# بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر برسبک زندگی خودمراقبتی شهروندان

محمد عباس‌زاده[۱]، محمدباقر علیزاده اقدام[۲]، رحیم بدری گرگری[۳]، ابوعلی ودادهیر[٤]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۳۰

## چکیده

«خودمراقبتی»، یکی از ابعاد مهم سبک زندگی سلامت‌محور است افرادی که دارای درجه بالایی از خود مراقبتی هستند، برای سلامت خود ارزش قائل شده، سعی می‌کنند کمتر بیمار شوند و درصورت بیماری، تلاش می‌کنند هرچه زودتر سلامتی خود را بازیابند. در مقالهٔ حاضر، ارتباط بین بعضی از عوامل اجتماعی و بعد خودمراقبتی مورد بحث قرار گرفته و برای تبیین مسئله، از نظریه‌های جامعه‌شناسی استفاده شده است. روش تحقیق، پیمایشی و ابزار اندازه‌گیری، پرسش‌نامهٔ بسته است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، تمامی شهروندان بالای ۱۵ سال شهر تبریز به تعدد ۱۱۰٦۷۳۱ نفر (براساس آمار سال ۱۳۸۵) هستند که از این تعداد، ۷۵۲ نفر براساس فرمول کوکران و به شیوهٔ نمونه‌گیری خوشه‌ای گزینش شده اند. همچنین داده‌های گردآوری‌شده از طریق نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. یافته‌های تحقیق حاضر حاکی از آن است که خودمراقبتی شهروندان برحسب وضعیت تأهل و طبقهٔ اجتماعی آن‌ها متفاوت است و با متغیرهایی نظیر سرمایهٔ اجتماعی، سرمایهٔ فرهنگی، سرمایه اقتصادی، شاخص حجم بدن، جذابیت بدنی، ارزش سلامتی، احساس بی‌قدرتی و مدیریت بدن، رابطهٔ معناداری دارد. همچنین براساس یافته‌ها، متغیرهای مانده در مدل رگرسیونی (سرمایهٔ اجتماعی، احساس بی‌قدرتی، شاخص حجم بدن، ارزش سلامت و جذابیت بدنی) توانسته‌اند ۲۵ درصد از تغییرات مربوط به متغیر خودمراقبتی را تبیین کنند. سایر آثار، مرتبط با متغیرهای دیگری است که دراین تحقیق به آن‌ها پرداخت نشده است.

**واژگان کلیدی:** خودمراقبتی، سرمایه اجتماعی، شاخص حجم بدن، احساس بی‌قدرتی،ارزش سلامتی و جذابیت بدنی.

---

۱. استادیار و عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز (m.abbaszadeh۱@yahoo.com)
۲. استادیار و عضو هیئت علمی مؤسسه تحقیقات اجتماعی دانشگاه تبریز
۳. استادیار و عضو هیئت علمی روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تبریز
٤. استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

**مقدمه**

خودمراقبتی، به منزلهٔ یکی از رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامتی شناخته شده است. رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت طبق نظریهٔ پندر[۱] عبارتند از هرگونه اقدامی که برای افزایش و نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد یا گروه صورت گیرد. رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت بر الگوهای مثبت زندگی که باعث افزایش سطح سلامتی و کیفیت زندگی می شود، تأکید می‌ورزند (غفاری، ۱۳۸۷). مراقبت از خود بر حفظ سلامتی انسان‌ها در سه حیطهٔ جسمانی، روانی و اجتماعی متمرکز می شود و هدف از آن، فعالیت‌هایی است که افراد برای حفظ تندرستی و سلامتی خود انجام می‌دهند (صاحب‌الزمانی و همکاران، ۱۳۸۸).

خودمراقبتی و رعایت رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت، از عوامل مهم در افزایش امیدبه‌زندگی در سال‌های اخیر بوده که در از بین رفتن بیماری‌های واگیردار نقشی اساسی داشته است. توماس مک کئون[۲] در این زمینه اشاره دارد به مواردی که از ده‌هزار سال پیش از زمان اولین انقلاب کشاورزی، باعث سلطهٔ بیماری‌های عفونی می‌شدند. آن‌ها عبارت بودند از، غذای ناکافی و خطرات محیطی؛ و آنچه باعث تضعیف این بیماری‌ها در دوران انقلاب‌های مدرن کشاورزی و صنعتی می‌شد، همانا بهبود تغذیه، بهداشت بیشتر و خودمراقبتی یا رفتارهای پیش‌گیرانه بوده (کورتیس، ۱۳۸۵).

