

واکاوی تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی

دلارا لاغوثی^۱، *علی بوداچی^۲، محمد عباس‌زاده^۳، داود قاسم‌زاده^۴

۱. دکتری تخصصی، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقا ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۲. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

۳. استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه تبریز.

۴. دکتری، گروه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشگاه تبریز.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۲/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۰۷)

An Analysis of Cultural Determinants of Health With A Qualitative Approach

Delara Laghousi¹, *Ali Boudaghi², Mohammad Abbaszadeh³, Davood Gasemzadeh⁴

1. Ph.D in Social Medicine, Social Determinant of Health Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences.

2. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz.

3. Professor, Department of Sociology, University of Tabriz.

4. Ph.D in Economic Sociology and Development, University of Tabriz.

Qualitative Article

(Received: Mar. 04, 2020 - Accepted: Dec. 27, 2020)

مقاله کیفی

Abstract

Objective: In the contemporary world, the study of health has transition from biological to social and cultural studies. Many scholars believe that understanding and defining health is a reflection of one's cultural and social background. The purpose of the present study is to analyze cultural determinants of health. **Method:** The research method is qualitative and has been done by structural analysis approach. the method of data collection was interviews with 40 key informants of East Azarbaijan province using purposeful sampling method and theoretical saturation criterion. The data from the interviews were analyzed by Mic Mac software. **Findings:** The coding of the interview findings revealed that categories such as health nutrition culture, health literacy, consumption pattern modification, sport lifestyle, medical stereotypes, hidden media pressure, the preference of materialistic values to non-materialistic, cultural contradictions, seeking differentiation, and paying to diseases are one of the most important cultural determinants of health in terms of prevalence. **Conclusion:** Structural analysis results show that key informants respectively have allocated the highest and lowest priority to health literacy and disease-based rates.

Keywords: Ealth, Cultural Determinants, Health Literacy, Consumption Pattern Modification, Sport Lifestyle.

چکیده

مقدمه: در دنیای معاصر، بررسی سلامت در سیر مطالعاتی خود از بعد زیستی به بعد اجتماعی و فرهنگی رسیده است. بسیاری از اندیشمندان بر این باورند که برداشت و تعریف سلامتی انعکاسی از پیشینه فرهنگی و اجتماعی افراد می‌باشد. هدف پژوهش حاضر واکاوی تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت می‌باشد. روش: در تحقیق حاضر از روش کیفی و رویکرد تحلیل ساختاری استفاده شده است. شیوه گردآوری داده‌ها، مصاحبه بوده که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و معیار اشباع نظری، با ۴۰ نفر از مطلعین کلیدی استان آذربایجان شرقی صورت گرفته است. اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها به وسیله نرم‌افزار mic mac تحلیل شده است. **یافته‌ها:** کدگذاری یافته‌های مصاحبه نشان داد که مقولاتی چون فرهنگ تغذیه‌ای سلامت، سواد سلامت، اصلاح الگوی مصرف، سبک زندگی ورزشی، تصورات قالبی پزشکی، فشار پنهان رسانه‌ای، تقدم ارزش‌های مادی‌گرا بر غیرمادی‌گرا، تضادهای فرهنگی، تمایزطلبی و پرداخت به بیماری‌ها برحسب درجه شمولیت از تعیین‌گرهای فرهنگی مهم سلامت می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** نتایج تحلیل ساختاری نشان می‌دهد که مطلعین کلیدی از بین مضامین اصلی، بیشترین و کمترین اولویت را به ترتیب به سواد سلامت و پرداخت به بیماری‌ها براساس درجه شمولیت داده‌اند.

واژگان کلیدی: سلامت، تعیین‌گرهای فرهنگی، سواد سلامت، اصلاح الگوی مصرف، سبک زندگی ورزشی.

* نویسنده مسئول: علی بوداچی

*Corresponding Author: Ali Boudaghi

Email: A.Boudaghi@scu.ac.ir

عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود (پارسامهر و رسولی نژاد، ۱۳۹۴: ۳۸).

در طول ۳۰ سال اخیر، اندیشمندان به این نتیجه رسیده‌اند که مطالعه مداخلات سلامتی جمعیت در بسیاری از موارد، زندگی و سلامت انسان‌ها را بهبود بخشیده و نابرابری در سلامت را کاهش می‌دهد (آستل برت و همکاران، ۲۰۱۸: ۵۵). با توجه به سیر تاریخی تحول مفهوم سلامتی از بعد زیستی به بعد اجتماعی می‌توان گفت که در دنیای معاصر، جنبه فرهنگی و اجتماعی سلامتی بیش از ابعاد دیگر مورد اقبال پژوهشگران و محققان رشته‌های مختلف شده است. همه رفتار بشری به‌صورت فرهنگی تکوین یافته است. باین‌حال متغیر فرهنگ به‌صورت خیلی ضعیف در مطالعات مرتبط با سلامت بررسی شده است. تخصص‌های فرعی در علوم اجتماعی و رفتاری کلان بر تأثیر فرهنگ بر پیامدهای پزشکی و سلامت تمرکز کرده‌اند. اگرچه، تلفیق چارچوب‌های نظری در رشته‌های اجتماعی و رفتاری با مراقبت بهداشتی و سلامت عمومی نیازمند کاربرد درست، روشن و مؤثر مفهوم فرهنگ برای فهم رفتار انسانی و به‌طور مؤثری نابرابری‌ها و ناعدالتی‌ها در جمعیت‌های مختلف می‌باشد (سینگر و همکاران، ۲۰۱۶: ۲۹). انسان‌ها تصور خودشان را از سلامت و بیماری

سلامت حق و نیاز اساسی تمام انسان‌ها است. در حال حاضر نیز توسعه‌یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌نمایند (مطلق و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۵). از آنجایی که سلامت یک موضوع چندوجهی است و دستیابی یک جامعه به آن نیازمند به‌کارگیری روش‌هایی است که به مشارکت و همکاری بین بخشی منجر می‌شود، نگاهی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مشخص می‌سازد که تأمین، حفظ و ارتقای سلامت یک جامعه از طریق یک وزارتخانه ممکن نخواهد بود (وحیدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۹).

امروزه سلامت اجتماعی، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است، به‌گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌آید. در ایران با وجود کاستی‌های موجود، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است، ولی آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در

انجام شده در خارج و داخل نشان می‌دهد که در تحقیقات پیشین، بیشتر به تعیین گره‌های اجتماعی سلامت (SDH) پرداخت شده و به تعیین گره‌های فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی توجه کافی نشده است؛ بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر واکاوی تعیین‌گره‌های فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی می‌باشد.

تعیین گره‌های اجتماعی سلامت به‌عنوان عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و محیطی تعریف می‌شود که به سلامت و بیماری تأثیر داشته و با متغیرهای زیستی هم ارتباط متقابل دارد. بسیاری از متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار نظیر منابع اقتصادی و شرایط زندگی بر سلامت و بهزیستی وجود دارند. متون علمی درباره متغیرهای اجتماعی سلامت در ایالات متحده آمریکا با پژوهش در سلامت روانی در سال ۱۹۶۰ شروع شد که در آن همبستگی معناداری بین نابرابری‌های اجتماعی، اضطراب روانشناختی و اختلالات روان‌پزشکی وجود داشت. دو دهه بعد از آن، پژوهشگران بریتانیایی مرگ‌ومیر و بیماری بالایی را در بین طبقات پایین در مقایسه با طبقات بالا، به همان اندازه تغییرات در بیماری به‌واسطه سطح مهارت شغلی، دستمزد، شرایط کاری و پرستیز شاخص‌های پایگاه اجتماعی-اقتصادی را مستندسازی کردند (اسزافلارسکی، ۲۰۱۴: ۲۸۴).

از دیدگاه دالگرن و وایتهد (۱۹۹۱)، تعیین‌گره‌های اجتماعی سلامت شامل سن و جنسیت و عوامل نهادی، فاکتورهای سبک زندگی فردی، شبکه‌های اجتماعی، کشاورزی و تولید غذا، آموزش، محیط کار، شرایط زندگی و کار، بیکاری، آب، خدمات

براساس تجارب خودشان از بافت فرهنگی‌شان بسط و توسعه می‌دهند. ساخت سلامت و بیماری یک فرآیند پویا است که از بالا به پایین گسترش می‌یابد، بدین معنی که دانش و تجارب جدید در ساختارها و طرح‌های شناختی موجود ضمیمه می‌شود. گروهی از پژوهشگران سوئدی یک مطالعه کیفی را در بین مردان دیابتی عرب، یوگسلاویایی و سوئدی برای فهم باورهای سلامتی‌شان انجام دادند. طبق یافته‌های این پژوهش، سوئدی‌ها و عرب‌ها تمایل داشتند؛ سلامتی را به نبود بیماری تعریف کنند؛ درحالی‌که یوگسلاویایی‌ها سلامت را به‌عنوان مهم‌ترین وسیله در زندگی توصیف می‌کردند. عرب‌ها و یوگسلاویایی‌ها بر توانایی‌شان بر کارکردن و استقلال مالی به‌اندازه کارکرد جنسی به‌عنوان شاخص سلامتی اشاره کرده‌اند؛ درحالی‌که سوئدی‌ها سلامتی را در انطباق و سازگاری با موقعیت کنونی‌شان می‌دانستند. عرب‌ها، فرد سالم را به کسی اطلاق می‌کردند که نقش‌های اجتماعی خود را انجام می‌دهند؛ ولی سوئدی‌ها بر سبک زندگی و متغیرهای وراثتی تأکید داشتند (لويسكو و لی، ۲۰۱۴: ۶۳۰). توجه به این موضوع نشان می‌دهد که بسترهای فرهنگی در برداشت انسان‌ها از سلامتی‌شان تأثیرگذار بوده و با اندکی مسامحه می‌توان گفت که ذهنیت انسان‌ها در خصوص بهداشت و سلامت انعکاسی از بافت فرهنگی‌شان می‌باشد. با مروری بر مطالعات حوزه سلامت و مفاهیم مرتبط با آن می‌توان نتیجه‌گیری کرد که پژوهشگران و محققان توجه اندکی به این جنبه از سلامت داشته‌اند. واکاوی مطالعات و تحقیقات

مراقبت‌های بهداشتی، مسکن و به یک معنا، شرایط محیطی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی عمومی می‌باشد (لاغوثی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ که در پژوهش حاضر تعیین گره‌های فرهنگی سلامت برجسته می‌شود.

در سال‌های اخیر افزایش قابل ملاحظه‌ای از پژوهش مرتبط با تأثیر فرهنگ بر سلامت وجود دارد. این افزایش نه فقط به خاطر علایق فراوان به تأثیر فرهنگ بر سلامت، بلکه به خاطر پژوهش‌هایی که برای فهم اهمیت آن در برطرف کردن مسائل بهداشت و سلامت، افزایش سواد سلامت و توسعه و انجام مؤثر مداخلات سلامت شروع شده است. به منظور بررسی اینکه چگونه فرهنگ بر سلامت فرد تأثیر دارد، این مهم است که «تشخیص دهیم جنگل خیلی مهم‌تر از درختان به‌تنهایی می‌باشد» این اهمیت دارد که بستر فرهنگی به منظور فهم این موضوع که چگونه افراد نقش‌ها و روابطشان را در ابعاد مثبت و منفی با دیگران شکل می‌دهند و تحلیل می‌کنند. این پویایی برای نشان دادن کارایی و پایایی نتایج کنش‌های سلامتی اهمیت دارد. بستر فرهنگی همچنین برای طراحی عمل و ادراکی از غذا، عادت‌های خوردن، فعالیت، باورها و نگرش‌هایی درباره اندازه بدن و وضعیت وزن بدن و نیز نیاز به کنترل وزن مهم می‌باشد. فرهنگ، رفتارهای افراد را خارج از زمان و مکان تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر نتایج تاریخی، جغرافیایی، اجتماعی و سیاسی تأثیر می‌گذارد و این موضوع به نظر می‌رسد که انتخاب زندگی سالم در زندگی را محدود یا تشویق می‌کند؛ بنابراین، رویکرد

فرهنگ محور برای فهم ادراکات نسبت به سلامتی و سبک زندگی لازم می‌باشد. فرهنگ در این بستر درباره ارزش‌های مشترک، هنجارها و کدهایی تعریف می‌شود که با همدیگر نگرش‌ها، رفتارها و ادراک را نسبت به وزن و سلامتی به واسطه کنش متقابل با دیگران و محیط شکل می‌دهد. فرهنگ، نقش مهمی در طراحی مسائل و راه‌حل‌های سلامتی دارد (روزن^۱، ۲۰۱۵:۷).

طبق نظریه الگوی آستانه^۲، فرهنگ^۳ تعیین‌کننده آستانه پریشانی روانی و مشکلات روانی در افراد می‌باشد؛ یعنی، دیدگاه افراد در فرهنگ‌های مختلف نسبت به آستانه و مرزهای مشکلات متفاوت است؛ بنابراین، متغیرهای فرهنگی در تعیین مرزهای مشکلات رفتاری و عاطفی افراد نقش اساسی ایفا می‌کنند. همچنین روش مواجهه^۴ جامعه با آسیب‌شناسی روانی افراد نیز تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرد که دارای آستانه‌های متفاوتی است (دبیری نسب، ۱۳۹۰: ۲۱). در این ارتباط، الگوی شخصی، فرهنگی و ساختاری در سلامت روانی توسط تامپسون^۵ (۲۰۰۶) ارائه شده است. این الگو برای درک سلامت روانی در حیطه‌های جامعه، فرهنگ عمومی و نگرش‌های افراد سودمند است. به اعتقاد تامپسون (۲۰۰۶)، سلامت روانی نیز همانند سایر رفتارهای آدمی از محیط فرهنگی حاکم بر زندگی آدمیان تأثیر می‌پذیرد. طبق مدل تامپسون (۲۰۰۶) زمینه اصلی برای نیل به سلامت روانی

1. Rosen
2. threshold model
3. culture
4. encounter method
5. Thompson

تحصیلات در جوامع به وجود می‌آید، باعث تفاوت در موقعیت افراد موجود در جامعه و به تبع تفاوت در دسترسی آن‌ها به منابع و امکانات می‌شود و در نتیجه همین موضوع سطح سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (زاهدی اصل و درویشی فرد، ۱۳۹۳: ۱۰-۱۱).

یکی دیگر از تعیین گرهای مهم سلامت، استرس و فشار روانی می‌باشد. شرایط استرس‌زا مردم را نگران، مضطرب و ناسازگار می‌سازد و از این رو، مخرب سلامتی است و منجر به مرگ زودرس می‌شود. شرایط اجتماعی و روانی می‌تواند منجر به استرس طولانی مدت شود. عواملی همچون اضطراب مداوم، ناامنی، اعتماد به نفس پایین^۴، انزوای اجتماعی و عدم کنترل بر کار و زندگی خانوادگی آثار زیادی بر سلامت دارد (ویلکینسون، ۱۳۸۳: ۱۹).

در این ارتباط، آگنیو تئوری فشار به چهار منبع فشار اشاره می‌کند: نخست، فشاری که ناشی از ناتوانی و شکست در دستیابی به اهداف مثبت و ارزشمند اجتماعی^۵ است. دوم، فشار می‌تواند به دلیل از دست دادن اهداف و محرک‌های مثبت و ارزشمند^۶ در فرد ایجاد گردد. سوم، این فشارها ناشی از تجربیات و محرک‌های منفی گذشته و رویدادهای استرس‌زای زندگی است. همانند کودک‌آزاری، بی‌توجهی به قربانیان جرم، روابط منفی فرد با والدین و گروه همسالان. چهارم، فشار ناشی از فاصله‌ی بین انتظارات و دستاوردها: زمانی که افراد خود را با همسالانشان که وضعیت

خودآگاهی^۱ است. این خودآگاهی مستلزم رها شدن از پیش‌داوری‌ها و کلیشه‌هایی است که منافع رسیدن به کمال روانشناختی می‌گردد. طبق این مدل، به دلیل وجود مسائلی چون انگ زدن و بدنامی اجتماعی^۲ بسیاری از مردم از روبرو شدن با مسائل روانی خود می‌ترسند. همچنین طبق این الگو ساختارهای کلان موجود در جامعه و فرهنگ عمومی از تعیین گروه‌های سلامت روانی می‌باشند. برخی از این ساختارهای فرهنگی شامل جنسیت، طبقه اجتماعی، شغل و... می‌باشند. افزون بر این، در این مدل عوامل شخصی همان ادراکات، افکار، احساسات و رفتارهای فردی می‌باشد. فرهنگ شامل باورها و عقاید مشترک اجتماعی در مورد موقعیت‌ها یا وضعیت‌های خاص است که به دنبال آن موجب ترویج انواع قضاوت‌های اجتماعی در آن باره می‌شود. عوامل ساختاری نیز چگونگی ساختار جامعه و عوامل مختلف آن مانند پیش‌داوری، تبعیض و... در اقبال جامعه را شامل می‌شود (دبیری نسب، ۱۳۹۰: ۲۲). در این ارتباط رز و وو^۳ معتقدند که افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد از لحاظ سلامتی روحی و روانی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند و دلیل اینکه چرا تحصیلات با سلامتی جسمی، اجتماعی و روانی رابطه تنگاتنگی دارد، در سه مقوله مطرح می‌کنند: ۱. شرایط اقتصادی و کاری؛ ۲. منابع روانی و اجتماعی؛ ۳. سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی. طبق دیدگاه آن‌ها، نابرابری‌هایی که مبتنی بر سطح

4. Low Self-Confidence
5. Failure to achieve positively valued goals
6. Removal of positively valued stimuli

1. self-awareness
2. labeling and stigma
3. Rose and wow

همکاران، ۱۳۹۰: ۱۵). از دیدگاه کاکرام سبک‌های زندگی سالم، الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر انتخاب‌هایی است که افراد برحسب شرایط اجتماعی و زیستی‌شان در دسترس دارند. رفتارهای تولید شدن از این گزینه‌ها می‌تواند نتایج مثبت و یا منفی بر روی بدن و فکر داشته باشد اما باوجود این الگویی فراگیر از سلامتی را شکل می‌دهد که سبک زندگی را می‌سازد. کاکرام چارچوب نظریه‌ای بوردیو را استفاده می‌کند و نشان می‌دهد که سبک‌های زندگی منفی به‌عنوان اجبارهای اجتماعی اولیه در اواخر قرن بیستم در روسیه و اروپای شرقی باعث کاهش امید به زندگی شد. گروهی که بیشتر در معرض کاهش طول عمر بودند، افراد میان‌سال و مردان طبقه کارگر بودند. اوضاع زندگی این مردان و موقعیت نسبتاً پایین و ضعیف آنان در ساخت اجتماعی، عادت‌ها را پرورش می‌داد که مبتنی بر انجام رفتارهای پرخطر و غیربهداشتی بود (سیگار کشیدن، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش). این سبک زندگی باعث بالارفتن بیماری‌های قلبی، تصادفات و دیگر مشکلات بهداشتی می‌شد که نهایتاً منجر به کوتاه شدن طول عمر می‌گردید. این رفتارها، هنجارهای ایجاد شده از طریق تعامل گروهی بودند که به‌واسطه فرصت‌هایی که افراد گروه در اختیار داشتند، شکل‌گرفته و به‌وسیله ساختار ذهنی درونی شدن بود. ساخت زندگی روزانه هم انتخاب‌های بهداشتی مرتبط را محدود می‌سازد و همچنین آن را به سمتی سوق می‌دهد که به‌نوعی از سبک‌های زندگی منتهی شود که مرگ‌های

مالی و اجتماعی بهتری دارند (مانند داشتن پول بیشتر یا تحصیلات بالاتر)، مقایسه می‌کند، فشار را تجربه می‌کنند (سیگل، ۲۰۱۲: ۲۰۸). هرکدام از این رویدادها می‌تواند منجر به ظهور عواطف منفی در افراد، همانند ترس، عصبانیت و پرخاشگری گردد.

