

رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت محور
در زنان شهر سنندج
Relationship between Types of Capital
and Healthy Lifestyle
in Sanandaj Women

yaghoob Ahmadi¹, hosein mohammad-zade¹, simin aliramai²

یعقوب احمدی^{*}، حسین محمدزاده^{*}،
سیمین علی رمائی^{***}

Introduction: One of the most important advances in theory of sociology is increased attention to lifestyle as a key concept in explaining human social behavior. Lifestyle includes physical preferences, appearance, housing, work, and leisure habits that distinguish citizens from each other. In recent years, healthy lifestyle has been attention by sociologists. Paying attention to lifestyle and health change behavioral and mental dimensions due to improvement of health. Happiness, confidence, energy, strength, and health are all qualities an individual wants. The real question is how bad they want it. It is really not as hard as it seems. Gradually changing your life into a well balanced, healthy lifestyle can be done. It may be hard getting rid of old habits, but it is well worth it. Start with little changes and less excuses. Living a healthy lifestyle is not a diet or some ridiculous weight loss challenge. Living a healthy lifestyle is a melting pot of several factors.

مقدمه: یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌ها در تئوری‌های جامعه‌شناسی افزایش توجه به سبک زندگی به‌عنوان یک مفهوم کلیدی در تبیین رفتار اجتماعی بشر است. سبک زندگی شامل ترجیحات بدنی، ظاهر، مسکن، عادات کاری و اوقات فراغت است که شهروندان را از هم متمایز می‌کنند. سبک زندگی سلامت محور در سالهای اخیر مورد توجه جامعه‌شناسان قرار گرفته است. توجه به سبک زندگی و سلامت این مضمون را به همراه دارد که با تغییر در وجوه ذهنی و رفتاری می‌توان به ارتقاء و تضمین سلامت کمک کرد. تغییر در سبک زندگی سلامت محور را می‌توان از طریق پاره‌ای از مؤلفه‌های اجتماعی همچون انواع سرمایه (اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی) تسهیل نمود. به نظر می‌رسد، استان کردستان و شهر سنندج به واسطه تفاوت فرهنگی قومی و مذهبی با سایر نقاط ایران، در حوزه سبک زندگی موردی مناسب برای ارزیابی باشد. پژوهش حاضر درصدد است تا اثر مالکیت و برخورداری از انواع سرمایه را بر تنوعات سبک زندگی سلامت محور زنان بررسی و واکاوی نماید و درصدد پاسخگویی به این

1. Ph.D in sociology,
2. M.A Student in sociology
<saliramai@yahoo.com>

* دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه پیام نور
** کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، آموزش و پرورش
منطقه کلاترزان، (نویسنده مسئول)،
<saliramai@yahoo.com>

One is not able to live a healthy lifestyle without a solid diet and workout foundation. The harmful side effects of processed food, drugs, alcohol, and sleep deprivation trump one's life while mental and emotional stability aids in a healthy lifestyle. According to the World Health Organization, only one in ten people exercise regularly and a majority does not follow a healthy diet. The main culprit is our penchant for junk food as can be seen from the popularity of fast food chains and other western eateries. Even local foods such as fried noodles, friend rice, snacks, and savories are laden with fat and calories. Thus, consuming this type of food on a daily basis can contribute to weight gain. Overweight and obese people suffer from many health complications such as diabetes, high blood pressure, high cholesterol, and even cancer. Leading a healthy lifestyle is a conscious decision. One can ignore that and lead a life that exposes one too many health hazards. It is important to recognize that a healthy living ensures a longer life span as well as a life free of disease and complications. Hence, the emphasis on healthy lifestyle should start at young ages. Parents must urge their children to eat

پرسش است که انواع و ابعاد مختلف سرمایه (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی) چه اثری بر انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور زنان شهر سنندج دارند؟

روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی غیرتجربی است که با روش پیمایش انجام پذیرفته است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه زنان بالای ۱۸ سال شهر سنندج بوده است که از بین آنها، تعداد ۳۱۰ نفر براساس فرمول کوکران به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شده و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بوده است. همچنین ابزار گردآوری داده‌ها تلفیقی از پرسشنامه محقق‌ساخته و استاندارد بوده است که از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار بود.

یافته‌ها: وضعیت زنان در چهار بعد (رشد معنوی و خود شکوفایی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین فردی و تغذیه) در حد متوسط، اما در دو بعد ورزش و فعالیت بدنی و مدیریت استرس در حد پایین است. علاوه بر آن، یافته‌های تحلیلی نشان داد که دو نوع سرمایه اقتصادی و فرهنگی و ابعاد آنها و بعد شبکه‌های اجتماعی در مقیاس سرمایه اجتماعی، البته با درجات و شدت متفاوت با سبک زندگی سلامت‌محور ارتباط دارند.

بحث: بر این اساس می‌توان گفت که مؤلفه‌های سرمایه فرهنگی و اقتصادی اثر مثبت و مناسبی بر انتخاب سبک زندگی در راستای سلامت دارند و در میان مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، بعد شبکه که منجر به گسترش روابط و فعالیتهای جمعی و همگانی

more vegetables, fruits, juices, whole meal and wholegrain foods. Many parents, due to time constraint, usually find the easy way out by cooking two-minute noodles or heading towards the nearest fast food joint for quick meal. They do not realize however that sets the stage for an unhealthy lifestyle for their children who quickly become addicted to such foods. Thus, parents can counter this problem by cooking or preparing meals that do not take up time such as cheese sandwiches, soup, stir fried vegetables or buy pre-packed meals from supermarkets which can be warmed up in the microwave oven. Change in healthy lifestyle can be made facilitated by a number of factors including types of capital (social, cultural and economic). Therefore, the aim of this paper is to investigate the relationship between different types of Capital and healthy lifestyle. It seems that the city of Sanandaj in Kurdistan province due to cultural differences in ethnic and linguistic terms with other parts of Iran, in the field of lifestyle is suitable for the evaluation.

This study intends to analyze effect of variety of women's capital on healthy lifestyle and tries to answer this question that what is the effect of types and

می‌شود، اثر قابل ملاحظه‌ای داشته است. به عبارتی به نظر می‌رسد پیوندهای زنان منجر به رشد آگاهی نسبت به سلامت و ابعاد آن شده و درگیری زنان در جمع‌های مختلف به انتخاب سبک زندگی کمک کرده است.

واژگان کلیدی: سبک زندگی سلامت‌محور، سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۲۸

مقدمه

سلامت صرفاً به معنای عدم نشانگان (سندروم) فیزیکی بیماری نیست. بلکه از دیدگاه «سازمان جهانی سلامت» این مفهوم شامل طیف گسترده‌ای از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در افراد است. بنابراین دستیابی به آن نه به‌عنوان یک هدف، بلکه به منزله منبعی در زندگی روزمره است که در نهایت می‌تواند منجر به افزایش احساس مثبت نسبت به زندگی و توانایی خویش‌تن‌یابی در افراد شود» (سایلور^۱، ۲۰۰۴). علیرغم پیشرفتهای چشمگیر پزشکی، بیماریهای

1. Saylor

sizes of capital (economic, social and cultural) on women's choice of healthy lifestyle in Sanandaj?

Method: This paper is a descriptive and non-laboratory study was conducted using survey techniques. The population were all of the over 18 year old women of the city of Sanandaj. The sample size was chosen based on Cochran formula (310) and stratified cluster sampling method is determined. The data collection tool has been a combination of questionnaires researcher made and standards that were valid and reliable.

Findings: Results of research on the status of healthy lifestyle of women in Sanandaj based on six dimensions show that situation of women is moderate in four dimensions (spiritual growth and self-actualization, accountability of health, interpersonal relationships, and nutrition), but in both the exercise and stress management is low. Moreover, the findings indicated two types of capital (economic and cultural) and their aspects and dimension of social networks from social capital index, with varying degrees of severity, has significant relationship with healthy lifestyle.

Discussion: So, it can be argued that

جسمی و اجتماعی در حال افزایش هستند. گرچه بیشتر مردم عمر طولانی تری نسبت به گذشته دارند، اما دچار محتتهای جدیدی شده‌اند. با این وجود که گروه‌های پزشکی بخشی از بیماریهای عفونی را به خوبی کنترل کرده و حتی در مواردی هم به ریشه‌کنی بیماری دست یافته‌اند، اما بیماریهای جدیدی در حال ظهورند که ناشی از تغییر در سبک زندگی رفتاری و غذایی و گاهی ناشی از ویروسهای جهش یافته هستند. تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که غالب بار جهانی بیماریها در دوران معاصر، ناشی از رفتار انسان و انتخابهای زیانبخشی است که از سوی آنان به صورت انفرادی و جمعی انجام می‌گیرد (جمیسن و دیگران، ۱۳۸۸). به همین دلایل در دهه‌های اخیر مفهوم سبک زندگی به صورت عام و «سبک زندگی سلامت محور» به طور خاص توجه اغلب محققان سلامت و جامعه‌شناسان پزشکی را

factors of cultural and economic capital have positive effect on selection of healthy lifestyle. In addition to the components of social capital and network index which leading to the expansion of the collaborative activities and public relations have significant effect. In other words, it seems that women linkage in respect to growth of awareness about health and their engagement in different activities has been helpful in selection of type of lifestyle.

Keywords: Cultural capital, Economic capital, Healthy lifestyle, Social capital, Women

را در بر می‌گیرد که در پی فرایند اجتماعی شدن به وجود می‌آیند (استاجی و همکاران، ۱۳۸۵) و سبک زندگی سالم به‌عنوان شاخه‌ای از سبک زندگی درصدد است تا رفتارهایی را شکل دهد که بر حفظ سلامتی افراد و جلوگیری از انجام رفتارهای پرخطر مفید هستند. آی کینگ^۱ (۲۰۰۷) بر آن است که افراد دارای پایگاه اقتصادی پایین تمایل کمتری نسبت به سبک زندگی‌شان سلامت‌محور دارند. نتایج پژوهش کنسیک^۲ و همکارانش (۲۰۰۳) هم نشان می‌دهد که درآمد، بهترین شاخص پایگاه اقتصادی، اجتماعی مرتبط با سلامتی است.

تنوعات سبک زندگی در جوامع معاصر تحت تأثیر تعیین‌کننده‌هایی است که هر یک بخشی از این پدیده چندوجهی را مورد تبیین قرار می‌دهند. ذخایر و منابع موجود در دسترس هر فرد که در مباحث جامعه‌شناختی از آن به‌عنوان «سرمایه» یاد می‌شود، از جمله عوامل مؤثر در این فرایند هستند. سرمایه‌های

به خود جلب کرده است. اهمیت سبک زندگی بیشتر از آن جهت است که روی کیفیت زندگی و پیش‌گیری از بیماریها مؤثر می‌باشد (پری و پوتر، ۲۰۰۱). مفهوم سبک زندگی اشاره به بازتاب کاملی از ارزشهای اجتماعی، طرز برخورد و فعالیتها دارد. همچنین ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی (فعالیت بدنی، تغذیه، اعتیاد به الکل و دخانیات و...)

1. King
2. Kensing

اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی جزو منابع ارزشمند در هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند و بنابر نظریات جامعه‌شناسان ترکیب این سرمایه‌ها عاملی تعیین‌کننده در باورها و نگرشها و حتی رفتار افراد محسوب می‌شود. به عبارتی، میزان برخورداری افراد از این سرمایه‌ها محل قرارگیری آنها را در فضای اجتماعی مشخص می‌کند. در واقع نگرش افراد به مسائل اجتماعی به میزان برخورداری آنها از سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بستگی دارد.

علاوه بر آن، در کشور ایران بیماریهای غیر واگیر یکی از علل اصلی مرگ و ناتوانی بوده به طوری که در سال ۲۰۰۲ حدود ۷۰ درصد از تمام مرگ و میرها در ایران به علت این بیماریهای رخ داده است (براتی و همکاران، ۱۳۸۹). بنابر اعلام رئیس مرکز بیماریهای غیرواگیر وزارت بهداشت، بعد از تصادفات، ۸۵ درصد علت مرگ و میرها در کشور در سال ۱۳۹۱ مربوط به بیماریهای غیرواگیر بوده است (سایت باشگاه خبرنگاران جوان^۱). باتوجه به اینکه جامعه ایران با یک گذار اپیدمیولوژیک، همراه با تغییرات سریع الگوی غذایی پرانرژی و کم‌ارزش از نظر غذایی، کاهش فعالیت جسمی و افزایش مصرف دخانیات روبه روست، در معرض همه‌گیری بیماریهای غیرواگیر در طول سالهای آتی قرار دارد (فیاض‌بخش و همکاران، ۱۳۹۰). هرچه شهرها بزرگ‌تر و سبک زندگی افراد متفاوت از شهرهای کوچک‌تر باشد، میزان بروز بیماری‌های غیرواگیردار نیز بیشتر می‌شود. به‌طور مثال بیشتر زنان در شهرهای بزرگ شاغل هستن دیرتر ازدواج می‌کنند و دیرتر بچه‌دار می‌شوند یا اصلاً بچه‌دار نمی‌شوند و اگر بچه‌دار شوند کمتر به فرزندانشان شیر می‌دهند؛ در نتیجه میزان سرطان سینه به مراتب بیشتر از زنانی است که در روستاها و شهرهای کوچک زندگی می‌کنند؛ به عبارت دیگر زندگی

1. www.yjc.ir

در شهرهای بزرگ سبک زندگی افراد را تغییر می‌دهد و افراد بیشتر از غذاهای آماده استفاده می‌کنند (نفیسی، ۱۳۹۲). بر این اساس، توجه به سبک زندگی سالم و عوامل تأثیرگذار بر آن مسئله، مهم و اساسی است و در این راستا، پژوهش حاضر درصدد است تا اثر مالکیت و برخورداری از انواع سرمایه را بر تنوعات سبک زندگی سلامت‌محور زنان بررسی و واکاوی کند و درصدد پاسخگویی به این پرسش است که انواع و ابعاد مختلف سرمایه (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی) چه اثری بر انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور زنان شهر سنندج دارند؟

پیشینه تجربی

جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی پزشکی در ایران نسبت به سایر حوزه‌های علوم اجتماعی، جدیدتر بوده و به‌طور 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. در این راستا مطالعات داخلی در وهله نخست درصدد ارزیابی وضعیت گروههای مختلف اجتماعی از منظر سبک زندگی سلامت‌محور بوده‌اند. در این زمینه شواهد به دست آمده (شمسی، ۱۳۸۹) حاکی از وجود رفتار مرتبط با سلامت در میان شهروندان است. در این راستا، تأکید می‌شود که شهروندان از نظر شاخصهای مثبتی همچون اهمیت وضع ظاهری، سلامت روانی، استفاده از توصیه‌های پزشکی، عادات غذایی سالم، رعایت اصول ایمنی و وضعیت خواب پاسخگویان در حد مناسب و رضایت‌بخش بوده، اما از نظر دیگر شاخصها همچون آگاهی از وضعیت جسمانی و انجام فعالیت ورزشی وضعیت مناسبی ندارند. به نظر می‌رسد که شواهد موجود و شیوع و گسترش انواع مختلف بیماریهای مرتبط با

انتخاب سبک زندگی ناسالم موجب تردید در نتایج مطالعه فوق می‌گردد. این موارد اخیر در واقع گواهی است بر اهمیت متعین‌های ساختاری و فرهنگی برای انتخاب سبک زندگی سلامت. در این راستا، مطالعات مختلف از جنبه‌های متفاوتی و البته مرتبطی به ارزیابی عناصر و مؤلفه‌های تبیین‌کننده گرایش شهروندان به انتخاب سبک زندگی سالم پرداخته‌اند. در پژوهشی که در رابطه با نقص سرمایه اجتماعی در ارتقاء سبک زندگی سالم به انجام رسیده است (قادری و همکاران، ۱۳۹۴) محققان به این نتیجه رسیده‌اند که سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن اثرات مثبت و مهمی بر سبک زندگی سالم و خرده مقیاسهای آن دارند. همچنین در پژوهشی که در میان ورزشکاران و با توجه به وضعیت سرمایه اجتماعی انجام پذیرفته است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۳) محققان نشان داده‌اند که بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور ورزشکاران رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد. به بیان دیگر، با افزایش سرمایه اجتماعی ورزشکاران، سبک زندگی سلامت محور آنها بهبود می‌یابد. علاوه بر آن، نتایج بررسی پیوند میان سرمایه فرهنگی و اشکال مختلف سبک زندگی (غائب، ۱۳۸۶؛ محمدی، ۱۳۹۰) حاکی از آن بوده است که سرمایه فرهنگی به ویژه سرمایه فرهنگی نهادی نقش تعیین‌کننده در انتخاب نوع سبک زندگی افراد ایفاء می‌کند در واقع یکی از اولویتهای تعیین‌کننده در این مطالعات و در مطالعه پیشین اهمیت تحصیلات و افزایش سطح سواد شهروندان است. امری که به نظر و با توجه به تأکید نظریه پردازان حوزه پسانوسازی (اینگلهارت، ۱۳۸۹) منطبق با واقعیت جلوه می‌کند. همچنین، بررسی تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷) نشان داده است که اشکال متفاوت سرمایه انسانی (اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی شهروندان رابطه معناداری داشته است.

نتیجه تحقیق حاکی از آن بوده است که رابطه کاملاً معناداری میان سرمایه‌ها و سبک زندگی سلامت محور وجود دارد. نهایتاً اینکه تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی در این پژوهش بیشتر از سرمایه‌های اقتصادی و فرهنگی بوده و یا به عبارتی رابطه بین سرمایه اقتصادی و سبک زندگی سلامت محور در حد ضعیفی بوده است. علاوه بر موارد فوق، شواهدی از منابع متخلف و گسترده (کاکرهام، زریش، ۲۰۰۴؛ شوارتز، ۲۰۰۰؛ تاونزند، ۱۹۸۸) نشان می‌دهد که الگوهای رفتار ربط با سلامت به‌طور مشخص با ویژگیهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی همچون سن، طبقه اجتماعی، جنسیت و زمینه‌های آموزشی گروهها متمایز می‌شود. به‌عنوان نمونه کارکرام و همکاران در مطالعات مختلف (۱۹۹۸، ۲۰۰۰) نشان داده‌اند که انتخاب سبک زندگی مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی- فرهنگی یا به باور آنها متعینهای اجتماعی- فرهنگی انجام می‌پذیرد. زریش و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی تحت عنوان «زندگی همسایگی، سرمایه اجتماعی و سلامت» تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت افراد را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که سرمایه اجتماعی بر سلامتی فیزیکی و روانی افراد در گروههای بزرگسال تأثیر به‌سزایی دارد. شوارتز^۱ و مارلین (۲۰۰۰) بر مبنای سلیقه‌ها و داراییهای فرهنگی سه بخش مختلف را شناسایی می‌کنند و عنوان می‌کنند که شاغلین در خدمات عمومی که سرمایه فرهنگی بالا و سرمایه اجتماعی پایین دارند، معمولاً شیوه‌های سالم و فعال‌تری را برای زندگی برمی‌گزینند. مدیران و مقامات اداری که «سرمایه فرهنگی» پایین و «سرمایه اقتصادی» بالا دارند و ترجیح می‌دهند سبکهای سنتی دکوراسیون خانه و مد را انتخاب کنند. سبک «پست مدرن‌ها» که فاقد هر گونه اصل تعریف کننده است. همچنین تحقیقات هم‌مسترم (۱۹۹۶) وایت و لیارد (۱۹۹۵) و راجرز

1. Schwartz

(۱۹۹۵) نشان می‌دهد که افراد متأهل به‌طور میانگین از افراد مجرد سالم‌تر هستند (ویلیامز و آمبرسون، ۲۰۰۴). ای کینگ^۱ و همکاران (۲۰۰۷ و ۲۰۰۹) در تحقیق مشابهی پیرامون تبعیت از منشهای سبک زندگی سلامت‌محور و تطبیق با شرایط جدید سبک زندگی سلامت‌محور به این نتیجه رسیدند که اگرچه میزان کشیدن سیگار در بین افراد مورد مطالعه (۷۴-۴) تغییر نکرد، اما انجام فعالیت‌های فیزیکی و خوردن میوه و سبزیجات کاهش یافت و در مقابل تعداد افراد دارای توده‌های بدنی و میزان مصرف الکل افزایش یافت و نهایتاً تبعیت از الگوهای سبک زندگی کاهش یافته است. الف کنسیک^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۳ در مطالعه‌ای تطبیقی-مقطعی (آلمان و آمریکا) نشان دادند که در حالی که هیچ یک از شاخصهای پایگاه اقتصادی و اجتماعی ارتباطی با سلامتی در آلمان نداشتند، اما درآمد بهترین شاخص پایگاه اجتماعی، اقتصادی مرتبط با سلامت در آن کشور بوده است. همچنین در ایالات متحده ارتباط ضعیفی بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی با سلامتی وجود دارد. از طرفی دیگر نتایج کار آنها نشان داد تفاوت‌های اجتماعی در سلامتی در بین افراد مسن ایالات متحده رو به کاهش است، اما این تفاوت‌ها در آلمان به نسبت ملایم‌تری تغییر می‌کند. همچنین، یافته‌ای سی هونک (۲۰۰۴) در بین افراد بالای ۱۸ سال هلندی نشان داد افرادی که مصرف غذایی گیاهی دارند بیش از مصرف‌کنندگان گوشتی گرایش مثبت به سلامتی دارند. هینگ لام^۳ (۲۰۰۴) جهت بررسی مراحل ارتقای سلامت عمومی و اعمال سبک زندگی سلامت‌محور در بین چین‌ها ۶۴-۱۸ ساله ساکن هنگ کنگ دریافت که ۳۹ درصد افراد هیچ‌گونه عملی برای ارتقای سلامتی انجام نداده‌اند. ۱۲ درصد اعمال خاصی برای

1. Iking
2. Kensing
3. Hinglam

بهبود سلامتی داشته‌اند، اما برای ادامه آن بی‌توجه بوده‌اند، اگرچه سه درصد افراد هیچ کنشی برای بهبود سلامتی نداشته‌اند، اما مایلند در شش ماه آینده آن را انجام دهند. این درصد برای کسانی که می‌خواهند در یک ماه آینده این کار را انجام دهند به ۱۱ درصد می‌رسد و ۱۵ درصد افراد اعمال برای بهبود سلامتی در کمتر از شش ماه انجام داده‌اند و مایل به ادامه هستند و ۲۱ درصد خواهان حفظ این فعالیت هستند (هینگ لام، ۲۰۰۴).

در تحقیقی متفاوت کاکرهام و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که سبک زندگی سلامت‌محور منفی، تعیین‌کننده اصلی برای مرگ و میر در دولتهای سوسیالیست سابق است. نتایج نشان می‌دهند اگرچه وضعیت اقتصادی قزاقستان بهتر از قرقیزستان است، اما سبک زندگی در قرقیزستان مثبت‌تر است. وی به این نتیجه رسید در بلاروس، روسیه، اکراین و قزاقستان (۲۰۰۰ و ۲۰۰۴) اگرچه زنان بیشتر از مردان دچار استرس بر اعمال سبک زندگی سلامت‌محور، روی رژیم غذایی روزانه هستند، اما مردان و زنانی که استرس کمتری دارند از رژیم غذایی متعادل‌تری نسبت به مردان و زنان با استرس بالا استفاده می‌کنند. در روسیه مصرف زیاد الکل، سیگار، رژیم غذایی پرچرب و فقدان ورزش عوامل اصلی بالا بودن بیماریهای قلبی و مرگ و میر است که بیشتر برای مردان میانسال و طبقه کارگر اتفاق افتاده است. نهایتاً انتخاب سبک زندگی تا حد زیادی نتیجه شرایط ساختاری (شانسهای زندگی) است تا عاملیت (انتخابهای زندگی) و هنجارهای گروه یا اجتماع و بر طول عمر تأثیر می‌گذارد (کاکرهام، ۲۰۰۴). به هر روی آنچه که در مطالعات تجربی فوق حائز اهمیت است تأکید محققان بر متعینها ساختاری و زمینه‌ای بر تنوع انتخابهای سبک زندگی و به‌ویژه گرایش به انتخاب سبک زندگی سالم است.

چارچوب نظری

پیر بردیو از جمله تأثیرگذارترین نظریه پردازانی است تحلیل نظری جامعی درباره مفاهیم مصرف و سبک زندگی ارائه دهد. وی بر این موضوع تأکید می‌کند که چگونه اعمال افراد به وسیله ساخت جهان اجتماعی آنها تحت نفوذ و تأثیر قرار می‌گیرد و در مقابل چگونه این اعمال، آن ساخت را بازتولید می‌کنند. بردیو در اثر مشهور خویش با عنوان «تمایز» به‌طور سیستماتیک الگوهای فرهنگی مصرف را برای تعریف ذوق و قریحه در بین طبقات اجتماعی جامعه 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 (کاکرهام، ۲۰۰۴). در نظر بردیو، جامعه با عنوان فضای اجتماعی که جایگاه رقابتی شدید و بی‌پایانی است بازنمایی می‌شود که در جریان این رقابتهای تفاوت‌هایی ظهور می‌کند که ماده و چارچوب لازم برای هستی اجتماعی را فراهم می‌کند. او جامعه را موجودیتی غیریکپارچه می‌داند که در آن مدل‌های کوچک متمایزی از قواعد، مقررات و اشکال قدرت وجود دارد که میدان خواننده می‌شوند. میدان عرصه رقابت برای کسب پایگاه در سلسله مراتب قدرت است (فاضلی، ۱۳۸۲).

به اعتقاد واکوانت میدان در وهله اول فضای ساختمندی از جایگاههاست (استونز، ۱۳۸۱). هر میدان یا حوزه‌ای به کنشگران و عاملان خود، فضایی از امکانات عرضه می‌کند که سبب می‌شود، آفرینشگران در عمل هماهنگی یابند (بردیو، ۱۳۸۱). از این‌رو میدان بیانگر شرایط اجتماعی عاملان است و در ساختارگرایی تکوینی بردیو، نقش مهمی در تبیین ساختارهای اجتماعی دارد (خادمیان، ۱۳۸۸). بردیو فضای

اجتماعی را بر محور اشکال مختلف سرمایه اعم از سرمایه 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 اندیشه بوردیو 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). به این ترتیب بوردیو با بهره‌گیری از مفاهیم سرمایه 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). او به مدد این مفاهیم، نظریه‌ای منسجم درباره شکل‌گیری سبکهای زندگی ارائه کرده است. طبق مدل بوردیو 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 است.

ویلیام کاکرهام از جمله متفکرانی است که در دوره اخیر به بسط مفهوم سبک زندگی در حوزه سلامت پرداخته است. او نیاز به تئوری «سبک زندگی سلامت» 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 به‌عنوان 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 مدرنیته متأخر، افراد را در برابر سلامتی و به‌طور کلی بدنهایشان بیشتر مسئول کرده است. کاکرهام در طرح مدل سبک زندگی سلامت از مباحث وبر، گیدنز و بوردیو در حوزه سبک زندگی متأثر بوده است. وی در پژوهشی میدانی با استفاده از چارچوب نظریه بوردیو نشان می‌دهد که سبکهای زندگی منفی به‌عنوان 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 طبقه کارگر تشکیل می‌دادند.

اوضاع زندگی و موقعیت به نسبت پایین و ضعیف آنها در ساخت اجتماعی، عاداتی را پرورش می‌داد که مبتنی بر اعمال غیربهداشتی بود (مانند مصرف زیاد مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، بی توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش). این نوع سبک زندگی باعث بالا رفتن میزان بیماریهای قلبی، تصادفات و دیگر مشکلات بهداشتی بود و در نهایت منجر به کوتاهی طول عمر می‌شد. این رفتارها هنجارهای ایجاد شده از طریق تعامل گروهی بودند که به واسطه فرصتهایی که آنها در اختیار داشتند، شکل گرفته و به وسیله این ساختار ذهنی درونی شده بود (کیوان آرا، ۱۳۸۶). ویلیام کاکرهام بحث عاملیت - ساختار را به‌عنوان چارچوبی برای ساخت تئوری سبک زندگی سلامت به کار گرفته است. به نظر کاکرهام مباحث مربوط به همکاریها و تعامل نسبی عاملیت و ساختار در تعیین سبک زندگی سلامت حوزه‌ای مهم، اما توسعه نیافته در گفتمان نظری

جامعه‌شناسی پزشکی است. از نظر کاکرهام سبک زندگی سلامت به‌عنوان الگوهای جمعی مرتبط با سلامتی بر اساس انتخابهایی از گزینه‌های در دسترس مردم تعریف شده است که با فرصتهای زندگی آنها مطابقت دارد (کاکرهام، ۲۰۰۵). این تعریف شامل رابطه 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 که اصولاً نشان‌دهنده جایگاه طبقه اجتماعی است و انتخابها را تضعیف و محدود می‌کند. در حالی که سلامتی و دیگر انتخابهای سبک زندگی اختیاری‌اند (کاکرهام، ۲۰۰۵). کاکرهام برآنست که 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). به علاوه سبکهای زندگی سلامت توسط صنعت محصولات سلامتی گسترده‌ای از کالاها و خدمات حمایت می‌شود. کاکرهام با اشاره به مطالعه ویکرز و همکارانش (۱۹۹۰) در رابطه با سبک زندگی کارکنان ارتش آمریکا برآن است که رفتارهای سلامتی مثبت در دو بعد دسته‌بندی می‌شود: یکی پافشاری در رفتارهای مناسب و دیگری در اجتناب از خطر. همچنین در پیوند با متعینهای ساختاری سبک زندگی سلامت بر اثر حضور در لایه‌های اجتماعی در جامعه تأکید می‌کند. براین اساس عنوان می‌دارد که عملکردهای مثبت‌تر سبک زندگی مربوط به لایه‌های اجتماعی بالاتر و زنان است و در مقابل منفی‌ترین آنها را به عملکردها و رفتارهای مردان و طبقات پایین‌تر مرتبط می‌کنند (کاکرهام، ۲۰۰۵). کاکرهام همچنین به نتایج تحقیق بلکستر در انگلستان اشاره می‌کند و نتیجه می‌گیرد که شرایط اقتصادی - اجتماعی و محیطی تعیین می‌کند که تا چه حد سبک زندگی سلامت به‌طور مؤثرتری

عمل می‌کند (کاکرهام، ۲۰۰۵). علاوه بر آن، در مدلی که کاکرهام برای سبک زندگی سلامت ترسیم می‌کند، «جماعتها» و «شبکه‌های اجتماعی» از جمله دیگر عوامل ساختاری مؤثر در سبک زندگی سلامت است.

کاکرهام، 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 بازتاب یک دیدگاه جمعی خاص است (کاکرهام، ۲۰۰۵). در این رابطه مذهب و ایدئولوژی هم می‌توانند نمونه‌هایی از دیدگاههای جمعی باشند که اشاراتی به انتخابهای سبک زندگی سلامت دارند. از دیگر متغیر ساختاری که کاکرهام در رابطه با سبک زندگی سلامت به آن اشاره می‌کند، «شرایط زندگی» است که با بحث سرمایه اقتصادی قرابت بسیاری دارد. «شرایط زندگی» آن دسته از متغیرهای ساختاری است که مرتبط با تفاوتی در زمینه 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 (کاکرهام، ۲۰۰۵). مدلی که کاکرهام ترسیم کرده است نشان می‌دهد کنش متقابل انتخابها و فرصتهای زندگی تمایل افراد به عمل را تولید می‌کند. این تمایلات عادت‌واره‌ها را می‌سازند. عادت‌واره‌ها، عملکردها و کنشهای افراد را در حوزه‌های مختلف شکل می‌دهند که در مجموع منجر به سبکهای زندگی سلامت می‌شوند. کاکرهام^۱ با توجه ویژه به سبک زندگی سلامت محور برآنست که سبک زندگی سالم مجموعه انتخابهایی است

1. Cocerham

که فرد بنابر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند و این انتخابها برآمده از موقعیت ساختاری و فردی وی هستند. در حقیقت فرصتهای زندگی یک شخص به وسیله موقعیت اجتماعی و ویژگیهای گروههای منزلتی ویژه تعیین می‌شود (کاکرهام، ۲۰۰۴). او «تصمیم‌گیری درباره مصرف غذا، ورزش کردن، مراعات بهداشت فردی، مقابله با استرس، استعمال سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر، بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن و انجام دادن معاینات پزشکی را جزو سبک زندگی سلامت‌محور می‌خواند» (کاکرهام و همکاران، ۱۹۹۹). دنیس رافائل^۱ در بررسی سبک زندگی سلامت‌محور، بر رویکرد تعیین‌کننده اجتماعی تأکید دارد.

از نظر رافائل مفهوم اصلی عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت از تفکر یک مدل پزشکی، نظریه‌های سبک زندگی برای درک سلامتی و وسیله‌ای که می‌توان براساس آن بقا پیدا کرد فراتر می‌رود. در مدل سبک زندگی سلامت‌محور، عامل بیماریها در انتخابهای غیرسالم افراد مانند رژیم غذایی فاقد میوه و سبزیجات، عدم تحرک و فعالیت بدنی و مصرف الکل و تنباکو یافت می‌شود. مداوا برای انتخابهای ضعیف شامل آموزش دادن سلامتی، تشویق افراد برای تغییر دادن رفتارشان و حتی اجبارهای محیطی و کنترلهای اجتماعی مثل در نظر گرفتن جریمه‌هایی مانند ممنوع کردن استفاده از سیگار و الکل برای ساختن انتخاب سالم و انتخاب آسان است (رافائل، ۲۰۰۹). رافائل اظهار می‌دارد که مطالعات نشان داده‌اند شرایط اجتماعی و مادی پیش روی افراد در خانه‌ها و محل کار و جامعه‌شان برای سلامتی‌شان از «انتخابهای سبک زندگی» مانند مصرف الکل و تنباکو، خوردن میوه و سبزیجات و شرکت در فعالیتهای فیزیکی بسیار مهم‌تر

1. Raphael

است (نتلتون^۱، ۱۹۹۷ و تیش^۲، ۱۹۹۰)

بر این اساس، در رابطه با پیوند سرمایه و سبک زندگی می‌توان گفت که در نظریه‌ها و اندیشه‌های متفکران مختلف حوزه علوم اجتماعی مناسبات دیالکتیکی میان سبک زندگی و انواع سرمایه مدون شده است. بوردیو معتقد است که موقعیت عامل در زمینه اجتماعی به حجم و میزان سرمایه (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) وی بستگی دارد. یعنی هر قدر سرمایه فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی در موقعیت بالاتری قرار می‌گیرد و این خود، رفتار و سبک زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). موضع کلی وی در قبال مقوله مصرف با این عبارت از کتاب تمایز معلوم می‌شود که «اقتصاد جدید طالب دنیای اجتماعی‌ای است که در آن مردم به همان اندازه که بر اساس ظرفیت‌شان در تولید ارزیابی می‌شوند، بر حسب ظرفیت‌شان در مصرف نیز ارزیابی خواهند شد» (بوردیو، ۱۹۸۴؛ به نقل از فاضلی، ۱۳۸۲). بوردیو بر آن بود تا مفهوم منزلت اجتماعی و استفاده‌ای که گروه‌های منزلتی از الگوهای خاص مصرف به مثابه راهی برای مجزا کردن روش‌های زندگی از دیگران را با این ایده ترکیب کند که مصرف متضمن نشانه‌ها، نمادها، ایده‌ها، ارزش‌ها و دلالت‌های فرهنگی است. از سوی دیگر مفهوم چندوجهی سرمایه بوردیو این امکان را شکل می‌دهد تا بازنمایی مناسب‌تری از ساختار، نظام و روابط در هر فضای اجتماعی انجام پذیرد. در میان انواع مختلف سرمایه، سرمایه فرهنگی نقش بسیار مهمی در اندیشه بوردیو ایفا می‌کند. جامعه‌شناسی مصرف و تحلیل وی درباره سبک زندگی بر همین نوع سرمایه متکی است. همچنین

1. Nettleton

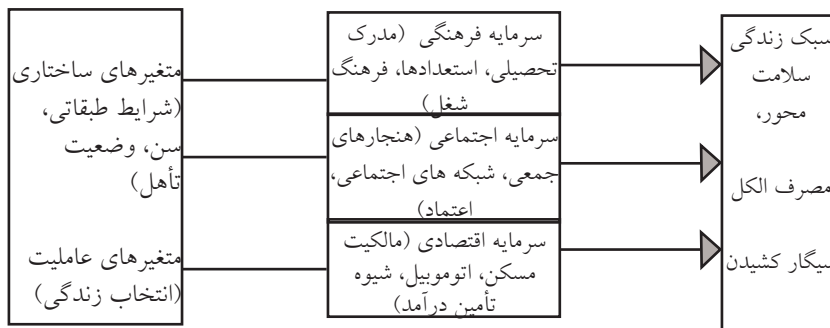
2. Tesh

کاره‌ام و دنیس رافائل با تاسی از وبر و بوردیو و تأکید بر عوامل ساختاری تعیین‌کننده سبک زندگی سالم بر نقش انواع سرمایه در تنوع بخشی به سبک زندگی و هدایت آن در راستای زیست سالم تأکید می‌کنند. این مطالعه با تأکید بر ساختاری بودن انتخابها و شانسه‌ای زندگی و اهمیت برجسته عوامل ساختاری (میدانها و عادت‌واره‌ها) و تعیین کننده (سرمایه‌ها) و با اتکا بر تئوریهای مرتبط، به طرح، تدوین و در نهایت ارزیابی فرضیات زیر دست یازیده است؛

- هر چه سطح سرمایه اقتصادی زنان بالاتر باشد، احتمال انتخاب سبک زندگی سلامت محور افزایش می‌یابد.

- هر چه سطح سرمایه اجتماعی زنان بالاتر باشد، احتمال انتخاب سبک زندگی سلامت محور افزایش می‌یابد.

- هر چه سطح سرمایه فرهنگی زنان بالاتر باشد، احتمال انتخاب سبک زندگی سلامت محور افزایش می‌یابد.



نمودار شماره ۱: مدل تحلیلی پژوهش

روش

ماهیت و روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع توصیفی غیرتجربی است که با روش پیمایش انجام پذیرفته است.

جامعه و نمونه آماری و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه زنان بالای ۱۸ سال شهر سنندج بوده است. حجم نمونه اصلی براساس فرمول کوکران و مبتنی بر میزان پراکندگی جامعه آماری تحقیق و میزان برخورداری از صفات، حدود ۳۳۰ نفر تعیین شد، اما با توجه به وضعیت پرسشنامه‌های برگشتی ناچار ۳۱۰ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. شیوه نمونه‌گیری تحقیق حاضر از نوع خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است. به این صورت، شهر سنندج مبتنی بر شاخصهای اقتصادی- اجتماعی به خوشه‌های مختلف تقسیم شد، سپس از میان خوشه‌ها به صورت تصادفی چند خوشه نهایی انتخاب شد و در نهایت با انتخاب خوشه‌های نهایی، پاسخگویان با مراجعه به محل سکونتشان در خوشه برگزیده شدند. ابزار تحقیق و ابعاد آن با توجه به اینکه در سطح فاصله‌ای ناکامل بودند، به صورت فاصله‌ای با آنها برخورد شد (دواس، ۱۳۸۱) و مبتنی بر آماره‌های آزمونی مقیاسی مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

ابزار گردآوری داده‌ها تلفیقی از پرسشنامه محقق ساخته و استاندارد بوده است که از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار بود. ابزار اصلی پژوهش شامل پروفایل سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر و همکاران (۱۹۸۷) است که شامل ۵۲ آیتم است و با استفاده از طیف پاسخ ۴ نقطه‌ای (= ۱ هرگز، ۲ = برخی اوقات، ۳ = اغلب و ۴ = همیشه و به‌طور معمول) پاسخ داده می‌شود. این ابزار، رفتارهای

ارتقاء دهنده سلامت را در ۶ بعد اندازه گیری می کند: تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۶ پرسش)، ورزش (تعقیب الگوی ورزشی منظم با ۵ پرسش)، مسئولیت پذیری در مورد سلامت (۱۰ پرسش)، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس با ۷ پرسش)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی با ۷ پرسش)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی با ۱۳ پرسش).

اعتبار و پایایی ابزار اندازه گیری

واکر و همکاران (۱۹۹۵) اعتبار و قابلیت اطمینان این پرسشنامه را بر اساس نمونه‌ای ۷۱۲ نفری از افراد ۱۸-۹۲ ساله مورد ارزیابی قرار دادند: اعتبار سازه با تعیین شش بعد به وسیله تحلیل عاملی تأیید شد ($KMO=0/861$). اعتبار معیار با مقایسه پرسشنامه با سنج‌های موجود درباره وضعیت سلامت و کیفیت زندگی ارزیابی شد و ضرایب معنادار ($F=0/269-0/491$) حاکی از تأیید اعتبار معیار بودند. همچنین، متغیر سبک زندگی سلامت محور با شش شاخص اندازه گیری و با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی مورد تحلیل قرار گرفت که با توجه به مقادیر ویژه ابعاد مختلف (عامل اول $14/34$ ، عامل دوم $9/07$ ، عامل سوم $8/71$ ، عامل چهارم $14/15$ ، عامل پنجم $14/15$ ، عامل ششم $6/35$) می توان گفت که پیش فرضها مناسب هستند. همچنین نتایج هردو آزمون کایزر و بارتلت گویای این واقعیت است که انجام تحلیل عاملی برای گویه‌ها مناسب است. همچنین، ضریب آلفا همسانی درونی برای کل مقیاس نیز در وضعیت مناسب قرار داشت ($\alpha=0/943$). ضرایب آلفا برای زیرمجموعه‌ها نیز در محدوده مناسب قرار داشت ($0/872-0/793$). علاوه بر آن، در این مطالعه نیز برای سنجش اعتبار پرسشنامه از اعتبار صوری و سازه‌ای و برای سنجش پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است.

جدول (۲) نتایج تحلیل عاملی گویه‌های مربوط به سبک زندگی سلامت محور

مقایلر ویژه	وارپانس تبیین شده	بار عاملی	گویه‌ها	عاملها
۳/۷۸	۵/۸۴۰	۰/۶۰۸	احساس می‌کنم در حال ترقی هستم و مسیر رشد مثبتی دارم	رشد معنوی و خود شکوفایی
		۰/۷۰۶	برای رسیدن به اهداف بلند مدت زندگی‌ام تلاش می‌کنم.	
		۰/۶۱۰	بین زمان کار و تفریح تعادل ایجاد می‌کنم	
		۰/۷۱۰	زندگی‌ام هدف‌مند است.	
		۰/۶۵۳	از زندگی خودم راضی و احساس آرامش می‌کنم.	
		۰/۶۶۰	از مسائلی که در زندگی برایم اهمیت دارند، آگاهی دارم.	
۳/۰۷	۹/۰۷	۰/۶۸۳	درباره مشکلات و نگرانی‌هایم با اطرافیانم گفتگو می‌کنم.	مسئولیت پذیری درباره سلامت
		۰/۵۴۴	اطلاعاتی از افراد آگاه در مورد نحوه مراقبت درست از خودم می‌گیرم.	
		۰/۶۶۹	در رژیم غذایی خود از روغن مایع استفاده می‌کنم. (کم کلسترول)	
		۰/۵۵۱	بدنم را هر چند وقت یک بار برای بررسی نشانه‌های خطر و تغییرات فیزیکی بررسی می‌کنم	
		۰/۴۵۳	در برنامه‌های آموزشی در زمینه مراقبت بهداشت فردی شرکت می‌کنم.	
		۰/۶۵۲	برچسپ مواد غذایی بسته‌بندی شده (مانند کنسرو حاوی روغن و سدیم) را می‌خوانم.	
۲/۹۵	۸/۷۱	۰/۶۳۳	با دیگران رابطه خوب و رضایت بخشی دارم.	روابط بین فردی
		۰/۶۳۹	بیان نگرانی، عشق و صمیمیت به دیگران برایم آسان است.	
		۰/۴۵۰	زمان خوابیدن بر افکار خوب تمرکز می‌کنم.	
		۰/۶۴۲	وقتم را با دوستان نزدیکم می‌گذرانم.	
		۰/۶۱۱	در مورد مشکلاتم و حل آنها با دیگران گفتگو می‌کنم.	
		۰/۴۸۵	به راحتی از دیگران برای موفقیت‌هایشان، تعریف و تمجید می‌کنم.	

۳/۱۲	۱۴/۱۵	۰/۶۸۱	برنامه منظمی برای ورزش کردن دارم.	ورزش و فعالیت بدنی
		۰/۷۱۷	در جریان کارهای روز مره فعالیت فیزیکی دارم. (مانند استفاده از پله بجای آسانسور)	
		۰/۶۰۹	هنگام ورزش کردن ضربان قلبم به میزان مطلوب می‌رسد.	
		۰/۷۵۲	سه بار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه ورزش می‌کنم.	
		۰/۶۸۷	اوقات فراغتم را با فعالیت بدنی می‌گذرانم.	
۲/۵۱	۶/۳۱	۰/۷۲۰	استرس خودم را کنترل می‌کنم.	مدیریت استرس
		۰/۷۴۶	به اندازه کافی می‌خوابم.	
		۰/۵۹۹	مسائلی زندگی‌م را، که قدرت تغییر شان را ندارم، به راحتی می‌پذیرم.	
		۰/۵۸۶	برای جلوگیری از خستگی قدم می‌زنم.	
۳/۱۲	۹/۷۶	۰/۵۹۶	صبحانه می‌خورم.	تغذیه
		۰/۵۵۰	مصرف شکر و شیرینی خود را کنترل می‌کنم.	
		۰/۶۰۳	بار در روز سبزی مصرف می‌کنم.	
		۰/۶۳۹	بار در روز میوه می‌خورم.	
		۰/۷۶۰	بار در روز ماست، شیر و لبنیات می‌خورم.	
		۰/۷۳۹	با در روز گوشت قرمز، حبوبات خشک، تخم مرغ و آجیل مصرف می‌کنم.	
KMO= ۰/۷۷۲		Bartlett's Test of Sphericity= ۲۶۸۲/۲۱۵		$p < ۰/۰۰۱$

تعریف مفاهیم

مفاهیم مورد استفاده در این تحقیق دو مفهوم کلیدی در مطالعات جامعه‌شناسی معاصر است. نخست مفهوم سبک زندگی سلامت‌محور است که در این پژوهش توسط پروفایل سبک زندگی ارتقاء سلامت^۱ مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. این پروفایل براساس الگوهای ارتقای سلامت پندار، ساخته شده است و احتمال درگیر شدن فرد در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را اندازه‌گیری می‌کند.

1. Health Promoting Lifestyle Profile

جدول (۱) پایایابی ابعاد و مقیاسهای تحقیق

α	ابعاد	مفهوم مورد بررسی
۰/۶۹۸	رشد معنوی و خود شکوفایی	سبک زندگی سلامت محور
۰/۶۴۸	مسئولیت پذیری درباره سلامت	
۰/۵۹۶	روابط بین فردی	
۰/۷۹۲	ورزش و فعالیت بدنی	
۰/۷۳۷	مدیریت استرس	
۰/۸۴۴	تغذیه	
۰/۹۰۴	کل	
۰/۸۵۳	وضعیت طبقه اجتماعی	سرمایه اقتصادی
	داشتن پس انداز بانکی	
	شیوه تأمین درآمد	
	مالکیت اتومبیل، مسکن	
۰/۶۴۸	سرمایه فرهنگی تجسم یافته	سرمایه فرهنگی
۰/۷۴۶	سرمایه فرهنگی عینیت یافته	
۰/۸۱۴	سرمایه فرهنگی نهادی و ضابطه‌ای	
۰/۹۰۲	کل	
۰/۶۹۸	شبکه‌های اجتماعی	سرمایه اجتماعی
۰/۷۱۲	هنجارهای جمعی	
۰/۸۲۳	اعتماد اجتماعی	

نسخه جدید آن شکل اصلاح شده‌ای است که به وسیله والکر^۱ و همکاران توسعه یافته است و سبک زندگی ارتقاء سلامت را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد که در راستای حفظ یا افزایش تندرستی، خود شکوفایی و رضایت‌مندی فردی عمل می‌کند، اندازه‌گیری می‌کند. پرسش‌نامه مذکور از شش زیر شاخه

1. Valker

تحت عنوان تغذیه، ورزش و فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی ایجاد شده است. از پاسخگو می‌خواهد تا بر روی طیفی از پاسخ لیکرتی ۴ نقطه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به‌طور معمول) مشخص کند که چقدر رفتارهای ارتقاء سلامت را انجام می‌دهد.

علاوه بر مفهوم سبک زندگی، سرمایه و انواع آن نیز مفهوم دیگری است که در این تحقیق مبتنی بر تنوع‌اتش مورد ارزیابی قرار گرفته است. سرمایه بنا بر نظریه بوردیو مبتنی بر سه نوع است. سرمایه اقتصادی، شامل انواع منابع مالی است که در قالب مالکیت جلوه می‌کند (فاضلی، ۱۳۸۷). برای اندازه‌گیری این متغیر از متغیرهای میزان درآمد (در صورت شاغل بودن خود و یا همسر)، شیوه تأمین درآمد، مالکیت منزل مسکونی و اتومبیل شخصی و نیز وضعیت طبقه اجتماعی استفاده شده است. سرمایه اجتماعی که بنابر نظر پاتنام (۱۹۹۹) به خصوصیات از سازمان اجتماعی نظیر شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اشاره دارد که همکاری و هماهنگی برای منافع متقابل را تسهیل می‌کند. در این پژوهش با توجه به تعریف پاتنام برای سنجش و اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی از سه مؤلفه شبکه اجتماعی، هنجارهای اجتماعی و اعتماد اجتماعی استفاده شده است. بعد اعتماد اجتماعی نیز خود با سه مقیاس فرعی شامل اعتماد بین‌شخصی (اعتماد به بستگان و کشور) اعتماد تعمیم یافته (اعتماد به غریبه‌ها) و اعتماد نهادی (اعتماد به نهادهای رسمی کشور) مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. و بالاخره سرمایه فرهنگی که از نظر بوردیو دربرگیرنده تمایلات پایدار فرد و گرایشها و عاداتی است که طی فرایند جامعه‌پذیری حاصل می‌شود و شامل کالاهای فرهنگی، مهارتها و انواع دانش مشروعه است (بوردیو، ۱۹۸۶). او سرمایه فرهنگی را به سه شکل تقسیم‌بندی می‌کند که در این پژوهش برای اندازه‌گیری سرمایه فرهنگی مورد استفاده قرار گرفته است.

جدول (۳) ویژگیهای جمعیت‌شناختی پاسخگویان

متغیر	ابعاد	%
گروه سنی	۲۹-۲۰	۴۴/۵
	۳۹-۳۰	۳۸/۴
	۴۹-۴۰	۱۲/۳
	۵۹-۵۰	۳/۲
	۶۰ به بالا	۱/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۳۹/۴
	متأهل	۵۹/۴
	مطلقه	۱/۳
تحصیلات	بیسواد	۲/۳
	سیکل	۱۸/۴
	دیپلم	۲۰
	فوق دیپلم و لیسانس	۵۲/۶
	فوق لیسانس و بالاتر	۵/۸
وضعیت سلامتی	سالم	۹۰/۳
	بیمار	۹/۷

الف: سرمایه فرهنگی تجسم یافته: که به واسطه تلاش، تجربه و استعداد فرد حاصل می‌شود. و نمی‌توان آن را به دیگران انتقال داد. مانند استعداد نویسندگی، دانستن زبانهای خارجی.

ب: سرمایه فرهنگی عینیت یافته: این نوع سرمایه آشکارترین نوع سرمایه است که افراد جامعه می‌توانند از آن بهره‌مند گردند و عبارت از مجموعه میراثهای فرهنگی مانند آثار هنری، تکنولوژی آموزشی که به صورت کتب، اسناد و اشیاء در تملک اقتصادی افراد است. این نوع سرمایه قابلیت انتقال به دیگران را دارد.

پ: سرمایه فرهنگی نهادی و ضابطه‌ای: این شکل از سرمایه فرهنگی به مدد ضوابط اجتماعی و فراهم آوردن عناوین معتبر برای افراد موفقیت کسب می‌کند. مانند مدرک تحصیلی، تصدیق حرفه و کار. این نوع سرمایه قابل واگذاری به

دیگران نیست. در مجموع برای سنجش این متغیر ۱۷ گویه مورد استفاده قرار گرفته است. مانند مراجعه به کتابخانه، گوش دادن موسیقی، مدرک تحصیلی خود و پدر و مادر، بازدید از موزه و نمایشگاه و غیره.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو قسمت ارائه می‌گردد. در قسمت اول شاخصهای توصیفی ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ارائه شده و در قسمت دوم فرضیات تحقیق مبنی بر رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت‌محور زنان آزمون می‌شود.

توصیف متغیرهای اصلی

متغیرهای اصلی در این پژوهش همانگونه که ذکر شد شامل سبک زندگی سلامت‌محور، سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است که در زیر توصیف آنها ارائه می‌شود. همانگونه که در جدول شماره (۳) مشهود است بیشترین فراوانی پاسخگویان در گروه‌های سنی ۲۰-۳۹ سال قرار دارند که در مجموع حدود ۸۳ درصد از پاسخگویان را شامل می‌شود. همچنین مقادیر جدول حاکی از آن است که بیشترین فراوانی پاسخگویان مربوط به افراد متأهل، با تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و به لحاظ وضعیت سلامتی، سالم بوده است.

همانگونه که در جدول (۴) نمایان است، میزان رشد معنوی و خود شکوفایی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت و روابط بین فردی زنان مورد مطالعه، مقداری بالاتر از حد متوسط می‌باشد (به ترتیب: میانگین = $71/17$ از حداقل نمره ۶ و حداکثر نمره ۲۴؛ میانگین = $16/68$ از حداقل ۹ و حداکثر ۲۸؛ میانگین = $16/70$ از حداقل ۷ و حداکثر ۲۸). همچنین سطح مدیریت استرس و ورزش و فعالیت بدنی زنان، پایین‌تر از حد متوسط و سطح توجه به تغذیه توسط آنها در حد متوسط است.

جدول (۴) آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی تحقیق و ابعاد آنها

SD	M	range	میانگین مفروض	max	min	n	متغیر
۱۲/۱۷	۷۹/۴۵	۱۰۲	۷۵	۱۵۰	۴۸	۳۱۰	سبک زندگی سلامت محور
۳/۷۸	۱۷/۷۱	۱۸	۱۲	۲۴	۶	۳۱۰	رشد معنوی و خودشکوفایی
۳/۰۱۱	۱۶/۶۸	۱۵	۱۶	۳۲	۸	۳۱۰	مسئولیت پذیری درباره سلامت
۲/۹۵۱	۱۶/۷۰	۱۷	۱۴	۲۸	۷	۳۱۰	روابط بین فردی
۲/۵۱۲	۱۰/۵۲	۲۵	۱۳	۱۶	۴	۳۱۰	مدیریت استرس
۳/۷۶۲	۱۱/۹۴	۱۵	۱۰	۲۰	۵	۳۱۰	ورزش و فعالیت بدنی
۳/۱۲۴	۱۶/۸۰۶	۱۶	۱۲	۲۴	۸	۳۱۰	تغذیه
۷/۵۲	۴۶/۲۸	۸۸	۵۵	۱۱۰	۲۲	۳۱۰	سرمایه فرهنگی
۵/۸۴	۲۲/۰۲۹	۵۰	۲۷	۵۸	۸	۳۱۰	سرمایه فرهنگی تجسم یافته
۴/۲۶	۱۲/۳۵۸	۱۹	۱۲	۲۴	۵	۳۱۰	سرمایه فرهنگی عینیت یافته
۳/۵۲۰	۱۱/۸۹۶	۱۵	۱۴/۵	۱۹	۴	۳۱۰	سرمایه فرهنگی نهادی
۳/۰۰۶	۱۵/۹۴	۱۶	۱۱/۵	۲۳	۷	۳۱۰	سرمایه اقتصادی
۵/۲۴	۲۴/۴۲	۲۸	۱۹/۵	۳۹	۱۱	۳۱۰	شبکه‌های اجتماعی
۴/۵۰۷	۱۶/۲۶	۵۷	۳۲	۶۴	۷	۳۱۰	هنجارهای اجتماعی
۳/۲۳۵	۱۲/۴۶	۲۵	۱۵/۵	۳۱	۶	۳۱۰	اعتماد بین شخصی
۲/۵۶۶	۱۳/۴۳	۱۷	۱۱/۵	۲۳	۶	۳۱۰	اعتماد به غریبه‌ها
۳/۹۳۲	۱۶/۹۳	۲۵	۱۵	۳۰	۵	۳۱۰	اعتماد به نهادهای رسمی کشور

جدول (۵) آزمون رابطه بین متغیرهای مستقل و سبک زندگی سلامت محور

سبک زندگی سلامت محور		
<i>p</i>	<i>r</i>	
۰	۰/۳۲۷	سرمایه فرهنگی تجسم یافته
<۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	سرمایه فرهنگی عینیت یافته
<۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	سرمایه فرهنگی نهادی و ضابطه‌ای
<۰/۰۰۱	۰/۳۷۳	سرمایه فرهنگی
<۰/۰۰۱	۰/۴۴۹	سرمایه اقتصادی
<۰/۰۰۱	۰/۲۰۳	شاخص سرمایه اجتماعی
۰/۲۱۴	۰/۰۶۷	هنجارهای جمعی
۰/۱۲۳	۰/۰۷۶	اعتماد بین شخصی
<۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	شبکه‌های اجتماعی
۰/۰۹۴	۰/۱۰۲	اعتماد به غریبه‌ها

علاوه بر آن، سرمایه اقتصادی زنان مورد مطالعه ۱۵/۹۴ از حداقل ۷ و حداکثر ۲۸ به دست آمده که بیانگر آن است که وضعیت سرمایه اقتصادی زنان پاسخگو در حد متوسط و تا حدودی متوسط رو به پایین است.

همچنین، یافته‌ها نشان داد که سطح کلی سرمایه فرهنگی زنان مورد مطالعه و ابعاد سه‌گانه (سرمایه فرهنگی تجسم یافته، عینیت یافته و نهادی و ضابطه‌ای) در حد پایین بوده است. و نهایتاً اینکه در مورد ابعاد سرمایه اجتماعی، نتایج حاکی از آنست که میانگین شبکه‌های اجتماعی زنان پاسخگو پایین‌تر از متوسط، میانگین هنجارهای جمعی، در حد متوسط و بالاخره بعد اعتماد اجتماعی با سه زیرمجموعه (اعتماد بین شخصی، اعتماد به غریبه‌ها و اعتماد به نهادهای رسمی کشور) نیز پایین‌تر از حد متوسط قرار دارد.

جدول (۶) آماره‌های تحلیل رگرسیونی چندمتغیره سبک زندگی سلامت محور بر اساس متغیرهای اثرگذار

R^2_{Adj}	R^2	R
۰/۳۲۶	۰/۳۳۲	۰/۵۷۶

آزمون فرضیات

همانگونه که در چارچوب نظری نیز توضیح داده شد، تنوع در سبک زندگی سلامت محور می‌تواند ناشی از تغییرات در انواع سرمایه در میان زنان مورد مطالعه باشد. از این منظر در ادامه ارتباط سبک زندگی سلامت محور با انواع سرمایه و زیرمجموعه‌های آنها سنجش می‌شود.

نتایج بیانگر آنست که شاخص کلی سرمایه، سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی و زیرمجموعه‌های آن و شاخص سرمایه اجتماعی و همچنین بعد شبکه‌های اجتماعی در زیرمجموعه شاخص سرمایه اجتماعی ارتباط مثبتی و معناداری با انتخاب سبک زندگی سلامت محور توسط زنان مورد مطالعه دارد. مقدار ضریب شدت بیانگر است که شدت ارتباط سرمایه اقتصادی و سبک زندگی سلامت محور (۰/۴۴۹) بیش از سایر متغیرهاست. نتایج جدول همچنین حاکی از آن است که سه بعد شاخص سرمایه اجتماعی یعنی هنجارهای جمعی، اعتماد بین شخصی و اعتماد به غریبه‌ها ارتباط معناداری با متغیر وابسته ندارند.

پیش‌بینی‌های سبک زندگی سلامت محور

در این پژوهش، تحلیل رگرسیون چندمتغیره، با استفاده از روش گام به گام^۱ صورت گرفته است، ضریب همبستگی چندگانه برابر ۰/۵۷۶ و مجذور آن یعنی ضریب تعیین برابر با ۰/۳۳۲ است، بنابراین متغیرهای انواع سرمایه ۳۳/۲٪ از

1-Stepwise

واریانس سبک زندگی سلامت محور زنان مورد مطالعه در معادله را تبیین می کنند.

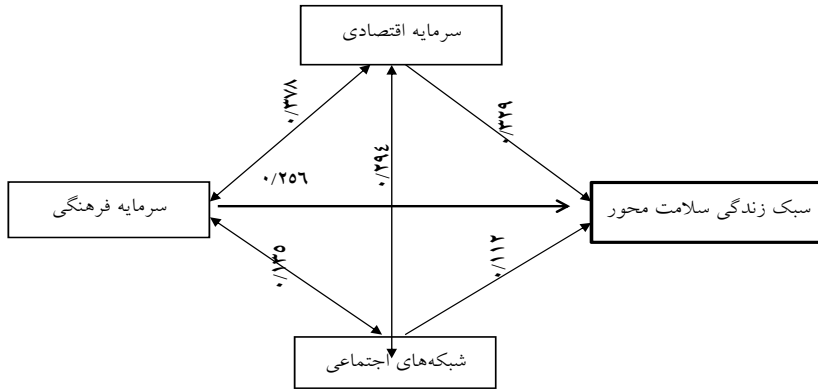
نتایج تحلیل در مدل برازش سبک زندگی سلامت محور با توجه به مقدار F بدست آمده ($F=50/381$, $p<0/001$) نشان داد که مدل رگرسیونی معنی دار بوده و متغیرهای مستقل قادر به پیش بینی تغییرات سبک زندگی سلامت محور می باشند.

جدول (۷) خلاصه رگرسیون چندمتغیره جهت پیش بینی تغییرات سبک زندگی سلامت محور

نام متغیر	B	Std. E.	β	t	p
عرض از مبدأ	۷۶/۰۷۷	۶/۴	-	۱۱/۸۸۷	<۰/۰۰۱
سرمایه اقتصادی	۱/۰۷۰	۰/۰۵۲	۰/۳۲۹	۶/۵۲۵	<۰/۰۰۱
شبکه های اجتماعی	۰/۳۳۷	۰/۰۵۷	۰/۱۱۲	۳/۲۶۳	۰/۰۴۸
سرمایه فرهنگی	۱/۰۷۰	۰/۲۲۷	۰/۲۵۶	۴/۷۲۲	<۰/۰۰۱

همان طور که از جدول فوق مشخص است، از میان متغیرهای وارد شده در مدل نهایی، متغیر وابسته از مؤلفه سرمایه اقتصادی و سپس مؤلفه سرمایه فرهنگی و بعد از آن از متغیر شبکه های اجتماعی تأثیر می پذیرد. به عبارت دیگر به ازای یک واحد تغییر در شاخصهای سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی و متغیر شبکه های اجتماعی، سبک زندگی سلامت محور به ترتیب حدود ۰/۳۲۹، ۰/۱۱۲ و ۰/۲۵۶ و ۱۱/۰ واحد تغییر می کند. علاوه بر آن، تحلیل مسیر عوامل مرتبط با سبک زندگی سلامت محور به شرح دیاگرام زیر است.

شکل (۱) مدل رگرسیونی عوامل مرتبط با سبک زندگی سلامت محور



همان‌طور که در نمودار مشاهده می‌شود سرمایه اقتصادی تأثیرگذارترین عامل بر روی سبک زندگی سلامت محور است. یعنی با کنترل سایر متغیرها، به ازای یک واحد تغییر در سرمایه اقتصادی، سبک زندگی سلامت محور ۰/۳۲ واحد تغییر می‌کند، عامل سرمایه فرهنگی ۰/۲۵ واحد و همچنین متغیر شبکه‌های اجتماعی ۰/۱۱ واحد تغییر ایجاد می‌کنند.

بحث

نتایج این مطالعه در دو جنبه قابل تفسیر است؛ نخست در حوزه سبک زندگی سلامت محور میان زنان که از این زاویه در ابعاد میزان رشد معنوی و خودشکوفایی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت و روابط بین فردی، رفتارهای زنان مورد مطالعه به نظر متناسب و ارتقاءدهنده سلامت آنها تلقی می‌شود، اما در زمینه مدیریت استرس و ورزش و فعالیت بدنی، رفتارهای پاسخگویان نامطلوب

بوده و موجب کاهش وضعیت سلامتی و تهدید آنها می‌شود و نهایتاً اینکه در حوزه توجه به تغذیه به نظر می‌رسد در سالیان اخیر تغییرات قابل توجهی در جامعه زنان سنندجی به وقوع پیوسته است و از این منظر آنها در وضعیت متناسبی برخوردارند، اگرچه این وضعیت چندان رضایت‌بخش نیست.

دوم آنکه درباره اثر متغیرهای تحقیق بر تنوع رفتاری در سبک زندگی سلامت‌محور می‌توان عنوان نمود که نتایج حاکی از اثر معنادار و برجسته سرمایه اقتصادی زنان بر الگوی رفتاری آنها در حوزه سبک زندگی سلامت‌محور بوده است. چنین نتیجه‌ای در واقع موید نظرات متفکران بسیاری است که بر اهمیت سرمایه اقتصادی بر تنوع رفتاری تأکید دارند. این تئوریها از نظریه کارل مارکس آغاز شده و تا بوردیو و دنیس رافائل و... را شامل می‌شود. بر اساس نظر رافائل عواملی خارج از سیستم مراقبت سلامت به‌طور واضح بر سلامتی تأثیر دارند و او این عوامل تعیین‌کننده سلامت را شامل درآمد و پایگاه اجتماعی، شبکه‌های حمایت اجتماعی، تحصیلات و... می‌داند. این نتیجه همچنین با یافته‌هایی از مطالعات پژوهشی در ایران (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۸) و در خارج از ایران (کنسیک و همکاران، ۲۰۰۳) همخوانی دارد. علاوه بر آن، نتایج تحقیق حاکی از اثر مهم سرمایه یا داراییهای فرهنگی زنان بر نوع رفتار آنها در حوزه سلامت بوده است. از این منظر نتایج مطالعه موید این نظر است که هر چه سرمایه فرهنگی زنان افزون‌تر باشد، رفتارهای مرتبط با سلامت در میان آنها رضایت‌بخش‌تر خواهد بود. این نتیجه موید نظریه پیر بوردیو جامعه‌شناس معاصر است که بر اهمیت سایر سرمایه‌ها در کنار سرمایه اقتصادی در موقعیت افراد در فضای اجتماعی تأکید می‌کند. مطابق نظر بوردیو موقعیت عامل در فضای اجتماعی بستگی به حجم و میزان سرمایه (سرمایه اقتصادی، اجتماعی و سرمایه فرهنگی)

دارد، یعنی هر قدر فرد سرمایه بیشتری داشته باشد، موقعیت او در سطوح بالاتری در فضای اجتماعی قرار می‌گیرد. موقعیت فرد در فضای اجتماعی نیز بدون تردید رفتار و سبک زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاکرام، ۲۰۰۰). همچنین، مطابق نظر چانی (۲۰۰۲) مشخصه‌های اصلی سبک زندگی همچون سطحها، خودها، احساسات یا قریحه را می‌توان به‌طور تجربی از طریق بررسی سرمایه و مصرف فرهنگی افراد مطالعه کرد. کاکرام بیان می‌دارد که «سبک زندگی سلامت محور، مجموعه انتخابهایی است که فرد بنا بر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند و این انتخابها برآمده از موقعیت ساختاری و موقعیت فردی وی هستند. در حقیقت فرصتهای زندگی یک شخص به وسیله موقعیت اجتماعی و ویژگی گروههای منزلتی ویژه تعیین می‌شود (کاکرام، ۲۰۰۴). سبک زندگی سلامت محور، الگویی جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر انتخابهایی است که افراد برحسب شرایط اجتماعی و زیستی شان در دسترس دارند» (کاکرام، ۲۰۰۸). این نتیجه همچنین با یافته‌های مطالعات تجربی در ایران (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰؛ غائب، ۱۳۸۶) و در خارج از ایران (کاکرام و همکاران، ۲۰۰۴) سازگاری دارد.

همچنین از میان مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی تنها متغیر شبکه‌های اجتماعی بر سبک زندگی سلامت محور زنان در شهر سنندج مؤثر بوده است. این نتیجه نشان از کم اهمیت بودن سایر ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی از جمله انواع اعتماد در رابطه با تنوعات رفتاری زنان در حوزه سلامت است. چنین نتیجه‌ای با نظریات نظریه پردازان حوزه سرمایه اجتماعی از کلمن و فوکویاما تا بوردیو که بر نقش و اهمیت سرمایه اجتماعی در تعیین رفتارهای انسانی تأکید می‌کنند، ناسازگار است. این نتیجه همچنین با نتایج مطالعات تجربی مانند قاسمی و

همکاران (۱۳۸۸) و سایرین مغایر است.

در واقع وجه متفاوت و نتیجه‌گیری اصلی این مطالعه در این است که نخست، سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک شاخص کلی اثرات متفاوتی با خود دارد که این اثرات در پاره‌ای از موضوعات حتی متضاد هستند. به عبارتی، سنجش اثر سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک کل بر مقوله‌های اجتماعی به نظر امری مسئله‌دار می‌آید. سپس اینکه در باب موضوع سلامت و سبک زندگی، آن بخش از سرمایه اجتماعی که تقویت‌کننده روابط به‌ویژه روابط برون‌گروهی است یعنی بعد روابط در شبکه‌های اجتماعی اثر شدیدتری بر تنوع رفتاری زنان پاسخگو برجای‌گذارده است. این موضوع را می‌توان اینگونه تفسیر کرد که به نظر می‌رسد شرکت زنان در نهادهای مردم‌نهاد، امکان تغییر در آگاهی را باعث شده و همین امر باعث تغییر در رفتارشان می‌شود. به عبارتی عضویت زنان در نهادهای مدنی و مردم‌نهاد باعث تغییر در آگاهی و رفتارشان می‌شود، این تغییر آگاهی و رفتار ممکن است تغییر در عادات غذایی و تحرک جسمی بیشتر باشد. در پایان و با احتیاط می‌توان اظهار داشت که عضویت زنان در نهادهای مردم‌نهاد باعث تغییر در سبک زندگی‌شان خواهد شد، نوعی سبک زندگی که در خدمت سلامت بیشتر آنان است.

- استاجی، ز. و همکاران. (۱۳۸۵). بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار. *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار*، دوره ۱۳، شماره ۳، ۱۳۴-۱۳۹.
- استونز، ر. (۱۳۸۱). *متفکران بزرگ جامعه‌شناسی*. ترجمه مهرداد میردامادی، تهران: نشر مرکز.
- جمیسن، د. برمن، جی، مشام، آر (۱۳۸۸). *اولویتهای سلامت*. ترجمه نرگس رستمی گوران، عبدالرحیم افخم‌زاده و نادر اسماعیل نسب، سنندج: نشر کالج.
- شمسی، ل. (۱۳۸۹). *مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور*. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران.
- غائب، ف. (۱۳۸۶). *سرمایه فرهنگی و تأثیر آن بر سبک زندگی دختران نوجوان شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، تهران.
- فاضلی، م. (۱۳۸۲). *مصرف و سبک زندگی*. قم: نشر صبح صادق.
- فیاض بخش، ا. و همکاران. (۱۳۹۰). استفاده از اینترنت و سلامت در دانشجویان: بررسی آگاهی، نگرش، و سبک زندگی مرتبط با اینترنت. *مجله پژوهشی حکیم*، تابستان، دوره چهاردهم، شماره ۹، ۹۶-۱۰۵.
- قادری، م. ملکی، ا. حق جو، م (۱۳۹۴). *نقش سرمایه اجتماعی در ارتقاء سبک زندگی سالم میان افراد مبتلاء به بیماری عروق کرونر*، دوره ۴ شماره ۲ صفحات ۲۴-۳۵.
- قاسمی، و.، ربانی، ر.، ربانی خوراسگانی، علی و علیزاده، م. ب. (۱۳۸۷). تبیین کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور. *فصلنامه مسائل اجتماعی ایران*، سال ۱۶، شماره ۳، ۸۱-۲۱۳.
- کیوان آرا، م. (۱۳۸۶). *اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی*. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- محمدی زیدی، ع.، پایکور حاجی آقا، ا. و محمدی زیدی، ب. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش نامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیست و یکم، ویژه نامه اسفند، ۱۱۳-۱۰۳.
- محمدی، ج.، محمدی، ف.، محمدی ح (۱۳۹۳). *بیین جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور ورزشکاران (با تکیه بر عملکرد تغذیه‌ای ورزشکاران)*، دوره ۱، شماره ۲، بهار ۱۳۹۱، صفحه ۷۵-۸۸.
- نفیسی، ن. (۱۳۹۲). سرطان در کمین شهرنشینان. *مجله التیام*، سال پنجم، شماره سیزدهم، ۱۳-۲۱.

- Bordieu, P. (1984). *Distinction: a social critique of the judgment of taste*. Translated by Richard nice, London: Rutledge.
- Cockerham, W. (2000). *Sociology of health and health life styles*. London: Prentice Hall College.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2001). *Fundamentals of nursing*. Philadelphia: Mosby.
- Saylor, C. (2004). The Circle of Health A Health Definition Model. *Journal of Holistic Nursing*, Vol. 22, No. 2. 97-115.
- Ziercsh, AM., Baum, FE., MacDougall, C. & Putland, C. (2004). «Neighbourhood Life and Social Capital: the implication for health». *Social Science and Medicine*. 60 (1). pp.71-86.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1995). *Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health- Promoting Lifestyle Profile [HPLP II]* (Adult Version), DEEPBLUE, Michigan University.
- Williams, K. & Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 81-98.