بنابراین، خودمراقبتی، موجب ارتقای کیفی زندگی شده و در کاهش هزینه‌ها مؤثر است. با پی‌گیری مداوم آن، می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری‌ها پیش‌گیری و یا بروز آن را به تعویق انداخت (مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، ۱۳۸۸). اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود فرد است تا با انجام صحیح رفتارهای سلامت‌محور، از بروز بیماری‌ها در خود جلوگیری کند.

رفتارهای بهداشتی، جزیی از سبک صحیح زندگی بوده و مبین تمایل انسان به ثبات و تعادل است، احتمال بروز بیماری را کاهش داده و انسان را به سوی سلامت و بهترزیستن هدایت می‌کند. چنین سبک زندگی، سبب لذت و رضایت فرد می‌شود؛ از این‌رو، سبک زندگی افراد و رفتارهای بهداشتی بر وضعیت سلامت افراد تأثیر بسزایی دارند. به نظر کوب و کاسل[۳]،

۱. Pender
۲. Mc Keown
۳. Cobb & Kasl

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

رفتارهای مرتبط با سلامتی، هرگونه کنشی است که برای پیش‌گیری از بیماری یا شناسایی آن، پیش از آشکار شدن نشانگان بیماری در فردی که خود را سالم می‌پندارد، انجام می‌شود (ریاحی، ۱۳۸٤).

بلاکستر نیز، رفتارهای سلامت‌محور را برحسب رفتارهای فضیلت‌مند تعریف می‌کند. رفتارهایی که شامل ورزش منظم، تغذیهٔ سالم، سیگار نکشیدن، و اعتدال در استفاده از الکل است (لوکاس[۱]، ۲۰۰۵).

شواهد تحقیقات، حاکی از آن است که حدود ۵۰ درصد از بیماران دارای بیماری‌های مزمن، مانند بیماری قند و فشار خون (بالا)، رژیم‌هایشان را رعایت نمی‌کنند (کورتیس، ۱۳۸۵). این امر، بیانگرآن است که عوامل اجتماعی، فرهنگی و روانی درخصوص مورد یادشده دخیل هستند. به همین دلیل، مقاله حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش است که کدامیک از عوامل اجتماعی، فرهنگی و روانی مورد بررسی، بیشترین تأثیر را بر میزان رفتارهای خودمراقبتی پاسخ‌گویان داشته‌اند؟

## چارچوب نظری

از دیدگاه‌های مختلف، به بحث مربوط به سلامتی پرداخته شده است. در این پژوهش، هدف رد یا انکار تأثیر سایر حوزه‌های زیستی و پزشکی بر رفتارهای سلامت‌محور و به‌ویژه خودمراقبتی بهداشتی نیست، بلکه هدف، بررسی گوشه‌ای از ابعاد اجتماعی و فرهنگی مرتبط با رفتارهای سلامتی است. بنابراین، از بین ابعاد و دیدگاه‌های مختلف، بر بعد جامعه‌شناختی رفتارهای خودمراقبتی تأکید شده است. همچنین در تبیین اجتماعی نابرابری‌های سلامتی از بین دیدگاه‌های رفتاری (که بر رفتارهای غیرمسئولانه و خطرزای فردی در بروز مشکلات سلامتی تأکید می‌کند)، زیستی (که بر عوامل زیستی و ژنتیکی در نابرابری‌های سلامتی تأکید دارد)، دیدگاه مادی (که بر تأثیر طبقهٔ اجتماعی و موقعیت اجتماعی و اقتصادی فرد تأکید دارد)، از تبیین‌های مبتنی بر قابلیت فرد و دوسویگی عاملیت و ساختار استفاده شده است؛ چراکه بررسی‌های انجام‌شده بیانگرآن است که رویکردهای اشاره‌شده به دلیل تأکید بر یکی از ابعاد عاملیت یا ساختار تاکنون نتوانسته‌اند به تحلیلی از دوسویگی عاملیت ـ ساختار در تبیین نابرابری‌های سلامت و دیگر حوزه‌های مرتبط دست‌یابند. بنابراین، در حالی که تأکید نسل

۱. Lucas

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

نخست مطالعات همه‌گیرشناسی، بر نقش عوامل فردی خطرساز مبتنی بوده، رویکردهای بعدی در مطالعات همه‌گیرشناسی اجتماعی نیز با تأکید بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، عملاً تمایز بین عاملیت و ساختار را تداوم بخشیده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد که رویکردهای موجود به‌تنهایی نمی‌توانند به ارائهٔ تحلیلی از نابرابری‌های فضای اجتماعی در حوزهٔ سلامت عمومی و دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی بپردازند؛ از این‌رو، اگرچه عوامل ساختاری در توزیع نابرابری سلامت و بیماری در یک جامعه نقش دارند، با این حال شرایط بازتولید یا متقابلاً دگرگونی در این نابرابری‌ها اساساً در سطح عاملان اجتماعی و نحوه تعامل آنان با این ساختارها قرار دارد. در مقالهٔ حاضر، سعی براین است که از نظریه‌هایی که به بهترین نحو بتوانند دوسویگی بین خرد و کلان یا عاملیت و ساختار را بیان کنند، استفاده شود.

