

تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور

وحید قاسمی *

رسول ربانی **

علی ربانی خوراسگانی ***

محمدباقر علیزاده اقدام ****

چکیده

در دو یا سه دهه گذشته، مفهوم سبک زندگی به طور عام و سبک زندگی سلامت‌محور به‌طور خاص، توجه بسیاری از متفکران اجتماعی، پژوهش‌گران سلامت و جامعه‌شناسان پزشکی را به خود جلب کرده است. در یک نگاه دقیق، سبک زندگی سلامت‌محور به عنوان پدیده‌ای چند علتی، چند بعدی و چند دلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که به مسایل تهدیدکننده سلامت افراد می‌پردازد تا از این طریق بتواند تضمین‌کننده سلامت ایشان باشد. نگاهی دقیق به ادبیات موضوع نشان می‌دهد که برخی پژوهش‌گران در پی تبیین الگوهای رفتاری سلامت هستند؛ در حالی که بعضی دیگر در پی تبیین آن با تعیین‌کننده‌هایی چون انتخاب‌های فردی برآمده‌اند. این انتخاب‌ها در یک خلأ اجتماعی، سیاسی و فرهنگی صورت نمی‌گیرد و انواع تعیین‌کننده‌های زمینه‌ای چون جنس، طبقه، وضعیت تاهل و اشتغال بر آن تأثیر گذارند. با اتخاذ رویکردی مشابه و با اتکا به پیشینه جامعه‌شناسی پزشکی، این مقاله در پی مطالعه پیمایشی سبک زندگی سلامت‌محور و تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای و زمینه‌ای آن در میان شهروندان بالای ۱۵ سال تبریز است. یافته‌های این تحقیق نشان

* استادیار علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان

** دانشیار علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان

*** استادیار علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان

**** دانشجوی دکتری دانشگاه اصفهان aghdam1351@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۷

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۱۵

مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۶، شماره ۶۳، زمستان ۱۳۸۷

می‌دهد که سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان برحسب جنسیت، سن و وضعیت تأهل آنها متفاوت است و اشکال متفاوت سرمایه انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان رابطه معنی‌داری دارد.

کلیدواژه‌ها: سبک زندگی سلامت‌محور، سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، رفتارهای مرتبط با سلامت، جامعه‌شناسی پزشکی.

۱. مقدمه

اخیراً مطالعات جامعه‌شناختی مربوط به سبک زندگی سلامت‌محور توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، از جمله جامعه‌شناسان پزشکی را به خود جلب کرده است. نگاهی دقیق به آثار و پیشینه این مفهوم نشان می‌دهد که جامعه‌شناسانی چون ماکس وبر، گیدنز، بوردیو و کاکرام به این موضوع پرداخته‌اند. سبک زندگی، بسیاری از رفتارهای سلامتی و بیماری را تبیین می‌کند. بلوغ سبک زندگی سلامت‌محور را راهنمایی برای جلوگیری از مشکلات بهداشتی و تضمین‌کننده حد اعلای سلامتی برای فرد می‌داند و در این زمینه به رژیم غذایی و ورزش اشاره می‌کند (دیوین و لپیستو، ۲۰۰۷: ۲).

با توجه به این که در جامعه جهانی، بررسی رفتارهای افراد جامعه، به ویژه رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی آنان، امری ضروری است؛ ولی این امر در جامعه ما مغفول مانده است. به رغم اثبات ارتباط سلامتی و بیولوژی با عوامل اقتصادی و اجتماعی، سازوکار این ارتباط به خوبی روشن نیست و نظریات مختلفی در این زمینه ارائه شده است. هامبورگ و همکارانش برآورد کرده‌اند که ممکن است حدود ۵۰ درصد مرگ‌های نابهنگام در کشورهای غربی ناشی از سبک زندگی باشد (کورتیس، ۱۳۸۵: ۱۰۸). بر اساس یافته‌های بنت و مورفی به‌طور متوسط، افراد سیگاری تا پنج سال و افراد بی‌تحرک (یعنی غیرفعال) دو تا سه سال امید به زندگی خود را کاهش می‌دهند (کورتیس، همان).

چنان‌چه در گذشته عامل بسیاری از بیماری‌ها و به تبع آن مرگ و میرها، عفونت بوده است، در اواخر قرن نوزدهم با تغییراتی که در سبک زندگی افراد (تغذیه و بهداشت فردی) اتفاق افتاد، این نوع بیماری‌ها کاهش یافته و جای خود را به بیماری‌های مزمن داده است، که نمی‌توان از طریق دارو درمان کرد. بیماری‌های مزمن اغلب برحسب شرایط زندگی ناسالم ایجاد شده‌اند (کاکرام، ۲۰۰۰: ۱۵۹). این بیماری‌ها را می‌توان از طریق تغییر در سبک زندگی کاهش داد. به عنوان مثال در دهه گذشته، امراض مهلک عمده در آمریکا، بیماری قلبی (تقریباً ۳۸ درصد مرگ‌ها)، سرطان (۱۸ درصد) و سکته (۱۱ درصد) بود. این سه بیماری مهلک کنونی مثل بیماری‌های دیگری از قبیل دیابت و التهاب کبد، شباهتی به بیماری‌های مسری ندارند و به سبب میکروب بیماری‌زای مشخصی - مثل باکتری و ویروس - ایجاد نمی‌شوند، بلکه طبیعتاً چند عاملی‌اند؛ یعنی ریشه در عوامل بسیاری نظیر وراثت و رفتار و سبک زندگی افراد دارند و بیماری مزمن شناخته می‌شوند. چنان‌چه دیماتو عوامل خطرزای رفتاری شناخته شده برای بیماری‌های قلبی، سرطانی و سکته را در جدول ۱ مشخص کرده است، اغلب این رفتارها بر سبک زندگی افراد دلالت دارد (دیماتو، ۱۳۷۸: ۸۹).

جدول ۱. عوامل خطرزای رفتاری شناخته شده برای بیماری‌های قلبی، سرطان و سکته

بیماری قلبی	سرطان	سکته
استعمال دخانیات، فشارهای عاطفی، فشار خون مهار نشده، چاقی، سبک زندگی بی تحرک، دیابت مهار نشده، کلسترول بالا	استعمال دخانیات، قرار گرفتن در معرض عوامل سرطان‌زای محیط، برنامه غذایی پرچربی، قرار گرفتن در معرض تشعشع، قرار گرفتن در معرض نور آفتاب، اجتناب از اقدام به معاینه	استعمال دخانیات، فشار خون مهار نشده، چاقی

با تغییر علل مرگ و میر از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن، توجه مراقبان بهداشتی به سرچشمه این بیماری‌ها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان‌ها معطوف گشته است. عواملی مانند استعمال سیگار، الگوی تغذیه نامناسب، نداشتن فعالیت جسمی، صدمه دیدن و غیره از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر بوده‌اند.

با الهام از این سنت فکری، این مقاله با استفاده از مطالعه تجربی، به دنبال بررسی سبک زندگی سلامت‌محور و بعضی از عوامل مؤثر بر آن است. اگر بتوان الگوهای سبک زندگی را بر اساس گروه‌بندی‌های اجتماعی تبیین، و توزیع آن‌ها را شناسایی کرد، می‌توان سیاست‌هایی برای ارتقای سلامت در پیش گرفت.

۲. پیشینه نظری و تجربی

ماکس وبر بیش از هر جامعه‌شناس کلاسیک وارد بحث‌های مربوط به سبک زندگی شده است. به نظر وبر سلوک زندگی و فرصت‌های زندگی، دو مؤلفه اساسی سبک زندگی است. سلوک زندگی^۱ به انتخاب‌هایی اشاره دارد که افراد در گزینش سبک زندگی‌شان دارند (کاکرام، ۲۰۰۰: ۱۶۱). وبر فرصت‌های زندگی را به عنوان مطلق فرصت مورد توجه قرار نمی‌دهد. بلکه آن‌ها را فرصت‌هایی می‌داند که افراد به دلیل موقعیت اجتماعی‌شان از آن‌ها برخوردار می‌شوند (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۶۶).

مهم‌ترین سهم وبر از مفهوم‌سازی سبک زندگی، تقابل دیالکتیک بین "انتخاب‌ها" و "فرصت‌ها" است. به طوری که اگر هر یک از این‌ها دیگری را از بین ببرد، می‌تواند در نتیجه سبک زندگی مؤثر باشد. این بدین معنا است که افراد سبک زندگی خود را انتخاب می‌کنند و فعالیت‌هایی را که مشخصه آن است انجام می‌دهند. اما انتخاب‌های آن‌ها به وسیله موقعیت اجتماعی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد (کاکرام و دیگران، ۱۹۹۷: ۳۲۴). به نظر وبر سبک‌های زندگی سلامت‌محور، الگوهای جمعی از رفتار

^۱ Life Conduct

مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخاب‌هایی که طبق فرصت‌های زندگی در دسترس مردم است، متکی هستند. این فرصت‌ها عبارت‌اند از: طبقه، سن، جنس، قومیت و دیگر متغیرهای ساختاری مناسب که انتخاب‌های سبک زندگی را شکل می‌دهند. این انتخاب‌ها برای نمونه شامل تصمیم در مورد سیگار کشیدن، مصرف الکل، رژیم غذایی، ورزش و اموری مشابه این‌ها هستند. رفتارهای منتج از کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌ها می‌توانند نتایج بهداشتی مثبت و یا منفی داشته باشند (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۶۷).

