

## بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر رفتارهای بهداشتی

مسعود چلبی\*، نیلوفر سقاباشی نایینی\*\*

(تاریخ دریافت ۹۵/۰۱/۱۵، تاریخ پذیرش ۹۶/۰۲/۰۵)

**چکیده:** پژوهش حاضر کوشش می‌نماید ضمن مرور رویکردهای مختلف، با استعانت از الگوی نظری «اثر تابع رفتار»، تأثیر آرایش منابع (فرصت‌ها)ی چهارگانه جامعه (در ابعاد مادی، سیاسی، اجتماعی، و فرهنگی) را بر رفتار بهداشتی افراد مورد بررسی قرار دهد. داده‌ها از افراد ساکن در محله‌های مختلف شهر تهران (بر اساس سطوح توسعه) به تعداد مساوی با روش پیمایش جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از الگوسازی معادلات ساختاری انجام شد. نتایج نشان می‌دهند که ساکنین محله‌های توسعه‌یافته، به میزان بیش‌تری رفتارهای بهداشتی را رعایت می‌کنند. همچنین از بین مجموعه منابع موجود در جامعه، فرصت‌های اجتماعی (رابطه‌ای) و فرصت‌های فرهنگی (آگاهی بهداشتی)، بیش‌ترین تأثیر را بر رفتار بهداشتی شهروندان دارند. به‌علاوه فرصت‌های سیاسی و فرصت‌های مادی نیز به طور مستقیم و غیر مستقیم سلامت و رفتار بهداشتی افراد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند.

**مفاهیم کلیدی:** رفتار بهداشتی؛ فرصت‌های فرهنگی، فرصت‌های اجتماعی؛ فرصت‌های سیاسی؛ فرصت‌های مادی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

M.chalabi@sbu.ac.ir

N.saghabashi@gmail.com

\* استاد جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

\*\* کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی

### مقدمه و طرح مسأله

هدف مطالعه حاضر، بررسی تجربی میزان و چگونگی تأثیر منابع (فرصت‌های) چهارگانه جامعه بر رفتار بهداشتی افراد است. نوع آرایش (توزیع) و نحوه تعاملات این منابع یعنی: فرصت‌های مادی (شامل مواهب اقتصادی)، فرصت‌های سیاسی (شامل احساس امنیت و عدم ترس و تهدید)، فرصت‌های اجتماعی (شامل روابط اولیه، توأم با مضایق و مواهب مادی، عاطفی، و اطلاعاتی ناشی از برآئی<sup>۱</sup> روابط اجتماعی)، و فرصت‌های فرهنگی (شامل تفکر، تجربه، یادگیری، و یاددهی)، می‌تواند از طریق مسیرهای مختلف، رفتار بهداشتی افراد را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. پژوهش حاضر بعد از مرور اجمالی ادبیات موضوع، به معرفی الگوی نظری تحقیق می‌پردازد. به‌دنبال آن روش پژوهش معرفی، و سپس یافته‌های تحقیق گزارش می‌شوند. در پایان، خلاصه و نتیجه این مطالعه به اختصار ارائه خواهد شد.

### واکاوی ادبیات موضوع

مرور ادبیات موضوع نشان می‌دهد که برخی از تئوری‌ها و دیدگاه‌های مطرح‌شده در حوزه رفتار بهداشتی، به میزان و چگونگی تأثیر عوامل ذهنی بر رفتار بهداشتی پرداخته‌اند (نظیر نظریه خوداثربخشی، منبع کنترل سلامت روتر، مدل پنج عاملی صفات شخصیت...). در همین راستا، اسکولی (۲۰۰۹)، با تأکید بر ادغام و ترکیب نظری، پس از تعریف امید به عنوان «احساس ساخت‌یافته اجتماعی»، به طرح نظریه‌ای تحلیلی (در سطوح مختلف انتزاع) و بر مبنای سه اصل بنیادی: تعلق، تسلط، و بقا می‌پردازد که متناسب با منطق درونی هر سطح، از قابلیت تبیین عوامل مؤثر بر شکوفایی روانی و سلامت شهروندان برخوردار است.

بخش دیگری از نظریه‌های مطرح شده، رفتار بهداشتی را نتیجه رابطه متقابل فرصت‌های زندگی (موقعیت‌های فردی/ساختاری)، و انتخاب‌های زندگی (عاملیت) ابا تأکید بیش‌تر یا کمتر بر این دو بعد<sup>۱</sup> می‌دانند (ویر، ۱۹۷۸؛ گیدنز، ۱۹۸۴؛ بوردیو، ۱۹۹۲؛ کاکرهام، ۲۰۰۵؛ آنتونوسی و کاهن، ۲۰۰۷). روجاس (۲۰۰۸) نیز سلامت افراد را با مراجعه به چگونگی ساختار (آرایش) خانواده: ساختار اجتماعی و ساختار تعاونی ایه ترتیب: توزیع برابر/نا برابر مواهب مادی و رابطه‌ای<sup>۱</sup> توضیح می‌دهد. هم‌چنین مطالعات نشان می‌دهند که رفتار بهداشتی افراد با «نا برابری‌های اجتماعی - اقتصادی و (بی)عدالتی فضایی» در سطح کلان ارتباط دارد. اغلب، جوامعی که تفاوت‌های درآمدی بیش‌تری دارند و وضعیت اقتصادی اجتماعی در آن‌ها توازن بسیار اندکی داشته و محرومیت نسبی نیز در آن‌ها

1. emergence

بیش‌تر است، از وضعیت سلامت نامطلوبی برخوردارند. (کاواچی و همکاران، ۱۹۹۹؛ کندی و همکاران، ۱۹۹۸؛ دایز رکز و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از مارموت و همکار، ۱۳۸۷: ۳۱۵-۳۱۴).

لیندنبرگ با ترکیب تئوری‌های اقتصادی و روان‌شناختی، بهبودی جسمانی<sup>۱</sup> و بهبودی اجتماعی<sup>۲</sup> افراد را وابسته به میزان و نحوه توزیع منابع و فرصت‌ها در جامعه می‌داند. وی در نظریه تابع تولید اجتماعی<sup>۳</sup>، ضمن اشاره به اهداف جایگزین و منابع پنهان، امکان افزایش کیفیت زندگی؛ علی‌رغم وجود مضایق ساختاری (مانند فقدان فرصت‌های آموزشی، تفریحی، اقامتی...) را برای انسان از طریق: ارزیابی شقوق مختلف رفتاری و محاسبه هزینه/سود احتمالی، ممکن می‌داند (اورمل، ۲۰۰۲).

در چارچوب چهار کیفیت زندگی، وین‌هوون (۲۰۰۰)، ترکیب فرصت‌های زندگی<sup>۴</sup> (به‌عنوان ورودی) و نتایج زندگی<sup>۵</sup> (به‌عنوان خروجی) را با کیفیات بیرونی و درونی حائز چهار مفهوم بنیادی می‌داند: حیات‌بخشی محیط (جامعه نیک)، مطلوبیت زندگی (زندگی نیک)، توانایی زندگی فردی (سلامت فردی)، و لذت از زندگی (شادمانی). از نظر این جامعه‌شناس، قابلیت درونی افراد (سلامتی و شخصیت رشد یافته) برای بهره‌گیری از امکانات موجود در محیط، باعث کاهش نابرابری اقتصادی و رفاه مادی شهروندان، افزایش دسترسی عموم به حقوق مدنی به همراه افزایش آگاهی و شعور اجتماعی، و کاهش تراکم منزلتی (در سطح کلان) و رضایت و شادمانی بیش‌تر (در سطح خرد) خواهد بود (وین‌هوون، ۲۰۰۰).

تئوری‌های کیفیت زندگی اجتماعی<sup>۶</sup>، با تأکید بر نقش اجتماعات (در سطوح مختلف مانند: شهر، ناحیه، محله...)، رابطه مثبت بین فرد-محیط (کاهش شکاف بین شرایط موجود و ایده-آل) را منوط به تحقق دو شرط اساسی می‌دانند که منجر به توسعه اجتماعی (جماعتی)، توسعه پایدار مناطق، و افزایش بهبودی انسانی<sup>۷</sup> خواهد گردید، شامل: کیفیت عینی محیط، و احساس رضایت و خشنودی از شرایط و منابع این محیط (سیرجی، ۲۰۱۲، ۲۰۰۶). کاستانزا و همکاران (۲۰۰۷) نیز تحقق این امر را در قالب رابطه متقابل سرمایه‌های چهارگانه: اجتماعی، انسانی، [منابع] طبیعی، و انسان ساخته تبیین می‌نمایند.

1. physical well-being
2. social well-being
3. Social Production Function theory (SPF)
4. Life chances
5. Life results
6. Community Quality Of life theories (CQOL)
7. Human well-being

واراما و همکاران (۲۰۰۷) سعی در ترکیب تئوری‌های شادمانی و کیفیت زندگی کرده، و با معرفی مدل «کیفیت زندگی مراقبت محور»<sup>۱</sup> اظهار می‌کنند عامل «مراقبت» و نهادهای تأمین‌کننده آن در جامعه سهم بارزی در سلامت افراد (به‌ویژه افراد سالمندی که اتکای بالایی به خدمات درمانی/اجتماعی دارند)، و ایجاد تناسب بین نیازهای (انتظارات) فرد و فشارهای محیطی در ابعاد عینی و ذهنی خواهد داشت (واراما و همکاران، ۲۰۰۷: ۲۳۰-۲۲۹).

عامل مهم دیگری که بر رفتار بهداشتی افراد مؤثر است، آگاهی از الگوهای رفتار بهداشتی است. لایت و همکاران (۲۰۰۸)، اشاره کرده‌اند که علی‌رغم بهبود سطح عینی زندگی، آگاهی فزاینده افراد از مسائل بهداشتی منجر به بالارفتن سطح امید به زندگی گردیده است؛ به‌گونه‌ای که افراد علاقه روزافزونی به خودمراقبتی و رهایی از بیماری‌هایی پیدا کرده‌اند که در گذشته بخشی از روند طبیعی «افزایش سن»<sup>۲</sup> محسوب می‌شد (لایت و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۱۳-۱۱۲).

### الگوی نظری پژوهش: ابرتابع رفتار

مبنای پژوهش حاضر نظریه چلبی (۱۳۹۰) است. اندیشه هسته‌ای این نظریه بر این فرض استوار است که هر نوع رفتار کنشگر، اعم از فردی و جمعی، در هر سطح و هر حوزه‌ای، به کم‌وکیف و آرایش فرصت، نیاز، انتظار، و معنا وابسته است. از جمله قابلیت‌های این چهار مفهوم بنیادی تجزیه‌پذیری و ترکیب‌پذیری آن‌ها در سطوح و ابعاد مختلف اجتماعی می‌باشد؛ یعنی از یک طرف، هر کدام بر حسب مورد، قابلیت تجزیه به ابعاد و عناصر ریزتر و ترکیب مجدد را به صورت مختلف دارند. از طرف دیگر، چهار سازه مزبور می‌توانند خود به صورت مختلف با یکدیگر ترکیب شوند (چلبی، ۱۳۹۰).

در این پژوهش، توجه محوری معطوف به بعد فرصتی (منابع جامعه) بر رفتار بهداشتی افراد است. «فرصت»، موقعیت و شانس‌هایی است که یک جامعه تلاش می‌نماید برای افرادش فراهم آورد. با توجه به مفهوم چهار بعدی از انسان و جامعه، می‌توان فرصت‌های در دسترس افراد (در حوزه‌های مختلف) را به انواع عمده: فرصت‌های مادی، فرصت‌های سیاسی، فرصت‌های اجتماعی، و فرصت‌های فرهنگی تقسیم نمود. لازم به ذکر است که فقدان فرصت‌های برابر (در چهار حوزه، و به هر دلیلی)، پیامدهای گوناگونی برای کنشگران فردی و جمعی، و جامعه (در حالت کلی) خواهد داشت؛ از جمله این‌که بر سلامت و رفتار بهداشتی افراد اثر گذاشته شده و شرایط را برای یک جامعه فعال و توسعه اقتصادی و اجتماعی آن دشوار می‌سازد. توجه مطالعه حاضر معطوف بر آثار

1. care related quality of life (crQOL)

2. Growing Older

فرصت‌ها (منابع) چهارگانه یاد شده بر رفتار بهداشتی افراد است. در ادامه سازوکارهای انواع فرصت‌ها بر رفتار بهداشتی معرفی می‌شوند:

