

دوفصلنامه جامعه‌شناسی و مدیریت سبک زندگی، سال سوم، شماره دهم، پاییز و زمستان ۹۶، صفحات ۱۳۱-۱۶۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۴/۲۷ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۶/۰۸/۰۳

بررسی تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای مسئولیت‌پذیری سلامت (مطالعه موردی دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهر شیراز)

حسین محمودیان^۱

مسعود کوچانی اصفهانی^۲

چکیده

میزان مسئولیت‌پذیری سلامت نوجوانان و جوانان نقش بسزایی در تعیین وضعیت سلامت آنها در دوره‌های آتی زندگیشان دارد. امروزه، سرمایه‌ها به‌عنوان دارایی افراد، فراتر از داشته‌های اقتصادی است. سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی در کنار سرمایه اقتصادی نقش عمده‌ای را در رفتارهای اجتماعی افراد بازی می‌کنند. هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دانش‌آموزان بر میزان مسئولیت‌پذیری سلامت آنهاست. چارچوب نظری به کار گرفته در تحقیق حاضر، ترکیبی از نظریه سرمایه بوردیو و سبک زندگی گیدنز است. جامعه آماری، دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهر شیراز است و نمونه آماری ۳۹۱ نفری پسر و دختر با استفاده از فرمول کوکران مورد بررسی قرار گرفته است. روش نمونه‌گیری، روش طبقه‌ای چند مرحله‌ای است که با استفاده از آمار آموزش و پرورش شیراز اعمال شده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد به‌طور کلی، میزان مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان نامناسب است. میزان مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان به لحاظ جنسیت، وضع تحصیلی و تجربه بیماری خاص تفاوت معناداری ندارد. سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی به‌صورت مستقیم و سرمایه اقتصادی به‌صورت غیرمستقیم و به‌واسطه سرمایه فرهنگی، بر میزان مسئولیت‌پذیری سلامت تأثیر مثبت دارند. به‌طور کلی پژوهش حاضر، اهمیت سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تبیین مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: سرمایه، سلامت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری سلامت، شیراز.

۱. هیأت علمی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ایران (نویسنده مسئول)

masoudkuchani@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، ایران

مقدمه

امروزه، در تمامی جوامع، سلامت به‌عنوان یک حق بشری و هدفی اجتماعی شناخته می‌شود. سلامت و بیماری یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های کیفیت و کمیت زندگی افراد است. از گذشته‌های دور، زمانی که کمترین آگاهی در مورد اختلالات جسمی و روانی وجود داشت تا زمان حاضر که تحولات چشمگیری در شناخت بشر از این اختلالات صورت گرفته است، حفظ و بازیابی سلامت مورد توجه بوده است. جوامع بشری طی دو سده اخیر، پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای را در شاخص‌های وضعیت سلامت شاهد بوده‌اند. کنترل بسیاری از بیماری‌های عفونی و کاهش گسترده مرگ و میر اطفال، افزایش نمایان امید زندگی را به همراه داشت (وین‌رایت^۱، ۲۰۰۸: ۱). افزایش امید زندگی و پیشرفت‌های سلامت و بهداشت عمومی تا اندازه زیادی به توانایی‌های پزشکی مدرن نسبت داده می‌شود. تصور عمومی، نقش پژوهش‌های پزشکی در کشف علل زیست‌شناختی بیماری‌ها و یافتن روش‌های درمان مناسب برای آنها را عامل اصلی این تغییر می‌داند (گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۱۲). با اینکه نمی‌توان از تأثیر پیشرفت‌های پزشکی در بهبود وضعیت سلامت عمومی افراد چشم‌پوشی کرد، ولی بسیاری از پژوهشگران علوم اجتماعی، چنین بینشی نسبت به سلامت و بیماری را چندان متقاعد کننده نمی‌دانند. چراکه نقش مهم تأثیرات اجتماعی و محیطی را بر الگوهای سلامتی نادیده می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۱۲).

امروزه سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت نقش عمده‌ای را در تعیین

سلامت و مرگ و میر ایفا می‌کنند. چنان‌که راجرز و هکنبرگ^۱ اذعان دارند که جامعه انسانی در مرحله‌ای از انتقال اپیدمیولوژیک به نام هیوبریستیک^۲ قرار دارد که در آن سبک‌های زندگی نقش عمده‌ای در تعیین سطوح مرگ و میر دارد (لوکاس و میر، ۱۳۸۴: ۷۶-۷۵). اگرچه دستاوردهای پزشکی در کاهش مرگ و میر مؤثرند، ولی تعیین‌کننده اصلی سلامت و بیماری و درنهایت رفتارها و سبک زندگی مرتبط با سلامت است. رفتارهای مرتبط با سلامت طیف وسیعی از اعمال را در برمی‌گیرد که هر یک از آنها به نوبه خود اهمیت ویژه‌ای دارد. با این وجود، تغییرات اجتماعی و آزادی‌های مدنی موجب شده است تا در کنار مسئولیت دولت‌ها و نهادهای زیربنا سلامت، خود افراد به‌عنوان کنشگر مسئولیت سلامت خود را بر عهده بگیرند و با توجه به دانش عمومی و امکانات موجود در هر جامعه، رفتارهای مرتبط با مسئولیت سلامت را در قبال خود اعمال کنند.

بر این اساس، در دنیای امروزین، هر یک از افراد در قبال حفظ و بهبود سلامت خود میزان از مسئولیت را بر عهده دارند که در بسیاری از موقعیت‌ها، نقش مهم‌تری را نسبت به مسئولیت جامعه و نهادهای مرتبط در تعیین سلامت افراد بازی می‌کند. رفتارهای مرتبط با مسئولیت سلامت به‌عنوان بخشی از سبک زندگی مرتبط با سلامت، متأثر از عوامل فردی و اجتماعی دیگری است. سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های مهم رفتارها و سبک زندگی افراد، می‌تواند شرایط فردی و اجتماعی ویژه‌ای را برای افراد فراهم آورد که در آن حس مسئولیت‌پذیری سلامت تحت تأثیر قرار گیرد.

1. Rogers & Hackenberg
2. hubristic

تصور عمومی این است که نوجوانان گروه سالمی هستند؛ درحالی که بخش عمده‌ای از این گروه به دلیل سوانح، خشونت، خودکشی، عوارض بارداری خطرناک و سایر بیماری‌های قابل پیشگیری و درمان، دچار مرگ زودرس می‌شوند و همچنین تعدادی از آنها، از بیماری‌های مزمن و ناتوانی و معلولیت رنج می‌برند (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۱۰). بنا بر تئوری سرمایه‌ انسانی، سلامت، سرمایه ذخیره شده‌ای است که با گذشت زمان، از هنگام تولد تا مرگ، به تدریج از آن کاسته می‌شود تا در نهایت به اتمام برسد. در طول این مسیر، بیماری موجب سرعت گرفتن کاهش سرمایه؛ و پیشگیری و درمان به‌موقع، سبب جبران سرمایه‌ ازدست‌رفته و افزایش طول عمر می‌گردد (زنجان‌ی و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۶). بدین ترتیب، سلامت نوجوانان و رفتارهای مرتبط با آن، در تعیین چگونگی وضعیت سلامت آنها در مراحل بعدی زندگی مهم است.