سبک زندگی افراد نیز در کاهش یا افزایش میزان سلامت افراد تأثیر قابل‌توجهی دارد. سبک زندگی نمایانگر نگاه فرد به زندگی، جهان و ارزش‌های موردقبول او است. به‌بیان‌دیگر سبک زندگی سمبل و نماد هدایت افراد یک جامعه است که تمامی جنبه‌های زندگی آن‌ها را دربر می‌گیرد. شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. سبک زندگی به ما کمک می‌کند تا آنچه را که مردم انجام می‌دهند، دلیل انجامشان و معنی عملشان برای خودشان و دیگران را درک کنیم (دالوندی، ۱۳۹۱: ۱۰). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت جزء معطوف به ارتقای سلامت از سبک زندگی است که دارای شش بعد "فعالیت جسمانی" "تغذیه" "مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت" "رشد روحی" "روابط بین فردی" و "مدیریت استرس" می‌باشد (سلطانی، ۱۳۸۹: ۶).

بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل چاقی، بیماری‌های قلب و عروق، انواع سرطان و اعتیاد که امروزه در اغلب کشورها خصوصاً کشورهای درحال‌توسعه به چشم می‌خورد با دگرگونی‌های سبک زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد (طل و

افزایش یافته به برآورده شدن بهتر نیازهای بنیادی در طول فرآیند شکل‌گیری شخصیت افراد می‌انجامد که باعث می‌شود ارزش‌های مالتریالیستی کمتری به نسل بعد انتقال یابد (زارع شاه‌آبادی و ترکان، ۱۳۹۴: ۱۱۰-۱۱۰).

براساس این تئوری می‌توان گفت که رشد ارزش‌های مادی‌گرایانه در نتیجه صنعتی شدن، سطح سلامت شهروندان را در تمامی ابعاد، تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. همچنین، یکی از نخستین و مؤثرترین مدل‌ها در زمینه ارتقای سلامت مدل باور سلامتی می‌باشد که توسط اروین رزن استاک در ۱۹۶۶ مطرح شد. این مدل از قدیمی‌ترین مدل‌ها در زمینه رفتار سلامتی است، ولی اکنون هم در رابطه با بحث تغییرات رفتار سلامتی دارای اهمیت می‌باشد. این مدل به آمادگی عمل برای رفتار سلامتی براساس اعتقادات و باورهای فردی تأکید دارد. این باورها دربرگیرنده الف) حساسیت درک شده: اشاره به باورهای مرتبط با خطر یا حساسیت نسبت به شرایط یا بیماری دارد. ب) شدت درک شده: اشاره به باورهای مرتبط با شدت احتمالی یک بیماری یا شرایط دارد. ج) منافع درک شده: اشاره به ارزش یا منافع درک شده از تغییرات در کاهش خطر یک بیماری یا شرایط دارد. د) موانع درک شده: اشاره به موانع یا موانعی در برابر تغییرات رفتاری که خطر را کاهش می‌دهد (سیمپسون، ۲۰۱۵: ۳).

آدوسی آمواه و فیلیپس (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان سواد سلامت و سلامت: بازاندیشی در استراتژی‌های پوشش سلامت عمومی در چین که

نابهنگام نتیجه آنان است (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۸۹-۱۹۰). تقدم ارزش‌های مادی‌گرایانه بر ارزش‌های غیرمادی از دیگر تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت می‌باشد. اینگلهارت در تئوری دگرگونی ارزشی با تقسیم ارزش‌ها به دو دسته مادی و فرامادی بر این باور است که ارزش‌های مادی آن دسته از ارزش‌هایی است که حول نیازهای زیست‌شناختی و امنیتی می‌باشد و ارزش‌های فرامادی پیرامون نیازهای اجتماعی و خودشکوفایی می‌باشد. وی معتقد است که نظریه مادی - فرامادی بر دو فرض اساسی استوار است: الف) فرضیه کمیابی که در آن اولویت فرد، بازتاب محیط اجتماعی - اقتصادی‌اش است، به‌نحوی که شخص بیشترین ارزش ذهنی را به آن چیزهایی می‌دهد که عرضه آن نسبتاً کم است. ب): فرضیه اجتماعی شدن که در آن ارزش‌های اصلی شخص تا حد زیادی بازتاب اوضاع حاکم در سال‌های قبل از بلوغ فکری اوست. این دو فرضیه باهم مجموعه به‌هم‌پیوسته‌ای از پیش‌بینی‌های مربوط به دگرگونی ارزش‌ها را پدید می‌آورند: اول، درحالی که فرضیه کمیابی بر این دلالت دارد که رونق و شکوفایی اقتصادی به گسترش ارزش‌های فرامادی می‌انجامد، فرضیه اجتماعی شدن مبین این است که نه ارزش‌های فردی و نه ارزش‌های جامعه یک‌شبه تغییر نمی‌کند، برعکس، دگرگونی اساسی ارزش‌ها به‌تدریج و بیشتر به طرز نامرئی روی می‌دهد. اوی تغییر ارزش در جوامع غربی را پیامد غیرارادی کامیابی اجتماعی - اقتصادی افزایش یافته می‌داند و معتقد است که کامیابی اقتصادی

نشان می‌دهد که تقویت مشارکت اجتماعی به صورت محتمل بر ارتقای سلامت مؤثر خواهد بود (آدوسی امواه، ۲۰۱۸: ۲۶۳).

لی (۲۰۱۸) پژوهشی را تحت عنوان سرمایه اجتماعی و سلامت در سطح کشور که با استفاده از داده‌های پانل ۱۹۴ کشور از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ انجام داده است. نتایج این مطالعه تأثیر منفی سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و تأثیر مثبت سرمایه اجتماعی برون‌گروهی را بر سلامت تأیید کرد. این تأثیرات در کشورهای با درآمد پایین برجسته بود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تأثیرات اجتماعی-اقتصادی سرمایه اجتماعی بستگی مختلفی به انواع سرمایه اجتماعی دارد (لی، ۲۰۱۸: ۳۷).

شبکه‌های اجتماعی فردی و سلامت در بین سالمندان آفریقای جنوبی با رویکرد چندبعدی پژوهشی است که توسط مور و همکاران (۲۰۱۸) انجام شده است. این مطالعه به دنبال بررسی ارتباط بین شبکه اجتماعی و سلامت فیزیکی خودگزارش‌دهی با استفاده از رویکرد چند سطحی بود. نتایج مطالعه پیچیدگی و ظرافت بالای روابط اجتماعی را برجسته ساخته است (مور و همکاران، ۲۰۱۸).

واگن و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان اسنادها، باورها و عملکردهای فرهنگی سلامت: تأثیرات روی مراقبت سلامت و آموزش پزشکی به این نتیجه رسیدند که اسنادهای سلامت بر باورها و متعاقب آن بر رفتارهای سلامت تأثیر دارد. اسنادهای سلامت به وسیله فرهنگ شکل می‌گیرد. متغیرهای فرهنگی-

با استفاده از مصاحبه ساختاریافته از ۷۷۹ نفر بزرگسال روستایی و شهری انجام داده‌اند، به این نتیجه رسیدند که وقتی سواد سلامت پایین باشد، استراتژی‌های پوشش سلامت عمومی به هدف خود نمی‌رسند. درحالی‌که با نداشتن بینش مرتبط با عناصر فرهنگی اجتماعی، تقویت سواد سلامت باید استراتژی مرکزی برای استراتژی‌ها که نابرابری سلامتی و تقویت استراتژی پوشش سلامت عمومی را هدف قرار می‌دهد (آدوسی امواه و فیلیس، ۲۰۱۸).

آدوسی امواه (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان مشارکت اجتماعی، سواد سلامت و سلامت و بهزیستی با استفاده از تحلیل مسیر معادلات ساختاری در بین ۷۷۹ نفر از ساکنان روستایی و شهری منطقه آشناتی غنا به دنبال مطالعه نقش واسطه‌ای سواد سلامت در ارتباط با مشارکت اجتماعی (مشارکت مذهبی، فعالیت‌های داوطلبانه و عضویت گروهی) و وضعیت سلامتی و بهزیستی ذهنی بودند. در این پژوهش به این نتیجه رسیدند که مشارکت اجتماعی به صورت معنی‌داری سواد سلامتی را تبیین می‌کند. همچنین، نتایج نشان داد که مشارکت اجتماعی سلامتی و بهزیستی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بعد از کنترل متغیرهای اجتماعی - جمعیتی، مشارکت مذهبی و عضویت گروهی به صورت غیرمستقیم بهزیستی و وضعیت سلامتی را به واسطه سواد سلامتی پیش‌بینی می‌کند. متغیر فعالیت‌های داوطلبانه تأثیر منفی را به صورت غیرمستقیم نشان داد؛ بنابراین، مشارکت اجتماعی همیشه تأثیر مثبتی بر سلامت و بهزیستی ندارد. در کل، یافته‌های این پژوهش

دارند، فعالیت فیزیکی متعادلی هر هفته دارند این پژوهش داده‌های ارزشمندی را برای سیاست‌گذاری در رابطه با سلامت دانش‌آموزان فراهم ساخته است (ال ناکب و همکاران، ۲۰۱۵).

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در جمعیت رومانی عنوان پژوهشی است که توسط هاچوا و دیوید (۲۰۱۴) انجام گرفته است. طبق یافته‌های این پژوهش، ادراک ذهنی از وضعیت سلامتی پاسخ‌دهندگان رومی کاملاً مثبت است؛ مناطق اغلب مشکوک شامل بیماری‌های قلبی-عروقی، روان‌شناختی و دیابت نوع دو می‌باشند. عوامل مؤثر بر شیوه زندگی، به‌خصوص سیگار کشیدن، عدم فعالیت فیزیکی و تغذیه نامناسب، تأثیر قابل‌توجهی بر وقوع بیماری‌ها دارند. بر اساس تحلیل محتوای پروژه‌های موجود، به این نتیجه دست یافتند که بین ارزیابی ذهنی و عینی وضعیت سلامت رومی‌ها تضاد زیادی وجود دارد (هاچوا و دیوید^۱، ۲۰۱۴: ۳۹).

نتایج پژوهش هارپین و همکاران (۲۰۱۶) با عنوان آموزش مراقبت‌های بهداشتی به‌منظور راهنمایی در تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نشان داد (۱) عدم آگاهی قبلی یا آموزش حرفه‌ای درمورد عوامل تعیین‌کننده سلامت و نابرابری‌های بهداشتی، (۲) رشد حرفه‌ای و آموزشی پس از اجرای برنامه و (۳) افزایش آگاهی جامعه و مشارکت در امور بر سلامت افراد تأثیرگذار است (هارپین و همکاران، ۲۰۱۶: ۳۳).

نتایج پژوهش آتونی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که سرپرستان خانوارهای با امنیت غذایی شدید

اجتماعی نظیر مهاجرت، فرهنگ پذیری و حمایت اجتماعی نقش مهمی را در اسنادهای سلامتی و پیوستار پزشکی بازی می‌کند (واگن و همکاران، ۲۰۱۷: ۶۴).

راشد و گالا (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان فرهنگ و سلامت: مطالعه‌ای در انسان‌شناسی پزشکی کنیا به این نتیجه رسیدند که انسان‌شناسی پزشکی به‌عنوان چارچوب نظری در تأثیرگذاری متغیرهای اجتماعی و فرهنگی کنیا که بر بروز و ظهور سلامت و بیماری را با استفاده از رویکرد زیستی- فرهنگی در انسان‌شناسی پزشکی فراهم سازد که به‌طور بالقوه می‌تواند چگونگی تأثیر فرآیندهای اجتماعی- فرهنگی را نشان دهد (راشد و گالا، ۲۰۱۵: ۶۸۷).

ال ناکب و همکاران (۲۰۱۵) پژوهشی را با عنوان مطالعه سبک زندگی، عادت‌های غذایی و عوامل خطر در بین ۷۳۲ نفر از جوانان ۱۸-۲۵ ساله با روش کمی و تکنیک پرسشنامه انجام داده‌اند. در این پژوهش، سه خوشه را براساس سبک زندگی و عادت‌های غذایی جوانان تشخیص دادند. خوشه اول (دارای عوامل خطر بالا) شامل کسانی است که رژیم غذایی ناسالم داشتند و غذاهای خیلی ناسالم مصرف می‌کردند، فعالیت‌های فیزیکی کمتری دارند و شاخص توده بدنی‌شان بالاست. خوشه دوم (عوامل خطر متعادل) شامل کسانی است که فعالیت‌های فیزیکی خوبی دارند، زمان کمتری را به تماشای تلویزیون و رایانه صرف می‌کنند و دارای شاخص توده بدنی پایینی هستند. خوشه سوم (عوامل خطر کم) شامل کسانی است که رژیم غذایی سالمی

تأکید می‌کنند و استدلال می‌کنند که افراد تحصیل کرده به خاطر دسترسی به منابع ساختاری بهتر می‌تواند شرایط زندگی سالم‌تری را برای خود رقم بزنند و سبک زندگی سالم را در زندگی خود رعایت کنند. مدل باور سلامتی رزن استاک هم بر اعتقادات و باورهای افراد بر سلامتی خود تأکید می‌کند. با تأمل در مطالعات و پژوهش‌های تجربی در ارتباط با مؤلفه‌های فرهنگی سلامت می‌توان استنباط کرد که در این زمینه یک خلأ پژوهشی وجود دارد و محققان عوامل و متغیرهای فرهنگی اندکی را مورد مطالعه قرار داده‌اند، لذا پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد کیفی هم به دنبال مطالعه متغیرهای فرهنگی از منظر مطلعین کلیدی درگیر در سلامت هست و هم در جهت پاسخ به خلأ موجود در خصوص متغیرهای فرهنگی و سلامت عمل می‌باشد.

روش

در این پژوهش از روش کیفی و از رویکرد تحلیل ساختاری استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۴۰ نفر از مطلعین کلیدی استان آذربایجان شرقی اعم از اساتید جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، جمعیت‌شناسی و اقتصاد دانشگاه تبریز، اساتید رشته‌های پزشکی اجتماعی، پزشکی عمومی، بهداشت و تغذیه، مدیریت سلامت، سیاست‌گذاری سلامت و... دانشگاه علوم پزشکی، کارشناسان ارشد دستگاه‌های اجرایی خصوصاً شورای شهر تبریز، مسئولان ارشد مرکز بهداشت استان و شهروندان استان آذربایجان شرقی که پیرامون تعیین گرهای فرهنگی سلامت اطلاعات

(($p=0.001$ ، $b=0.934$) و متوسط ($p<0.001$ ، $b=0.759$)، اختلال روانی بالا را در مقایسه با خانواده‌های با امنیت غذایی مناسب گزارش نمودند. همچنین طبق یافته‌های این پژوهش، زنان سرپرست خانوار میزان بالایی از اضطراب روانی را در مقایسه با هم‌تایان مرد خود گزارش دادند. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده نیاز به بهبود امنیت غذایی به‌عنوان یک استراتژی هدفمند برای بهبود کلی سلامت روان در کشور غنا می‌باشد (آتونی و همکاران، ۲۰۱۷: ۱۷۰).

پژوهش حاضر به دنبال واکاوی تعیین گرهای فرهنگی در سلامت می‌باشد. در واقع می‌توان گفت که بسترهای فرهنگی و اجتماعی در سلامت و بیماری انسان‌ها تأثیر فراوانی دارد و این امر تا حدودی تابعی از شرایط و موقعیت افراد و سبک زندگی می‌باشد. در ارتباط با تعیین گرهای فرهنگی چیزی که بیش از هر عامل فرهنگی بر سلامت فرد تأثیرگذار می‌باشد، مؤلفه‌های ارزشی و باورها و نگرش‌های آن‌ها می‌باشد. به همین خاطر هم سلامت برحسب بسترهای فرهنگی افراد تعارف مختلفی به خود می‌گیرد و این مساله ای است که نظریه الگوی آستانه مؤید آن است و نشان‌دهنده تفاوت دیدگاه افراد نسبت به مرزهای مسائل و مشکلات می‌باشد. مدل تامپسون زمینه اصلی برای رسیدن به سلامتی را خودآگاهی و دور شدن از کلیشه‌ها و پیش‌داوری‌ها می‌داند.

یکی دیگر از مؤلفه‌های فرهنگی، سواد و تحصیلات افراد می‌باشد. در این خصوص زو و وو^۱ به تعیین‌کنندگی تحصیلات در سلامت افراد

شرکت‌کنندگان پژوهش بدست آمد.

یافته‌ها

طبق یافته‌های تحقیق، جنسیت ۶۲/۸ درصد (۲۷ نفر) مصاحبه‌شوندگان مرد، ۳۰/۲ درصد آن‌ها زن (۱۳) بوده است. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان، ۳۹ سال بوده است. از نظر وضعیت تأهل، ۳۲/۵ درصد مشارکت‌کنندگان، مجرد و ۶۵ درصد متأهل بوده‌اند. سطح تحصیلات ۲/۵ درصد دیپلم، ۲/۵ درصد لیسانس، ۲۰/۰ درصد فوق‌لیسانس، ۶۲/۵ درصد دکتری، ۵ درصد دانشجوی دکتری، ۵ درصد دانشجوی لیسانس بوده است.

فرهنگ تغذیه‌ای نامناسب نقش مهمی در کاهش وضعیت سلامتی افراد دارد. اساساً الگوی مصرف غذایی شامل طیف وسیعی از رفتارهای مصرف‌کننده در ارتباط با مواد غذایی شامل مقدار و نوع متداول مصرف انواع مواد خوراکی، طریقه پخت، نگهداری و همین‌طور ضایعات مصرف مواد غذایی است. سبب غذایی الگویی است که اولاً حاوی مقدار مناسبی انرژی باشد و ثانیاً مواد معدنی و ترکیبات ضروری در حد نیاز را برآورده نماید و در نهایت مجموع ترکیبات آن در شرایط تعادلی و در حد بهینه باشد تا بتواند انرژی لازم را برای انجام فعالیت‌های روزانه تأمین و مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها را فراهم نماید. الگوی غذایی مطلوب الگویی است که بر پایه سه اصل تعادل، تنوع و کفایت تغذیه‌ای ضمن تأمین نیازهای تغذیه‌ای و حفظ سلامت مردم، دربرگیرنده تفاوت‌های فردی، عادت‌ها، ارجحیت‌های غذایی، دانش و سواد تغذیه‌ای

کلیدی داشته‌اند؛ بوده است. در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از مطلعین کلیدی استان آذربایجان شرقی در خصوص تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت مصاحبه عمیق انجام شد. اصل اساسی نمونه‌گیری نظری عبارت است از انتخاب موارد یا گروه‌هایی از موارد براساس محتوایشان و نه استفاده از معیارهای انتزاعی روش‌شناختی. فرآیند نمونه‌گیری تا زمانی ادامه پیدا کرد که نوعی اشباع اطلاعاتی حاصل شد. به عبارت دیگر تا زمان رسیدن به اشباع نظری، مصاحبه‌ها ادامه داشت. بعد از ۴۰ مصاحبه اشباع حاصل شد. اگرچه در ارزیابی روش پژوهش‌های کیفی مانند روش‌های کمی به ابزارهایی خاص نظیر اعتبار و پایایی نیاز است اما در پژوهش‌های کیفی اعتبار و پایایی مانند روش‌های کمی بر اصول مشخصی استوار نیست. اعتبارپذیری به واقعی بودن توصیف‌ها و یافته‌های پژوهش اشاره دارد و عبارت است از درجه اعتماد به واقعی بودن یافته‌ها برای شرکت‌کنندگان پژوهش و برای زمینه‌ای که این پژوهش در آن انجام شده است (عباس زاده، ۱۳۹۱: ۲۳). در مطالعه حاضر برای اعتبار و اعتماد بخشی به داده‌ها از قابلیت اعتبار، انتقال‌پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت تأیید استفاده شد. قابلیت اعتبار بدین معنی است که تا چه حدی ساختار و معنی پدیده موردنظر به نحو مناسب و مطلوبی بازنمایی می‌شود (اسماعیلی و امید، ۱۳۹۱: ۱۸۷). به‌منظور افزایش معیار انتقال‌پذیری سعی شد که به معرفی کامل طرح پژوهش پرداخته شود. معیار قابلیت تأیید از طریق بازبینی و بررسی دقیق اطلاعات و بازبینی توسط

لاغوثی و همکاران: واکاوی تعیین گرهای فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی

نان‌روغنی‌ها از جمله مواردی بودند که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره نموده‌اند. در واقع، فرهنگ تغذیه‌ای نامناسب نقش مهمی در کم و کیف سلامتی شهروندان استان آذربایجان شرقی دارد.

اشاره مختلف و منعکس‌کننده امکانات تولیدی، توزیع و دسترسی اقتصادی و فیزیکی در سطح ملی باشد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۶۰). در واقع، از یک‌سو، تغذیه و رژیم غذایی تأثیر زیادی در بیماری‌هایی چون دیابت، چاقی، بیماری‌های قلبی و سرطان دارد و از سوی دیگر، تغذیه مناسب، سلامتی انسان را بهبود می‌بخشد (ورهاگن و لاورن، ۲۰۱۶: ۴).

جدول ۱. مقوله فرهنگ تغذیه‌ای نامناسب و مفاهیم مرتبط با آن

مقوله	مفاهیم	فراوانی	تعداد	کل درصد
		مفاهیم	مفاهیم	
	سبک تغذیه‌ای نامناسب	۲۰	۳۳	۲۹/۷۲
	میزان بالای سرانه مصرف مواد قندی	۱		
	تغذیه نامناسب طبقات بالا	۱		
فرهنگ تغذیه‌ای نامناسب	کمبود تغذیه	۱		
	کم و کیف تغذیه	۱		
	پرخوری و بد خوری	۱		
	الگوها و رفتارهای غذایی	۱		
	تغذیه ناسالم مادران باردار	۱		
	زمان نامناسب غذا خوردن	۱		
	علاقه به نان‌روغنی‌ها	۱		
	علاقه به سرخ‌کردنی‌ها در وعده‌های غذایی	۱		
	عدم رعایت عادات غذایی	۱		
	فقر سیری سلولی	۲		

نامناسب، میزان بالای سرانه مصرف مواد قندی، تغذیه نامناسب طبقات بالا، تغذیه ناسالم مادران باردار، زمان نامناسب غذا خوردن و علاقه به یکی دیگر از تعیین گرهای فرهنگی سلامت، سواد سلامت می‌باشد. مفهوم یادشده عبارت است از

کدگذاری یافته‌های مصاحبه نشان داد که در مجموع، ۲۹/۷۲ درصد مفاهیم استخراج شده از تعیین گرهای فرهنگی سلامت مربوط به مقوله فرهنگ تغذیه‌ای نامناسب بوده است. سبک تغذیه

حاشیه‌نشینان و.. حاکی از اهمیت سازه سواد سلامت در رفتارهای سلامت‌محور می‌باشد. پژوهش‌های سبک زندگی ورزشی مداخله مؤثری در سلامتی به‌خصوص سلامت روان انسان‌ها می‌باشد. ورزش نشانه‌ها و علائم افسردگی و اضطراب و نگرانی را در فرد کاهش می‌دهد (وای و همکاران، ۱۸:۲۰۳).

از منظر انجمن نخبگان، یکی دیگر از تعیین گرهای فرهنگی سلامت، سبک زندگی ورزشی بوده است. طبق یافته‌های تحقیق، از کل مفاهیم استخراج شده، ۲۱/۶۲ درصد مفاهیم به این سازه تعلق دارد. در واقع، تحرک جسمانی باعث بهبود نمره سلامت و بی‌تحرکی باعث تنزل نمره سلامتی عاملان اجتماعی می‌شود.

تصورات قالبی را می‌توان مجموعه‌ای از احساسات غالباً منفی، باورهای کلی و کنش‌ها درباره برخی گروه‌های اجتماعی دانست که دارای فرهنگ، قومیت، زبان و نژاد متفاوتی هستند. این تصورات، خصیصه‌ها، ویژگی‌های فیزیکی، علائم، نقش‌ها، الگوهای رفتاری و نظایر آن را در ارتباط با گروهی خاص منعکس می‌کنند و برای همه اعضای یک گروه به‌رغم تمایزات و تفاوت‌های قابل‌ملاحظه به کار می‌رود. تصور قالبی ایده‌ای کلی درباره گروهی مشخص و یا دسته‌ای از افراد بر پایه برخی مفروضات پیشینی است که به‌واسطه آن باورهایی ساده‌سازی شده و یکسانی نسبت به آن‌ها پیدا می‌کنیم (نظری، ۱۳۹۰: ۲).

ظرفیت انجام کار، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات موردنیاز برای تصمیم‌گیری‌های مناسب در زمینه سلامت. سواد سلامت واژه‌ای است که در سال ۱۹۷۰ معرفی شد و اهمیت آن به‌طور روزافزون در سطوح سواد عمومی و سواد مراقبتی نشان داده شد که در ارتباط با ظرفیت‌های افراد برای برآوردن نیازهای پیچیده سلامتی در یک جامعه مدرن موردنیاز می‌باشد. به‌تازگی سازمان بهداشت جهانی، سواد سلامت را به‌عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی کرده است. طبق مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه‌شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده‌شده عمل می‌کنند؛ بنابراین، وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند (سیدالشهدایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۴۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۲۵/۰۲ درصد مفاهیم کدگذاری شده مربوط به مقوله سواد سلامت می‌باشد که در دو خرده مقوله‌ای چون سواد سلامت مردم و سواد سلامت مادر ارائه شده است. تأکید مشارکت‌کنندگان بر مفاهیمی چون آگاهی پایین مردم از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، آگاهی پایین مردم از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، میزان کم اطلاعات عمومی مردم از سلامت، عدم شناخت درد، لزوم توجه به آگاهی خانوادگی، آموزش سبک زندگی سلامت‌محور، عدم فرهنگ استفاده از دوجرخه در بین مردم، افزایش سواد سلامت مادر، لزوم ارتقای آگاهی عمومی

لاغوئی و همکاران: واکاوی تعیین گرهای فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی

جدول ۲. مقوله سواد سلامت و مفاهیم مرتبط با آن

مقوله محوری	خرده مقولات	مفاهیم	فراوانی مفاهیم	تعداد کل مفاهیم	درصد
سواد سلامت	سواد سلامت مردم	آگاهی پایین مردم از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت ^۱	۱	۲۶	۲۳/۴۲
		میزان کم اطلاعات عمومی مردم از سلامت	۱		
		لزوم توجه به آموزش عمومی	۶		
		ارائه اطلاعات درست به مردم در مورد بهداشت	۱		
		مراجعه به‌موقع به پزشک	۱		
		استفاده غیراستاندارد از خدمات پزشکی	۱		
		عدم شناخت درد	۱		
		لزوم توجه به آگاهی خانوادگی	۳		
		آموزش سبک زندگی صحیح	۱		
		لزوم ارائه آموزش‌های هدفدار	۱		
		لزوم توجه به آموزش و پرورش	۱		
		ارتقای سواد سلامت جامعه	۱		
		عدم فرهنگ استفاده از دوچرخه در بین مردم	۱		
		ضرورت ارتقای سواد سلامت مادر	۱		
		آگاهی پایین افراد	۲		
		کمبود اطلاعات	۱		
		لزوم ارتقای آگاهی عمومی حاشیه‌نشین‌ها	۱		
ناقص بودن اطلاعات	۱				
سواد سلامت مدیران	سواد ارتقای	شناخت مدیران ارشد از سلامت	۱	۲	۱/۸۰
		شناخت اولویت‌های سلامت	۱		
				تعداد کل	۲۵/۲۲
					۲۸

^۱ شاخص‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در پژوهش حاضر عبارت‌اند از: دسترسی به منابع برای ارضای نیازها، دسترسی به فرصت‌های آموزشی، اقتصادی و شغلی، دسترسی به خدمات مراقبت سلامتی، حمل‌ونقل آسان، امنیت عمومی، حمایت اجتماعی، دسترسی به رسانه‌های عمومی و تکنولوژی‌های نوظهور.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که فرهنگ عدم
مراجعه به پزشک در قدیم، باورهای غلط و
ناصحیح، فرهنگ خوددرمانی در قدیم و به یک
معنا، تصورات قالبی پزشکی یکی از تعیین گر
فرهنگی مهم سلامت شهروندان استان آذربایجان
شرقی می‌باشد که ۳/۶۰ درصد مفاهیم را به خود
اختصاص داده است.