### فرصت‌های مادی و رفتار بهداشتی

فرصت‌های مادی را در ارتباط با محیط درونی و بیرونی انسان می‌توان به دو دسته عمده تقسیم کرد: مواهب زیستی - روانی (محیط درونی)، و مواهب اقتصادی (محیط بیرونی). از جمله مواهب اقتصادی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است، ابزارهای مادی زندگی مثل غذا، پوشاک، مسکن، و غیره می‌باشد. عدم دسترسی به ابزارهای معیشتی زندگی برای رفع نیازهای اصلی مثل غذا، پوشاک، مسکن، آموزش، بهداشت و غیره (متناسب با سطح توسعه جامعه) می‌تواند منجر به استیصال و انواع ناکامی شود. اگر کاستی ابزار معیشتی ناشی از نابرابری اجتماعی و مقایسه وضعیت اجتماعی خود با دیگران باشد، تولید محرومیت نسبی و احساس بی‌عدالتی می‌کند که این دو نیز تولید خشم اخلاقی می‌کنند. این نوع خشم نیز ممکن است در قالب رفتارهای خطرناک ظاهر (تخلیه) شود؛ مثل مصرف دخانیات و مشروبات الکلی (چلبی، ۱۳۹۰: ۱۰۷-۱۰۶).

### فرصت‌های سیاسی و رفتار بهداشتی

جامعه و دولت حداقل سه نوع فرصت سیاسی اشاعه‌دهنده رفتارهای بهداشتی فراهم می‌آورند: امنیت، آزادی مثبت، و نظارت بیرونی. امنیت به عنوان یکی از خیرهای جمعی معادل فراغت از تهدید (بعد عینی) و احساس آرامش یا عدم احساس ترس و تهدید از سوی محیط‌های دور و نزدیک (بعد ذهنی) است. در حالت کلی می‌توان چهار نوع امنیت را از هم تمیز داد: امنیت جانی (فراغت از تهدید جانی)، امنیت مالی (فراغت از تهدید مالی)، امنیت جمعی (فراغت از تهدید جمعی)، و امنیت فکری (فراغت از تهدید فکری). فقدان امنیت در سطوح مختلف، میزان اضطراب را افزایش می‌دهد (چلبی، ۱۳۷۵، ۱۳۹۰). این نوع فقدان می‌تواند حداقل از دو مسیر عمده بر سلامت و رفتار بهداشتی آحاد جامعه اثر بگذارد:

از طرفی، اضطراب ناشی از ناامنی در صورت مزمن شدن، سبب اختلال روانی می‌شود و این خود ممکن است احتمال رفتارهای ضد اجتماعی را برای گروه‌های اولیه افزایش دهد. اضطراب اجتماعی و ترس از دیگران که معمولاً ناشی از فقدان امنیت و وجود استبداد در سطوح مختلف است، منجر به نقض هنجار صداقت (به عنوان مهم‌ترین هنجار اجتماعی)، دروغ‌گویی، ریا، تزویر، و سایر کژرفتارهای اجتماعی می‌شود و در نتیجه میزان عدم تعین اجتماعی، و نقصان اطلاعاتی،

افزایش می‌یابد و همزمان اعتمادپذیری<sup>۱</sup> و رفتار اعتمادکنندگی<sup>۲</sup> کنشگران اجتماعی نسبت به یکدیگر و به جمع کم می‌شود. همراه با آن پیش‌بینی‌پذیری رفتار دیگران کاهش، و میزان شایعه پراکنی افزایش می‌یابد و به دنبال آن میزان همکاری و تعاون اجتماعی و کنش استراتژیک حداقل برای افق زمانی بلندمدت نیز کاهش می‌یابد.

از طرف دیگر، با افزایش دامنه و میزان اضطراب، تحریک حسی ناشی از آن از توان سطح شناختی (سطح شبکه عصبی<sup>۳</sup>) افراد کم و بیش خارج و به اصطلاح «نیروهای زیستی» به جامعه «سرریز»<sup>۴</sup> می‌شوند. با سرریز شدن «نیروهای زیستی» به درون جامعه، جو جامعه ملتهب و حسی می‌شود و افراد به جای عقلانی عمل کردن، حسی عمل می‌کنند. با غالب شدن کنش‌های حسی در جامعه، به بیان نظریه آشفتگی<sup>۵</sup>، تغییرات در جامعه غیرخطی خواهند شد و در نتیجه پیش‌بینی عقلانی آن ناممکن می‌شود. به عبارت آخری، در چنین وضعیتی پیش‌بینی رفتار چنین جامعه‌ای (در سطح کلان) و اعضای آن (در سطح خرد) چندان میسر نخواهد بود. در حقیقت، زندگی در سایه ترس مانع اساسی هر گونه سازندگی، خلاقیت پایدار، ابتکار، و خردورزی (به‌ویژه خردورزی نقادانه توأم با دوراندیشی) است. نتیجه چیزی جز حس‌گرایی، خاص‌گرایی، حساب‌گری کوتاه‌بینانه، تقدیرگرایی، فرصت‌طلبی، و طفیلی‌گری نخواهد بود. مجموع این پیامدها بر رفتار بهداشتی اثر می‌گذارد (چلبی، ۱۳۹۰: ۱۱۰-۱۰۷).

#### فرصت‌های اجتماعی و رفتار بهداشتی

فرصت‌های اجتماعی (رابطه‌ای)، در معنای محدود، امکان برقراری رابطه اجتماعی با دیگری‌اند. «رابطه اجتماعی»، عنصر اصلی تشکیل‌دهنده سرمایه اجتماعی است. ضعف و اختلال در روابط اجتماعی موجب اختلال در «ما» می‌شود. اختلال در «ما» به نوبه خود، اختلال رابطه‌ای را تشدید می‌کند؛ یعنی: پایین بودن میزان چگالی روابط اجتماعی، قربینگی روابط اجتماعی، تعدد روابط اجتماعی، شدت روابط اجتماعی، و تنوع گروه‌ها و هویت‌ها در روابط. نظریه مزبور، روابط بین کنشگران اجتماعی را در اشکال روابط اولیه، و روابط ورای گروه‌های اولیه مثل روابط انجمنی، روابط رسمی، و شبه رسمی قابل تمیز می‌داند که مبنای دو نوع سرمایه اجتماعی: سرمایه اجتماعی سنتی، و سرمایه اجتماعی جدید در سطح خرد را تشکیل می‌دهند (چلبی، ۱۳۹۳).

