

## تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی

بیژن زارع<sup>۱</sup>

زینب کاوه فیروز<sup>۲</sup>

محمد رسول سلطانی<sup>۳</sup>

مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور به بررسی الگوی‌های جمعی رفتارهایی اطلاق می‌شوند که با پرداختن به مسائل مخاطره‌آمیز سلامت افراد و یافتن علل و دلایل آن تضمین‌کننده سلامت ایشان باشند. تبیین‌های موجود، عمدتاً تعیین‌کننده‌هایی همچون انتخاب‌های فردی و عوامل ساختاری و اجتماعی را مدنظر قرار داده‌اند. با اتخاذ رویکردی مشابه، تحقیق حاضر درصدد کشف علل سرمایه‌ای موثر بر انتخاب‌های فردی است که بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی تأثیر می‌گذارد. یافته‌های تحقیق نشان داد تقریباً دو سوم سالمندان مورد بررسی، از سبک زندگی متوسطی برخوردارند. با در نظر گرفتن انواع سرمایه، ۵۶/۶ درصد نمونه تحقیق از سرمایه اقتصادی متوسط و ۶۲/۲ درصد آنها از سرمایه اجتماعی متوسطی برخوردارند. مهمتر آنکه ۷۴/۷ درصد سالمندان مورد بررسی از سرمایه فرهنگی پایینی برخوردارند. نتایج آزمون فرضیات نشان داد که سرمایه اجتماعی و اقتصادی با سبک زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان رابطه معنی‌داری دارند در حالیکه سرمایه فرهنگی بر سبک زندگی بی‌تأثیر است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد ۱۶ درصد تغییرات سبک زندگی سالمندان تابع سرمایه اجتماعی و اقتصادی است و در بین انواع سرمایه، سرمایه اجتماعی و سپس سرمایه اقتصادی با ضرایب بتای ۰/۱۸۶ و ۰/۱۳۶ بیشترین اثر را بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان دارد.

واژگان کلیدی: سالمندی، سبک زندگی سلامت‌محور، امراض مزمن، سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی

۱. دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، dr\_bizhanzare@yahoo.com

۲. استادیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، z.kavehfiroz@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد، پژوهش علوم اجتماعی، rasol20@yahoo.com

## مقدمه و بیان مسأله

تحقیقات متعدد تاریخی نشان می‌دهند چگونه شیوع اپیدمی می‌توانست چهره منطقه یا حتی کشوری را با از میان برداشتن ناگهانی تعداد زیادی از مردم و دامن زدن به ناهماهنگی‌های فاجعه بار جمعیتی دگرگون سازد. طاعون بزرگ در اروپای غربی در سال ۱۳۴۷ میلادی به تنهایی جان ۲۶ میلیون نفر، یعنی به اندازه ربع جمعیت اروپا، قربانی داشت و در حالی که طاعون از اروپا رخت برمی‌بست، اپیدمی دیگری از آسیا وارد شد. وبای سال ۱۸۳۲ در فرانسه به تنهایی ۱۰۰ هزار قربانی گرفت. عمده جان‌باختگان را کودکان و فقرا تشکیل می‌دادند. پیشرفت علوم پزشکی به معنای خاص کلمه از یک سو، و سازماندهی در اداره شهرها و در اقتصاد، بهبود کیفیت فنون کشاورزی، فنون حمل و نقل و تجارت که موجبات غلبه بر قحطی‌ها و کمبودها را فراهم آورده بود، از دیگر سو، در مهار این اپیدمی‌ها بی‌اندازه مهم بودند. در طول قرن هجدهم عدم توازن جمعیتی رفته رفته قطع می‌شد. در قرن بعد، پیشرفت‌های بهداشتی و توزیع سواد بین همه، وضع را بهبود می‌بخشید. امید به زندگی در بدو تولد از ۲۸ سال در زمان لویی پانزدهم، به ۴۳ سال در ۱۸۷۲ و ۵۲ سال در ۱۹۲۰ و بالاخره به بیش از ۷۵ سال در حال حاضر می‌رسد (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۲۹-۲۸) و این به معنای ظهور سالمندی جمعیت است.

افزایش امید به زندگی بر احتمال بازماندگی افراد می‌افزاید و تاثیر دوگانه و متضادی بر بعد خانوار اعمال می‌کند، که از آن جمله سالخوردگی جمعیت، سالخوردگی نیروی کار و افزایش تعداد و درصد سالخوردگان است (زنجانی، ۱۳۸۳). با بالا رفتن سطح رفاهی و بهداشت افراد و جامعه، به میزان قابل توجهی از مرگ و میر کودکان کاسته شده و بیشتر جمعیت جهان با شتابی سریع رو به سالخوردگی پیش می‌رود. بعضی از جامعه‌شناسان و پیری‌شناسان با بررسی آمارهای در حال تغییر جمعیت‌شناختی، به «خاکستری شدن»<sup>۱</sup> جمعیت اشاره می‌کنند. تقریباً همه کشورهای توسعه یافته در دهه‌های آینده شاهد پیر شدن جمعیت‌های خود خواهند بود. در حال حاضر یک نفر از هر هفت نفر در کشورهای توسعه یافته سنی بیش از شصت و پنج سال دارند و در طول سی سال آینده این نسبت یک به چهار خواهد شد. تعداد «پیرهای پیرتر» (کسانی که بیش از هشتاد و پنج سال دارند) با سرعتی بیش از پیرهای جوانتر افزایش پیدا می‌کنند. طی نیم قرن آینده، تعداد افراد بالای هشتاد و پنج سال، شش برابر خواهد شد (زنجانی، ۱۳۸۳). این فرآیند که تحت عنوان «پیر شدن سالخوردگان» از آن یاد می‌شود، نکته‌ای قابل تأمل است (زنجانی، ۱۳۸۳).

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر اعلام و برآورد کرد که این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ نفر خواهد رسید. این در حالی است که هم اکنون ۶۰ درصد افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. براساس نتایج

1. Adam & Hertslek  
2. Greying

سرشماری سال ۱۳۹۰، ۸/۲ درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (سرشماری عمومی نفوس و مسکن، ۱۳۹۰) و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد کل جمعیت کشور برسد. در گزارش این مرکز، امید به زندگی برای مردان و زنان ایرانی بعد از ۶۰ سالگی طی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ به ترتیب ۱۷ و ۱۸ سال برآورد شده است. در حال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور ایران ۱/۶ درصد می‌باشد. این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است (کاوه فیروز ۱۳۹۰).

تغییرات جمعیتی از این دست سبب شده تا توجه سازمان‌های بهداشتی کشورها و نهادهای بین‌المللی به مسائل سالخوردگی و اهتمام به واکاوی شیوه زندگی آنان در دهه‌های معاصر در کنار سایر مشکلات مربوط به مرگ و میرهای ناشی از امراض مسری در کودکان پررنگ تر شود.

همچنان که جمعیت سالمند می‌شود، بیماری‌های مزمن نیز فزونی می‌یابند. بیماری‌هایی همچون انواع سرطان، امراض قلبی- عروقی و... نوعاً بیماری‌های مزمنی هستند که به دلیل وجود میکروب بیماری‌زای خاصی بروز نکرده و بیشتر به سبک زندگی افراد مربوط می‌شوند. پس در جامعه‌ای که خود رو به پیری است، فزونی این امراض طبیعی به نظر می‌رسد. مخلص کلام اینجاست که در جامعه کهنسال، هراس از ظهور بیماری‌های مزمن که عمدتاً مربوط به این دوران است، کمتر از نگرانی‌هایی نیست که در دوران گذشته از اپیدمی‌ها ناشی می‌شد. «ترس از بازگشت اپیدمی» که امروزه به جای کودکان به کهنسالان و به جای بیماری‌های مسری با بیماری‌های مزمن وارد عرصه مدنیت شده است، توجه به این پدیده را آشکارا مشخص می‌کند. این روند «گذار اپیدمیولوژیک» نامیده می‌شود.

همانگونه که گفته شد، در بحث علت‌یابی شیوع بیماری‌های مزمن، می‌بایست به سبک زندگی افراد التفتاتی ویژه داشت. این مقاله با مطالعاتی که به توصیف و دسته‌بندی انواع سبک‌های زندگی پرداخته‌اند قرابتی ندارد چراکه هدف این مطالعه، بررسی تبیینی شیوه خاصی از زندگی گروهی ویژه از جمعیت است. رسالت این بررسی در کشف عوامل سرمایه‌ای همچون سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که بر سلامت محور بودن سبک زندگی سالمندان مورد بررسی تاثیر می‌گذارد. کشف این عوامل و توجه به آنان، تاثیر بسزایی در کاهش شیوع بیماری‌های مزمن و در بین سالمندان، که مستقیماً به سبک زندگی آنان گره خورده است، خواهد داشت.

