

## بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر خدابخش کرمی<sup>۱</sup>، دکتر کریم رضادوست<sup>۲</sup>، سیما عبدی‌زاده<sup>۳</sup> و فرات چبیشه<sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۹۳/۱۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۴/۸/۸

### چکیده:

در دو دهه گذشته، مفهوم سبک زندگی بطور عام و سبک زندگی سلامت‌محور به طور خاص، توجهی بسیاری از متفکران اجتماعی، پژوهشگران سلامت و جامعه‌شناسان پزشکی را به خود جلب کرده است. در یک نگاه دقیق، سبک زندگی سلامت‌محور بعنوان پدیده‌ای چندعلیتی، چندبعدی و چند دلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که به مسائل تهدیدکننده سلامت افراد می‌پردازد تا از این طریق بتواند تضمین‌کننده سلامت ایشان باشد. نگاهی دقیق به ادبیات موضوع نشان می‌دهد که برخی پژوهشگران در پی تبیین الگوهای رفتاری سلامت هستند، در حالی که بعضی دیگر در پی تبیین تعیین‌کننده‌هایی چون انتخاب‌های فردی برآمده‌اند. این انتخاب‌ها در یک خلاء اجتماعی، سیاسی و فرهنگی صورت نمی‌گیرد و انواع تعیین‌کننده‌های زمینه‌ای چون سن، جنس، قومیت، وضعیت تأهل بر آن تأثیر گذارند. با اتخاذ رویکردی مشابه و با اتکا به پیشینه‌ی جامعه‌شناسی پزشکی، این مقاله در پی مطالعه‌ی پیمایشی سبک زندگی سلامت‌محور و تعیین‌کننده‌ی سرمایه‌ای و زمینه‌ای در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان بر حسب جنسیت، سن، قومیت، وضعیت تأهل و نوع دانشگاه آن‌ها متفاوت است و اشکال متفاوت سرمایه‌ی انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان رابطه‌ی معنی‌داری دارد.

مفاهیم کلیدی: سبک زندگی سلامت‌محور، رفتارهای مرتبط با سلامت، جامعه‌شناسی پزشکی

<sup>۱</sup> استاد گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز (نویسنده‌ی مسئول)  
karamikb@gmail.com

<sup>۲</sup> دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز rezadoostk@yahoo.com

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز abdi\_sima@yahoo.com

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز forat.chebisheh@yahoo.com

## مقدمه و بیان مسأله

نظریه پردازان فرهنگی، فیلسوفان، و جامعه‌شناسان همگی به سلامت و مباحث پیرامون آن توجه نشان داده‌اند و مباحث متنوع این حوزه موجب شده تا دیدگاه‌های گسترده‌ای در این زمینه مطرح شود. از جمله‌ی این مباحث مربوط به تشخیص بدن سالم از بدن بیمار و ارائه‌ی تعریفی مشخص از این مفاهیم است. پرسش از "چیستی" سلامت و بیماری در هسته‌ی پژوهش‌های فلسفی درباره‌ی بهداشت و معنای واژه‌هایی مانند "بیماری" و "ناخوشی" در این زمینه جای دارد (سی‌دوس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از تقویان؛ ۱۳۸۷: ۱۱۲). به نظر می‌رسد سلامتی و بیماری می‌توانند در میان نظام‌های گوناگون تفسیری و معنایی جای می‌گیرند، تا جایی که معرفی بیماری و پاسخ‌سازین بطور وسیعی به وسیله‌ی فاکتورهای اجتماعی و فرهنگی مشخص می‌شود. بر این اساس هر کسی دارای الگوها و قواعدی است که به وی امکان می‌دهد تا بداند در چه مورد خود یا اطرافیان او بیمار محسوب می‌شوند و علت و ماهیت بیماری چیست و یا برای تخفیف و درمان آنچه باید کرد. به بیان دیگر فرهنگی که در آن رشد می‌کنیم به ما می‌آموزد که چگونه تغییراتی که در طول زمان در بدن خودمان یا سایر افراد اتفاق می‌افتد را درک کرده و تفسیر کنیم و بین جسم سالم از بیمار تمایز قائل شویم و چگونگی احساس ناخوشایند و غیرطبیعی را توصیف کنیم. از سوی دیگر نگرش افراد نسبت به بدن و طرز تلقی آن‌ها از مفاهیم سلامت و بیماری در بین همه‌ی قشرهای یک جامعه نیز یکسان نیست. مطالعات گوناگونی نگرش افراد و تصاویر ذهنی آن‌ها را بر حسب گروه‌های مختلف اجتماعی نشان داده است. در این ارتباط "لوک بولتانسکی" دریافت، اشخاصی که به محیط‌های مرفه تعلق دارند از آنجا که بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند و به دلیل همگنی طبقاتی به وی نزدیک‌ترند و سطح بالایی از معلومات را دارند، از این‌رو بهتر مفاهیم دانش پزشکی را درونی می‌کنند (آدام، ۱۳۸۵: ۹۵). بر اساس این مطالعات مهم‌ترین تفاوت در نوع بینشی بود که از سلامتی وجود داشت. همچنین مفاهیم سلامت و بیماری ممکن است به طور تنگاتنگی با مفاهیم بهنجاری و اخلاقیات مرتبط باشد. یک زندگی خوب و اخلاقی ممکن است به معنای یک زندگی سالم باشد. توضیحات رایج و روزمره از سلامت و بیماری ممکن است بطور عمیقی در زمینه‌های اجتماعی و معانی فرهنگی ریشه داشته باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که مفاهیم سلامتی و بیماری تنها مرتبط با موقعیت فیزیکی و جسمی نیست. معانی این

<sup>۱</sup> Seedhuse

مفاهیم ممکن است شامل ناسازگاری‌های مرتبط با آن چیزی که نرمال، خوب، اخلاقی و از لحاظ اجتماعی پذیرفته شده است، باشد (دیکسیت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵: ۲). در سال ۱۹۴۶ سازمان بهداشت جهانی (WHO) در صدد برآمد تا تعریفی از سلامت ارائه نماید و آن تعریف سلامت به معنای "رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، و نه فقط نبود بیماری و ناتوانی و نقص عضو" بود. در این تعریف تصور بدنی از سلامت خارج از چارچوب بدن جسمی قرار دارد و بهداشت و سلامت الزاماً جسمی و منحصر به رفتارهای بدنی نبوده، بلکه دامنه‌ی آن حوزه‌های محیطی را نیز شامل می‌شود. اگر چه این تعریف به دلیل آن که بیش از اندازه آرمان‌گرایانه است بارها نقد شده، اما تأکید می‌کند که سلامت دستاوردی ایجابی است؛ یعنی انسان نه فقط چون بدنش کارکرد دلخواه را ندارد بیمار می‌شود، بلکه نگرش او به نیروهای موجود در بدنش (و توانایی‌های روانی و شاید روحی او) نیز در بروز بیماری نقش دارد (نوردیس و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۱۳). به باور ترنر "مفهوم سلامت و بیماری در مرکز ارزش‌های اجتماعی جامعه‌ی انسانی قرار دارد زیرا آن‌ها بسیاری از تصورات و فرض‌های اساسی ما را درباره‌ی معنای زندگی و مرگ شرح می‌دهند" (ترنر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از دیکسیت، ۲۰۰۵)؛ بنابراین مرز سلامت و بیماری برای افراد مختلف بر حسب دانش و باورهای آن‌ها از هستی و زندگی، متفاوت است و عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... در تعیین این محدوده نقش دارند از این رو معنای سلامت و بیماری به شیوه‌های متعددی در گروه‌های متفاوت در هر جامعه‌ای درک، تفسیر و معنی می‌شود. بدین جهت بیماری می‌تواند بعنوان یک برساخت اجتماعی درک و فهمیده شود. بر این اساس تنها روش‌های تجربی و پوزیتویستی برای درک این امر کافی نیست. سلامت و بیماری نمی‌تواند به مثابه موجودیت‌هایی تلقی شوند که تنها به روش علوم طبیعی توضیح داده می‌شود بلکه فهم زمینه‌ی تاریخی - اجتماعی یک جنبه‌ی مهم مفهوم‌سازی بیماری است

### چارچوب نظری پژوهش

تحلیل‌گران و نظریه‌پردازان علوم اجتماعی با تکیه بر پدیده‌ی مصرف سعی در تبیین و شناخت زوایای مختلف زندگی اجتماعی کنونی داشته‌اند. در این بین تأکید بر مفهوم سبک زندگی توانسته است راهگشای بسیاری از تحلیل‌های نوین در این زمینه باشد. این

<sup>1</sup> Dixit

<sup>2</sup> Turner

مفهوم از بدو پیدایش تا کنون توسط بسیاری از صاحب‌نظران تئوریزه شده است. اما با توجه به موضوع پژوهش در این میان به افرادی اشاره می‌کنیم که توانسته‌اند بطور مستقیم یا غیر مستقیم در شاخه‌ی مطالعات اجتماعی پزشکی تأثیرگذار باشند. اگر چه سبک زندگی در نزد ماکس وبر بطور منسجم تئوریزه نشده است، اما همواره می‌توان تأثیر اندیشه‌ی وی را بر توسعه‌ی این مفهوم مشاهده نمود و از آنجایی که او برای تحلیل اجتماعی خویش مفهوم طبقه‌ی مارکس را به مفهوم منزلت تبدیل می‌کند، به نظر می‌رسد که تدریجاً در حال شکل دادن به مفهوم سبک زندگی است. منزلت اجتماعی از نظر وبر به معنای عضویت‌های مشترک و آگاهی گروهی است که می‌تواند تشکیل‌دهنده‌ی گروه‌هایی باشد که هر چه بیشتر دارای شیوه‌های رفتاری شبیه هم هستند، بطوری که این شباهت‌ها می‌تواند آنها را از بقیه‌ی افراد جامعه متمایز کند (خادمیان، ۱۳۸۸: ۷۲). اگر مارکس در توسعه‌ی مفهوم طبقه، بر شاخص "تولید" تأکید می‌کند، اندیشه وبر برای تشخیص منزلت، بر شباهت الگوهای مصرفی استوار است. از این‌رو شیوه‌های رفتاری مشترک در گروه‌های منزلتی، به معنای نوع مصرفی است که در آنها مشترک است. در این میان باید گفت از نظر وی مصرف فرایندی است که شامل کردارهای اجتماعی و فرهنگی متفاوت بوده که مبین تفاوت میان گروه‌های اجتماعی است و بنابراین فقط ناشی از عوامل اقتصادی نیست (فاضلی، ۱۳۸۲: ۲۸). اما مکانیسم گزینش سبک زندگی نزد وبر، تقابل دیالکتیکال میان دو مفهوم "انتخاب‌ها"<sup>۱</sup> و "شانس‌ها"<sup>۲</sup> است. در اندیشه‌ی وی افراد می‌توانند سبک زندگی خویش را انتخاب کنند، اما باید بدانند که این انتخاب‌ها کاملاً آزادانه نبوده و به وسیله‌ی موقعیت اجتماعی‌شان تحت فشار قرار خواهد گرفت. بنابراین میان انتخاب‌ها و شانس‌ها، دیالکتیکی دائمی برقرار می‌شود بطوری که اگر هر یک از این دو، دیگری را از بین ببرد، می‌تواند در نتیجه‌ی سبک زندگی مؤثر باشد (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۶۵ و ۶۶). گیدنز در تبیین مفهوم طبقه، با فاصله‌گیری از اقتصاد و اشتغال، بر عوامل فرهنگی تأکید می‌کند. این عوامل که خود را در مفاهیمی مثل "الگوهای مصرف" و "سبک زندگی" بازنمایی می‌کنند، هر چه بیشتر به ویژگی‌های جامعه‌ی مدرن باز می‌گردند. در جامعه‌ی مدرن به تعبیر گیدنز، "نمادها و علائم مربوط به مصرف نقش بیشتر و بیشتری در زندگی روزانه ایفا می‌کنند" (گیدنز، ۱۳۸۷: ۴۲۹)؛ و مصرف قبل از هر چیز با انتخاب‌های شخصی متناسب است. از این‌رو هویت‌های شخصی به میزان زیادی گرداگرد انتخاب‌های سبک زندگی