- 1.Trustworthiness
- 2.Trusting behavior
- 3.Neural network
- 4.Spillover effect
- 5.Chaos theory

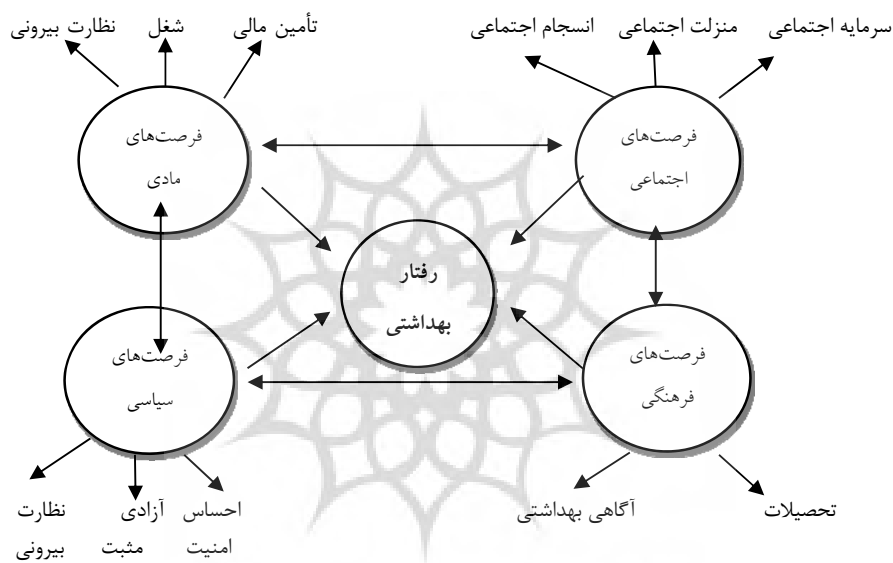
۶۸) و هرکدام از طریق سازوکارهای مختلف، اسباب سلامت فرد را مهیا می‌سازند. برای مثال، روابط اولیه (نوع سنتی سرمایه اجتماعی) که کانون توجه تحقیق حاضر را تشکیل می‌دهند، نوعاً گرم، انتشاری، مصرفی و عموماً بر اساس پیوندهای قوی استوارند. با ضعیف شدن گروه‌های اولیه، به‌ویژه خانواده و کاهش همبستگی گروهی، دلبستگی و تعلق خاطر فرد نیز نسبت به گروه کاهش می‌یابد و به دنبال ضعف در «ما»، انتظارات اجتماعی که یکی از مقومات اصلی هنجارهای اجتماعی است، کم می‌شود. به علاوه در صورتی که گروه اجتماعی، به‌ویژه خانواده از استحکام اجتماعی لازم برخوردار باشد و اعضای آن دارای پیوندهای اجتماعی قوی باشند در این صورت اعضا برای تقویت عزت نفس خود محتاج تأیید گروه می‌شوند و در همان حال گروه نیز قادر خواهد بود با تأیید یا عدم تأیید اجتماعی خود بر جهت‌دهی سلوک اجتماعی فرد اثر بگذارد. این گروه‌های اولیه (نظیر خانواده، همسایگی، اقوام، و غیره) با کاهش عدم تعین به کاهش نادانی، آرامش بیشتر، غمخواری اجتماعی، همدلی، همفکری، و مراقبت از شخص کمک می‌نمایند و او را در انجام فعالیت‌های اجتماعی، متناسباً توانمند می‌سازند. با ضعیف شدن گروه اولیه، این منبع کنترل اجتماعی، یعنی تأیید اجتماعی گروه از دست می‌رود و یکی از سازوکارهای کنترل اجتماعی بر روی شخص برداشته می‌شود (چلبی، ۱۳۹۰: ۱۱۳). نتیجه چنین وضعیتی بر رفتار بهداشتی افراد اثر سوء می‌گذارد.

#### فرصت‌های فرهنگی و رفتار بهداشتی

جوهره اصلی فرهنگ، اندیشه و محور اصلی فرایند تولید فرهنگی، تفکر است (چلبی، ۱۳۹۰). رشد و توسعه فرهنگی در جامعه موقوف به وجود شهروندانی است که قادر باشند با مراجعه به عقل و تجربه خود به تفکر و خلاقیت بپردازند. این امر زمانی امکان‌پذیر می‌شود که جامعه آن‌ها را به تفکر تشویق نماید و در همان حال به آن‌ها تفکر کردن، نظر کردن، و تجربه کردن در امور را بیاموزد (چلبی، ۱۳۹۰: ۱۱۶). همان‌گونه که قبلاً گفته شد، از موانع اصلی تفکر در جامعه و بالتبع توسعه فرهنگی، ترس، ناامنی، و استبداد است. استبداد از طریق ترس و ناامنی مزمن موجب فعال شدن نظام هیجانی (تحریکی) می‌شود. به عبارت دیگر افراد در شرایط استبدادی، کم‌وبیش بیمناک، مضطرب و نامطمئن می‌شوند. این باعث سلب «آرامش» می‌شود. نتیجه، سرریز شدن نیروهای زیستی و هیجانی به جامعه است. جوّ جامعه استبدادزده دچار هیجان‌زدگی مزمن است، به‌طوری که اکثریت شهروندان نه در وضعیتی آرامش‌بخش هستند که بتوانند به‌اصطلاح با «خونسردی» و به دور از هر گونه هیجان‌زدگی و با آسودگی فکر کنند و عقاید و اندیشه‌های خود را جهت تبادل و تعاطی به‌طور علنی ابراز دارند و نه «جوّ احساسی» جامعه چنین فرصتی را فراهم

می‌کند(همان: ۱۱۷-۱۱۶). به عبارتی جامعه با فراهم نمودن فرصت‌های فرهنگی چه در حوزه رسمی (آموزش رسمی) و چه در حوزه غیر رسمی جهت آموزش شهروندان خود زمینه را در جهت آگاهی از الگوهای بهداشتی، افزایش خودمراقبتی، و در نتیجه ایجاد یک سبک زندگی سالم برای افراد مهیا می‌سازد. این در حالی است که نبود فرصت‌های برابر به منظور فکر کردن، تجربه کردن، یاد گرفتن، و یاد دادن(انواع اصلی فرصت‌های فرهنگی)، جامعه را دچار جهل، خرافات، تقلید، و تعصب کورکورانه می‌نماید که همگی حاصلی جز گمراهی و کاهش سلامت به بار نمی‌آورند. نمودار (۱) مدل علی تحقیق بر اساس چارچوب نظری را نشان می‌دهد(همان).

بر خلاف معمول، در این پژوهش کل الگوی نظری فرضیه‌پردازی شده<sup>۱</sup> است. به عبارت دیگر آیا این مدل با داده‌های تجربی، برازش کافی دارد؟ جهت برازش مدل به لحاظ روشی از الگوسازی معادلات ساختاری استفاده می‌شود تا میزان نیکویی برازش آن مشخص گردد.



نمودار (۱): تأثیر فرصت‌های چهارگانه جامعه بر رفتار بهداشتی

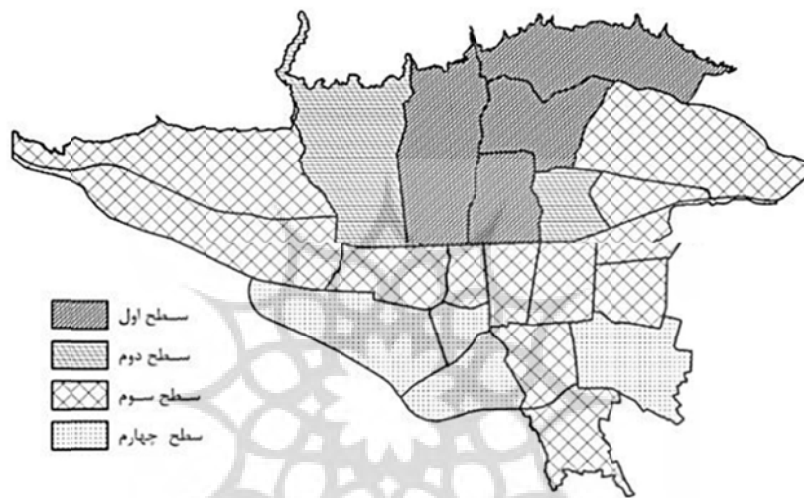
### روش‌شناسی

پژوهش حاضر، پیمایشی (خرداد ۱۳۹۳) در زمینه بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی در بین افراد عادی و بالاتر از ۱۸ سال شهر تهران با حجم نمونه ۲۵۰ نفر است. برای انتخاب

1. Hypothesized model



اعضای نمونه، از «شاخص سطح توسعه‌یافتگی مناطق شهری رفیعیان و شالی» (۱۳۹۱) استفاده گردید. این دو در مطالعه خویش با استفاده از اطلاعات آماری سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، ۳۱ شاخص را در قالب ۷ معیار اصلی (آموزش، مسکن، اشتغال، جمعیت، محیط زیست، دسترسی به اطلاعات و زیرساخت) طبقه‌بندی نمودند. سپس با بهره‌گیری از مدل AHP و نرم‌افزار EXPERT CHOISE هریک از این موضوعات هفت‌گانه را بر اساس اهمیتی که در تعیین سطح توسعه‌یافتگی داشتند، دو به دو با هم مقایسه نموده و وزن هرکدام را استخراج کردند. سپس در داخل هر معیار، زیرمعیارها نسبت به یکدیگر مورد ارزیابی و امتیازدهی قرار گرفته و پس از محاسبه ضریب ناسازگاری، وزن نهایی برای هریک از مناطق را به‌دست آوردند.



نمودار (۲): رده‌بندی مناطق تهران از نظر شاخص‌های توسعه

بر همین اساس و با استناد به نتایج تحقیق حاضر و با توجه به جدول (۱) که شامل نتایج نهایی خوشه‌بندی مناطق (با ترکیب معیارهای هفت‌گانه) است، از هرکدام از مناطق مشخص‌شده (متناسب با سطح توسعه) دو محله انتخاب کرده و به توزیع پرسشنامه‌های مرتبط، در میان ساکنین (بالای ۱۸ سال) پرداختیم.

جدول (۱): رده‌بندی مناطق تهران از نظر تلفیق شاخص‌های توسعه

سطح توسعه	مناطق (به ترتیب درجه توسعه)
اول	۲، ۱، ۳
دوم	۷، ۵
سوم	۹، ۲۰، ۱۴، ۲۲، ۱۲، ۱۶، ۱۰، ۴، ۲۱، ۱۳، ۸، ۱۱
چهارم	۱۵، ۱۷، ۱۹، ۱۸

### اندازه‌گیری متغیرهای مستقل و وابسته

- **متغیر وابسته:** رفتار بهداشتی به عنوان متغیر وابسته نهایی در تحقیق حاضر با معرف‌های: ورزش، نوع تغذیه، مصرف دخانیات و مشروبات الکلی، و رفتارهای پیشگیرانه (مانند رعایت بهداشت دهان و دندان، کنترل وزن، ...)، اندازه‌گیری می‌شود (آلفای کرونباخ = ۰/۷۰).

- **متغیرهای مستقل:** سنجش متغیرهای مستقل از طریق معرف‌سازی و سپس طرح سؤالات چند گزینه‌ای (اغلب ترتیبی) انجام شد. سؤالات به کار گرفته شده در این بخش عمدتاً برگرفته از منابعی است که قبلاً اعتبار و روایی آن‌ها تأیید شده است. بر همین اساس متغیرهای مستقل تحقیق حاضر را فرصت‌های مادی (معرف‌ها: دسترسی به ابزار معیشتی، عدم احساس بی‌عدالتی، و رفاه محله)، فرصت‌های سیاسی (معرف‌ها: احساس امنیت در ابعاد چهارگانه جانی، مالی، جمعی، و فکری)، فرصت‌های اجتماعی (معرف‌ها: اعتماد بین شخصی، حمایت اجتماعی، منزلت اجتماعی، و انسجام اجتماعی)، و فرصت‌های فرهنگی (معرف‌ها: آگاهی بهداشتی و تحصیلات رسمی) تشکیل می‌دهند.

### یافته‌های تحقیق:

#### میانگین رفتار بهداشتی بر حسب سطوح توسعه محله‌های تهران

نمونه تحقیق شامل محله‌های مختلف شهر تهران است: ۲۲/۸ درصد سطح توسعه اول (ولنجک، و سعادت‌آباد)، ۲۵/۲ درصد سطح توسعه دوم (باغ فیض، و سهروردی)، ۲۶/۴ درصد سطح توسعه سوم (منیریه، و نازی‌آباد)، و ۲۵/۶ درصد سطح توسعه چهارم (علی‌آباد، و خانی‌آباد). میانگین سنی افراد ۳۲ سال است. هم‌چنین ۴۸/۶ درصد افراد نمونه متأهل می‌باشند. میانگین رفتارهای بهداشتی محله‌های سطح توسعه اول، دوم، سوم، و چهارم در مقیاس ۱۰۰-۰ به ترتیب: ۵۹، ۶۰، ۴۴، و ۵۷ است. ارقام اخیر بیانگر آن است که ساکنین محله‌های سطح توسعه اول و دوم، نسبت به دو محله دیگر، به میزان بیش‌تری رفتارهای بهداشتی را رعایت

می‌کنند. در مورد دو بعد دیگر متغیر وابسته نیز؛ یعنی: نوع تغذیه، و ورزش، دو محله مزبور از میانگین بالاتری برخوردار می‌باشند. با این وجود ساکنین محله‌های سطح توسعه اول به نسبت سه محله دیگر، مصرف دخانیات و مشروبات الکلی بالاتری دارند (میانگین=۲۵)، دلیل این امر شاید به وجود عوامل نرم‌افزاری (نظام اجتماعی و فرهنگی)، و سخت‌افزاری (نظام اقتصادی و سیاسی) جامعه وابسته باشد که در این تحقیق (متناسب با هدف اصلی) مورد بررسی قرار نگرفت. بر اساس نتایج آزمون F نیز میانگین محله‌های مختلف از اختلاف معناداری برخوردار شد؛ به طوری که طبق نتایج آزمون دانکن<sup>۱</sup>، محله‌های سطح توسعه اول با داشتن بالاترین میانگین به تنهایی در یک دسته قرار گرفتند (زیرمجموعه اول)، و محله‌های سطح توسعه دوم، سوم، و چهارم با داشتن میانگین‌های پایین‌تر در دسته دوم جای گرفتند (زیرمجموعه دوم).

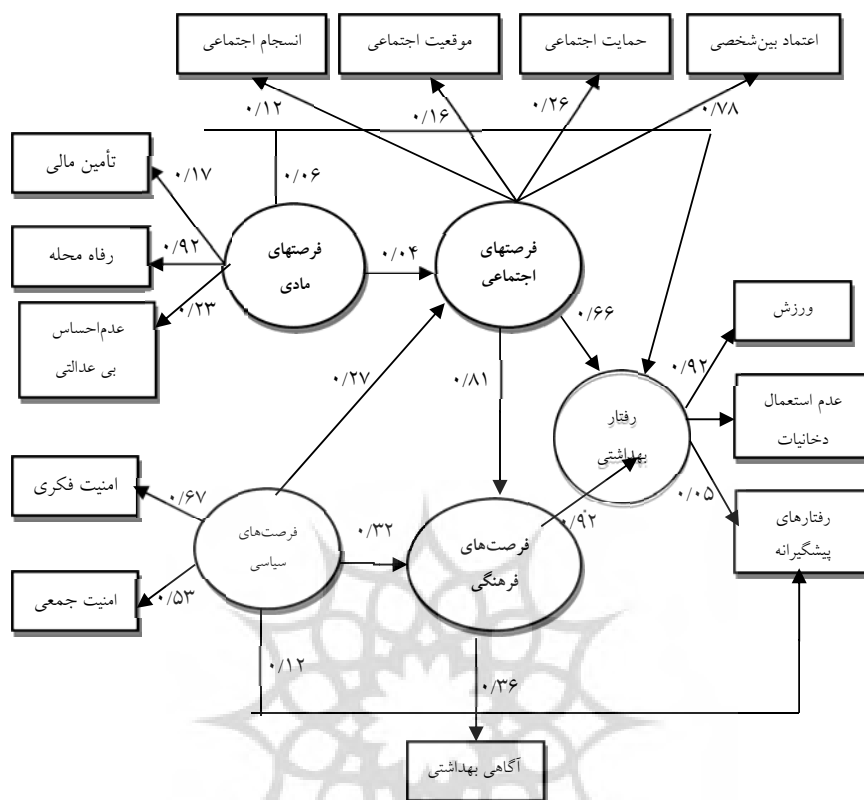
### الگوسازی معادلات ساختاری

در تحقیق حاضر برای بررسی میزان برازش تئوری پژوهش با داده‌ها از نرم افزار EQS 6.1 استفاده شد. یادآوری می‌شود که رفتار بهداشتی متغیر وابسته و متغیرهای فرصت مادی، فرصت سیاسی، فرصت اجتماعی، و فرصت فرهنگی متغیرهای نهفته و مستقل این الگو هستند (نمودار ۳). آزمون نیکویی برازش ساختار نظری عنوان شده با داده‌های مشاهده شده، حاکی از برازش نسبتاً زیاد الگوی عنوان شده با داده‌های مشاهده‌پذیر می‌باشد. در مدل حاضر معیار  $GFI=0/83$  و  $AGFI=0/78$  است. این دو شاخص هر دو بین صفر و یک متغیر هستند و هرچه عدد به یک نزدیک‌تر باشد، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده‌شده بیش‌تر است. در حال حاضر،  $RMR=0/07$  کوچک و حاکی از نیکویی برازش مدل با واقعیت است.

نتایج تحلیل معادلات ساختاری در آزمون الگوی نظری با داده‌های تحقیق نشان داد که فرصت‌های فرهنگی و فرصت‌های اجتماعی بیشترین تأثیر را بر رفتار بهداشتی داشته‌اند (ضریب استاندارد به ترتیب: ۰/۹۲ و ۰/۶۶)، و پس از آن فرصت‌های سیاسی با ضریب استاندارد ۰/۱۲، و فرصت‌های مادی با ۰/۰۶ حائز تأثیر بوده‌اند. به عبارت دیگر، رفتار بهداشتی افراد به ترتیب اهمیت تابعی از توزیع فرصت‌های فرهنگی [با تأکید بر آگاهی بهداشتی]، فرصت‌های اجتماعی [با تأکید بر اعتماد بین‌شخصی، حمایت اجتماعی، موقعیت اجتماعی، و انسجام اجتماعی]، فرصت‌های سیاسی [با تأکید بر احساس امنیت فکری، و جمعی] و فرصت‌های مادی [با تأکید بر رفاه مادی محله، عدم احساس بی‌عدالتی، و تأمین و کفایت مالی]، است. با این حساب می‌توان انتظار داشت که اگر

1. Duncan test

سطح فرصت‌های چهارگانه مزبور به طور برابر در اختیار تمام اعضای جامعه قرار بگیرد، میزان سلامت و رفتار بهداشتی افراد به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش خواهد یافت.



chi-square=۴۵۸/۶۰۹ R.M.S= ۰/۰۸ P=۰/۰۰۰ CFI=۰/۸۴

نمودار (۳): مدل عوامل اجتماعی مؤثر بر رفتار بهداشتی

هم‌چنین لازم به ذکر است که چهار متغیر مستقل فرصت‌های مادی، فرصت‌های سیاسی، فرصت‌های اجتماعی، و فرصت‌های فرهنگی همگی اثر مستقیم بر رفتار بهداشتی دارند. از طرف دیگر طبق آنچه در الگوی نظری پیش‌بینی شده است، فرصت‌های سیاسی بر فرصت‌های اجتماعی و فرهنگی، و فرصت‌های مادی بر فرصت‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارند. فرصت‌های اجتماعی نیز به نوبه خود سهم بارزی در تبیین فرصت‌های فرهنگی (آگاهی بهداشتی) دارند.

### خلاصه و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تجربی عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی با مراجعه به شبکه توزیع منابع (فرصت‌های) جامعه در حوزه‌های چهارگانه با بهره‌گیری از نظریه «ابر تابع رفتار» در میان ساکنین محله‌های مختلف شهر تهران (بر حسب سطوح توسعه) انجام شد. طبق نتایج به‌دست‌آمده، به‌طور متوسط میزان رفتار بهداشتی در محله‌های توسعه‌یافته به‌دلیل تراکم بیش‌تر امکانات و منابع گوناگون، نسبت به محله‌های توسعه‌نیافته بالاتر می‌باشد. مطابق پیش‌بینی‌های چارچوب نظری، نبود فرصت‌ها (منابع) کافی در حوزه‌های گوناگون یا توزیع نابرابر آن‌ها در میان افراد، می‌تواند منجر به کزرفتاری و سایر رفتارهای خطرآفرین برای سلامت و رفتارهای بهداشتی گردد به‌طوری‌که طبق نتایج تحقیق و به ترتیب میزان تأثیر:

در حوزه فرصت‌های فرهنگی، فقدان فرصت‌های برابر آموزشی و منابع اطلاعاتی، موجب جهل، تعصب و تقلید کورکورانه، و خرافه می‌گردد. در نتیجه افراد آگاهی کافی از الگوهای رفتار بهداشتی پیدا نکرده و با کاهش اهمیت به حفظ سلامتی خود، به‌طور عمدی و یا غیرعمدی زمینه کاهش کیفیت زندگی خویش را فراهم می‌نمایند.

در حوزه فرصت‌های اجتماعی، در تحقیق حاضر «روابط اولیه در خانواده» عامل تعیین‌کننده سلامت افراد در نظر گرفته شده است. به‌طوری‌که سست شدن روابط اولیه و کاهش همبستگی، منجر به عدم تعلق (دلبستگی عاطفی)، عدم انتظار اجتماعی، عدم هویت جمعی، و عدم تأیید اجتماع گردیده که همگی شرایط را برای کاهش رفتارهای بهداشتی افراد فراهم می‌نمایند.

در حوزه فرصت‌های سیاسی، کاهش احساس امنیت در ابعاد: فکری و جمعی، باعث اضطراب و سلب «آرامش» اعضای جامعه می‌گردد. نتیجه نهایی این امر: افزایش عدم تعین اجتماعی، نقصان اطلاعاتی، ضعف اعتماد بین‌شخصی، حس‌گرایی، و کوته‌بینی است که بر رفتار بهداشتی افراد اثر سوء می‌گذارد.

در حوزه فرصت‌های مادی، عدم دسترسی به ابزارهای مادی زندگی مثل غذا، پوشاک، مسکن، و غیره، و زندگی در محیطی با منابع و امکانات محدود آکه خود وابسته به وضعیت مادی افراد است، منجر به احساس محرومیت، و بی‌عدالتی نسبی می‌گردد. در چنین وضعیتی افراد احساس حقارت، کوته‌بینی، خصومت، و حسادت کرده و خشم و غضب اخلاقی خود را در قالب رفتارهای مضر برای سلامت (مانند استعمال دخانیات و مشروبات الکلی) تخلیه می‌نمایند.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر حکایت از این دارند که روابط اولیه و حمایتی در خانواده در ابعاد مختلف معرفتی (راهنمایی و آموزش)، مادی (کمک اقتصادی)، و عاطفی (همدردی) می‌تواند اثر کاهنده و مؤثری بر رفتارهای خطرزا داشته باشد. از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی میزان تفاوت تأثیر خانواده بر رفتارهای بهداشتی افراد به تفکیک محله‌های

گوناگون، مورد بررسی قرار گیرد. همچنین واکاوی معیارهای مختلف در ارزیابی کیفیت زندگی در هر یک از محله‌ها (بر حسب سطوح توسعه) به‌طور جداگانه می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. برای مثال با توجه به یافته‌های تجربی پیشین، در محله‌های توسعه‌نیافته شاخص‌های زیرساخت (برخورداری واحدهای مسکونی از امکانات و تسهیلات) و ویژگی‌های جمعیتی (مانند تراکم جمعیت، ...)، وضعیت مطلوب‌تری نسبت به شاخص‌های آموزشی، بهداشتی، رفاهی، ... دارد، از این‌رو بررسی جداگانه هر یک از محله‌ها با توجه به شاخص‌های مختلف (مانند آموزش، اشتغال، مسکن، دسترسی به اطلاعات، محیط زیست، ...) می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در مورد تأثیر متغیرهای محیطی بر سلامت و رفتار بهداشتی افراد در اختیار محقق قرار دهد.

بنابراین و با احتیاط می‌توان گفت که یافته‌های تجربی همگی پیش‌بینی‌های چارچوب نظری را تأیید می‌کنند. با در نظر گرفتن این یافته‌ها، و با توجه به ویژگی ناهمگونی و نابرابری فضایی در کلان‌شهر تهران که منجر به توزیع منابع و امکانات به نفع مناطق و محله‌های توسعه‌یافته‌تر شده است، می‌توان پیشنهادهایی را در سه سطح خانواده، محله، و جامعه به‌صورت زیر مطرح نمود:

۱. ارائه اطلاعات و آگاهی در مورد الگوهای رفتار بهداشتی توسط والدین به اعضای خانواده از سنین پایین، و با ایجاد محیط عاطفی و گرم تعاملی در عین نظارت درونی بر رفتارها، زمینه را برای پرورش شخصیت سالم و فعال اعضا فراهم نمایند.

۲. تقویت ارتباط و اعتماد متقابل بین اعضای خانواده توسط والدین، به‌گونه‌ای که اعضا بتوانند به راحتی مسائل و مشکلات خود را مطرح نمایند. این امر مانع تخلیه و سرریز هیجان‌ها برای افراد به رفتارهای خطرناک می‌گردد.

۳. با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر در زمینه اهمیت «دسترسی به اطلاعات» توصیه می‌شود، افرادی که در یک محله ساکن هستند از طریق رابطه با همسایگان و ایجاد انجمن‌ها و سازمان‌های داوطلبانه غیر دولتی، در عین انتشار اطلاعات در زمینه رفتارهای بهداشتی زمینه را برای ارتباط متقابل و تقویت سرمایه اجتماعی در سطح محله فراهم نمایند.

۴. تلاش جهت افزایش امنیت محله‌ها، به ویژه محله‌های توسعه‌نیافته از سوی صاحبان امر که در طی آن افراد احساس آرامش و آسایش درونی نموده و بتوانند به راحتی و بدون هیچ ترسی، حتی شب‌هنگام به فعالیت و تفریح در فضای بیرون بپردازند.

۵. ایجاد فضایی برای تعامل و انتقال آزادانه افکار و فعالیت‌های گوناگون

۶. تقویت و حفاظت از حرمت و شأن انسانی و افزایش منزلت اجتماعی او در سطوح مختلف توسط دولت و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی.

۷. توزیع فرصت‌های برابر بهداشتی، آموزشی، تفریحی، ... برای همه محله‌ها توسط دولت و جامعه بزرگ‌تر.

۸. توزیع عادلانه‌تر ثروت و درآمد.

در خاتمه ذکر این نکته لازم است که می‌توان علاوه بر سازه فرصت، از سایر مفاهیم پیشنهادی نظریه ابر تابع رفتار (نیاز، انتظار، معنا) و ترکیب آن در توابع مختلف (ترکیب‌های دوتایی، سه‌تایی، چهارتایی) برای تبیین سلامت و رفتار بهداشتی افراد در سطوح فردی و جامعه‌ای (متناسب با نفع معرفتی و امکانات پژوهشی) استفاده نمود.

### منابع

چلبی، مسعود (۱۳۹۰)، *به‌طرف یک نظریه عمومی کثرت‌فشاری اجتماعی*، در تحلیل اجتماعی در فضای کنش، تهران: نشر نی.

چلبی، مسعود (۱۳۹۳)، *تحلیل نظری و تطبیقی در جامعه‌شناسی*، تهران: نشر نی.

چلبی، مسعود (۱۳۷۵)، *جامعه‌شناسی نظم، تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی*، تهران: نشر نی.

رفیعیان، مجتبی و محمد شالی (۱۳۹۱) «تحلیل فضایی سطح توسعه‌یافتگی تهران به تفکیک مناطق شهری»، *مدرس علوم انسانی-برنامه‌ریزی و آمایش فضا*، دوره شانزدهم، شماره ۴.

مارموت، مایکل و ریچارد ویلکینسون (۱۳۸۷) *مؤلفه‌های اجتماعی سلامت*، ترجمه علی منتظری، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

Antonucci, Toni C. and Kristine J.A (2007), Social Resources, in Quality of Life in Old Age, ed.by Ed Diener and et al, *Social Indicators Research*, Vol. 31

Cockerham, William C (2005), ‘Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure’, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46, pp:51-67

Costanza, Robert, et al (2007), ‘Quality of Life: an Approach Integrating Opportunities, Human Needs and Subjective Well-being’, *Ecological Economics*, 61: pp.267-276

Layte, Richard and et al (2008), Health and Health Care in Quality of Life in Ireland, ed. by Tony Fahey and Helen Russell and Christopher T. Whelan, *Social Indicators Research*, Vol. 32

Ormel, Juhan (2002), *Social Production Function Theory as an Heuristic for Understanding Developmental Trajectories and Outcomes in Paths to Successful Development Personality in the Life Course*, Cambridge, Cambridge University Press.

Rojas, Mariano (2008), ‘Intra-Household Arrangements and Health Satisfaction evidence from Mexico’, UNU-WIDER

Scioli, Anthony and Henry B.Biller (2009), *Hope in the Age of Anxiety*, New York, Oxford University Press.

Sirgy, Joseph M (2012), The Psychology of Quality of Life, *Social Indicators Research*, Vol. 50

- Sirgy, Joseph M and Don Rahtz (2006), A Measure and Method to Access Subjective Community Quality of Life, in Community Quality of Life Indicators, ed.by Ed Diener and et al, *Social Indicators Research*, Vol. 28
- Vaarama,Marja and et al (2007), Care-Related Quality of Life: Conceptual and Empirical Exploration, in Quality of Life in Old Age, ed.by Ed Diener and et al, *Social Indicators Research*, Vol. 31
- Veenhoven, Rutt (2000), ‘The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of The Good Life’, *Journal of Happiness Studies*, Vol. 1, pp:1-39.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی