

سبک زندگی سلامت‌محور در بین گروه‌های مختلف سنی

مطالعه‌ای در شهر سمنان

آذر درویش*، سهیلا علیرضائزاد**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۱۰

چکیده

پرسش اصلی این مقاله آن است که آیا درک از سلامت در نزد بزرگسالان و جوانان متفاوت است؟ رفتار سلامتی در این دو گروه سنی به چه شکلی ظاهر می‌شود؟ برای پاسخ به این پرسش از روش داده بنیاد و تکنیک مصاحبه نیمه ساخت یافته با ۳۴ نفر جوان و بزرگسال در شهر سمنان، استفاده شد. این پژوهش در دو محله با سطوح متفاوت از رفاه اقتصادی انجام شده است. شیوه نمونه‌گیری با روش نمونه‌گیری هدفمند آغاز شد و حجم نمونه با اشباع نظری مشخص شد. یافته‌های پژوهش نشان از وجود چهار مقوله اصلی بهداشت، سلامت، درک از زندگی و رفتار درمانی در فهم رفتار سلامتی دارد. با توجه به مقوله‌ها و زیرمقوله‌های شناسایی شده، چهار پارادایم اصلی شناسایی شد. این پارادایم‌ها عبارت‌اند از ۱. الگوی پارادایمی رفتار سنتی، ۲. الگوی بدن زیبا و متناسب، ۳. الگوی بدن به‌مثابه ابزار، ۴. الگوی بازگشت به طبیعت. جوانان عمدتاً در گروه سنی بدن زیبا و متناسب دیده می‌شوند. پیامد شرایط در این الگو ظهور بیماری ثانویه و مصرف نمایی کالاهای درمانی-بهداشتی است. بزرگسالان عمدتاً در الگوی بدن به‌مثابه ابزار قرار می‌گیرند. عمل‌گرایی در این الگو مسلط است و پیامد شرایط آن منجر به استفاده هم‌زمان از همه کالاهای درمانی-بهداشتی عرضه شده توسط طب سنتی و مدرن است. تناقض در رفتار سلامتی در این پارادایم بسیار شدید است. نقش سرمایه فرهنگی در همه پارادایم‌ها در عوامل علی دیده می‌شود. سرمایه اقتصادی عمدتاً در تجربه مواجهه با بیماری صعب‌العلاج بسیار پررنگ می‌شود؛ اما سطوح سرمایه اقتصادی در پارادایم‌های مختلف به‌مثابه عامل زمینه‌ای بازنمایی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: رفتار سلامتی، جوانان، بزرگسالان، سرمایه جسمی، سبک زندگی

* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

azardarvish@yahoo.com

** دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول).

soal802001@gmail.com

بیان مسئله

برخورداری از سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی متفاوت فرد در جامعه است. همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل اجتماعی خود را انجام دهند که هم شخصاً خود را سالم دانسته و هم جامعه آن‌ها را برخوردار از سلامتی بدانند. سلامتی در جامعه مدرن به‌مثابه جزئی ضروری از رفاه اجتماعی و به‌مثابه یک حق بشری فهمیده می‌شود. سلامت یکی از شش قلمرو اصلی رفاه اجتماعی است (اعتمادی و رفیعی، ۱۳۷۹: ۳۵۱). سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۰) در تعریف سلامت می‌گوید: سلامت حالتی از تندرستی^۱ کامل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است. سلامتی صرفاً به معنای فقدان بیماری یا ناتوانی نیست. نکته مهم آن است که در این تعریف اهمیت ویژه‌ای برای وجه اجتماعی سلامتی قائل شده‌اند. اما شایان توجه است که مفهوم سلامتی همواره در ارتباط با مفهوم بیماری قرار دارد. بیماری نیز علاوه بر وجه جسمی، دارای ابعاد اجتماعی است.

از نظر پارسونز کسی که دچار بیماری می‌شود، ضمن اینکه از بر عهده گرفتن مسئولیت شرایط خود، به دلیل خارج از کنترل بودن آن، معاف می‌شود؛ از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است (سگالن، ۱۹۷۶: ۱۶۲). فردی که از سلامتی برخوردار نیست علاوه بر عدم فعالیت اجتماعی، احتمالاً انتظار حمایت از سوی جامعه را خواهد داشت. بر اساس معیار کارکردی، سلامتی معادل توانایی به عهده گرفتن نقش‌های اجتماعی است (جوهری، ۱۳۸۴: ۷۲-۴۵). فرد در هنگام عدم سلامت نیاز به دریافت حمایت اجتماعی داشته و قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی خود نخواهد بود. بدین ترتیب عدم سلامتی افراد-در ابعاد وسیع و طولانی‌مدت- می‌تواند به‌مثابه یک مسئله اجتماعی ظاهر شود. سازمان بهداشت جهانی در منشور اتاوا^۲ در مورد ارتقای سلامت می‌گوید که سلامتی سرمایه زندگی روزمره انسان‌ها است، نه مقصود آن. سلامتی مفهومی مثبت است که بر سرمایه‌های اجتماعی و فردی، و هم‌چنین ظرفیت‌های جسمی مبتنی است (Burton, 2010: 12).

1. well- being
2. Ottawa Charter

از نظر کالدول^۱ سلامت و گذار سلامت، عمدتاً بر چگونگی رفتار افراد، در خانواده یا اجتماعات محلی متمرکز است (جانسون، ۲۰۰۰: ۵۲-۳۲). در طبقات یا گروه‌های مختلف اجتماعی، رفتارها و نحوه عکس‌العمل افراد به هنگام بیماری متفاوت است (محسنی، ۱۳۸۵: ۱۹۱). به‌درستی معلوم نیست که آیا تفاوت‌هایی که در نوع مراجعه گروه‌های اجتماعی برای مداوا و استفاده از خدمات پزشکی وجود دارد، می‌تواند تفاوت در وضعیت سلامت اعضای این گروه‌ها را توجیه کند یا خیر (قدرتی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۴۴). افراد در طول زندگی بارها اجتماعی و باز اجتماعی می‌شوند. از این رو احتمالاً با دگرگونی در شرایط جسمی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، رفتار سلامتی در نزد آنان متفاوت است. افراد در سنین مختلف، بدن خود را به نحو متفاوتی درک می‌کنند. شرایط زندگی اقتصادی آنان و نیز تحولات آن در دوره‌های مختلف سنی، موجب باز اجتماعی شدن آنان می‌شود. بر این اساس به‌ویژه در دوران مدرن، می‌توان انتظار داشت که فهم افراد از سلامتی در دوره‌های مختلف جوانی و بزرگسالی متفاوت بوده و رفتار آن‌ها در سلامتی و بیماری متفاوت می‌باشد. از این رو پرسش اصلی این مقاله آن است که آیا درک از سلامت در نزد بزرگسالان و جوانان متفاوت است؟ رفتار سلامتی در این دو گروه سنی چگونه ظاهر می‌شود؟

اهمیت و ضرورت پژوهش گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی سلامت و رفاه در گسترده‌ترین معنای آن، جزء موضوع‌های مورد علاقه و قابل توجه کلیه انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری است. اگرچه مفاهیم سلامتی، ذهن و بدن در مکان‌ها و زمان‌های مختلف، متفاوت بود؛ اما در تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، این مفاهیم نقشی اساسی را در شکل‌گیری تجارب زندگی انسان ایفا کرده است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۷: ۵۰). سلامت بنیادی است که همه کوشش‌های انسان در بستر آن شکل می‌گیرد و

در صورت وجود سلامت در سطحی قابل قبول، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره گرفته و درعین حال نقش خود را به‌مثابه اعضای جامعه ایفا نمایند. بر این اساس عجیب نیست که انسان سالم به‌عنوان محور توسعه پایدار معرفی شده است. جوامع مدرن خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم در رسیدن به توسعه همه‌جانبه هستند. از این‌رو بدیهی است که بررسی و تبیین مؤلفه‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، از وظایف محققان و فعالان عرصه سلامت است. افراد در دوره‌های مختلف سنی بدن خود و به تبع آن سلامتی را به گونه متفاوتی درک می‌کنند. تمایلات و نیازهای افراد در دوره‌های مختلف سنی از زندگی متفاوت است. تغییرات اجتماعی انتظارات افراد از بدن و از سلامتی را در خلال زمان دگرگون کرده است. بدین ترتیب افراد در گروه‌های مختلف سنی، احتمالاً سلامت و بیماری را به شیوه متفاوتی درک کرده و با آن مواجهه می‌شوند. آگاهی از این امر بر سیاست‌گذاری نظام درمان بسیار مؤثر خواهد بود. از فواید این پژوهش می‌توان به نمایش ربط وثیق سلامت با رفاه اجتماعی، اشاره کرد. با توجه به این که سلامت را نمی‌توان به نبود بیماری تقلیل داد، کیفیت زندگی و امید به زندگی در رده‌های مختلف سنی، دو وجه کیفی و کمی سلامت را تشکیل می‌دهند که نهایی برای آن‌ها متصور نیست. از این‌رو پژوهش‌های مانند این پژوهش انجام نشود، ابعاد مهمی در کمیت و کیفیت زندگی نادیده گرفته خواهد شد.

پیشینه پژوهش

بسیاری از مطالعات درباره سلامت، خارج از فضای علوم اجتماعی انجام شده است. گروهی از پژوهشگران از منظر تأثیرات اقتصادی مواجهه با نظام سلامت، به آن پرداخته‌اند. همچنین گروهی از پژوهشگران که عمدتاً از جمله پرستاران و پزشکان هستند، به بررسی امر سلامتی در نزد کهنسالان پرداختند. به‌عبارت‌دیگر توجه به سن در رفتار سلامتی، عمدتاً به توجه به سالمندان مدنظر قرار گرفته است.

حیبی سولا و همکاران (۱۳۸۵) در مقاله‌ای با عنوان «رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط در سالمندان» با هدف تعیین رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندی به این امر پرداختند. این پژوهش در نمونه‌ای شامل ۴۱۰ نفر از سالمندان ساکن غرب شهر تهران به روش پیمایش انجام شد. این پژوهش روی رفتارهای خاصی مثل نکشیدن سیگار، مصرف نکردن الکل و غیره متمرکز بود. این پژوهشگران، این رفتارها را با توجه به جنس، سن، سطح تحصیلات و وضعیت سلامت فعلی بررسی کردند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که سن به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار با برخی از رفتارها همبستگی دارد. همچنین رفتار کنترل سلامت با سن در ارتباط بود.

در رویکردی متفاوت کرمی و همکاران (۱۳۹۴) در مقاله‌ای به نام «بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز» به بررسی سبک زندگی سلامت‌محور در بین گروهی از جوانان پرداختند. این پژوهش نیز به روش پیمایش انجام شده است. حجم نمونه معادل ۸۰۰ نفر انتخاب شد. اگرچه این مطالعه بر روی جوانان متمرکز بود اما یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان بر حسب جنسیت، سن، قومیت، وضعیت تأهل و نوع دانشگاه متفاوت است. متأسفانه پژوهشگران توضیحی درباره چگونگی تأثیر نوع دانشگاه ارائه نکردند اما سن حتی در بین جوانان دانشجوی به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار وارد شد.

یزدی فیض‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶) در مقاله‌ای تحت عنوان «تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: مرور کوتاهی بر نقدها و ضرورت یک تغییر پارادایم» با استفاده از روش فرا تحلیل به نقد تعاریف موجود درباره مفهوم سلامت و نیز ثبات تعریف ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت پرداخته و بر این باور است که فهم از بهداشت نیاز به پارادایم جدیدی دارد. مباحثی مانند شرایط اقتصادی، انتظارات مردم، نظام فن‌آور محور، از جمله مواردی است که به‌زعم نویسندگان ضرورت یک پارادایم جدید را مطرح می‌کند.

بنی جمالی (۱۳۹۵) با روش فرا تحلیل به نگارش مقاله‌ای تحت عنوان «بهداشت و سلامت جوانان، بررسی وضعیت و چالش‌ها» تلاش کرده است تا به این پرسش پاسخ دهد که چرا علی‌رغم اهمیت امور بهداشتی در جامعه مدرن، به سلامت و بهداشت جوانان چندان توجه نمی‌شود. او معتقد است که تعریف سلامت و بهداشت در نزد بزرگسالان و جوانان متفاوت است. این پژوهش نشان می‌دهد که سن، جنس و طبقه مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های وضعیت سلامت جوانان است. درحالی‌که اثر شرایط اقتصادی-اجتماعی بر تغذیه بیشتر است، اثر متغیرهای دیگر از جمله جنسیت و سن بر تصور از بدن و بهداشت پوست و مو و حتی رفتارهای پرخطر، تعیین‌کننده‌تر است. به‌زعم نویسنده دو دیدگاه اثر سبک زندگی و خطای شناخت‌شناسانه مدرنیته متأخر، در فهم این پدیده با یکدیگر رقابت می‌کنند.

توجه به سن در مطالعات خارجی نیز در حوزه پزشکی دیده می‌شود. در این مطالعات به‌جای توجه به سلامتی عمومی، معمولاً به حوزه‌های تخصصی سلامت پرداخته شده است. مثلاً^۱ (۱۹۹۳) در مقاله‌ای به نام «سن و فرهنگ: تأثیرات بر رفتار سلامت دهان» به رفتار سلامت دهان پرداخته و آن را تحت تأثیر سن، جنس، باروهای بیمار، ویژگی‌های فرهنگی و همچنین مسائل اقتصادی می‌داند.

کیوری^۲ و همکاران (۱۹۹۹) در یک گزارش بین‌المللی به نام سلامت و رفتار سلامتی در بین جوانان در سن مدرسه با انجام یک پیمایش به وضعیت سلامتی و رفتار سلامتی جوانان در کشورهای توسعه‌یافته پرداخته است. این اثر که توسط سازمان جهانی بهداشت منتشر شده است، به تأثیرات سلامت و رفتار سلامتی بر هم و همچنین فاکتورهایی که ممکن است بر آن‌ها اثر بگذارد، می‌پردازد. تجارب در مدرسه، رابطه با والدین، پایگاه اجتماعی-اقتصادی و انگاره از بدن چهار حوزه اصلی تمرکز در این پژوهش بود. توصیه‌هایی برای سیاستمداران ارائه می‌دهد. این اثر همچنین به مقایسه رفتار سلامتی در جوانان و بزرگسالان می‌پردازد.

-
1. Kiyak Ha
 2. Currie

لینچ^۱ و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی به نام «چرا مردم فقیر، فقیرانه رفتار می‌کنند؟» تغییر در رفتار سلامتی بزرگسالان و ویژگی‌های روانی-اجتماعی به‌وسیله دوره زندگی اجتماعی اقتصادی^۲ تلاش کردند تا تأثیر نابرابری‌های اقتصادی اجتماعی در سلامتی را در افراد مسن بفهمند. این پژوهش که در فنلاند انجام شد، حکایت از آن دارد که رفتار سلامتی افراد بزرگسال و جهت‌گیری‌های روانی-اجتماعی این افراد در پیوند با موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی آنان در خلال دوره زندگی، است. آن‌ها بر این باورند که سیاست اقتصادی، سیاست سلامتی عمومی است.

بدیهی است که در پژوهش‌های بررسی‌شده، مفاهیم متفاوتی از قبیل «رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت»، «سبک زندگی سلامت‌محور»، «سلامت» و «رفتار سلامتی» مطالعه‌شده است. این مفاهیم در ادبیات نظری نیز دیده شدند که در بخش‌های بعدی مورد مذاقه قرار می‌گیرد. نکته مهم آن است که در این پژوهش همه مفاهیم به‌مثابه حساسیت نظری مدنظر قرار گرفته است.

مروری بر نظریات و مفاهیم

سازمان جهانی بهداشت رفاه اجتماعی را به‌مثابه شرایطی که در آن خشنودی انسان در زندگی مطرح است، تعریف می‌کند. رفاه اجتماعی شامل مجموعه سازمان‌یافته‌ای از قوانین، مقررات و سیاست‌ها است که در قالب موسسه‌ای رفاهی و نهادهای اجتماعی به‌منظور پاسخ‌گویی به نیازهای مادی و معنوی و تأمین سعادت انسان‌ها است؛ تا بستری برای رشد و تعالی افراد در جامعه ایجاد کند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۷: ۴۹). بنابراین رفاه اجتماعی در هر جامعه از اساسی‌ترین نیازهای اجتماعی است که افراد جامعه باید از آن برخوردار باشند. سلامت و رفاه در گسترده‌ترین معنای آن، عمیقاً در پیوند با یکدیگر هستند (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۰: ۵؛ اعتمادی و رفیعی، ۱۳۷۹: ۳۵).

1. Lynch
2. Socioeconomic lifecourse

لینچ، کاپلان و همکاران بر این باورند که وجود تأثیر نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی بر سلامتی به‌درستی تشخیص داده شده است. آن‌ها بر این باورند که فاکتورهای رفتاری از قبیل کشیدن سیگار، فعالیت‌های بدنی، و رژیم غذایی در مردمی با سطوح مختلف اقتصادی اجتماعی به شکل‌های مختلفی دیده می‌شود. آن‌ها همچنین متذکر می‌شوند که ویژگی‌های روانی-اجتماعی از قبیل افسردگی و خصومت بدبینانه^۱ در تجزیه و تحلیل وضعیت مردمی که در انتهای سلسله‌مراتب سلامتی قرار دارند، مدنظر قرار گرفته است (Lynch et al, 1997: 809).

سلامتی معناهای مختلفی دارد. سلامت و رفاه اجتماعی در طی سالیان از مفهوم انفرادی به یک هدف جهانی تبدیل شده است (هزارجریبی، همان: ۵۰). سلامت دارای ابعاد مختلفی از جمله جسمی، معنوی، روانی و اجتماعی است (موسوی، ۱۳۹۴؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۷؛ Larson, 1993). پندر^۲ معتقد است که سلامتی به معنای محقق ساختن پتانسیل‌های انسانی که فرد آن را از طریق ارث به دست آورده یا در خلال زندگی کسب کرده است، می‌باشد. او متذکر می‌شود که سلامتی از طریق رفتار هدفمند^۳، مراقبت از خود به‌طور شایسته^۴، و روابط رضایتمندانه با دیگران به دست می‌آید (Pender, 2011: 5).

از نظر او سلامتی یک تجربه در تطور است. او بیماری را عبارت از رخدادهای گسسته‌ای^۵ می‌داند که در طول عمر فرد به‌صورت کوتاه‌مدت یا بلندمدت رخ می‌دهد. به نظر می‌رسد که در نگاه او، فرد از طریق رفتار سلامتی، مبارزه پیوسته‌ای را برای سلامتی در طول زندگی تداوم می‌بخشد و درمان بیماری می‌تواند با اتکای به رفتار سلامتی تسهیل‌شده و یا به‌مثابه مانع عمل کند (Ibid). رفتار سلامتی با کیفیت زندگی فرد مرتبط است (pender, 2002: 57). در این تعریف از سلامت، نقش جامعه و دولت به‌صورت

-
1. Cynical Hostility
 2. Pender
 3. Goal-directed behaviour
 4. Competent self-care
 5. Discrete events

غیرمستقیم با توانمندسازی فرد برای نیل به یک زندگی با کیفیت و محقق ساختن پتانسیل‌های وجودی او دیده می‌شود. او همچنین رفتار سلامتی را با عنوان رفتارهای ارتقادهنده سلامت معرفی می‌کند. در این مسیر فرد تصمیماتی اتخاذ می‌کند که او را برای کنش مبتنی بر رفتار سلامتی آماده و مهیا می‌سازد (Pender, 2011: 5). با مدرن شدن جوامع، انتظار می‌رود که رفتار سلامتی افراد تغییرات بسیاری را به نمایش گذارد. این تغییرات معمولاً خود را در سبک زندگی افراد به نمایش می‌گذارد.

سبک زندگی

شاید بتوان گفت که مفهوم سبک زندگی از اندیشه وبر برخاسته است. ظاهراً در اندیشه او سبک زندگی در قالب دوگانه انتخاب‌ها و شانس‌ها ظاهر می‌شود (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۶۵-۶۶). شانس‌ها و انتخاب‌ها تحت تأثیر سرمایه اقتصادی و فرهنگی فرد قرار دارد. مفهوم سبک زندگی به‌طور معمول برای بیان شیوه‌هایی به کار می‌رود که طی آن زندگی روزمره آفریده می‌شود. «مفاهیم شیوه زندگی و سبک زندگی می‌توانند به‌عنوان مکمل یکدیگر در نظر گرفته شوند.» (لغت‌نامه آمریکا هریتیج، ۲۰۰۴). بوردیو معتقد است که سبک زندگی «جهان ویژگی‌هایی [است] که دارندگان موقعیت‌های مختلف از طریق آن‌ها خود را از دیگران متمایز می‌سازند، خواه قصد این کار را داشته باشند، خواه نداشته باشند» (بوردیو، ۱۳۹۰: ۳۴۱). از طریق سبک‌های زندگی، نظام‌های مختلف سلیقه‌ها به منصفه ظهور می‌رسد.

مطابق مدلی که بوردیو ترسیم می‌کند، شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید «عادت‌واره» یا «منش» خاص او منجر می‌شود (جلائی پور، ۱۳۹۲: ۳۳۰-۳). بوردیو نشان می‌دهد که سبک‌های زندگی محصول منش‌ها و خود منش‌ها نیز تابعی از انواع تجربه‌ها هستند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۴۵). بوردیو چهار نوع سرمایه را شناسایی می‌کند اما مهم‌ترین سرمایه از نظر او سرمایه اقتصادی است (ریترز، ۱۳۷۴: ۷۲۵). او متذکر می‌شود که سبک زندگی و نحوه مصرف فرد، صرفاً برحسب میزان سرمایه اقتصادی قابل توضیح

نیست؛ بلکه میزان سرمایه فرهنگی فرد نیز در شیوه‌های متمایز مصرف مؤثر است. در اینجا منش به مثابه یک نظام درون‌نیشده از خلق و خوها و کردارها ظاهر می‌شود که بورديو آن را «ناخودآگاه فرهنگی» می‌نامد. به‌طور کلی می‌توان گفت که فضای موقعیت‌های اجتماعی به‌واسطه فضای منش‌ها به فضای «موضع‌گیری‌ها» تبدیل می‌شود. هر مجموعه از موقعیت‌ها متناظر است با مجموعه‌ای از منش‌ها یا ذائقه‌ها که محصول شرایط اجتماعی متناسب با آن موقعیت‌ها است (همان، ۳۲۹).

بدین ترتیب انتظار می‌رود افراد با جایگاه اجتماعی یکسان، ساختمان ذهنی مشابهی داشته باشند. ذائقه در این شرایط نقش آفرینی می‌کند (همان: ۷۱۳ و ۲۷۲). ذائقه از طریق عملکرد ساخته می‌شود و زمینه در نتیجه عملکرد آفریده می‌شود (همان). بنابراین می‌توان گفت سبک زندگی از نظر بورديو در نتیجه اختلاف در دارایی‌های مادی و فرهنگی ظاهر می‌شود. بورديو سبک زندگی را محصول «انتخاب‌های سلیقه‌ای» می‌داند، اما معتقد است که این انتخاب‌ها تحت تأثیر «موقعیت ساختاری» انجام می‌شود (بورديو، ۱۳۹۰: ۲۴۵). انتظار می‌رود سبک زندگی کسانی که در فضای اجتماعی هم‌جوار هستند، شبیه باشد.

گیدنز با طرح نظریه ساختاربندي می‌کوشد عاملیت و خلاقیت انسانی را در فرآیند دائمی ایجاد و باز ایجاد جامعه نشان داده و رابطه دوسویه و انعکاسی فرد انسانی و جامعه، سبک و سیاست زندگی، پویایی‌های محلی و پویایی‌های جهانی و مفاهیمی از این دست را روشن کند (گیدنز، ۱۳۷۸: ۸۶). عامل‌ها همواره ساختارها را در مقتضیات نوین به کار می‌برند و احتمالاً آن‌ها را تعدیل کرده و تغییر می‌دهند. اما در دایره عادت و رسوم زندگی روزانه، عموماً در حال تکرار مکررات هستند. درحالی‌که پیرو قواعد و سنن هستند، تنها تعدیل و انطباق‌های جزئی از خود بروز می‌دهند. بنابراین عاملیت بستگی به آگاهی از این شیوه‌های بازمانده، ابزار و اسباب انجام امور دارد. برای استمرار و تداوم ترتیب زندگی نه تنها این آگاهی لازم است، بلکه «بازاندیشی نیز ویژگی معرف هرگونه کنش انسانی است». گیدنز به «نظارت بازاندیشانه کنش»^۱ اشاره می‌کند (همان: ۴۵).

1. Reflexive monitoring of action

به این ترتیب افراد از یک سو فعالیت‌های خود در جامعه را مورد بازنگری قرار داده و خصلتشان را دگرگون می‌کنند؛ و از سوی دیگر با انجام این کار توان تأثیرگذاری برای تغییر شرایط اجتماعی را کسب می‌کنند.» (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۵) گیدنز پیدایش سبک‌های زندگی را محصول بازاندیشی در دنیای مدرن می‌داند؛ زیرا داشتن سبک زندگی مستلزم آن است که افراد از میان انتخاب‌های مختلف، دست به‌گزینش بزنند. گیدنز در فهم سبک زندگی به اشکال منتخبی از مصرف‌گرایی اشاره می‌کند که سبک زندگی افراد را مشخص می‌کند و متضمن انتخاب انواع خاصی از غذا، پوشاک، مسکن، اتومبیل، عادات کاری، اشکال گوناگون تفریح یا فراغت و انواع دیگری از رفتار منزلت‌جویانه است. این انتخاب‌ها توسط موقعیت اجتماعی افراد و نیز امکان و میزان دسترسی آنان به منابع اقتصادی و فرهنگی مشروط می‌شود (کاکرهام، ۱۹۹۷: ۳۲).

در بررسی و تحلیل سبک زندگی، توجه به جوانان اهمیت بسیاری دارد. دنیای مدرن هم‌زمان با تحمیل فشارها و مشکلات فراوان، فرصت‌های جدیدی نیز پیش روی جوانان می‌نهد. در مدرنیته متأخر مسیرها متنوع، چرخه‌ای و برگشت‌پذیرند و همین ویژگی‌ها امکان تجدیدنظر و بازاندیشی را برای جوانان فراهم کرده و آنان را در تعیین مسیر و سبک زندگی مختار می‌کند. از سویی، خواسته‌ها و ظرفیت‌های زیاد دنیای مدرن آن‌ها را تحریک و تشویق می‌کند و از سوی دیگر با مشکلاتی مانند کسب‌های جدید و محدود شدن به سبک‌های زندگی معین، مواجه هستند. «واکنش معمول جوانان به این وضعیت، گسترش میدان تجربه حال (زندگی روزمره) است.» (ذکایی، ۱۳۸۷: ۶۸). جوانان امروزی آشکارا مصرفی‌تر شده‌اند و زندگی را برای حال می‌خواهند (همان). به‌طور کلی در جامعه کنونی جوانان چالش برانگیزترین و مهم‌ترین قشر جامعه هستند و تغییرات مختلف، آن‌ها را بسیار متأثر ساخته و سبک‌های زندگی نوینی برایشان به همراه داشته است.

سبک زندگی سلامت‌محور

نگاهی دقیق به آثار و پیشینه مفهوم «سبک زندگی سلامت‌محور» نشان می‌دهد که جامعه‌شناسانی چون ماکس وبر، گیدنز، بوردیو و کاکرهام به این موضوع پرداخته‌اند. بلوخ سبک زندگی سلامت‌محور را راهنمایی برای جلوگیری از مشکلات بهداشتی و تضمین‌کننده حد‌اعلای سلامتی برای فرد می‌داند. او در این زمینه به رژیم غذایی و ورزش اشاره می‌کند (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۶۷). به نظر وبر سبک زندگی سلامت‌محور به الگوهای جمعی از رفتار مرتبط با سلامت توجه دارد که بر انتخاب‌هایی که طبق فرصت‌های زندگی در دسترس مردم است، متکی هستند. این فرصت‌ها بر مبنای عناصری از قبیل طبقه، سن، جنس، قومیت و دیگر متغیرهای ساختاری مناسب که انتخاب‌های سبک زندگی را شکل می‌دهند، قابل مشاهده هستند. این انتخاب‌ها برای نمونه شامل تصمیم در مورد سیگار کشیدن، مصرف الکل، رژیم غذایی، ورزش و غیره هستند. رفتارهای منتج از کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌ها می‌توانند نتایج بهداشتی مثبت و یا منفی در برداشته باشد (همان). کاکرهام به پیروی از وبر، سبک‌های زندگی سلامت‌محور را مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری مرتبط با سلامت می‌داند که مبتنی بر انتخاب‌های افراد از گزینه‌ها و فرصت‌های موجود در زندگی‌شان است (کاکرهام، ۲۰۱۰: ۱۹-۲۰). او معتقد است که انتخاب‌های سبک زندگی و رفتار برآمده از این انتخاب‌ها می‌تواند نتیجه‌های مثبت و منفی برای بدن و ذهن افراد در پی داشته باشد. بنابراین سبک زندگی سلامت‌محور به‌عنوان بخشی از سبک زندگی هر فرد، ممکن است متأثر از میزان و ساختار سرمایه فرهنگی او باشد. آبل معتقد است که مفهوم سرمایه فرهنگی بوردیو را می‌توان در موضوع سلامت به کار گرفت. او سرمایه فرهنگی را برای اقدامات به نفع سلامتی در دسترس افراد می‌داند (Abel, 2007: 43-73).

مدیریت بدن

بدن به‌مثابه سرمایه‌ای بسیار مهم در خلال زندگی فرد در جامعه مطرح است. بورديو سرمایه جسمی را به‌مثابه یکی از انواع فرعی سرمایه فرهنگی، نوعی منبع فرهنگی می‌داند که در بدن سرمایه‌گذار شده است. بدین ترتیب بدن به‌عنوان یک محصول اجتماعی در ذیل منطق اجتماعی سرمایه فیزیکی، درون منش خاصی از طریق ورزش، اوقات فراغت و مصرف‌گرایی شکل می‌گیرد. بورديو هدف مدیریت بدن را اکتساب منزلت، تمایز و پایگاه می‌داند. وی در تحلیل خود از بدن به کالایی شدن بدن در جوامع مدرن اشاره می‌کند که به‌صورت سرمایه فیزیکی ظاهر می‌شود. بورديو تولید این سرمایه فیزیکی را در گرو رشد و گسترش بدن می‌داند. از نظر بورديو بدن دربردارنده منزلت اجتماعی و اشکال نمادین تمایز است (ادیبی سده و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۵).

فوکو بدن را به‌منزله فرآورده قدرت و دانش می‌فهمد. او بر شیوه‌هایی که انسان‌ها بدن‌هایشان را تغییر شکل می‌دهند؛ آن را تزئین، عرضه، مدیریت و حتی از نظر اجتماعی ارزیابی می‌کنند؛ تأکید دارد (احمدنیا، ۱۳۸۴: ۱۳۴). یکی از مثال‌های ملموس مرتبط با این حوزه، تأثیر طبقه اجتماعی است. شیلینگ معتقد است که بدن‌ها نوعی سرمایه اجتماعی هستند (کاگرهام، ۲۰۱۰: ۱۵). او بدن را یک پدیده زیستی و اجتماعی معرفی می‌کند. گیدنز متذکر می‌شود که کنترل و نظارتی که فوکو به آن اشاره می‌کند و بر بدن اعمال می‌شود؛ نظمی را دنبال می‌کند که جامعه در پی آن است. گیدنز نیز معتقد است، زنان بر اساس سرمایه‌های جسمانی‌شان مورد قضاوت قرار گرفته و احساس شرمساری نسبت به بدنشان رابطه مستقیمی با انتظارات اجتماعی دارد (عباس زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۰۱). با اتکای به مباحث نظری مطرح شده می‌توان گفت که احتمالاً با تغییر دوره سنی در سرمایه جسمی انسان نیز دگرگونی‌هایی رخ می‌دهد. این تغییرات می‌تواند منجر به رفتار ویژه‌ای با بدن و حتی رفتار سلامتی شود.

روش

پاسخ به پرسش آغازین بر اساس مدل ۷ مرحله‌ای اشتراوس، از گردآوری داده‌ها و فرآیند کدگذاری در نظریه داده بنیاد انجام شده است (اشتراوس و کورین، ۱۳۹۲؛ از کیا، ۱۳۹۰). ابزار پژوهش مصاحبه نیمه ساخت‌یافته سیر زندگی و همچنین مشاهده بود. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۲۱ نفر زن و ۱۳ نفر مرد که در دو محله شهرک تعاون (به‌طور نسبی فرادست) و محله سعدی (به‌طور نسبی فرودست) ساکن بودند؛ می‌شود. این پژوهش در آغاز با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند آغاز شد. در نمونه‌گیری هدفمند سن، تحصیلات، شغل تجربه بیماری و نظرات و رفتارهایی که این زنان و مردان درباره بهداشت و سلامت داشتند، مدنظر قرار گرفت. به تدریج با مشخص شدن مقوله‌ها و شکل‌گیری پارادایم‌ها، از نمونه‌گیری تئوریک استفاده شد. با عدم ظهور مفاهیم جدید در چند مصاحبه آخر، به اشباع نظری نائل شده و عملاً نمونه‌گیری تکمیل شد.

در خلال اجرای مصاحبه‌ها مقولاتی ظاهر شدند که به نظر می‌رسید در گروه‌های خاصی بیشتر دیده می‌شوند. مثلاً تحصیل کرده‌ها، مسن‌ترها یا زنان بیشتر آن را بازنمایی می‌کنند. در این حالت با نمونه‌گیری نظری از افرادی که حائز شرایط مورد نظر بودند، برای مشارکت در پژوهش دعوت شد. پرسش‌های مطرح شده حول محورهای سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی، تجربه این افراد از بهداشت، سلامت، رفتار سلامتی و بهداشتی و نیز مواجهه آن‌ها با بیماری‌های صعب‌العلاج، مرگ و درد بود. انجام این تعداد مصاحبه بیش از دو ماه طول کشید. شایان‌ذکر است که در بین مشارکت‌کنندگان ۲ نفر شخصاً تجربه بیماری صعب‌العلاج را داشتند. برای کدگذاری و تجزیه و تحلیل داده‌ها اقداماتی به شرح ذیل انجام شد:

۱- گزاره‌های مهم در تمامی مصاحبه‌ها، پس از مکتوب شدن کل مصاحبه، استخراج شد. نمونه‌ای از آن در جدول ۳ درج شده است.

۲- مرحله دوم؛ کدگذاری «جملات یا پاراگراف‌ها» است. پژوهشگران در جستجوی ایده اصلی جمله یا پاراگراف مصاحبه بودند. این روش تحلیل بسیار زمان‌بر بوده و برای

اجرای آن لازم است چندین بار متن مصاحبه شنیده و خوانده شود. در این مرحله کدگذاری باز انجام شد.

۳- با انجام کدگذاری محوری و انتخابی پارادایم‌ها و مقوله هسته مشخص شد.

برای نیل به اطمینان درباره مفاهیم، خرده مقوله‌ها و مقوله‌های فراهم آمده در این پژوهش، بارها با رجوع به متخصصین، نیز با مراجعه به کتاب‌ها و متون و سایر منابع مرتبط با موضوع پژوهش، و همچنین همفکری با کارشناسان آشنا با موضوع و روش، مورد بازبینی قرار گرفت. در گام نهایی یافته‌ها به مشارکت‌کنندگان در پژوهش ارائه شد و نتایج بر اساس نظرات آنان مورد بازبینی و تجدیدنظر نهایی قرار گرفت. شایان‌ذکر است که شش تن از این افراد دچار انواع بیماری بودند. از جمله کارشناسانی که در این باره به پژوهشگران یاری رساندند سه نفر از متخصصین، پزشکان و مسئولین بهداشت شهرستان بودند که با انجام مصاحبه در جریان یافته‌ها قرار گرفته و نظرات خود را بیان کردند. یافته‌ها با تجربیات آنان همخوانی داشت.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان پژوهش

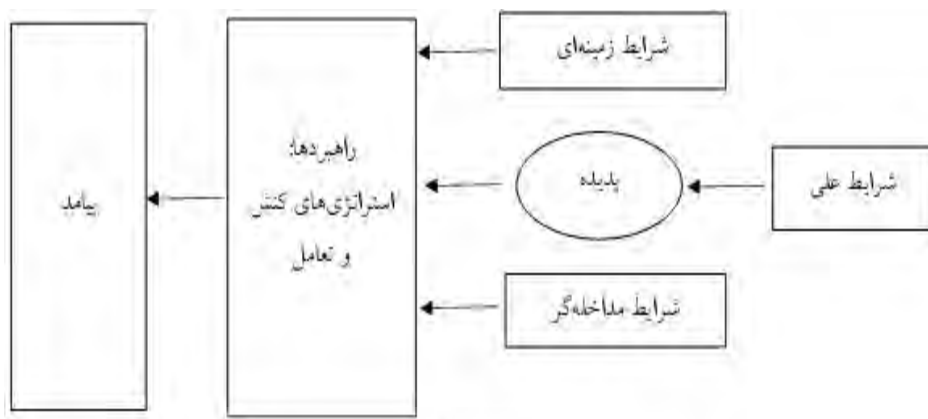
تجربه بیماری صعب‌العلاج خود یا نزدیکان	وضعیت تحصیلات										فراوانی به تفکیک جنس		شماره پژوهشگر	سن	
	وضعیت تأهل					وضعیت تحصیلات					مرد	زن			
۱۶	۲	۳	۱۱	۸	۶	۵	۱	۱	۳	۹	۲۱	۱۳	۲۱	۱۱	۳۵- ۲۵
														۱۱	۴۵- ۳۶
														۵	۵۵- ۴۶
														۶	۶۵- ۵۶
														۱	۷۵- ۶۶
														۳۴	

بنیان شکل‌گیری مفاهیم، مقولات، پارادایم‌ها و نهایتاً گزاره‌های تئوریک به‌دست‌آمده در این پژوهش حاصل کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است (ازکیا، ۱۳۹۰: ۹۱). برای حصول اطمینان نهایی از صحت داده‌های گردآوری‌شده، مراجعه‌های مکرر به مشارکت‌کنندگان در محل کار و زندگی انجام شد و یافته‌های نهایی پژوهش با مشارکت‌کنندگان مطرح شد و صحت یافته‌ها از طرف آنان مورد تأیید قرار گرفت. همچنین با صاحب‌نظران و کارشناسان این حوزه (پزشک، رئیس شبکه درمان) مصاحبه‌هایی برای کسب اطمینان از صحت داده‌ها به عمل آمد. یافته‌ها علاوه بر مشارکت‌کنندگان به این متخصصان هم ارائه و مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌ها همچنین با پژوهش‌های پیشین و نظریه‌های موجود مرتبط، مقایسه شد. در این پژوهش ادعایی درباره تعمیم وجود ندارد اما تلاش‌شده است تا به معیارهای انتقال‌پذیری در روش کیفی نزدیک شویم.

توجه به اصول اخلاقی، به‌ویژه در پژوهش‌های کیفی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است (علیرضا نژاد، ۱۳۹۶: ۱۸۶). از آنجاکه رعایت اصول اخلاقی در پژوهش برای یک پژوهشگر یک وظیفه است، در جریان پژوهش تلاش شد تا به کدهای اخلاقی توجه کافی مبذول شود. بدین ترتیب مشارکت افراد در پژوهش، کاملاً داوطلبانه و آزادانه بود و هیچ‌یک از مشارکت‌کنندگان به هر دلیلی به شرکت در مصاحبه مجبور نشدند. پژوهشگر رضایت آنان را پیش از مشارکت آنان در پژوهش، به‌دست‌آمده آورد. همچنین در جریان تحلیل داده‌ها کوشیدیم تا از هرگونه دخل و تصرف در یافته‌های پژوهش پرهیز شود.^۱

۱- در این مسیر از ویرایش سخنان مصاحبه‌شوندگان اجتناب شده است. شایان‌ذکر است که این مقاله بخشی از پژوهشی درباره درک و مواجهه با بهداشت و سلامت است.

جدول ۲- شماتیک کدگذاری محوری



جدول ۳- نمونه کدگذاری باز و محوری^۱

نوع مقوله (کدگذاری محوری)	مقوله (کدگذاری باز)	زیرمقوله	مفهوم (کدگذاری باز)
شرایط علی	دردهای زنانه بی‌توجهی در مراحل درمان	جنسیت و بیماری عدم اعتماد به نظام درمانی	پریود سخت مقصر بودن پزشک از دست دادن زمان توسط پزشک
زمینه‌ها و بسترها	آگاهی از درد	تجربه درد زنانه از زایمان تحمیل درد درد جنسیتی	آگاهی مانع درد نیست آگاهی از بدن درمان غیرپزشکی درد جسمی، درد روحی

۱- بدیهی است که مفاهیم و مقولات از تجزیه و تحلیل گزاره‌های پیاده شده از مصاحبه‌ها به دست آمده است. با توجه به آن که گاه از چندین گزاره، یک مفهوم استخراج می‌شود، امکان ارائه گزاره‌ها در این جدول نیست. هدف از ارائه این جدول نمایش بخشی از گام‌های اجرا شده است. با توجه به اهمیت گزاره‌های استخراج شده و نیز به منظور شنیده شدن صدای مشارکت‌کنندگان در پژوهش، در بخش یافته‌های پژوهش به تعدادی از گزاره‌ها اشاره شده است.

شرایط مداخله‌گر	مرگ به معنای از دست دادن	مرگ به معنای از دست دادن مرگ به‌مثابه رنج دیگری	مرگ به معنای از دست دادن
	مراقبت از سلامتی اولویت فرد بر جمع اولویت فرد و گروه خانواده	ارتباط مداوم با پزشک فرد در خدمت خود و خانواده اولویت فرزندان بر جامعه/اجتماع	چکاپ به‌عنوان یک ضرورت و توجه به سلامت اولویت اجتماع/جامعه اولویت فرد و خانواده بر اجتماع/جامعه
استراتژی‌ها	پیشگیری اهمیت مدیریت بر بدن	ارتباط مداوم با پزشک اعتماد-چکاپ	ضرورت چکاپ
پیامدها	سلامت	اولویت سلامت روحی به جسمی	اولویت سلامت روحی، سلامت جسمی لزوماً منجر به سلامت روحی نیست

یافته‌های پژوهش

الف - مقوله‌ها

در این پژوهش تفاوت‌ها و شباهت‌های رفتار سلامتی در بین دو گروه سنی جوان (۳۵ سال و پایین‌تر) با بزرگسالان (بالتر از ۳۵ سال) مدنظر است. کدگذاری باز نشان‌دهنده چهار مقوله اساسی در این باره بود. این مقوله‌ها عبارت‌اند از ۱) فهم زندگی، ۲) سلامت ۳) بهداشت ۴) رفتار درمانی.

۱- درک از زندگی

در بروز رفتار سلامتی درک فرد از زندگی اهمیت زیادی دارد. زیرمقوله‌های درک از زندگی عبارت‌اند از: ۱) زندگی به‌مثابه درد و رنج ۲) زندگی به‌مثابه مسئولیت ۳) زندگی به‌مثابه تقدیر ۴) زندگی به‌مثابه لذت. زهرا^۱ ۵۲ ساله و متأهل زندگی را معادل

۱- برای حفظ گمنامی مصاحبه‌شوندگان، تمامی اسامی به‌کاررفته برای ارجاع به مشارکت‌کنندگان، مستعار هستند.

رنج معرفی می کند. او می گوید: "زندگی این زمانه هیچ معنایی ندارد فقط سختی و مشکلات... " امیر ۴۴ ساله می گوید " ... هر جایی از زندگیمون نگاه می کنیم، کوچک ترین نشونه ای از زندگی که می خواستیم بسازیم، پیدا نمی کنیم... ما سال ها است که می سوزیم و می سازیم... " مشارکت کنندگانی که زندگی را به مثابه درد و رنج می بینند، عمدتاً افرادی هستند که به محله فرودست تعلق دارند. همچنین افراد مسن تر بیشتری در این رده جای دارند.

سحر ۲۶ ساله زندگی را معادل مسئولیت می بیند. او می گوید: "زندگی یک فرصت هست برای کامل شدن ... ببینی ماموریت تو این زندگی چیه... می تونی این ماموریتو تو زندگی انجام بدی... " پری ۴۰ ساله می گوید: " ... زندگی بی معنا است و این ما هستیم که باید به زندگی معنا بدهیم. " زنان بیشتری از هر دو گروه سنی، در این دسته جای گرفتند. محمد ۵۴ ساله به تقدیر باور دارد. او می گوید: "زندگی یک فرآیندی است که از یک جایی شروع می شود و به یک جایی ختم می شود. خودمان هم در انتخاب این مسیر نقش نداریم... " کامران ۵۴ ساله در این باره می گوید: "زندگی یک جریانی است که روزه روزه اتفاق می افتد و با روز قبلش فرق می کنه و آدم باید با این شرایط کنار بیاد. " در این زیرمقوله فرد مسئولیت اصلی خود را پذیرش تقدیر می داند. جوانان کمتری در این گروه دیده می شوند.

ارمغان ۳۰ ساله زندگی را با لذت می فهمد. او می گوید: " ... اینکه آدم حس خوشبختی بکنه ... از زمان حال لذت ببره برای آینده اش برنامه داشته باشه... " علی ۴۱ ساله می گوید: " ... بالاخره یک فرصت کوتاهی به شما داده شده تا جایی که ممکن هست باید از زندگی لذت ببره و زندگی کنه. "

جدول ۴- تنوع درک از زندگی

ردیف	زیرمقوله‌ها	توضیحات
۱	زندگی به‌مثابه رنج	زندگی به‌مثابه درد و رنج در هردو جنس در محله فرودست (سعدی) دیده می‌شود. در این رویکرد زندگی به‌مثابه رنج مداومی که عملاً بر زندگی فرد تحمیل شده است، درک می‌شود. خود را بی‌قدرت تلقی می‌کنند.
۲	زندگی به‌مثابه مسئولیت	زندگی به‌مثابه مسئولیت در بین زنان محله فرادست (تعاون)، دیده می‌شود. فرد کنشگر است و درباره مسیر زندگی و چگونگی آن تصمیم می‌گیرد.
۳	زندگی به‌مثابه تقدیر	زندگی به‌مثابه تقدیر در بین مردان محله فرادست (تعاون) دیده شد. در این رویکرد فرد در تلاش است تا زندگی را همان طور که هست بپذیرد.
۴	زندگی به‌مثابه لذت	زندگی به‌مثابه هدیه برای لذت بردن در بین دو جنس محله فرادست (تعاون) دیده می‌شود. این رویکرد در بین جوانان بیشتر مشاهده می‌شود.

۲- سلامت

در فهم سلامتی، آزادی عمل و فقدان محدودیت در فعالیت‌های جسمی مطرح است. آرامش روحی نیز از آیتم‌های سلامت است. استفاده از داروها، ورزش، آزادی خوردن نیز مطرح است. تغذیه و خوردن در اغلب اظهارات درباره سلامتی ذکر شد. نکته مهم آن است که درباره سلامت سه زیرمقوله یافت شد. این سه زیرمقوله عبارت‌اند از ۱. جسم سالم و برازنده ۲. جسم و روح سالم ۳. فقدان درد و بیماری. در زیرمقوله سوم، سلامت به معنای عدم بیماری درک می‌شود.

علی ۲۸ ساله و مجرد درباره سلامت می‌گوید: "به نظرم دغدغه نداشته باشی که تو جای سرد و گرم باشی. هر چی دوست داری بخوری. من چیزهایی که ویتامین K و افزودنی داره نمی‌تونم بخورم... "ارمغان ۳۰ ساله می‌گوید: "به لحاظ جسمی آدم روپایی باشی. آدم فعالی باشی که بگی من در سلامت کامل جسمانی‌ام. " نگار ۲۷ ساله

می‌گوید: "سلامتی یعنی اینکه بیماری جسمی نداشته باشم." در رویکردی متفاوت، میترا ۵۴ ساله در مورد سلامتی می‌گوید: "در درجه اول سلامتی روح... اگر جسم سالمی داشته باشی ولی روح سالم نداشته باشی خودت هم آسیب می‌بینی..." طاهره ۴۰ ساله می‌گوید: "سلامتی هم آرامش روح و هم آرامش جسم..." محمد، ۵۴ ساله می‌گوید: "سلامتی یعنی ... هیچ بیماری جسمی و روانی نداشته باشی."

در درک از سلامت جوان‌ترها سلامتی را داشتن جسم سالم و برازنده تعریف می‌کنند؛ درحالی‌که بزرگسالان سلامتی را معادل داشتن روح^۱ و جسم سالم می‌دانند.

۳- بهداشت

مشارکت‌کنندگان در پژوهش، بهداشت را در استفاده از منابع ذهنی و عینی تعریف می‌کردند. آنان سرمایه اقتصادی و فرهنگی، دانش و اطلاعات را با بهداشت مرتبط می‌دانستند. امیر ۴۴ ساله بهداشت را به معنای "ابزار و امکاناتی که برای زنده و سالم ماندن استفاده می‌شود"، معرفی می‌کند. مهدی ۴۰ ساله می‌گوید: "بهترین‌ها را داشتن از نظر من بهداشت است..." رضا ۴۷ ساله می‌گوید: "بهداشت یعنی سلامت ولی وقتی فقیر هستی مفهومی ندارد." حسین ۵۴ ساله در تعریف بهداشت می‌گوید: "بهداشت... فنونی برای به دست آوردن سلامتی است." شیدا ۲۹ ساله می‌گوید: "هر کاری که آدم می‌کند تا مریض نشه." در رویکردی مشابه ابراهیم ۲۷ ساله می‌گوید: "بهداشت یعنی سلامت آدم به خطر نیفته." شهربانو ۵۸ ساله می‌گوید: "بهداشت... یعنی همه جور آب، تمیزی، شستن." میترا ۵۸ ساله بر این باور است که: "بهداشت فقط با پیشگیری از بیماری سروکار دارد..."
بهداشت در چهار زیرمقوله فردی، روحی-روانی، جنسی و محیطی تقسیم می‌شود.

۱- شایان توجه است که برخی از آنان از مفهوم روان به‌جای روح استفاده می‌کنند که در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی مفاهیم متفاوتی را در برمی‌گیرد.

۴- رفتار درمانی

رفتار درمانی زمانی آغاز می‌شود که تغییرات ایجاد شده در بدن به‌مثابه عدم سلامت تفسیر شود. رفتار درمانی در تقابل با بیماری صعب‌العلاج و سهل‌العلاج، متفاوت است. خوردن دارو، مراجعه به پزشک، پیگیری درمان، انجام معاینه‌های دوره‌ای (چکاپ) در رفتار درمانی فهمیده می‌شود. مراجعه به پزشک و نظام درمان و یا درمانگرهای سنتی در رفتار درمانی گزارش می‌شود. امکان خوددرمانی و عدم مراجعه به پزشک یا درمانگران نیز مطرح است. ندا ۳۰ ساله می‌گوید: "یک چیز عادی مثل سرماخوردگی باشه... که با سرماخوردگی و لیمو عسل بتوانم کنترل کنم، دکتر نمی‌رم. ولی اگر تب کنم حتماً دکتر می‌رم. دردی که برای من خطرناک باشه، می‌رم دکتر. " کامران ۵۴ ساله می‌گوید: "وقتی درد دارم سعی می‌کنم باهاش کنار بیام... وقتی طاقتم طاق می‌شه... می‌رم پیش پزشک... اگر دردی مثل سردرد باشه، خودم حل می‌کنم. " رضا ۴۷ ساله می‌گوید: " ... همه دردها که به پزشک احتیاج نداره. خیلی وقت‌ها درمان خانگی می‌کنم... " افشین ۴۱ ساله می‌گوید: " ... آدم برای دردهای سطحی راه‌های معقولی پیدا می‌کنه... برای دردهای جدی حتماً پیش پزشک می‌روم... هر دو را انجام می‌دهم. هم درمان سنتی و هم مدرن. ولی از درمان سنتی بیشتر جواب گرفتم... " در مقابل گروه کثیری که به درمان سنتی باور دارند، سعید ۴۱ ساله می‌گوید: "به درمان خانگی و یا طب سنتی معتقد نیستم... از مزه‌اش بدم میاد... خلی راحت دارو استفاده می‌کنم... " مطالعات فرسنگی

در مجموع رجوع به پزشک یا استفاده از طب سنتی از چهار الگو پیروی می‌کند. ۱. درمان سنتی (طب ایرانی، طب سنتی، طب اسلامی و غیره) در اولویت است و در صورت عدم درمان به پزشک مراجعه می‌شود. ۲. درمان سنتی، درمان خانگی و طب مدرن به‌طور هم‌زمان استفاده می‌شود. درمان خانگی مهم‌تر تلقی می‌شود. ۳. معتقدند که تحمل و استراحت بهترین درمان است و تا مجبور نشوند از هیچ دارویی استفاده نمی‌کنند. ۴. رجوع به طب سنتی پس از ناامید شدن از طب مدرن. معمولاً در آخرین مراحل درمانی بیماران صعب‌العلاج دیده می‌شود.

با توجه به مجموع مقوله‌ها و زیرمقوله‌های ذکر شده قابل پیش‌بینی است که رفتار سلامتی از قبیل معاینه‌های دوره‌ای (چکاپ) معمولاً پس از ظهور بیماری جدی انجام می‌شود. این رفتارها همچنین به شدت تحت تأثیر درک از بهداشت است. شیدا ۳۰ ساله و مجرد می‌گوید: "...غذای چرب نمی‌خورم. حتماً ورزش می‌کنم. با هر شامپویی سر خودمو نمی‌شورم. از ضد آفتاب استفاده می‌کنم." نگار ۲۷ ساله می‌گوید: برای سلامتی‌ام باشگاه می‌روم. ورزش می‌کنم. رژیم غذایی مناسب می‌گیرم. از لوازم آرایشی مارک‌دار استفاده می‌کنم." ابراهیم ۲۷ ساله می‌گوید: "... حتماً تایم‌هایی رو پیاده‌روی می‌کنم."

رضا ۴۷ ساله می‌گوید: "الان برای سلامتی‌ام چکاپ می‌رم ولی سیگار هم می‌کشم..." امیر ۴۴ ساله می‌گوید: "... عاشق چربی از جمله دنبه با کبابم. ولی سعی می‌کنم با ورزش کردن به من ضرر نرسونه." مجتبی ۴۰ ساله می‌گوید: "... بیماری هامو می‌شناسم. خیلی دریند تغذیه‌ام نیستم... من لیستی دارم که نباید یکسری چیزها رو بخورم. ولی می‌خورم." پریسا ۴۸ ساله می‌گوید: "اصلاً اهل رژیم گرفتن نیستم... اصلاً موقع غذا خوردن به فکر سلامتی‌ام نیستم..."

یافته‌ها نشان می‌دهد که رفتارهای سلامتی در برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت در بین جوانان بیشتر از بزرگسالان است. انگیزه جوانان در این باره حفظ زیبایی اندام و چهره است اما می‌تواند پیامد ناخواسته آن، سلامتی جسمی باشد. یکی از جوانان به هنگام اندیشیدن درباره بیماری صعب‌العلاج اولین نکته‌ای را که مطرح کرد، به هم ریختن ظاهر زیبایش مربوط بود. از سوی دیگر بزرگسالان رفتار سلامتی نامناسب را به نمایش می‌گذارند. این رفتارها نه تنها باعث بیماری می‌شود بلکه به راحتی به عادت‌های نامناسب سلامتی تبدیل می‌شوند.

رفتار سلامتی با تصور از بدن مربوط است. سحر ۲۶ ساله می‌گوید: "روزی یک ساعت و نیم ورزش بدن‌سازی می‌کنم. بدن‌سازی را برای تناسب‌اندام انجام می‌دهم..." نگار ۲۷ ساله می‌گوید: "من شش‌ساله حرفه‌ای ورزش می‌کنم و رژیم می‌گیرم؛ چون خودم را دوست دارم..." فاطمه ۳۰ ساله می‌گوید: "۱۸... ساله بودم و برای زیبایی

عمل کردم.... من دوست دارم یک‌سری تغییرات بدم چون روحیه‌ام عوض می‌شه... سه بار عمل کردم." ارمغان ۳۰ ساله می‌گوید: "به فکر سلامتی هستم. باشگاه می‌رم. یوگا می‌رم... باید انداممو خوب نگه‌دارم."

زیبایی ظاهر و شکل اندام بسیار مورد توجه جوانان است و به آن به‌مثابه یک سرمایه می‌نگرند. برای بزرگسالان بدن ابزاری است برای انجام وظیفه، تحمل فشار زندگی، و شاید رنج بردن. سعید ۴۱ ساله می‌گوید: "... می‌گم آدم آنقدر سالم باشه تا وقتی که زنده هست زندگی براش سخت نباشه. ولی به این اعتقاد ندارم که میوه، سبزی، فلان و فلان بخورم که ده سال بیشتر زنده بمونم ..."

یافته‌ها نشان می‌دهد که علاقه جوانان به بدن زیبا و متناسب تا بدان حد است که به‌عنوان «بیمار ثانویه» به نظام درمان مراجعه کرده و در فرآیند پذیرش در نظام درمانی و تغییر در بدن، تبدیل به بیمار می‌شوند. ارتباط آنان با نظام درمان، از آنان بیمار می‌سازد. سرمایه فرهنگی جوانان در کنار دسترسی به سرمایه اقتصادی آنان را به‌سوی رفتار سلامتی معطوف به مدیریت بدن سوق داده است. اما مدیریت بدن آنان را به‌سوی رفتار ناسلامت هدایت می‌کند.

پارادایم‌ها

کدگذاری باز منجر به ظهور بیش از ۱۲۰ مفهوم شد که در بررسی دقیق‌تر در ۳۰ زیرمقوله و ۴ مقوله دسته‌بندی شد. دوره سنی که فرد در آن قرار دارد در پاره‌ای موارد در فهم و مقوله‌بندی نقش ایفا کرد. سرمایه اقتصادی و فرهنگی نیز از جمله عوامل تأثیرگذار شناسایی شدند. سرمایه اقتصادی در بهداشت و مراجعه به نظام درمان، به‌ویژه در هنگام ظهور بیماری صعب‌العلاج تأثیرگذاری بیشتری داشت. مجموعاً چهار الگوی پارادایمی شناسایی شد که عبارت‌اند از ۱. الگوی رفتار سلامتی سنتی، ۲. الگوی بدن زیبا و متناسب، ۳. الگوی بدن به‌مثابه ابزار، و ۴. الگوی بازگشت به طبیعت. در دو پارادایم بدن زیبا و

متناسب بدن به‌مثابه ابزار، دوره سنی بسیار تعیین‌کننده بود. جوان‌ها، به‌ویژه زنان جوان، به پارادایم بدن زیبا و متناسب و بزرگسالان به پارادایم بدن به‌مثابه ابزار تعلق دارند.

۱- الگوی رفتار سلامتی سنتی

در این الگو طب سنتی (اسلامی، ایرانی و غیره) در اولویت قرار دارد. بهداشت به‌مثابه شستشو درک می‌شود و سرمایه اقتصادی در کنترل سرپرست خانواده، مرد-است. رویکرد جوان‌ترها در این پارادایم، تأثیر چندانی بر روند رفتار سلامتی در خانواده ندارد. اگرچه گرایش مسن‌ترها به این پارادایم بر جوان‌ترها فزونی دارد اما گرایش جوانان نیز به آن اندک نیست. در این پارادایم فرد نسبت به نظام درمان بی‌اعتماد است.

۱- عوامل علی: باورهای مذهبی درباره زندگی و مرگ منجر به باور تقدیرگرایانه درباره سلامت و بیماری و نیز درک زندگی به‌مثابه رنج است. این باورها سرمایه فرهنگی ویژه‌ای را سامان می‌بخشند که جز در مورد بیماری صعب‌العلاج اعتقاد به دانش پزشکی روز را به چالش می‌کشد. افزایش سرمایه اقتصادی تأثیر تعیین‌کننده‌ای بر تغییر رفتار ندارد. عدم اعتماد به نظام درمان و پزشک و سطح تحصیلات پایین در این باره تأثیرگذار است.

۲- عوامل زمینه‌ای^۱: روابط خانوادگی در این الگو از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. فرد تسلیم خانواده است و از سنت و الگوهای حاکم بر آن اطاعت می‌کند. دارایی و رفتار اقتصادی خانواده در این الگو تأثیرگذار است. سطح تحصیلات عمدتاً پایین است و تحصیلات دانشگاهی کمتر دیده می‌شود.

۳- عوامل مداخله‌گر: محل زندگی و منشأ روستایی و نیز تجارب شخصی از بیماری صعب‌العلاج یا مشاهده بیماری نزدیکان از جمله عوامل مداخله‌گر است.

۴- استراتژی‌ها: تحمل شرایط از مهم‌ترین استراتژی‌ها در این پارادایم است. از این رو در مواجهه با بیماری، تحمل درد و بی‌اعتنایی به آن از مهم‌ترین رفتارهایی است که

۱- مجموعه خاصی از شرایط هستند که در یک زمان و مکان خاص جمع می‌شوند تا اوضاع، احوال یا مسائلی را به وجود آورند که اشخاص با عمل/تعامل‌های خود به آن پاسخ می‌دهند (استراوس و کوربین، ۱۳۹۲: ۱۵۴).

مشاهده می‌شود. خوددرمانی، درمان خانگی، مراجعه به دعانویس (سرکتاب و غیره)، مراجعه دیرنگام به پزشک یا نیمه رها کردن دوره درمان، از جمله استراتژی‌های اصلی در این پارادایم است. فرد در مواجهه با درد شدید، به نظام درمان مراجعه می‌کند؛ اما باور به تقدیر و وظیفه باقی گذاشتن ماترک کافی برای وراثت، ممکن است منجر به رها کردن درمان در هنگام بیماری صعب‌العلاج شود.

۵- پیامدها: بی‌اعتمادی به نظام درمان، تأخیر در مراجعه به پزشک و گسترش بیماری، فقدان رفتار سلامتی، انکار درد و پذیرش آن از جمله پیامدها است. همچنین عدم اولویت بهداشت فردی و مراجعه به پزشک پس از ناامیدی از عملکرد طب سنتی، از دیگر پیامدها است. معاینه‌های دوره‌ای (چکاپ) به‌مثابه راهی برای درآمدزایی از سوی پزشک و کادر درمان درک می‌شود.

۲- الگوی بدن زیبا و متناسب

این الگو در مقابل الگوی رفتار سنتی قرار دارد. این الگو عمدتاً ناشی از رفتار سلامتی جوانان است. زیبایی بدن و تناسب اندام در این الگو از اهمیت مرکزی برخوردار است. رعایت بهداشت فردی، روانی و جنسی بسیار مهم است. مصرف کالاهای بهداشتی و برندها از اهمیت زیادی برخوردار است. باور به پزشکی مدرن وجود دارد و الگوی بیماری ثانویه در این پارادایم دیده می‌شود.

۱- عوامل علی: باور به اصالت فرد و اولویت منافع فردی در این پارادایم، منجر به رفتارهای متفاوت سلامتی می‌شود. باور به زندگی به‌مثابه لذت و انکار مرگ در رفتار سلامتی مؤثر است.

۲- عوامل زمینه‌ای: نقش خانواده در زندگی فرد کم‌رنگ است. بدن به‌مثابه سرمایه تلقی می‌شود. سرمایه اقتصادی فرد یا خانواده متوسط و رو به بالا است.

۳- عوامل مداخله‌گر: سن و تحصیلات والدین از جمله عوامل مداخله‌گر است. تجربه جراحی‌های موفق زیبایی توسط خود فرد یا اطرافیان از دیگر عوامل مداخله‌گر است.

۴- استراتژی‌ها: تلاش برای درمان به‌محض مواجهه با درد، مراجعه سریع به پزشک و تکمیل درمان. بهداشت فردی، جنسی و روانی از اهمیت زیادی برخوردار است. معاینه‌های دوره‌ای (چکاپ) در صورت دستور پزشک انجام می‌شود. ورزش و رژیم‌های غذایی سخت، انجام عمل‌های زیبایی از جمله استراتژی‌ها در این پارادایم است.

۵- پیامدها: باور به عکس‌العمل سریع به بیماری، اعتقاد به جراحی به‌مثابه درمان و ابزار مدیریت بدن، مصرف زیاد و بی‌رویه خدمات پزشکی و کالاهای بهداشتی (مصرف نمایشی)، اولویت جسم بر روان، رفتار بیماری ثانویه و ظهور رفتار ناسلامت از پیامدهای این الگو است.

۳- الگوی بدن به‌مثابه ابزار

این الگو که مطابق کدگذاری‌گزینشی، پارادایم مسلط است، ترکیب هم‌زمان بهره‌برداری از پزشکی مدرن و سنتی را به نمایش می‌گذارد. نیل به سلامتی و حفظ آن در این الگوی پارادایمی، اولویت اول است. در این باره فرد عمل‌گرا بوده و از مصرف کالاهای خدمات مختلف بهداشتی-درمانی (گاه متناقض) استقبال می‌کند. رعایت بهداشت فردی مهم است. بهداشت محیطی، به‌ویژه توسط زنان مورد توجه قرار می‌گیرد. خرید کالاهای بهداشتی به میزان زیاد مدنظر است. خرید برندهای بهداشتی اگرچه مورد توجه است، اما اولویت اول نیست. بزرگسالان عمدتاً در این پارادایم جای دارند. فرد به نظام درمان بی‌اعتماد است اما رجوع به آن را امری ناگزیر می‌داند. فرد برای حفظ سلامتی، از زیبایی صرف‌نظر می‌کند.

۱- شرایط علی: ترکیب گوناگونی از درک از زندگی دیده می‌شود. رویکرد عمل‌گرا مسلط است. سرمایه اقتصادی بالا است.

۲- شرایط زمینه‌ای: خوردن غذاهای گوناگون و متنوع به‌مثابه لذت مهم زندگی تلقی می‌شود. ترکیبی از باور به علم و باورهای دینی در فرد دیده می‌شود. مصرف کالاهای فرهنگی گوناگون دیده می‌شود. احساس شرایط ناپایدار سلامتی در کنار تحصیلات دانشگاهی دیده می‌شود.

۳- شرایط مداخله‌گر: تجربه بیماری سخت و صعب‌العلاج خود یا اطرافیان، تجربه مرگ اطرافیان نزدیک، ترس از مرگ، ترس از بیماری صعب‌العلاج و درد شدید از جمله شرایط مداخله‌گر است.

۴- استراتژی: پیگیری معاینه‌های دوره‌ای (چکاپ) پس از اولین مواجهه با درد، رعایت بهداشت فردی و روحی-روانی، اتخاذ درمان خانگی- سنتی و درمان پزشکی به‌طور هم‌زمان، عدم رعایت پرهیز غذایی یا عدم پیگیری آن، توجه به پیاده‌روی و ورزش سبک، مراجعه هم‌زمان به پزشکان متعدد به‌ویژه در مواجهه با بیماری صعب‌العلاج، پیگیری سلامت اجزای مختلف بدن به‌طور تخصصی از جمله استراتژی‌های مشاهده‌شده در این الگو است.

۵- پیامدها: توجه به درد، رعایت بهداشت فردی و مصرف کالاهای بهداشتی - درمانی به‌صورت انبوه، استفاده هم‌زمان یا به نوبت از طب سنتی، توسل به نیروهای ماوراءالطبیعه، خوددرمانی و درمان پزشکی مدرن، توجه هم‌زمان به امر روحی-روانی و جسمی، ارتباط مداوم با پزشکان متعدد در هر حوزه تخصصی از جمله پیامدهای این الگوی پارادایمی است. فرد در این پارادایم درگیر تناقض مداوم است.

۴- الگوی پارادایمی بازگشت به طبیعت

این پارادایم بر باور خاصی از زندگی بنا شده است. رعایت بهداشت فردی، جنسی، روحی و محیطی بسیار مهم است. جنسیت، سن و سرمایه اقتصادی عامل تعیین‌کننده نیست اما افراد میان‌سال بیشتری به این پارادایم گرایش دارند. این الگوی پارادایمی رویکرد پسامدرن درباره رفتار سلامتی را به نمایش می‌گذارد اما در کوتاه‌مدت امکان تبدیل به پارادایم مسلط را ندارد. در این پارادایم فرد به پزشکی مدرن بی‌اعتقاد است؛ درمان را امری فردی و بر عهده شخص بیمار می‌داند؛ از داروهای شیمیایی اجتناب می‌کند؛ و معمولاً گیاه‌خوار است.

۱- شرایط علی: وجود باورهای فرا روان‌شناختی بسیار تعیین‌کننده است. بدن فرد به‌صورت موجود پذیرفته شده و موضوع عشق‌ورزی است. بدن به‌مثابه بخشی از کائنات

در گذشته و بازگشت به طبیعت و اصالت آن به‌مثابه تنها راه اجتناب از بیماری و حفظ سلامتی تلقی می‌شود.

۲- شرایط زمینه‌ای: اعتقاد به فرا علم و اعتقاد به معنا درمانی (معنا بخشیدن به زندگی) نقش مهمی ایفا می‌کند. سرمایه اقتصادی بالا امکان این سبک زندگی را که گران است، فراهم می‌کند.

۳- شرایط مداخله‌گر: وجود تجربه نزدیک به مرگ، تجربه بیماری صعب‌العلاج خود یا نزدیکان، گذراندن دوره‌های آموزشی خاص، تجربه مسافرت به کشورهای خاص (مثل هند) از جمله عوامل مداخله‌گر است.

۴- استراتژی‌ها: اهمیت دادن به پیشگیری از بیماری، خوددرمانی، درمان نیمه‌کاره (در صورت آغاز درمان پزشکی)، ورزش به‌ویژه ورزش یوگا، انرژی‌درمانی، آب‌درمانی و رفتارهای مشابه بخشی از استراتژی‌ها است. همچنین انکار درد، انکار مرگ، انکار بیماری، ارتباط شدید و تنگاتنگ با طبیعت، انزوا گزینی و دوری از شهر، پذیرش بیماری به‌مثابه تقدیر، اولویت امر روحی بر امر جسمی از دیگر استراتژی‌هایی است که افراد در این الگو به کار می‌گیرند.

۵- پیامدها: بیگانگی با نظام درمان و گریز از آن از مهم‌ترین پیامدهای این پارادایم است. رعایت بهداشت فردی و استفاده از کالاهای خاص بهداشتی-درمانی، گیاه‌خواری و انزوا از مهم‌ترین پیامدهای این پارادایم است.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

سبک زندگی عنصری تعیین‌کننده در رفتار سلامتی است تا بدان حد که برخی از صاحب‌نظران این دو را یکسان می‌دانند. نظریه‌پردازان بسیاری به مفهوم سبک زندگی سلامت‌محور توجه کرده‌اند. یافته‌های این پژوهش، نشان از وجود چهار مقوله اصلی درک از زندگی، سلامت، بهداشت و رفتار درمانی دارد. با برقراری ارتباط بین مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها، چهار الگوی رفتار سلامتی شناسایی شد. این چهار الگو عبارت‌اند از الگوی

رفتار سلامتی سنتی، الگوی بدن زیبا و متناسب، الگوی بدن به‌مثابه ابزار و الگوی بازگشت به طبیعت. نقش سرمایه اقتصادی و فرهنگی به‌عنوان عناصری که دسترسی به رفاه بیشتر را فراهم می‌کنند، در هر چهار الگو مشاهده شد. تا پیش از ظهور بیماری صعب‌العلاج تأثیر سرمایه فرهنگی بر سرمایه اقتصادی در رفتار سلامتی، برتری دارد.

دوره سنی از عوامل تأثیرگذار بر دو الگوی بدن زیبا و متناسب و بدن به‌مثابه ابزار است. در الگوی بدن زیبا و متناسب، زیبایی بر سلامتی اولویت دارد. این شرایط منجر به ظهور بیماری ثانویه می‌شود. به‌عبارت‌دیگر فرد سالم با مراجعه به نظام درمان تبدیل به بیمار می‌شود. پارادایم بدن زیبا و متناسب بیشترین باور و اعتقاد به علم پزشکی مدرن و نظام درمان را به نمایش می‌گذارد. سه پارادایم دیگر عملاً به نظام درمان اعتماد ندارند. مصرف نمایی و انبوه کالاهای درمانی-بهداشتی به‌ویژه در پارادایم بدن زیبا و متناسب و بدن به‌مثابه ابزار، دیده می‌شود. در الگوی بدن به‌مثابه ابزار مصرف انبوه و توأمان کالاهای درمانی-بهداشتی عرضه شده توسط طب سنتی و مدرن به‌طور هم‌زمان یا به‌تناوب مشاهده شد. در این الگو همچنین به‌طور هم‌زمان رفتارهای ناسلامتی و رفتارهای سلامتی دیده می‌شوند. فرد معاینه‌های دوره‌ای را انجام می‌دهد یا داروهای زیادی را مصرف می‌کند اما از خوردن غذاهای چرب و استعمال دخانیات نیز لذت می‌برد. این یافته‌ها مشابهت‌هایی با نتایج پژوهش خدابخش کرمی و همکارانش دارد.

سن به‌مثابه نشانگر گذر زندگی، نشان از تغییر رفتار سلامتی دارد. پژوهش بنی‌جمالی از نظر توجه به گروه سنی جوانان و رفتار سلامتی در نزد آنان به این پژوهش نزدیک است. نکته مهم آن است که رفتار سلامتی در هیچ‌یک از گروه‌های سنی و در هیچ‌یک از پارادایم‌ها با رفتار سلامت‌محور همسان نیست. بدین ترتیب عملاً نظریات کاکرهام و وبر درباره رفتار سلامت‌محور منجر به بروز رفتار سلامتی ن‌شده است. اما دو مفهوم سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی در نظریات بوردیو، در بروز رفتار سلامتی تأثیرگذار است. سرمایه فرهنگی، و نیز باورها و عقاید درباره رفتار سلامتی، نقش عوامل علی و زمینه‌ای را ایفا می‌کنند. اما برخلاف نظر آبل سرمایه فرهنگی لزوماً در مسیر رفتار سلامتی قرار ندارد.

نکته مهم آن است که اعتماد به پزشکی مدرن در بین جوانانی که در پارادایم بدن زیبا و متناسب قرار دارند، دیده می‌شود. گروه‌های میان‌سالی که در پارادایم سنتی یا بدن به‌مثابه ابزار قرار دارند، معمولاً علی‌رغم بی‌اعتمادی، خود را ناگزیر از بهره‌مندی از خدمات پزشکی مدرن می‌بینند.

پیشنهادها

- ۱- پیشنهاد می‌شود مطالعات جدیدتری با تمرکز بر گروه‌های مختلف سنی به‌ویژه جوانان و کهنسالان انجام شود.
- ۲- لازم است مطالعاتی درباره فهم و مواجهه کادر درمان با بیمار انجام شود. بدین ترتیب احتمالاً فهم بیمار و فهم پزشک از بیماری و مواجهه با آن به هم نزدیک شوند.
- ۳- پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در درک و مواجهه با سلامت و بیماری در گروه‌های مختلف اجتماعی با تأکید بر جنسیت انجام شود.

منابع

- ادیبی سده، مهدی؛ علیزاده، مهستی و کوهی، کمال. (۱۳۹۰)، «تبیین جامعه‌شناختی مدیریت بدن در میان زنان»، فصلنامه علمی مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، سال نهم، شماره ۳: ۵۹-۸۴.
- ازکیا، مصطفی و ایمانی جاجرمی، حسین. (۱۳۹۰)، روش کاربردی تحقیق، جلد دوم، تهران: نشر کیهان، چاپ اول.
- اشتروس، آنسلم و کوربین، جولیت. (۱۳۹۲)، اصل روش تحقیق-کیفی: نظریه مبانی رویه‌ها و شیوه‌ها، ترجمه: بیوک محمدی، تهران: نشر پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، چاپ سوم.
- اعتمادی فر، حسین و رفیعی، حسن. (۱۳۷۹)، «سیاست سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال دوم، شماره ۳: ۳۵۱-۳۶۱.
- بنی جمالی، سید محسن. (۱۳۹۵)، «بهداشت و سلامت جوانان، بررسی وضعیت و چالش‌ها»، فصلنامه مطالعات راهبردی ورزش و جوانان، سال دهم شماره ۱: ۳۱-۳۲.
- بوردیو، پی‌یر. (۱۳۹۰)، تمایز، نقد اجتماعی قضاوت‌های ذوقی، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: نشر ثالث، چاپ اول.
- جلالی پور، حمیدرضا و محمدی، جمال. (۱۳۹۲)، نظریه‌های متأخر جامعه‌شناسی، تهران: نشر نی، چاپ پنجم.
- جواهری، فاطمه. (۱۳۸۴)، «بدن و دلالت‌های فرهنگی و اجتماعی آن»، فصلنامه مطالعات فرهنگ ارتباطات، سال نهم، شماره ۱: ۳۷-۸۰.
- حبیبی سولا، عقیل؛ نیکپور، صغری؛ سیدالشهدایی، مهناز و حقانی، حمید. (۱۳۸۵)، «رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط در سالمندان»، فصلنامه پرستاری ایران، سال بیستم، شماره ۴۷: ۳۵-۴۸.
- ذکائی، محمد سعید. (۱۳۸۷)، جامعه‌شناسی جوانان ایران، تهران: نشر آگه، چاپ دوم.
- ریتزر، جورج. (۱۳۷۴)، نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: نشر علمی، چاپ اول.

- سگالن، مارتین. (۱۳۷۰)، جامعه‌شناسی تاریخی خانواده، ترجمه: حمید الیاسی، تهران: نشر مرکز، چاپ اول.
- عباس زاده، محمد؛ اقدسی علمداری، فرانک؛ کوهی، کمال و سعادت، موسی. (۱۳۹۱)، «تأثیر سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و سلامت روانی بر مدیریت بدن در بین زنان شهر تبریز»، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال دهم، شماره ۲: ۱۹۷-۲۲۳.
- عباسی راینی، رضا؛ کریم پور، بهناز و خدایی، مرضیه. (۱۳۹۷)، «عوامل مؤثر بر سلامت و رفاه اجتماعی در جامعه کنونی»، فصلنامه علمی تخصصی مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی، سال اول، شماره ۲: ۴۹-۵۶.
- علیرضا نژاد، سهیلا. (۱۳۹۶)، اصول اخلاقی در پژوهش‌های اجتماعی، گرمسار: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، چاپ اول.
- فاضلی، محمد. (۱۳۸۶)، مصرف و سبک زندگی، قم: انتشارات صبح صادق، چاپ اول.
- قدرتی، حسین؛ قدرتی، شفیعه ملتفت، حسین و یاراحمدی، علی. (۱۳۹۰)، «نگاهی جامعه‌شناختی به مفهوم سلامت توسعه»، فصلنامه توسعه اجتماعی، سال ششم، شماره ۱: ۱۳۱-۱۵۶.
- گرمی، خدابخش؛ رضا دوست، کریم؛ عیدی زاده، سیما و فرات، چیشه. (۱۳۹۴)، «بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز»، فصلنامه توسعه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱: ۹۰-۱۲۶. https://qjds.scu.ac.ir/article_11938_66a93f46609b56d511f06802a2c99519.pdf 20/10/99
- کیوان‌آرا، محمود. (۱۳۸۶)، اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، چاپ اول.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۸)، پیامدهای مدرنیت، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز، چاپ هفتم.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۸)، تجدد و تشخیص؛ جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه: ناصر موفقیان، تهران: نشر نی، چاپ ششم.

- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۵)، جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: نشر طهوری، چاپ هشتم.
- موسوی، میر طاهر و شیانی، ملیحه. (۱۳۹۴)، سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی: مفاهیم و رویکردها، تهران: نشر آگاہ. چاپ یکم.
- هزارجریبی، جعفر و صفری شالی، رضا. (۱۳۹۰)، «رفاه اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن مطالعه موردی شهر تهران»، مجله پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، سال دوم، شماره ۱: ۵-۲۲.
- یزدی فیض‌آبادی، وحید؛ سیف‌الدینی، رستم؛ قندی، مرجان و مهراحمسنی، محمدحسین. (۱۳۹۶)، «تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: مرور کوتاهی بر نقدها و ضرورت یک تغییر پارادایم»، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، سال سیزدهم، شماره ۵: ۱۵۵-۱۶۵.

- Abel, T. (2007). *Cultural capital in health promotion. In Health and modernity*. New York, NY: Springer.
- Burton, Joan. (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. Switzerland: WHO Headquarters
https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf
20/2/2021
- Cockerham, WC. Rutten, A. and Abel, T. (1997). "Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber." *Journal the Sociological Quarterly*, 38(2), 32.
- Cockerham, WC. (2010). "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure". *Journal Health SocBehav*. 46(1), 19-20.
- Currie, Candace., Hurrelmann, K., Settertobulte, W. and Smith, Becky; Todd, Joanna, (Eds). (1999). *Health and Health Behaviour among Young Peple: International Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108253>. 22/1/2021
- Ha, Kiyak. (1993). "Age and Culture: Influences on Oral Health Behaviour". *International Dental Journal*, 433(1), 9-16.
<https://europepmc.org/article/med/8478130> 20/1/2021
- Johnson, Byron R., De Li. Spencer, Larson David B. and McCullough Michael. (2000). "A Systematic Review of the Religiosity and Delinquency Literature", *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 16(1), 32-52.

- Lynch, J. W., Kaplan, G. A. and Salonen, J. T. (1997). "*Why Do Poor People behave Poorly? Variaton in Adult Health Behaviours and Psychosocial Characteristics bby Stages of the Socioeconomic Lifecourse*". Social Science and Medicine. Vol. 44, Issue 6, 809-819.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953696001918.1>
9/2/2021
- Pender, NJ. (2002). "*Nurse Promotion in Nursing Practice*". 4th edition. Upper Saddle River NJ: Prentic Hall.
- Pender, NJ. (2011). The Health Promotion Model.
https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1. 23/1/2021

Sites:

- <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=WHO%3A+the+definition+of+the+health>
- <http://www.office-skills.ir/public-health-article-48.aspx>