<sup>۱</sup> choices

<sup>۲</sup> chances

ساخت می‌یابد. از سوی دیگر در تبیین جامعه‌ی مدرن، وی متوجه‌ی شکل‌گیری نوعی جامعه است که در آن رفته‌رفته دولت‌های ملی تقویت می‌شوند و به ایجاد جامعه‌ی اطلاعاتی نوین کمک می‌کنند (گیدنز، ۱۳۷۷: ۱۸۶). این جامعه‌ی اطلاعاتی نوین باعث شکل‌گیری انواع جدید از ارتباطات می‌شود؛ انواعی که به هر حال موجبات شکل‌گیری سبک‌های جدید زندگی است که تا کنون وجود نداشته است و "به دلیل باز بودن زندگی اجتماعی امروز، کثرت یافتن زمینه‌های کنش و تعداد مراجع مقتدرتر انتخاب سبک زندگی برای ساختن هویت شخصی و در پیش گرفتن فعالیت‌های روزانه، بطور فزاینده‌ای اهمیت می‌یابد" (گیدنز، ۱۳۸۰: ۸۸). در نزد گیدنز "سبک زندگی را می‌توان مجموعه‌ای کم و بیش جامع از عملکردها تعبیر کرد که فرد آن‌ها را به کار می‌گیرد. این عملکردها نه فقط نیازهای جاری او را برآورده می‌سازد بلکه روایت خاصی را هم که وی برای هویت خویش بر می‌گزیند، در برابر دیگران مجسم می‌سازد. سبک زندگی مجموعه‌ای نسبتاً منسجم از همه‌ی رفتارها و فعالیت‌های یک فرد معین در جریان زندگی روزمره است" (گیدنز، ۱۳۷۸: ۱۲۰). پیر بوردیو از جمله تأثیرگذارترین نظریه‌پردازانی است که آثار او باز تعریف سودمندی از جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی بوده و نیز در دوره‌ی معاصر توانسته است تحلیل نظری جامعه‌ی درباره‌ی مفاهیم مصرف و سبک زندگی ارائه دهد. وی بر این موضوع تأکید می‌کند که چگونه اعمال افراد به وسیله‌ی ساخت جهان اجتماعی آن‌ها تحت نفوذ و تأثیر قرار می‌گیرد و در مقابل چگونه این اعمال، آن ساخت را مجدد تولید می‌کنند. از بین همه‌ی آثار بوردیو، مناسب‌ترین اثر برای جامعه‌شناسان پزشکی، کتاب او با عنوان "تمایز"<sup>۱</sup> است که در آن به طور سیستماتیک الگوهای فرهنگی مصرف را برای تعریف ذوق و قریحه در بین طبقات اجتماعی جامعه‌ی فرانسه مورد بررسی قرار می‌دهد. او در این اثر تحلیلی از عادات غذایی و ورزشی استفاده کرده است که نشان می‌دهد چگونه ساختارهای ذهنی حول یک طبقه، جنبه‌های ویژه‌ای از سبک زندگی سلامت را تشکیل می‌دهد (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۷۳). در نظر بوردیو، جامعه با عنوان فضای اجتماعی<sup>۲</sup> که جایگاه رقابتی شدید و بی‌پایانی است بازنمایی می‌شود که در جریان این رقابت‌ها تفاوت‌هایی ظهور می‌کند که ماده و چارچوب لازم برای هستی اجتماعی را فراهم می‌کند. او جامعه را موجودیتی غیر یکپارچه می‌داند که در آن مدل‌های کوچک متمایزی از قواعد، مقررات و اشکال قدرت وجود دارد که میدان خوانده می‌شوند. میدان عرصه‌ی رقابت برای کسب پایگاه در سلسله

<sup>۱</sup> distinction

<sup>۲</sup> social space

مراتب قدرت است (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۷). به اعتقاد واکوانت میدان در وهله‌ی اول فضای ساختمندی از جایگاه‌هاست (استونو، ۱۳۸۱: ۳۳۸). هر میدان یا حوزه‌ای به کنشگران و عاملان خود، فضایی از امکانات عرضه می‌کند که سبب می‌شود آفرینشگران در عمل هماهنگی یابند (بورديو، ۱۳۸۱: ۸۱). از این‌رو میدان بیانگر شرایط اجتماعی عاملان است و در ساختارگرایی تکوینی بورديو، نقش مهمی در تبیین ساختارهای اجتماعی دارد (خادمیان، ۱۳۸۸: ۹۷). بورديو فضای اجتماعی را بر محور اشکال مختلف سرمایه اعم از سرمایه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ترسیم می‌کند و معتقد است این اشکال سرمایه به میدان معنا داده و حجم ترکیب آن‌ها نزد افراد جایگاه آن‌ها را در سلسله مراتب میدان تعیین می‌کند. مفهوم ساختار نیز در اندیشه‌ی بورديو با توجه به دو مفهوم میدان و سرمایه شکل می‌گیرد؛ به این معنا که ساختار عبارت است از مجموعه پایگاه‌هایی که با توجه به حجم و ترکیب سرمایه‌های موجود در آن‌ها قابل مقایسه با یکدیگر هستند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۸). بورديو در کتاب تمایز به گونه‌ای به بازنگری نظریه‌ی وبر، یعنی احیای تضاد میان طبقه و جایگاه<sup>۱</sup> می‌پردازد، او با وبر در خصوص جایگاه افراد در سلسله مراتب فرادستی - فرودستی موافق است، اما پایگاه فرد را تنها از منظر روابط اقتصادی نمی‌نگرد و معتقد است که پایگاه فرد جنبه‌ی نمادین یا بعدی از ساختار طبقه است که صرفاً به روابط اقتصادی قابل تقلیل نیست. برای بورديو، رابطه‌ی میان پایگاه و طبقه اتفاقی نیست، بلکه باید گونه‌ای برابری و تشابه<sup>۲</sup> میان افراد وجود داشته باشد تا آن‌ها را در پایگاه و جایگاه مشابهی قرار دهد. او این تجانس را با ابزار "ملکه" یا "منش"<sup>۳</sup> تعریف می‌کند (خادمیان، ۱۳۸۱: ۴۳). این مفهوم هسته‌ی اصلی تبیین وی برای کنش‌های انسان را شکل می‌دهد. بورديو منش را نظامی از تمایلات<sup>۴</sup> با دوام و قابل انتقال می‌داند که مولد اعمال ساخت یافته و به شکل عینی مجسم شده است (بورديو، ۱۳۸۱: ۲). از نظر بورديو منش محصول تمایل‌های عینی و تاریخی شخص بوده و قادر است محدودیت‌های ادراکی ناشی از ترکیب انواع سرمایه در نزد هر کنشگر را تبیین کند و نیز می‌تواند ویژگی مصرف‌نزد هر طبقه را تبیین نماید (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۹). منش در نظام ساختاری بورديو، هم "ساختار ساختاردهنده"<sup>۵</sup> یعنی ساختی که جهان اجتماعی را شکل می‌دهد و هم "ساختار

<sup>1</sup> stand

<sup>2</sup> homology

<sup>3</sup> habitus

<sup>4</sup> disposition

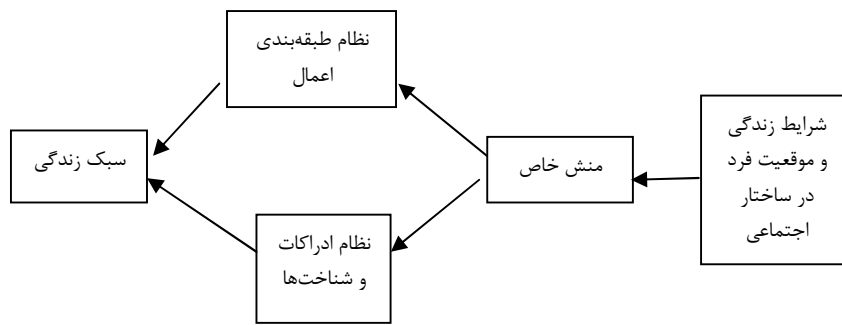
<sup>5</sup> structuring structure

ساخت‌یابنده<sup>۱</sup> یعنی ساختی که به وسیله‌ی جهان اجتماعی ساخته شده، است؛ دستگاهی از تمایلات و خلق و خواها که برای عاملان نیم‌شناخته و نیم‌ناشناخته است؛ هنجارها و ارزش‌هایی است که به سیاق فرآیندهای اجتماعی شدن، به کنش شکل می‌دهد. منش در واقع تشکیل‌دهنده‌ی معرفت است (چاوشیان، ۱۳۸۱: ۴۳). به این ترتیب بورديو از طریق مفهوم منش و ساختار ذهنی، اعمال اجتماعی را به فرهنگ، ساخت و قدرت مرتبط می‌سازد. پیر بورديو در ادامه مجموعه مفاهیمی که بکار می‌گیرد، به مفهوم قریحه اشاره می‌کند و آن را "ظرفیت آن که گروهی از اشیا و اعمال را به صورت مادی و نمادین و به معنای مجموعه‌ای از ترجیحات متمایزکننده به کار گرفت"، معنا می‌کند. وی قریحه را محصول منش و مبنای داوری درباره‌ی ارزش تجربه‌های مختلف می‌داند که بر نوع و میزان مصرف مؤثر بوده و نشان‌دهنده‌ی پیوند میان بعضی محصولات و مصرف‌کنندگان آنها در یک فضای اجتماعی طبقه‌بندی شده است (فاضلی، ۱۳۸۲: ۴۲).

به این ترتیب بورديو با بهره‌گیری از مفاهیم سرمایه‌ی اقتصادی و فرهنگی و استفاده از مفهوم منش که از آن به مثابه الگوهای اندیشه، درک، مصرف و سبک زندگی تعبیر می‌کند، به تبیین مدلی جهت ساختار طبقاتی و بازتولید طبقه دست زد و معتقد بود که افراد موقعیت طبقاتی خود را درونی می‌کنند و آن را از طریق انتخاب‌های فرهنگی خویش بیان می‌کنند (خادمیان، ۱۳۸۸: ۱۰۱). او به مدد این مفاهیم، نظریه‌ای منسجم درباره‌ی شکل‌گیری سبک‌های زندگی اراده کرده است. طبق مدل بورديو برای سبک زندگی، شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید منش‌های خاص منجر می‌شود که مولد دو دسته نظام، یعنی نظام طبقه‌بندی اعمال و نظام ادراکات و شناخت‌ها، است. سبک زندگی در واقع تعامل این دو نظام می‌باشد. از نظر وی سبک زندگی الگویی غیر تصادفی است و ماهیت طبقاتی دارد و در واقع همان اعمال و کارهایی است که به شیوه‌ای خاص طبقه‌بندی شده و حاصل ادراکات خاصی است. وی سبک زندگی را محصول منش‌ها و تجسم‌یافته‌ی ترجیحات افراد می‌داند که بصورت عمل درآمد و قابل مشاهده هستند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۴۵). خادمیان تحلیل بورديو را در قالب نموداری چنین ترسیم نموده است:

---

<sup>۱</sup> structured structure



نمودار ۱: الگوی سبک زندگی بورديو

ویلیام کاکرهام<sup>۱</sup> از جمله دیگر افرادی است که در دوره‌ی اخیر به بسط مفهوم سبک زندگی در حوزه‌ی سلامت پرداخته است. او نیاز به تئوری "سبک زندگی سلامت"<sup>۲</sup> را با این حقیقت توجیه می‌کند که بسیاری از عادات سبک زندگی روزمره درگیر توجه به نتایج سلامت است و همچنین بر این نکته تأکید دارد که برخلاف دوران تاریخی قبل، در دوران معاصر، به دلیل تغییرات ایجاد شده در الگوهای بیماری، مدرنیته و هویت‌های اجتماعی، سلامتی بعنوان یک دستاورد در نظر گرفته می‌شود. چیزی که افراد خود را موظف می‌دانند تا با ارتقای کیفیت زندگی‌شان، آن را به دست آورند، چه در غیر این صورت، متحمل مرگ زودرس و یا ابتلا به بیماری‌های سخت و مزمن خواهند شد. در این رابطه گیدنز (۱۹۹۱) و ترنر (۱۹۹۲)، نیز با تأکید بر این امر معتقدند که انتخاب‌های سبک زندگی در دوران مدرنیته‌ی متأخر، افراد را در برابر سلامتی و بطور کلی بدن‌هایشان بیشتر مسئول کرده است. کاکرهام در طرح مدل سبک زندگی سلامت از مباحث وبر، گیدنز و بورديو در حوزه‌ی سبک زندگی متأثر بوده است. وی در پژوهشی میدانی با استفاده از چارچوب نظریه‌ی بورديو نشان می‌دهد که سبک‌های زندگی منفی بعنوان اجبارهای اجتماعی اولیه، در اواخر قرن بیستم در روسیه و اروپای شرقی باعث کاهش امید به زندگی شد. بر اساس یافته‌های پژوهش وی گروهی که بیشتر در معرض کاهش طول عمر بودند را افراد میانسال و مردان طبقه‌ی کارگر تشکیل می‌دادند. اوضاع زندگی و موقعیت نسبتاً

<sup>۱</sup> William C.Cockerham

<sup>۲</sup> health lifestyle



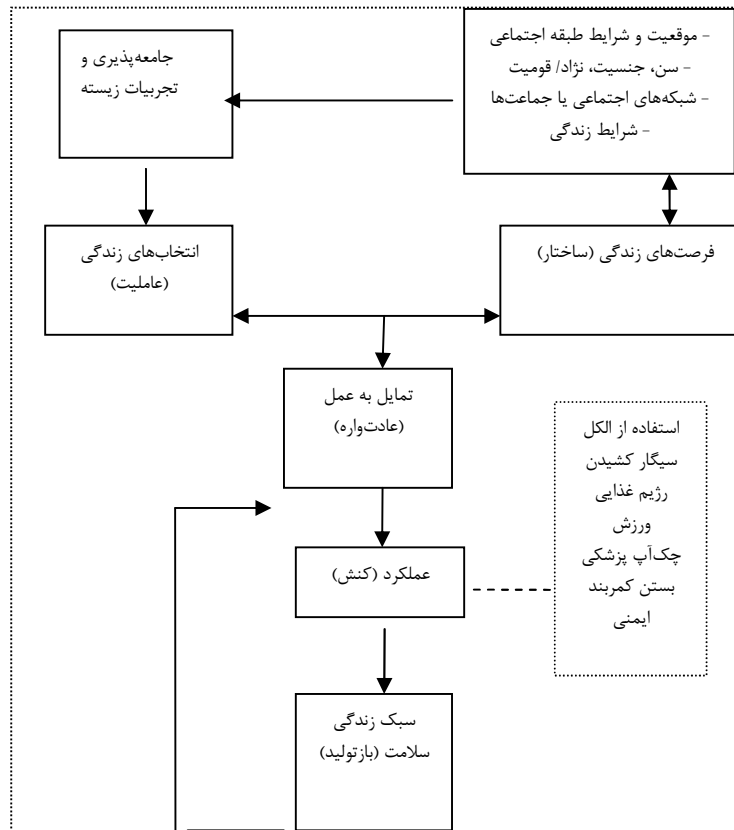
پایین و ضعیف آن‌ها در ساخت اجتماعی، عاداتی را پرورش می‌داد که مبتنی بر اعمال غیر بهداشتی بود (مانند مصرف زیاد مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش). این نوع سبک زندگی باعث بالا رفتن میزان بیماری‌های قلبی، تصادفات و دیگر مشکلات بهداشتی بود و نهایتاً منجر به کوتاهی طول عمر می‌شد. این رفتارها هنجارهای ایجاد شده از طریق تعامل گروهی بودند که به واسطه‌ی فرصت‌هایی که آنها در اختیار داشتند، شکل گرفته و به وسیله‌ی این ساختار ذهنی درونی شده بود. ساخت زندگی روزانه هم انتخاب‌های بهداشتی مرتبط را محدود می‌سازد و هم آن را به سمتی سوق می‌دهد که به سبک‌های زندگی منتهی شود که مرگ‌های نا به هنگام نتیجه آن است (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۷۳). ویلیام کاکرهام بحث عاملیت - ساختار را بعنوان چارچوبی برای ساخت تئوری سبک زندگی سلامت به کار گرفته است و در این رابطه معتقد است که چشم‌انداز نظری معاصر اهمیت عاملیت و ساختار را انکار نمی‌کند، بلکه مباحث نظری در این رابطه بر میزان برتری یکی نسبت به دیگری تمرکز یافته است؛ بطوری که طرفداران ساختار بر موقعیت‌های ساختاری در ترسیم تمایلات و رفتار فردی تأکید می‌کنند، اما طرفداران عاملیت با صرف‌نظر از تأثیرات ساختار بر ظرفیت کنشگران فردی در انتخاب رفتارهایشان تأکید دارند. به این ترتیب به نظر کاکرهام مباحث مربوط به همکاری‌ها و تعامل نسبی عاملیت و ساختار در تعین سبک زندگی سلامت حوزه‌ای مهم اما توسعه نیافته در گفتمان نظری جامعه‌شناسی پزشکی است. از نظر کاکرهام سبک زندگی سلامت بعنوان الگوهای جمعی مرتبط با سلامتی بر اساس انتخاب‌هایی از گزینه‌های در دسترس مردم تعریف شده است که با فرصت‌های زندگی آن‌ها مطابقت دارد و هنگامی که این مفهوم بکار برده می‌شود، سؤال این است که آیا تصمیمات افراد در رابطه با رژیم غذایی، ورزش، سیگار کشیدن و غیره یک مسأله‌ی انتخاب شخصی است یا این که اساساً توسط موقعیت‌های ساختاری همچون موقعیت طبقه‌ی اجتماعی، یا جنسیت شکل گرفته است؟ (کاکرهام، ۲۰۰۵: ۵۱). این تعریف شامل رابطه‌ی دیالکتیک بین فرصت‌های زندگی ارائه شده توسط وبر در مفهوم سبک زندگی او می‌شود. در یک زمینه وبری انتخاب‌های زندگی نماینده‌ای برای عاملیت است و فرصت‌های زندگی شکلی از ساختار می‌باشد که اصولاً نشان‌دهنده‌ی جایگاه طبقه‌ی اجتماعی‌اند، انتخاب‌ها را هم تضعیف می‌کند و هم محدود می‌کند. در حالی که سلامتی و دیگر انتخاب‌های سبک زندگی اختیاری‌اند (همان: ۵۵).