همچنان که وبر مطرح می‌کند افراد، سبک زندگی خود را انتخاب می‌کنند و فعالیت‌هایی را که مشخصهٔ آن است انجام می‌دهند، اما انتخاب‌های آن‌ها به وسیلهٔ موقعیت اجتماعی آن‌ها، تحت فشار قرار می‌گیرد. به نظر وبر، سبک‌های زندگی سلامت‌محور، الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامت‌اند که متکی بر گزینش اختیاراتی هستند که طبق شانس‌های زندگی آن‌ها در دسترس است، این شانس‌های زندگی عبارتند از طبقه، سن، جنس و دیگر متغیرهای ساختاری مناسب که انتخاب‌های سبک زندگی(خودمراقبتی) را شکل می‌دهند (علیزاده اقدم، ۱۳۸۸).

به نظر بوردیو، موقعیت عامل در زمینهٔ اجتماعی، بستگی به حجم و میزان سرمایه (سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی) وی دارد، یعنی هرقدر سرمایه فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی در موقعیت بالاتری قرار می‌گیرد و این خود، رفتار و سبک زندگی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد.

بوردیو به دنبال ساختن مدل نظری از عمل اجتماعی بوده است؛ یعنی کاری بیش از بدیهی پنداشتن آنچه مردم در زندگی روزانهٔ خود انجام می‌دهند. اصل کار بوردیو به این بازمی‌گردد که عملکردهای روزمرهٔ افراد چگونه به واسطهٔ ساختار بیرونی دنیای اجتماعی آن‌ها تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد. او تأکید دارد که زندگی اجتماعی را نمی‌توان حاصل جمع سادهٔ رفتارهای فردی تلقی کرد و فقط براساس تصمیم‌گیری فردی یا چیزهایی که ساختارهای فرافردی تعیین می‌کنند، نمی‌توان عملی را درک کرد. وی در اینجا عادت‌واره را برای پل‌زدن میان این دو افراط استفاده می‌کند. عادت‌واره در زبان بوردیو، به مجموعه‌ای از قابلیت‌ها اطلاق می‌شود که فرد در طول حیات خود آن‌ها را درونی کرده و در حقیقت، تبدیل به طبیعت

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

ثانویه‌ای برای خویش می‌کند، به گونه‌ای که فرد بدون آنکه لزوماً آگاه باشد، براساس آن‌ها عمل می‌کند و به این ترتیب، خود بدل به عاملی می‌شود که نظام اجتماعی را در بخشی از آن بازتولید می‌کند. عادت‌واره، درنتیجهٔ اشغال بلندمدت یک جایگاه در داخل جهان اجتماعی شکل می‌گیرد و متناسب با ماهیت جایگاه اجتماعی افراد در جهان اجتماعی تغییر می‌یابد (کوکرهام، ۲۰۰۲).

به نظر بوردیو، انتخاب، تحتِ تأثیرِ سرمایهٔ اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی افراد قرار می‌گیرد. سرمایهٔ اقتصادی به میزان سرمایهٔ مادی در نظام تولیدی اشاره دارد که به مفهوم مارکسی سرمایه، نزدیک است. سرمایهٔ اجتماعی به شبکهٔ آشنایان و روابط گروهی مربوط می‌شود که فرد در درون آن قرار گرفته است و می‌تواند به نفع خود از آن استفاده کند و مفهوم سرمایهٔ فرهنگی، نزدیک به مفهوم وبری، سبک زندگی است که شامل مهارت‌های خاص، سلیقه، نحوهٔ سخن گفتن، مدارک تحصیلی و شیوه‌هایی می‌شود که فرد از طریق آن خود را از دیگران جدا می‌سازد؛ به عبارتی، به فرد اجازه می‌دهد از طریق آن به منزلت برسد. سرمایهٔ فرهنگی برمبنای نظر بوردیو دو منبع دارد: نخست، عادت‌واره‌ها در زندگی خانوادگی و دوم، تحصیلات. از دیدگاه بوردیو، تحصیلات ازجمله متغیرهای بسیار مهمی است که حتی جانشین عادت‌واره خانوادگی نیز می‌شود، بالاخره سرمایهٔ نمادین، شامل کاربرد نمادهایی می‌شود که فرد به کار می‌گیرد تا به سطوح دیگر سرمایهٔ خود مشروعیت بخشد (علیزاده اقدم، ۱۳۸۸).

از نظر بوردیو، ساخت طبقاتی افراد و تمایز اجتماعی آن‌ها از نحوهٔ ترکیب سرمایه‌های آن‌ها ناشی می‌شود؛ به طوری که منش و عملکرد افراد تحت‌تأثیر انتخاب و انتخاب هم، تحت‌تأثیر سرمایه آن‌هاست و نوع انتخاب باعث تمایز افراد می‌شود.

مفهوم‌سازی بوردیو از سرمایهٔ فیزیکی نیز، تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای در رشد جامعه‌شناسی بدن داشته است. بوردیو، سرمایهٔ بدنی را به مثابه یکی از انواع فرعی سرمایهٔ فرهنگی، نوعی منبع فرهنگی می‌داند که در بدن سرمایه‌گذاری شده است. تولید سرمایهٔ جسمانی به شکل‌دهی اجتماعی بدن‌ها توسط افراد از طریق ورزش، فراغت و دیگر فعالیت‌ها اشاره دارد که خود، ریشه در عادت‌واره‌های افراد دارد. این شکل‌دهی، به گونه‌ای است که منطبق با جایگاه طبقاتی افراد است و ارزش منزلتی ویژه‌ای به آن‌ها می‌بخشد. بوردیو در کتاب تمایز، نظریه‌ای را طرح‌ریزی می‌کند که برپایهٔ ارتباط بین منزلت، سلیقه و بدن استوار است؛ و بر این اساس، نحوهٔ تجلی روابط منزلتی و قدرت را در سبک‌ها و سلیقه‌های مختلف و نیز بدن‌های مختلف بیان می کند. روابطی که در سطح کلان، بیانگر جایگاه و اولویت بدن در نظام اجتماعی نیز

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

هست (ذکایی، ۱۳۸۷).

امروزه، چنین به نظر می‌رسد که خودمراقبتی، بیشتر در جهت افزایش سرمایهٔ فیزیکی و در کل رسیدن به جذابیت بدنی انجام می‌گیرد. در این زمینه، خودمراقبتی با شاخص حجم بدن ارتباط پیدا می‌کند. از یک سو، زندگی مدرن و ماشینی امروزی، زمینه‌ساز چاقی و بی‌تحرکی است که خود یکی از عوامل شیوع بسیاری از بیماری‌ها از جمله دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی و... است. از سوی دیگر، خطراتی که چاقی درپی دارد، درفرد وسواس لاغرشدن و لاغرکردن ایجاد می‌کند که این نیز می‌تواند به لحاظ سلامتی و بهداشتی، خطراتی را به دنبال داشته باشد که بی‌اشتهایی عصبی و پُراشتهایی عصبی و اختلال در تغذیه از نمونه‌های آن است.

## پیشینهٔ تحقیق

الجاسم و همکاران، در تحقیقی با عنوان «تأثیر خودکارآمدی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲»، این موضوع را مطرح کردند که خودکارآمدی، ٤ تا ۱۰ درصد از واریانس خودمراقبتی را توضیح داده و قوی‌ترین پیش‌گویی‌کنندهٔ این‌گونه رفتارهاست (مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی،۱۳۸۸). احساس بی‌قدرتی که در مقابل خودکارآمدی قرار دارد، باعث کم شدن میزان خودمراقبتی افراد می‌شود. بر این اساس، نتایج تحقیقات سیمن و لویس (۱۹۹۵) نیز حاکی از آن است که عوامل اجتماعی ـ فرهنگی نظیر احساس بی‌قدرتی بر مقوله سلامت تأثیر دارد.

کالن دیلوریک و همکارانش، در مطالعهٔ خود که با عنوان «بررسی و ارزیابی خودمراقبتی بر روی آگاهی و کنترل بیماری» روی ۳۲۰ بیمار صرعی در بوستون امریکا انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که جنس، سن و نژاد، تأثیری در میزان خودمراقبتی بیماران ندارد (صاحب‌الزمانی و همکاران، ۱۳۸۸).

شجاعی و همکاران، در مطالعه‌ای با عنوان «رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی ـ درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران»، به این نتایج دست یافتند که: رفتارهای‌خودمراقبتی‌با سن، ارتباط معکوس و معناداری داردومردان نسبت به زنان رفتارهای خودمراقبتی مناسب‌تری داشته‌اند. در این مطالعه، افراد متأهل نسبت به کسانی که همسرشان فوت شده و بیوه‌ها،رفتارخودمراقبتی مناسب‌تری داشته‌اند. همچنین، خودمراقبتی در بین دیپلم و دانشگاهی‌ها، بهتر از سایر گروه‌ها بوده است.

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

رک ول[1] هم، در این زمینه می گوید: افراد دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری‌های بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند(شجاعی و همکاران، ۱۳۸۸).

شیفر، در مطالعهٔ خود در زمینهٔ بررسی رفتارهای خانوادگی حمایت‌کننده و غیرحمایت‌کننده(از ابعاد سرمایهٔ اجتماعی) در ارتباط با تبعیت و کنترل متابولیک در افراد دیابتی نوع یک، دریافت که نوجوانانی که ارتباطشان با خانواده ضعیف‌تر و نامناسب‌تر است، تبعیت کمتری از رژیم دیابت دارند و درنتیجه از کنترل متابولیک نامطلوب‌تری نیز برخوردار هستند (مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، ۱۳۸۸). در تأیید وجود رابطه بین سرمایه اجتماعی و خودمراقبتی، نتایج مطالعات محسنی و لیندسترم (۲۰۰۷)، اسنلگرو و همکارانش (۲۰۰۹) و ایندگرو و کالینز (۲۰۰٦) بیانگر آن است که سرمایهٔ اجتماعی با ابعاد وسیع به نوعی با مراقبت‌های بهداشتی در ارتباط هستند.

آذرباد، در تحقیقی در ارتباط با خودمراقبتی به این نتیجه رسید که عامل تأهل، بر شناخت بیماران مؤثر بوده و افراد متأهل از شناخت بیشتری نسبت به مجردها برخوردار هستند. به همین دلیل، توانمندی‌های آنان برای خودمراقبتی بیشتر از مجردها و افرادی است که تنها زندگی می‌کنند (مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، ۱۳۸۸).

با نگاهی اجمالی به مباحث نظری مطرح‌شده، به ویژه نظریات بوردیو و با تأکید بر مقولهٔ عاملیت و ساختار و همچنین نتایج تحقیقات یاد شدهٔپیشین، این نکته استنباط می‌شود که برای تبیین سبک خودمراقبتی شهروندان، یک عامل تعیین‌کننده نبوده و باید، مجموعه عواملی مانند سرمایهٔ اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، مدیریت بدن، شاخص حجم بدن، ارزش سلامت و جذابیت بدنی در نظر گرفته شود. بنابراین، با الهام از چارچوب نظری یادشده، مدل نظری و فرضیه‌های زیر قابل استنباط است.

بین سن و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛
بین سرمایهٔ اجتماعی و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛
بین سرمایهٔ فرهنگی و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛
بین سرمایهٔ اقتصادی و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛
بین طبقهٔ اجتماعی و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛
بین مدیریت بدن و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛

۱- Rockwell

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

بین ارزش سلامت از نظر فرد و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛

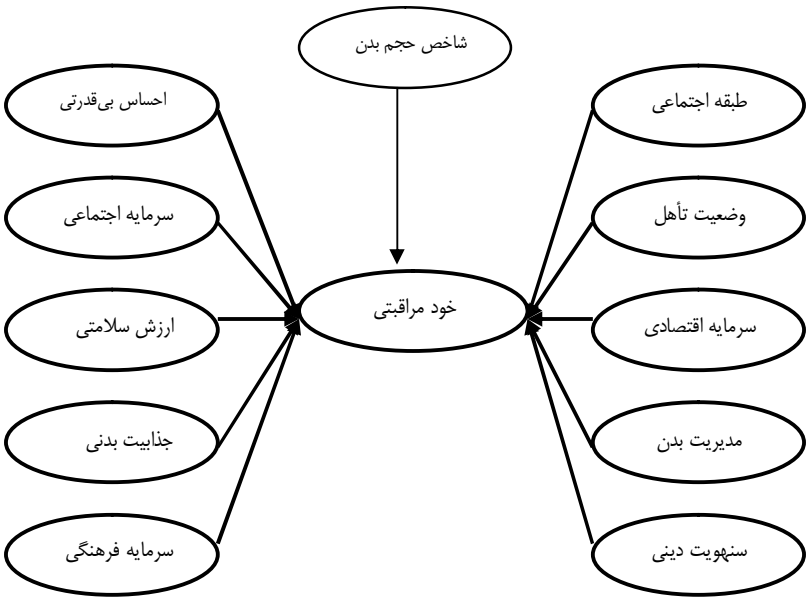
بین اهمیت جذابیت بدنی از نظر فرد و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛

بین احساس بی‌قدرتی و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛

بین شاخص حجم بدن و سبک زندگی خودمراقبتی افراد، رابطه وجود دارد؛

میانگین سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان، برحسب وضعیت تأهل، متفاوت است؛

میانگین سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان، برحسب طبقهٔ اجتماعی آن‌ها، متفاوت است.




**نمودار شمارهٔ ۱. مدل نظری برگرفته از فرایند پژوهش**

## روش‌شناسی

نوع تحقیق در این پژوهش، کاربردی و روش اجرای تحقیق نیز، پیمایشی است. پس از جمع‌آوری پاسخ‌های پاسخ‌گویان، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS تجزیه و تحلیل می شوند، این تحقیق در سال ۱۳۸۷ اجرا شده است.

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی شهروندان بالای ۱۵ سال شهر تبریز می‌باشد.

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

که براساس آمار سال ۱۳۸۵، ۱۱۰۶۷۳۱ نفر هستند. ازاین تعداد ٥٦٥٥٤٠ نفر مرد و ٥٤١١٩١ نفر زن شد. نمونهٔ آماری پژوهش مورد مطالعه از بین تمامی شهروندان شهر تبریز به طریق فرمول زیر انتخاب شده است:

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2} \rightarrow \qquad \frac{(2/58)^2 \times .5 \times .5}{(/05)^2} \; n = \frac{6.66 \times /25}{/0025} = 666 \cong 670$$

روش نمونه‌گیری تحقیق حاضر نمونه‌گیری خوشه‌ای است. ابتدا تبریز به چند منطقه تقسیم و سپس با توجه به میزان جمعیت هر منطقه بلوک‌هایی از آن‌ها انتخاب شده و از هر بلوک، خانه‌ها به صورت تصادفی گزینش شدند. درمجموع از کل تبریز، ٤١ بلوک انتخاب شده است. همچنین در بررسی کیفیت وسیلهٔ اندازه‌گیری، اعتبار و پایایی وسیلهٔ اندازه‌گیری مدنظر بوده که سرانجام برای بررسی اعتبار وسیلهٔ اندازه‌گیری، از اعتبار محتوایی و برای برآورد پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. در ادامه به نحوه سنجش متغیرهای مورد استفاده می پردازیم.

برای اندازه‌گیری شاخص حجم بدن، از شاخصBMI[1] استفاده شده است. این شاخص از طریق تقسیم وزن فرد (براساس کیلوگرم) بر توان ۲ قد شخص (برحسب متر) به دست می‌آید. $BMI = kg \div m^2$ (نید و روبنستین[2]، ۱۹۹۸).

سرمایهٔ اقتصادی، شامل درآمد و مابقی انواع منابع مالی است که در قالب مالکیت، جلوه نهادی پیدا می‌کند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۷). سرمایهٔ اقتصادی به میزان سرمایهٔ مادی در نظام تولیدی اشاره دارد که به مفهوم مارکسی سرمایه نزدیک است (ممتاز، ۱۳۸۳). برای اندازه‌گیری سرمایهٔ اقتصادی، از درآمد، ارزش ماشین شخصی، ارزش خانهٔ مسکونی و ارزش املاک غیر از خانه مسکونی استفاده شده است. به طوری که هرکدام از شاخص‌های مربوطه در یک طیف ٦ قسمتی به شکل رتبه‌ای آورده شده و سپس از تجمیع آن‌ها، سرمایه اقتصادی ایجاد شده است.

سرمایهٔ فرهنگی دربرگیرندهٔ تمایلات پایدار فرد است که در خلال اجتماعی‌شدن در فرد انباشته می‌شوند. بوردیو، تحصیلات را نمودی از سرمایهٔ فرهنگی می داند، لیکن گرایش به اشیای فرهنگی و جمع شدن محصولات فرهنگی در نزد فرد را سرمایه فرهنگی می‌خواند.

۱. Body Mass Index
۲. Nevid.J, & S. Rubenstein

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

همچنین، وی سرمایه نمادین را جزیی از سرمایه فرهنگی می‌داند (فاضلی، ۱۳۸۲).

برای اندازه‌گیری سرمایه فرهنگی، از ۳۰ گویه به صورت طیف لیکرت و با ٦ گزینه استفاده شده است. ضریب پایایی برابر با ۰/۹۱ بیانگرآن است که پایداری درونی بین گویه‌ها در حد قابل قبولی بوده است.

سرمایهٔ اجتماعی، حاصل جمع منابع واقعی یا بالقوه‌ای است که از شبکهٔ بادوامی از روابط کمابیش نهادینه‌شده آشنایی و شناخت متقابل یا به بیان دیگر با عضویت در یک گروه به دست می‌آید. شبکه‌ای که هریک از اعضای خود را از پشتیبانی سرمایهٔ جمعی برخوردار و آنان را مستحق اعتبار می کند. به تمام عواید و منابعی که مجموعهٔ افراد از قبل موقعیت اجتماعی و عضویت و ارتباط تنگاتنگ خود با انواع شبکه‌ها، نهادها و سازمان ها به دست می‌آورند، سرمایه اجتماعی اطلاق می‌شود (غفاری، ۱۳۸۷).

برای اندازه‌گیری سرمایهٔ اجتماعی، از ۱۸ گویه در زمینهٔ اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت در کارهای گروهی به صورت ٦ گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، تاحدی موافق، تاحدی مخالف، مخالف و کاملاً مخالف) استفاده شده است. ضریب پایایی برابر با ۰/۷۲ آمده ومؤید آن است که پایداری درونی بین گویه‌ها در حد قابل قبولی بوده است.

ازخودمراقبتی تعریف‌های گوناگونی شده است، فانس[۱]، مورسند[۲] و پورتر[۳] بر آنند که خودمراقبتی، مجموع حالات فیزیکی، شناختی، عاطفی و عناصر روحی فرداست که می‌تواند سلامتی، رفاه و خوشی انسان‌ها را رقم بزند (پتکر[٤]، ۲۰۰۹). بنابراین، خودمراقبتی شامل فعالیت‌هایی می‌شود که انسان‌ها به طور فردی برای وجود خود، آن‌ها را تشخیص و انجام می‌دهند، تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کنند و همیشه احساس خوب بودن دارند (رستمی و همکاران، ۱۳۸۸).

برای سنجش خودمراقبتی شهروندان، از ۹ گویه ۷ قسمتی به شکل طیف لیکرت استفاده شده است. ضریب پایایی برابر با ۰/۷۵، بیانگرآن است که پایداری درونی بین گویه‌ها در حد قابل قبولی بوده است.

۱. Faunce
۲. Moursand
۳. Porter
٤. Petker

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

### ارزش سلامت

منظور از ارزش سلامت در این تحقیق، ارزشمند بودن سلامت برای فرد است. به عبارتی، فرد وقتی رفتار سالم از خود بروز می‌دهد که سلامتی برای او ارزشمند باشد؛ و در اولویت‌بندی سایر ارزش‌ها نظیر: آزادی، هیجان‌خواهی و ...، سلامت برای او در اولویت اول قرار بگیرد. برای اندازه‌گیری متغیر ارزشِ سلامت، از مقیاس چهارگویه‌ای لائو، هارتمان و ویر[۱] استفاده شده است (دیماتئو، ۱۳۸۷). ضریب پایایی چهار گویه مرتبط با ارزش سلامت که برابر با ۰/۵٦ است، بیانگرآن است پایداری درونی بین گویه‌ها در حد متوسطی بوده است.

### احساس بی‌قدرتی

زمانی که فرد احساس می‌کند از نظارت کمتری برای کنترل رویدادها و حوادث به وجود آمده برخوردار است، احساسی از نوع بی‌قدرتی می کند. به نظر سیمن[۲] احساس بی‌قدرتی، انتظار یا احتمال متصوره‌ای است که رفتار فرد قادر نیست تا نتایج مورد انتظاری را که وی به دنبال آن است، تحقق بخشد (سیمن و لوئیس، ۱۹۹۵). ضریب پایایی شش گویه مربوط به احساس بی‌قدرتی برابر با ۰/۷۲ آمده که حاکی از پایداری درونی بین گویه‌ها در حد قابل قبولی است.

### مدیریت بدن

مدیریت بدن، به معنای نظارت و دست کاری مستمر ویژگی‌های ظاهری بدن است و با معرف‌هایی چون میزان اهمیت دادن به مراقبت‌های بهداشتی و آرایشی نظیر، استحمام روزانه، آرایش یا اصلاح صورت، کرم‌های مرطوب‌کننده، مواد خوشبوکننده (عطر، ادکلن و...)، استفاده از ژل موی سر، رنگ مو، آرایش یا اصلاح موی سر و استفاده از دئودورات زیر بغل به یک شاخص تجمعی تبدیل شده است (آزاد ارمکی و چاووشیان، ۱۳۸۱).