ایران کشوری با جمعیت جوان است که نوجوانان و جوانان بخش عمده‌ای از جمعیت کل را تشکیل می‌دهند. از سوی دیگر، شیراز از جمله کلان‌شهرهای ایران است که با توجه به موقعیت اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و جغرافیایی‌اش، مهاجران زیادی را به خود جذب کرده است. طبقات اجتماعی-اقتصادی مختلف، اشکال مختلف سبک‌های زندگی و رفتارها را در چنین شهری فراهم می‌آورد. شیراز همانند دیگر کلان‌شهرهای ایران هم با ارائه خدمات و امکانات متنوع، امکان افزایش مسئولیت‌پذیری سلامت را فراهم می‌کند و هم با ایجاد اختلافات طبقاتی و سرمایه‌ای موجبات افول و اختلاف مسئولیت سلامت را در بین نوجوانان ایجاد می‌کند. دانش-

1. World Health Organization (WHO)

آموزان به‌عنوان قشر نوجوان، هم در معرض آموزش‌های مرتبط با سلامت و مسئولیت‌پذیری سلامت هستند و هم شرایط سر باز زدن از این مسئولیت و انجام اعمال مغایر با حفظ و مسئولیت‌پذیری سلامت را دارند. به‌طور کلی، نوجوانان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، ریسک‌پذیری قابل توجهی دارند. شرایط ریسک‌پذیری نوجوانان موجب کاهش مسئولیت‌پذیری آنها در زمینه سلامتشان می‌گردد. به‌این ترتیب، سرمایه‌ها به‌عنوان تعیین‌کننده‌های مهمی که رفتارهای اجتماعی افراد را متأثر می‌کند؛ می‌تواند میزان مسئولیت‌پذیری آنها را تغییر دهد. در واقع، توزیع نابرابر سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دانش‌آموزان، میزان مسئولیت‌پذیری آنها را در قبال سلامت خود متفاوت می‌سازد. این پژوهش، در پی بررسی وضعیت رفتارهای مرتبط با مسئولیت سلامت دانش‌آموزان با استفاده از سنجش سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنها است. به این ترتیب، پژوهش حاضر در پی پاسخ به سؤالات زیر است:

- ۱- آیا سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی دانش‌آموزان بر میزان مسئولیت‌پذیری سلامت آنها تأثیر دارد؟
- ۲- نوع و میزان تأثیر سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی دانش‌آموزان بر میزان مسئولیت‌پذیری سلامت آنها چگونه است؟
- ۳- آیا میزان مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان بر اساس جنسیت، وضعیت تحصیلی و تجربه بیماری متفاوت است؟

ادبیات تحقیق

رفتارهای مرتبط با سلامت، طیف گسترده‌ای از اعمال را در برمی‌گیرد که با انجام

آن، تأثیر مثبت یا منفی بر وضعیت سلامت فرد در همان زمان و یا در طول زمان حاصل می‌شود. به‌طور کلی، رفتارهای مرتبط با سلامت را می‌توان به دو دسته رفتارهای درمانی و رفتارهای پیشگیری تقسیم نمود. بیشتر تحقیقات انجام شده به بررسی رفتارهای پیشگیری پرداخته‌اند، چراکه رفتارهای پیشگیری طیف وسیع‌تری دارد و انجام آنها تضمین بهتری برای سلامت محسوب می‌شود. توجه و انجام توصیه‌های پزشکی (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷) و الگوی مصرف دارو (احمدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ آلورسون و کسلر^۱، ۲۰۱۲) رفتارهایی است که تحقیقات پیشین در سنجش رفتارهای درمانی به‌عنوان بعدی از رفتارهای مرتبط با سلامت به آن پرداخته‌اند.

چنانکه پیش از این گفته شد، رفتارهای پیشگیری طیف گسترده‌ای دارد. برخی از این رفتارها مربوط به مسئولیت افراد در قبال سلامتی‌شان است که با شاخص‌هایی چون مراقبت از خود و مسئولیت فردی در قبال سلامت (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ طوافیان و آقا ملایی، ۱۳۹۲؛ مظلومی محمودآباد و همکاران، ۱۳۹۲؛ نوروزی نیا و همکاران، ۱۳۹۲؛ آبل^۲، ۱۹۹۱)، بهداشت فردی (رضایی و همکاران، ۱۳۹۲؛ لئون^۳ و همکاران، ۲۰۱۰)، بهداشت خرید (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷)، آگاهی از وضعیت جسمانی و توجه به ظاهر (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ رضایی و همکاران، ۱۳۹۲؛ آبل، ۱۹۹۱)، ایمنی در زمینه نور آفتاب (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷)، بهداشت و سلامت محیط (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷) و مدت زمان

1. Aluerson and Kessler

2. Abel

3. León

کار روزانه و رفتار در محیط کار (رضایی و همکاران، ۱۳۹۲؛ صادقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳؛ زو^۱ و همکاران، ۲۰۱۲) سنجیده می‌شود. البته باید توجه داشت که توجه به توصیه‌های پزشکی و الگوی مصرف دارو که پیش از این به‌عنوان رفتارهای مرتبط با درمان ذکر شد، جزء رفتارهای مرتبط با مسئولیت فردی سلامت محسوب می‌شوند.

جنسیت افراد از متغیرهای زمینه‌ای مهمی محسوب می‌شود که بیشتر مطالعات سلامت به تفاوت‌های حاصل از آن می‌پردازند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تفاوت معناداری بین زنان و مردان به لحاظ سبک‌های زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت وجود دارد (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ طوافیان و آقاملایی، ۱۳۹۲؛ مظلومی محمودآباد و همکاران، ۱۳۹۲؛ نوروزی نیا و همکاران، ۱۳۹۲؛ کلروزی و همکاران، ۱۳۹۴؛ گروس فریه و جیسن^۲، ۲۰۰۹، کاکرهام^۳، ۲۰۰۰). هر چند تفاوت در همه ابعاد رفتارهای مرتبط با سلامت تأیید نشده است ولی یافته‌های برخی از پژوهش‌ها (کلروزی و همکاران، ۱۳۹۴) تفاوت معناداری میان زنان و مردان در مسئولیت‌پذیری سلامت، تغذیه، روابط بین فردی و مدیریت تنش نشان داده‌اند.

سن از متغیرهای زمینه‌ای دیگر است که در مطالعات سلامت و رفتارهای مرتبط با آن، اهمیت ویژه‌ای دارد. افراد با طی کردن سال‌های عمر خود سطوح مختلفی از سلامت را تجربه و به تبع آن ممکن است از رفتارهای مرتبط با سلامت گوناگونی بهره بگیرند. یافته‌های تحقیقات پیشین نشان از رابطه سن با ابعاد مختلف سبک زندگی دارد (کرد زنگنه، ۱۳۹۱؛ محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ کلدی و کبیران عین‌الدین، ۱۳۹۳؛

1. Xu

2. Grosse Frie and Jassen

3. Cockerham

Grosse Frie and Jassen, Cockerham, 2000; Brrigan and et al, 2004; (2009).

هر چند هر سه بُعد سرمایه افراد می‌تواند در تبیین سلامت و رفتارهای مرتبط با آن به صورت مستقیم و غیرمستقیم نقش داشته باشد؛ ولی بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده، تنها به سرمایه اجتماعی افراد توجه داشته‌اند. با این وجود در معدود تحقیقاتی (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷) سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی -از جمله متغیرهای تبیین‌کننده سبک زندگی سلامت‌محور- بررسی و تأثیر آنها تأیید شده است. سرمایه اقتصادی، می‌تواند هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم، -به جهت تأثیر بر دیگر سرمایه‌ها- بر وضعیت سلامت و رفتارهای مرتبط با آن، تأثیر بگذارد؛ درحالی‌که توجه کمتری به آن شده است. با این وجود سرمایه اقتصادی با رفتارهایی چون ورزش و عادت‌های تغذیه (کرد زنگنه، ۱۳۹۱)، متغیرهایی چون درآمد، با رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور، (بریگان^۱ و همکاران، ۲۰۰۴) و فشار مالی با ضعف فعالیت جسمانی، استرس، اضطراب و افسردگی در برخی از تحقیقات رابطه داشته است (فرانک و همکاران^۲، ۲۰۱۵). همچنین رابطه موقعیت‌های اقتصادی-اجتماعی افراد با رفتارهای مرتبط با سلامت (کونویانیس و جونز^۳، ۲۰۰۴) و سلامت جسمی و روانی (نیک آذین و همکاران، ۱۳۹۲) تأیید شده است.

