، ۲۰۱۱: ۱۹۸). به عقیده او، روش‌های زندگی منفی (پرخطر) مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل، استفاده از غذاهای پرکالری، نبستن کمربند ایمنی و... باعث افزایش بیماری و مرگ می‌شود. در حقیقت انتخاب رفتارهای پرخطر را نیز می‌بایست در موقعیت ساختاری آن بررسی کرد و اینکه رفتارهای پرخطر، بازتاب موقعیت طبقاتی در ساختار اجتماعی است (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۰۹).

کاکرهم با به‌کارگیری چارچوب نظریه بوردیو نشان می‌دهد که روش‌های زندگی منفی در نقش اجبارهای اجتماعی اولیه، اواخر قرن بیستم در روسیه و اروپای شرقی باعث کاهش امید به

1. Habitus
2. Cockerham

زندگی شد. افراد میانسال و مردان طبقه کارگر بیشتر در معرض کاهش طول عمر بودند. شرایط زندگی این مردان و موقعیت نسبتاً پایین و ضعیف آنان در ساخت اجتماعی، عادت‌ها را پرورش می‌داد که مبتنی بر انجام رفتارهای پرخطر و ناسالم بود (مصرف زیاد نوشیدنی‌های الکلی، سیگارکشیدن، بی‌توجهی به رژیم غذایی و ورزش نکردن). این روش زندگی سبب افزایش بیماری‌های قلبی، تصادف‌ها و دیگر مشکلات بهداشتی می‌شد که در نهایت کوتاه شدن عمر را در پی داشتند. رفتارهای نامبرده، هنجارهای شکل گرفته به واسطه تعامل گروهی بودند که با فرصت‌های در اختیار افراد گروه شکل گرفته و به وسیله ساختار ذهنی، درونی شده بودند. ساخت زندگی روزانه علاوه بر محدود کردن انتخاب‌های سلامتی مرتبط، آن را به سوی روش‌هایی از زندگی سوق می‌دهد که مرگ‌های نابهنگام از نتایج آن است (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۷۲).

یکی از مفاهیم مرتبط با رفتار سلامت، مفهوم سرمایه‌های انسانی (سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی) است.

در یکی از نخستین آثار مربوط به سرمایه اجتماعی^۱، پیر بوردیو^۲ (۱۹۸۶) سرمایه اجتماعی را منبعی تعریف می‌کند که افراد با عضویت در شبکه‌های اجتماعی به دست می‌آورند. از سوی دیگر، روبرت پوتنام^۳ (۱۹۹۵) سرمایه اجتماعی را یک منبع سطح اجتماعی و کالای همگانی می‌پندارد با ویژگی‌های سازمان اجتماعی مانند شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اجتماعی که همکاری و هماهنگی را در راستای منافع متقابل آسان می‌کند (پاتنام، ۱۹۹۶).

کاواچی و برکمن^۴ (۲۰۰۰) سازوکارهایی را برمی‌شمارند که با آن سرمایه اجتماعی بر سلامتی اثر می‌گذارد. نخست، سرمایه اجتماعی با تقویت انتشار سریع اطلاعات مرتبط با سلامت و افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتار سالم و نیز کنترل و نظارت بر رفتارهای مضر، بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. دوم، سرمایه اجتماعی با افزایش دستیابی به خدمات و تسهیلات، بر سلامتی تأثیر خواهد گذاشت. سرانجام سرمایه اجتماعی با تأمین حمایت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل، سلامتی افراد را تقویت خواهد کرد (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۶۵). بر این اساس، برخی پژوهش‌ها سازوکارهایی را بررسی کردند که روابط و پیوند اجتماعی،

1. Social capital
2. Pierre Bourdieu
3. Robert Putnam
4. Kawachi, I., and Berkman, L.

موجب تقویت رویه‌های مثبت سلامت می‌شوند. برای نمونه در پژوهشی، نشان داده شد که انسجام و یکپارچگی اجتماعی، آثار سودمند بر رفتارهای سلامت‌بخش مانند خواب را افزایش می‌دهد. بایس و همکاران^۱ (۱۹۸۹)، کیفیت و کمیت خواب افراد فاقد پیوند اجتماعی و افراد با پیوند اجتماعی را با استفاده از شاخص کمیت خواب پیتسبورگ^۲ (PSQI) بررسی کردند. آنها دریافتند که اگرچه مدت زمان خواب این دو گروه مشابه بود، اما افراد فاقد پیوند اجتماعی در مقایسه با افراد با پیوند اجتماعی، کیفیت خواب نامناسب‌تر، سکون^۳ خواب طولانی‌تر و اختلال^۴ روزانه بیشتری ناشی از خواب داشتند (بویس و همکاران، ۱۹۸۹).

سرمایه فرهنگی همچنین بر رفتار سلامت تأثیر می‌گذارد. سرمایه فرهنگی^۵ عبارت است از شناخت و ادراک فرهنگ و هنرهای متعالی، ذائقه خوب و شیوه‌های عمل متناسب (باینگانی و کاظمی، ۱۳۸۹: ۹). بورديو تأثیر سرمایه فرهنگی بر مصرف، فعالیت و روش زندگی فرهنگی افراد را با کمک نظریه تمایز بیان می‌کند. بر مبنای این نظریه، دارندگان سرمایه فرهنگی غنی، خود را با به‌کارگیری فرهنگ و هنر متعالی از بقیه متمایز می‌کنند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۱۰۱).

فرهنگ و سرمایه‌های فرهنگی فرد رفتارها، نگرش‌ها و اظهارنظرهای او را هدایت می‌کند و از سوی دیگر بر انتخاب‌های او در زندگی روزمره نقش اساسی دارد. مسلم است که امروزه، افراد سرمایه‌های مختلفی دارند که سرمایه فرهنگی، بیشترین تأثیر را بر افکار و رفتارهای آنها می‌گذارد و فضای زندگی آنها را شکل می‌دهد. بنابراین، نقش ساختارهای فرهنگی مرتبط با سرمایه فرهنگی، تأثیر بنیادی بر شخصیت و روش زندگی افراد دارد (جوانمرد، ۱۳۸۹: ۲۰۰). افراد و جوامع به مسائل سلامتی با روشی منطبق با فرهنگ، هنجارها و ارزش‌های خود گرایش دارند. گرچه وضعیت سلامتی در بسیاری از فرهنگ‌ها یک ارزش است، معمولاً تفاوت‌های فرهنگی در ارزیابی افراد از وضعیت سلامت خود و نیز راه ارزیابی این وضعیت وجود دارد (کاکرهام، ۲۰۰۱: ۲۹). براساس پژوهش‌ها ارزش‌های فرهنگی بر برخی رفتارها و عادت‌های سلامتی اثرگذارند؛ برای نمونه، دانووان، جسور و کاستا^۶ (۱۹۹۱) نشان دادند که در برخی از

-
1. Buysse, D. J., and et al
 2. Pittsburgh Sleep Quality Index
 3. Latency
 4. Dysfunction
 5. Cultural Capital
 6. Donovan, J. E., Jessor, R., and Costa, F. M., Distinction

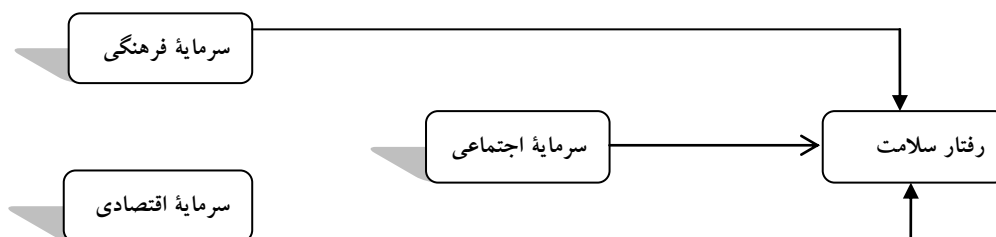
فرهنگ‌ها، یک گونه ورزش برای زنان مناسب و در فرهنگ دیگر همان ورزش نامناسب تلقی می‌شود (دونوان و همکاران، ۱۹۹۱).

سرمایه اقتصادی نیز مرتبط با رفتارهای سلامت است. سرمایه اقتصادی^۱ شامل درآمد و سایر منابع مالی است که در قالب مالکیت بروز می‌کند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۷).

افراد با خاستگاه‌های مختلف اجتماعی، از نظر رفتار و عادت‌های سلامتی تفاوت‌های اساسی با یکدیگر دارند. برای نمونه، افراد طبقه‌های پایین اجتماعی، بیشتر از سایر طبقه‌ها سیگار می‌کشند و کمتر در ورزش‌های سنگین مشارکت کرده و کمتر احساس توانایی در بهبود سلامتی خود دارند (مسعودنیا، ۲۶۶: ۱۳۸۹)؛ به گونه‌ای که براساس نتایج پژوهش‌های مارموت، بوث و برال^۲ (۱۹۸۱)، خوردن غذاهایی با قند بالا و فیبر پایین بین طبقه‌های اجتماعی IV (طبقه کارگر) و V (طبقه پایین)، در مقایسه با طبقه‌های I (طبقه بالا) و II (متوسط بالا) نقش مهمی بر افزایش آمار بیماری‌های قلبی و عروقی بین طبقه‌های کارگر دارند. مصرف الکل نیز با افت طبقه اجتماعی به ویژه میان مردان افزایش می‌یابد (همان: ۱۲۶).