جدول ۳. مقوله سبک زندگی ورزشی و مفاهیم مرتبط با آن

خرده مقولات	مفاهیم	فراوانی مفاهیم	تعداد کل مفاهیم	درصد
سبک زندگی ورزشی	بی تحرکی	۴	۲۴	۲۱/۶۲
	بلد نبودن ورزش	۱		
	لزوم توجه به سبک زندگی ورزشی	۹		
	اصلاح فرهنگ حاکم بر خانواده‌ها از بعد تحرک	۱		
	توجه به تناسب‌اندام	۱		
	اوقات فراغت و سرگرمی	۱		
	ورزش کردن	۳		

جدول ۴. مقوله تصورات قالبی پزشکی و مفاهیم مرتبط با آن

مقوله	مفاهیم	فراوانی مفاهیم	تعداد کل مفاهیم	درصد
تصورات قالبی پزشکی	سرایت فرهنگ عدم مراجعه به پزشک در قدیم	۱	۴	۳/۶۰
	رواج باورهای غلط و ناصحیح در مورد داروها	۲		
	سرایت فرهنگ خوددرمانی در قدیم	۱		

جدول ۵. مقوله تمایزطلبی و مفاهیم مرتبط با آن

مقوله	مفاهیم	فراوانی مفاهیم	تعداد کل مفاهیم	درصد
تمایزطلبی	نیاز به برتری‌طلبی	۱	۲	۱/۸۰
	نیاز به تک بودن	۱		

لاغوثی و همکاران: واکاوی تعیین گرهای فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی

تحقیق در یافته‌های مصاحبه نشان داد که رسانه‌های دیداری و شنیداری، تبلیغات رسانه‌ای، رسانه‌های مجازی، برنامه‌های پخش شده از سوی رسانه‌ها، تأثیر منفی برنامه‌ها بر سلامت روان، کم‌کاری رسانه‌ها و در مجموع، فشار پنهان رسانه‌ای بر سلامت عمومی شهروندان تأثیر دارد. از مجموع مفاهیم مطرح شده، ۸/۱۰ درصد مفاهیم به مقوله فشار پنهان رسانه‌ای (به‌عنوان یکی از تعیین گرهای فرهنگی سلامت) مربوط می‌شود.

از منظر مطلعین کلیدی، تمایزطلبی بر سلامتی شهروندان استان آذربایجان شرقی تأثیر دارد. طبق یافته‌های تحقیق، نیاز به برتری‌طلبی و نیاز به تک بودن در میادین مختلف، بر رفتارهای سلامت‌محور عاملان اجتماعی تأثیر می‌گذارد. بر طبق گزارش ۲۰۱۳ پروژه زندگی آمریکایی، بیش از ۷۰ درصد از کاربران اینترنت به جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی به صورت آنلاین پرداخته‌اند. افراد بسیاری به وبسایت‌های مختلف رسانه‌های اجتماعی مراجعه می‌کنند تا اطلاعاتی را در مورد سلامتی به دست بیاورند و تجارب خود را از بیماری‌ها به اشتراک می‌گذارند و با پزشکان در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارتباط برقرار می‌کنند (ژو و همکاران، ۲۰۱۸:۱۴۰).

جدول ۶. مقوله فشار پنهان رسانه‌ای و مفاهیم مرتبط با آن

مقوله	مفاهیم	فراوانی	تعداد کل	درصد
		مفاهیم	مفاهیم	
فشار پنهان	تلگرام	۱	۹	۸/۱۰
رسانه‌ای	توجه کیفی کمتر به سلامت در تلویزیون	۱		
	نقش رسانه‌های دیداری و شنیداری در سلامت عمومی	۱		
	نقش تبلیغات رسانه‌ای در سلامت مردم	۱		
	نقش رسانه‌های مجازی در سلامت مردم	۲		
	محتوی برنامه‌های پخش شده از سوی رسانه‌ها	۱		
	تأثیر منفی برنامه‌های تلویزیونی بر سلامت روان	۱		
	کم‌کاری رسانه‌ها در حوزه سلامت	۱		

براساس دیدگاه‌های مطلعان کلیدی، اصلاح الگوی مصرف از دیگر تعیین گرهای فرهنگی سلامت شهروندان استان آذربایجان شرقی می‌باشد که از کل مفاهیم، ۱/۸۰ درصد به این مقوله مربوط می‌شود.

پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد که اصلاح سبک زندگی در سلامتی انسان تأثیر دارد. در مطالعه‌ای گری^۱ (۲۰۱۷) به این نتیجه می‌رسد که رفتارهای سبک زندگی در پیشگیری از بیماری دیابت و پیامدهای آن برای جوانی و بزرگسالی تأثیر زیادی دارد (گری^۲، ۲۰۱۷:۱).

جدول ۷. مقوله اصلاح الگوی مصرف^۱ و مفاهیم مرتبط با آن

خرده مقولات	مفاهیم	فراوانی مفاهیم	تعداد کل	درصد
اصلاح الگوی مصرف (در حوزه تغذیه)	اصلاح الگوی مصرف در حوزه تغذیه	۱	۲	۱/۸۰
	اصلاح سبک زندگی غذایی	۱		

^۱. منظور مصاحبه‌شوندگان اصلاح الگوی مصرف غذایی می‌باشد.

تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. مشارکت‌کنندگان تصریح کرده‌اند که با کم‌رنگ شدن معنویت و تفکر مادی‌گرایی، نمره سلامت شهروندان کاهش می‌یابد.

تحلیل ساختاری و اولویت‌بندی تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت با استفاده از نرم‌افزار mic:mac

نتایج تحلیل ساختاری یافته‌های مصاحبه نشان داد که به ترتیب، تعیین گرهای فرهنگی سلامت به شرح زیر می‌باشد.

۱. سواد سلامت (رتبه ۱) اصلاح الگوی مصرف (رتبه ۲) فرهنگ تغذیه نامناسب (رتبه ۳).

۲. سبک زندگی ورزشی (رتبه ۴) تصورات قالبی پزشکی (رتبه ۵).

مشارکت‌کنندگان خاطر نشان کرده‌اند که حرکت به سمت بار روانی و اجتماعی بیماری‌ها، توجه به بیماری‌های روانی، اولویت دادن به بیماری‌های قلبی و عروقی و اولویت‌بندی خدمات می‌تواند تعیین گر فرهنگی مهمی در بهبود شاخص‌های سلامت باشد. در واقع، پرداخت به بیماری‌ها بر اساس درجه شمولیت، نقش کلیدی در وضعیت سلامتی شهروندان دارد که ۳/۶۰ درصد مفاهیم استخراج‌شده به این مقوله تعلق دارد.

کدگذاری یافته‌های مصاحبه نشان داد که تقدم ارزش‌های مادی‌گرایانه بر غیرمادی‌گرایانه، رفتارهای سلامت‌محور شهروندان را

لاغوثی و همکاران: واکاوی تعیین گرهای فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی

۳. فشار پنهان رسانه‌ای (رتبه ۶) تقدم
 ارزش‌های مادی‌گرایانه بر
 غیرمادی‌گرایانه (رتبه ۷).
 ۴. تضادهای فرهنگی (رتبه ۸) تمایزطلبی
 پرداخت به بیماری‌ها بر اساس
 درجه شمولیت (رتبه ۱۰).

جدول ۸. مقوله‌ی پرداخت به بیماری‌ها بر اساس درجه شمولیت و مفاهیم مرتبط با آن

مقوله	مفاهیم	فراوانی	تعداد کل	درصد
پرداخت به بیماری‌ها	لزوم حرکت به سمت بار روانی و اجتماعی بیماری‌ها	۱	۴	۳/۶۰
	لزوم توجه به بیماری‌های روانی	۱		
	لزوم اولویت‌ها دادن به بیماری‌های قلبی و عروقی	۱		
	لزوم اولویت‌بندی خدمات درمانی و بهداشتی	۱		

جدول ۹. مقوله تقدم ارزش‌های مادی‌گرایانه بر غیرمادی‌گرایانه و مفاهیم مرتبط با آن

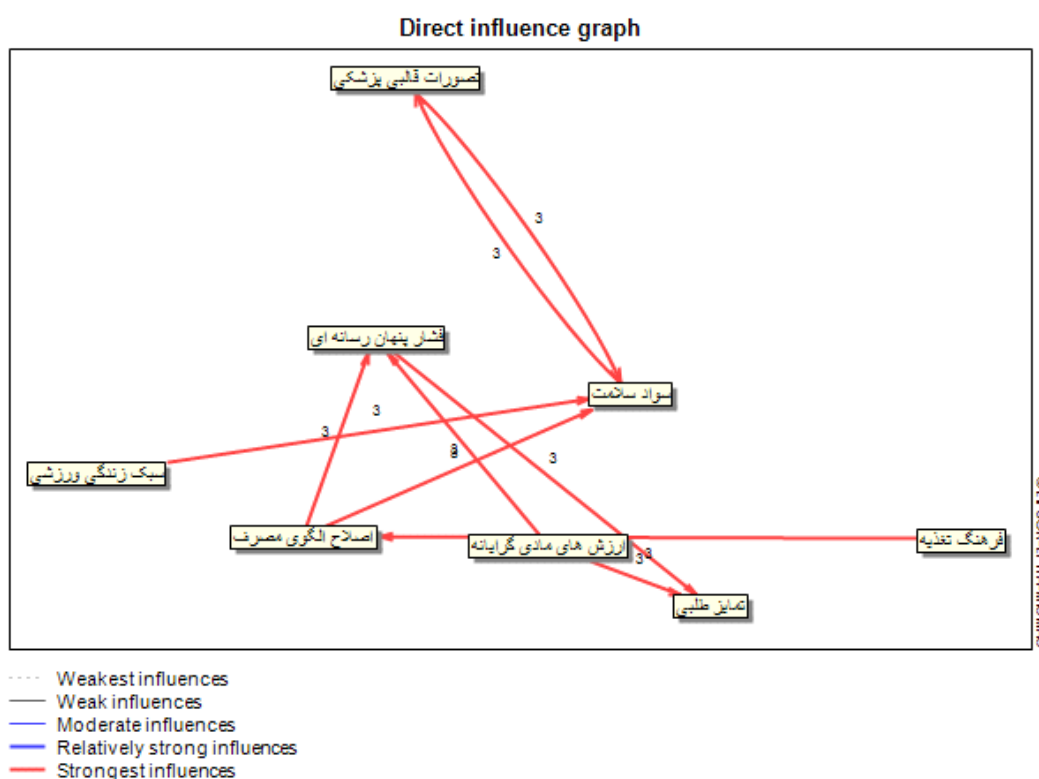
مقوله	مفاهیم	فراوانی مفاهیم	تعداد کل	درصد
تقدم ارزش‌های مادی‌گرایانه بر غیرمادی‌گرایانه	دین‌گریزی	۱	۳	۲/۷۰
	کم‌رنگ شدن معنویت	۱		
	رواج تفکر مادی‌گرایی	۱		

جدول ۱۰. لیست عوامل کلیدی تأثیرگذار (مستقیم)

رتبه	عامل‌ها	تأثیرگذاری مستقیم (در هزار)
۱	سواد سلامت	۱۱۲۴
۲	اصلاح الگوی مصرف	۱۱۲۴
۳	فرهنگ تغذیه نامناسب	۱۰۶۵
۴	سبک زندگی ورزشی	۱۰۶۵
۵	تصورات قالبی پزشکی	۱۰۶۵
۶	فشار پنهان رسانه‌ای	۱۰۶۵
۷	تقدم ارزش‌های مادی‌گرایانه بر غیرمادی‌گرایانه	۱۰۶۵
۸	تضادها فرهنگی	۸۸۷
۹	تمایزطلبی	۸۸۷
۱۰	پرداخت به بیماری‌ها بر اساس درجه شمولیت	۶۵۰

. Direct influence

طبق نتایج پژوهش، متغیرهای چون سواد سلامت، اصلاح الگوی مصرف و فرهنگ تغذیه‌ای استان آذربایجان شرقی می‌باشد. نامناسب سه تعیین گر فرهنگی مهم سلامت در



شکل ۲. تأثیرات مستقیم بین عوامل

نتیجه‌گیری و بحث

است. بر اساس مطالعه‌ای که در تهران انجام گرفت؛ نشان داده شد که الگوهای غذایی سالم نقش مهمی در کاهش عوامل خطر چاقی، فشارخون و افزایش کلسترول خون دارند. در نهایت، اینکه رژیم غذایی اغلب بزرگسالان تهرانی نیاز به اصلاح دارد (صفریان و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۲۷). این یافته با نتایج پژوهش الف) ال ناکب و همکاران (۲۰۱۵) که مطالعه‌ای را در ارتباط با سبک زندگی، عادات غذایی و سلامتی انجام داده بودند و ب) نتایج پژوهش آتونی و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اینکه سرپرستان خانوارهای با امنیت غذایی شدید ($b = 0.934$ ،

هدف پژوهش حاضر واکاوی تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت با رویکرد کیفی می‌باشد. یکی از مضمون‌های استخراج‌شده از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، عامل فرهنگ تغذیه‌ای نامناسب بوده است. تغذیه نقش مهمی را در حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها ایفا می‌کند. یک رژیم غذایی سالم می‌تواند خطر بیماری‌های پیشرونده مانند؛ انواع بیماری‌های قلبی- عروقی، سرطان‌ها و دیابت را کاهش دهد. ارتباط بین الگوهای غذایی و پیامدهای سلامتی و عوامل خطر شامل نمایه توده بدن، کلسترول سرم و فشارخون نیز در برخی از آنالیزها یافت شده

و فیلیپس (۲۰۱۸) و آدوسی آموه (۲۰۱۸) همسو با یافته‌های پژوهش حاضر بوده است. یکی دیگر از تعیین‌کننده‌های فرهنگی سلامت که مطلعین کلیدی پژوهش حاضر بر آن تأکید داشتند؛ سبک زندگی ورزشی می‌باشد. در این ارتباط کاکرام تصریح کرده است که سبک زندگی سالم، الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که افراد برحسب شرایط اجتماعی و زیستی‌شان در دسترس دارند که می‌تواند نتایج مثبت یا منفی زیادی برای افراد داشته باشد. از این منظر، سبک زندگی سالم تضمین‌کننده سلامت افراد می‌باشد. همسو با رویکرد، رویکرد موسسه ملی بهداشت در گزارشی بیان داشته است، اگر امکان بسته‌بندی کردن ورزش در داخل قرص وجود داشت، پر تجویزترین و مفیدترین دارو در کشور به شمار می‌رفت (میرزایی و همکاران، ۱۳۷۶: ۳۰۰). در ارتباط با بیماری‌های قلبی، به نظر رسنیک^۲ از میان درمان‌های غیر دارویی، آسان‌ترین و قابل فهم‌ترین آن‌ها برای بیمار اجرای منظم برنامه‌های ورزشی است (علیزاده اقدم و قاسم‌زاده، ۱۳۹۶: ۵).

تصورات قالبی پزشکی هم یکی از تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت بود که مطلعین کلیدی بر آن صحنه می‌گذاشتند. از دیدگاه لپمن، تصورات قالبی الزاماً مبتنی بر تجربه نیستند و بیشتر باید به‌عنوان پدیده‌ای شناخته شوند که از فرآیندهای شخصیتی ناشی می‌شوند. استعاره مشهور او درباره تصورات قالبی، یعنی تصاویری که در ذهن داریم، توجه ما را به تفاوت اساسی

($p < 0.001$) و متوسط ($b = 0.759$, $p < 0.001$)، اختلال روانی بالا را در مقایسه با خانواده‌های با امنیت غذایی مناسب تجربه می‌نماید؛ همخوان می‌باشد. یکی از عواملی که مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر به آن تأکید داشته‌اند و براساس اولویت‌بندی تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت هم که دارای اولویت بالاتری هست؛ سواد سلامت می‌باشد. مفهوم یادشده میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم‌گیری متناسب لازم است. سواد سلامتی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی به‌کارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سال‌های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی‌گردد. سواد سلامت حاصل تشریک مساعی عوامل اجتماعی و فردی بوده و به نگرانی‌ها و ابعاد سلامت در زمینه سلامتی است. ظرفیت هم به پتانسیل ذاتی فرد برمی‌گردد و هم به مهارت‌های او. ظرفیت سواد سلامتی یک فرد با آموزش تعدیل می‌شود و کفایت آن تحت تأثیر فرهنگ، زبان و مشخصات موقعیت‌های مرتبط با سلامتی است (طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶: ۲). در ای ارتباط تامپسون (۲۰۰۶)، خاطر نشان کرده که زمینه اصلی برای نیل به سلامت روانی، خودآگاهی^۱ است. این خودآگاهی مستلزم رها شدن از پیش‌داوری‌ها و کلیشه‌هایی است که منافع رسیدن به کمال روانشناختی می‌گردد. محتوای تئوری فوق و نتایج پژوهش آدوسی آموه

میان تصاویر ذهنی و واقعیتی که ما به آن ارجاع می‌دهیم، جلب می‌کند. در این تعبیر، تصورات قالبی بیش از آنکه برآمده از واقعیت‌های عینی و منتج از آن تلقی شود، تصاویری دانسته می‌شود که در ذهن ما نقش بسته است و دیدگاه‌های ما را از جهان اجتماعی شکل می‌دهد. این تصاویر نشانه‌هایی را بازنمایی می‌کند که ما به‌عنوان خصیصه‌های گروه‌های اجتماعی و اعضای آن‌ها تلقی می‌کنیم؛ بنابراین، هنگامی که ما درباره آن گروه فکر می‌کنیم، آن خصیصه‌ها ناخودآگاه به ذهن ما خطور می‌کند (نظری، ۱۳۹۱: ۱۴). در رابطه با مضمون محوری تصورات قالبی پزشکی، مشارکت‌کنندگان به سرایت فرهنگ عدم مراجعه به پزشک در قدیم، رواج باورهای نادرست و فرهنگ خوددرمانی در قدیم اشاره می‌کردند.

یکی دیگر از تعیین‌گرهای فرهنگی سلامت از نظر مطلعین کلیدی فشار پنهان رسانه‌ای می‌باشد. دنیای امروز با پیشرفت‌هایی که در زمینه رسانه‌های اجتماعی داشته است، در بسیاری از موارد سبک زندگی خاصی را به مردم تحمیل کرده است و حوزه‌های سلامت هم از این امر مستثنا نبوده و می‌توان گفت که خیلی هم تأثیر پذیرفته است. رسانه‌های اجتماعی از یک‌سو دارای تنوع و انواع زیادی هست و از سوی دیگر بیشترین تأثیرگذاری را با توجه دامنه گسترده مخاطبان و کاربرانش دارد و همین موضوع تعیین‌کنندگی فشار رسانه‌ای را در مسائل مختلف تصدیق می‌کند.

یکی دیگر از مضمون‌هایی که مشارکت‌کنندگان آن را از تعیین‌گرهای فرهنگی

سلامت در آذربایجان شرقی اشاره کرده‌اند، اصلاح الگوی مصرف می‌باشد. واقعیت این است که در دنیای معاصر، الگوهای مصرف دستخوش تحولات بیشتر شده است به‌نحوی که سبک زندگی افراد بخصوص در دهه اخیر تغییرات چشمگیری داشته است. بخش بزرگی از این تغییرات سبک زندگی مربوط به ورزش، تغذیه سالم، مصرف سبزیجات و میوه‌ها مربوط می‌شود. تقدم ارزش‌های مادی‌گرایانه بر غیرمادی‌گرایانه یکی از مضامینی است که مطلعین کلیدی آن را از موانع سلامت دانسته‌اند. مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر در ذیل این مفهوم محوری به کم‌رنگ شدن معنویت، دین‌گریزی و تسلط تفکر مادی‌گرایی اشاره کردند و این یافته با تئوری اینگلهارت در حوزه دگرگونی‌های ارزش‌ها همخوان می‌باشد. چراکه طبق این رویکرد با صنعتی شدن، ارزش‌های مادی‌گرایانه، کنش‌های انسان‌ها را متأثر ساخته و رفتار سلامت‌محور هم مستثنی از این قاعده نیست؛ بنابراین، بر اساس یافته‌های تحقیق پیشنهاد کاربردی زیر ارائه می‌شود:

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سواد سلامت تعیین‌کننده فرهنگی مهم سلامت می‌باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود؛ از طریق برگزاری نشست‌ها، کنفرانس‌ها و... دانش و آگاهی شهروندان از تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت ارتقا داده شود. در راستای افزایش سواد سلامت و بهبود نمره سلامت شهروندان، از طریق آموزش‌های چهره به چهره و هدفدار، سواد سلامت مادران، مدیران ارشد و میانی در

بین طبقات بالا نیز الگوهای تغذیه‌ای مناسب، جهت کاهش پرخوری و بدخوری با استفاده از متخصصین این حوزه در فضای مجازی و واقعی آموزش داده شود.

سپاسگزاری

از کلیه اساتید جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، جمعیت‌شناسی و اقتصاد دانشگاه تبریز و اساتید رشته‌های پزشکی اجتماعی، پزشکی عمومی، بهداشت و تغذیه، مدیریت سلامت، سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی، کارشناسان ارشد دستگاه‌های اجرایی خصوصاً شورای شهر تبریز و مسئولان ارشد مرکز بهداشت استان که در این تحقیق مشارکت داشتند تشکر می‌شود.

سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی افزایش یابد. بهتر است در مناطق حاشیه‌نشین استان آذربایجان شرقی، دوره‌های آموزشی توانمندسازی زنان حاشیه‌نشین و روش‌های پیشگیری از بیماری‌های واگیر با مشارکت دولت و بخش خصوصی به صورت منظم برگزار گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در راستای ترویج سبک زندگی ورزشی، فرهنگ استفاده از دوچرخه از دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی به مردم آموزش داده شود. پیشنهاد می‌شود در راستای ترویج فرهنگ تغذیه‌ای مناسب، از طریق برنامه‌های تلویزیونی و شبکه‌های اجتماعی الگوهای تغذیه‌ای سالم و استاندارد به مادران باردار در دوران بارداری معرفی گردد. در سطح استان آذربایجان شرقی، با استفاده از ظرفیت‌های رسانه‌های جمعی و نشریات و... مردم به استفاده کم از سرخ‌کردنی‌ها در وعده‌های غذایی ترغیب شوند. بهتر است در

منابع

دبیری نسب، گ. (۱۳۹۰). «بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی و رضایت جنسی زنان نابارور و بارور در شهرستان شیراز». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

زارع شاه‌آبادی، ا و ترکان، ر. (۱۳۹۴). «بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی و نظام ارزشی جوانان (مطالعه‌ای درباره دانشجویان دانشگاه یزد)». مجله‌ی مطالعات اجتماعی ایران، ۹ (۱)، ۱۰۳-۱۲۷.

اسماعیلی، ر و امیدی، م. (۱۳۹۱). «بررسی تجربه حاشیه‌نشینی از دیدگاه حاشیه‌نشینان: یک مطالعه پدیدارشناسانه». فصلنامه مطالعات شهری، ۲(۳)، ۱۷۹-۲۰۸.

پارسامهر، م و رسولی‌نژاد، س.پ. (۱۳۹۴). «بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش». فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، ۱۰ (۱)، ۶۶-۳۵.

- سلطانی، ر؛ کافی، س. م و کارشکنی، ح. (۱۳۸۹). «بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان». *مجله علوم پزشکی گیلان*، ۲۵.
- طهرانی بنی‌هاشمی، س.آ؛ امیرخانی، م.ا؛ حق‌دوست، ع.ا؛ علویان، س.م؛ اصغری فرد، ه؛ بردران، ح و برغمندی، م. (۱۳۸۶). «سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن، گام‌های توسعه در آموزش پزشکی». *مجله مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش پزشکی*، ۴ (۱)، ۹-۱.
- عباس‌زاده، م؛ علیزاده اقدم، م. ب. کوهی، ک و بوداقی، ع. (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر دانش‌آفرینی سازمانی بر ظرفیت انطباق‌پذیری سازمانی (مورد مطالعه: کارمندان دانشگاه تبریز)». *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۴ (۳)، ۴۳۱-۴۵۴.
- عبدی، ف؛ عطاردی کاشانی، ز؛ میر میران، پ و استکی، ت. (۱۳۹۴). «بررسی و مقایسه‌ی الگوی مصرف غذایی در ایران و جهان: یک مقاله‌ی مروری». *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۵، ۱۵۹-۱۶۷.
- علیزاده اقدم، م.ب و قاسم‌زاده، د. (۱۳۹۶). «بررسی نقش اشکال سرمایه‌ها (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) بر سبک زندگی ورزشی». *اولین کنفرانس بین‌المللی توسعه و ترویج علوم انسانی در جامعه*.
- قاسمی، و؛ ربانی، ر؛ ربانی خوارسگانی، ع و علیزاده اقدم، م. ب. (۱۳۸۷). «تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور». *مسائل اجتماعی ایران*، ۱۶ (۶۳)، ۱۸۲-۲۱۳.
- میرزایی، م. (۱۳۸۰). «انتقال مرگ‌ومیر، اختلال در سلامتی و برنامه‌ریزی بهداشتی». *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۹ (۱۸)، ۲۶۹-۲۸۸.
- نظری، ع.ا. (۱۳۹۱). «شخصیت قدرت‌طلب و تأثیر آن بر شکل‌گیری پیش‌داروی و تصورات قالبی مطالعه‌ی موردی: دانشجویان دانشگاه تهران». *فصلنامه مطالعات سیاسی*، ۴ (۱۴)، ۱-۲۴.
- Atuoye, K. N., & Luginaah, I. (2017). Food as a social determinant of mental health among household heads in the Upper West Region of Ghana. *Social science & medicine*, 180, 170-180.
- Grey, M. (2017). Lifestyle determinants of health: Isn't it all about genetics and environment?. *Nursing Outlook*, 65(5), 501-505.
- Hajduchová, H., & Urban, D. (2014). Social determinants of health in the Romani population. *Kontakt*, 16(1), e39-e43.
- Harpin, S. B., Druck, J., Schroeder, A., Favaro, C. W., McLean, R., Wiler, J., ... & Capp, R. (2016). Transforming health care education to address social determinants of health: The 2014 hot spotters student program. *Journal of*

- Interprofessional Education & Practice*, 5, 33-36.
- Lee, S. (2018). Social capital and health at the country level. *The Social Science Journal*, 55(1), 37-51.
- Levesque, A., & Li, H. Z. (2014). The relationship between culture, health conceptions, and health practices: A qualitative-quantitative approach. *Journal of cross-cultural psychology*, 45(4), 628-645.
- Moore, A. R., Prybutok, V., Ta, A., & Amey, F. (2018). Personal social networks and health among aging adults in Agincourt, South Africa: A multidimensional approach. *Social Networks*, 55, 142-148.
- Singer, M. K., Dressler, W., George, S., Baquet, C. R., Bell, R. A., Burhansstipanov, L., ... & Gravlee, C. C. (2016). Culture: The missing link in health research. *Social science & medicine*, 170, 237-246.
- Vaughn, L. M., Jacquez, F., & Bakar, R. C. (2009). Cultural health attributions, beliefs, and practices: Effects on healthcare and medical education. *The Open Medical Education Journal*, 2(1).
- Verhagen, H., & van Loveren, H. (2016). Status of nutrition and health claims in Europe by mid 2015. *Trends in Food Science & Technology*, 56, 39-45.
- Way, K., Kannis-Dymand, L., Lastella, M., & Lovell, G. P. (2018). Mental health practitioners' reported barriers to prescription of exercise for mental health consumers. *Mental Health and Physical Activity*, 14, 52-60.
- Zhou, L., Zhang, D., Yang, C. C., & Wang, Y. (2018). Harnessing social media for health information management. *Electronic commerce research and applications*, 27, 139-151.
- Adusei, A., Padmore, P., David, R. (2018). Health literacy and Health: rethinking the strategies for universal health coverage in Ghana. *Public health*, 159, 40-49.
- Al-Nakeeb, Y., Lyons, M., Dodd, L. J., & Al-Nuaim, A. (2015). An investigation into the lifestyle, health habits and risk factors of young adults. *International journal of environmental research and public health*, 12(4), 4380-4394.
- Amoah, P. A. (2018). Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana. *SSM-population health*, 4, 263-270.
- Rashed, T. G., Galal, M. (2015). Culture and Health: A study in Medical Anthropology of Kenya. *The 30 th International Annual Conference The Institute of African Research and Studies Human Security in Africa*.
- Rosen, I. (2015). The impact of culture on health, Bachelors Thesis, Sodertorn University, School of Natural Science. *Technology and Environmental Studies*.
- Simpson, V. (2015). Models and theories to support health behavior intervention and program planning. *Health and Human sciences*, 1-5.
- Szaflarski, M. (2014). Social determinants of health in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 41, 283-289.