به نظر‌گیدنز نیز جهت‌گیری جامعه‌شناسی معاصر به سمت پذیرش اهمیت رو به افزایش حوزه مصرف و فعالیت‌های سبک زندگی در شکل دادن به هویت شخصی و جمعی است (رحمت‌آبادی و آقابخشی، ۱۳۸۵: ۲۳۸). آنتونی‌گیدنز در مورد مدرنیته و وضعیت زندگی اجتماعی حاصل از انقلاب صنعتی صحبت می‌کند که سبک‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر وی مدرنیته احتمال خطر را در بعضی از حوزه‌ها و سبک‌های زندگی کاهش می‌دهد (مثل پیشرفت علم پزشکی و تکنولوژی‌های بهداشتی و از بین رفتن بیماری‌های عفونی واگیردار)؛ ولی در عین حال پارامترهای خطر آفرین نوین و کاملاً ناشناخته‌ای را نیز به همان حوزه‌ها وارد می‌کند (بیماری‌های مزمن و غیر واگیردار، ایدز، اعتیاد، سگته و سرطان). این پارامترها خطرهای احتمالی بدفرجامی را نیز در بر دارند. دنیای متجدد کنونی آکنده از تهدیدها و خطرات هول‌انگیز است، نه به دلیل آن‌که به طرزی اجتناب‌ناپذیر به سوی مصیبت و فاجعه پیش می‌رود، بلکه بدان سبب که خطرهای احتمالی بی‌سابقه‌ای را وارد میدان می‌کند که نسل‌های پیشین به هیچ وجه با آن‌ها سروکار نداشتند (گیدنز، ۱۳۸۳: ۱۹). او توصیف می‌کند که مدرنیته به دلیل پویایی و تأثیر جهانی‌اش و درجه‌ای از عادات و آداب و رسوم سنتی از بین رفته، متفاوت‌تر از اشکال قبلی، یک حالت اجتماعی است.

در نتیجه مدرنیته، در نهایت به تنوعی از فرصت‌ها و انتخاب‌های زندگی ارتقا می‌یابد که در دیدگاه گیدنز هیچ فرهنگی چنین فرصت و انتخابی را در کل از بین نمی‌برد (کاکرام، ۲۰۰۰: ۱۶۳). با این وصف سنت یا عادات و رسوم جا افتاده، برحسب تعریف، زندگی را در محدوده شبکه‌هایی تقریباً از پیش تعیین شده به جریان می‌اندازند. مدرنیته، اما فرد را رو در روی تنوع غامضی از انتخاب‌های ممکن قرار می‌دهد و به دلیل آن که دارای کیفیت غیر شالوده‌ای است، چندان کمکی به فرد ارائه نمی‌دهد تا وی را در گزینش‌هایی که باید به عمل بیاورد یاری کند. این امر پیامدهای گوناگونی به دنبال دارد که یکی از این پیامدها به اهمیت یافتن سبک زندگی و اجتناب‌ناپذیر بودن آن برای فرد عامل مربوط می‌شود. البته سخن گفتن از کثرت انتخاب‌ها نباید به این پندار بینجامد که در همه انتخاب‌ها به روی همه افراد باز است، یا این که مردم همه تصمیم‌های مربوط به انتخاب‌های خویش را با آگاهی کامل از کلیه امکانات موجود اتخاذ می‌کنند. گزینش یا ایجاد سبک‌های زندگی تحت تأثیر فشار گروه‌ها و الگوهای رفتاری آن‌ها، و هم‌چنین زیر نفوذ اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی صورت می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۳: ۱۱۹). بدین ترتیب گیدنز از تأثیر منابع خارجی بر روی افراد و گزینه‌های سبک زندگی آن‌ها غفلت نمی‌کند و نقش و مسئولیت‌ها و فشارهای گروهی را تحت شرایط اجتماعی - اقتصادی مورد انتقاد قرار می‌دهد. پیام اصلی وی این است که سبک‌های زندگی نه تنها نیازهای ضروری را کامل می‌کنند، بلکه اطلاعاتی را در مورد هویت فرد از خود شکل می‌بخشند. لذا گیدنز وضعیتی را انتخاب می‌کند که در آن سبک‌های زندگی در بین محدودیت‌ها و فرصت‌های ارائه شده توسط موقعیت اجتماعی فرد بیان شده است و فرد مجبور به سازگار کردن خود با ساختار انعطاف‌پذیر سبک‌های زندگی و خود هویتی‌اش است.

این انعطاف‌پذیری در وضعیت تغییر حاصل از انقلاب و رشد اجتماعی، در مرحله بعدی مدرنیته گنجانیده شده است (کاکرام، ۲۰۰۰: ۱۶۳).

در کل می‌توان گفت که سبک زندگی فرد، انعکاسی از تجربیات زندگی، موقعیت، ارزش‌ها، نگرش‌ها و انتظارات او است. در جوامع سنتی، به ویژه در کشورهایی که فرهنگ جمع‌گرایی در آن‌ها غالب است، گزینه‌های مصرف افراد به شدت تحت تأثیر طبقه اجتماعی، خانواده و اطرافیان است. اما در جوامع مدرن، مصرف‌کنندگان در انتخاب کالاها، خدمات و فعالیت‌هایی که به واسطه آن خود را تعریف می‌کنند آزاد هستند. یک فرد با انتخاب مجموعه کالا و خدمات در واقع، ابراز می‌دارد که چه کسی است، چه ماهیتی دارد، به چه چیزی علاقه دارد و جزء کدام گروه از افراد شناخته و دسته‌بندی می‌شود (صمدی، ۱۳۸۲: ۱۴۵).

در حالی که وبر و گیدنز در ترجیح بین عاملیت و ساختار شک و تردید دارند، ولی پیر بوردیو ساختار را ترجیح می‌دهد. نظریه عمل بوردیو بر اساس مفهوم عادت‌واره^۱ و تعامل آن با مفهوم میدان، سعی در ارائه اصول مولد رفتار انسانی دارد. در نتیجه آشکار می‌گردد که موقعیت عامل در فضای اجتماعی، نقش عمده‌ای در تبیین رفتار تحت نظریه عمل بوردیو ایفا می‌کند (جمشیدی‌ها و پرستش، ۱۳۸۶: ۷). به نظر بوردیو موقعیت عامل در فضای اجتماعی بستگی به حجم و میزان سرمایه (سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی) او دارد؛ یعنی هر قدر سرمایه فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی موقعیت بالاتری خواهد داشت و این خود رفتار و سبک زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

^۱ Habitus

بورديو به دنبال ساختن الگویی نظری از عمل اجتماعی بوده است. یعنی کاری بیش از بدیهی پنداشتن آنچه مردم در زندگی روزانه خود انجام می‌دهند. اصل کار بورديو به این برمی‌گردد که عملکرد روزمره افراد چگونه به واسطه ساختار بیرونی دنیای اجتماعی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. او تأکید دارد که زندگی اجتماعی را نمی‌توان حاصل جمع ساده رفتارهای فردی تلقی کرد. این را هم نمی‌پذیرد که فقط بر اساس تصمیم‌گیری فردی یا چیزی که ساختارهای فرافردی تعیین می‌کنند می‌توان عمل را درک کرد. وی در این جا عادت‌واره را برای پل زدن میان این دو افراط استفاده می‌کند. عادت‌واره در قاموس بورديو به مجموعه‌ای از قابلیت‌ها اطلاق می‌شود که فرد در طول حیات خود آنها را درونی کرده و در حقیقت تبدیل به طبیعت ثانویه‌ای برای خویش می‌کند، به گونه‌ای که فرد بدون آن که لزوماً آگاه باشد بر اساس آنها عمل می‌کند و به این ترتیب خود بدل به عاملی می‌شود که نظام اجتماعی را در بخشی از آن باز تولید می‌نماید. عادت‌واره در نتیجه اشغال بلندمدت یک جایگاه در داخل جهان اجتماعی شکل می‌گیرد و متناسب با ماهیت جایگاه اجتماعی افراد در جهان اجتماعی تغییر می‌پذیرد (کاگرام، ۲۰۰۰: ۱۶۳).

بنابراین عادت‌واره مجموعه‌ای از خلق و خواهی فراهم آمده در شخصیت کنش‌گر است که نحوه مواجهه او با موقعیت‌های مختلف را جهت می‌دهد، به گونه‌ای که می‌توان آن را ناخودآگاه فرهنگی، قاعده الزامی هر انتخاب، اصل هماهنگ‌کننده اعمال و الگوی ذهنی و جسمی ادراک و ارزیابی و کنش نام‌گذاری کرد. به عبارتی، عادت‌واره ماتریس ادراکات، ارزیابی و اعمال است و مبین خصلت و رفتاری که در ذیل نوعی فضای اجتماعی معنی پیدا می‌کند (بورديو، ۲۰۰۲: ۱۸). در این جا باید بر جنبه اکتسابی عادت‌واره تأکید نمود زیرا عادت‌واره صرفاً مجموعه‌ای از انگیزه‌های روانی نیست بلکه محصول جامعه‌پذیری بلندمدت در شرایط اجتماعی خاص یا

موقعیت معین است (ریتزر، ۱۳۷۷: ۷۲۱). هم‌چنین کتاب بورديو تحت عنوان تمايز^۱ منع ارزشمندی در جامعه‌شناسی پزشکی به شمار می‌رود. اثر او تحلیلی است از عادت‌های غذایی و عادت‌های ورزشی که نشان می‌دهد چگونه ساختارهای ذهنی (عادت‌ها) حول یک طبقه، جنبه‌های ویژه‌ای از سبک زندگی سلامت‌محور را به نمایش می‌گذارد.