در مجموع، براساس نظر وبر، بوردیو و کاکرهام، رفتار سلامت افراد و روش زندگی آنان متأثر از ساخت، موقعیت و شرایط اجتماعی و فرهنگی آنهاست. به عبارتی گرچه افراد در زمینه رفتارها و اعمال خود آزادند، ولی از سوی دیگر این آزادی به وسیله ساختارهای اجتماعی محدود می‌شوند. پیشینه‌های تجربی نیز همسو با تأیید این دیدگاه‌ها هستند.

الگوی نظری شماره ۱، برگرفته از چارچوب نظری و تجربی بیان شده، ارتباط بین متغیرها را بهتر نشان می‌دهد:



شکل ۱. الگوی نظری پژوهش

1. Economic Capital
2. Marmot, M., Booth, M. and Beral, V.

فرضیه‌های پژوهش

با توجه به مطالب بیان شده در چارچوب تئوری و پیشینه‌های تجربی، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر ارائه می‌شود:

فرضیه‌های اصلی

- سرمایه اجتماعی و رفتار سلامت پاسخگویان با هم ارتباط دارند.
- سرمایه فرهنگی و رفتار سلامت پاسخگویان با هم ارتباط دارند.
- سرمایه اقتصادی و رفتار سلامت پاسخگویان با هم ارتباط دارند.

فرضیه‌های اختصاصی

- بین حمایت اجتماعی و رفتار سلامت پاسخگویان ارتباط وجود دارد.
- بین روابط اجتماعی و رفتار سلامت پاسخگویان ارتباط وجود دارد.
- بین مشارکت اجتماعی و رفتار سلامت پاسخگویان ارتباط وجود دارد.
- بین اعتماد اجتماعی و رفتار سلامت پاسخگویان ارتباط وجود دارد.
- بین بُعد عینی سرمایه فرهنگی و رفتار سلامت پاسخگویان ارتباط وجود دارد.
- بین بُعد ذهنی سرمایه فرهنگی و رفتار سلامت پاسخگویان ارتباط وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

روش به‌کاررفته در این پژوهش براساس هدف آن، از نوع کاربردی و براساس شیوه گردآوری داده‌ها، پیمایشی است. همچنین از لحاظ میزان ژرفایی، پهنانگر بوده و با در نظر گرفتن معیار زمان، مقطعی است. جامعه آماری پژوهش، شهروندان بالای ۲۰ سال شهر ارومیه هستند که براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، ۳۷۶۵۸۴ نفر هستند؛ از این میان ۴۸۶ نفر با استفاده از فرمول کوکران، انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری پژوهش از گونه تصادفی بود؛ بدین صورت که از مناطق چهارگانه شهرداری شهر ارومیه به تناسب جمعیت آنها تصادفی نمونه‌ها را انتخاب کردند. جدول ۱، تعداد نمونه اختصاصی را به تفکیک مناطق نشان می‌دهد.

جدول ۱. تعداد نمونه‌های تخصیص یافته به نسبت مناطق شهرداری

مناطق شهرداری	جمعیت شهروندان بالای ۲۰ سال به تفکیک منطقه	تعداد نمونه اختصاصی
منطقه ۱	۱۱۶۳۵۱	۱۵۰
منطقه ۲	۸۷۴۴۴	۱۱۲
منطقه ۳	۱۰۱۵۲۵	۱۳۱
منطقه ۴	۷۱۲۳۴	۹۲
جمع کل	۳۷۶۵۸۴	۴۸۶

برای سنجش متغیر وابسته (رفتار سلامت) و همچنین متغیرهای مستقل سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی از پرسشنامه استفاده شده است. بدین صورت که برای سنجش متغیر رفتار سلامت از شاخص‌های خودکنترلی، ورزش، تغذیه سالم، خواب، رفتار درست در مقابل آفتاب، رفتار پیشگیرانه و مصرف نکردن مشروب و سیگار استفاده شد. برای سنجش متغیر سرمایه فرهنگی در قالب دو بُعد سرمایه فرهنگی ذهنی و سرمایه فرهنگی عینی، از معیارهای میزان علاقه و پرداختن به تماشای تلویزیون و اخبار روزانه، بازدید از مکان‌های تاریخی و باستانی، خریدن تابلوهای نقاشی و هنری، کار با کامپیوتر، خواندن روزنامه و... استفاده شده است. برای سنجش متغیر سرمایه اجتماعی معیارهایی در ارتباط با شاخص‌های حمایت اجتماعی (روی دیگران حساب کردن هنگام مشکلات، تلاش خانواده برای بهتر شدن سرنوشت فرد، دریافت حمایت‌های اخلاقی و عاطفی خانواده و...)، روابط اجتماعی (رفت و آمد خانوادگی با دوستان، رفت و آمد با فامیل‌های نزدیک، داشتن روابط خوب با مردم و...)، مشارکت اجتماعی (مشارکت در فعالیتهای مذهبی، نهادهای خیریه، انتخابات و...) و اعتماد اجتماعی (اعتماد به مطب‌های خصوصی، درمانگاه‌های دولتی، مراکز پخش دارو، وزارت بهداشت و...) استفاده شده است. همچنین متغیر سرمایه اقتصادی با معیارهایی در ارتباط با ارزش تقریبی ملک مسکونی یا تجاری، قیمت اتومبیل، طبقه اقتصادی دوستان و درآمد ماهیانه خانواده سنجیده شده است.

باید توجه کرد که همه شاخص‌های یادشده برای متغیرهای مستقل و وابسته در قالب معیارهایی در سطح سنجش رتبه‌ای بیان شده بود. کدهای اختصاص داده شده از یک تا شش و

نمره‌های همه معیارهای مرتبط با هر یک از سازه‌ها برای به دست آوردن شاخص مربوطه جمع شده‌اند. پس از این عملیات، سطح سنجش از رتبه‌ای به فاصله‌ای ارتقا یافت. برای ارزیابی اعتبار ابزار اندازه‌گیری، از اعتبار محتوایی استفاده شد؛ بدین معنا که برای ارزیابی اعتبار ابزار اندازه‌گیری از نظر افراد صاحب فن برای بررسی فضای مفهومی استفاده شده است. همچنین برای ارزیابی پایایی پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار ضرایب به دست آمده بیشتر از ۰/۷ بوده است که این امر نشان‌دهنده پایایی درونی معیارها در حد پذیرش بوده است. جدول ۲، ضریب آلفای به دست آمده برای هر یک از متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ضریب پایایی متغیرهای پژوهش

ضریب پایایی	متغیرهای پژوهش
۰/۸۹۱	رفتار سلامت
۰/۸۹۱	سرمایه اجتماعی
۰/۹۴۱	سرمایه فرهنگی
۰/۷۷۶	سرمایه اقتصادی

یافته‌های توصیفی پژوهش

توصیف عمومی پاسخگویان

از بین نمونه بررسی شده، ۵۰/۸ درصد را مردان و ۴۹/۲ درصد را زنان تشکیل می‌دهند، همچنین نزدیک به ۷۱/۶ درصد آنان، متأهل بودند. میانگین سنی افراد پاسخگو نزدیک به ۳۸/۵ سال بوده است. از جنبه تحصیلات، ۱۷/۳ درصد زیر دیپلم، ۲۷/۸ درصد دیپلم، ۲۰/۲ درصد مدرک فوق‌دیپلم، ۲۵/۷ درصد لیسانس و ۹/۱ درصد نیز مدرک فوق‌لیسانس و دکتری داشتند. از لحاظ شغلی، ۱۷/۱ درصد شاغل بخش دولتی، ۱۰/۳ درصد شاغل بخش خصوصی، ۲۶/۷ درصد شغل آزاد، ۱۱/۱ درصد بیکار، ۲۲/۲ درصد خانه‌دار و ۱۲/۶ درصد دانشجو و بازنشسته بودند. سایر نتایج اینکه ۶۷/۷ درصد پاسخگویان آذری، ۲۵/۱ درصد گُرد و ۶/۲ درصد آنها را فارس‌ها تشکیل می‌دهند.

الف) رفتار سلامت

برای سنجش متغیر رفتار سلامت از ۳۵ معیار در قالب دامنه لیکرت استفاده شده است. براساس نتایج میانگین به‌دست‌آمده برای همه ابعاد رفتار سلامت جز ورزش و رفتار مناسب در مقابل آفتاب، بالاتر از حد متوسط بوده است. در مجموع میانگین متغیر رفتار سلامت، با در نظر گرفتن بیشترین (۱۹۲) و کمترین (۶۵) اندازه این متغیر، بالاتر از حد متوسط بوده است، یعنی سطح رفتار سلامت بین پاسخگویان، بیشتر از حد متوسط برآورد شده است (جدول ۳).

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیر رفتار سلامت

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	بیشترین	کمترین	دامنه تغییرات	بی‌جواب	کل
خودکنترلی	۲۹/۴	۶/۳۹	-۰/۱۹۵	۷	۴۲	۳۵	۰	۴۸۶
ورزش	۱۵/۴۴	۵/۰۴	۰/۴	۵	۳۰	۲۵	۰	۴۸۶
تغذیه	۴۸/۵۲	۷/۲۷	۰/۱۳	۱۸	۶۹	۵۱	۱	۴۸۶
خواب	۱۲/۷۹	۲/۶۴	-۰/۱۷	۳	۱۸	۱۵	۰	۴۸۶
آفتاب	۶/۵۴	۲/۵	۰/۰۸	۲	۱۲	۱۰	۰	۴۸۶
رفتارهای پیشگیرانه	۱۴/۳۹	۲/۶۲	-۰/۶۶	۳	۱۸	۱۵	۰	۴۸۶
مصرف نکردن مشروب و سیگار	۱۰/۶۵	۲	-۱/۶۳	۲	۱۲	۱۰	۰	۴۸۶
رفتار سلامت	۱۳۷/۷۴	۱۸/۵۹	۰/۲۹	۶۵	۱۹۲	۱۲۷	۱	۴۸۵

ب) سرمایه اجتماعی

برای سنجش سازه سرمایه اجتماعی، از ۳۵ معیار در قالب چهار بُعد حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی، مشارکت اجتماعی و اعتماد اجتماعی طراحی شده در دامنه استفاده شد. نتایج نشان داد میانگین بُعد حمایت اجتماعی بین پاسخگویان با بیشترین مقدار ۲۲ و کمترین ۶۶، تقریباً نزدیک به متوسط بوده است. میزان روابط اجتماعی پاسخگویان با میانگین ۲۵/۶۷، با توجه به بیشترین مقدار ۳۶ و کمترین ۱۲ تقریباً متوسط رو به بالا قرار دارد؛ میانگین متغیر مشارکت اجتماعی با توجه به بیشترین ۴۸ و کمترین ۸، به اندازه متوسط رو به پایین قرار دارد؛ میانگین متغیر اعتماد

اجتماعی (۳۵/۶۹) با توجه به بیشترین مقدار اعتماد (۵۴) و کمترین آن (۱۱)، متوسط رو به بالا قرار دارد. در مجموع میانگین سرمایه اجتماعی کل بین آزمودنی‌ها، در حد متوسط رو به بالاست یعنی سطح سرمایه اجتماعی آنها در حد مناسب است (جدول ۴).

جدول ۴. آماره‌های توصیفی متغیر سرمایه اجتماعی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	بیشترین	کمترین	دامنه تغییرات	کل
حمایت اجتماعی	۴۳/۸	۷/۳۸	۰/۱۵	۶۶	۲۲	۴۴	۴۸۶
روابط اجتماعی	۲۵/۶۷	۴/۰۴	-۰/۰۵	۳۶	۱۲	۲۴	۴۸۶
مشارکت اجتماعی	۲۶/۴	۷/۹۸	۰/۱۶	۴۸	۸	۴۰	۴۸۶
اعتماد اجتماعی	۳۵/۶۹	۷/۶۵	۰/۱۹	۵۴	۱۱	۴۳	۴۸۶
سرمایه اجتماعی	۱۳۱/۵۸	۱۸/۱۳	۰/۴۸	۱۹۳	۶۵	۱۲۸	۴۸۶

ج) سرمایه فرهنگی

برای سنجش متغیر سرمایه فرهنگی از ۳۲ معیار در قالب دو بُعد سرمایه فرهنگی عینی و ذهنی طراحی شده در دامنه لیکرت استفاده شده است.

میانگین ابعاد سرمایه فرهنگی (عینی و ذهنی) بین پاسخگویان به ترتیب ۳۹/۲۲ و ۴۶/۴۸ است. کمترین میزان بُعد عینی بین پاسخگویان ۱۶ و بیشترین اندازه آن ۸۷ است. کمترین اندازه بُعد ذهنی ۱۷ و بیشترین میزان آن ۹۵ است. در حالت کلی سطح سرمایه فرهنگی و ابعاد آن بین پاسخگویان، متوسط رو به پایین قرار دارد (جدول ۵).

جدول ۵. آماره‌های توصیفی متغیر سرمایه فرهنگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	بیشترین	کمترین	دامنه تغییرات	بی‌جواب	کل
بُعد عینی	۳۹/۲۲	۱۳/۹۴	۰/۷۶	۸۷	۱۶	۷۱	۰	۴۸۶
بُعد ذهنی	۴۶/۴۸	۱۴/۵۶	۰/۶۷	۹۵	۱۷	۷۸	۱	۴۸۵
سرمایه فرهنگی	۸۵/۷۳	۲۶/۴۱	۰/۷۴	۱۷۶	۳۶	۱۴۰	۱	۴۸۵

د) سرمایه اقتصادی

برای برآورد متغیر سرمایه اقتصادی نیز از پنج معیار در قالب دامنه لیکرت استفاده شده است. نتایج نشان داد که میانگین سرمایه اقتصادی بین پاسخگویان ۱۷/۳۱ است. کمترین میزان سرمایه اقتصادی ۶ و بیشترین میزان آن ۳۰ است. در مجموع میزان سرمایه اقتصادی پاسخگویان در حد متوسط رو به پایین است (جدول ۶).

جدول ۶. آماره‌های توصیفی متغیر سرمایه اقتصادی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	بیشترین	کمترین	دامنه تغییرات	کل
سرمایه اقتصادی	۱۷/۳۱	۴/۸	۰/۳۳	۳۰	۶	۲۴	۴۸۶

یافته‌های استنباطی پژوهش

برای سنجش همبستگی بین متغیرهای مستقل پژوهش با متغیر وابسته از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است؛ نتایج حاکی از آن است که:

- همبستگی بین متغیر رفتار سلامت با متغیر سرمایه اجتماعی و همه ابعاد آن با سطح اطمینان ۰/۹۹ درصد و سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱، تأیید شد؛ نوع رابطه مثبت و شدت همبستگی متوسط برآورد شد. بدین معنا که هرچه میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد آن بین پاسخگویان افزایش یابد، میزان رفتار سلامت آنها نیز افزایش می‌یابد و برعکس.

- متغیر رفتار سلامت با متغیر سرمایه فرهنگی شدت ارتباط ۰/۴۱۴ دارد. شدت ارتباط رفتار سلامت با ابعاد سرمایه فرهنگی (عینی و ذهنی) نیز به ترتیب ۰/۳۹۱ و ۰/۳۷۷ است. این روابط با سطح اطمینان ۰/۹۹ درصد و سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱، معنادار است و سمت‌وسوی آنها مستقیم است، یعنی با افزایش سرمایه فرهنگی و ابعاد آن، اندازه رفتار سلامت پاسخگویان افزایش می‌یابد و برعکس.

- همچنین با سطح اطمینان ۰/۹۹ درصد و سطح خطای کمتر از ۰/۰۱، متغیر رفتار سلامت با متغیر سرمایه اقتصادی ارتباط معنادار دارد. اندازه شدت این ارتباط ۰/۳۶۱ است که با شدت متوسط و سمت‌وسوی مستقیم ارتباط دارد؛ یعنی با افزایش سرمایه اقتصادی پاسخگویان، میزان رفتار سلامت آنها نیز افزایش می‌یابد و برعکس (جدول ۷).

جدول ۷. آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته (رفتار سلامت)

متغیرها	شدت همبستگی
حمایت اجتماعی و رفتار سلامت	۰/۳۷۹
روابط اجتماعی و رفتار سلامت	۰/۲۲۱
مشارکت اجتماعی و رفتار سلامت	۰/۳۵۴
اعتماد اجتماعی و رفتار سلامت	۰/۱۵۳
سرمایه اجتماعی کل و رفتار سلامت	۰/۴۲۳
سرمایه فرهنگی عینی و رفتار سلامت	۰/۳۹۱
سرمایه فرهنگی ذهنی و رفتار سلامت	۰/۳۷۷
سرمایه فرهنگی کل و رفتار سلامت	۰/۴۱۴
سرمایه اقتصادی و رفتار سلامت	۰/۳۷۹

تحلیل‌های چندمتغیره

نتایج تحلیل رگرسیون خطی گام به گام رفتار سلامت پاسخگویان نشان داد که در برازش رفتار سلامت، هر سه متغیر سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی مؤثر بوده‌اند. بدین صورت که متغیرهای نامبرده ۱۶ درصد از تغییرهای متغیر رفتار سلامت را تبیین کردند. سایر تغییرها ناشی از عواملی هستند که به آنها پرداخته نشده است. همچنین براساس بررسی آثار بتاهای الگوی رگرسیونی، مهمترین و مؤثرترین عامل بین عوامل دیگر بر رفتار سلامت، سرمایه فرهنگی است؛ زیرا سرمایه فرهنگی بیشترین تأثیر را بر افکار و رفتارهای افراد داشته و فضای زندگی آنها را تشکیل می‌دهد. سرمایه اجتماعی و سرمایه اقتصادی، به ترتیب از جمله عوامل مهم و مؤثر دیگر بر رفتار سلامت پاسخگویان بودند. جدول ۸ نشان‌دهنده این موضوع است.

جدول ۸. آماره‌های تحلیل رگرسیون چندمتغیره رفتار سلامت محور

متغیر	بتا	آنالیز واریانس		سطح معناداری
		F	سطح معناداری	
سرمایه فرهنگی	۰/۲۹۱	۰/۰۰۰	۰/۴۰۵	ضریب همبستگی چندگانه
سرمایه اجتماعی	۰/۲۶۸	۴۷/۴۱۷	۰/۰۰۰	ضریب تبیین
سرمایه اقتصادی	۰/۲۱۷		۰/۱۶۱	ضریب تبیین اصلاح شده
			۱/۶۶	کمیت دوربین واتسون

جمع‌بندی

براساس پژوهش‌های جدید، محیط اجتماعی بر رواج رفتارهای سلامتی در جوامع گوناگون مؤثر است. در جامعه‌ای مانند ایران با نداشتن رژیم غذایی مناسب و همچنین پذیرش رویه رفتاری مصرف دخانیات در آن، احتمال بروز روش زندگی ناسالم بسیار بیشتر است. در شهر ارومیه نیز به دلایل مختلف از جمله نزدیکی به مرز و... زمینه بروز رفتارهای ناسالم امکان‌پذیر است و شاید به همین علت، شهروندان، انتخاب‌های اندکی درباره نوع غذای مصرفی و اعمال خود دارند. این پژوهش نیز با هدف بررسی تأثیر سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بر رفتار سلامت بین شهروندان شهر ارومیه نوشته شده است.

نتایج حاکی از آن بود که میانگین به‌دست‌آمده برای متغیر رفتار سلامت و سرمایه اجتماعی تقریباً بیشتر از متوسط بوده و میانگین سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی نزدیک به متوسط و متوسط رو به پایین قرار دارد. همچنین براساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، همه متغیرهای مستقل ارتباط معناداری با متغیر رفتار سلامت داشته‌اند. نتایج الگوی رگرسیونی و تحلیل مسیر نیز نشان داد که سرمایه فرهنگی بیشترین تأثیر را بر متغیر رفتار سلامت داشته است. در مجموع متغیرهای مستقل به‌کاررفته در این پژوهش، ۱۶ درصد از تغییرات متغیر رفتار سلامت را مشخص کردند. در این میان متغیرهای سرمایه اجتماعی و اقتصادی نیز در الگوی رگرسیونی تأثیر معناداری بر متغیر وابسته داشته‌اند که این نتیجه مطابق با نظریه‌های وبر، بوردیو و کاکرهام است؛ بدین معنا که رفتار سلامت افراد و روش زندگی آنان متأثر از ساخت، موقعیت و شرایط اجتماعی و فرهنگی آنهاست. به عبارتی گرچه افراد در زمینه رفتارها و اعمال خود آزادند، از سوی دیگر این آزادی با ساختارهای اجتماعی محدود می‌شوند.

معناداری رابطه خطی بین سرمایه فرهنگی و رفتار سلامت در این پژوهش نظریه بوردیو را تأیید می‌کند. براساس نظریه بوردیو، بهره‌مندی افراد از سرمایه فرهنگی، نشانه جایگاه فرد در سلسله مراتب اجتماعی است و میزان برخورداری او را از فرصت‌ها و ارزش‌ها مشخص می‌کند؛ در تأیید محتوای این نظریه نتایج پژوهش‌های دانوان، جسور و کاستا (۱۹۹۱)، حاکی از آن بود که بین دو متغیر سرمایه فرهنگی و رفتار سلامت ارتباط معناداری وجود دارد؛ بنابراین به‌کارگیری نتایج پژوهش‌های پیشین و محتوای نظریه بوردیو در جامعه آماری این پژوهش امکان‌پذیر است.

کاواچی و برکمن معتقدند که سرمایه اجتماعی با تقویت پراکندن سریع اطلاعات سلامتی و پذیرش هنجارهای رفتار سالم و کنترل رفتارهای مضر بر سلامتی تأثیر می‌گذارد؛ در واقع تأثیر سرمایه اجتماعی بر رفتار سلامت را تأیید کرده‌اند. از دیدگاه تجربی نیز، بین سرمایه اجتماعی و رفتار سلامت ارتباط معناداری وجود دارد که با نتایج پژوهش‌های فوجیوارا و کاواچی (۲۰۰۷) بایس و همکارانش (۱۹۸۹) همسو است. بنابراین نتایج به دست آمده برای جامعه آماری این پژوهش نیز مفید خواهد بود.

همچنین معناداری ارتباط بین سرمایه اقتصادی و رفتار سلامت در این پژوهش همسو و مؤید نتایج پژوهش‌های مارموت، بوث و برال (۱۹۸۱) و کاکرهام (۲۰۰۰) است؛ آنها دریافتند که رفتارهای ناسالم (همچون مصرف الکل) با اُفت طبقه اجتماعی افزایش می‌یابد. همان‌طور که نتایج تجربی و تئوریک نشان داد، انتخاب روش زندگی متأثر از موقعیت اجتماعی و شرایط اقتصادی افراد است، بنابراین برای تأثیر بر انتخاب افراد می‌بایست بسترهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و غیره فراهم شود که این موضوع نیازمند توجه و دقت نظر سیاست‌گذاران است. در زمینه فرهنگی، نهادینه کردن بعضی از عوامل ضرورتی است که می‌بایست جزئی از فرهنگ افراد شود؛ زیرا براساس نظر بورديو رفتار بیشتر متأثر از عادت‌واره انجام می‌شود و در مدت زمان جامعه‌پذیری فرد شکل می‌گیرد. بنابراین برای تحقق این موضوع می‌بایست در کتاب‌های درسی به رفتارهای سلامت‌محور توجه خاص شود. در زمینه سرمایه اقتصادی نیز افزایش درآمدها ممکن است عامل سودمندی برای سلامت انسانی باشد و تأمین اقتصادی مردم بر انتخاب روش زندگی سلامت‌محور نقش اساسی دارد که در این زمینه، فراهم کردن زمینه اشتغال و توزیع عادلانه درآمد در جامعه مؤثر خواهد بود. در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت، باید به سرمایه اجتماعی در نقش تعیین‌کننده رفتار سلامت‌محور توجه شود و با افزایش یکپارچگی و انسجام و اعتماد اجتماعی افراد جامعه به یکدیگر و سازمان‌ها، زمینه برای مشارکت اجتماعی را افزایش دهند. یک نظام تبلیغاتی و فرهنگی مناسب، در زمینه ازبین بردن تنگناهای فرهنگی، تقویت روابط و همبستگی‌های اجتماعی مؤثر خواهد داشت که این خود زمینه را برای ارتقای رفتارهای سلامت‌محور مهیا می‌کند.

منابع

- باینگانی، بهمن و کاظمی، علی (۱۳۸۹)، «بررسی مبانی تئوریک مفهوم سرمایه فرهنگی»، **برگ فرهنگ**، شماره ۲۱: ۸-۲۱.
- جوانمرد، کمال و ساسان، ساره (۱۳۸۹)، «بررسی جامعه‌شناختی نقش سرمایه فرهنگی در بازتولید طبقه اجتماعی بین مردان ۴۰ تا ۵۰ ساله شهر بندرعباس در سال ۱۳۸۸»، **فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد شبستر**، شماره ۱۱: ۱۹۹-۲۱۸.
- شارع‌پور، محمود؛ ودادهیر، ابوعلی و قربان‌زاده، سکینه (۱۳۸۸)، «تأثیر سبک زندگی بر خطر تصادف در میان جوانان شهر تهران»، **مطالعات فرهنگی و ارتباطات**، شماره ۱۶: ۱۰۳-۱۲۵.
- صدیقی، ژیلا و همکاران (۱۳۹۰)، «چه کسانی بیشتر به تغذیه خود اهمیت می‌دهند: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران»، **فصلنامه پایش**، شماره ۳: ۳۸۱-۳۹۰.
- فاضلی، محمد (۱۳۸۲)، **مصرف و سبک زندگی**، قم: انتشارات صبح صادق.
- فیلد، جان (۱۳۸۵)، **سرمایه اجتماعی**، ترجمه جلال متقی، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- قاسمی، وحید و همکاران (۱۳۸۷)، «تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور»، **مسائل اجتماعی ایران**، شماره ۶۳: ۱۸۱-۲۱۳.
- کورتیس، آنتونی. جی (۱۳۸۵)، **روان‌شناسی سلامت**، ترجمه شهناز محمدی، تهران: انتشارات ویرایش.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶)، **اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی**، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، **جامعه‌شناسی پزشکی**، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- Buysse, D. J, Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., and Kapfer, D.J (1989), "the Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research", **journal of psychiatry research**, No28:193-213.
- Charlotte A. Schoenborn & Patricia F. Adams (2010), "Health behaviors of adults: United States: 2005-2007", **vital and health statistics**, No10: 245.
- Cockerham, William, C. (2000), "Health lifestyles in Russia", **social science and medicine**, No 57:1313-1324.
- Cockerham, William, C. (2001), **the Blackwell companion to medical sociology**, Massachusetts, Blackwell publishers inc.
- Donovan, J.E., Jessor, R., and Costa, F. M. (1991), "Adolescent health behavior and conventionalness: an extension of problem-behavior theory", **journal of health psychology**, No10(1):52-67.
- Fujiwara Takeo, Kawachi Ichiro (2008), "social capital and health; a study of adult twins in the U.S.", **American journal of preventive medicine**, No 35(2), published by Elsevier Inc.

- Jarron M. saint onge and Patrick M. Krueger (2011), "education and racial-ethnic differences in types of exercise in the united states", **journal of the health and social behavior**, No 52(2):197-211.
- Putnam, R. D (1996). "the strong disappearance of civic America", **journal of the American prospect**, No7:1-8.
- Schuster, T. L., M. Dobson, M. Jauregui, R. H. I. Blanks (2004), "Wellness lifestyles I: A theoretical framework linking wellness, health lifestyles, and complementary and alternative medicine", **the journal of alternative and complementary medicine**, No10(2):349-356.
- Shirley cloutlerlaffrey, Carol J. loveland cherry, and S. Joy winkler (1986), "heaths behavior: evolution of two paradigms, public health nursing, 3(2):92-100.
- Thakur Farheen (2009), "levels of health literacy and impact of health education in working adults with disabilities", "A thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of the University at Buffalo, State University of New York in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science department of Rehabilitation Science.
- Williams, Simon J. (1995), "theorizing class, health and lifestyles: can bourdieuhelp us?", *sociology of health & illness*, 7(5):577-604.