با یافتن این عوامل و کنترل یا ارتقای آنها می‌توان به الگوهای سبک زندگی که با استانداردهای سلامت و بهداشت منطبق باشند امیدوار بود تا با قرار دادن انتخاب‌های افراد در مسیری مطمئن، مرگ و میرهای ناشی از امراض مزمن در سالمندان را به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش داد. بررسی شیوه زندگی سالمندان از جنبه عملی نیز حایز اهمیت است و در زمره تحقیقات کاربردی

قرار می‌گیرد چراکه می‌توان با شناخت متغیرهای موثر بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان، از نتایج آن در برنامه ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های جمعیتی بهره برد. بروز بیماری‌های مزمنی همچون سرطان، سکنه و بیماری‌های قلبی که ارتباط مستقیم با سبک زندگی افراد دارد، هزینه‌های سنگین مراقبتی و دارویی را برای کشور به بار می‌آورد که آگاهی از عوامل تاثیرگذار بر سبک زندگی سالم می‌تواند تا حدودی به جبران آن کمک کند.

### مبانی نظری و تجربی تحقیق

ویر<sup>۱</sup> برای بررسی قشریندی اجتماعی از دو مفهوم عمده طبقه و گروه‌های منزلتی استفاده می‌کند. از منظر ویر نفع اقتصادی تنها تعیین‌کننده طبقه اجتماعی است اما جامعه صرفاً بر اساس توزیع منابع اقتصادی قشریندی نمی‌شود. وی به نظم منزلت‌ها معتقد بود و برای تحلیل آن از مفهوم گروه منزلت استفاده می‌کند. مفهوم سبک زندگی حاصل بسط تاملات ویر درباره گروه‌های منزلتی است. ملوین تامین<sup>۲</sup> معتقد است ماکس ویر واژه سبک‌های زندگی را برای اشاره به شیوه‌های رفتار، لباس پوشیدن، سخن گفتن، اندیشیدن و نگرش‌هایی که همگی مشخص‌کننده گروه منزلتی متفاوتی بوده و در ضمن الگویی برای کسانی که می‌خواهند جزئی از این گروه منزلتی باشند، به کار می‌گیرد (فاضلی، ۱۳۸۲: ۲۸).

به اعتقاد ویر سبک‌های زندگی متفاوت، نمایانگر گروه‌های منزلتی هستند که آن سبک زندگی را برگزیده‌اند. وی برای اشاره به سبک زندگی و ارائه تحلیل چندبعدی از آن سه مفهوم، سبک‌مند شدن زندگی، تدبیر زندگی و بخت زندگی را به کار می‌گیرد. تدبیر زندگی به انتخاب‌های فرد مرتبط است و بخت زندگی به احتمال تحقق این انتخاب‌ها دلالت دارد. پرواضح است که ویر با نیم‌نگاهی به مفهوم گروه‌های منزلتی و تاثیر آن بر سبک‌های زندگی، خصیصه اصلی آن را انتخابی بودن دانسته اما انتخابی که در محدوده مضایق ساختاری است، تنگناهایی که احتمال تحقق یافتن این انتخاب‌ها را محدود می‌کنند. وی این محدودیت‌ها را اقتصادی و اجتماعی می‌داند (کارهام<sup>۳</sup> ۲۰۰۵ به نقل از فاضلی، ۱۳۸۲). اشاره به محدودیت‌های اجتماعی نشان‌دهنده توجه ویر به مجموعه عوامل ذهنی، سنتی، هنجاری، حقوقی و مذهبی در محدود کردن سبک‌های زندگی است.

جان کلام کار بورديو و كوشش او برای از میان برداشتن فاصله میان ذهنیت‌گرایی و عینیت‌گرایی، در مفاهیم ساختمان ذهنی<sup>۴</sup> و زمینه<sup>۵</sup> و نیز رابطه دیالکتیکی شان نهفته است (ریتزر<sup>۶</sup>، ۱۳۸۷: ۶۷۸).

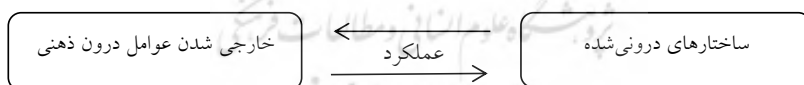
1. Max Weber
2. Meloin tamien
3. William C. Cockerham
4. Building mind
5. Field
6. Ritzer

ساختمان ذهنی به ساختارهای ذهنی یا شناختی اطلاق می‌شود که انسان‌ها از طریق آنها با جهان اجتماعی برخورد می‌کنند. ساختمان ذهنی محصول ملکه ذهن شدن ساختارهای اجتماعی است که طی یک فراگرد تاریخی در هر فرد ایجاد می‌شود. انسان‌ها برحسب ساختارهای طبقاتی همچون گروه‌های سنی، جنسیت‌ها و طبقات اجتماعی، جایگاه‌های طبقاتی را اشغال می‌کنند. ساختمان ذهنی در نتیجه اشغال بلندمدت جایگاه توسط فرد در جهان اجتماعی شکل می‌گیرد. از همین جهت است که ساختمان ذهنی بروقی ماهیت جایگاه افراد در جهان اجتماعی از فردی به فرد دیگر تغییر می‌پذیرد و برای همین است که افراد گوناگون ساختمان ذهنی واحدی را در جامعه ندارند. به هر روی آنهایی که جایگاه واحدی را در جهان اجتماعی دارند از ساختمان ذهنی مشابهی نیز برخوردارند (بوردیو، ۱۹۸۴ به نقل از ریتزر، ۱۳۸۷: ۶۷۹).

نکته دیگر رابطه دیالکتیکی بین ساختمان ذهنی و جهان اجتماعی است. همانگونه که در بالا اشاره شد، ساختمان ذهنی افراد طی یک فراگرد تاریخی محصولی از ساختارهای جهان اجتماعی است، اما از سوی دیگر ساختمان ذهنی یک «ساختار ساختاردهنده» است یعنی ساختاری است که به جهان اجتماعی ساختار می‌بخشد.

بوردیو ساختمان ذهنی را به صورت دیالکتیک ملکه‌ذهن شدن عوامل خارجی و خارجی شدن عوامل درون‌ذهنی توصیف می‌کند. آنچه ساختمان ذهنی افراد را به جهان اجتماعی پیوند می‌زند «عملکرد» است. از یک سوی از طریق عملکرد، ساختمان ذهنی ساخته می‌شود و از سوی دیگر در اثر عملکرد است که جهان اجتماعی آفریده می‌شود.

#### شکل ۱. دیالکتیک جهان اجتماعی و ساختمان ذهن، فرآیند شکل‌گیری ساختمان ذهنی



لذا آنچه ساختمان ذهنی افراد و به طبع آن عملکردشان را در جهان اجتماعی شکل می‌دهد جایگاهی است که آنها در جهان اجتماعی اشغال کرده‌اند. طبق نظر بوردیو اشغال‌کننده این جایگاه‌ها نه درون‌ذهنیت افراد بلکه انسان‌ها و نهادهای اجتماعی هستند که در شبکه‌ای از روابط برای کسب جایگاه بالاتر به نزاع می‌پردازند. وی به این شبکه ارتباطی لفظ زمینه را اطلاق می‌کند. عوامل درون زمینه درگیر منازعه‌ای بی‌پایان برای کسب جایگاه‌های مسلط و مشروع هستند. فرادستی یا فرودستی این جایگاه‌ها با حجم و ترکیب سرمایه‌ای که این عوامل در اختیار دارند معنا می‌یابد.

آنچه که به زمینه معنا می‌دهد سرمایه است. حجم و ترکیب انواع سرمایه نزد فرد، جایگاه وی را در سلسله مراتب زمینه تعیین می‌کند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۸).

بوردیو کاربرد رهیافت نظری خود را در بررسی تجربی‌اش با عنوان تمایز نشان می‌دهد. او در این بررسی ذائقه<sup>۲</sup> زیباشناختی گروه‌های مختلف جامعه را به بررسی می‌کشد. ذائقه عبارت است از توانایی به کارگرفتن گروهی از اشیا و انجام مجموعه‌ای از اعمال به صورت مادی و نمادین که نهایتاً ترجیح‌های متمایزکننده‌ای را نشان می‌دهند. ذائقه مبنای داوری درباره ارزش تجربه‌های مختلف است (فاضلی، ۱۳۸۲: ۴۳). بدین معنا که افراد با ذائقه‌های یکسان ترجیح‌های یکسانی برای عملکرد خود در امور متفاوت دارند. ولذا ترجیح‌های به ظاهر جداگانه برای هنر یا سینما را باید در ارتباط با ترجیح‌های خوراک، ورزش و یا سبک آرایش مو در نظر گرفت (بوردیو، ۱۹۸۴، به نقل از ریتزر، ۱۳۸۷: ۶۸۴). انسان‌ها به کمک ذائقه نه تنها دیگران را در جایگاه‌های متفاوت دسته‌بندی می‌کنند بلکه خودشان را نیز طبقه‌بندی می‌کنند. پرواضح است که بوردیو در اینجا نیز ذائقه را به مفهوم عمده دیگرش یعنی ساختمان ذهنی پیوند زده است.

ترجیح(ذائقه)های مردم درباره مادی‌ترین جنبه‌های فرهنگ، مانند: خوراک، پوشاک یا اثاث منزل بر مبنای ساختمان ذهنی‌شان انجام می‌گیرد (ریتزر، ۱۳۸۷: ۶۸۶). همین ترجیحات، وحدت ناآگاهانه یک طبقه را قوام می‌بخشد (بوردیو، ۱۹۸۴: ۷۷). ذائقه واسطه‌ای است که ساختمان ذهنی به وسیله آن قرابت خود را با ساختمان ذهنی دیگران تصدیق می‌کند (بوردیو، ۱۹۸۴: ۲۴۳). از جهت دیالکتیکی البته این ساختار طبقه است که شکل ساختمان ذهنی را تعیین می‌کند و لذا بررسی سرمایه‌های موجود در افراد برای کشف جایگاه طبقاتی آنان و ذائقه و ترجیح‌های ایشان در گزینش سبک‌های گوناگون زندگی در آراء بوردیو اهمیت اساسی می‌یابد.

سرمایه فرهنگی برای بوردیو از اهمیت بیشتری برخوردار است. از منظر وی طبقاتی که از سرمایه فرهنگی بالاتری برخوردارند به راحتی می‌توانند بر دیگر گروه‌ها در زمینه خود غلبه یافته و برای ترجیحات و ذائقه‌شان مشروعیت لازم را کسب کنند.

بوردیو سرمایه را کار انباشته تعریف می‌کند و از این نظر تا حدودی به تعریف مارکسیستی وفادار است. با این حال درک وی از معنای سرمایه وسیع‌تر از معنای پولی آن است. سرمایه یک مفهوم عام است که می‌تواند شکل پولی یا غیر پولی و همچنین ملموس یا غیر ملموس به خود بگیرد. بنابراین به نظر بوردیو سرمایه هر منبعی است که در عرصه خاصی اثر بگذارد و به فرد این امکان را بدهد که سود خاصی را از طریق مشارکت در رقابت بر سر آن به دست آورد (روحانی، ۱۳۸۸: ۱۳). بوردیو در کتاب

1. Distinction

2. Taste

«صورت‌های سرمایه» سرمایه اجتماعی را متشکل از منابعی می‌داند که مبتنی بر عضویت در تشکل‌ها، روابط و شبکه‌های تاثیرگذار است. از منظر بورديو، سرمایه اجتماعی ظرفیتی است که منابع با یکدیگر مرتبط می‌شوند تا یک شبکه دیرپای کم و بیش نهادینه شده از جنبه روابط دادوستدی و بازشناسی متقابل را عرضه نمایند (روحانی، ۱۳۸۸: ۱۴). سرمایه فرهنگی که عبارت است از صورت‌هایی از دانش، مهارت‌ها، آموزش و مزایایی که یک انسان واجد آن است و به او اجازه می‌دهد که یک جایگاه بالاتر را در جامعه کسب کند. این نوع از سرمایه دربرگیرنده تمایلات پایدار فرد است که در خلال اجتماعی شدن و به واسطه آموزش‌های رسمی و غیررسمی در فرد انباشته می‌شود. در نهایت سرمایه اقتصادی عبارت از ثروت و پولی است که هرکنشگر اجتماعی در دست دارد و شامل درآمدها و سایر منابع مالی است که در قالب مالکیت جلوه نهادی پیدا می‌کند.

به اعتقاد آنتونی گیدنز عصری که ما در آن زندگی می‌کنیم عصری است که نمادها و علائم مربوط به مصرف نقش بیشتری در زندگی روزمره ایفا می‌کنند و هویت‌های فردی به میزان بیشتر گردآورد انتخاب‌های سبک زندگی ساخت می‌یابند؛ مثل چگونگی لباس پوشیدن، چگونگی مراقبت و رسیدگی به بدن و چگونگی استراحت و تفریح و کمتر بر اساس معرف‌های سنتی‌تر طبقه مثل اشتغال شکل می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۶: ۴۲۹). از منظر گیدنز جهانی که هم‌اکنون فراروی ما است با مخاطرات و عدم قطعیت‌هایی روبروست که در دوران پیش از آن وجود نداشته‌اند. اگرچه دنیای پیش از مدرن زندگی را در محدوده شبکه‌ای تقریباً از پیش تعیین شده از آداب و سنت‌ها به گونه‌ای تحکیم‌آمیز در فراروی انسانها قرار می‌داد، مدرنیته<sup>۲</sup> اما فرد را رو در روی تنوعی غامض از انتخاب‌هایی قرار می‌دهد که درگزینش آنها تا حدود زیادی دست افراد بازگشاده شده است. با این وجود گیدنز کنشگران را در این انتخاب‌ها یکسره آزاد نمی‌بیند و آنها را تحت تاثیر فشار گروه‌ها و الگوهای رفتاری آنها، و همچنان زیر نفوذ اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی می‌نگرد (گیدنز، ۱۳۸۲: ۱۱۹). وی در برخی جهات با بورديو هم‌نوا می‌شود که «دشوار می‌توان با این فکر مخالفت کرد که قشریندی درون طبقات، و نیز میان طبقات، نه فقط به تفاوت‌های شغلی بلکه به تفاوت در مصرف و سبک زندگی نیز بستگی دارد». اما به هر جهت وی نقش ساختارهای اقتصادی را تعیین‌کننده‌تر می‌داند. این درست است که کسانی که زمینه‌های طبقاتی متفاوتی دارند، برنامه‌های تلوزیونی یکسانی تماشا می‌کنند و یا لباس خود را از بوتیک‌های یکسانی می‌خرند و در کل این نوع مصرف است که سبک‌های متنوع زندگی را پدید آورده اما توجه به این تغییر و تحولات نمی‌تواند نقش مهم عوامل اقتصادی همچون نوع شغل و درآمد را در بروز نابرابری و تمایز کم‌رنگ کند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۴۳۱).

1. Anthony Giddens  
2. Modernity



هر چند انسانها درگزینش الگوهای مصرف و متعاقبا در انتخاب سبک‌های زندگی تا حدودی مختار عمل می‌کنند و در بخشی از این انتخاب‌ها عنصر آگاهی دخیل است، اما سخن از گزینش‌های یکسره آزاد انسان‌ها کمی ساده‌انگارانه به نظر می‌رسد، چرا که کنشگران عمیقا تحت تاثیر عوامل اجتماعی و ساختارهایی قرار دارند که پیش از آنها وجود داشته و همچنان پس از آنان نیز تداوم خواهند داشت. طبیعتا سرمایه‌های انسانی کنشگران یکسان نیست و تفاوت در میزان و نوع سرمایه‌های افراد شیوه‌های متفاوتی از زندگی را برای آنان رقم می‌زند که با معیارهای ایده‌آل سبک زندگی سلامت محور همسان نخواهند بود.

در بحث از سبک زندگی نیز باید گفت که، سبک زندگی به صورت عام بر شیوه زندگی متمایز جامعه یا گروه اجتماعی دلالت دارد که بدان طریق مصرف کننده خرید می‌کند و کالای خریداری شده را مصرف می‌نماید. به دیگر سخن کشف الگوهای مصرف، بهترین شاخص برای سنجش سبک زندگی است. سبک زندگی کاملا قابل مشاهده یا قابل استنتاج از مشاهده الگوهای مصرف است. در مورد سبک زندگی سلامت محور به صورت خاص، مصرف بیشتر بر کالاهای و مواردی همچون انواع تغذیه، مصرف اوقات فراغت، مصرف کالاهای فرهنگی، مصرف دخانیات و مشروبات الکلی و ... متمرکز می‌شود. سبک زندگی سلامت محور اشاره به شیوه‌ای از زندگی دارد که با استانداردهای سلامت همچون انتخاب تغذیه سالم و وعده‌های غذایی مناسب، انجام حرکات ورزشی، برنامه‌ریزی برای گذران اوقات فراغت، (در بعد مصرف) و چکاب بدنی طی دوره‌های مشخص (در بعد پیشگیری) منطبق است (حاتمی پور و زارعی، ۱۳۸۹: ۵۸).

در زمینه سبک زندگی سلامت محور مطالعات خارجی متعددی انجام شده است که همه آنها به نوعی در قالب نظریه‌های ارائه شده در بالا می‌باشند بطوری که شوارتز و مارلین (۲۰۰۰) بر مبنای سلیقه‌ها و دارایی‌های فرهنگی سه بخش مختلف را شناسایی می‌کنند. شاغل در خدمات عمومی که «سرمایه فرهنگی» بالا و «سرمایه اقتصادی» پایینی دارند، معمولا شیوه‌های سالم و فعالی تری 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» فاقد هرگونه اصل تعریف کننده است و می‌تواند حاوی عناصری باشد که عرفا در کنار هم قرار نمی‌گرفتند.

فرناندز اولانو (۲۰۰۶) در تحقیقی که بر روی ۷۸۷ سالمند بالای ۶۴ ساله اسپانیایی در پی کشف عوامل موثر بر میزان استفاده از مراقبت‌های بهداشتی در یک نظام بهداشتی عمومی دو شاخص خودسانسوری سالمندان درباره ابتلا به بیماری‌های مزمن و سطح سواد آنان بیشترین تاثیر را بر عدم استفاده سالمندان از مراقبت‌های بهداشتی داشته است.

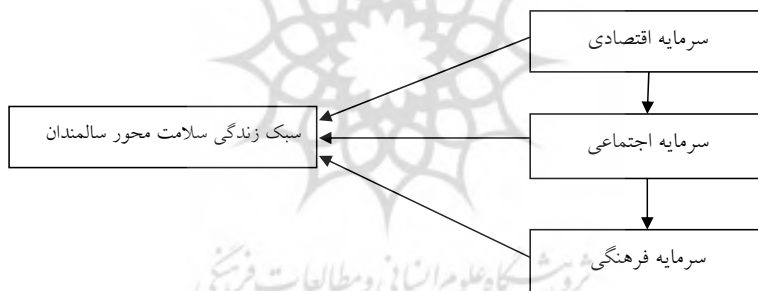
1. A. Schwartz
2. Fernandez Olano



اسمیت و گلدمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) به تفاوت‌های سبک‌زندگی سالم در مناطق شهری شده و کمتر شهری شده در مکزیک پرداخته‌اند. سوگیاما<sup>۲</sup> و سایرین (۲۰۰۷) نیز با تحقیقی که بر سالمندان بریتانیایی انجام داده‌اند، نتیجه می‌گیرند که محیط سالم محلی و فعالیت خارج از منزل به عنوان دو شاخص سبک‌زندگی سالم می‌توانند بر سلامت سالمندان از دو جنبه مفید باشند. گرندی و سولگت<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) بر روی جمعیت سالمند ۸۴-۶۵ ساله انگلیس مطالعه مقطعی ترتیب داده‌اند. آنها در پی کشف نقش عواملی نظیر سرمایه انسانی، سرمایه اجتماعی و شرایط اقتصادی و اجتماعی بر نابرابری سلامتی در سالمندان به این نتیجه رسیده‌اند که عوامل اقتصادی- اجتماعی و عوامل روانی- اجتماعی در آینده سلامت سالمندان نقش بسیار مهمی دارند. کارل اسپنسر<sup>۴</sup> و سایرین (۲۰۰۵)، نمره‌ای را با استفاده از هشت شاخص جهت پیش‌بینی ادامه زندگی سالم سالمندان مرد تشخیص داده‌اند.

### چهارچوب نظری تحقیق

شکل ۲. مدل مفهومی تحقیق



در حالت کلی بر اساس نظریه‌های وبر، گیدنز، بوردیو و کاکراهام، انتخاب نوع سبک‌زندگی توسط افراد تحت تاثیر ساختار، وضعیت و شرایط اجتماعی افراد است. به عبارتی دیگر، درست است که در این انتخاب‌ها مقداری از عنصر آزادی دخیل است اما این آزادی توسط برخی ساختارها محدود می‌گردد. تحقیقاتی نیز که توسط سویج، اولانو، اسمیت و گلدمن، سوگیاما، گرندی و سولگت و اسپنسر، انجام گرفته، همگی در جهت تایید این نظریات می‌باشد. طبق مدل مفهومی تحقیق نیز می‌توان گفت

1. V. Smith & Goldman
2. Sugiyama
3. Grundy & Sloggett
4. Carole Spencer

انواع سرمایه صرفنظر از تاثیر مستقیمی که می‌توانند بر سبک زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان داشته باشند، بر روی هم نیز تأییراتی دارند.

### روش تحقیق

در این تحقیق از روش پیمایش استفاده شده و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه است. جمعیت مورد بررسی سالمندان ۶۰ سال به بالای شهر تهران هستند. طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ جمعیت سالمندان بالای ۶۰ ساله تهرانی ۶۷۸۰۰۰ نفر برآورد شده است (سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵). برای تعیین واحدهای نمونه از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای طبقه‌ای استفاده شده است. در مرحله اول، مناطق ۲۲گانه شهر تهران را از نظر سطح توسعه اقتصادی- اجتماعی ساکنین آن به پنج طبقه (بالای بالا، بالا، متوسط، پایین و پایین پایین تقسیم شد (کازمی پور، ۱۳۷۸: ۵۷) و از هر طبقه بسته به تراکم جمعیت سالمند، یک منطقه به عنوان معرف هر یک از طبقات اجتماعی به عنوان نمونه انتخاب شده است. بر این اساس، از بین پنج طبقه، مناطق ۲، ۵، ۱۳، ۱۵ و ۱۹ انتخاب شده‌اند. ابتدا بلوک‌هایی در مناطق مذکور بطور تصادفی انتخاب شدند و با مراجعه به فرد سالمند در هر بلوک عملیات اجرایی پرسشنامه‌ها صورت گرفته است (عملیات اجرای پرسشگری تابستان سال ۱۳۹۰ و در دونوبت صبح و بعداز ظهر جمع آوری شده است).

### تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

**سبک زندگی سلامت محور:** جوهره تعریف سبک زندگی سلامت محور، انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت سلامتی است. کارهام تصمیم‌گیری درباره مصرف غذا، ورزش کردن، مراعات بهداشت فردی، مقابله با استرس، استعمال سیگار، مصرف الکل، مواد مخدر، بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن و انجام دادن معاینات دوره‌ای پزشکی را از شاخص‌های سبک زندگی بهداشتی می‌داند (فاضلی، ۱۳۸۲ به نقل از کارهام، ۲۰۰۴). برای ارزیابی متغیر سبک زندگی سلامت محور که متغیر وابسته تحقیق است، از ۲۹ گویه در سطح اندازه‌گیری رتبه‌ای به صورت یک طیف ۴ قسمتی استفاده شد.

**سرمایه:** سرمایه یک مفهوم عام است که می‌تواند شکل پولی یا غیر پولی و همچنین ملموس یا غیر ملموس به خود بگیرد. بنابراین به نظر بوردیو سرمایه هر منبعی است که در عرصه خاصی اثر بگذارد و به فرد این امکان را بدهد که سود خاصی را از طریق مشارکت در رقابت بر سر آن به دست آورد (روحانی، ۱۳۸۸).

**سرمایه اجتماعی:** بوردیو سرمایه اجتماعی را متشکل از منابعی می‌داند که مبتنی بر عضویت در تشکل‌ها، روابط و شبکه‌های تاثیرگذار است. از منظر بوردیو، سرمایه اجتماعی ظرفیتی است که منابع با یکدیگر

مرتبط می‌شوند تا یک شبکه دیرپای کم و بیش نهادینه شده از جنبه روابط دادوستدی و بازشناسی متقابل را عرضه نمایند (روحانی ۱۳۸۸: ۱۴). همانطور که از تعاریف برمی‌آید سرمایه اجتماعی در سه محور هنجارهای اجتماعی (احترام و رعایت هنجارها)، شبکه‌های اجتماعی (عضویت در شبکه‌ها)، و اعتماد قابل بررسی است.

هنجارها به بیان ساده، مقررات یا استانداردها و انتظاراتی هستند که رفتار اعضای یک جامعه را هدایت می‌کنند. آنها تعاریف از پیش آماده‌ای برای وضعیت‌ها و طرح‌هایی برای انتظارات ما از رفتار مناسب و نامناسب هستند (مارلین و شوارتز، ۲۰۰۰: ۲۵). هنجارهای خاص اجتماعی شامل تخصیص صندلی به بزرگسالان در حمل و نقل عمومی و اشغال نریختن و غیره است، در حالی که هنجارهای عمومی ممکن است مسئولانه عمل کردن و کمک به دیگران هنگام نیاز را دربرگیرد. یک هنجار عام کلیدی آن است که متقابل باشد (نصیری، ۱۳۸۶: ۱۵). یک شبکه اجتماعی، گروهی از درون پیوسته از افراد است که معمولاً نسبتی دارند، مثلاً ممکن است ورزش خاصی را دوست داشته باشند یا دارای شغل مشترکی باشند. در سطح خردتر گروه‌های دوستی و خویشاوندی ویژگی شبکه اجتماعی را نشان می‌دهند (نصیری، ۱۳۸۶: ۱۴).

مشارکت اجتماعی به دو گونه مشارکت رسمی و غیررسمی اشاره دارد. مشارکت مدنی به میزان مشارکت افراد در گروه‌ها، باشگاه‌ها، امور شهر یا مدرسه و نظایر آن می‌پردازد. در حالی که مفهوم مشارکت غیررسمی به پیوند فرد با شبکه روابط اجتماعی غیررسمی می‌پردازد (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵: ۵۷). اعتماد عبارت است از سطح اعتمادی که مردم دارند. مبنی بر اینکه آیا دیگران طبق آنچه می‌گویند عمل می‌کنند و یا انتظار می‌رود که عمل کنند و اینکه آنچه دیگران می‌گویند قابل اعتماد است؟ اعتماد اجتماعی یا عمومی به سطح عمومی اعتماد در یک جامعه برمی‌گردد مثلاً چقدر یک فرد می‌تواند به غریبه‌ها و یا به نهادهای از پیش مواجه نشده اعتماد کند. در زمینه مورد بررسی در این تحقیق بخصوص اعتماد بیمار به پزشک و یا به نظام تخصصی پزشکی می‌تواند به روند درمان بویژه در بیماری‌های مزمن که این روند طولانی است، کمک کند (نصیری، ۱۳۸۶). البته به اعتقاد گیدنز این اعتماد در عصر کنونی یعنی در دوران مدرنیته متاخر به نظام تخصصی پزشکی برمی‌گردد و نه دقیقاً خود شخص پزشک.

**سرمایه فرهنگی:** در میان انواع سرمایه، سرمایه فرهنگی در اندیشه بوردیو نقش مهمی بر شکل‌گیری سبک زندگی دارد. سرمایه فرهنگی دربرگیرنده تمایلات فرد است که در خلال اجتماعی شدن، در وی انباشته می‌شود. اگرچه بوردیو تحصیلات را نمودی از سرمایه فرهنگی می‌داند اما گرایش به محصولات فرهنگی و جمع شدن آن در نزد فرد نیز سرمایه فرهنگی او را تشکیل می‌دهد. سرمایه فرهنگی شامل سلیقه‌های خوب، شیوه و راه و رسم پسندیده، شناختن و پذیرفتن محصولات

فرهنگی از قبیل هنر، موسیقی کلاسیک، تئاتر و ادبیات و تسلط یافتن بر هر نوع از نظام‌های نمادین است. سرمایه فرهنگی بالا به کسب مشروعیت و نوعی گزینش دلخواه در عرصه فرهنگی می‌انجامد. سرمایه فرهنگی از سه منبع پرورش خانوادگی، آموزش رسمی و فرهنگ شغلی نشأت می‌گیرد. به طور کلی سرمایه فرهنگی از مفهوم سرمایه انسانی که توسط اقتصاددانان به کار می‌رود غنی‌تر است. سرمایه فرهنگی را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: نوع ذهنی یا درونی، که بر اثر مطالعه- کتاب خواندن، تمرین و ممارست عملی انباشته می‌شود که قابل انتقال به دیگران نبوده و در حافظه فرد قرار دارد. نوع عینی و برونی، که عبارت است از آثار هنری، گزارش‌های علمی، کتاب‌ها و ... که قابل انتقال به دیگران است. و بالاخره نوع نهادی که مدارک تحصیلی و دانشگاهی فرد را در بر می‌گیرد (محسنی، ۱۳۶۸: ۱۸۰).

**سرمایه اقتصادی:** عبارت از ثروت و پولی است که هر کنشگر اجتماعی در دست دارد و شامل درآمدها و سایر منابع مالی است که در قالب مالکیت جلوه نهادی پیدا می‌کند. که کلیه مایملک و دارایی‌های افراد اعم از خودرو، منزل مسکونی، و درآمد فرد را شامل می‌شود.

### نتایج تحقیق

در این قسمت ابتدا به بررسی ویژگی‌های جمعیتی نمونه تحقیق نظیر سن، جنس و وضع تاهل و نیز نمره افراد در سبک زندگی و انواع سرمایه پرداخته شده است و سپس نتایج آزمون فرضیات مورد بررسی قرار گرفته است. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیتی نمونه تحقیق را مورد بررسی قرار داده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیتی نمونه تحقیق

متغیرها	طبقات	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۲۱۲	۷۱/۶
	زن	۸۴	۲۸/۴
گروه‌های سنی	۶۰-۶۹	۱۶۹	۵۷/۱
	۷۰-۷۹	۷۹	۳۲/۸
	۸۰ به بالا	۳۰	۱۰/۱
وضع تاهل	متاهل	۲۵۰	۸۴/۸
	مجرد	۱۲	۴/۱
	بدون همسر در اثر فوت	۲۶	۹/۱
	بدون همسر در اثر طلاق	۸	۲/۰

همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، ۷۱/۶ درصد نمونه تحقیق را مردان و ۲۸/۴ درصد سالمندان نمونه را زنان به خود اختصاص داده‌اند. به لحاظ توزیع سنی نمونه تحقیق، ۵۷/۱ درصد سالمندان مورد بررسی در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال، ۳۲/۸ درصد در گروه سنی ۷۰-۷۹ سال و ۱۰/۱ درصد در گروه سنی ۸۰ سال و بیشتر قرار دارند. از نظر وضع تاهل، بیش از دو سوم سالمندان مورد بررسی (۸۴/۸ درصد) در زمان بررسی دارای همسر بوده‌اند و ۹/۱ درصد نیز سالمندان بدون همسر در اثر فوت بوده‌اند. از آنجا که متغیر وابسته تحقیق را سبک‌زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان تشکیل می‌دهد، برای توصیف این متغیر، سبک‌زندگی سلامت‌محور سالمندان مورد بررسی در سه سطح سالمندان برخوردار از سبک‌زندگی خوب، متوسط و پایین طبقه‌بندی شده است. جدول ۲ توزیع پاسخگویان را در سطوح سبک‌زندگی مبتنی بر سلامت نشان می‌دهد.

جدول ۲. توزیع نمونه تحقیق بر حسب سبک زندگی سلامت محور

سبک زندگی	فراوانی	درصد
سبک زندگی خوب	۳۵	۱۱/۸
سبک زندگی متوسط	۲۱۶	۷۳/۰
سبک زندگی ضعیف	۴۵	۱۵/۲
جمع	۲۹۶	۱۰۰

طبق یافته‌های جدول ۲ می‌توان گفت ۱۱/۸ درصد سالمندان مورد بررسی از سبک زندگی سلامت محور خوبی برخوردارند و یک سوم سالمندان سبک زندگی سلامت محور متوسطی دارند و ۱۵/۲ درصد نیز از سبک زندگی سلامت محور ضعیفی برخوردارند. این درحالیست که بیش از دو سوم سالمندان مورد بررسی، از سبک زندگی متوسطی برخوردارند. جدول ۳، توزیع نمونه تحقیق را بر حسب سطح سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نشان می‌دهد.

جدول ۳- توزیع نمونه تحقیق بر حسب سطوح سرمایه

انواع سرمایه	سطوح سرمایه اجتماعی	فراوانی	درصد
سرمایه اقتصادی	سرمایه اقتصادی بالا	۵۵	۱۵/۹
	سرمایه اقتصادی متوسط	۱۹۴	۵۶/۵
	سرمایه اقتصادی پایین	۴۷	۱۸/۶
سرمایه اجتماعی	سرمایه اجتماعی بالا	۵۸	۱۹/۶
	سرمایه اجتماعی متوسط	۱۸۴	۶۲/۲
	سرمایه اجتماعی پایین	۵۴	۱۸/۲
سرمایه فرهنگی	سرمایه فرهنگی بالا	۹	۳/۰
	سرمایه فرهنگی متوسط	۶۶	۲۲/۳
	سرمایه فرهنگی پایین	۲۲۱	۷۴/۷

طبق نتایج جدول ۳، با در نظر گرفتن سرمایه اقتصادی می‌توان گفت ۱۵/۹ درصد سالمندان مورد بررسی، سرمایه اقتصادی بالایی دارند. بیش از نیمی (۵۶/۵ درصد) از سالمندان مورد بررسی، از سرمایه اقتصادی متوسطی برخوردارند و ۱۸/۶ درصد سالمندان نیز سرمایه اقتصادی پایینی دارند. به لحاظ سرمایه اجتماعی، ۱۹/۶ درصد سالمندان مورد بررسی، از سرمایه اجتماعی بالا برخوردارند. ۶۲/۲ درصد سالمندان نمونه از سرمایه اجتماعی متوسط برخوردار بوده که بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند و ۱۸/۲ درصد سالمندان مورد بررسی نیز دارای سرمایه اجتماعی پایین هستند. بر این اساس می‌توان گفت سالمندان به لحاظ قرار داشتن در موقعیت بازنشستگی، دارای فرصت‌های فراغت زیادی بوده و ترجیحاً اغلب اوقات خود را در فضاهایی بدور از تنش و در هم‌گروهی‌های دوستان و آشنایان خود می‌گذرانند که البته بر پایه احترام و اعتماد متقابل و رعایت هنجارهای غیررسمی بنا شده است. نتایج نشان می‌دهند که در حدود ۶۰ درصد از سالمندان دوستان خود را هر روز ملاقات می‌کنند و این دیدار بیشتر در بوستان‌ها و پس از آن در گروه‌های ورزشی و یا نرمش‌های صبح‌گاهی اتفاق می‌افتد. این مقدار در مورد صله رحم با فامیل نزدیک، در هر ماه حدود ۵۷ درصد است لذا شبکه روابط سالمندان با دیگر افراد در حد مطلوبی برآورد می‌شود.

همان‌طور که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد تنها ۳ درصد سالمندان مورد بررسی از سرمایه فرهنگی بالایی برخوردارند. ۲۲/۳ درصد سالمندان مورد بررسی دارای سرمایه فرهنگی متوسطی هستند و تقریباً یک سوم سالمندان از سرمایه فرهنگی پایین برخوردارند. به عبارتی می‌توان گفت متغیر سرمایه فرهنگی از میانگین نسبتاً پایینی در بین سالمندان برخوردار بود. افت سرمایه فرهنگی در بین سالمندان بیشتر از مطالعه کم و یا علاقه نداشتن به انجام کارهای هنری ناشی می‌شد. در حدود ۵۵ درصد از سالمندان کمتر از دو ساعت در روز مطالعه دارند و این مقدار برای کسانی که اصلاً مطالعه‌ای ندارند، ۳۶ درصد است. در مورد انجام فعالیت‌های هنری ۷۴ درصد از سالمندان مورد بررسی، فعالیتی در این زمینه ندارند.

## یافته‌های تحقیق:

### سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور

سرمایه اجتماعی به عنوان یک متغیر مستقل احتمالی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان در نظر گرفته شده و یکی از مفروضات بررسی حاضرین است که بین سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان و سرمایه اجتماعی آنان رابطه معنی‌دار وجود دارد. سرمایه اجتماعی به عنوان یک متغیر اسمی سه حالت در نظر گرفته شده و سبک زندگی سلامت‌محور نیز به عنوان یک متغیر در سطح سنجش فاصله‌ای می‌باشد. جدول ۴ نتایج تفاوت میانگین را بر حسب سرمایه اجتماعی و نیز نتایج آزمون تحلیل واریانس را نشان می‌دهد.



**جدول ۴. نتایج آزمون میانگین سبک زندگی سلامت محور سالمندان بر حسب سرمایه اجتماعی و نتایج آزمون تحلیل واریانس بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور**

معنی‌داری	سطح	کمیت اف	درجه آزادی	منبع تغییرات	میانگین	تعداد مشاهدات	سرمایه اجتماعی	
			۲	بین گروهی	۸۷/۰۱	۵۸	بالا	
۰/۰۰۵		۵/۴۴			۸۰/۴۰	۱۸۴	متوسط	سبک زندگی سلامت محور
			۲۹۳	درون‌گروهی	۶۷/۰۷	۵۴	پایین	سالمندان

براساس نتایج جدول ۶، میانگین نمره سبک زندگی سلامت محور سالمندانی که از سرمایه اجتماعی بالایی برخوردار بوده‌اند برابر ۸۷/۰۱، سالمندانی که از سرمایه اجتماعی متوسطی برخوردار بوده‌اند برابر ۸۰/۴۰ و سالمندانی که از سرمایه اجتماعی ضعیفی برخوردار بوده‌اند برابر ۶۷/۰۷ می‌باشد. براین اساس، می‌توان گفت سبک زندگی سالمندانی که سرمایه اجتماعی بالایی دارند سالم‌تر از سالمندانی است که سرمایه اجتماعی متوسط‌تری دارند، و نیز این مقدار برای سالمندانی که سرمایه اجتماعی پایینی دارند در پایین‌ترین حد قرار دارد. به عبارتی، اختلاف قابل توجهی به لحاظ میانگین سبک زندگی سلامت محور سالمندان و سرمایه اجتماعی آنان وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۵ با مقدار ۵/۴۴ نشان‌دهنده معنی‌دار بودن تفاوت‌هاست.

#### سرمایه اقتصادی و سبک زندگی سلامت محور

سرمایه اقتصادی نیز به عنوان یک متغیر مستقل احتمالی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان در نظر گرفته شده و یکی از مفروضات بررسی حاضرین است که بین سبک زندگی سلامت محور سالمندان و سرمایه اقتصادی آنان رابطه معنی‌دار وجود دارد. جدول ۷ نتایج تفاوت میانگین را بر حسب سرمایه اقتصادی و نیز نتایج آزمون تحلیل واریانس را نشان می‌دهد.

**جدول ۵. نتایج آزمون میانگین سبک زندگی سلامت محور سالمندان بر حسب سرمایه اقتصادی**

معنی‌داری	سطح	کمیت اف	درجه آزادی	منبع تغییرات	میانگین	تعداد مشاهدات	سرمایه اقتصادی	
			۲	بین گروهی	۸۷/۶۰	۵۵	بالا	
۰/۰۰۲		۶/۴۴			۸۱/۳۴	۱۹۴	متوسط	سبک زندگی سلامت محور
			۲۹۳	درون‌گروهی	۷۷/۲۰	۴۷	پایین	سالمندان

براساس نتایج توصیفی، میانگین سبک زندگی سلامت محور سالمندانی که از سرمایه اقتصادی بالایی برخوردار بوده‌اند برابر ۸۷/۶۰، سالمندانی که از سرمایه اقتصادی متوسطی برخوردار بوده‌اند برابر ۸۱/۳۴ و سالمندانی که از سرمایه اقتصادی ضعیفی برخوردار بوده‌اند برابر ۷۷/۲۰ می‌باشد. بر این اساس، می‌توان گفت سبک زندگی سالمندانی که از سرمایه اقتصادی بالایی دارند سالم‌تر از سالمندانی است سرمایه اقتصادی متوسط‌تری دارند، و نیز این مقدار برای سالمندانی که سرمایه اقتصادی پایینی دارند در پایینترین حد قرار دارد. به عبارتی، اختلاف قابل توجهی به لحاظ میانگین سبک زندگی سلامت محور سالمندان و سرمایه اقتصادی آنان وجود دارد. بنابراین جمعیت نمونه را می‌توان از نظر میانگین سبک زندگی سلامت محور به لحاظ سرمایه اقتصادی آنان به سه گروه طبقه‌بندی نمود. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز در سطح معنی داری ۰/۰۰۲ با مقدار ۶/۴۴ نشان‌دهنده معنی دار بودن تفاوت‌هاست.

### سرمایه فرهنگی و سبک زندگی سلامت محور

سرمایه فرهنگی به عنوان یک متغیر مستقل احتمالی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان در نظر گرفته شده و یکی از مفروضات بررسی حاضرین است که بین سبک زندگی سلامت محور سالمندان و سرمایه فرهنگی آنان رابطه معنی دار وجود دارد. جدول ۸ نتایج تفاوت میانگین را برحسب سرمایه فرهنگی و نیز نتایج آزمون تحلیل واریانس را نشان می‌دهد.

**جدول ۶. نتایج آزمون میانگین سبک زندگی سلامت محور سالمندان بر حسب سرمایه فرهنگی و نتایج آزمون تحلیل واریانس بین سرمایه فرهنگی و سبک زندگی سلامت محور**

سطح فرهنگی	تعداد مشاهدات	میانگین	منبع تغییرات	درجه آزادی	کمیت اف	سطح معنی داری
بالا	۹	۸۵/۰۱	بین گروهی	۲	۰/۴۴	۰/۶۴۴
متوسط	۶۶	۸۵/۹۱				
پایین	۲۲۱	۸۵/۲۲	درون گروهی	۲۹۳		

نتایج آزمون تحلیل واریانس در سطح معنی داری ۰/۶۴۴ حاکی از این واقعیت است که سبک زندگی سلامت محور سالمندان به لحاظ سطوح متفاوت سرمایه فرهنگی آنان تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارد. در واقع سالمندان در تمام سطوح متفاوت فرهنگی از شیوه‌های زندگی سلامت محور یکسانی تبعیت می‌کنند.

### تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت محور با استفاده از مدل رگرسیونی

با استفاده از رگرسیون چندمتغیره، محقق می‌تواند رابطه خطی موجود بین مجموعه‌ای از متغیرهای

مستقل با یک متغیر وابسته را به شیوه‌ای مطالعه کند که در آن روابط موجود فی‌مابین متغیرهای مستقل نیز مورد ملاحظه قرار گیرد. وظیفه رگرسیون این است که به تبیین واریانس متغیر وابسته کمک کند و این وظیفه تا حدودی از طریق برآورد مشارکت متغیرهای مستقل در این واریانس به انجام می‌رسند (شالی و حبیب پور، ۱۳۸۸). به دیگر سخن به کمک رگرسیون چند متغیره می‌توان واریانس متغیر وابسته را از روی واریانس یک یا چند متغیر مستقل تبیین و پیش‌بینی کرد. برای نشان دادن ضریب تاثیر هر متغیر، از تحلیل رگرسیون با روش گام به گام استفاده شد. جدول ۹ خلاصه مدل را نشان می‌دهد.

**جدول ۷. ضریب تعیین رگرسیون چندمتغیره**

ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	اشتباه استاندارد
۰/۳۶۱	۰/۱۷	۰/۱۶	۵/۲۸۵

طبق نتایج جدول ۹ مقدار ضریب همبستگی R بین متغیرها ۰/۳۶۱ می‌باشد که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته همبستگی متوسطی برقرار است. همچنین مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر ۰/۰۷ است که نشان می‌دهد، به کمک متغیرهای وارد شده در تحلیل، می‌توان در حدود ۱۶ درصد از تغییرات متغیر سبک زندگی سلامت محور را به کمک متغیرهای وارد شده در تحلیل پیش‌بینی کرد. با توجه به معنی‌داری مقدار آزمون تحلیل واریانس (۷/۱۲۳) در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از دو متغیر مستقل و یک متغیر وابسته مدل خوبی بوده و مجموعه متغیرهای مستقل قادرند تغییرات سبک زندگی سلامت محور را تبیین کنند. جدول ۱۰ مقادیر بی، بتا، تی، سطح معنی‌داری متغیرها را نشان می‌دهد.

**جدول ۸. نتایج تحلیل رگرسیون برای متغیر سبک زندگی سلامت محور**

بتا	بتای تعدیل شده	کمیت تی	سطح معنی‌داری
۵۸/۶۵۱		۴۹/۱۳۳	۰/۰۰۰
۱/۶۴۵	۰/۱۷۷	۳/۰۷۴	۰/۰۰۲
۰/۱۵۵	۰/۰۱۵	۰/۲۵۳	۰/۸۰۰
۱/۵۸۰	۰/۱۸۰	۳/۱۳۰	۰/۰۰۲

همان‌طور که از نتایج مشخص است دو متغیر سرمایه اجتماعی و سرمایه اقتصادی پاسخگویان به دلیل سطح معنی‌داری قابل قبول در مدل رگرسیون باقی می‌مانند. دو متغیر سرمایه اجتماعی و سرمایه اقتصادی به ترتیب با ضریب بتای ۰/۱۸۰ و ۰/۱۷۷ بیشترین تاثیر را بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان مورد بررسی دارند. یعنی با کنترل سایر متغیرها، به ازای یک انحراف استاندارد تغییر در سرمایه اجتماعی و سرمایه اقتصادی، سبک زندگی سلامت‌محور حدود ۰/۱۸ انحراف استاندارد، تغییر می‌کند. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد سرمایه فرهنگی با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری بر سبک زندگی سلامت‌محور تاثیری ندارد. از جمله نظریه‌پردازانی که رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه اجتماعی و اقتصادی را تایید می‌کنند، پیر بوردیو است. به اعتقاد وی هرچه فرد سرمایه‌های انسانی بیشتری را ذخیره کرده باشد، در جایگاه بالاتری قرار خواهد گرفت. به اعتقاد وی افراد با جایگاه یکسان، ذایقه‌های مشابهی پیدا می‌کنند که در اعمال به ظاهر متفاوت نیز به عملکردهای مشابهی دست خواهند زد.

### نتیجه‌گیری

مقاله حاضر با هدف مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی و بررسی تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای آن آغاز شد. توجه به شیوه زندگی، حیظه‌های بررسی را به التفات نهادن به مصرف سالم یا مخاطره‌آمیز انسان‌ها سوق می‌دهد. انسان‌ها با انتخاب شیوه‌های متنوع مصرف، سبک‌های متفاوتی را برای زندگی خود برمی‌گزینند که برخی از آنها برای ادامه حیات ایشان مخاطره‌آمیز است. این انتخاب‌ها یکسره آزاد نبوده و در یک خلا ساختاری صورت نمی‌گیرند. جایگاه افراد در جامعه که قویا متاثر از سرمایه‌های انسانی آنان است بر انتخاب‌های افراد موثر است. بدین ترتیب دو سوال اساسی مطرح می‌شود که پاسخ به آنها رسالت این پیمایش را در خود مستتر دارد: (۱) انتخاب‌های افراد تحت تاثیر چه عوامل سرمایه‌ای، سبک زندگی افراد را از لحاظ انطباق با استانداردهای سلامتی، تعیین می‌کنند؟ (۲) آیا بین سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سالمندان تهرانی و سبک زندگی سلامت‌محور آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد؟

در راستای بررسی موضوع مورد نظر، نمونه‌ای متشکل از ۲۹۶ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر تهران از ۵ منطقه شهرداری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. مردان ۲۱۲ و زنان ۸۴ نفر از پاسخگویان را تشکیل می‌دادند. ۵۷ درصد سالمندان مورد بررسی، در گروه سنی ۶۹-۶۰ سال قرار داشته و بیش از دو سوم آنها در حال حاضر دارای همسر بوده‌اند. همچنین ۹/۱ درصد سالمندان مورد بررسی، بدون همسر در اثر فوت بوده‌اند.

به لحاظ سبک زندگی، ۷۳ درصد سالمندان از سبک زندگی متوسطی برخوردار بوده و تنها ۱۱/۸ درصد آنها از سبک زندگی خوبی برخوردار بودند. نتایج تحقیق حاضر نشان داد اکثر سالمندان از پیاده‌روی

به عنوان فعالیت بدنی استقبال می‌کنند و مهمترین علل ورزش نکردن را در تنبلی فرد و یا در دردهای شدیدید که مانع از تحرک فرد می‌شوند می‌توان جستجو کرد. سالمندان از لحاظ رعایت توصیه‌های پزشک در سطح بسیار خوبی بوده و مصرف مشروبات، دخانیات و مواد مخدر در بین سالمندان مورد بررسی در حد بسیار پایینی است. مصرف مشروبات در سالمندان کمتر از ۱۳ درصد است و ۸۷ درصد از خوردن مشروبات امتناع می‌ورزند. کمتر از ۸ درصد از سالمندان بیش از ۱۵ نوبت به استعمال مواد دخانی مبادرت می‌کنند.

همچنین طبق نتایج بدست آمده از این تحقیق، آنچه بیشتر از همه درباره سبک زندگی سالمندان مورد بررسی هشداردهنده است و نگرانی را برمی‌انگیزد وضعیت تغذیه آنان می‌باشد. عمده دلایل سالمندان در هنگام پاسخگویی درباره وضعیت تغذیه، عدم توان مالی برای خرید مواد غذایی مناسب و ضروری ذکر می‌شد. برای مثال اکثر سالمندان توان خرید لبنیات را پس از افزایش قیمت این محصولات از دست داده بودند. بالغ بر ۶۲ درصد از سالمندان مورد بررسی حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بودند که از این بین، ابتلا به امراض حرکتی، ابتلا به فشارخون بالا و ابتلا به امراض شریانی و قلبی در رده نخست قرار دارند

با در نظر گرفتن سطوح سرمایه، ۵۶/۶ درصد سالمندان از سرمایه اقتصادی متوسط، ۶۲/۲ درصد از سرمایه اقتصادی متوسط برخوردار بوده و نکته قابل توجه آنکه ۷۴/۷ درصد آنها از سرمایه فرهنگی پایینی برخوردار بوده اند و تنها ۳ درصد سالمندان مورد بررسی دارای سرمایه فرهنگی بالایی بوده اند. نتایج تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد علت افت سرمایه فرهنگی از یک سو به دلیل میزان بسیار پایین مطالعه و از سوی دیگر به علت عدم تمایل به انجام فعالیت‌های هنری رخ داده است.

هم چنین نتایج آزمون‌های تحقیق نشان می‌دهند که سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی با سبک زندگی سلامت محور رابطه معنی دار و مستقیمی داشته است. یعنی با بالا رفتن سرمایه‌های اجتماعی و اقتصادی در سالمندان مورد مطالعه سبک زندگی سلامت محور آنان ارتقا یافته است که این نتایج با نظریه بوردیو، گیدنز، وبر و کاکرهام منطبق است.

به کمک نتایج تحلیل رگرسیون سازوکار دقیق‌تری از تاثیر عوامل تعیین کننده سبک زندگی سلامت محور تبیین شد. همانگونه که از نتایج تحلیل رگرسیون بر می‌آید، سبک زندگی سلامت محور سالمندان از دو متغیر عمده سرمایه اجتماعی و سرمایه اقتصادی تاثیر پذیرفته است. به عبارتی هرچه افراد بیشتر در هم‌گروهی‌هایی که بر اثر اعتماد متقابل شکل می‌گیرد عضویت مستمر داشته باشند و خود را ملزم به هنجارهای آن بدانند، سبک زندگی سلامت محور را بیشتر انتخاب می‌کنند. از سوی دیگر افرادی که سرمایه‌های اقتصادی بیشتری داشته و به تبع آن جایگاه بالاتری را در طبقات کسب می‌کنند نیز سبک‌های سلامت محور را بر می‌گزینند. ارتباط وثیقی که سرمایه اجتماعی با سبک زندگی

سلامت‌محور دارد نشان می‌دهد که توجه به سالمندان و تشویق آنان به ایجاد شبکه روابط و جلب اعتماد ایشان به عوامل محیطی و اجتماعی تا چه اندازه می‌تواند در انتخاب سبک‌های زندگی سلامت‌محور مهم و حیاتی باشد. سرمایه اقتصادی به عنوان عاملی مهم در اختصاص پایگاه اجتماعی به افراد تلقی می‌شود که پایین بودن این متغیر در بین سالمندان می‌تواند عاملی مهم در پایین آمدن سطوح سلامت محوری سبک زندگی آنان باشد. و لذا به نظر می‌رسد گام برداشتن در جهت رسیدن به دولت‌های رفاهی که با کاهش هزینه‌ها به ارتقای سطح معیشت افراد جامعه یاری می‌رسانند از ضرورت‌های اساسی در راه دستیابی به سبک زندگی سلامت‌محور باشد.

## منابع

- حاتمی پور، خدیجه و لیلیا زارعی (۱۳۸۹) بهداشت دوران سالمندی، تهران: طنین.
- آدام، فیلیپ و کلودین هرتسلیک (۱۳۸۵) جامعه‌شناسی پزشکی و بیماری، (ترجمه دنیا کتبی)، تهران: نشرنی.
- الوانی، مهدی و علیرضا شیروانی (۱۳۸۵) سرمایه اجتماعی، مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها، اصفهان: انتشارات مانی.
- حاتمی پور، خدیجه و لیلیا زارعی (۱۳۸۹) بهداشت دوران سالمندی، تهران: نشر و تبلیغ بشری.
- روحانی، حسن (۱۳۸۸) گفتمان درآمدی بر نظریه سرمایه فرهنگی، فصلنامه راهبرد، سال هجدهم شماره ۵۳، ۳۷-۳ زمستان.
- ریترز، جورج (۱۳۸۷) نظری جامعه‌شناسی در دوران معاصر، (ترجمه محسن ثلاثی)، تهران: علمی.
- زنجانی، حبیب‌اله (۱۳۸۳) تحول جمعیتی و پیامدهای مسئله آفرین آن، (مجموعه مقالات)، تهران.
- سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰.
- فاضلی، محمد (۱۳۸۲) مصرف و سبک زندگی، قم: صبح صادق.
- کاظمی پور، شهلا (۱۳۷۸) الگویی در تعیین پایگاه اجتماعی-اقتصادی افراد و سنجش تحرک اجتماعی، نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۴، (پاییز و زمستان)، صص: ۱۳۹-۱۷۲.
- کاوه فیروز، زینب (۱۳۹۰) ساختارهای جمعیتی اجتماعی اثرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران، پایان‌نامه دکتری جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۲) تجدد و تشخیص، تهران: نی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶) جامعه‌شناسی، (ترجمه حسن چاوشیان)، تهران: نی.
- محسنی، منوچهر (۱۳۶۸) مقدمات جامعه‌شناسی، تهران: انتشارات دیبا.

نصیری، مرتضی (۱۳۸۶) سرمایه اجتماعی و تاثیر آن بر سیاست‌گذاری عمومی، تهران: انتشارات مطالعات فرهنگی.

حبیب‌پورگتابی، کرم و رضا صفری‌شالی (۱۳۸۸) راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی: (تحلیل داده‌های کمی)، تهران، لویه.

Bourdieu, P. (1984) "*Distinction*" Cambridge, Harvard University Press.

Cockerham, W.C. (2005) Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior* 46(1): 51–67.

Cockerham, W.C., B.P. Hinote, P. Abbott, & C. Haerper (2004) "Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan." *Social Science & Medicine* 59(7): 1409–1421.

Fernández-Olano C, J.D. Hidalgo, R. Cerdá-Díaz, M. Requena-Gallego, C. Sánchez-Castaño, L. Urbistondo-Cascales, & A. Otero-Puime. (2006) "Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system." *Health Policy* 75(2): 131–139.

Grundy, E., & A. Sloggett. (2003) "Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances." *Social Science & Medicine* 56: 935–947.

Schwartz, A. M. & M.B, Scott (2000). *Sociology*. London: Allyn and Bacon.

Smith, K.V., & N. Goldman (2007) "Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico." *Social Science & Medicine* 65: 1372–1385.

Spencer, C.A., K. Jamrozik, P.E. Norman, & M. Lawrence-Brown (2005) "A simple lifestyle score predicts survival in healthy elderly men." *Preventive Medicine* 40(6): 712–717.

Sugiyama, T., & C. Ward Thompson, (2007) "Older people's health, outdoor activity and supportiveness of neighbourhood environments" *Landscape and Urban Planning* 83(2-3): 168–175.