رابطه سرمایه اجتماعی و رفتارهای مرتبط با سلامت به‌طور کلی، (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کرد زنگنه، ۱۳۹۱؛ چوانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۳) و فعالیت جسمانی

1. Brrigan
2. Frank
3. Contoyannis & Jones
4. Chuang

(فرانک و همکاران، ۲۰۱۵)، بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (لوکومی^۱ و همکاران، ۲۰۱۴) به‌عنوان بخش‌هایی از آن نشان داده شده است. هرچند تحصیلات به‌عنوان بخش مهمی از سرمایه فرهنگی در بسیاری از تحقیقات در نظر گرفته می‌شود، ولی سرمایه فرهنگی در ابعاد و مفاهیم کلی آن کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. رابطه سرمایه فرهنگی با رفتارهای مرتبط با سلامت (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کرد زنگنه، ۱۳۹۱) رابطه تحصیلات والدین و پاسخگو با سبک زندگی (کرد زنگنه، ۱۳۹۱؛ محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ کلدی و کبیران عین‌الدین، ۱۳۹۳؛ کاکرهم، ۲۰۰۰؛ بریگان و همکاران، ۲۰۰۴؛ گروس فریه و جیسن، ۲۰۰۹) و سلامت روان (شجاع و همکاران، ۱۳۹۲) در بسیاری از تحقیقات بررسی و تأیید شده است. علاوه بر این، سرمایه فرهنگی با سبک زندگی مخاطره‌آمیز رابطه داشته است و توانسته بخشی از تغییرات آن را تبیین کند (گاگنه^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

گیدنز^۳ سبک زندگی را مربوط به دنیای مدرن می‌داند و معتقد است که در دنیای سنتی کاربرد چندانی ندارد چراکه امکان انتخاب از میان تعداد کثیری از رفتارها که لازمه شکل‌گیری مفهوم سبک زندگی است، وجود ندارد. کثرت انتخاب به این معنا نیست که امکان انتخاب برای همه وجود دارد و یا همه انتخاب‌ها از روی آگاهی است. زندگی در دنیایی که امکان انتخاب‌های گوناگون را فراهم می‌سازد به این معنا است که فرد باید گزینشی در میان راه‌حل‌های بدیل و روش‌های گوناگون انجام دهد. چنین شرایطی در نتیجه عدم وجود و یا حتی بی‌اعتنایی به ساختارها و الگوهای عمل

1. Lucumí
2. Gagne
3. Giddens

تعیین‌کننده طرز رفتار و جهت افراد در دنیای سنتی است (گیدنز، ۱۳۹۲: ۱۲۱-۱۲۰). دیدگاه گیدنز در رابطه با سبک زندگی به‌طور عام و رفتارهای مرتبط به سلامت به‌طور خاص، این‌گونه نشان می‌دهد که در دنیای کنونی که امکان انتخاب رفتارها برای افراد وجود دارد، هر یک از افراد می‌تواند مسئولیت سلامت خود را تا اندازه زیادی بر عهده بگیرند. با این وجود، این رفتارها همانند هر رفتار اجتماعی دیگری که از کنشگران سر می‌زند، متأثر از متغیرهای دیگر است. انواع سرمایه‌ها که نقش عمده‌ای را در تبیین رفتارهای اجتماعی و همین‌طور رفتارهای مرتبط با سلامت بازی می‌کند، می‌تواند نقش ویژه‌ای را در رابطه با میزان مسئولیت‌پذیری سلامت دانش-آموزان ایفا کند.

جامعه‌شناسانی چون دورکیم، وبر و زیمل همواره به مواردی چون فردگرایی، افول اخلاق جمعی و اختلال در مسئولیت‌پذیری که از مسائل جوامع مدرن است، توجه داشته‌اند. تعهد و مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی از ویژگی‌های افراد است که متأثر از عوامل فرهنگی و اجتماعی است. پارسونز بر عام‌گرایی به‌عنوان یکی از عوامل اجتماعی که منجر به افزایش مسئولیت‌پذیری کنشگران می‌شود، تأکید دارد. عام‌گرایی یکی از عناصر ساختی نظام کنش در فرایند انتخاب‌های دوتایی است که کنشگران در موقعیت انجام عمل می‌بایست بر اساس استانداردهای عام نقش، با دیگران برخورد نماید (خواجه‌نوری و همکاران، ۱۳۹۳). از سوی دیگر، از دیدگاه بوردیو انتخاب کنشگران متأثر از حجم سرمایه‌های آنهاست.

بوردیو^۱ انواع سرمایه را به سه نوع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی تقسیم می‌کند و

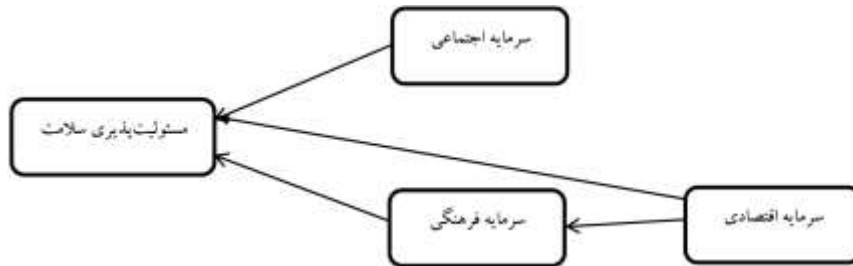
1. Bourdieu

تقلیل انواع سرمایه به سرمایه اقتصادی را که جهان مبادلات را به مبادله تجاری فرو می‌کاهد؛ اختراع تاریخ سرمایه‌داری می‌داند. از نظر بورديو سرمایه هر منبعی است که در عرصه خاصی اثر بگذارد و به فرد امکان دهد که سود خاصی را از راه مشارکت در رقابت بر سر آن به دست آورد (شارع پور و حسینی راد، ۱۳۸۷). انگاره سرمایه از رویکرد اقتصادی سرچشمه می‌گیرد. بازشناسی ویژگی‌های سرمایه به وضوح نشان دهنده این تشابه است که سرمایه از طریق عملیات سرمایه‌گذاری انباشته می‌شود؛ به صورت میراث انتقال می‌یابد و فرصت‌هایی که صاحب سرمایه با انجام سودمندترین جابه‌جایی‌ها فراهم می‌کند، بهره‌مندی بیشتر از آن را ممکن می‌سازد.

بورديو سه شکل سرمایه فرهنگی تجسم یافته، عینیت یافته و نهادینه شده را از هم متمایز می‌کند. سرمایه تجسم یافته با کوشش، تجربه و استعداد فرد حاصل می‌شود و با مرگ دارنده آن از بین می‌رود و نمی‌توان آن را به دیگری واگذار کرد (روح‌الامینی، ۱۳۶۵: ۳۴۵). به مصرف کالاهای مختلف فرهنگی در میان اقشار مختلف جامعه اشاره دارد که خود می‌تواند تابعی از متغیرهای گوناگون فردی و اجتماعی قرار گیرد (بورديو، ۱۳۹۱: ۱۶۸). سرمایه فرهنگی نهادینه شده به کمک ضوابط اجتماعی و به دست آوردن عناوین برای افراد موقعیت کسب می‌کند، مانند مدرک تحصیلی و تصدیق حرفه و کار (روح‌الامینی، ۱۳۶۵: ۳۴۵). بنابراین سرمایه فرهنگی و ابعاد آن می‌تواند تا اندازه زیادی متأثر از سرمایه اقتصادی افراد باشد چراکه هم مصرف کالاهای فرهنگی و هم پیشرفت‌های تحصیلی در گرو سرمایه اقتصادی مناسب است.

از دیدگاه بورديو، عاملان اجتماعی همواره در پی حفظ یا افزایش حجم سرمایه خود و در پی آن حفظ یا تقویت موقعیت اجتماعی‌شان هستند. سرمایه فرهنگی ناظر بر

بخشی از دارایی‌های فرهنگی افراد است که عموماً نیازمند سرمایه اقتصادی است. مصارف و آموزش‌های فرهنگی که تشکیل دهنده سرمایه فرهنگی افراد است تا اندازه زیادی تحت تأثیر سرمایه اقتصادی است. درحالی که سرمایه اجتماعی این امکان را دارد تا فارغ از سرمایه اقتصادی، ارتقاء یابد. از دیدگاه گیدنز، سبک زندگی در دنیای مدرن به گونه‌ای است که افراد مسئولیت انتخاب‌های خود را بر عهده دارند. مسئولیت‌پذیری سلامت به عنوان بخشی از سبک زندگی سلامت‌محور مانند هر بخش دیگری از سبک زندگی افراد تحت تأثیر میزان و ساختار سرمایه افراد است. تحقیقات پیشین نشان داده است که به طور کلی، سرمایه اجتماعی (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کرد زنگنه، ۱۳۹۱؛ لوکومی و همکاران، ۲۰۱۴؛ چوانگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ فرانک و همکاران، ۲۰۱۵) و فرهنگی (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کرد زنگنه، ۱۳۹۱؛ محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ کلدی و کبیران عین‌الدین، ۱۳۹۳؛ کاکرها، ۲۰۰۰؛ بریگان و همکاران، ۲۰۰۴؛ گروس فریه و همکاران، ۲۰۰۹) نقش مهمی را در سبک زندگی سلامت‌محور ایفا می‌کند. از سوی دیگر، سرمایه اقتصادی با تحت تأثیر قرار دادن سرمایه فرهنگی، می‌تواند به صورت غیرمستقیم مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان را تحت تأثیر قرار دهد. نمودار ۱، مدل مورد بررسی تحقیق حاضر و چگونگی رابطه متغیرهای مورد بررسی را نشان می‌دهد.



نمودار ۱- مدل بررسی تأثیر سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر مسئولیت‌پذیری سلامت

روش تحقیق

این پژوهش از نوع کمی و روش انجام آن پیمایش بوده است. ابزار پژوهش پرسش‌نامه و داده‌های پژوهش از طریق آن جمع‌آوری شده است. واحد تحلیل فرد و محدوده زمانی پژوهش سال ۱۳۹۴ است. جامعه آماری پژوهش، شهروندان دانش-آموزان دختر و پسر پایه‌های اول تا سوم مقطع متوسطه دوم نواحی چهارگانه آموزش پرورش شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ است که برابر با ۴۹۲۸۲ نفر است. برای برآورد تعداد افراد جامعه مورد بررسی، ابتدا آمار مدارس به تفکیک نواحی چهارگانه آموزش و پرورش، جنس، نوع مدرسه از طریق آموزش و پرورش کل استان فارس تهیه شد؛ گفتنی است مدارس غیرحضوری به دلیل عدم دسترسی به دانش-آموزان؛ مدارس بزرگسالان به دلیل پراکندگی سنی، و مدارس تیزهوشان و غیرانتفاعی به دلیل عدم همکاری و عدم مجوز ورود به آنها، حذف گردید و مابقی مورد محاسبه قرار گرفت. حجم نمونه آماری تحقیق با استفاده از فرمول کوکران^۱ با

1. Cochran

سطح معناداری ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد برابر با ۳۸۱ نفر برآورد شده است. برای جلوگیری از کاهش این تعداد بر اثر مخدوش بودن و یا عدم پاسخگویی، تعداد نمونه به ۴۰۰ نفر افزایش و در نتیجه ۳۹۱ پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. روش نمونه‌گیری مورد استفاده، طبقه‌ای چندمرحله‌ای است که در آن اعضای نمونه به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. ابتدا، اطلاعات جامعه مورد مطالعه، به تفکیک مناطق چهارگانه آموزش و پرورش، جنس و نوع مدرسه (دبیرستان و هنرستان) بر اساس اطلاعات آموزش و پرورش کل استان فارس استخراج گردید. سپس با توجه به نسبت جمعیت هر گروه به جمعیت کل دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر شیراز، تعداد مناسب پرسش‌نامه به هر یک از آنها تعلق گرفت. سپس در هر منطقه، تعدادی مدرسه به تناسب تعداد پرسش‌نامه‌های تعلق گرفته به آن منطقه، به صورت تصادفی انتخاب و در هر مدرسه تعدادی کلاس به صورت تصادفی و در نهایت پرسش‌نامه‌ها توسط افراد آن کلاس تکمیل شده است.

در این پژوهش جهت ساخت ابزار پیمایش از پرسش‌نامه نمایه سبک زندگی ارتقای سلامت پندر^۱ (۱۹۹۵) و همچنین پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی فیروزآبادی (۱۳۸۴) و سرمایه فرهنگی مبتنی بر پژوهش ابراهیمی و ضیاءپور (۱۳۹۱) و سرمایه اقتصادی بر اساس پژوهش‌های قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) و کرد زنگنه (۱۳۹۱) استفاده شده است. منظور از مسئولیت‌پذیری سلامت، الزام‌ها و تعهدات درونی فرد برای حفظ و ارتقاء سلامت خود است. در این تحقیق، مسئولیت‌پذیری سلامت با استفاده از بررسی تغییرات فیزیکی بدن، مراجعه به پزشک و مشاور، کمک گرفتن از

1. Pender's Health-Promotion Lifestyle Profile

متخصصین سلامت، پیگیری اخبار و اطلاعات سلامت و شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامت سنجیده شده است.

سرمایه اقتصادی به درآمد پولی و همچنین سایر منابع و دارایی‌های مالی گفته می‌شود (شارع پور و حسینی راد، ۱۳۸۷). در این پژوهش با استفاده از درآمد ماهیانه خانواده، ارزش منزل مسکونی، اتومبیل والدین، منزل اضافی اجاره داده شده، باغ، زمین و شرکت یا کارخانه سنجیده شده است. سرمایه فرهنگی با مجموعه‌ای از داشته‌های فکری منطبق است که توسط نظام آموزشی تولید می‌شوند یا از طریق خانواده انتقال می‌یابد (بون ویتز، ۱۳۹۱: ۶۷). در این پژوهش سرمایه فرهنگی با استفاده از وضعیت تحصیلی، میزان آشنایی با زبان‌های خارجی و عضویت در کتابخانه، مراجعه به کتابخانه، کتاب‌فروشی، نمایشگاه هنری و موزه، بازدید از آثار تاریخی، مطالعه روزنامه و مطبوعات و کتب غیردرسی، کار با کامپیوتر، شرکت در انواع کلاس‌ها و دسترسی به وسایل الکترونیکی و فرهنگی سنجیده شده است.

سرمایه اجتماعی از تعهدات (روابط) اجتماعی تشکیل شده و شامل پیوندهای اجتماعی است (شارع پور و حسینی راد، ۱۳۸۷). در این پژوهش سرمایه اجتماعی از طریق سؤالاتی در رابطه با میزان اعتماد به خانواده، دوستان، اطرافیان و همچنین نهادهای مختلف دولتی، میزان مراوده و همیاری به دوستان یا همسایگان مشارکت در طرح‌های مختلف خیریه و انسان دوستانه و همکاری با انجمن‌ها و شوراهای سنجیده شده است. منظور از مسئولیت‌پذیری سلامت، کلیه رفتارهایی است که افراد جهت حفظ و ارتقاء سلامت خود به کار می‌گیرند. در پژوهش حاضر، مسئولیت‌پذیری سلامت با استفاده از پرسش‌هایی چون مراجعه به پزشک و مشاور، معاینه و چکاپ مرتبط،

کسب اطلاعات از متخصصین، پذیرش توصیه‌ها و تماشا یا شرکت در برنامه‌های آموزشی سلامت بررسی شده است.

جدول شماره ۱ آزمون آلفای کرونباخ هر یک از متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد که بر اساس آن هر سه متغیر مسئولیت‌پذیری سلامت، سرمایه فرهنگی و اجتماعی از پایایی مطلوبی برخوردارند. سرمایه اقتصادی با استفاده از مجموع دارایی‌های خانواده و درآمد آنها سنجیده شده است. همچنین اعتبار تحقیق از نوع صوری بوده و هر یک از گویه‌های مورد استفاده، علاوه بر اینکه پیش از این استفاده شده بود؛ مورد تأیید تعدادی از متخصصان مربوط قرار گرفته است.

جدول ۱. ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد سؤالات	ضریب آلفای کرونباخ
مسئولیت‌پذیری سلامت	۹	۰/۷۸۴
سرمایه فرهنگی	۳۰	۰/۷۶۵
سرمایه اجتماعی	۳۱	۰/۸۴۵

در تحلیل یافته‌های تحقیق از همبستگی، آزمون معناداری تفاوتی^۱، روش رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر استفاده شده است. در تحلیل مسیر، وزن بتا یا ضریب مسیر مقدار اثر هر متغیر را نشان می‌دهد و با استفاده از آن می‌توان به سازوکار اثرگذاری متغیرها بر یکدیگر پی ببریم. تحلیل مسیر، میزان اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها را مشخص می‌کند (دواس، ۱۳۸۹: ۲۲۲).

1. T test

یافته‌های تحقیق

در پژوهش حاضر، کل نمونه مورد بررسی شامل ۱۹۸ پسر (۵۰/۶ درصد) و ۱۹۳ دختر (۴۹/۴ درصد) است. بازه سنی مورد بررسی این تحقیق محدود است و طیفی از سنین ۱۴ تا ۱۸ سال را شامل می‌شود. بیشتر افراد نمونه در طیف سنی ۱۵ تا ۱۷ سال قرار دارد و تعداد کسانی که سنشان را ۱۴ و ۱۸ سال اعلام کرده‌اند، معدودند. مقاطع اول، دوم و سوم متوسطه دوم به ترتیب ۵۶/۸، ۳۰/۷ و ۱۲/۵ درصد از کل نمونه را تشکیل داده است. ۳۳۲ نفر از کل نمونه (۸۴/۹ درصد)، تجربه مردودی نداشته و ۵۳ نفر (۱۳/۶ درصد) تجربه مردودی تجربه کرده‌اند. در کل نمونه مورد بررسی، ۳۴۰ نفر (۸۷ درصد) تاکنون تجربه بیماری خاص نداشته و تنها ۴۸ نفر (۱۲/۳ درصد) سابقه بیماری خاص داشته‌اند (۳ نفر ۰/۸ درصد) از کل پاسخگویان به این سؤال پاسخ نداده‌اند. جدول شماره ۲، آماره‌های توصیفی متغیرهای مسئولیت‌پذیری سلامت و سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای مسئولیت‌پذیری سلامت و سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

میانگین	انحراف معیار	میانه	حداقل	حداکثر	دامنه	تعداد گویه	تعداد نمونه معتبر	مقادیر گمشده
۷/۹۰۶	۴/۹۳۴	۸	۰	۲۷	۲۷	۹	۳۳۲	۵۹
۴۸/۵۸۴	۱۵/۲۸۵	۴۸	۱۱	۹۱	۸۰	۳۰	۳۶۱	۳۰
۵۴/۶۵۰	۹/۶۱۱	۵۴	۲۷	۸۱	۵۳	۳۱	۳۰۵	۸۶
۳۵۰/۸۸۲	۶۳۲/۰۸۳	۱۳۶	۰	۴۵۵۰	۴۵۵۰	۸	۲۰۹	۱۸۲

جدول شماره ۳، نتایج آزمون معناداری تفاوت مسئولیت‌پذیری سلامت بر مبنای جنس، وضعیت تحصیلی و سابقه بیماری خاص پاسخگویان را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، میان دختران و پسران، دانش‌آموزانی که سال قبل تجربه مردودی در یک یا چند درس را داشته و افرادی که چنین تجربه‌ای نداشته‌اند و همچنین دانش‌آموزانی که سابقه بیماری خاص داشته و کسانی که چنین موقعیتی را تجربه نکرده‌اند، در رابطه با اعمال مربوط به مسئولیت‌پذیری سلامت خود، تفاوت معناداری نداشته‌اند.

جدول ۳. آزمون معناداری تفاوت مسئولیت‌پذیری سلامت بر مبنای جنس، وضعیت تحصیلی و سابقه بیماری پاسخگویان

جنس	مشاهدات	میانگین	انحراف معیار	نمره t	درجه آزادی	سطح معناداری
مرد	۱۶۱	۸/۰۴۳	۴/۷۵۳	۰/۴۹۰	۳۳۰	۰/۶۲۵
	۱۷۱	۷/۷۷۷	۵/۱۰۹			
مردود	۲۸۴	۸/۰۸۸	۴/۸۷۸	۱/۴۷۱	۳۲۸	۰/۱۴۲
	۴۶	۶/۹۳۴	۵/۲۶۳			
بیمار	۲۹۰	۸/۸۶۵	۴/۹۰۱	-۰/۵۵۰	۳۲۸	۰/۵۸۲
	۴۰	۸/۳۲۵	۲/۲۹۸			

جدول شماره ۴، نتایج آزمون معناداری تفاوت مسئولیت‌پذیری سلامت بر مبنای سال تحصیل دانش‌آموزان را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، میان دانش‌آموزان هر سه سال تحصیلی اول، دوم و سوم تفاوت معناداری به لحاظ مسئولیت‌پذیری رفتار سلامت وجود ندارد.

جدول ۴. آزمون تفاوت میانگین مسئولیت‌پذیری سلامت و ابعاد آن بر حسب مقطع تحصیلی پاسخگویان

سطح معناداری	نمره F	انحراف معیار	میانگین	مشاهدات	سال تحصیلی	حس مسئولیت‌پذیری
۰/۵۹۰	۰/۵۲۸	۵/۰۵۰	۸/۰۲۱	۱۸۸	اول	
		۴/۸۱۳	۷/۵۰۵	۹۹	دوم	
		۴/۷۴۷	۸/۳۱۱	۴۵	سوم	

جدول شماره ۵ رابطه دو متغیره (همبستگی) بعضی از متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. بر اساس این آزمون‌ها، سرمایه اجتماعی و فرهنگی دانش‌آموزان در سطح ۹۹ درصد اطمینان و سرمایه اقتصادی در سطح ۹۵ درصد اطمینان با مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان رابطه مثبت و معناداری دارد. همچنین رابطه سن با مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان معنادار نمی‌باشد. علاوه بر این، سرمایه اجتماعی با سرمایه فرهنگی و سرمایه فرهنگی با سرمایه اقتصادی در سطح ۹۹ درصد اطمینان رابطه مثبت و معناداری دارد. متغیر سن تنها با سرمایه فرهنگی دانش‌آموزان رابطه معنادار داشته و این رابطه در سطح ۹۵ درصد اطمینان صادق است.

جدول ۵. آزمون همبستگی میان متغیرهای تحقیق

مسئولیت‌پذیری سلامت		
سطح معناداری	همبستگی	
۰/۰۰۰	۰/۳۵۲	سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۳۹۳	سرمایه فرهنگی
۰/۰۳۸	۰/۱۵۸	سرمایه اقتصادی
۰/۶۶۶	۰/۰۲۴	سن

پس از بررسی روابط دومتغیره، تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر متغیر وابسته با استفاده از آزمون رگرسیون چندمتغیره با در نظر گرفتن پیش فرض‌های اساسی آن (پیوستگی مقیاس اندازه‌گیری، نرمال بودن توزیع متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها) مورد بررسی قرار گرفته است (جدول ۶). در این آزمون متغیرهای سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی با کنترل متغیر سن و جنس وارد معادله شده است. بر اساس جدول زیر، نتایج این آزمون نشان می‌دهد که سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی در سطح اطمینان ۹۵ درصد بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارند. تأثیر سرمایه فرهنگی بر مسئولیت‌پذیری سلامت در مقایسه با سرمایه اجتماعی بیشتر است. همچنین سرمایه اقتصادی، سن و جنس تأثیر معناداری بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان نداشته است.

جدول ۶. آزمون تحلیل رگرسیون بر آورد تأثیر متغیرهای سرمایه اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی بر مسئولیت‌پذیری سلامت با کنترل سن و جنس

متغیر	Beta	نمره t	سطح معناداری t	R	R ²	نمره F	سطح معناداری F
سرمایه فرهنگی	۰/۲۴۶	۲/۵۰۹	۰/۰۱۳	۰/۴۴۱	۰/۱۹۴	۵/۶۹۰	۰/۰۰۰
سرمایه اجتماعی	۰/۲۳۵	۲/۴۸۵	۰/۰۱۱				
سرمایه اقتصادی	۰/۰۸۴	۰/۹۳۹	۰/۳۵۰				
سن	۰/۰۶۴	۰/۷۷۵	۰/۴۴۰				
جنس	-۰/۰۳۱	-۰/۳۶۹	۰/۷۱۳				

همچنان که در جدول شماره ۶ ملاحظه شد، سرمایه اقتصادی در آزمون رگرسیون چندمتغیره، تأثیر معناداری بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان نداشت. این در

حالی است که سرمایه اقتصادی همبستگی قابل توجهی با سرمایه فرهنگی که مؤثر بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان است، دارد (جدول ۵). بنابراین، بررسی رابطه رگرسیونی این دو متغیر و در نهایت امکان بررسی تأثیر غیرمستقیم سرمایه اقتصادی بر مسئولیت‌پذیری سلامت بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر را شامل می‌شود. جدول ۷، آزمون تحلیل رگرسیون برآورد تأثیر متغیر سرمایه اقتصادی بر سرمایه فرهنگی با کنترل سن و جنس را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، سرمایه اقتصادی، در سطح ۹۹ درصد اطمینان بر سرمایه فرهنگی تأثیر دارد.

جدول ۷. آزمون تحلیل رگرسیون برآورد تأثیر متغیر سرمایه اقتصادی بر سرمایه فرهنگی با کنترل سن و جنس

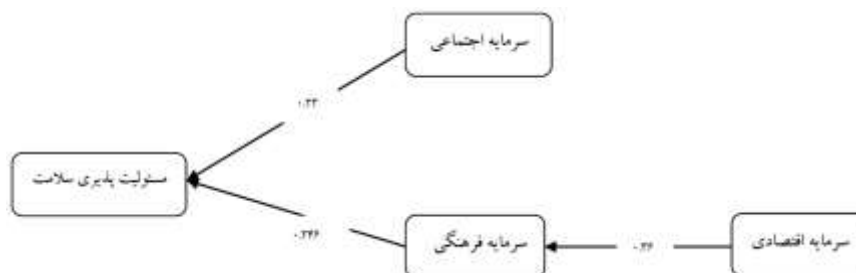
متغیر	Beta	نمره t	سطح معناداری t	R	R ²	نمره F	سطح معناداری F
سرمایه اقتصادی	۰/۳۶۹	۵/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۳۶۹	۰/۱۳۶	۲۵/۰۲۵	۰/۰۰۰
سن	۰/۰۱۳	۰/۱۶۹	۰/۸۶۶				
جنس	۰/۰۱۷	۰/۲۲۴	۰/۸۲۳				

به این ترتیب برای بررسی کلی روابط میان متغیرها از روش تحلیل مسیر استفاده شده است تا با استفاده از آن علاوه بر تأثیرات مستقیم متغیرهای مستقل، تأثیر غیرمستقیم سرمایه اقتصادی هم مورد سنجش قرار بگیرد. جدول شماره ۸، اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل و واسطه‌ای بر مسئولیت سلامت دانش‌آموزان را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، سرمایه فرهنگی و اجتماعی به صورت مستقیم و سرمایه اقتصادی به صورت غیرمستقیم و به واسطه سرمایه فرهنگی بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارند. اثر کل سرمایه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به ترتیب برابر با ۰/۲۸۴، ۰/۲۲۴ و ۰/۱۰۴ است.

جدول ۸. اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل و واسطه‌ای بر مسئولیت سلامت دانش‌آموزان

متغیرهای مستقل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
سرمایه فرهنگی	۰/۲۴۶	-	۰/۲۴۶
سرمایه اجتماعی	۰/۲۳۵	-	۰/۲۳۵
سرمایه اقتصادی	-	۰/۱۰۴	۰/۱۰۴

نمودار شماره ۲ نحوه و میزان اثرگذاری هر یک از متغیرهای مستقل تحقیق (سرمایه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی) بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان را نشان می‌دهد.



نمودار ۲. مدل تحلیل مسیر تأثیر متغیرهای سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بر مسئولیت‌پذیری سلامت

خلاصه و نتیجه‌گیری

امروزه سلامت چنان اهمیتی دارد که علاوه بر علوم پزشکی و بهداشت، علوم انسانی و اجتماعی هم توجه ویژه‌ای به آن می‌کند. در واقع سلامت تعیین‌کننده مهم کیفیت و کمیت زندگی افراد است. در گذشته وضع سلامت افراد تا اندازه زیادی به

بیماری‌های واگیر و سرایت‌کننده و همچنین شرایط سخت زندگی و کار - که شرط بقای آنها بود - برمی‌گشت. این در حالی است که امروزه بسیاری از انسان‌ها چنین شرایطی مصون‌اند و بخش عمده‌ای از وضع سلامت آنها به انتخاب‌های آنها در ارتباط با رفتار سلامت برمی‌گردد. بنابراین با وجود چنین آزادی عملی، اهمیت مفاهیمی چون مسئولیت‌پذیری سلامت آشکار می‌شود.

سبک زندگی که دربرگیرنده بسیاری از رفتارهای افراد است، توجه برخی از جامعه‌شناسان و اندیشمندان علوم اجتماعی را به خود جلب کرده است. گیدنز از جمله اندیشمندان این عرصه است که سبک زندگی را مربوط به دنیای مدرن می‌داند. چراکه در گذشته جایی برای انتخاب رفتار وجود نداشت و در شرایط عدم امکان انتخاب رفتار به شکل امروزی، سبک زندگی معنایی ندارد. وی اذعان دارد که افراد در اکثر بخش‌های جهان حق انتخاب رفتارهای مرتبط با سلامت را دارند و به همین خاطر است که آنها تا اندازه زیادی مسئولیت وضع سلامت خود را بر عهده دارند.

از سوی دیگر، بررسی ادبیات تحقیق و پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که سبک زندگی سلامت‌محور و رفتارهای مرتبط با سلامت، تا اندازه زیادی می‌تواند تحت تأثیر انواع سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی افراد قرار بگیرد. بوردیو هر یک از این سه نوع سرمایه را به تفصیل شرح داده است. سرمایه اجتماعی به روابط افراد اشاره دارد که موجب افزایش دسترسی به فرصت‌ها و ارتقاء موقعیت اجتماعی می‌گردد. سرمایه فرهنگی به مجموعه‌ی از معلومات و امتیازاتی اشاره دارد که فرد برای ارتقاء یا حفظ موقعیت خود به کار می‌گیرد و درنهایت سرمایه اقتصادی شامل درآمدها و انواع دارایی‌های افراد است.

جامعه آماری تحقیق حاضر، دانش آموزان دوره متوسطه دوم شهر شیراز است. این گروه در بازه سنی‌ای قرار دارند که آغاز مسئولیت‌پذیری آنها در بسیاری از جنبه‌های زندگی محسوب می‌شود. به طبع مسئولیت‌پذیری سلامت بخشی از این مسئولیت-پذیری گسترده‌تر است که به لحاظ زمانی پیش از سایر مسئولیت‌ها به فرد واگذار می‌گردد. هرچند یافته‌های برخی از پژوهش‌ها (کلروزی و همکاران، ۱۳۹۴) تفاوت معناداری میان زنان و مردان در مسئولیت‌پذیری سلامت را نشان داده است، ولی نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که در میزان مسئولیت‌پذیری سلامت بین دختران و پسران دانش‌آموز تفاوت معناداری وجود ندارد و جنسیت در این زمینه متغیر مهمی محسوب نمی‌گردد و احتمالاً عدم معناداری چنین تفاوتی به بازه سنی آنها برمی‌گردد که هم محدود و هم شبیه به هم است و انتظار می‌رود که رفتارهای مشابهی داشته باشند.

علاوه بر این، وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان که با استفاده از پرسش در مورد سابقه مردودی در یک یا چند درس مورد بررسی قرار گرفته است و همچنین سابقه بیماری خاص، تفاوتی را به لحاظ میزان مسئولیت‌پذیری سلامت در میان دانش‌آموزان ایجاد نمی‌کند. روابط دومتغیره سابقه بیماری خاص و مسئولیت‌پذیری سلامت نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان این دو گروه وجود ندارد. هرچند دانش‌آموزان با تجربه بیماری خاص، مسئولیت‌پذیری سلامت بیشتری دارند ولی این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نیست. به نظر می‌رسد چنین تفاوتی تنها در تعداد مراجعات به پزشک و مراکز درمانی جهت درمان همان بیماری‌ها است. همچنین نتایج تحلیل‌ها نشان داد که میان دانش‌آموزان در هر سه سال تحصیلی اول تا سوم تفاوت معناداری وجود ندارد.

با وجود تأیید رابطه سن با ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت‌محور در تحقیقات

پیشین (کرد زنگنه، ۱۳۹۱؛ محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲؛ کلدی و کبیران عین‌الدین، ۱۳۹۳؛ کاکرهم، ۲۰۰۰؛ بریگان و همکاران، ۲۰۰۴؛ گروس فریه و همکاران، ۲۰۰۹)؛ در پژوهش حاضر، بین سن و مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان چه در سطح دومتغیره و چه در سطح چندمتغیره مشاهده نشده است. این اختلاف در نتیجه بازه سنی محدود تحقیق حاضر است که تقریباً همه جامعه آماری را به لحاظ سنی شبیه به هم در نظر گرفته است و به کارگیری سن در تحلیل‌های آماری تنها در جهت کنترل متغیرها است تا تأثیر احتمالی همین بازه محدود هم کنترل گردد.

سرمایه فرهنگی در مقایسه با دو نوع سرمایه دیگر بیشترین تأثیر را بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان داشته است. همچنین این تأثیر مثبت است و انتظار می‌رود با افزایش سرمایه فرهنگی دانش‌آموزان، مسئولیت‌پذیری سلامت آنها افزایش یابد. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کرد زنگنه، ۱۳۹۱) مطابقت دارد. اگرچه سرمایه فرهنگی خود ابعاد مختلفی دارد ولی در پژوهش حاضر برای فراهم شدن امکان مقایسه تأثیرات سرمایه‌ها، همه ابعاد در همان گروه کلی‌تر سرمایه فرهنگی مورد بررسی قرار گرفته است. سرمایه فرهنگی که طیف وسیعی از آموزش‌ها، تحصیلات، مهارت‌ها و داشته‌های فرهنگی را دربرمی‌گیرد؛ تأثیر قابل توجهی را بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان نشان داده است. چراکه انتظار می‌رود با افزایش دانش و مهارت‌های حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای، دانش سلامت افزایش و به تبع آن مسئولیت‌پذیری سلامت برای حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افزایش یابد.

تأثیر سرمایه اجتماعی بر مسئولیت‌پذیری سلامت در مقایسه با سرمایه فرهنگی

کمتر است. با این وجود، سرمایه اجتماعی همانند سرمایه فرهنگی، بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارد و افزایش سرمایه اجتماعی آنها در ارتقا رفتارهای مرتبط با مسئولیت سلامت مؤثر واقع خواهد شد. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کرد زنگنه، ۱۳۹۱؛ چوانگ و همکاران، ۲۰۱۵) مطابقت دارد. از دیدگاه بوردیو، سرمایه اجتماعی، روابط گروهی و شبکه‌ای است که دسترسی به فرصت‌ها، اطلاعات، منابع مادی و موقعیت اجتماعی را تسهیل می‌کند. چنین روابطی، از یک سو، دانش سلامت و به پیروی از آن مسئولیت سلامت را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر ممکن است با یافتن خود به عنوان عضوی از یک گروه یا جامعه بزرگ‌تر، مسئولیت بیشتری در قبال کیفیت سلامت خود ایجاد کند.

سرمایه اقتصادی در مقایسه با سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی رابطه متفاوتی را با مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان دارد. تحقیقات پیشین هم رابطه سرمایه اقتصادی و درآمد را تنها با برخی رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور (کرد زنگنه، ۱۳۹۱؛ بریگان و همکاران، ۲۰۰۴) تأیید کرده‌اند. گرچه رابطه دومتغیره سرمایه اقتصادی و مسئولیت‌پذیری سلامت حاکی از یک رابطه مثبت و معنادار است ولی تحلیل چند متغیره نشان داد که سرمایه اقتصادی نمی‌تواند به صورت مستقیم بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان اثرگذار باشد. از آنجا که از دیدگاه بوردیو، سرمایه فرهنگی تا اندازه زیادی متأثر از سرمایه اقتصادی است؛ تأثیر غیرمستقیم سرمایه اقتصادی بر مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان به واسطه سرمایه فرهنگی بررسی و تأثیر مثبت آن تأیید شده است. به زعم بوردیو، سرمایه فرصت‌هایی را برای صاحب

سرمایه از طریق تبدیل سرمایه‌ها فراهم می‌کند و از این طریق، بهره‌مندی بیشتر از سرمایه را ممکن می‌سازد. در این رابطه، سرمایه اقتصادی با تبدیل به سرمایه فرهنگی نقش خود را در تعیین مسئولیت سلامت دانش‌آموزان ایفا می‌کند.

انباشت سرمایه و به‌کارگیری آن برای دستیابی به زندگی با کیفیت بیشتر محدود به سرمایه اقتصادی نمی‌شود. سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی در تعیین این کیفیت نقش بسزایی را ایفا می‌کنند. چنان‌که یافته‌های تحقیق حاضر حاکی از رابطه مستقیم سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی با مسئولیت‌پذیری سلامت است. از سوی دیگر، اهمیت این سرمایه‌ها و همچنین مسئولیت‌پذیری سلامت به دوره خاصی از زندگی محدود نمی‌شود. در واقع، انتظار می‌رود که نوجوانان با مسئولیت‌پذیری سلامت بیشتر، وضعیت سلامت بهتری در دوره‌های بعدی زندگی خود تجربه کنند. میزان مسئولیت‌پذیری سلامت نوجوان و جوانان، تعیین‌کننده بسیار مهمی برای وضعیت سلامت آنها در دوره‌های آتی زندگی آنها خواهد بود. به این ترتیب، توجه به وضعیت و ارتقاء سرمایه‌های مختلف و همچنین مسئولیت‌پذیری سلامت دانش‌آموزان و نوجوانان موضوعی است که باید مورد توجه مسئولین آموزش و پرورش قرار بگیرد.

منابع

- ابراهیمی، قربانعلی و ضیاءپور، آرش (۱۳۹۱)، بررسی جامعه‌شناختی تأثیر سرمایه فرهنگی بر مدیریت بدن (مطالعه تجربی جوانان شهر گیلانغرب)، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و سوم، شماره اول، صص ۱۴۸-۱۲۵.
- احمدی، بتول و همکاران (۱۳۹۲)، چارچوب نظری مدل سلامت زنان ایران: مدل فرمهر، *حکیم*، دوره شانزدهم، شماره ۴، صص ۳۴۸-۳۲۷.
- بوردیو، پیر (۱۳۹۱)، *تمایز: نقد اجتماعی قضاوت‌های ذوقی*، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر ثالث.
- خواجه نوری، بیژن؛ مساوات، سید ابراهیم و ریاحی، زهرا (۱۳۹۳)، رابطه سبک زندگی و مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی (مطالعه موردی: نوجوانان دبیرستانی شیراز)، *جامعه پژوهی فرهنگی*، سال پنجم، شماره ۴، صص ۶۴-۴۵.
- دواس، دی‌ای (۱۳۸۹)، *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*، ترجمه هوشنگ نایی، تهران: نشر نی.
- رضایی، زینب، حسن‌زاده، رمضان و میرزائیان، بهرام (۱۳۹۲)، مقایسه رضایت زناشویی، سبک زندگی و سلامت روان در مردان و زنان بازنشسته و غیر بازنشسته، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، سال چهاردهم، شماره ۴ (پیاپی ۵۴)، صص ۶۱-۵۴.
- روح‌الامینی، محمود (۱۳۶۵)، *زمینه فرهنگ شناسی*، تهران: انتشارات عطار.
- زنجانی، حبیب‌الله؛ شادپور، کامل؛ میرزایی، محمد و مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۸۹)، *جمعیت، توسعه و بهداشت باروری*، تهران: نشر بشری.
- شارع پور، محمود و حسینی‌راد، علی (۱۳۸۷)، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت ورزشی (مطالعه موردی شهروندان ۲۹-۱۵ ساله شهر بابل)، *حرکت*، شماره ۳۷، صص ۱۵۳-۱۳۱.

- شجاع، محسن و همکاران (۱۳۹۲)، بررسی سلامت روان و رابطه آن با سرمایه اجتماعی سالمندان، *پایش*، سال دوازدهم، شماره ۴، صص ۳۴۵-۳۵۳.
- صادقی‌پور، اکرم؛ صادقی‌پور، معصومه و حسینی، محمدسلطان (۱۳۹۳)، بررسی ارتباط بین سطوح فعالیت بدنی با سلامت روان (مطالعه موردی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، سال سی و دوم، شماره ۲۷۴، صص ۹۰-۱۰۱.
- طوافیان، صدیقه السادات و آقا ملایی، تیمور (۱۳۹۲)، ارزیابی سبک زندگی دانش‌آموزان مدارس شهر بندرعباس، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره یازدهم، شماره ۳، صص ۸۳-۹۳.
- فیروزآبادی، سید احمد (۱۳۸۴)، بررسی سرمایه اجتماعی و عوامل مؤثر بر شکل‌گیری آن در شهر تهران، *پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- قاسمی، وحید؛ ربانی، رسول؛ ربانی خوراسگانی، علی و علیزاده اقدم، محمد (۱۳۸۷)، تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور، *ادبیات و زیانها: زبان و ادبیات فارسی*، شماره ۶۳، صص ۲۱۴-۱۸۱.
- کرد زنگنه، جعفر (۱۳۹۱)، عوامل اجتماعی جمعیتی مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور: مطالعه موردی جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر تهران، *پایان‌نامه دکتری جمعیت‌شناسی*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- کلدی، علیرضا و کبیران عین‌الدین، حمیده (۱۳۹۳)، بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۹۲)، *مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، سال ششم، شماره ۴، صص ۸۷-۹۵.
- کلوژی، فاطمه؛ پیشگوی، امیرحسین و طاهریان، اسما (۱۳۹۴)، بررسی رفتارهای ارتقا

- دهنده سلامت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نظامی، *مدیریت ارتقای سلامت*، دوره چهارم، شماره ۲، ۱۵-۷.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۹۲)، *تجدد و تشخیص*، ترجمه: ناصر موفقیان، تهران: نشر نی.
 - گیدنز، آنتونی (۱۳۸۷)، *جامعه‌شناسی*، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.
 - لوکاس، دیوید و پاول میر (۱۳۸۴)، *درآمدی بر مطالعات جمعیتی*، ترجمه: حسین محمودیان، تهران: دانشگاه تهران.
 - محمدیان، هاشم و همکاران (۱۳۹۲)، اعتباریابی خصوصیات روانسنجی گونه فارسی پرسش‌نامه سبک زندگی - HPLP II نوجوانان، *پایش*، سال دوازدهم، شماره ۲، صص ۱۶۷-۱۶۶.
 - مظلومی محمودآباد، سید سعید، فاضل‌پور، شکوه و عسکرشاهی، محسن (۱۳۹۲)، بررسی وضعیت انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در اساتید دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۸۸، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره بیست و یکم، شماره ۳، صص ۲۱-۱۲.
 - نوروزی نیا، روح‌انگیز و همکاران (۱۳۹۲)، بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و همبستگی آن با میزان اضطراب و برخی مشخصات جمعیت‌شناسی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی البرز، *مدیریت ارتقای سلامت*، دوره دوم، شماره ۴، صص ۴۹-۳۹.
 - نیازی، محسن و کارکنان نصرآبادی، محمد (۱۳۸۶)، تبیین جامعه‌شناختی رابطه سرمایه فرهنگی خانواده با هویت اجتماعی جوانان، *مطالعات ملی*، ۳۱: ۵۵-۸۰.
 - نیک آذین، امیر؛ شعیری، محمدرضا؛ نائینیان، محمدرضا (۱۳۹۲)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان: تفاوت‌های بهداشت روانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، جنس و سن، *روانشناسی تحولی: روانشناسی ایران*، سال نهم، شماره ۳۵، صص ۲۸۱-۲۷۱.

- Abel, Thomas (1991), "Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings", *Soc Sci Med*, 32(8): 899-908.
- Aluerson, Elise and Theresa Kessler (2012), "Relationships between lifestyle, health behavior, and health status outcomes for underserved adults", *American Academy of Nurse Practitioners*, 24(6): 364-374.
- Brrigan, David and others (2004), "Patterns of health behavior in U.S. adults", *Preventive Medicine*, 36: 615-623.
- Chuang, Ying-Chih, Ya-Li Huang, Kuo-Chien Tseng, Chia-Hsin Yen and Lin-hui Yang (2015), "Social capital and health-protective behavior intentions in an influenza pandemic", *Plos One*, 10(371): 1-14.
- Cockerham, William C. (2000), "Health lifestyles in Russia", *Social Science & Medicine*, (51) 1313-1324.
- Contoyannis, Paul and Andrew M. Jones (2004), "Socio-economic status, health and lifestyle", *Health Economics*, 23: 965-995.
- Frank, Christine, Christopher G. Davis and Frank J. Elgar (2015), "Financial strain, social capital, and perceived health during economic recession: a longitudinal survey in rural", *Anxiety, Stress & Coping*, 27(4): 422-438.
- Gagne', Thierry, Katherine L. Frohlich, Thomas Abel (2015), "Cultural capital and smoking in young adults: applying new indicators to explore social inequalities in health behavior", *European Journal of Public Health*, Available at: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2015/04/09/eurpub.ckv069>
- Grosse Frie, Kristin and Christian Jassen (2009), "Social inequality, lifestyles and health – a non-linear canonical correlation analysis based on the approach of Pierre Bourdieu", *Public Health*, 54: 213-221.
- León, José c., José Carmona and Pilar García (2010), "Health risk behaviors in adolescents as indicators of unconventional", *Adolescence*, 33: 663-671.
- Lucumí, Diego I., Luis F. Gomez, Ross C. Brownson³, and Diana C. Parra (2014), Social capital, "socioeconomic status, and health-

related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia)".

Journal of Aging and Health, Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25370712>

- Wainwright, David (2008), *A Sociology of health*, London; Sage Publications.
- World Health Organization (2010), "Adolescent health" [online] Available at: www.who.int
- Xu, Jan and others (2012), "Lifestyle and health-related quality of life: A cross-sectional study among civil servants in China", *BMC Public Health*, 12: 330-338.