بورديو نیز همانند گیدنز نظرش بر این است که با این که افراد سبک‌های زندگی خود را خود انتخاب می‌کنند، اما در اجرای این سبک‌ها آزادی کامل ندارند. آن‌ها در راستای اصلاح چنین گزینه‌هایی می‌باشند ولی بورديو طوری روند کنترل را انتخاب کرده که گزینه‌های یک عامل در کل ملازم با عادت افراد باشد. سبک زندگی تحت نفوذ قوی ساختار (فرصت زندگی) بر روی عادت‌واره است که انتخاب‌های سبک زندگی از آن مشتق می‌شوند. انتخاب و مشارکت در یک سبک زندگی ویژه، تحت تأثیر فرصت‌های زندگی است (همان چیزی که قبلاً بر اشاره کرده بود). بنابراین کار بورديو نشان می‌دهد که انتخاب‌های سبک زندگی نه تنها محدود می‌شوند بلکه حتی به وسیله فرصت‌های زندگی نیز شکل می‌گیرند (ویلیامز، ۱۹۹۵: ۵۸۰-۵۸۵).

کاکرام، از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر، نیز معتقد است که سبک زندگی سالم، مجموعه انتخاب‌هایی است که فرد بنابر موقعیت اجتماعی خود بر می‌گزیند و این انتخاب‌ها برآمده از موقعیت ساختاری و موقعیت فردی وی هستند. در حقیقت فرصت‌های زندگی یک شخص به وسیله موقعیت اجتماعی و ویژگی‌های گروه‌های منزلتی ویژه تعیین می‌شود (کاکرام، ۲۰۰۴: ۱۴۰۹-۱۴۰۸). در تعریف کاکرام از سبک زندگی سالم، شاهد ترکیب دو مفهوم انتخاب و موقعیت هستیم. زیرا به عقیده وی،

^۱ Distinction

سبک‌های زندگی سالم، الگوهایی جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر انتخاب‌هایی است که افراد برحسب شرایط اجتماعی و زیستی‌شان در دسترس دارند (کاکرام، ۲۰۰۸: ۵۶). رفتارهای تولید شده از این گزینش‌ها می‌تواند نتایج مثبت و یا منفی بر روی بدن و فکر داشته باشد اما با وجود این الگویی فراگیر از سلامتی را شکل می‌دهد که سبک زندگی را می‌سازد.

کاکرام (۱۹۹۷) استدلال می‌کند که تحقیق بر سبک زندگی سلامت‌محور ضرورت دارد؛ اما اندازه‌گیری و تجزیه و تحلیل نبایستی در سطح فردی متوقف شود، بلکه باید تا تدوین الگوهای جمعی رفتار مربوط به سلامتی که سبک زندگی سلامت‌محور را تشکیل می‌دهند گسترش یابد. سبک‌های زندگی مختلف باید در ارتباط با زمینه اجتماعی که در آن رخ می‌دهند، مورد توجه قرار گیرند. کاکرام چارچوب نظریه‌ای بوردیو را استفاده می‌کند و نشان می‌دهد که سبک‌های زندگی منفی، به عنوان اجزای 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 (مصرف زیاد مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش). این سبک زندگی باعث بالا رفتن 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 به واسطه فرصت‌هایی که افراد گروه در اختیار داشتند، شکل گرفته و به وسیله ساختار ذهنی درونی شده بود. ساخت زندگی روزانه هم انتخاب‌های بهداشتی مرتبط را محدود می‌سازد و هم‌چنین آن را به سمتی سوق می‌دهد که به نوعی از

سبک‌های زندگی منتهی شود که مرگ‌های نابهنگام نتیجه آن است (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۷۳).

کاکرام در بحث سبک زندگی سلامت‌محور از نظریه "دیگری تعمیم‌یافته" جرج هربرت مید استفاده می‌کند. بر اساس نظر مید، دیگری تعمیم‌یافته نگرش‌های سازمان‌یافته‌ای از یک گروه یا اجتماع را به عنوان یک کل منعکس می‌کند که در حکم یک فرآیند اجتماعی، اجتماع یا گروه، رفتار اعضای خود را تحت کنترل قرار می‌دهد (کاکرام و دیگران، ۲۰۰۶: ۱۸۰۲). افراد در چنین مواقعی ممکن است، در انتخاب یا رد بعضی از اعمال خود بر اساس گرایش‌های جمعی عمل کنند. ایدئولوژی و مذهب، هر دو مثال‌هایی از تفکرات جمع‌گرایی برای تأثیرگذاری بر انتخاب‌های سبک زندگی سلامت‌محور می‌باشد. چرا که وقتی در یک دین یا مذهب، مثل اسلام مصرف الکل و استعمال دخانیات امری مذموم شمرده می‌شود خود در انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر به‌سزایی دارد. به هر حال از نظر کاکرام بین سبک زندگی سلامت‌محور و ایدئولوژی سیاسی حاکم، رابطه معنی‌داری وجود دارد (همان).

در زمینه سبک زندگی سلامت‌محور مطالعات خارجی زیادی انجام گرفته است که همه آن‌ها به نوعی در قالب نظریه‌های ارائه شده در بالا می‌باشد. به طوری که پترسون (۱۹۹۴) با یک گونه‌شناسی هفت دسته‌ای نشان داد که می‌توان افراد را از روی شباهت‌های رفتار سلامتی‌شان گروه‌بندی کرد. نتایج نشان می‌دهد که اکثر افراد، الگوهای رفتار سلامتی چند بعدی دارند که نه کاملاً سالم و نه به طور کامل لذت‌جویانه و یا ناسالم می‌باشد (شوستر و دیگران، ۲۰۰۴: ۳۵۱).

در تحقیقی دیگر که توسط کاکرام، ایسناد و دیوال در سال ۱۹۹۸ در ارتباط با سبک زندگی سلامت‌محور در روسیه انجام گرفت، جامعه آماری که شامل افراد ۱۸ و بالای ۱۸ سال بود به روش پیمایشی و از طریق مصاحبه مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که مردان نزدیک به ۲۱/۲ دفعه بیشتر از زنان الکل مصرف می‌کنند. در زمینه سیگار هم مردان ۱۶ بار بیشتر از زنان سیگار می‌کشند. هم‌چنین نتایج این تحقیق نشان داد که مردان گرایش بیشتری به ورزش دارند و افراد جوان‌تر، مجردها، با تحصیلات و درآمد بالاتر و بیکاران بیشتر از دیگران ورزش می‌کنند. نیز زنان بیشتر از مردان و افراد با درآمد و تحصیلات بالاتر، بیشتر از دیگران برای انجام آزمایش تندرستی پزشکی خود اقدام می‌کنند (کاکرام و همکاران، ۲۰۰۲: ۴۸-۵۱).

شواهدی از منابع مختلف و گسترده (بلاکستر، ۱۹۹۰؛ تاونزند، ۱۹۸۸) نشان می‌دهد که الگوهای رفتاری مربوط به سلامت به طور مشخص به وسیله ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی هم‌چون طبقه اجتماعی، سن، جنسیت و زمینه‌های آموزشی گروه‌ها متمایز می‌شوند. به‌طور مثال بلاکستر نشان می‌دهد افرادی که سیگار می‌کشند، الکل مصرف می‌کنند و رژیم غذایی نامناسبی دارند و کم ورزش می‌کنند، به احتمال زیاد مردان، کارگران یدی و غیرماهر، جوانان بیکار و سال‌خوردگانی هستند که تنها زندگی می‌کنند (بوری و گیب، ۲۰۰۴: ۶۵).

هم‌چنین تحقیقات هم‌سترم (۱۹۹۶)، وایت و لیلارد (۱۹۹۵) و راجرز (۱۹۹۵) نشان می‌دهد که افراد متأهل به‌طور میانگین، از افرادی که ازدواج نکرده‌اند سالم‌تر هستند و مردان به‌طور آشکار، منافع بیشتری نسبت به زنان از ازدواج دریافت می‌کنند (ویلیامز و آمبرسون، ۲۰۰۴: ۸۱).

در کل، بر اساس نظریه‌های وبر، گیدنز، بوردیو و کاکرام رفتار و انتخاب نوع سبک زندگی توسط افراد تحت تأثیر ساخت، موقعیت و شرایط اجتماعی افراد است. به عبارتی، درست است که افراد در زمینه رفتارها و اعمال خود آزاد هستند ولی از طرف دیگر، این آزادی به وسیله ساختارهای اجتماعی هم‌چون وضعیت تأهل، اشتغال،

طبقه اجتماعی و سن محدود می‌شود. تحقیقاتی هم که توسط کاکرام، همستر، وایت و لیلارد، راجرز، بلاکستر و تاونزند انجام گرفته در جهت تأیید این نظریه‌ها بوده است. بنابراین می‌توان فرضیه‌های زیر را ارائه داد:

۱. بین سرمایه‌های انسانی (اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی) و سبک زندگی سلامت‌محور رابطه وجود دارد.
۲. میانگین سبک زندگی سلامت‌محور برحسب متغیرهای زمینه‌ای (جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال و طبقه اجتماعی) متفاوت است.

۳. روش‌شناسی

نوع تحقیق در این پژوهش کاربردی است. یعنی تلاش خواهد شد با کسب اطلاعات و دانش در زمینه سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان، راه کارهای عملی برای ارتقای آن ارائه گردد. روش اجرای تحقیق نیز پیمایشی است که پس از جمع‌آوری پاسخ‌های پاسخ‌گویان، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری اس. پی. اس. مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. این تحقیق در سال ۱۳۸۷ اجرا شده است.

۱. اندازه‌گیری و نوع داده‌ها

سبک زندگی سلامت‌محور: برای سنجش سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان، ۶۴ گویه^۶ گزینه‌ای در سطح رتبه‌ای به صورت طیف لیکرت طراحی شده است. به منظور تفکیک و دسته‌بندی سؤالات ۶۴ گانه مربوط به ارزیابی سبک زندگی سلامت‌محور، از تکنیک تحلیل عاملی بر اساس تجزیه به مؤلفه‌های اصلی استفاده شد که طبق نتایج این آزمون مقدار ک. ام. اُ برابر ۰/۸۴۵ به دست آمده و چون این مقدار از ۰/۵ بزرگ‌تر است بنابراین نتیجه گرفته می‌شود تعداد نمونه‌ها برای اجرای تحلیل عاملی بسیار مناسب

^۶ SPSS

است. هم‌چنان مقدار کرویت بارتلت^۱ برابر $۸۴۱/۱۶۸۳۸$ با سطح معنی‌داری $۰/۰۰۰$ به دست آمده است و چون این مقدار معنی‌دار است تفکیک عامل‌ها به درستی انجام شده است و سؤالات مندرج در هر عامل همبستگی ریشه‌ای بالایی با هم دارند. بر اساس اطلاعات جدول شماره ۱ بیشترین مقدار ویژه به ترتیب با $۱۰/۱۵$ و $۴/۱۴۵$ مربوط به عامل‌های اول و دوم می‌باشد. با عامل اول حدود $۱۵/۵۳$ درصد و با عامل دوم $۶/۴۷$ درصد از واریانس کل عامل‌بندی‌ها قابل تبیین است. در مجموع $۵۸/۲۴$ درصد از واریانس کل عامل‌بندی و تقلیل سؤالات ۶۴ گانه با ۱۵ عامل اصلی انجام شده است که معیار مطلوبی است. گویه‌های مربوط به هر عامل همراه با بار عاملی و مقادیر ویژه و واریانس تبیینی در جدول پیوست آمده است. بارهای عاملی چرخش داده شده به روش واریماکس انجام گرفته است.

سرمایه اجتماعی: در این پژوهش، به تمام عواید و منابعی که مجموعه افراد از قبل موقعیت اجتماعی و عضویت و ارتباط تنگاتنگ خود با انواع شبکه‌ها، نهادها و سازمان‌ها به دست می‌آورند، سرمایه اجتماعی اطلاق می‌شود (غفاری، ۱۳۸۷: ۱۴). برای اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی، از ۱۸ گویه شامل حمایت (کمک مالی، اقتصادی از طرف دوستان و فامیل و به دوستان و فامیل و هیئت‌های مذهبی)، مشارکت (در انجمن‌ها، انتخابات شوراها، هیئت‌های مذهبی و فعالیت‌های جمعی)، اعتماد (به مسئولان جامعه و دیگر شهروندان)، روابط و معاشرت (با دوستان، فامیل، اقوام دیگر و افرادی با مذاهب دیگر)، امکان مشورت (با نزدیکان)، استفاده شده است.

سرمایه اقتصادی: سرمایه اقتصادی شامل درآمد و بقیه انواع منابع مالی است که در قالب مالکیت جلوه می‌کند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۷). برای اندازه‌گیری سرمایه اقتصادی از درآمد، ارزش ریالی منزل مسکونی، ارزش ریالی اتومبیل شخصی غیر از اتومبیل‌های

^۱ Bartlett's Test of Sphericity

عمومی، ارزش ریالی املاک غیر از خانه مسکونی استفاده شده است. برای تجمیع منطقی شاخص‌های سرمایه اقتصادی، ابتدا همه موارد فوق در طیفی ۶ گزینه‌ای طراحی شده و بعداً با هم جمع گردیده‌اند.

سرمایه فرهنگی: در برگیرنده تمایلات پایدار فرد است که در خلال اجتماعی شدن در فرد انباشته می‌شوند. بورديو تحصیلات را نمودی از سرمایه فرهنگی می‌دانست لیکن گرایش به اشیای فرهنگی و جمع شدن محصولات فرهنگی در نزد فرد را سرمایه فرهنگی می‌خواند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۷). برای سنجش سرمایه فرهنگی از گزینه‌های زیر استفاده شد: تحصیلات (خود فرد و والدین)، عضویت در کتابخانه (خود فرد و والدین)، کتابخانه شخصی و تعداد جلد کتاب، تعداد زبان‌های خارجی که فرد و والدین فرد با آن آشنا هستند، میزان علاقه و صرف وقت برای کار با اینترنت، مطالعه روزنامه، نشریات، مجلات و کتاب‌های داستانی، گوش دادن به موسیقی، جمع‌آوری تابلوهای نقاشی و عتیقه‌جات، عکاسی، خطاطی و نقاشی، تماشای فیلم و تئاتر، رفتن به موزه، نمایشگاه‌ها و فرهنگ‌سراها، سخنرانی، کنفرانس‌ها. جدول ۱ میزان پایایی متغیرهای سرمایه انسانی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. تعداد گویه‌ها و روایی مربوط به سرمایه‌های انسانی

پایایی	سطح اندازه‌گیری	تعداد گویه	
۰/۷۲	فاصله‌ای	۱۸	سرمایه اجتماعی
۰/۹۱	فاصله‌ای	۳۰	سرمایه فرهنگی
-	فاصله‌ای	۴	سرمایه اقتصادی

۲.۳. طرح نمونه گیری

جمعیت پژوهش حاضر شامل تمامی شهروندان بالای ۱۵ سال شهر تبریز بوده است که بر اساس آمار سال ۱۳۸۵، ۱۱۰۶۷۳۱ نفر می باشد. از این تعداد ۵۶۵۵۴۰ نفر مرد و ۵۴۱۱۹۱ نفر زن هستند. روش نمونه گیری در تحقیق حاضر نمونه گیری خوشه ای بوده است. ابتدا تبریز به مناطق ۸ گانه تقسیم شده و سپس با توجه به میزان جمعیت هر منطقه بلوک هایی از آن ها انتخاب شده و از هر بلوک خانه ها به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. جمعاً از کل تبریز ۴۱ بلوک انتخاب شده است.

نمونه پژوهش مورد مطالعه از بین کلیه شهروندان شهر تبریز از طریق فرمول زیر محاسبه شد.

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2} = \frac{6.66 \times .25}{.0025} = 666 \cong 670$$

وجود یک صفت (سبک زندگی سلامت محور) با حرف پی (p) و فقدان یک صفت (سبک زندگی سلامت محور) با حرف کیو (q) نشان داده شده که در آن تی (t) ضریب اطمینان با ۹۹ درصد و دی (d) دقت احتمالی برآورد با خطای ۰/۰۵ است. برای از بین بردن تأثیر کدهای گمشده، نمونه به ۷۵۲ مورد افزایش داده شده است و تخصیص نمونه برحسب جمعیت بالای ۱۵ سال هر منطقه انجام گرفته که در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲. تخصیص نمونه بر اساس مناطق ۸ گانه تبریز

مناطق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
جمعیت	۲۴۸۷۹۲	۲۲۷۱۶۲	۲۶۳۵۷۶	۲۴۲۴۳۵	۵۱۶۵۶	۲۰۸۳۸	۳۹۴۴۴	۱۴۴۸۵
نمونه	۱۶۹	۱۵۴	۱۷۹	۱۶۴	۳۵	۱۴	۲۷	۱۰

۴. نتایج تحقیق

در این پژوهش از ۷۵۲ نمونه آماری مورد مطالعه، ۳۸۶ مورد مرد و ۳۶۶ نفر زن بوده‌اند. به عبارتی ۵۱/۲ درصد از نمونه را مردان و ۴۸/۸ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. از نظر سنی کم‌سن‌ترین فرد نمونه ۱۵ سال و بزرگ‌ترین آن‌ها ۸۲ سال دارند. هم‌چنین میانگین سنی نمونه مورد مطالعه ۳۴/۸۵ سال می‌باشد. وضعیت تأهل شهروندان مورد مطالعه تبریزی در این تحقیق، در قالب یک متغیر اسمی سه گزینه‌ای مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. از ۷۵۲ نمونه آماری ۲۴۴ نفر مجرد، ۴۸۷ نفر متأهل و ۱۳ نفر مطلقه بودند؛ به عبارتی ۶۴/۸ درصد متأهل، ۳۲/۴ درصد مجرد و ۱/۷ درصد مطلقه بودند. با توجه به این که در تحقیق حاضر جامعه آماری بالای ۱۵ سال بوده، بنابراین تعداد متأهلان بیشتر از مجردها بوده است.

۴.۱. نتایج توصیفی مربوط به سبک زندگی سلامت‌محور

برای ارزیابی متغیر سبک زندگی سلامت‌محور که متغیر وابسته تحقیق است، از ۶۴ گویه در سطح اندازه‌گیری رتبه‌ای به صورت یک طیف ۶ قسمتی استفاده شده است. نمره ۳۸۴ نشان‌گر بالاترین سطح سبک زندگی سلامت‌محور و نمره ۶۴ نشان‌گر پایین‌ترین سطح سبک زندگی سلامت‌محور می‌باشد. میانگین این متغیر برای شهروندان مورد مطالعه ۲۹۴/۳۰ می‌باشد که نشان می‌دهد شهروندان تبریزی تا حدودی زیاد و متوسطی رفتارهای سلامت‌محور دارند. میانگین نمره پاسخ‌گویان در ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. میانگین ابعاد سبک زندگی سلامت محور

ابعاد سبک زندگی سلامت محور	تعداد سوال	دامنه تغییرات	میانگین پاسخ گویان	وضعیت پاسخ گویان از نظر نمره میانگین
استفاده از توصیه‌های پزشکی	۹	۹-۵۴	۴۴/۶	زیاد
آگاهی از وضعیت جسمانی	۵	۵-۳۰	۱۹/۶۳	تاحدی زیاد
ورزش	۵	۵-۳۰	۱۸/۴۱	بین کم و گاهگاهی
سلامت روانی	۴	۴-۲۴	۸۵/۱۷	تاحدی زیاد-زیاد
بهداشت خرید	۳	۳-۱۸	۱۶/۱۴	زیاد
ایمنی در زمینه رانندگی	۳	۳-۱۸	۱۶/۰۵	زیاد
تحرك روزانه	۳	۳-۱۸	۱۲/۶۷	تاحدی زیاد
تغذیه مناسب	۵	۵-۳۰	۱۸/۱۱	تاحدی پایین
مصرف دخانیات و الکل	۵	۵-۳۰	۲۸/۷۵	زیاد
عادت غذایی روزانه	۳	۳-۱۸	۱۶/۰۴	سالم
تغذیه ناسالم	۶	۶-۳۶	۲۵/۳۷	متوسط
مراقبت از خود	۴	۴-۲۴	۱۸/۱۱	تاحدی زیاد
ایمنی در زمینه نور آفتاب	۲	۲-۱۲	۶/۷۲	تاحدی کم
عادت خواب	۴	۴-۲۴	۱۷/۶۲	تاحدی خوب
سلامت محیطی	۳	۳-۱۸	۱۲/۵۸	تاحدی خوب

۴. ۲. نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای مستقل

سرمایه اجتماعی: برای اندازه گیری سرمایه اجتماعی از ۱۸ گویه استفاده گردیده، که در این زمینه نمره ۱۸ نشان دهنده نبود سرمایه اجتماعی برای فرد و نمره ۱۰۸ نشان دهنده سرمایه اجتماعی خیلی زیاد برای فرد است که در این زمینه نیز میانگین به دست آمده ۷۶/۸۹ می باشد که نشان می دهد میانگین سرمایه اجتماعی برای شهروندان تبریزی مورد مطالعه در سطح متوسط قرار دارد.

سرمایه فرهنگی: سرمایه فرهنگی از متغیرهای مستقل تحقیق بوده که برای اندازه‌گیری این متغیر از ۳۰ گویه استفاده گردیده، که در این زمینه نمره ۳۰ نشان‌دهنده نبود سرمایه فرهنگی برای فرد و نمره ۱۸۰ نشان‌دهنده سرمایه اجتماعی خیلی زیاد برای فرد است که در این زمینه میانگین به دست آمده ۷۰/۹ می‌باشد و نشان می‌دهد میانگین سرمایه فرهنگی برای شهروندان تبریزی مورد مطالعه در سطح پایینی قرار دارد.

سرمایه اقتصادی: برای اندازه‌گیری سرمایه اقتصادی از ۴ گویه استفاده گردیده، با توجه به این که این گویه ۶ گزینه‌ای بوده است، گزینه اول نداشتن ماشین، منزل مسکونی و سایر املاک را شامل می‌شد. بنابراین نمره صفر به آن‌ها داده شده است، ولی چون هرکسی حداقل درآمد را دارد، بنابراین درآمد از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری شده است. در این زمینه نمره ۱ نشان‌دهنده حداقل سرمایه اقتصادی برای فرد و نمره ۲۱ نشان‌دهنده سرمایه اقتصادی خیلی زیاد برای فرد است که در این زمینه نیز میانگین به دست آمده ۶/۱۷ می‌باشد و نشان می‌دهد شهروندان تبریزی مورد مطالعه از نظر سرمایه اقتصادی در سطح متوسط به پایین هستند.

۴.۳. سرمایه‌های انسانی و سبک زندگی سلامت‌محور

برای آزمون رابطه بین سرمایه‌های انسانی و سبک زندگی سلامت‌محور از آزمون آر پی‌رسون استفاده شده که نتایج آن نشان می‌دهد، سطح معنی‌داری برای رابطه هر سه نوع سرمایه با سبک زندگی سلامت‌محور صفر می‌باشد که نشان‌دهنده رابطه کاملاً معنی‌دار بین سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه‌های انسانی است. ضرایب همبستگی به دست آمده برای رابطه بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور ۰/۴۷۲ است که نشان همبستگی متوسط می‌باشد. هم‌چنین ضریب همبستگی به دست آمده برای سرمایه فرهنگی با سبک زندگی سلامت‌محور ۰/۲۷۱ و نشان‌دهنده همبستگی

ضعیف می‌باشد. و بالاخره ضعیف‌ترین همبستگی در ارتباط با رابطه بین سرمایه اقتصادی و سبک زندگی سلامت محور و میزان آن ۰/۱۳۳ می‌باشد. هم‌چنین نتایج آزمون نشان می‌دهد که همبستگی بین سرمایه‌های انسانی و سبک زندگی سلامت محور مستقیم است. یعنی با بالا رفتن سرمایه‌های انسانی سبک زندگی شهروندان سالم‌تر می‌شود. جدول ۴ نتایج به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج رابطه بین سرمایه‌های انسانی و سبک زندگی سلامت محور

تعداد مشاهدات	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	
۵۹۷	۰/۴۷۴	۰/۰۰۰۰	سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور
۵۰۷	۰/۲۷۱	۰/۰۰۰۰	سرمایه فرهنگی و سبک زندگی سلامت محور
۶۵۳	۰/۱۳۳	۰/۰۰۱	سرمایه اقتصادی و سبک زندگی سلامت محور

۴.۴. سبک زندگی سلامت محور و متغیرهای ساختاری

جنسیت

جنسیت یکی از متغیرهای مستقل این تحقیق است. برای آزمون تفاوت میانگین سبک زندگی سلامت محور برحسب جنسیت از آزمون تفاوت میانگین‌ها استفاده شد، زیرا جنسیت متغیر اسمی دو حالته و سبک زندگی سلامت محور متغیر فاصله‌ای است و مناسب‌ترین دستورالعمل برای این آزمون تی می‌باشد. بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین سبک زندگی سلامت محور برای مردان ۲۹۲/۲۸۶ و برای زنان ۲۹۶/۵۲ تعیین شد. نتایج حاصل از آزمون تفاوت میانگین متغیر سبک زندگی سلامت محور در میان شهروندان زن و مرد که بر اساس کمیت اف و سطح معنی داری ۰/۰۳۶ به دست آمد، مشخص کرد که تفاوتی معنی دار بین میانگین به دست آمده درباره زنان و مردان وجود

دارد، به عبارتی زنان سبک زندگی سلامت‌محورتری نسبت به مردان دارند. هم‌چنین بررسی نتایج آزمون تفاوت میانگین ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور بر اساس جنسیت نشان می‌دهد که میانگین وجود تحرک روزانه در زندگی، تغذیه مناسب، مصرف دخانیات و الکل، توجه به سلامت محیطی و استفاده از تغذیه ناسالم و ورزش برحسب جنسیت متفاوت است. نکته حایز اهمیت در این زمینه این است که میانگین سبک زندگی سالم برای زنان در همه زمینه‌ها بیشتر از مردان است، ولی در زمینه ورزش، مردان بیشتر از زنان رفتار سلامت‌محور دارند. جدول ۵ نتایج این آزمون‌ها را نشان می‌دهد. شایان ذکر است که نتایج آزمون نشان داد میانگین سایر ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور بر اساس جنسیت با هم متفاوت نیست.

جدول ۵. نتایج آزمون تفاوت میانگین سبک زندگی سلامت‌محور بر اساس جنسیت

متغیر	جنسیت	تعداد مشاهدات	میانگین	درجه آزادی	مقدار تی	معنی‌داری سطح
سبک زندگی سلامت‌محور	مرد	۳۶۷	۲۹۲/۲۸۶	۶۹۷	-۲/۱۰۲	۰/۰۳۶
	زن	۳۳۲	۲۹۶/۵۲			
تحرک روزانه	مرد	۳۸۵	۱۳/۱۱	۷۳۶/۶۸۵	-۵/۳۳۹	۰/۰۰۰
	زن	۳۶۴	۱۴/۲۶			
تغذیه مناسب	مرد	۳۸۵	۱۷/۸۷	۷۴۸	-۲/۷۹۳	۰/۰۰۵
	زن	۳۶۵	۱۸/۳۸			
مصرف دخانیات و الکل	مرد	۳۸۵	۲۸/۵	۶۹۵/۵۵۷	-۶/۵۲۶	۰/۰۰۰
	زن	۳۶۵	۲۹/۴			
بهداشت محیطی	مرد	۳۸۵	۱۳/۳	۷۳۸/۷۴۶	-۲/۰۹۷	۰/۰۳۶
	زن	۳۶۵	۱۳/۹			
تغذیه ناسالم	مرد	۳۸۴	۲۴/۹۴	۷۴۴	-۲/۳۴۷	۰/۰۱۶
	زن	۳۶۲	۲۵/۸۴			
ورزش	مرد	۳۸۳	۱۹/۲۷	۷۴۵	۳/۹۸۵	۰/۰۰۰
	زن	۳۶۴	۱۷/۵۱			

سن

برای آزمون رابطه بین سن و سبک زندگی سلامت محور از آزمون آر پیرسون استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد، سطح معنی داری برای رابطه سن با سبک زندگی سلامت محور ۰/۰۰۲ است و نشان دهنده رابطه کاملاً معنی دار بین سبک زندگی سلامت محور و سن می‌باشد. ضریب همبستگی به دست آمده برای رابطه بین سن و سبک زندگی سلامت محور ۰/۱۱۵ می‌باشد که نشان دهنده همبستگی مستقیم و ضعیف است. یعنی با بالا رفتن سن، سبک زندگی شهروندان سالم تر می‌شود. جدول ۶ نتایج به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج رابطه بین سن و سبک زندگی سلامت محور

تعداد مشاهدات	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	
۶۹۶	۰/۱۱۵	۰/۰۰۲	سن و سبک زندگی سلامت محور

وضعیت تأهل

وضعیت تأهل به عنوان یک متغیر اسمی در سه حالت (مجرد، متأهل و مطلقه) مطرح شده است و سبک زندگی سلامت محور یک متغیر در سطح فاصله‌ای است. بنابراین مناسب‌ترین روش برای آزمون تفاوت میانگین سبک زندگی سلامت محور برحسب وضعیت تأهل آزمون تحلیل واریانس یا آزمون اف می‌باشد. بر اساس نتایج توصیفی، میانگین سبک زندگی سلامت محور برای مجردان ۲۹۰/۳۴، برای متأهلان ۲۹۶/۴۶ و برای مطلقه‌ها ۲۸۵/۶۷ بوده است. مقایسه بین میانگین‌ها نشان می‌دهد که مطلقه‌ها از نظر رعایت رفتارهای بهداشتی در پایین‌ترین سطح و متأهل‌ها در بالاترین سطح قرار دارند. نتایج آزمون تحلیل واریانس هم با سطح معنی داری ۰/۰۱۰ که کمتر از آلفای ۰/۰۵

می‌باشد نشان گر معنی دار بودن تفاوت میانگین‌ها است. نتایج این آزمون در جدول ۷ آورده شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و وضعیت

تأهل

میانگین‌ها	مجرد=	متأهل=	مطلقه=	کل=
متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات
سبک زندگی سلامت محور	بین گروهی	۶۵۹۰/۹۱	۲	۳۲۹۵/۴۵۷
	درون گروهی	۴۸۸۵۰۵/۹	۶۹۰	۷۰۷/۹۸
	کل	۴۹۵۰۹۶/۸	۶۹۲	
				۴/۶۵۵
				۲۹۴/۴۶
				۰/۰۱۰

وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال به عنوان یک متغیر اسمی در شش حالت (شاغل رسمی، شاغل غیررسمی، بیکار، محصل یا دانشجو، خانه‌دار و بازنشسته) مطرح شده است و سبک زندگی سلامت محور متغیری در سطح فاصله‌ای می‌باشد. بنابراین مناسب‌ترین روش برای آزمون تفاوت میانگین سبک زندگی سلامت محور بر حسب وضعیت اشتغال آزمون تحلیل واریانس یا آزمون اف است. بر اساس نتایج توصیفی کمترین میانگین سبک زندگی سلامت محور برای بیکاران ۲۸۰/۷ و بیشترین میانگین سبک زندگی سلامت محور برای بازنشسته‌ها ۳۰۱/۲۹ و شاغلان رسمی ۲۹۸/۱۲ بوده است. مقایسه بین میانگین‌ها نشان می‌دهد که بیکاران از نظر رعایت رفتارهای بهداشتی در پایین‌ترین سطح و بازنشسته‌ها و شاغلان رسمی در بالاترین سطح قرار دارند. نتایج آزمون تحلیل

واریانس هم با سطح معنی داری صفر که کمتر از آلفای ۰/۰۵ می باشد، نشان گر معنی دار بودن تفاوت میانگین ها است. نتایج این آزمون در جدول ۸ آورده شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و وضعیت اشتغال

میانگین ها	بازنشسته ها	شاغلین رسمی	شاغلین غیررسمی	خانه دار	محصل،	بیکار
	۳۰۱/۲۹	۲۹۸/۱۲	۲۹۵/۳۱	۲۹۵/۳۴	دانشجو ۲۹۰/۷	۲۸۰/۷
متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	اف	سطح معنی داری
سبک زندگی سلامت محور	بین گروهی درون گروهی کل	۱۶۶۵/۹۲۶ ۴۷۹۰۰۴/۸۷ ۴۹۵۶۶۴/۷	۵ ۶۸۸ ۶۹۳	۳۳۳۱/۹۹ ۶۹۶/۲۲۸	۴/۷۸۶	۰/۰۰۰

طبقه اجتماعی

طبقه اجتماعی به عنوان متغیر مستقل یکی از متغیرهایی بوده که در سطح رتبه ای با پنج حالت، از خود پاسخ گویان پرسیده شد. به عبارتی از خود پاسخ گویان خواسته شد تا خودشان را در یکی از این ۵ طبقه قرار دهند. برای آزمون تفاوت بودن میانگین سبک زندگی سلامت محور بر اساس این پنج طبقه، از آزمون تحلیل واریانس استفاده گردید. نتایج توصیفی تحقیق نشان می دهد که کمترین میزان سبک زندگی سلامت محور با میانگین ۲۷۵/۸۹ برای طبقه پایین و بیشترین میزان با میانگین ۳۰۰/۱۷ برای طبقه متوسط به بالا است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با سطح معنی داری صفر نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میانگین ها وجود دارد؛ یعنی افرادی که خودشان را جزء طبقه

تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور، صص ۱۸۱-۲۱۳

پایین قرار می‌دهند کمترین میزان رفتارهای سلامتی را دارند. نتایج توصیفی و تحلیل واریانس در جدول ۹ آمده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین متغیرهای سبک زندگی سلامت‌محور و طبقه

اجتماعی

کل	بالا	متوسط به بالا	طبقه متوسط	متوسط به پایین	طبقه پایین	میانگین‌ها
۲۹۴/۲۵	۲۹۴/۶۷۵	۳۰۰/۱۷	۲۹۴/۱۴	۲۸۵/۹۱	۲۷۵/۸۹	
سطح معنی‌داری	اف	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	
۰/۰۰۰	۷/۲۷	۴۹۸۷/۷۷ ۶۸۶/۱۰۲	۴ ۶۸۷ ۶۹۱	۱۹۹۵۱/۰۸ ۴۷۱۳۵۲/۲ ۴۹۱۳۰۳/۲	بین گروهی درون گروهی کل	سبک زندگی سلامت‌محور

۴. ۵. تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت‌محور: مدل رگرسیونی

برای تعیین سهم تأثیرگذاری نسبی متغیرهای مستقل بر سبک زندگی سلامت‌محور از تحلیل رگرسیونی چند متغیره با روش گام به گام استفاده شد. از پنج متغیر مستقل متغیرهای سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سن وارد معادله شدند که در مجموع ۲۳ درصد از تغییرات مربوط به سبک زندگی سلامت‌محور را این سه متغیر تبیین می‌کنند و مابقی واریانس تبیین شده متأثر از متغیرهای دیگری است که در مدل این تحقیق آورده نشده‌اند. در میان این سه متغیر، سهم سرمایه اجتماعی با ضریب بتای ۰/۴ به شکل بارزی بیش از سایر متغیرها بوده است. یعنی با کنترل سایر متغیرها، به ازای یک واحد تغییر در سرمایه اجتماعی، سبک زندگی سلامت‌محور ۰/۴۰ واحد تغییر می‌کند.

متغیرهای سرمایه فرهنگی و سن نیز به ترتیب با بتای ۰/۱۸۲ و ۰/۱۲۴ وارد معادله رگرسیونی شده‌اند. هم‌چنین در این مدل رگرسیونی شاخص‌های هم‌خطی^۱ نیز بررسی شده است. بر اساس نتایج جدول ۱۱ شاخص‌های ضریب تحمل و وی. آی. اف. در حد قابل قبولی است. یعنی بین متغیرهای مستقل وارد شده در مدل رگرسیونی هم‌خطی وجود ندارد. در نهایت متغیرهای جنس و سرمایه اقتصادی از مدل رگرسیونی خارج شده‌اند. جداول ۱۰ و ۱۱ نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره را نشان می‌دهد.

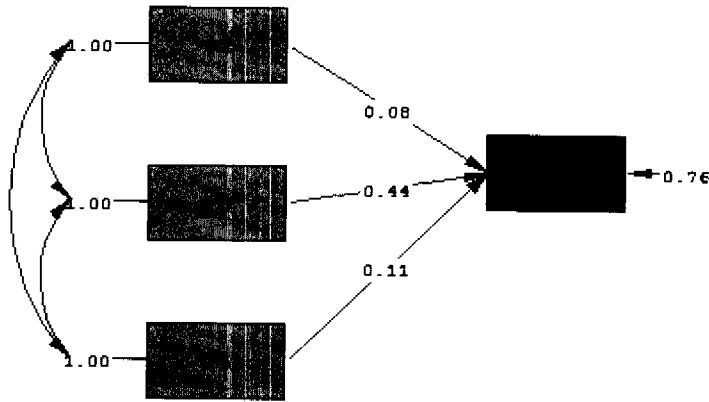
جدول ۱۰. نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت‌محور

همبستگی چندگانه		مجذور آر	مجذور آر تصحیح شده		دوربین واتسون
۰/۴۸۹		۰/۲۳۹	۰/۲۳۳		۱/۹۸۹
سطح معنی داری	اف	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۴۳/۷۳۲	۲۲۵۵۵/۷۶۲	۳	۶۷۶۱۷/۲۸۵	رگرسیون
		۵۱۵/۷۶۵	۴۱۸	۲۱۵۵۸۹/۸	باقی مانده
			۴۲۱	۲۸۳۲۵۷	کل

جدول ۱۱. متغیرهایی که وارد مدل شدند

وی آی اف	ضریب تحمل	سطح معنی داری	تی	بتا	بی	
		۰/۰۰۰	۲۲/۷۷۳		۱۹۷/۳۲۹	عرض از مبدأ
۱/۱۰۸	۰/۹۰۳	۰/۰۰۰	۸/۹۷۴	۰/۴۳	۰/۹۷۳	سرمایه اجتماعی
۱/۲۶۳	۰/۷۹۲	۰/۰۰۰	۳/۷۹۴	۰/۱۱	۰/۱۸۳	سرمایه فرهنگی
۱/۱۶۱	۰/۸۶۱	۰/۰۰۷	۲/۶۹۶	۰/۱	۰/۲۴۹	سن

^۱ co-linearity



مدل رگرسیونی ارائه شده

۷۷ = سبک زندگی سلامت‌محور ۷۲ = سن ۷۳ = سرمایه اجتماعی ۷۴ = سرمایه فرهنگی

۵. نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان و بررسی تعیین‌کننده‌های آن با تأکید بر سرمایه‌های انسانی آغاز شد. به‌طوری‌که عمده‌ترین مسئله مورد بررسی، تأثیر عوامل ساختاری بر شکل‌دهی سبک زندگی سلامت‌محور بود که به این منظور از نظریه‌های بوردیو، گیدنز، کاکرام و وبر استفاده شد. یافته‌های تحقیق نشان داد که این مطالعه به اهداف تعیین‌شده رسیده و نتایج به دست آمده منطبق با چارچوب نظری بوده است.

با توجه به نظر کاکرام و نظریه دیگری تعمیم‌یافته‌مید، با این مضمون که ایدئولوژی سیاسی و مذهبی تأثیر به‌سزایی در انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور دارد، می‌توان گفت که اسلام و نظام سیاسی به عنوان متغیرهای مداخله‌گر در بالا بردن سبک زندگی

سالم‌تر شهروندان به‌ویژه در بعد استفاده از دخانیات و اعتیاد به مواد مخدر و الکل نقش تعیین‌کننده‌ای دارد.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که میانگین نمرات سبک زندگی سلامت‌محور، با بررسی ابعاد آن یعنی: تحرک روزانه در زندگی، تغذیه مناسب، استعمال دخانیات و الکل، توجه به سلامت محیطی و تغذیه ناسالم و ورزش بر اساس جنسیت افراد متفاوت است. به طوری که زنان بیشتر از مردان سبک‌های زندگی سلامت‌محور دارند. جنسیت به عنوان یک موقعیت اجتماعی در جامعه برای فرد، در زمینه انتخاب نوع سبک زندگی تأثیرگذار است. همان‌طور که نتایج تحقیق نشان داد زنان در همه ابعاد سبک زندگی موقعیت بهتری نسبت به مردان دارند ولی در زمینه ورزش نسبت به مردان در رده پایین‌تری قرار دارند که این به خاطر کمبود امکانات و نوع نگاه فرهنگی به ورزش زنان در جامعه است. در این زمینه لازم است امکانات ورزشی برای این قشر فراهم شود و در زمینه چشم‌انداز فرهنگی جامعه نسبت به ورزش زنان بایستی فرهنگ‌سازی لازم انجام گیرد.

سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان با توجه به وضعیت اشتغال افراد متفاوت است و کمترین میزان رفتارهای سالم را بیکاران و بیشترین را بازنشستگان و شاغلان رسمی دارند. بر اساس نتایج، یکی از اقشار آسیب‌پذیر در زمینه رفتارهای سلامتی، بیکاران هستند که از نظر سبک زندگی سلامت‌محور در سطح پایینی قرار دارند. بنابراین توجه به این امر و ایجاد زمینه اشتغال برای افراد جامعه می‌تواند زمینه را برای سلامتی جسمی و روانی افراد مهیا نماید. چرا که ثبات شغلی و نداشتن دغدغه شغلی یکی از عوامل مهم در انتخاب رفتارهای سالم است.

در زمینه وضعیت تأهل نیز متأهلان بیش از افراد مجرد و مطلقه سبک زندگی سالم دارند. این که متأهلان بیش از دیگران و مطلقه‌ها کمتر از همه سبک زندگی

سلامت‌محور دارند با یافته‌های هم‌ساز، وایت و لیلارد و راجرز مطابقت دارد. در این زمینه حمایت اجتماعی برای متأهلان و تغذیه مناسب دخالت دارد که بایستی مورد توجه قرار گیرد تا زمینه را برای ازدواج جوانان و پایداری نهاد خانواده فراهم کند.

هم‌چنین سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان برحسب طبقه اجتماعی که در آن قرار دارند متفاوت است و طبقات اجتماعی پایین کمتر از دیگران سبک زندگی سالم دارند و طبقات اجتماعی متوسط به بالا و بالا بیشترین میزان سبک زندگی سالم را دارند. همه این نتایج، در تأیید پژوهش‌های بلاکستر، تانزند و هم‌ساز و وایت بوده است. هم‌چنین این نتایج نظریه‌های وبر، گیدنز، بوردیو و کاکرام را نیز تأیید می‌کند. بنابراین در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت بایستی طبقه اجتماعی افراد به عنوان یک متغیر ساختاری تعیین‌کننده در نظر گرفته شود.

هم‌چنین نتایج آزمون‌های تحقیق نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی با میزان سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معنی‌دار و مستقیم داشته است یعنی با بالا رفتن میزان سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سبک زندگی انتخابی شهروندان هم‌ساز تر می‌شود که این هم منطبق بر نظریه بوردیو، گیدنز، وبر و کاکرام است. هرچند که تأثیرگذاری سرمایه اجتماعی بیشتر از سرمایه اقتصادی و فرهنگی بوده و به عبارتی رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه اقتصادی در حد ضعیفی بوده است.

همان‌طور که نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نیز نشان داد از بین متغیرهای مستقل، سرمایه اجتماعی بیشترین سهم را در تبیین سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان دارد. پس در این زمینه در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت بایستی ابعاد سرمایه انسانی به‌ویژه سرمایه اجتماعی و فرهنگی به عنوان تعیین‌کننده‌های رفتار سالم مدنظر قرار گیرد.

منابع

- جمشیدی‌ها، غلامرضا و شهرام پرستش (۱۳۸۶) «دیالکتیک منش و میدان در نظریه عمل پیر بوردیو»، نامه علوم اجتماعی، شماره ۳۰، بهار.
- دیماثو، ام. رابین (۱۳۷۸) روان‌شناسی سلامت، ترجمه محمد کاویانی و همکاران، جلد اول، تهران: انتشارات سمت.
- رحمت‌آبادی، الهام و حبیب آقابخشی (۱۳۸۵) «سبک زندگی و هویت اجتماعی جوانان»، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰، بهار.
- ریتزر، جورج (۱۳۷۴) نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- صمدی، منصور (۱۳۸۲) رفتار مصرف‌کننده، تهران: آبیژ.
- فاضلی، محمد (۱۳۸۲) مصرف و سبک زندگی، قم: صیح صادق.
- غفاری، غلامرضا (۱۳۸۷) «سازه سرمایه فرهنگی و منابع مولد آن»، رشد آموزش علوم اجتماعی، دوره دوازدهم، شماره ۲، زمستان.
- کورتیس، آنتونی. جی (۱۳۸۵) روان‌شناسی سلامت، ترجمه شهناز محمدی، تهران: انتشارات ویرایش.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶) اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۲) تجدد و تشخص (جامعه و هویت شخصی در عصر جدید)، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نشر نی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶) جامعه‌شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.
- Bourdieu, Pierre (2002) *Invitation to Reflexive Sociology*, London: Polity Press.
- Bury, Michael & Gabe, Jonathan (2004) *The Sociology of Health and Illness*, London: Routledge.

- Cockerham ,William C. (2000) *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles*, London: Prentice Hall College.
- Cockerham, William C. (2008) *Social Causes of Health and Disease*, London: Polity Press.
- Cockerham ,William, C., M. Christian Snead, Dewaal F. Derek (2002) "Health Lifestyles in Russia and Socialist Heritage", *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (1): 42-55.
- Cockerham, William C. & A. Rutten & T. Abel (1997) "Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber", *The Sociological Quarterly*, 38 (2): 321-342.
- Cockerham ,William C, etal., (2006) "Health Lifestyles and Political Ideology in Belarus, Russia and Ukraine", *Journal of Social Science& Medicine*, 62:1799-1809.
- Divine, Richard. L. & Lawrence Lepisto (2007) *Analysis of The Healthy Lifestyle Consumer*, Central Michigan University, Mt Pleasant, Michigan, USA.
- Schuster T. L., M. Dobson, M. Jauregui, R. H. I. Blanks (2004) Wellness Lifestyles I: "A Theoretical Framework Linking Wellness, Health Lifestyles, and Complementary and Alternative Medicine", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (2): 349-356.
- Williams, Simon J. (1995) "Theorizing Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us?", *Sociology of Health & Illness*, 7 (5): 577-604.
- Williams, Kristi & Debra Umberson (2004) "Marital Status, Marital Transition, and Health: A Gendered Life Course Perspective", *Journal of Health and Social Behavior*, 45, and March: 81-98.

پیوست

درصد تیین شده	واریانس تیین شده	مقادیر ویژه	بار عاملی	گویه‌ها و سؤالات	
۵۷/۱۲۳	۱۶/۵۳۴	۱۰/۱۵	۰/۶۹۶	به دست آوردن اطلاعات جانبی در زمینه عوارض جانبی مصرف دارو	(۱) استفاده از توصیه‌های پزشکی
			۰/۶۹۶	به دست آوردن اطلاعات در زمینه بیماری هنگام بیماری	
			۰/۶۵۷	مشورت با پزشک در زمینه رفتارهای سلامتی	
			۰/۶۵۲	به دست آوردن اطلاعات سلامتی از منابع مختلف	
			۰/۶۴۶	نیاز به اطلاعاتی در زمینه موضوعات سلامتی برای سلامتی فرد و خانواده‌اش	
			۰/۶۱۰	مراعات توصیه‌های پزشکی توسط فرد	
			۰/۵۸۹	استفاده از داروها با توجه به برجسب روی آن‌ها	
۰/۵۸۹	دادن آزمایشات و چکاپ پزشکی به طور منظم	(۲) ورزش			
۰/۵۸۹	انجام آزمایشات خود کنترلی برای تغییرات غیر عادی اندام‌های بدن				
۰/۸۵۳	انجام ورزش‌هایی جهت انعطاف‌پذیری بدن (حدافل سه جلسه در هفته)				
۰/۸۳۹	انجام ورزش‌هایی جهت تقویت عضلات (حدافل دو جلسه در هفته)				
۰/۷۸۵	انجام ورزش‌های اختصاصی (مورد علاقه) به طور منظم هر هفته				
۰/۶۰۵	انجام ورزش‌هایی هم‌چون پاده‌روی و نرمش‌های سبک، هر روز به طور منظم				
۰/۵۸۵	به طور منظم بعضی از ورزش‌های اختصاصی را برای خلاص شدن از تنش‌های روزمره انجام می‌دهم				
۴/۶۱۳	۲/۹۳	۴/۱۴۵	۰/۸۶	آگاهی از میزان چربی خون	(۳) آگاهی از وضعیت جسمانی
			۰/۸۵۷	آگاهی از میزان قند خون	
			۰/۸۱۸	آگاهی از فشار خون	
			۰/۵۰۴	کنترل چاقی از طریق رژیم غذایی	
۴/۰۵۰	۲/۵۱	۴/۱۴۵	۰/۵۴۸	داشتن عادت غذایی و رژیم غذایی خاص	(۴) تغذیه ناسالم
			۰/۷۶۱	غذاهای سریع‌الخاص (ساندویچ، پیتزا)	
			۰/۶۷۶	نوشابه‌های گازدار	
			۰/۶۶۰	غذاهای سرخ‌کردنی	
			۰/۶۴۳	غذاهای کنسروی	
			۰/۶۲۱	مصرف شیرینی‌جات (شکلات، قند)	
۳/۵۴۸	۲/۱۹	۴/۱۴۵	۰/۵۷۹	غذاهای چربی‌دار	(۵) سلامتی محیط
			۰/۸۲۸	چک کردن سیم‌های برق و وسایل برقی خانه به طور منظم	
			۰/۸۲۰	چک کردن دودکش‌های موجود در خانه به طور منظم	
۳/۰۶۴	۲/۰۰۴	۴/۱۴۵	۰/۸۰۴	چک کردن شیرهای گاز خانه به طور منظم جهت عدم نشت آن‌ها	(۶) سلامت روانی
			۰/۷۵۳	میزانی از وقت روز را برای کم کردن استرس‌های روزانه اختصاص می‌دهم.	
			۰/۷۳۰	میزانی از ساعات روز را کارهایی را انجام می‌دهم که از انجام آن‌ها لذت می‌برم.	
			۰/۷۲۷	قادر هستم موقعیت‌هایی را که در زندگی روزانه‌ام تولید استرس می‌کنند تشخیص دهم.	
۰/۵۶۳	۰/۵۶۳	۰/۵۶۳	۰/۵۶۳	استعمال رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا را در زندگی‌م می‌دهم و برای آن آمادگی دارم.	

تعیین کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور، صص ۱۸۱-۲۱۳

			۰۰۷۴۱	کشیدن قلیان	
			۰۰۷۰۹	استعمال مواد مخدر	(۷)
			۰۰۷۹۱	کشیدن سیگار	مصرف
			۰۰۷۴۶	کشیدن پنبه	دخانیات و
			۰۰۴۳۴	نوشیدنی‌های الکلی	الکل
			۰۰۷۸۳	بستگی سلامتی به چگونگی مراقبت از خود	
			۰۰۶۵۸	نمایش فعالانه برای حفظ و سلامتی خود	(۸)
			۰۰۶۱۹	سعی فعالانه برای جلوگیری از بروز بیماری‌ها	مراقبت از
			۰۰۵۹۳	نمایش برای آگاهی از خطرانی که سلامتی را به خطر می‌اندازد	خود
			۰۰۷۷۰	بستن کمر بند در ماشین	(۹)
			۰۰۷۲۰	رعایت سرعت مجاز در رانندگی	ایمنی در
			۰۰۷۱۷	رعایت علائم راهنمایی و رانندگی	رانندگی
			۰۰۸۹۹	چک کردن برچسب (تاریخ تولید، انقضا) به هنگام خرید محصولات غذایی	(۱۰)
			۰۰۸۷۰	امتناع از خرید کالا‌های بهداشتی که برچسب استاندارد ندارند	بهداشت
			۰۰۴۹۰	امتناع از خرید مواد غذایی که برچسب استاندارد ندارند	خرید
			۰۰۷۱۹	خوردن میوه در طول هفته	(۱۱)
			۰۰۶۷۵	خوردن لبنیات در طول هفته	تغذیه مناسب
			۰۰۴۳۶	خوردن سبزیجات در طول هفته	
			۰۰۳۷۳	مصرف کالری مورد نیاز بدن در هر روز	
			۰۰۶۵۳	خوابیدن در ساعات معینی از شب در هر شب	(۱۲)
			۰۰۷۶۰	خوابیدن به میزان کافی در شبانه روز	عادات خواب
			۰۰۵۸۹	تمام شب را بکسره در خواب بودن و کمتر بیدار شدن	
			۰۰۳۳۸	بلافاصله بعد از صرف غذا نخوابیدن	
			۰۰۷۳۵	هر روز صبحانه خوردن	(۱۳)
			۰۰۷۰۱	هر روز سه وعده غذا خوردن	عادات غذایی
			۰۰۳۴۸	هر روز حداقل چهار لیوان آب خوردن	
			۰۰۶۷۶	تحریک به اندازه کافی در شغل	(۱۴)
			۰۰۵۶۴	استفاده از پله به جای آسانسور یا پله برقی	تحریک روزانه
			۰۰۵۳۴	انجام کارهای خانه توسط فرد	
			۰۰۸۶۱	احساس لذت از فرار گرفتن در مقابل نور مستقیم آفتاب	(۱۵)
			۰۰۶۹۰	حمام آفتاب گرفتن	ایمنی در زمینه نور آفتاب
			۱۶۳۸/۸۴۱	ک. ام. آ	۰۰۰۰
			۲/۷۹۴	۱/۸۴۳	
			۲/۶۹۸	۱/۷۲۲	
			۲/۵۸۳	۱/۶۴۳	
			۱/۵۴۸		
			۲/۳۳۸	۱/۴۵۰	
			۲/۰۹۲	۱/۳۹۲	
			۲/۱۸۱	۱/۳۰۴	
			۱/۹۶۱	۱/۲۲۲	
			۲/۰۴۹	۱/۲۰۳	



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی