



Healthy Behaviors with emphasize on Social and Cultural Capitals among the Youth in the City of Shiraz, Iran

Sedighe Alborzi¹, Majid Movahhed^{2*}, Rouholla Mozafari³

1. Ph.D. of Sociology, Scientific Staff of Academic Center for Culture, Education and Research (ACECR), Fars Branch, Shiraz, Iran; alborzi254@gmail.com
- 2- Professor of Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author); mmovahed@rose.shirazu.ac.ir
- 3- Ph.D. Candidate in Sociology, Yasouj University, Yasouj, Iran, & Organizational Performance Evaluation Expert of Shiraz Municipality, Shiraz, Iran; mozafari254@gmail.com

Original Article

Abstract

Background and Aim: Experts on sociology of health believe that a significant part of health is influenced by social and cultural factors. This approach has recently been strengthened with the acceleration of widespread social changes, and social researchers are more engaged in interdisciplinary health studies. Healthy behaviors in the present paper were assessed through indicators such as diet, sport, stress management, and avoiding self-treatment, drug abuse, alcoholism, smoking and unprotected sexual behaviors.

Methods and Data: Data was collected through a sample survey among 1065 adults with the age range of 18-30 in Shiraz.

Findings: 39.6% of the respondents showed a low level of health-related behaviors and 28.4% a high score. For social capital variable, the highest frequency was observed at the medium level; and for cultural capital variable, the highest frequency was at the low level. The variables of social capital, cultural capital, class belonging, age and gender in multivariate regression account for 58% of the healthy behavior.

Results: According to the findings of the present study, it can be concluded that people's health-related behaviors (which can have positive or negative effects on their health) are related to social and cultural components, and among them, two components of social capital and cultural capital are very important.

Keywords: Healthy behaviors, Health-related, Lifestyle, Social capital, Cultural capital.

Key Message: It is necessary to pay attention to its social and cultural dimensions and factors beyond the physiological dimension in the field of health policy and in order to improve and promote a health-oriented lifestyle.

Received: 23 May 2022

Accepted: 04 September 2022

Citation: Alborzi, S., Movahhed, M., Mozafari, R. (2022) A Study of Healthy Behaviors with emphasize on Social and Cultural Capitals among the Youth in the City of Shiraz, Iran. *Journal of Social Continuity and Change*, 1(1): 113-129. <https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2866>





رفتارهای مبتنی بر سلامت با تأکید بر سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی در میان جوانان شهر شیراز

صدیقه البرزی^۱، مجید موحد^{۲*}، روح‌اله مظفری^۳

- ۱- دکترای جامعه‌شناسی، عضو هیأت علمی جهاد دانشگاهی فارس، شیراز، ایران؛ alborzi254@gmail.com
۲- استاد جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)؛ mmovahed@rose.shirzu.ac.ir
۳- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه یاسوج و کارشناس ارزیابی عملکرد سازمانی شهرداری شیراز، شیراز، ایران؛ mozafari254@gmail.com

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: صاحب‌نظران جامعه‌شناسی سلامت معتقدند بخش مهمی از سلامتی، تحت تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی و فرهنگی است. این رویکرد اخیراً و با سرعت گرفتن تغییرات اجتماعی گسترده، تقویت شده و محققان اجتماعی بیشتر به مطالعات بین‌رشته‌ای سلامت می‌پردازند. با توجه به اهمیت رفتارهای مبتنی بر سلامت، مطالعه حاضر به بررسی تغذیه، ورزش، مدیریت استرس، اجتناب از مصرف خودسرانه دارو و مکمل‌ها، مواد مخدر، الکل و دخانیات و رفتارهای جنسی ناپایمن، تحت عنوان رفتارهای مبتنی بر سلامت جوانان پرداخته است.

روش و داده‌ها: روش اجرای مطالعه، کمی، تکنیک پیمایش و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه متکی بر نظریه کارکرهام بوده است. نمونه‌ای با حجم ۱۰۶۵ نفر از افراد ۱۸-۳۰ سال مورد پیمایش قرار گرفته و داده‌های گردآوری شده، مورد تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: ۳۹/۶ درصد از پاسخگویان میزان پایینی از رفتارهای سلامت‌محور داشته و ۲۸/۴ درصد، نمره بالایی کسب نمودند. بیشترین فراوانی در سرمایه اجتماعی به سطح متوسط و در سرمایه فرهنگی به سطح پایین مربوط است. متغیرهای سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی تعلق طبقاتی، سن و جنسیت در رگرسیون چند متغیره توانسته‌اند ۵۸ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای مبتنی بر سلامت افراد (که می‌تواند تأثیرات مثبت و یا منفی بر سلامتی آنها داشته باشد) با مؤلفه‌های اجتماعی و فرهنگی در ارتباط است و در این میان، دو مؤلفه سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی حائز اهمیت فراوان است.

واژگان کلیدی: رفتارهای مبتنی بر سلامت، سبک زندگی، سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، شیراز

پیام اصلی: ضروری است در حوزه سیاست‌گذاری سلامت و در جهت بهبود و ارتقاء سبک زندگی سلامت‌محور، و رای بعد فیزیولوژیک به ابعاد و سوق‌دهنده‌های اجتماعی و فرهنگی آن نیز توجه گردد.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۲

ارجاع: البرزی، صدیقه؛ موحد، مجید؛ مظفری، روح‌اله (۱۴۰۱). رفتارهای مبتنی بر سلامت با تأکید بر سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی در میان جوانان شهر شیراز، *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۱(۱): ۱۱۳-۱۲۹. <https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2866>



مقدمه و بیان مسأله

سلامتی و حفظ حیات، همواره یکی از مهم‌ترین چشم‌اندازهای بشری بوده و به خطر افتادن آن یکی از جدی‌ترین دغدغه‌ها و عاملی مهم برای مرگ‌ومیر بوده است. به همین دلیل این مفهوم از موقعیت اساسی در زندگی فرد و همین‌طور در سطح جامعه برخوردار بوده و ناگفته‌نماند این جایگاه از گذشته تا کنون تغییراتی داشته است. دانش بشری از مقوله سلامتی (از پزشکی سنتی تا پزشکی نوین) همواره در حال تحول بوده و به موازات آن، دیدگاه‌های مربوط به آن نیز متنوع بوده‌اند. لذا تعاریف متعددی از سلامتی ارائه شده، اما طبق نظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت، تنها به معنای عدم‌بیماری نیست، بلکه شامل طیف گسترده‌ای از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است (Saylor, 2004: 97). همچنین از دیرباز، رویکردهای گوناگونی درباره مواجهه با سلامتی و بیماری مطرح شده است. یکی از این دیدگاه‌های مهم که در حال حاضر با اقبال زیادی مواجه شده، رویکرد ارتقاء سلامت است. بر اساس این رویکرد، افراد جامعه باید به نوعی توانمند شوند که مسئولیت سلامتی خود را پذیرفته و شیوه زندگی سالمی اتخاذ کنند (Pratt, 2006: 14). با توجه به هزینه‌های سنگین درمانی و ارائه خدمات بهداشتی جامعه امروز، ضرورت تغییر رویکرد از درمان به پیشگیری، بسیار ملموس به نظر می‌رسد. برای پیشگیری از بیماری و حفظ و ارتقاء سلامتی، اصلاح سبک زندگی، الزامی است. شیوه زندگی سالم یعنی یک زندگی متعادل که در آن شخص به‌طور آگاهانه دست به انتخاب‌های سالم و بهداشتی می‌زند (Li, 2008: 1783).

در حال حاضر و با تغییرات وسیع در ماهیت و ابعاد بیماری‌ها، جامعه بشری به ویژه در کشورهای صنعتی با بیماری‌هایی مواجه است که بسیار تحت تأثیر سبک و سیاق زندگی افراد می‌باشد. به گونه‌ای که فرد با اتخاذ الگوهای رفتاری سالم، به رعایت رژیم غذایی مناسب، مدیریت خواب، فعالیت‌های ورزشی، کنترل وزن بدن، عدم‌سوء مصرف مواد مخدر و ... می‌تواند خود را در برابر بسیاری از اختلالات جسمی و روانی ایمن سازد (Havrylyshyn and Nsouli, 2001: 281). سبک زندگی سلامت، طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی است که در پی فرآیند جامعه‌پذیری ایجاد شده و در اصلاح رفتاری می‌توان با بسیاری از عوامل خطر ساز و مرگ‌آور، مقابله کرد (اکبرنژاد و همکاران، ۱۳۹۵: ۹۸). این در حالی است که شیوه زندگی کم‌تحرک که از پیامدهای گسترش شهرنشینی در جوامع امروزی بوده منجر به روند رو به رشد مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی شده است. استفاده از منابع غذایی حاوی چربی و کالری زیاد باعث شیوع افزایش وزن و چاقی گشته، پیچیدگی‌های زندگی و روابط اجتماعی و اقتصادی بروز تنش‌های مختلف را موجب شده است. علاوه بر این، افزایش مصرف سیگار و نوشیدن الکل نیز موجبات خطر بیماری‌ها و سکت‌های قلبی را افزایش داده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۷۲۴).

زمانی که صحبت از بیماری‌های غیرواگیر می‌شود، نقش و جایگاه انسان و رفتارهای وی بیشتر خود را نشان می‌دهد. نگاهی به این موارد نشان می‌دهد که اصلاح و بهبود رفتارها در جهت ارتقاء سلامتی افراد، در کاهش بروز بیماری‌های مرگبار، تأثیرگذار بوده و به عبارتی دیگر سبک رفتاری آنها، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری‌کننده محسوب می‌شود. هنگامی که از اهمیت الگوهای رفتاری مبتنی بر سلامت، گفته می‌شود، منظور، همان انتخاب‌های افراد است، اما نکته حائز اهمیت آن است که این انتخاب‌ها را نمی‌توان بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی و بافت شکل‌گیری آنها در نزد کنشگران مورد توجه قرار داد. به‌عنوان مثال، طبقه اجتماعی کنشگران که می‌تواند این گزینش‌ها را تحت تأثیر خود قرار دهد، قابل تأمل است (زارع، شریف‌تپور و دهقانی، ۱۳۹۴: ۱۳۱). رفتارهای مبتنی بر سلامت بدون شک با مؤلفه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مرتبط است. تمام افراد، گروه‌ها و طبقات اجتماعی، سبک زندگی خاص خود را دارند که الگوی مصرف‌شان را نشان می‌دهند (Chaney, 2002: 157). در نتیجه، امروزه سلامت به‌عنوان یک دستاورد تلقی می‌شود، چیزی که انتظار می‌رود افراد، کارهایی برای بهبود کیفیت زندگی خود کنند یا اگر انجام ندهند، خطر بیماری مزمن و مرگ زودرس وجود خواهد داشت. این دستاورد، در خلأ حاصل نمی‌شود، بلکه تحت تأثیر عوامل متعدد قرار می‌گیرد.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، پنج بیماری و اختلال چاقی، سکتة قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان، به‌عنوان مهم‌ترین بیماری‌های مزمن شناخته شده‌اند که تمامی آنها با سبک و سیاق رفتاری افراد مرتبط است و همچنین این بیماری‌های مزمن، عامل ۷۰ درصد از مرگ‌ومیرها در جهان شناخته شده‌اند (پارسامهر و رسولی‌نژاد، ۱۳۹۴: ۳۵). همچنین عقیده بر این است که عوامل رفتاری به‌ویژه مصرف دخانیات، الگوهای غذایی و فعالیت‌های بدنی، مصرف الکل و ریسک‌های قابل اجتناب، از جمله مهم‌ترین دلایل مرگ و میر هستند. حتی برخی از محققان، شیوع بیماری‌های عفونی از جمله سل و بیماری‌های عفونی نوپدید، مانند اچ‌آی‌وی و هپاتیت را نتیجه رفتارهای انسان می‌دانند (مسعودنیا، ۱۳۹۴: ۲۴۳). به همین دلیل مبارزه و تلاش‌های واقعی از جانب رسانه‌های ارتباط جمعی و تأمین‌کنندگان سلامت، معطوف بر تغییر سبک زندگی و تقویت مسئولیت فردی در مورد سلامتی است. جامعه ایران نیز همچون سایر جوامع، دستخوش تغییرات شگرفی در تمامی ابعاد شده است. شهرنشینی و پیچیده‌شدن زندگی مدرن، مهاجرت، تسلط تکنولوژی، رونق صنایع و به موازات آن آلودگی هوا و خطرات زیست محیطی و ... همگی در سلامت افراد تأثیر گذارند.

آمار و گزارش‌های جهانی نشان می‌دهد که ایران در بسیاری از موارد ذکر شده، از وضعیت مطلوب و مناسبی برخوردار نیست. ایران به‌عنوان یکی از کشورهایی که در مصرف خودسرانه دارو دارای رتبه بالایی است، شناخته می‌شود (باقری، اسکندری و عباس‌زاده، ۱۳۹۳: ۱۵۳ و مسعودی‌علوی و همکاران، ۱۳۸۷: ۵۸۱). به‌طوری که تحقیقات نشان می‌دهد، ۸۳/۳ درصد از ایرانیان، به صورت خودسرانه دارو مصرف می‌کنند و متأسفانه آنتی‌بیوتیک با تمامی خطرات قابل توجهی که دارد، یکی از پرمصرف‌ترین داروها آن هم به صورت خودسرانه می‌باشد (ارشادپور، زارع و کلانی، ۱۳۹۴: ۱۶). این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ اعلام کرد که مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها یکی از مهم‌ترین تهدیدات بهداشتی در قرن حاضر محسوب می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷). نتایج تحقیقی نشان می‌دهد که استعمال قلیان، رابطه جنسی و تجربه مصرف الکل به ترتیب، همه‌گیرترین رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر و پسر در شهر تهران می‌باشد (رشید، ۱۳۹۴: ۳۱).

در ارتباط با سبک تغذیه نیز لازم به ذکر است که میزان مصرف سرانه کالری در ایران بیش از میزان توصیه شده روزانه است و نان، برنج، روغن و قند و شکر به میزان بسیار بالاتری از نرم جهانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۵۹). یکی از رفتارهای مبتنی بر سلامت، انجام معاینات دوره‌ای از جمله خودآزمایی‌ها، غربالگری‌های بالینی و تست‌های آزمایشگاهی است. پژوهش‌های انجام شده، نشان می‌دهد که در جامعه ایران، چه از سوی افراد و چه از سوی دستگاه‌های مربوطه به این امر توجه کافی نمی‌شود. در مطالعه‌ای که انجام خودآزمایی سینه را در زنان دانشجو بررسی کرده، مشاهده شده که تنها ۲/۳ درصد از آنها به‌طور منظم به انجام خودآزمایی سینه می‌پردازند (موحد، البرزی و عباسی‌شوازی، ۱۳۹۰: ۱۸). همچنین فعالیت‌های ورزشی در ایران از الگوی مناسبی پیروی نمی‌کند، این در حالی است که بنابر پیشنهاد مرکز ملی سلامت و کالج آمریکایی طب ورزش، اجرای دست کم ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط برای پنج روز در هفته و ۲۰ دقیقه فعالیت ورزشی سنگین برای سه روز یا بیشتر لازم و ضروری است (دمیرچی، مهربانی و موسوی، ۱۳۹۲: ۳۷۸).

تنوع و تفاوت افراد در رابطه با رفتارهای مبتنی بر سلامت، به این برمی‌گردد که متغیرهای متعددی در این زمینه دخیل هستند و هر یک بخشی از این رفتارها را مورد تبیین قرار می‌دهد. یکی از این متغیرهای مهم، سرمایه‌ها هستند. منظور از سرمایه، همان ذخایر و منابع موجود در دسترس هر فرد است. ردپای توجه به سرمایه اجتماعی به‌عنوان یک مفهوم کلیدی و نقش آن در سلامت افراد را می‌توان در آثار جامعه‌شناسی چون دورکیم مشاهده نمود و امروزه نیز رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت یکی از موضوع‌های مهمی است که به‌ویژه در سال‌های اخیر توجه اندیشمندان و پژوهشگران را به خود جلب کرده و این ادعا که سرمایه اجتماعی می‌تواند در سلامت

افراد اثرگذار باشد در مطالعات متعدّد مورد تأیید قرار گرفته است. در واقع پیوندهای گوناگون، حمایت اجتماعی متفاوتی را برای اعضا فراهم می‌سازد و میزان آن تابع روابط اجتماعی است که فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه‌ها و اجتماعات دارد و این می‌تواند به‌عنوان یک بهبوددهنده در سلامت افراد نقش مهمی داشته باشد. سرمایه فرهنگی نیز به همین شکل، متناسب با ذخایر فرهنگی و غیرمادی و همچنین منابع دانشی و اطلاعاتی مرتبط با سلامت که در اختیار افراد قرار می‌دهد می‌تواند در نوع سبک زندگی و رفتارهای مبتنی بر سلامت اثرگذار باشد.

به‌طور کلی چنانچه گفته شد، اتخاذ یک سیاق مبتنی بر سلامت موجب ارتقاء کیفی زندگی شده، افراد را به سوی بهزیستی و رضایت بیشتر حرکت داده و در نهایت، موجب کاهش هزینه‌های درمانی می‌گردد. چنانچه در یک جامعه، رفتارها و الگوی صحیح از سوی افراد رعایت نشود، پیامدهای منفی آن نه تنها فرد، بلکه کلیت جامعه را در امان نخواهد گذاشت و در این میان خسارت‌های فراوان مالی و اجتماعی گریبان‌گیر آن جامعه خواهد شد. زمانی که افراد از سلامت کافی برخوردار نباشند، کارکردهای مثبت نداشته و از عهده انجام مسئولیت‌ها و ایفای نقش‌های اجتماعی خود بر نخواهند آمد. بدون شک برای رسیدن به توسعه پایدار، انسان سالم، نقش کلیدی داشته و در غیر این صورت نمی‌تواند در مسیر توسعه گام بردارد. بنابراین گفته، حفظ و ارتقاء سطح سلامتی اعضای یک جامعه، بسیار مهم است.

در این میان، سلامت جوانان از مباحث مهم در هر جامعه و از جمله ایران است. زیرا جوانان، بخش عمده‌ای از جمعیت را به لحاظ کمی شکل داده‌اند و نقش‌های مهم اجتماعی بر عهده این قشر است و هم این که بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات جسمانی و روانی افراد که در بزرگسالی با آن مواجه می‌شوند، در دوران جوانی ریشه دارد. به عبارتی می‌توان گفت که سبک‌های رفتاری در دوران جوانی، نقش مهمی در سلامت افراد دارد در حالی که اغلب رفتارهایی که افراد در این سنین به آن خو گرفته‌اند، به سختی قابل تغییر است. با توجه به اهمیت موضوع، یافته‌های حاصل از مطالعات متعدّد درباره رفتارهای مبتنی بر سلامت در ایران و پیامدهای فردی و اجتماعی آن، این سؤال پیش می‌آید که رفتارهای مبتنی بر سلامت از چه الگویی برخوردار است و با چه مؤلفه‌های اجتماعی فرهنگی می‌توان آن را تبیین نمود؟ هدفی که مطالعه حاضر آن را دنبال کرده، پاسخ به این سوالات است.

پیشینه پژوهش

مارکونکینو و همکاران (۲۰۲۱) مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان شیوع و روندهای شیوه زندگی سالم نوجوانان از ۳۲ کشور جهان بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۴ انجام دادند. شیوه زندگی سالم با استفاده از ترکیب فعالیت بدنی روزانه، مصرف روزانه میوه و سبزی‌ها، پرهیز از الکل و پرهیز از محصولات دخانی مورد ارزیابی قرار گرفت. نمونه‌هایی شامل ۵۱۹،۳۷۱ نوجوان (بین ۱۰ تا ۱۶ سال) بود. یافته‌ها نشان داد که شیوع رفتارهای سبک زندگی سالم بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۴ افزایش یافته است. نمره شیوه زندگی سالم با افزایش سن برای پسران و دختران کاهش می‌یابد. در مقایسه بین کشورها، برای پسران، بالاترین مقادیر سبک زندگی سالم در نوجوانان ایرلندی و برای دختران، بالاترین مقادیر در نوجوانان ایسلندی مشاهده شد. مطالعه حاضر روند کندی را برای بهبود شیوه زندگی سالم در بین نوجوانان نشان داد.

فاکاناگا و همکاران (۲۰۲۱) ارتباط بین پایداری به سبک زندگی سالم و علائم افسردگی در بین کارکنان یک مؤسسه بزرگ ملی پزشکی در توکیو را در طول پاندمی کووید ۱۹ مورد بررسی قرار دادند. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۲۲۸ کارمند بین ۲۱ تا ۷۳ سال بود که در یک نظرسنجی مقطعی در جولای ۲۰۲۰ شرکت کردند. سبک زندگی سالم با عوامل زیر سنجیده شد: شاخص توده بدن طبیعی، فعالیت بدنی کافی، وضعیت سیگار کشیدن، مصرف الکل غیر متوسط و مدت زمان خواب کافی. مطالعه حاضر نقش سبک زندگی سالم در سلامت روان در بین کارکنان بیمارستان که در طول همه‌گیری کار می‌کنند را نشان داد.

واحدیان، بابایی فرد و گنجی (۱۴۰۰) فراتحلیلی از مطالعات عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور در ایران انجام دادند. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه پژوهش‌هایی است که پیرامون سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۸۵ صورت گرفته و از مجموع ۶۵ پژوهش، ۱۱ پژوهش به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. نتایج نشان داد متغیر پایگاه اجتماعی-اقتصادی بیشترین میزان اثر را بر سبک زندگی سلامت‌محور داشته و از میان متغیرهای سن، جنس و تحصیلات، اندازه اثر متغیر جنس بیش از دو متغیر دیگر است. از میان متغیرهای اجتماعی، تنها اندازه اثر سرمایه اجتماعی معنادار است.

شعبان و قویدل (۱۴۰۰) ارتباط بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر کرج را انجام دادند. به وسیله آنها، ۱۶۰ نفر از زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر کرج، به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی و با استفاده از پرسشنامه استاندارد مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی، رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار وجود داشته و از بین زیر مقیاس‌های سبک زندگی سلامت‌محور، روابط بین فردی و سپس مسئولیت‌پذیری، بیشترین تأثیر را روی سلامت اجتماعی داشتند. میزان تحصیلات و همچنین میزان سلامت اجتماعی آنان با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه مستقیم معناداری داشت.

خسروی و همکاران (۱۴۰۰) مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور با تأکید بر دوره نوجوانی شناسایی کردند. جامعه پژوهش شامل اسناد و مدارک علمی معتبر مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۴۷ مقاله به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابتدا مفاهیم اولیه استخراج شده و به زیر مقوله‌ها و زیر مقوله‌ها به مقوله‌های اصلی اختصاص پیدا کردند. نتایج نشان داد که مقوله‌های سبک زندگی سلامت‌محور شامل چهار مقوله اصلی و ۱۲ زیر مقوله فرعی، شامل سلامت جسمی (تحرک، تغذیه، الگوی خواب مناسب، کاهش رفتارهای پرخطر، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، پیشگیری از حوادث و مراقبت از خود)، سلامت روانی (مدیریت استرس، خودکوفایی، مثبت اندیش و ذهن‌آگاهی)، سلامت اجتماعی (روابط بین فردی) و سلامت معنوی (رشد معنوی) است.

بناسار-ونو همکاران (۲۰۲۰) میزان شیوع، ارتباط و دسته‌بندی سبک‌های زندگی مرتبط با سلامتی (سیگار کشیدن، مصرف الکل، فعالیت بدنی و کیفیت رژیم غذایی) را در بین دانشجویان دانشگاه ارزیابی کردند. این مطالعه مقطعی یک نمونه از دانش‌آموزان شرکت‌کننده در دانشگاه جزایر بالئار را با استفاده از پرسشنامه مورد بررسی قرار داد. یافته‌ها نشان داد که مردان، الکل بیشتری مصرف می‌کنند، رژیم غذایی سالمی ندارند، احتمال اضافه وزن بیشتری داشته و فعالیت بدنی بیشتری انجام می‌دهند. زنان شیوع بالاتری در وزن کم داشته و فعالیت بدنی کمتری انجام می‌دادند. تجزیه خوشه‌ای حضور سه گروه متمایز را نشان داد: سبک زندگی ناسالم با خطر متوسط، سبک زندگی ناسالم با خطر بالا؛ و سبک زندگی سالم با خطر کم.

در مجموع می‌توان گفت بررسی سبک زندگی سلامت‌محور به مقیاسی نیاز دارد که متناسب با چالش‌های روز جامعه باشد و نظام سلامت، ابعاد مورد سنجش مقیاس را به‌عنوان مسأله تلقی کند. در حالی که مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد اغلب قریب به اتفاق مطالعات مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور به وسیله دو مقیاس استاندارد جهانی انجام گرفته که علیرغم اعتبار غیر قابل انکار، اما تنها در برخی از ابعاد با وضعیت کنونی جامعه ایران تناسب داشته و برخی از مسائل مهم و جدی ایران را نادیده گرفته است. لذا سبک زندگی سلامت‌محور نیازمند مقیاسی است که با توجه به چالش‌های خاص آن جامعه و اولویت‌های آن طراحی شده باشد که در مطالعه حاضر بر رفع این خلأ تحقیقاتی تلاش شده است.

همچنین مطالعات پیشین نشان می‌دهد که تحقیقات فراوانی در حوزه سبک زندگی سلامت‌محور، توسط پژوهشگران حوزه پزشکی و سلامت انجام گرفته که در آن چندان به دانش و چارچوب نظری مرتبط، توجهی نشده و به دور از نگاه اجتماعی و با رویکرد صرفاً پزشکی به آن نگریده و اغلب، تنها به متغیرهای زمینه‌ای از جمله سن، جنس و ... بسنده شده است. در حالی که رفتارهای قاعده‌مندی که به‌عنوان سبک زندگی تلقی می‌شود، تحت تأثیر عوامل اجتماعی فرهنگی متعدّد بوده و نیازمند آن است تا با بینشی جامعه‌شناختی و متکی بر نظریه علمی و معتبر مورد بررسی قرار گیرد. مطالعه حاضر، متکی بر نظریه سبک زندگی سلامت‌محور که توسط ویلیام کارکرام از صاحب‌نظران برجسته معاصر در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی مطرح شده به انجام پژوهش پرداخته است.

چارچوب نظری تحقیق: نظریه سبک زندگی سلامت‌محور ویلیام کارکرام

ویلیام کارکرام از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر است. وی از جمله نظریه‌پردازانی می‌باشد که مستقیماً به تحقیق و مطالعه درباره سبک زندگی سلامت‌محور پرداخته است. وی در مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور به تدوین و ارائه مدلی نظری با جهت‌گیری کلان اجتماعی پرداخته که به مؤلفه‌های ساختاری نیز توجه شده است. رفتار سلامت، فعالیتی است که توسط مردم به منظور حفظ یا تقویت سلامتی آنها، جلوگیری از مشکلات سلامتی یا دستیابی به یک تصویر مثبت از بدن انجام می‌شود. این همان کاری است که افراد برای سالم ماندن انجام می‌دهند. با این حال، تمرکز پژوهش‌ها در جامعه‌شناسی پزشکی بر اعمال سلامت افراد نیست که به‌طور دقیق‌تر تحت عنوان مراقبت از خود تعریف می‌شود، بلکه بر تبدیل این رفتار به شکل تجمیعی آن است با محوریت سبک‌های زندگی سلامت.

این رفتارها که سلامت افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، کنش‌های تصادفی نیستند بلکه الگوهای قابل شناختی از فعالیت‌های ویژه برای گروه‌ها، موقعیت‌های اجتماعی و جوامع را شکل می‌دهند. روش و سیاق زندگی سالم، مجموعه‌ای از انتخاب‌هایی است که توسط فرد یا به‌طور کلی، مبتنی بر نظریه کارکرام در مدلی که درباره سبک زندگی سلامت‌محور ارائه کرد بر مؤلفه‌های ساختاری تأکید شده است. به‌عنوان نمونه سن، جنسیت، نژاد/ قومیت، از جمله ویژگی افراد هستند، اما آنها همچنین ویژگی‌های جمعیت‌های خاصی هستند که پیامدهایی برای سلامت و بیماری دارند. هر یک از این جمعیت دسته‌ها موجودات ساختاری هستند که به شکل دادن به اقدامات بهداشتی در تنظیمات خاص کمک می‌کنند.

سن، از طریق تأثیرات گروهی و جنسیت، به وسیله اجتماعی شدن و تجربه، به‌عنوان دلایل بنیادی شناخته شده‌اند. نژاد و قومیت، مفاهیمی هستند که ساختاری اجتماعی دارند. یعنی، اهمیت آنها از لحاظ اجتماعی تعیین شده است نه از لحاظ بیولوژیکی. به‌عنوان مثال، افراد سالخورده معمولاً رژیم‌های غذایی خود را با افزایش سن تنظیم می‌کنند، زنان معمولاً سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان دارند و نژادها و گروه‌های قومی مختلف در نوشیدن، عادات غذایی و استفاده از خدمات مراقبت‌های پیشگیرانه متفاوت هستند. اینها اقدامات چند فرد مجزا نیست، بلکه اعمال توده‌ها می‌باشند (Cockerham, 2015: 137).

کارکرام به متغیرهای اجتماعی در سطح کلان نیز در تعیین پیامدهای سلامتی توجه داشته است. شرایط طبقاتی، سرمایه‌ها، دین و ایدئولوژی از آن جمله‌اند. ترنر (۲۰۰۴)، معتقد است که در پزشکی اجتماعی به سرمایه اجتماعی به‌عنوان «سرمایه‌گذاری» توجه شده که مردم در جامعه می‌سازند، مانند عضویت آنها در گروه‌های رسمی و غیررسمی، شبکه‌ها و مؤسسات. هرچه افراد در جامعه سرمایه‌گذاری بیشتری کنند، بیشتر در جامعه ادغام می‌شوند و سلامت و رفاه آنها بهتر می‌شود.

انزوای اجتماعی، افسردگی و بیماری به احتمال زیاد در میان افراد با سرمایه اجتماعی کم یا فقدان سرمایه اجتماعی است. سرمایه اجتماعی عموماً در ادبیات تحقیق به‌عنوان ویژگی ساختارهای اجتماعی متشکل از شبکه‌ای از روابط تعاونی بین ساکنان محله‌های خاص و جوامعی که در سطوح اعتماد بین فردی و هنجارهای متقابل و کمک متقابل منعکس شده‌اند، توصیف می‌شود (Turner, 2004: 13).

در واقع، سرمایه اجتماعی به جو اجتماعی حمایتی اشاره دارد. مکان‌هایی که افراد به دنبال یکدیگر می‌گردند و به‌طور مثبت با حس تعلق ارتباط دارند و سرمایه فرهنگی که همان منابع دانش و اطلاعات است (Cockerham, 2015: 181).

به‌طور کلی، کارهام معتقد است که اعمال ناسالم متعدد، بیشتر در بین گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر رایج است و بخش قابل توجهی از پژوهش‌ها، مثبت‌ترین اعمال سبک زندگی توأم با رفتارهای مبتنی بر سلامت را به اقشار اجتماعی بالاتر و زنان و منفی‌ترین را به اقشار پایین و مردان نسبت می‌دهند (Cockerham, 2013: 56). کارهام در تأیید مدعای خود به مطالعات تجربی متعددی اشاره می‌کند. ویلیامز اظهار داشت که تأثیر ساختار بر عاملیت در رابطه با سبک زندگی سلامت‌محور هنوز زیاد است. وی دریافت فرضی که افراد از حق انتخاب‌های سالم دارند با آنچه که بسیاری از مردم به‌عنوان امکان‌های واقعی در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند، منطبق نیست (Williams, 2002: 147). در حالی که عاملیت، مهم است، استدلال می‌شود که شرایط ساختاری اجتماعی می‌تواند به افراد بازگردد و الگوهای سبک زندگی آنها را به روش‌های خاصی پیکربندی کند. عاملیت به آنها اجازه می‌دهد این الگوهای را رد یا اصلاح کنند، اما ساختار، گزینه‌های موجود را محدود می‌کند. این بدان معنا نیست که ملاحظات عاملیت باید به حداقل برسد، بلکه عاملیت کل ماجرا نیست. در بسیاری از موقعیت‌ها، عاملیت برتر نیست و حتی می‌تواند منفعل باشد (Cockerham, 2013).

به‌طور خلاصه در مدلی که کارهام از سبک زندگی توأم با رفتارهای مبتنی بر سلامت بیان می‌کند با دسته‌ای از متغیرها مواجه‌ایم: (۱) متغیرهای ساختاری، شامل طبقه، سن، جنسیت و نژاد/ قومیت، اجتماعات^۱ و شرایط زندگی، بستر اجتماعی را فراهم می‌کند. برای (۲) اجتماعی‌شدن و تجربه‌ای که بر (۳) انتخاب‌های زندگی (عاملیت) تأثیر می‌گذارد. این متغیرهای ساختاری نیز به‌طور جمعی (۴) فرصت‌های زندگی (معمولاً تحت تأثیر طبقه است) را تشکیل می‌دهند. انتخاب‌ها و فرصت‌ها در تعامل و ایجاد (۵) تمایلات کنش (عادت‌واره)، منجر به (۶) اعمال (کنش)، شامل مصرف الکل، دخانیات و مواد مخدر، رژیم‌های غذایی، فعالیت‌های روزمره از مسواک‌زدن و استفاده از کمربند ایمنی در ماشین تا رفتن به ماساژ برای آرامش و تصمیم‌های روزمره درباره غذا، ورزش و ریلکسیشن، بهداشت فردی، تصادف، کنار آمدن با استرس و چک‌آپ پزشکی و سایر اقدامات مرتبط با سلامت می‌شود. الگوهای (۸) سبک زندگی سلامت را تشکیل می‌دهند که اقدام مجدد به آنها منجر به بازتولید (یا اصلاح) شان از طریق برگشت به عادت‌واره‌ها می‌شود (Cockerham, 2015: 181).

با توجه به ادبیات تجربی و چارچوب نظری پژوهش حاضر، فرضیات زیر در این مطالعه مطرح و مورد آزمون قرار خواهند گرفت. با این اوصاف، به نظر می‌رسد:

- بین سن و رفتارهای مبتنی بر سلامت رابطه وجود دارد؛
- بین جنس و رفتارهای مبتنی بر سلامت رابطه وجود دارد؛
- بین تعلق طبقاتی و رفتارهای مبتنی بر سلامت رابطه وجود دارد؛
- بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای مبتنی بر سلامت رابطه وجود دارد؛
- بین سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و رفتارهای مبتنی بر سلامت رابطه وجود دارد.

¹. Collectivity

روش و داده‌های تحقیق

پژوهش حاضر، متکی بر روش کمی و تکنیک پیمایش انجام شده و به‌طور تجربی به آزمون فرضیات پرداخته است. جامعه آماری در مطالعه حاضر، تمامی جوانان شهر شیراز بوده و حجم نمونه مطابق با جدول لین و خطای ۳ درصد برابر با ۱۰۶۵ نفر تعیین شده است. در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای چند مرحله‌ای انجام گرفته بدین‌نحو که ابتدا با توجه به حجم جمعیت مناطق یازده‌گانه شهرداری شیراز، نمونه متناسب به آن اختصاص داده و سپس از میان تمامی بلوک‌های شهر، شماره‌هایی به صورت تصادفی انتخاب و در نهایت در بلوک‌های منتخب با توجه به تعداد منازل موجود در آن بلوک به صورت تصادفی پرسشنامه جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌های مورد نیاز، پرسشنامه بوده که تلفیقی از مقیاس‌های استاندارد و پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد.

رفتارهای مبتنی بر سلامت در قالب یک مقیاس شش بعدی تغذیه سالم، فعالیت‌های ورزشی، مدیریت استرس، پرهیز از مصرف خودسرانه داروها، اجتناب از مصرف مواد مخدر و دخانیات طراحی شده که به‌عنوان متغیر وابسته و با ۴۸ سوال دارای ضریب آلفای کرونباخ بالایی معادل ۰/۹۱ بوده است. ابعاد تغذیه سالم، فعالیت‌های ورزشی و مدیریت استرس از مقیاس استاندارد HPLP اخذ شده، سرمایه اجتماعی با ۲۰ گویه و در سه بُعد مشارکت اجتماعی، اعتماد و شبکه تعاملات اجتماعی با آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۱ و اعتبار صوری، اندازه‌گیری (سروش و البرزی، ۱۳۹۷: ۲۲۱) و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت نیز با استفاده از مقیاسی با ۱۳ گویه مورد سنجش واقع شد. با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و اعتبار محتوایی که در مطالعات متعدد پیشین مورد استفاده قرار گرفته است (قادری و همکاران، ۱۳۹۵: ۶۸). جهت اعتبارسنجی از اعتبار صوری و برای سنجش پایایی تحقیق از آلفای کرونباخ استفاده شده است که با توجه با اعداد به دست آمده (بیشتر از ۰/۷) از پایایی مناسبی برخوردار می‌باشند (جدول ۱). داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده است.

جدول ۱- ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی متغیرها

ضریب	متغیر
۰/۸۱	سرمایه اجتماعی
۰/۸۶	سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت
۰/۹۱	رفتارهای مبتنی بر سلامت

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۵۲/۴ درصد از پاسخگویان مرد و ۴۷/۶ درصد از آنها را زنان تشکیل می‌دهند. از نظر وضعیت تأهل تقریباً نیمی مجرد و نیم دیگر، متأهل هستند. میانگین سنی پاسخگویان ۲۳/۸۷ سال بوده و اکثریت آنها خود را به پایگاه طبقاتی متوسط متعلق می‌دانند. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که ۳۹/۶ درصد از پاسخگویان رفتارهای مبتنی بر سلامت‌شان پایین، ۳۲ درصد متوسط و ۲۸/۴ درصد نیز رفتارهای مبتنی بر سلامت‌شان بالا می‌باشد.

جدول ۲- توزیع فراوانی، درصد و نمره میانگین پاسخگویان بر حسب رفتارهای مبتنی بر سلامت و ابعاد آن

کل		زن		مرد		رفتارهای مبتنی بر سلامت	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۴۰/۸	۴۳۵	۱۸/۹	۹۶	۶۰/۸	۳۳۹	پایین	تغذیه سالم
۴۸/۸	۵۲۰	۶۲/۷	۳۱۸	۳۶/۲	۲۰۲	متوسط	
۱۰/۴	۱۱۰	۱۸/۳	۹۳	۳/۰	۱۷	بالا	
۲/۴۷		۲/۹۲		۲/۰۶		میانگین	
۴۸/۷	۵۱۹	۲۵/۴	۱۲۹	۶۹/۹	۳۹۰	پایین	مدیریت استرس
۳۹/۲	۴۱۷	۵۷/۲	۲۹۰	۲۲/۸	۱۲۷	متوسط	
۱۲/۱	۱۲۹	۱۷/۴	۸۸	۷/۳	۴۱	بالا	
۲/۲۹		۲/۷۱		۱/۹۱		میانگین	
۴۵/۸	۴۸۸	۳۱/۸	۱۶۱	۵۸/۶	۳۲۷	پایین	تحرک بدنی
۴۱/۱	۴۳۸	۵۰/۵	۲۵۶	۳۲/۶	۱۸۲	متوسط	
۱۳/۱	۱۳۹	۱۷/۸	۹۰	۸/۸	۴۹	بالا	
۱/۹۷		۲/۲۴		۱/۷۳		میانگین	
۳۵/۸	۳۸۱	۲۵/۰	۱۲۷	۴۵/۵	۲۵۴	پایین	اجتناب از مصرف خودسرانه دارو
۴۴/۳	۴۷۲	۴۶/۹	۲۳۸	۴۱/۹	۲۳۴	متوسط	
۱۹/۹	۲۱۲	۲۸/۰	۱۴۲	۱۲/۵	۷۰	بالا	
۳/۳۷		۳/۶۲		۳/۱۵		میانگین	
۲۲/۶	۲۴۱	۸/۷	۴۴	۳۵/۳	۱۹۷	پایین	اجتناب از مصرف دخانیات و مواد
۱۸/۳	۱۹۵	۲۳/۱	۱۱۷	۱۴/۰	۷۸	متوسط	
۵۹/۱	۶۲۹	۶۸/۲	۳۴۶	۵۰/۷	۲۸۳	بالا	
۴/۱۱		۴/۵۰		۳/۷۶		میانگین	
۳۱/۵	۳۳۵	۹/۹	۵۰	۵۱/۱	۲۸۵	پایین	اجتناب از رفتارهای جنسی ناایمن
۳۱/۲	۳۳۳	۲۸/۲	۱۴۳	۳۴/۱	۱۹۰	متوسط	
۳۷/۳	۳۹۷	۶۱/۹	۳۱۴	۱۴/۹	۸۳	بالا	
۳/۳۲		۴/۰۲		۲/۶۸		میانگین	
۳۹/۶	۴۲۲	۱۸/۵	۹۴	۵۸/۸	۳۲۸	پایین	رفتارهای مبتنی بر سلامت
۳۲/۰	۳۴۱	۳۶/۱	۱۸۳	۲۸/۳	۱۵۸	متوسط	
۲۸/۴	۳۰۲	۴۵/۴	۲۳۰	۱۲/۹	۷۲	بالا	
۲/۸۶		۳/۳۱		۲/۴۴		میانگین	

این الگو درباره پاسخگویان مرد نیز مشاهده شده به طوری که ۵۸/۸ درصد از آنها در سطح پایین رفتارهای مبتنی بر سلامت، ۲۸/۳ درصد در سطح متوسط و مابقی معادل ۱۲/۹ درصد در سطح بالایی از این رفتارها هستند. اما در زنان، این روند متفاوت است به این معنا

که تنها ۱۸/۵ درصد در سطح پایین، ۳۶/۱ درصد در سطح متوسط و اغلب آنها معادل ۴۵/۴ درصد در سطح بالایی از رفتارهای مبتنی بر سلامت واقع شده‌اند. همچنین در بُعد تغذیه سالم و اجتناب از مصرف دارو، بیشترین فراوانی مربوط به سطح متوسط بوده در مدیریت استرس و تحرک بدنی، بالاترین فراوانی به سطح پایین و در بُعد اجتناب از مصرف مواد مخدر و دخانیات نیز این آمار مربوط به سطح بالا است (جدول ۲).

یافته‌های مربوط به متغیر سرمایه اجتماعی نشان می‌دهد که اغلب پاسخگویان معادل ۴۳/۱ درصد از نظر سرمایه اجتماعی در سطح متوسط قرار دارند. بعد از آن به سطح پایین مربوط می‌شود که این رقم برابر است با ۳۶/۷ درصد و در نهایت نیز پایین‌ترین فراوانی به افرادی تعلق دارد که در سطح بالایی از سرمایه اجتماعی قرار گرفته‌اند. در ابعاد مشارکت اجتماعی و اعتماد اجتماعی، بالاترین فراوانی به سطح پایین مربوط است که به ترتیب ۳۸/۱ و ۴۳/۲ درصد است اما در بُعد تعاملات اجتماعی بیشترین فراوانی به سطح متوسط تعلق دارد که برابر است با ۴۱/۳ درصد. در زنان از نظر سرمایه اجتماعی کل، بیشترین فراوانی به سطح متوسط برمی‌گردد اما در مردان این فراوانی با ۵۱/۱ درصد به سطح پایین مربوط می‌شود (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب سرمایه اجتماعی و ابعاد آن

کل		زن		مرد		سرمایه اجتماعی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۳۸/۶	۴۱۱	۲۹/۸	۱۵۱	۴۶/۶	۲۶۰	پایین	تعاملات اجتماعی
۴۱/۳	۴۴۰	۴۹/۱	۲۴۹	۳۴/۲	۱۹۱	متوسط	
۲۰/۱	۲۱۴	۲۱/۱	۱۰۷	۱۹/۲	۱۰۷	بالا	
۴۳/۲	۴۶۰	۳۱/۰	۱۵۷	۵۴/۳	۳۰۳	پایین	اعتماد اجتماعی
۴۲/۳	۴۵۰	۵۶/۲	۲۸۵	۲۹/۶	۱۶۵	متوسط	
۱۴/۵	۱۵۵	۱۲/۸	۶۵	۱۶/۱	۹۰	بالا	
۳۸/۱	۴۰۵	۲۶/۴	۱۳۴	۴۸/۶	۲۷۱	پایین	مشارکت اجتماعی
۳۳/۴	۳۵۶	۳۷/۷	۱۹۱	۲۹/۶	۱۶۵	متوسط	
۲۸/۵	۳۰۴	۳۵/۹	۱۸۲	۲۱/۹	۱۲۲	بالا	
۳۶/۷	۳۹۱	۲۰/۹	۱۰۶	۵۱/۱	۲۸۵	پایین	سرمایه اجتماعی
۴۳/۱	۴۵۹	۵۸/۲	۲۹۵	۲۹/۴	۱۶۴	متوسط	
۲۰/۲	۲۱۵	۲۰/۹	۱۰۶	۱۹/۵	۱۰۹	بالا	

همچنین سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت ۳۷ درصد از پاسخگویان به‌عنوان بیشترین فراوانی به سطح پایین برمی‌گردد. بعد از آن سطح متوسط قرار گرفته (۳۵/۵ درصد) و در نهایت نیز پایین‌ترین فراوانی به افرادی تعلق دارد که از سطح بالای سرمایه فرهنگی برخوردارند (۲۷/۵ درصد). در زنان از نظر سرمایه فرهنگی کل، بیشترین فراوانی به سطح متوسط برمی‌گردد که برابر است با ۴۷/۱ درصد اما در مردان این فراوانی با ۵۰/۷ درصد به سطح پایین مربوط می‌شود (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت

کل		زن		مرد		سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۳۷/۰	۳۹۴	۲۱/۹	۱۱۱	۵۰/۷	۲۸۳	پایین	سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت
۳۵/۵	۳۷۸	۴۷/۱	۲۳۹	۲۴/۹	۱۳۹	متوسط	
۲۷/۵	۲۹۳	۳۱/۰	۱۵۷	۲۴/۴	۱۳۶	بالا	

یافته‌های استنباطی که حاصل آزمون روابط بین متغیرهاست نشان داد که میان سن، تعلق طبقاتی، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و رفتارهای مبتنی بر سلامت (تغذیه سالم، مدیریت استرس، تحرک بدنی، اجتناب از مصرف خودسرانه دارو، اجتناب از مصرف دخانیات و مواد مخدر و اجتناب از رفتارهای جنسی ناپایمن)، رابطه آماری مستقیم و در سطح ۹۹ درصد، معنی دار است. همچنین تفاوت معناداری در رفتارهای مرتبط با سلامت در بین دو جنس مشاهده شد. تحلیل چند متغیره نیز نشان می‌دهد که سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت، تعلق طبقاتی، سن، جنسیت و سرمایه اجتماعی به ترتیب دارای بیشترین سهم در نظر پاسخگویان نسبت به رفتارهای مبتنی بر سلامت دارند. این شش متغیر در مجموع ۰/۵۸۲ از تغییرات متغیر وابسته (رفتارهای مبتنی بر سلامت) را تبیین می‌کنند.

جدول ۵ - رگرسیون چندمتغیره متغیرهای مستقل با رفتارهای مبتنی بر سلامت

Sig	t	Beta	B	نام متغیر
۰/۰۰۱	۱۵/۳	۰/۳۳۴	۰/۲۳	سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت
۰/۰۰۱	۱۲/۳	۰/۲۷۲	۰/۳۱	تعلق طبقاتی
۰/۰۰۱	۹/۵	۰/۲۰۰	۰/۰۵	سن
۰/۰۰۱	۹/۴	۰/۲۰۹	۰/۳۷	جنسیت (مرد = ۰ و زن = ۱)
۰/۰۰۱	۷/۸	۰/۱۶۶	۰/۱۸	سرمایه اجتماعی
R=۰/۷۶۳ R ² = ۰/۵۸۲ a=-۰/۳۸۲ F=۲۹۵/۱				

بحث و نتیجه‌گیری

حفظ حیات، در تمامی جوامع بشری و در طول تاریخ تا کنون دارای جایگاه و اهمیت اساسی بوده است. در این راستا و در جهت نیل به بقاء، تأمین و نگهداشت سلامتی از اهمیت بسیار ویژه برخوردار می‌باشد. قرن بیستم، شاهد دگرگونی و تحولات عظیم در حوزه سلامت و پزشکی بود که کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه (با اندکی تأخیر) را در بر گرفت. امروزه با توجه به پیشرفت‌های روزافزون پزشکی و افزایش طول عمر انسان‌ها دیگر صرف زنده ماندن و بقاء، دغدغه بشر محسوب نمی‌شود، بلکه در کنار حفظ حیات، انتظارات دیگری چون کیفیت زندگی نمود بیشتری یافته است. لذا اقداماتی که منجر به تقویت کیفیت زندگی گردد، اهمیت اساسی یافته است. زیرا بیماری‌ها در جهان مدرن، با سبک و سیاق زندگی افراد پیوند خورده است. بنابراین ملاحظات ضروری در سبک زندگی، هوشیاری نسبت

به آن و اتخاذ رفتارهای مبتنی بر سلامت در جهت پیشگیری از بیماری و رسیدن به زندگی سالم بیش از پیش اهمیت یافته است. این در حالی است که علی‌رغم این که رعایت نکات بهداشتی و رفتارهای مبتنی بر سلامت کاملاً قابل درک است، اما عملیاتی کردن آن سهل و آسان نیست. در این مسیر، مؤلفه‌های متعددی تأثیرگذارند که متخصصان و صاحب‌نظران این عرصه با دیدگاه‌های متنوعی به آن پرداخته‌اند.

تا کنون مدل‌های نظری متعددی در حوزه بهداشت و سلامت مطرح شده است مانند مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار برنامه‌ریزی شده که به‌ویژه در میان محققان این عرصه، کاربرد زیادی داشته است. کارهام در طرح دیدگاه خود به پشتوانه نظریات بورديو به‌طور ویژه به سبک زندگی سلامت‌محور پرداخته و علیرغم توجه به بحث انتخاب، آن را تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و شرایط زندگی افراد تلقی می‌کند. مطالعه حاضر نیز با مرور نظریات مرتبط و متعدد در نهایت به دیدگاه کارهام متکی شده است. روش به کار رفته در این پژوهش، کمی بوده و از تکنیک پیمایش استفاده شده است. بدین معنی که پس از تدوین فرضیه‌ها متکی بر چارچوب نظری و پیشینه تجربی، جمع‌آوری اطلاعات با کمک پرسشنامه و تحلیل آماری داده‌ها به آزمون فرضیه‌ها پرداخته که در ادامه به یافته‌های پژوهش با تأکید بر سه متغیر اصلی (رفتارهای مبتنی بر سلامت، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت) اشاره شده است.

نتایج در بخش آمار توصیفی نشان داد که تنها ۲۸/۴ درصد از افراد تحت بررسی از الگوی رفتاری سالم‌تری در زمینه سلامت پیروی می‌کنند. این در حالی است که اکثریت افراد که معادل ۴۰ درصد هستند، الگوی رفتاری ناسالم‌تری در زمینه سلامت بکار می‌برند. این الگو در ابعاد مدیریت استرس و تحرک بدنی نیز مشاهده می‌شود در حالی که در ابعاد تغذیه سالم و اجتناب از مصرف خودسرانه دارو، اکثریت افراد پاسخگو در سطح «متوسط» قرار گرفته و همچنین در ابعاد اجتناب از مصرف مواد و دخانیات و اجتناب از رفتارهای جنسی نایم اغلب پاسخگویان در سطح «بالا» واقع شده‌اند. این روند کلی رفتارهای مبتنی بر سلامت (سبک زندگی سلامت محور) در مطالعه فتح‌آبادی (۱۳۹۷)، کوچانی (۱۳۹۷)، احمدی (۱۳۹۵)، جهان‌بخش (۱۳۹۳) و فریمان (۱۳۹۲) و همکارانشان نیز مشاهده شده در حالی که در مطالعه فتاحی (۱۳۹۸)، تبریزی (۱۳۹۷)، الماسی (۱۳۹۷)، روستا (۱۳۹۵)، حاجی‌زاده میمندی (۱۳۹۴)، ژارون (۲۰۱۷)، آیسون (۲۰۱۵) و سانمزر (۲۰۱۲) همکارانشان، الگوی رفتاری مبتنی بر سلامت پاسخگویان از سطح مطلوب‌تری برخوردار است.

سرمایه‌ها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دارایی‌های هر فرد محسوب می‌شود. همان‌گونه که بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند این سرمایه‌ها بر جنبه‌های مختلف زندگی، نوع مصرف، ذائقه و عملکرد افراد مؤثر است. از نظر بورديو حجم و ساختار سرمایه در شکل‌گیری رفتار و سبک زندگی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تعیین‌کننده محسوب می‌شود. امروزه انواع سرمایه به‌ویژه سرمایه اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسی سلامت و پزشکی جایگاه ویژه‌ای یافته است. این مفهوم به‌عنوان یکی از متغیرهای اصلی و در ابعاد مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و تعاملات اجتماعی در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. آمار توصیفی نشان داد که ۴۳/۱ درصد از پاسخگویان دارای سرمایه اجتماعی متوسطی بوده و تنها ۲۰/۲ درصد از سرمایه اجتماعی بالایی برخوردار هستند.

مشاهدات استنباطی نشان داد که فرضیه مربوط به رابطه میان سرمایه اجتماعی و رفتارهای مبتنی بر سلامت هم در حالت کلی و هم به تفکیک ابعاد، مورد تأیید بوده و میان تمامی آنها رابطه آماری معناداری وجود دارد. یافته مذکور با نتایج مطالعات متعددی از جمله چوانگ (۲۰۱۵)، ایلهان (۲۰۰۹)، کوچانی (۱۳۹۷)، قادری (۱۳۹۷)، احمدی (۱۳۹۵)، موسی‌زاده (۱۳۹۵)، کرمی (۱۳۹۴)، قادری (۱۳۹۴) و محمدی (۱۳۹۳) و همکارانشان، همسویی دارد. همان‌گونه که بورديو معتقد است سرمایه اجتماعی، دسترسی به فرصت‌ها، اطلاعات، منابع مادی و موقعیت‌های اجتماعی را برای افراد افزایش داده و بر ترجیحات افراد نیز تأثیرگذار می‌باشد. به بیانی دیگر، میان فضای موقعیت اشغال شده در عرصه اجتماعی و فضای تمایلات افراد در آن موقعیت، رابطه وجود دارد.

با توجه به این که به‌ویژه در سال‌های اخیر و در مطالعات سلامت به انواع سرمایه و تأثیرگذاری آن در این حوزه توجه شده اما در مقایسه با سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی کمتر مورد توجه محققان قرار گرفته است. لذا مطالعه حاضر به این مؤلفه توجه کرده و سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت را مورد بررسی قرار داده است. آمار توصیفی نشان داد که سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت ۳۷ درصد از پاسخگویان، پایین بوده و تنها ۲۷/۵ درصد از آنها سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت بالایی دارند. همچنین مشاهده شد که میان این متغیر با رفتارهای مبتنی بر سلامت رابطه آماری معناداری وجود داشته و با بالا رفتن سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، رفتارها بیشتر از الگوی سلامت، پیروی می‌کند.

یکی از مهم‌ترین موضوع‌ها در مطالعات مربوط به حوزه سلامت این است که منابع فرهنگی در مقایسه با منابع مادی و اجتماعی در تولید پیامدهای مرتبط با سلامت و بازتولید نابرابری‌های بهداشتی، کمتر مورد بررسی واقع شده‌اند. با توجه به این که این متغیر بدین صورت، تا کنون تنها در مطالعه قادری و همکاران (۱۳۹۷) مورد توجه بوده اما شاخص رایج سرمایه فرهنگی در مطالعات متعددی استفاده شده که برخی از آنها یافته حاضر را تأیید می‌کنند. از جمله کوچانی (۱۳۹۷)، احمدی (۱۳۹۵)، کرمی (۱۳۹۴) و حسن‌زاده (۱۳۹۳) و همکارانشان. بر اساس دیدگاه آبل^۱، پیوند عمیقی میان سرمایه‌های مرتبط با سلامت و سبک و سیاق زندگی سالم وجود دارد. به‌طوری که توسعه، بقاء و تغییر سبک زندگی سالم به دسترسی به منابع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است. مناسبات دیالکتیکی بین انواع مختلف سرمایه مرتبط با سلامت وجود دارد، ترکیب این اثرات برای کنشگران، موقعیتی فراهم می‌سازد که به تقویت یا تضعیف سبک زندگی سالم منجر می‌شود.

اگرچه به اعتقاد بوردیو کسب انواع سرمایه در تعیین سبک زندگی افراد اهمیت به‌سزایی دارند، اما مطابق با رویکرد نظری آبل در تحلیل مباحث سلامت آن دسته از منابع سرمایه‌ای که با موضوع تندرستی ارتباط پیدا می‌کنند، بایستی بیشتر مورد توجه باشند. زیرا دسترسی به انواع منابع باعث می‌شود که ارزش‌ها، دانش و هنجارهای رفتاری سالم تقویت شده، پول و منابع مالی بیشتری در امر پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها، طرح‌های بیمه‌ای و تهیه مواد غذایی سالم و با کیفیت صرف شود و در نهایت به تقویت نظام‌های حمایت و پشتیبانی جمعی بیانجامد. ترکیب این موارد، اثرات تعیین‌کننده‌ای بر بهبود سلامت شخصی و تقویت برنامه‌های جمعی سلامت‌محور دارند.

در مجموع، مشاهدات مطالعه حاضر، گویای این پیام است که وضعیت رفتارهای مبتنی بر سلامت در میان جوانان، مطلوب نبوده و از الگوی مناسبی پیروی نمی‌کند و با توجه به این که چنانچه این رفتارها به سبک زندگی تبدیل شود و قوام گیرد، اصلاح و تغییر آن به دشواری رخ می‌دهد همچنین با اتمام به اهمیت سلامتی افراد جامعه به‌ویژه نیروی جوان، این مقوله نیازمند توجه بسیار فراوان از سوی محققان و سیاستگذاران مربوطه است.

منابع

ابراهیمی، کامران؛ خادم‌وطن، کمال؛ سالاری‌لک، شاکر و قره‌آغاجی، رسول (۱۳۹۴). «سیمای اپیدمیولوژیک عوامل خطر، رخدادهای پیامد سکنه قلبی در بیمارستان‌های آذربایجان غربی». *مجله پزشکی ارومیه*، شماره ۸، (۲۶): ۷۳۴-۷۲۴.

^۱. Abel

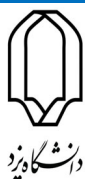
- ارشاد پور، رؤیا؛ زارع مزونی، هادی و کلانی، نوید (۱۳۹۴). «بررسی علل شیوع مصرف خودسرانه دارو در میان عامه مردم ایران». *فصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. شماره ۱۸، (۶۰): ۱۶-۲۳.
- اکبرنژاد، خدیجه؛ طل، آذر؛ مجلسی، فرشته؛ یاسری، مهدی و عزیزاده، هادی (۱۳۹۵). «عوامل پیشگویی کننده سبک زندگی سلامت محور در میان بهورزان». *فصلنامه بیمارستان*. سال یازدهم. شماره ۴، (۵۹): ۱۰۸-۹۷.
- باقری، اعظم؛ اسکندری، نرگس و عباس زاده، فاطمه (۱۳۹۳). «بررسی مقایسه‌ای مصرف خودسرانه دارو و مکمل‌ها در زنان باردار شهری و روستایی مراجعه کننده به مراکز شهرستان بهداشتی درمانی شهرستان کاشان». *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. شماره ۲۴، (۱۱۴): ۱۵۱-۱۵۷.
- پارسامهر، مهربان و رسولی نژاد، سیدپوریا (۱۳۹۴). «بررسی رابطه سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش». *توسعه اجتماعی*. شماره ۱، (۱۰): ۶۶-۳۵.
- تبریزی، جعفر؛ خوش مرام، نجیبه؛ دشمن گیر، لیلا و شکیبازاده، الهام (۱۳۹۷). «عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی ارتقاءدهنده سلامت در نوجوانان». *تصویر سلامت*. ۴: ۲۸۲-۲۹۱.
- جهانبخش، اسماعیل و هاشمی، منصور (۱۳۹۳). «ابعاد سبک زندگی سلامت محور در ساکنین شهر شوشتر». *مندیش*. ۸، (۵): ۸۹-۸۳.
- حاجی زاده میمندی، مسعود و دهقان چناری، مریم (۱۳۹۴). «سبک زندگی سلامت محور و رضایتمندی زناشویی بین زنان متأهل یزد». *زن در فرهنگ و هنر*. ۱، (۷): ۷۶-۶۱.
- حسن زاده، داوود و عزیززاده اقدم، محمدباقر (۱۳۹۳). «رابطه بین سبک زندگی سلامت محور و سرمایه فرهنگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی هادی شهر». *مطالعات جامعه‌شناختی*. ۲۴: ۹۸-۸۵.
- خسروی، ملیحه؛ صائمی، حسن؛ حسینی، علی و بیانی، علی اصغر (۱۴۰۰). «شناسایی مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور با تأکید بر دوره نوجوانی: یک مطالعه کیفی». *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۹، (۱): ۸۰-۹۳.
- دمیرچی، ارسلان؛ مهربانی، جواد و موسوی بقرآباد، فاطمه (۱۳۹۲). «رابطه چاقی، اضافه وزن و عوامل دموگرافیک با سطح فعالیت بدنی در بزرگسالان ۱۸-۶۹ ساله شهر رشت». *نمد درون ریز و متابولیسم ایران*. ۴: ۳۸۶-۳۷۸.
- رشید، خسرو (۱۳۹۴). «رفتارهای پرخطر در بین دانش آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران». *رفاه اجتماعی*. ۵۷: ۵۶-۳۱.
- زارع، محمدقاسم؛ شریفات پور، بهیه و دهقانی، فرحناز (۱۳۹۴). «بررسی رابطه سلامت معنوی و رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مقطع متوسطه شهر بوشهر». اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه، شرکت طلای سبز، انجمن پایش.
- سروش، مریم و البرزی، صدیقه (۱۳۹۷). «مطالعه رابطه سرمایه‌های در اختیار زوجین و تعارضات زناشویی». طرح پژوهشی مصوب استانداری فارس، امور بانوان.
- شعبان، مریم و قویدل، نوشین (۱۴۰۰). «ارتباط بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر». *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*. ۱۰، (۲): ۱۹۶-۲۰۵.
- عبدی، فاطمه؛ عطاردی کاشانی، زهرا؛ میرمیران، پروین و استکی، ترانه (۱۳۹۴). «بررسی و مقایسه الگوی مصرف غذایی در ایران و جهان». *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۲: ۱۶۷-۱۵۹.

- فتاحی اردکانی، محبتی؛ سادات انوشه، ویدا؛ ستوده، احمد؛ حاجی‌وندی، عبدالله؛ ستوده، نرگس و یزدانی، زهرا (۱۳۹۸). «رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت». *تحقیقات سلامت*. ۸(۱): ۳۸-۴۵.
- فتح‌آبادی، جلیل؛ ایزددوست، مونا؛ تقوایی، داوود؛ شلانی، بیبا و صادقی، سعید (۱۳۹۷). «نقش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور در پیش‌بینی احتمال خطر دیابت». *پایش*. ۱۷(۲): ۱۶۹-۱۷۸.
- فریمان، محمود (۱۳۹۲). «رفتارهای مرتبط با سلامت و همبسته‌های اجتماعی جمعیتی آن در بین افراد ۱۵ سال به بالا»، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه تهران. دانشکده علوم اجتماعی. بخش جامعه‌شناسی.
- فیلد، جورج (۱۳۸۵). *سرمایه اجتماعی*، (ترجمه جلال متقی)، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- قادری، مهدی؛ ملکی، امیر و احمدنیا، شیرین (۱۳۹۵). «از سرمایه فرهنگی بوردیو تا سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت به تعبیر آیل: کاربرد شاخص‌های نوین در تبیین سبک زندگی سالم». *رفاه اجتماعی*: ۱۶(۶۲): ۵۸-۹.
- قادری، مهدی؛ ملکی، امیر و حق‌جو، مجید (۱۳۹۴). «نقش سرمایه اجتماعی در ارتقاء سبک زندگی سالم میان افراد مبتلابه بیماری عروق کرونر». *پرستاری قلب و عروق*. ۲(۴): ۳۵-۲۴.
- قنبری‌افرا، لیلا و ظاهری، آریتا (۱۳۹۶). «ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران». *آموزش و سلامت جامعه*. ۲(۴): ۳۴-۲۸.
- کرایب، یان (۱۳۸۲). *نظریه اجتماعی کلاسیک*، (ترجمه شهناز مسمی‌پرست)، تهران: نشر آگه.
- کرمی، خدابخش؛ رضادوست، کریم؛ عبدی‌زاده، سیما و پیشه، فرات (۱۳۹۴). «مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور و تعیین‌کننده سرمایه‌ای و زمینه‌ای در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز». *توسعه اجتماعی*، ۱: ۱۲۶-۹۷.
- کوچانی، مسعود و محمودیان، حسین (۱۳۹۷). «تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی با میانجی‌گری سبک زندگی سلامت‌محور». *جامعه‌شناسی کاربردی*. ۲۹(۷۰): ۱۶-۱.
- الماسی، مسعود (۱۳۹۷). «تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت‌محور در سالمندان شهر ایلام». *پرستاری ایران*. شماره ۳۱: ۸۵-۷۵.
- محمدی، جمال؛ محمدی، فردین و محمدی، حسین (۱۳۹۳). «تبیین جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور ورزشکاران». *پژوهش‌نامه توسعه فرهنگی اجتماعی*. ۲(۱): ۸۸-۷۵.
- محمدی، حسینعلی؛ جبل‌عاملی، شیدا؛ حقایق، سیدعباس و رنجبرکهن، زهره (۱۴۰۰). «مدل ساختاری خودکارآمدی درد بر اساس سبک زندگی سلامت‌محور با میانجی‌گری درماندگی در مبتلایان به درد مزمن». *دانشور پزشکی*. ۲۹(۳): ۱۱۸-۱۳۱.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۴). *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- مسعودی‌علوی، نگین؛ ایزدی، فاطمه؛ عبادی، سیدعلیرضا و حاجی‌باقری، علی (۱۳۸۷). بررسی تجربه خوددرمانی در بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲. *عدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، ۱۰(۶): ۵۸۸-۵۸۱.
- موحد، مجید؛ البرزی، صدیقه و عباسی‌شوازی، محمدتقی (۱۳۹۰). «بررسی عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان دختر دانشگاه شیراز و علوم پزشکی نسبت به خودآزمایی سینه». *جامعه‌شناسی زنان*. ۳: ۲۰-۱.

واحدیان ، مرتضی؛ بابایی فرد، اسداله و گنجی، محمد (۱۴۰۰). «فرا تحلیل مطالعات عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور در ایران (از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸)». *دوماهنامه فیض*. ۲۵(۲): ۸۹۱-۹۰۰.

- Bennasar-Veny, M., Yañez, A. M., Pericas, J., Ballester, L., Fernandez-Dominguez, J. C., Tauler, P., & Aguilo, A. (2020). "Cluster analysis of health-related lifestyles in university students", *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(5): 1776.
- Chaney, D. (2002). "Cosmopolitan art and cultural citizenship" *Theory, Culture and Society* 19(2), 74-157.
- Chuang, Y. Ya-Li, H, Kuo-Chien, T. Chia-Hsin, Y & Lin-hui, Y. (2015). "Social capital and health-protective behavior intentions in an influenza pandemic" *Plos One* 10(371), 1-14.
- Cockerham, W. C & Ritchey, F. J. (1997). *Dictionary of Medical Sociology*, United States of America: Greenwood Press.
- Cockerham, W. C. (1999). *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*, London: Routledge.
- Cockerham, W. C. (2000). *Health Lifestyles in Russia, Social Science & Medicine Disease*, London: Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2004). *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle*, London: Prentice Hall College.
- Cockerham, W. C. (2013). *Social Causes of Health and Disease*. Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2015). *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, Dordrecht, Netherlands. Springer
- Fukunaga, A. Inoue, Y. Yamamoto, S. Miki, T. Nanri, A., Ishiwari, H., Ohmagari, N. (2021). "Association Between Adherence to Healthy Lifestyles and Depressive Symptoms Among Japanese Hospital Workers During the COVID-19 Pandemic" *Asia Pacific Journal of Public Health*, 10105395211007604.
- Havrylyshyn, O. & Nsouli, S. M. (2001). *A decade of transition: achievements and challenges*, International Monetary Fund, Washington, D.C, 281.
- Ihmels, M.A. Welk, G.J. Eisenmann, J.C. (2009). "Development and preliminary validation of a Family Nutrition and Physical Activity (FNPA) screening tool" *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12: 6-14
- Jarron M. Saint O. Patrick M. (2017). "Health lifestyle behaviors among U.S. adults" *SSM – Population Health* 3: 89-98.
- Li, G. (2008). "The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study" *The Lancet* 371: 1783-89.

- Marconcin, P. Matos, M. G. Ihle, A. Ferrari, G. Gouveia, É. R. López-Flores, M. Marques, A. (2021). "Trends of healthy lifestyles among adolescents: An analysis of more than half a million participants from 32 countries between 2006 and 2014" *Frontiers in Pediatrics* 9: 1-8.
- Pratt, J. (2006). "Part of who we are as a school should include responsibility for well-being: links between the school environment, mental health and behavior" *Pastoral Care in Education* 24: 14-21.
- Saylor, C. (2004). "The Circle of Health A Health Definition Model" *Journal of Holistic Nursing* 22(2): 97-115.
- Sonmezer, H. fevziye, C & melis, N. (2012). "Healthlife-style promotion behavior in turkish women aged 18-64" *Journa Asian Pacific Journal of Cancer Prev* 13: 1241-1245.
- Turner, B.S. (2004). *The New Medical Sociology: Social Forms of Health and Illness*, London: Norton.
- Williams, G. (2002). "The Determinants of Health: Structure, Context and Agency" *Sociology of Health and Illness* 25: 131-54.
- World Health Organization (2006). *The World Health Report a safer future: Global Public. Health Security in the 21st Century*. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43713>



Healthy Behaviors with emphasize on Social and Cultural Capitals among the Youth in the City of Shiraz, Iran

Sedighe Alborzi¹, Majid Movahhed^{2*}, Rouholla Mozafari³

1. Ph.D. of Sociology, Scientific Staff of Academic Center for Culture, Education and Research (ACECR), Fars Branch, Shiraz, Iran; alborzi254@gmail.com
- 2- Professor of Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author); mmovahed@rose.shirazu.ac.ir
- 3- Ph.D. Candidate in Sociology, Yasouj University, Yasouj, Iran, & Organizational Performance Evaluation Expert of Shiraz Municipality, Shiraz, Iran; mozafari254@gmail.com

Original Article

Abstract

Background and Aim: Experts on sociology of health believe that a significant part of health is influenced by social and cultural factors. This approach has recently been strengthened with the acceleration of widespread social changes, and social researchers are more engaged in interdisciplinary health studies. Healthy behaviors in the present paper were assessed through indicators such as diet, sport, stress management, and avoiding self-treatment, drug abuse, alcoholism, smoking and unprotected sexual behaviors.

Methods and Data: Data was collected through a sample survey among 1065 adults with the age range of 18-30 in Shiraz.

Findings: 39.6% of the respondents showed a low level of health-related behaviors and 28.4% a high score. For social capital variable, the highest frequency was observed at the medium level; and for cultural capital variable, the highest frequency was at the low level. The variables of social capital, cultural capital, class belonging, age and gender in multivariate regression account for 58% of the healthy behavior.

Results: According to the findings of the present study, it can be concluded that people's health-related behaviors (which can have positive or negative effects on their health) are related to social and cultural components, and among them, two components of social capital and cultural capital are very important.

Keywords: Healthy behaviors, Health-related, Lifestyle, Social capital, Cultural capital.

Key Message: It is necessary to pay attention to its social and cultural dimensions and factors beyond the physiological dimension in the field of health policy and in order to improve and promote a health-oriented lifestyle.

Received: 23 May 2022

Accepted: 04 September 2022

Citation: Alborzi, S., Movahhed, M., Mozafari, R. (2022) A Study of Healthy Behaviors with emphasize on Social and Cultural Capitals among the Youth in the City of Shiraz, Iran. *Journal of Social Continuity and Change*, 1(1): 113-129. <https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2866>