وبر سبک‌های زندگی را نه به افراد بلکه با گروه‌های منزلتی مرتبط می‌کند. از این‌رو نشان می‌دهد که آن‌ها اساساً یک پدیده‌ی اجتماعی جمعی‌اند. گروه‌های منزلتی

مجموعه‌ای از توده‌ی مردم هستند که شرایط و زمینه‌های طبقاتی مشابهی دارند و از سهمیم بودن در سبک زندگی مشابه ناشی می‌شود. از این‌رو افرادی که می‌خواهند بخشی از گروه منزلتی خاص باشند، نیاز دارند که سبک زندگی مناسبی را بپذیرند. گروه‌های منزلتی طبق الگوهای مصرفی‌شان طبقه‌بندی می‌شوند؛ الگوهایی که نه فقط تفاوت بین گروه‌ها را پایه‌ریزی، بلکه بیانگر تفاوت‌هایی هستند که قبلاً در آن حوزه وجود داشته است (همان: ۵۵). سبک‌های زندگی سلامتی الگوهای جمعی از رفتار مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخاب‌هایی از اختیارهایی که طبق شانس‌های زندگی آن‌ها در دسترس مردم است، متکی هستند (کیون‌آرا، ۱۳۸۶: ۶۶). به علاوه سبک‌های زندگی سلامت توسط صنعت محصولات سلامتی گسترده‌ای از کالاها و خدمات حمایت می‌شود. کاکرهام در مقاله‌ی خود تحت عنوان "تئوری سبک زندگی سلامت و همگرایی عاملیت و ساختار" به تحقیق ویکرز<sup>۱</sup> و همکارانش (۱۹۹۰)، در رابطه با سبک زندگی کارکنان ارتش آمریکا اشاره می‌کند. آن‌ها دریافتند که رفتارهای سلامتی مثبت در دو بعد دسته‌بندی می‌شود: یکی پافشاری در رفتارهای مناسب و دیگری در اجتناب از خطر. همچنین تحقیقات دیگری در رابطه با سبک زندگی سلامت، شواهد قوی ارائه می‌کند که عملکردهای ناسالم بیشتر در میان گروه‌های اقتصادی - اجتماعی پایین‌تر متداول است. بخش مهمی از این تحقیقات عملکردهای مثبت‌تر سبک زندگی را با لایه‌های اجتماعی بالاتر و زنان مرتبط می‌کنند و در مقابل منفی‌ترین آن‌ها را به عملکردها و رفتارهای مردان و طبقات پایین‌تر مرتبط می‌کنند (کاکرهام، ۲۰۰۵: ۵۶)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که سبک‌های زندگی سلامت رفتارهای ناهماهنگی از افراد مجزا نیست. بلکه عادات شخصی هستند که به اشکال توده‌ای که بیانگر گروه‌ها و طبقات خاصی است، تبدیل شده‌اند. الگوی از سبک زندگی سلامتی که از سوی کاکرهام مطرح شده است در شکل زیر نشان داده شده است.

---

<sup>۱</sup> Vickers



نمودار ۲: الگوی سبک زندگی سلامت کارهام

در این اولین دسته متغیرهای ساختاری "شرایط و موقعیت طبقه"<sup>۱</sup> است که احتمالاً بیشترین تأثیر را بر روی اشکال سبک زندگی دارد. ارتباط بین طبقه و سبک زندگی پیش از این در آثار مارکس، وبلن و وبر نشان داده شده است. بوردیو نیز در کتاب "تمایز" طبقه را بعنوان تعیین‌کننده‌ترین متغیر در اشکال سبک زندگی می‌داند و در این رابطه به ارزیابی ترجیحات متفاوت افراد طبقه‌ی متوسط رو به بالا و طبقه‌ی کارگر فرانسه در رابطه با ورزش و عادات غذایی می‌پردازد. وی دریافت که طبقه‌ی کارگر نسبت به شکل بدن، بیشتر به قدرت بدنی توجه می‌کنند و نیز تمایل به غذاهایی دارند که هم ارزان و هم مغذی

<sup>1</sup> class circumstances

باشند. در مقابل طبقه‌ی مرفه‌ی غذاهایی را ترجیح می‌دهند که بامزه، سالم، سبک و از نظر کالری کم‌حجم هستند (همان: ۵۶).

کارهام همچنین به نتایج تحقیق بلکستر<sup>۱</sup> در انگلستان اشاره می‌کند. او دریافت که تفاوت‌های مهمی در سبک‌های زندگی سلامتی بین طبقات بالا و طبقات کارگری وجود دارد که بر اساس آن طبقات بالا نسبت به طبقات کارگری بیشتر مراقب خودشان هستند و نتیجه می‌گیرد که شرایط اقتصادی - اجتماعی و محیطی تعیین می‌کند که تا چه حد سبک زندگی سلامت بطور مؤثرتری عمل می‌کند (همان: ۵۶). به این ترتیب تمام مطالعات این مطلب را تأیید می‌کنند که طبقات مرفه بیشترین میزان مشارکت را در ورزش، رژیم‌های غذایی سالم‌تر، استعمال کمتر دخانیات، معاینات پزشکی منظم و فرصت بیشتر برای آرامش و استراحت، و غلبه بر استرس دارند. کارهام همچنین تأکید می‌کند که طبقات بالا و متوسط رو به بالا اولین کسانی هستند که به دلیل دسترسی به منابع بیشتر، دانش بیشتری در حوزه‌ی سلامت داشته و نیز توانایی بیشتری جهت تطابق با استراتژی‌های جدید سلامتی را دارند (همان: ۵۸).

از سوی دیگر مطالعات تجربی معاصر نشان می‌دهند که متغیرهای دیگری نیز همچون سن، جنسیت، نژاد و قومیت سبک زندگی سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به این معنا که افراد با افزایش سن تمایل بیشتری به رفتارهای مثبت سبک زندگی و مراقبت از خود دارند. همچنین بر اساس این مطالعات زنان سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان دارند؛ اما در مورد تأثیر نژاد و قومیت بر سبک زندگی سلامت شرایط متفاوتی وجود دارد. در مطالعات مربوط به قومیت و نژاد بیشتر سطح کلی سلامتی مورد توجه بوده تا سبک زندگی سلامت و رفتارهای مرتبط با آن. در مدلی که کارهام برای سبک زندگی سلامت ترسیم می‌کند، "جماعت‌ها" و "شبکه‌های اجتماعی"<sup>۲</sup> از جمله دیگر عوامل ساختاری مؤثر در سبک زندگی سلامت مؤثر است. کارهام جماعت و شبکه‌های اجتماعی را گروه‌هایی از کنشگران می‌داند که توسط روابط اجتماعی خاصی همچون خویشاوند، کار، مذهب و سیاست‌ها به هم مرتبط شده‌اند و هنجارها، ارزش‌ها، ایده‌آل‌ها و دیدگاه‌های اجتماعی مشترک آن‌ها، اجتماع فکری چند فاعلی را ایجاد می‌کند که فراتر از فردیت افراد بوده و انعکاس‌دهنده‌ی یک دیدگاه جمعی خاص است (همان: ۵۹). در این رابطه مذهب و ایدئولوژی هم می‌توانند نمونه‌هایی از دیدگاه‌های جمعی باشند که اشاراتی به انتخاب‌های

<sup>۱</sup> Blaxter

<sup>۲</sup> collectivities

سبک زندگی سلامت دارند. آخرین متغیر ساختاری که کاکرهام در رابطه با سبک زندگی سلامت به آن اشاره می‌کند، "شرایط زندگی"<sup>۱</sup> است. شرایط زندگی آن دسته از متغیرهای ساختاری است که مرتبط با تفاوت‌هایی در زمینه‌ی کیفیت مسکن و دسترسی به امکانات اولیه (مانند برق، گاز، گرما، آب لوله‌کشی سالم، فاضلاب و ...)، امکانات مجاورتی (مانند سوپرمارکت، پارک و امکانات سرگرمی و اوقات فراغتی) و امنیت شخصی، است (همان: ۵۹). در این ارتباط بلاکستر در بررسی گسترده‌ای که در انگلستان انجام داد دریافت که شرایطی که افراد در آن زندگی می‌کنند اشارات مهمی به رفتارهای مرتبط با سلامتی دارد؛ بطوری که شرایط مناسب زندگی منجر به کنش‌ها و رفتارهای مثبت در ارتباط با سلامت می‌شود، در حالی که زندگی در شرایط نامناسب تأثیر منفی بر سبک زندگی سلامت دارد. بر اساس مدل سبک زندگی سلامت کاکرهام متغیرهای مختلف عوامل ساختاری، از سویی "فرصت‌های زندگی"<sup>۲</sup> را می‌سازند، و از سوی دیگر، زمینه‌ی "اجتماعی‌شدن"<sup>۳</sup> و "تجارب"<sup>۴</sup> مختلفی را برای افراد ایجاد می‌کند. این حالت با دیدگاه بورديو مبنی بر اینکه گرایش آن افراد بر اساس تجربه و اجتماعی‌شدن ساخته می‌شوند و جایگاه اجتماعی افراد شرایط اجتماعی را برای این فرایند فراهم می‌کند، مطابقت می‌کند. نوع تجارب و فرایند اجتماعی‌شدن افراد ظرفیت‌هایی را برای "انتخاب‌های زندگی"<sup>۵</sup> فراهم می‌کند که در نتیجه‌ی آن افراد مسیر عملشان را انتخاب و ارزیابی می‌کنند. اصطلاح انتخاب‌های زندگی توسط وبر معرفی شد. او در این‌باره معتقد است که افراد قابلیت‌هایی دارند تا شرایطشان را تفسیر کنند، دست به انتخاب‌های عمدی بزنند و بر اساس معانی ذهنی خود اعمالشان را تنظیم کنند؛ لذا تمام اعمال اجتماعی در نظر او در بافت‌هایی رخ می‌دهد که هم به محدودیت‌ها و هم به فرصت‌ها اشاره می‌کند و معتقد است که فهم تفسیری کنشگر از شرایط، انتخاب‌های رفتاری او را هدایت می‌کند (همان: ۶۰). مدلی که کاکرهام ترسیم کرده است نشان می‌دهد که کنش متقابل انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی تمایلات افراد را به عمل تولید می‌کند. این تمایلات عادت‌واره‌ها را می‌سازند. مفهوم عادت‌واره توسط ادموند هوسرل<sup>۶</sup> اراده شد و این اصطلاح را برای توصیف عمل عادت‌ی که بطور شهودی یا غریزی

<sup>1</sup> living conditions

<sup>2</sup> life chances

<sup>3</sup> socialization

<sup>4</sup> experience

<sup>5</sup> life choises

<sup>6</sup> Edmond Husserl

پیش‌بینی و دنبال می‌شود، به کار می‌برد. این مفهوم توسط بورديو گسترش یافت تا بعنوان جوهره‌ی توضیحاتش در زمینه‌ی رابطه‌ی ساختار - عاملیت در تمایلات سبک زندگی به کار گرفته شود. او عادت‌واره را بعنوان اصولی که اعمال و بازنمایی‌ها را تولید و سازماندهی می‌کند، در نظر می‌گیرد. به عبارت دیگر عادت‌واره‌ها بعنوان نقشه‌ای شناختی یا مجموعه‌ای از ادراک‌ها بکار گرفته می‌شود که بطور معمول انتخاب‌ها و اختیارات فرد را ارزیابی و هدایت می‌کند (همان: ۶۱). به این ترتیب عادت‌واره‌هایی که در چنین فرایندی شکل گرفته‌اند، عملکردها و کنش‌های افراد را در حوزه‌های مختلف شکل می‌دهند که در مجموع منجر به سبک‌های زندگی سلامت می‌شوند.

در این ارتباط، همان‌گونه که پیش از این اشاره کردیم، آنچه محور اصلی مطالعات سبک زندگی محسوب می‌شود، پژوهش در ساختارها و نحوه‌ی عمل اجتماعات است. این نظریه به دنبال پاسخی برای این پرسش است که چه شرایطی تجربه‌ی ذهنی را امکان‌پذیر می‌کند. از نظر بورديو جهانی که ما ساکن آن هستیم برای همه‌ی ساکنانش یکسان نیست و استدلال می‌کند که یک نظریه‌ی مناسب درباره‌ی کنش ناچار است به شرایط بازنمود نیز که شالوده‌ی هر تعبیر عینی‌گرایانه است، توجه کند (چاوشیان، ۱۳۸۱: ۵۵). در نزد بورديو چگونگی نهادینه شدن دیالکتیک شرایط ساختاری امکانات و استفاده کنشگران از این امکانات، از رهگذر مفهوم بسیار مهم او یعنی منش میسر می‌شود. چنانچه پیش از این اشاره شد او منش را "نظام‌های گرایش‌ها با دوام، قابل انتقال، ساختارهای ساخت یافته‌ای که می‌توانند همچون ساختارهای ساخت‌دهنده عمل کنند"، تعریف می‌کند. منش چارچوبی مفهومی برای توصیف منشور ادراکی است که شامل آن دسته از گرایش‌ها اجتماعی گوناگون می‌باشد که بر اساس منطق خاص خود، طبقه‌بندی فرهنگی جهان اجتماعی را ممکن می‌سازد (چاوشیان، ۱۳۸۱ به نقل از لی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳: ۳۱). این مفهوم برای بورديو حلقه‌ی اتصال حیاتی بین واقعیت عینی اجتماعی و ذهنیت تجربه‌ی شخصی است و در رهگذر آن ملزومات عینی نظم فرهنگی بعنوان جریان‌ها قابل پیش‌بینی کنش به افراد القا می‌شود. منش در واقع منبع و سرچشمه‌ی این مجموعه پویاهاست که بطور عینی همچون استراتژی‌های سازمان یافته‌اند، بی آنکه محصول نیت استراتژیک راستین باشند (چاوشیان، ۱۳۸۱: ۵۷). به این ترتیب بورديو از طریق مفهوم منش که از آن به مثابه الگوهای اندیشه، درک، مصرف و سبک زندگی تعبیر می‌کند، ساختار ذهنی اعمال اجتماعی را به فرهنگ، ساخت و قدرت مرتبط می‌سازد.

<sup>۱</sup> Lee

## پیشینه پژوهش

## الف) تحقیقات داخلی

جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی پزشکی در ایران نسبت به سایر حوزه‌های علوم اجتماعی، جدیدتر بوده و بطور کلی پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده است نسبتاً محدود است و گستردگی و تنوع چندانی ندارند. با این حال تلاش برای تولید ادبیات در این حوزه در سال‌های اخیر رو به فزونی است. از جمله کارهای پژوهشی که در این زمینه در داخل ایران انجام شده مقاله‌ی "بررسی اولویت‌های سلامت از دیدگاه کارشناسی و مردم در پایگاه تحقیقات جمعیت کرمان در سال ۱۳۸۶" است. این مقاله حاصل پژوهشی میدانی است و توسط رضا عباسی، محمدرضا افلاطونیان، بهناز افلاطونیان و لیلیا رنجبر نگاشته شده است. پایگاه‌های تحقیقات جمعیتی با هدف توانمندسازی مردم، پژوهش‌های مشارکتی مبتنی بر جامعه با روش‌های ساده را در دستور کار خود قرار داده است. در همین راستا این پژوهش نیز با هدف تعیین اولویت‌های سلامت از دیدگاه کارشناسان و مردم و مقایسه این اولویت‌ها در پایگاه تحقیقات جمعیتی کرمان انجام شده است. در این پژوهش دیدگاه‌های مردم از ۲۰ خوشه ۲۰ خانواری توسط ۱۰ تیم دو نفره‌ی آموزش دیده مردمی جمع‌آوری شده است و در مجموع اطلاعات ۱۲۸۹ نفر مربوط به ۳۲۴ خانوار در این پژوهش ثبت شده است. اطلاعات جمع‌آوری شده نیز در این پژوهش با نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند. این تحقیق از نوع مطالعات مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR)<sup>۱</sup> است که در آن طرح مشکل و حل آن‌ها توسط مردم صورت گرفته و خط مشی‌های اطلاعات در آن از طریق اجماع، واکنش، گفتگو و تجربه دریافت شده‌اند؛ بطوری که مباحث این طرح با مشارکت اعضای فعال مردمی و با حضور کارشناسان بهداشت محیط و بیماری‌ها طی جلسات متعدد مطرح شده و در آن کارشناسان بهداشت محیط بر اساس شکایات دریافت شده از طرف خانواده‌ها و استفاده از چک‌لیست‌های بهداشت محیط، مشکلات منطقه را به صورت سؤال مطرح نمودند. مشکلات اجتماعی دیگری نیز از طرف مردم مطرح شد و طی جلسات متعدد منجر به تهیه پرسشنامه‌ای گردید که هم شامل دیدگاه کارشناسی و هم دیدگاه مردم می‌شد.

از جمله نقاط قوت این پژوهش نوع مطالعه‌ی آن بوده که پژوهشی مشارکتی مبتنی بر جامعه است و از این جهت موجب بوده که اولاً مردم منطقه پایگاه‌های تحقیقات

<sup>۱</sup> Community Based Participatory Research

جمعیت، با آشنا شدن با روش تحقیق، خود در انتخاب موضوع سهیم شوند؛ ثانیاً پرسشگران در جمع‌آوری اطلاعات به دلیل آشنایی با مردم و برقراری ارتباط راحت با آنها احساس مسئولیت بیشتری دارند. در نتیجه دقت و صحت اطلاعات بالاتر رفته و از سوی دیگر پرسشگران منطقه در طی انجام طرح با تمام وجود معضلات و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی منطقه را درک می‌کنند؛ همچنین دخیل نمودن مردم در کار، احساس مسئولیتی را در آنها ایجاد می‌کند به طوری که با بارش افکار، مردم منطقه در صدد اولویت‌بندی مشکلات و حتی‌المقدور حل آنها بر می‌آیند. نتایج این پژوهش نیز نشان داده است که موضوع اولویت‌های اظهار شده توسط خود مردم با آنچه توسط کارشناسان مشخص شده است تفاوت‌های بارزی را نشان می‌دهد که نشان‌دهنده‌ی آن است که در برنامه‌ریزی برای کارهای بهداشت محیط باید تجدیدنظر و به اولویت‌های خود مردم بیشتر توجه شود. با مطالعه‌ی این طرح‌های پژوهشی که در حوزه‌ی جامعه‌شناسی پزشکی و نیز پزشکی اجتماعی در رابطه با موضوع سلامت و بیماری انجام شده در می‌یابیم که اگر چه در این طرح‌ها نیز به خصوصیات جمعیت و محیط پرداخته شده است ولی به دلیل وسعت میدان مورد مطالعه، مجریان طرح، همکاران و پرسشگران عملاً نسبت به جامعه‌ای که در مورد آنها تحقیق می‌نمایند، شناخت یا آشنایی ندارند و به نظر می‌رسد که این امر موجب شده تا این دسته از مطالعات از عمق و ژرفانگری کمتری برخوردار باشند. در این ارتباط امیدواریم که با گسترش مطالعات در این زمینه بستری جهت تدوین ادبیات پژوهشی بومی و مورد نیاز در ارتباط با موضوع سلامت در حوزه‌ی علوم اجتماعی فراهم آید. بنابراین می‌توان فرضیه‌های زیر را ارائه داد:

۱. بین سرمایه‌ی اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز رابطه وجود دارد.
۲. بین سرمایه‌ی فرهنگی و سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز رابطه وجود دارد.
۳. بین سرمایه‌ی اقتصادی و سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز رابطه وجود دارد.
۴. میانگین سبک زندگی سلامت‌محور برحسب متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، نوع دانشگاه و قومیت) متفاوت است.



**ب) تحقیقات خارجی**

در این ارتباط تاکنون تحقیقات زیادی در زمینه‌ی ویژگی‌های اجتماعی - جمعیتی افراد استفاده‌کننده از خدمات پزشکی انجام شده است؛ مثلاً این موضوع معین شده که زنان بیشتر از مردان، کودکان و سالمندان بیشتر از جوانان و میانسالان به پزشک مراجعه می‌کنند. از عوامل دیگر می‌توان به طبقات اجتماعی، منشأ قومی، وضعیت خانواده و بعد خانوار اشاره نمود که هر یک از آن‌ها با میزان و تعدد مشاوره‌ها و ملاقات‌ها با پزشک ارتباط دارد. شایان ذکر است که این مطالعات بیشتر به ما می‌گوید "چه کسانی از خدمات استفاده می‌کنند و چه کسانی استفاده نمی‌کنند، نه اینکه بگویند که چرا استفاده می‌کنند و چرا استفاده نمی‌کنند". برای پاسخ به این سؤال که چرا برخی از افراد در پی کمک‌های تخصصی زیاد یا کم هستند، باید به توضیح نظری رفتار بیماری پرداخت (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۱۸۴). تحقیقاتی که بر باورهای عامیانه‌ی مردم بر سلامت تأکید دارد، به دهه‌ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ مربوط می‌شود. بیشترین تأکید در تعریف از سلامت در این تحقیقات این است که سعی می‌کند سلامت را با عواملی بیشتر از فقدان بیماری تعریف کند. این دیدگاه‌ها در بیشتر از یک تحقیق ذکر شده است. یکی از پیشگامان این مطالعات هرزلیک<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) است. او طی مطالعاتی که روی ۸۰ فرد بزرگسال طبقه‌ی متوسط فرانسه انجام داد، به سه نوع درک سلامت و سه نوع درک بیماری در مصاحبه‌های خود دست یافت. هرزلیک به این نتیجه رسید که سلامت بعنوان یک عامل درونی فرد با سه بعد متفاوت استنباط می‌شود:

- ۱- سلامت یعنی فقدان بیماری (سلامت در یک خلاء)؛
- ۲- سلامت به وسیله‌ی سرشت، طبیعت و خلق انسان تعیین می‌شود؛
- ۳- سلامت یک حالت خوب بودن یا تعادل در بدن انسان است (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۱۸۰).

به باور هرزلیک ارتباط بین فرد و جامعه و نیز با سلامت و بیماری در بازنمایی اجتماعی منعکس می‌شود در این ارتباط دوگانگی بین فرد و جامعه در ساخت چارچوب بازنمایی اجتماعی اهمیت دارد و تجارب ذهنی از سلامت به فرد برای هماهنگ بودن با جامعه بر حسب انجام نقش‌های اجتماعی کمک می‌کند. از سوی دیگر بیماری در برخی موارد به پیامدهای مخربی در جامعه منجر می‌شود. بنابراین رفتار اجتماعی در تعریف معنای بیماری و سلامت اهمیت دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش وی بیماری ممکن است

<sup>۱</sup> Herzlich

بعنوان شکلی از انحراف برچسب خورده باشد و این مکانیسم برچسب زنی خود یک ویژگی مهم از کارکرد بازنمایی اجتماعی است. از نظر او بازنمایی سلامت و بیماری از این نظر که تجارب هر شخص و ارزش ها و اطلاعات رایج در جامعه در یک تصور معنادار انسجام یافته هستند، مستلزم توضیح روانشناسی پیچیده‌ای است (دیکسیت، ۲۰۰۵: ۵).

مطالعات متعدد بعدی نتایج مشابهی را به همراه داشت. پیل و اسکات<sup>۱</sup> (۱۹۸۲)، با زنان طبقه‌ی کارگری که دارای فرزندان جوان بودند، مصاحبه کردند. تعاریفی که از مصاحبه با آن ها استنباط شد، مبتنی بر این بود که سلامت یعنی فقدان بیماری. تعریف دیگری از سلامت بین آنان نیز مشترک بود و آن تعریف کارکردی مشتمل بر توانایی در انجام کار و برخورداری از ظرفیت لازم برای تطابق با نقش‌های طبیعی بود که با آن سروکار داشتند. در تعریف پیل و اسکات نیز مانند تعریف هرزلیک سلامت با شاد بودن و علاقمندی و شور و حرارت به انجام کار یا فعالیت مرتبط است (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۱۸۰). در تحقیق دیگری که توسط کاکرام، اسناد و دیوال در سال ۱۹۹۸ در ارتباط با سبک زندگی سلامت‌محور در روسیه انجام گرفت، جامعه‌ی آماری که شامل افراد ۱۸ و بالای ۱۸ سال بود به روش پیمایشی و اطر طریق مصاحبه مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌های این تحقیق نشان داد که مردان نزدیک به ۲۱/۲ دفعه بیشتر از زنان الکل مصرف می‌کنند. در زمینه‌ی سیگار هم مردان ۱۶ بار بیشتر از زنان سیگار می‌کشند. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که مردان گرایش بیشتری به ورزش دارند و افراد جوان‌تر، مجردها، با تحصیلات و درآمد بالا و بیکاران بیشتر از دیگران برای انجام آزمایش تندرستی پزشکی خود اقدام می‌کنند (کاکرهام و همکاران، ۲۰۰۲: ۴۸-۵۱).

### روش‌شناسی پژوهش

نوع تحقیق در این پژوهش کاربردی است. روش اجرای تحقیق نیز پیمایشی است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه می‌باشد؛ همچنین برای تهیه‌ی چارچوب مفهومی و تجربی از روش‌های اسنادی (کتابخانه‌ای) یعنی رجوع به منابع موجود استفاده خواهد شد. واحد مشاهده و تحلیل این تحقیق فرد می‌باشد. علت انتخاب روش پیمایش رسیدن به بیشینه‌ی قدرت تعمیم‌یافته‌ها است جامعه‌ی آماری تحقیق شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران شهر اهواز می‌باشد که بر اساس آمار اخذ

<sup>۱</sup> Pill & Scott

شده از مراکز آمار دانشگاه‌های نامبرده، ۲۲۱۵۰ نفر بوده که حجم نمونه معادل ۸۰۰ نفر از دانشجویان بر اساس فرمول کوکران به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و پس از جمع‌آوری پاسخ‌های پاسخگویان، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. از لحاظ زمانی این تحقیق در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲ اجرا شده است.

### یافته‌های پژوهش

برای ارزیابی متغیر سبک زندگی سلامت‌محور که متغیر وابسته تحقیق است، از برای سنجش سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان، ۵۴ گویه ۵ گزینه‌ای در سطح رتبه‌ای به صورت طیف لیکرت طراحی شده است. نمره‌ی ۳۸۴ نشان‌گر بالاترین سطح سبک زندگی سلامت‌محور می‌باشد. میانگین این متغیر برای دانشجویان مورد مطالعه ۲۹۴/۳۰ می‌باشد که نشان می‌دهد دانشجویان مورد مطالعه تا حدود زیاد و متوسطی رفتارهای سلامت‌محور دارند. میانگین نمره‌ی پاسخگویان در ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور در جدول زیر آورده شده است.

**جدول ۱: میانگین ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور**

وضعیت پاسخگویان از نمره‌ی میانگین	میانگین پاسخگویان	دامنه‌ی تغییرات	ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور
زیاد	۴۴٫۶	۹-۵۴	استفاده از توصیه‌های پزشکی
تا حدی زیاد	۱۹٫۶۳	۵-۳۰	آگاهی از وضعیت جسمانی
بین کم و گاهگاهی	۱۸٫۴۱	۵-۳۰	ورزش
تا حدی زیاد - زیاد	۸۵٫۱۷	۴-۲۴	سلامت روانی
زیاد	۱۶٫۱۴	۳-۱۸	بهداشت خرید
زیاد	۱۶٫۵	۳-۱۸	ایمنی در زمینه‌ی رانندگی
تا حدی زیاد	۱۳٫۶۷	۳-۱۸	تحرک روزانه
تا حدی پایین	۱۸٫۱۱	۵-۳۰	تغذیه‌ی مناسب
زیاد	۲۸٫۷۵	۵-۳۰	مصرف دخانیات و الکل
سالم	۱۶٫۰۴	۳-۱۸	عادت غذایی روزانه
متوسط	۲۵٫۳۷	۳-۳۶	تغذیه‌ی ناسالم
تا حدی زیاد	۱۸٫۱۱	۴-۲۴	مراقبت از خود
تا حدی کم	۶٫۷۲	۲-۱۲	ایمنی در زمینه‌ی نور آفتاب
تا حدی خوب	۱۷٫۶۲	۴-۲۴	عادت خواب
تا حدی خوب	۱۳٫۵۸	۳-۱۸	سلامت محیطی

### نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای مستقل

سرمایه‌ی اجتماعی: برای اندازه‌گیری سرمایه‌ی اجتماعی از ۱۵ گویه استفاده گردیده، که در این زمینه نمره‌ی ۱۸ نشان‌دهنده‌ی نبود سرمایه‌ی اجتماعی برای فرد و نمره‌ی ۱۰۸ نشان‌دهنده‌ی سرمایه‌ی اجتماعی خیلی زیاد برای فرد است که در این زمینه نیز میانگین به دست آمده ۷۶/۸۹ می‌باشد که نشان می‌دهد میانگین سرمایه‌ی اجتماعی برای دانشجویان مورد مطالعه در سطح متوسط قرار دارد.

سرمایه‌ی فرهنگی: سرمایه‌ی فرهنگی از متغیرهای مستقل تحقیق بوده که برای اندازه‌گیری این متغیر از ۱۴ گویه استفاده گردید، که در این زمینه نمره‌ی ۳۰ نشان‌دهنده‌ی نبود سرمایه‌ی فرهنگی برای فرد و نمره‌ی ۱۸۰ نشان‌دهنده‌ی سرمایه‌ی اجتماعی خیلی زیاد برای فرد است که در این زمینه میانگین بدست آمده ۷۰/۹ می‌باشد و نشان می‌دهد میانگین سرمایه‌ی فرهنگی برای دانشجویان مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد.

سرمایه‌ی اقتصادی: سرمایه‌ی فرهنگی از متغیرهای مستقل تحقیق بوده که برای اندازه‌گیری این متغیر از ۴ گویه استفاده گردیده، با توجه به این که این گویه ۶ گزینه‌ای بوده است، گزینه‌ی اول نداشتن ماشین، منزل مسکونی و سایر املاک را شامل می‌شد. بنابراین نمره‌ی صفر به آن‌ها داده شده است، ولی چون هر کسی حداقل درآمد را دارد، بنابراین درآمد از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری شده است. در این زمینه نمره‌ی ۱ نشان‌دهنده‌ی حداقل سرمایه‌ی اقتصادی برای فرد و نمره‌ی ۲۱ نشان‌دهنده‌ی سرمایه‌ی اقتصادی خیلی زیاد برای فرد است که در این زمینه نیز میانگین به دست آمده ۶/۱۷ می‌باشد و نشان می‌دهد دانشجویان مورد مطالعه از نظر سرمایه‌ی اقتصادی در سطح متوسط به پایین هستند.

### سرمایه‌های انسانی و سبک زندگی سلامت‌محور

برای آزمون رابطه‌ی بین سرمایه‌های انسانی و سبک زندگی سلامت‌محور از آزمون پیرسون استفاده شده است که نتایج آن نشان می‌دهد، سطح معنی‌داری برای رابطه هر سه نوع سرمایه با سبک زندگی سلامت‌محور صفر می‌باشد که نشان‌دهنده‌ی رابط کاملاً معنی‌دار بین سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه‌های انسانی است. ضرایب همبستگی به دست آمده برای رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور ۰/۴۷۲ است که نشان همبستگی متوسط می‌باشد. همچنین ضرایب همبستگی به دست آمده برای

سرمایه‌ی فرهنگی با سبک زندگی سلامت‌محور ۰/۲۷۱ و نشان‌دهنده‌ی همبستگی ضعیف می‌باشد. و بالاخره ضعیف‌ترین همبستگی در ارتباط با رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اقتصادی و سبک زندگی سلامت‌محور و میزان ۰/۱۳۳ می‌باشد. همچنین نتایج آزمون نشان می‌دهد که همبستگی بین سرمایه‌های انسانی و سبک زندگی سلامت‌محور مستقیم است. یعنی با بالا رفتن سرمایه‌های انسانی سبک زندگی دانشجویان سالم‌تر می‌شود. جدول ۲ نتایج به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۲: نتایج رابطه‌ی بین سرمایه‌های انسانی و سبک زندگی سلامت‌محور

متغیر	میزان همبستگی	سطح معنی‌داری	نتیجه‌ی آزمون
سرمایه‌ی اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور	۰/۴۷۴**	۰/۰۰۰	تأیید
سرمایه‌ی اقتصادی و سبک زندگی سلامت‌محور	۰/۲۷۱*	۰/۰۰۰	تأیید
سرمایه‌ی فرهنگی و سبک زندگی سلامت‌محور	۰/۱۳۳*	۰/۰۰۱	تأیید

### سبک زندگی سلامت‌محور و متغیرهای جمعیت‌شناختی

#### جنسیت

در این مطالعه، به منظور سنجش رابطه‌ی بین دو متغیر جنسیت و سبک زندگی سلامت‌محور از آزمون تفاوت میانگین‌ها استفاده شده، زیرا جنسیت متغیر اسمی دوحالتی و سبک زندگی سلامت‌محور متغیر فاصله‌ای است و مناسب‌ترین دستورالعمل برای این آزمون  $t$  می‌باشد. نتایج حاصل براساس کمیت  $f$  و سطح معنی‌داری به دست آمده مشخص کرد که تفاوتی معنی‌دار بین میانگین به دست آمده درباره‌ی زنان و مردان وجود دارد. به عبارتی زنان سبک زندگی سلامت‌محورتری نسبت به مردان دارند. نکته‌ی حائز اهمیت در این زمینه این است که میانگین سبک زندگی سالم برای زنان در همه‌ی زمینه‌ها بیشتر از مردان است ولی در زمینه‌ی ورزش، مردان بیشتر از زنان رفتار سلامت‌محور دارند. جدول ۳، نتایج آزمون‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون تفاوت میانگین سبک زندگی سلامت محور بر اساس جنسیت

متغیر	جنسیت	میانگین	درجه‌ی آزادی	مقدار <i>f</i>	سطح معنی داری
سبک زندگی سلامت محور	مرد	۲۹۲/۲۸۶	۶۹۷	-۲/۱۰۲	۰/۰۳۶
	زن	۲۹۶/۵۲			
تحرک روزانه	مرد	۱۳/۱۱	۷۳۶/۶۸۵	-۵/۳۳۹	۰/۰۰۰
	زن	۱۴/۳۶			
تغذیه مناسب	مرد	۱۷/۸۷	۷۴۸	-۲/۷۹۳	۰/۰۰۵
	زن	۱۸/۳۸			
مصرف دخانیات و الکل	مرد	۲۸/۵	۶۹۵/۵۵۷	-۶/۵۲۶	۰/۰۰۰
	زن	۲۹/۴			
بهداشت محیطی	مرد	۱۳/۳	۷۳۸/۷۴۶	-۲/۰۹۷	۰/۰۳۶
	زن	۱۳/۹			
تغذیه‌ی ناسالم	مرد	۲۴/۹۴	۷۴۴	-۲/۳۴۷	۰/۰۱۶
	زن	۲۵/۸۴			
ورزش	مرد	۱۹/۲۷	۷۴۵	۳/۹۸۵	۰/۰۰۰
	زن	۱۷/۵۱			

## سن

برای آزمون رابطه‌ی بین سن و سبک زندگی سلامت محور از آزمون پیرسون استفاده شده. نتایج نشان می‌دهد، سطح معنی داری برابر با ۰/۰۰۰ است و نشان دهنده‌ی رابطه‌ی معنی داری بین سبک زندگی سلامت محور و سن می‌باشد. ضریب همبستگی به دست آمده برای رابطه‌ی این دو متغیر ۰/۱۲۹ می‌باشد که بیانگر همبستگی مستقیم و ضعیف است. یعنی با بالا رفتن سن، سبک زندگی دانشجویان سالم تر می‌شود. جدول ۴ نتایج به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج رابطه‌ی بین سن و سبک زندگی سلامت محور

سن و سبک زندگی سلامت محور	سطح معنی داری	ضریب همبستگی
سن و سبک زندگی سلامت محور	۰/۰۰۰	۰/۱۲۹

### وضعیت تأهل

وضعیت تأهل بعنوان یک متغیر اسمی در سه حالت (مجرد، متأهل و مطلقه) مطرح شده است و سبک زندگی سلامت محور یک متغیر در سطح فاصله‌ای است؛ بنابراین مناسب‌ترین روش برای آزمون تفاوت میانگین سبک زندگی سلامت محور بر حسب وضعیت تأهل آزمون تحلیل واریانس یا آزمون  $f$  می‌باشد. بر اساس نتایج توصیفی، میانگین سبک زندگی سلامت محور برای مجردان ۲۹۰/۳۴، برای متأهلان ۲۹۶/۴۶ و برای مطلقه‌ها ۲۸۵/۶۷ بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس هم با سطح معنی‌داری ۰/۰۱۰ که کمتر از آلفای کرونباخ ۰/۰۵ می‌باشد نشان‌گر معنی‌دار بودن تفاوت میانگین‌ها است. نتایج این آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

**جدول ۵:** نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و وضعیت تأهل

کل	مطلقه		متأهل		مجرد	میانگین‌ها متغیر
	$f$	میانگین مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات		
۰/۰۱۰	۴/۶۵۵	۳۲۹۵/۴۵۷ ۷۰۷/۹۸	۲	۶۵۹/۹۱	بین گروهی	سبک زندگی سلامت محور
			۶۹۰	۹/۴۸۸۵۰۵	درون گروهی	
			۶۹۲	۸/۴۹۵۰۹۶	کل	

### قومیت

قومیت بعنوان یک متغیر مستقل یکی از متغیرهایی بوده که با شش حالت، از خود پاسخگویان پرسیده شد. به عبارتی از خود پاسخگویان خواسته شد تا خودشان را در یکی از ۵ طبقه قرار دهند. برای آزمون تفاوت بودن میانگین سبک زندگی سلامت محور بر اساس این شش گزینه، از آزمون تحلیل واریانس استفاده گردید. نتایج توصیفی تحقیق نشان می‌دهد که کمترین میزان سبک زندگی سلامت محور با میانگین ۲۷۵/۸۵ برای قومیت ترک و بیشترین میزان با میانگین ۳۰۰/۱۷ برای قومیت فارس است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با سطح معنی‌داری صفر نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌ها وجود دارد، یعنی وضعیت سبک زندگی سلامت محور دانشجویان بر حسب قومیت آنان متفاوت است. نتایج توصیفی و تحلیل واریانس در جدول ۶ آمده است.

**جدول ۶:** نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و قومیت

سایر	لر	فارس	ترک	کرد	عرب	میانگین‌ها
۲۹۴/۲۵	۲۹۴/۶۷۵	۳۰۰/۱۷	۲۹۴/۱۴	۲۸۵/۹۱	۲۷۵/۸۹	
سطح معنی‌داری	$f$	میانگین مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	
۰/۰۰۰	۷/۲۷	۴۹۸۷/۷۷	۴	۱۹۹۵۱/۰۸	بین گروهی	سبک زندگی
		۶۸۶/۱۰۲	۶۸۷	۴۷۱۳۵۲/۲	درون گروهی	سلامت‌محور
			۶۹۱	۴۹۱۳۰۳/۲	کل	

**نوع دانشگاه**

برای بررسی رابطه‌ی نوع دانشگاه و سبک زندگی سلامت‌محور، با توجه به اسمی بودن متغیر نوع دانشگاه و فاصله‌ای بودن متغیر سبک زندگی سلامت‌محور، مناسب‌ترین آزمون برای مقایسه‌ی این دو متغیر آزمون  $T-Test$  با دو نمونه‌ی مستقل می‌باشد؛ لذا در این پژوهش نیز برای بررسی تفاوت میانگین نوع دانشگاه در سبک زندگی سلامت‌محور از آزمون  $T$  مستقل استفاده نموده‌ایم که طی آن مشخص شد، بین دو متغیر نوع دانشگاه و سبک زندگی سلامت‌محور رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد؛ به این صورت سبک زندگی سلامت‌محور از نظر نوع دانشگاه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج در جدول ۷ نشان داده شده است.

**جدول ۷:** آزمون  $T-Test$  مربوط به رابطه‌ی متغیر نوع دانشگاه و سبک زندگی سلامت‌محور

نوع دانشگاه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار $F$	مقدار $T$	سطح معنی‌داری
چمران	۵۱۵	۱۹۶/۵۸۰۶	۲۶/۹۱۰۳	۱۳/۱۵۷	-۲/۳۰۴	۰/۰۰۰
جندی‌شاپور	۲۸۴	۲۰۰/۸۲۹۲	۲۰/۹۱۱۱			

**جنسیت**

برای بررسی رابطه‌ی جنسیت و سبک زندگی سلامت‌محور، متغیر جنسیت اسمی (به صورت دو مقوله‌ی ارزشی) و متغیر سبک زندگی سلامت‌محور به صورت فاصله‌ای (با طیف لیکرت) سنجیده شده است. مناسب‌ترین آزمون برای مقایسه‌ی این دو متغیر آزمون  $T-Test$  با دو نمونه‌ی مستقل می‌باشد. نتیجه‌ی این آزمون نشان داد که بین دو متغیر



جنسیت و سبک زندگی سلامت محور رابطه‌ی معنی دار وجود دارد؛ به این صورت سبک زندگی سلامت محور پاسخگویان بر حسب جنسیت متفاوت است. نتایج در جدول ۸ نشان داده شده است.

**جدول ۸:** آزمون *T-Test* مربوط به رابطه‌ی متغیر جنسیت و سبک زندگی سلامت محور

وضع تأهل	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار <i>F</i>	مقدار <i>T</i>	سطح معنی داری
	۷۴	۱۹۵/۳۸۷۳	۲۶/۳۷۹۸۵	۰/۰۵۴	۰/۴۵۰	۰/۰۰۲
مجرد	۷۰۰	۱۹۸/۰۷۹۸	۲۴/۸۸۴۰۶			

### تحصیلات

از آنجا که در تحقیق حاضر متغیر تحصیلات به صورت رتبه‌ای (مقولات مرتب) در نظر گرفته شده و متغیر سبک زندگی سلامت محور در سطح فاصله‌ای (به صورت طیف لیکرت) می‌باشد، مناسب‌ترین آزمون برای مطالعه‌ی این ارتباط، آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه می‌باشد؛ لذا در این تحقیق برای آزمون رابطه‌ی بین تحصیلات و سبک زندگی سلامت محور از آزمون آنالیز واریانس (آزمون *F*) استفاده کرده‌ایم. با توجه به داده‌های جدول زیر، *F* به دست آمده با درجه‌ی آزادی میان‌گروهی ۳، ۷۹۵ درون‌گروهی و سطح معنی داری  $\alpha=0/000$  برابر با  $F=6/838$  محاسبه گردیده است. از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده از سطح معنی داری مورد نظر ( $\alpha=0/05$ ) کوچک‌تر است، بنابراین می‌توان گفت که با توجه به اطلاعات این پژوهش بین تحصیلات و سبک زندگی سلامت محور ارتباط معنی داری وجود دارد. نتایج در جدول ۹ نمایش داده شده است.

**جدول ۹:** آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه‌ی تحصیلات و سبک زندگی سلامت محور

منبع تغییرات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات <i>SSF</i>	میانگین مجذورات <i>MSF</i>	مقدار <i>F</i>	سطح معنی داری
میان‌گروهی	۳	۱۲۵۵۸/۳۴۲	۴۱۸۶/۱۱۴	۶/۸۳۸	۰/۰۰۰
درون‌گروهی	۷۹۵	۴۸۶۷۱۵/۳۳۰	۶۱۲/۲۲۱		
کل	۷۸۹	۴۹۹۲۷۳/۶۷۱			

### تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت‌محور: مدل رگرسیونی

برای تعیین سهم تأثیرگذاری نسبی متغیرهای مستقل بر سبک زندگی سلامت‌محور از تحلیل رگرسیونی چندمتغیره با روش گام به گام استفاده شد. از پنج متغیر مستقل متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی، سرمایه‌ی فرهنگی و سن وارد معادله شدند که در مجموع ۲۳ درصد از تغییرات مربوط به سبک زندگی سلامت‌محور را این سه متغیر تبیین می‌کنند و مابقی واریانس تبیین شده متأثر از متغیرهای دیگری است که در مدل تحقیق آورده نشده‌اند. در میان این سه متغیر، سهم متغیر سرمایه‌ی اجتماعی با ضریب بتای ۰/۴ به شکل بارزی بیش از سایر متغیرها بوده است. یعنی با کنترل سایر متغیرها، به ازای یک واحد تغییر در سرمایه اجتماعی، سبک زندگی سلامت محور ۰/۴۰ واحد تغییر می‌کند. متغیرهای سرمایه‌ی فرهنگی و سرمایه‌ی اقتصادی نیز به ترتیب با بتای ۰/۱۸۲ و ۰/۱۲۴ وارد معادله‌ی رگرسیونی شده‌اند. همچنین در این مدل رگرسیونی شاخص‌های هم خطی<sup>۱</sup> نیز بررسی شده است. براساس نتایج جدول زیر، شاخص‌های ضریب تحمل و وی. آی. اف در حد قابل قبولی است. جداول زیر نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره را نشان می‌دهد.

جدول ۱۰: نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت‌محور

دوربین واتسون	مجذور R تصحیح شده	مجذور R	همبستگی چندگانه
۱/۹۸۹	۰/۲۳۳	۰/۲۳۹	۰/۴۸۹
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات
رگرسیون	۶۷۶۶۷/۲۸۵	۳	۲۲۵۵۵/۷۶۲
باقی مانده	۲۱۵۵۸۹/۸	۴۱۸	۵۱۵/۷۶۵
کل	۲۸۳۲۵۷	۴۲۱	

جدول ۱۱: متغیرهایی که وارد مدل شدند

عرض از مبدأ	p	بتا	t	سطح معنی‌داری	ضریب تحمل	وی. آی. اف.
۱۹۷/۳۲۹			۲۲/۷۷۳	۰/۰۰۰		
۰/۹۷۳	۰/۴۳	۸/۹۷۴		۰/۰۰۰	۰/۹۰۳	۱/۱۰۸
۰/۱۸۳	۰/۱۱	۳/۷۹۴		۰/۰۰۰	۰/۷۹۲	۱/۲۶۳
۰/۲۴۹	۰/۱	۲/۶۹۶		۰/۰۰۷	۰/۸۶۱	۱/۱۶۱

<sup>۱</sup> co-linearity

### نتیجه گیری

تحقیق حاضر با هدف مطالعه عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز آغاز شد. به طوری که عمده ترین مسئله‌ی مورد بررسی، تأثیر عوامل ساختاری بر شکل‌دهی سبک زندگی سلامت محور بود که به این منظور از نظریه‌های بوردیو، گیدنز، کاکرام و وبر استفاده شد. یافته‌های تحقیق نشان داد که این مطالعه به اهداف تعیین شده رسیده و نتایج به دست آمده منطبق با چارچوب نظری بوده است. با توجه به نظر کاکرام و نظریه‌ی دیگری تعمیم یافته‌ی مید، با این مضمون که ایدئولوژی سیاسی و مذهبی تأثیر به‌سزایی در انتخاب سبک زندگی سلامت محور دارد، می‌توان گفت که اسلام و نظام سیاسی بعنوان متغیرهای مداخله‌گر در بالا بردن سبک زندگی سالم‌تر دانشجویان به ویژه در بعد استفاده از دخانیات و اعتیاد به مواد مخدر و الکل نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که میانگین نمرات سبک زندگی سلامت محور، با بررسی ابعاد آن یعنی: تحرک روزانه در زندگی، تغذیه‌ی نامناسب، استعمال دخانیات و الکل، توجه به سلامت محیطی و تغذیه ناسالم و ورزش بر اساس جنسیت افراد متفاوت است. بطوری که زنان بیشتر از مردان سبک‌های زندگی سلامت محور دارند. جنسیت بعنوان یک موقعیت اجتماعی در جامعه برای فرد، در زمینه‌ی انتخاب نوع سبک زندگی تأثیرگذار است. همان‌طور که نتایج تحقیق نشان داد زنان در همه‌ی ابعاد سبک زندگی سلامت محور موقعیت بهتری نسبت به مردان دارند ولی در زمینه‌ی ورزش نسبت به مردان در رده‌ی پایین‌تری قرار دارند که این بخاطر کمبود امکانات و نوع نگاه فرهنگی به ورزش زنان در جامعه است. در این زمینه لازم است امکانات ورزشی برای این قشر فراهم شود و در زمینه‌ی چشم‌انداز فرهنگی جامعه نسبت به ورزش زنان بایستی فرهنگ‌سازی لازم انجام گیرد. در زمینه‌ی وضعیت تأهل نیز متأهلان بیش از افراد مجرد و مطلقه سبک زندگی سالم دارند. این که متأهلان بیش از دیگران و مطلقه‌ها کمتر از همه سبک زندگی سلامت محور دارند با یافته‌های هم‌ساز، وایت و لیلارد و راجرز مطابقت دارد. در این زمینه حمایت اجتماعی برای متأهلان و تغذیه‌ی مناسب دخالت دارد که بایستی مورد توجه قرار گیرد تا زمینه را برای ازدواج جوانان و پایداری نهاد خانواده فراهم کند. همچنین نتایج آزمون‌های تحقیق نشان می‌دهد که سرمایه‌ی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی با میزان سبک زندگی سلامت محور رابطه‌ی معنی‌دار و مستقیم داشته است یعنی با بالا رفتن میزان سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سبک زندگی انتخابی دانشجویان هم سالم‌تر می‌شود که این هم منطبق بر

نظریه‌ی بوردیو، گیدنز، وبر و کاکرام است. هر چند که تأثیرگذاری سرمایه‌های اجتماعی بیشتر از سرمایه‌ی اقتصادی و فرهنگی بوده است. همان‌طور که نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد از بین متغیرهای مستقل، سرمایه‌ی اجتماعی بیشترین سهم را در تبیین سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دارد. پس در این زمینه در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت بایستی ابعاد سرمایه‌ی انسانی به ویژه سرمایه‌ی اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی بعنوان تعیین‌کننده‌های رفتار سالم مدنظر قرار گیرد.

### سپاسگزاری

این تحقیق با پشتیبانی مالی معاونت محترم پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی طی کد ۹۲۰۷-SDH انجام گرفته است. از همه‌ی دست‌اندرکاران کمال تشکر را داریم؛ همچنین بر خود لازم می‌دانیم که از مسئولین و دانشجویان عزیز دانشگاه‌های علوم پزشکی و شهید چمران اهواز که در انجام این تحقیق همکاری صمیمانه داشتند سپاسگزاری ویژه داشته باشیم.

**فهرست منابع:**

- جمشیدی‌ها، غلامرضا و شهرام پرستش (۱۳۸۶). "دیالکتیک منش و میدان در نظریه‌ی عمل پیر بوردیو"، نامه‌ی علوم اجتماعی، شماره‌ی ۳۰، بهار.
- دیماثو، رایین (۱۳۷۸). روان‌شناسی سلامت، ترجمه‌ی محمد کاویانی و همکاران، جلد اول، تهران: انتشارات سمت.
- رحمت‌آبادی، الهام و حبیب آقابخشی (۱۳۸۵). "سبک زندگی و هویت اجتماعی جوانان"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره‌ی ۲۰، بهار.
- ریتزر، جورج (۱۳۷۴). نظریه‌ی جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه‌ی محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- صمدی، منصور (۱۳۸۲). رفتار مصرف‌کننده، تهران: آبیژ.
- غفاری، غلامرضا (۱۳۸۷). "سازه‌ی سرمایه‌ی فرهنگی و منابع مولد آن"، رشد آموزش علوم اجتماعی، دوره‌ی دوازدهم، شماره‌ی دو، زمستان.
- فاضلی، محمد (۱۳۸۲). مصرف و سبک زندگی، قم: صبح صادق.
- کورتیس، آنتونی. جی (۱۳۸۵). روانشناسی سلامت، ترجمه‌ی شهناز محمدی، تهران: انتشارات ویرایش.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶). اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۲). تجدد و تشخص (جامعه و هویت شخصی در عصر جدید)، ترجمه‌ی ناصر موفقیان، تهران: نشر نی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی، ترجمه‌ی حسن چاوشیان، تهران: نشرنی.

Anderson KJ, Pullen CH. (2013). "Physical activity with spiritual strategies intervention: a cluster randomized trial with older African American women", *Res Gerontol Nurs*; 6(1): 11-21.

Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. (2005). "Health promotion behavior of students at the nursing", *college.cumhuriyet universitesi Hemsirelik Yuksekokulu* 2005; 9(2): 26-34.

Alpar SE, Senturan L, Karabacak U, Sabuncu N. (2008). "Change in the health promoting lifestyle", *behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. Nurs Educ Pract*; 8(6): 382-8.

Bourdieu, Pierr (2002). Invitation to Reflexive Sociology, London: Polity Press.

Bury, Michael & Gabe, Jonathan (2004). The Sociolog of Heath and Illness, London: Routledge.

Cockerham, William C. (2000). The Sociology of Health Behavior and Health lifestyles, London: Prentice Hall College.

Cockerham, William C. (2008). Social causes of Health and Disease, London: Polity press.

Cockerham, William C. & A. Rutten & T. Abel (1997). "Conceptualizing Contemporary Health Lifestayle: Moving Beyond Weber", The Sociological Qurterly, 38 (2): 321-342.

The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. J Sch Health 2004; 74(6): 204-6.

Suraj S, Singh A. (2011). "Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students", Indian J Med Res, 134(5): 645-52.

Valery PC, Ibiebele T, Harris M, Green AC, Cotterill A, Moloney A, et al. Diet, (2012). "Physical activity, and obesity in school-aged indigenous youths in northern Australia", J Obes 2012; 2012: 893508.

Lee A, Wun Y, Chan K. (1997). "Changing family medicine/general practice morbidity patterns in Hong Kong adults", Hong Kong Practitioner; 19(10): 508-17