### جذابیت بدنی یا تناسب بدنی

برای سنجش جذابیت بدنی ازپنج گویه که هرکدام نیز در مقیاس رتبه‌ای شش درجه‌ای طراحی شده بودند، استفاده شده است.قیافه ظاهری، تناسب اندام، وزن بدن، اندازهٔ قد و قامت، آراستگی ظاهری معرف‌هایی بودند که برای سنجش جذابیت بدنی استفاده شدند.

---

۱. Lau & Hartman & Ware
۲. Seeman

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

## یافته‌ها

### الف) یافته‌های توصیفی

در این پژوهش، از ۷۵۲ نمونهٔ آماری مورد مطالعه، ۳۸٦ نفر مرد و ۳٦٦ نفر زن هستند. به عبارتی، ۵۱/۲ درصد نمونهٔ آماری را مردان و ٤۸/۸ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند. از نظر سنی، کم‌سن‌ترین فرد نمونه، ۱۵ سال و بزرگترین آن‌ها ۸۲ سال دارند. همچنین، میانگین سنی مورد مطالعه، ۳٤/۸۵ سال است. وضعیت تأهل شهروندان شهر تبریز در قالب یک متغیر اسمی سه حالتِ مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. از ۷۵۲ نفر نمونهٔ آماری، ۲٤٤ نفر مجرد، ٤۸۷ نفر متأهل و ۱۳ نفر مطلقه بوده‌اند؛ به عبارتی، ٦٤/۸ درصد متأهل، ۳٤/٤ درصد مجرد و ۱/۷ درصد مطلقه بوده‌اند. با توجه به اینکه جامعه آماری مورد مطالعه، بالای ۱۵ سال بوده، بنابراین، تعداد متأهلان بیشتر از مجردان بوده است.

سرمایهٔ اجتماعی یکی از متغیرهای مستقل تحقیق بوده است. برای اندازه‌گیری این متغیر از ۱۸ گویه استفاده شده، که در این زمینه نمره ۱۸ نشان‌دهنده نبود سرمایه اجتماعی برای فرد و نمره ۱۰۸، نشان‌دهندهٔ سرمایه اجتماعی خیلی‌زیاد برای فرد است. در این زمینه، میانگین به دست آمده ۷٦/۸۹ است. نتیجه نهایی اینکه، میانگین سرمایهٔ اجتماعی برای شهروندان تبریزی مورد مطالعه در سطح متوسط به بالا است.

| خیلی‌زیاد | زیاد | تاحدی زیاد | تاحدی کم | کم | خیلی‌کم |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱۰۸ | ۹۰ | ۷۲ | ۵۴ | ۳۶ | ۱۸ |

↓ ۷۶/۸۹

| خیلی‌زیاد | زیاد | تاحدی زیاد | تاحدی کم | کم | خیلی‌کم |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱۸۰ | ۱۵۰ | ۱۲۰ | ۹۰ | ۶۰ | ۳۰ |

↓ ۷۰/۹

سرمایهٔ فرهنگی از متغیرهای مستقل دیگر تحقیق بوده که برای اندازه‌گیری این متغیر از ۳۰ گویه استفاده شده، در این زمینه نمرهٔ ۳۰ حاکی از نبود سرمایه فرهنگی برای فرد و نمره ۱۸۰، بیانگر سرمایهٔ فرهنگی خیلی‌زیاد برای فرد است. در این زمینه، میانگین به دست آمده ۷۰/۹ می‌باشد. در نتیجه، میانگین سرمایهٔ فرهنگی برای شهروندان تبریزی مورد مطالعه، در سطح پایین است.

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

سرمایهٔ اقتصادی از متغیرهای مستقل تحقیق است. برای اندازه‌گیری این متغیر، ازچهارگویه استفاده شده، با توجه به اینکه این گویه به شکل شش گزینه‌ای مطرح بوده است، گزینهٔ نخست شامل نداشتن (ماشین، منزل مسکونی و سایر املاک) می‌شود، بنابراین، نمره صفر به آن‌ها داده شده است. ولی ازآنها که هرکسی دارایی حداقل درآمد است، درآمد از ۱ تا ٦ نمره‌گذاری شده است. در این زمینه، نمرهٔ ۱ نشان‌دهنده حداقل سرمایه اقتصادی برای فرد و نمره ۲۱، نشان‌دهنده سرمایه اقتصادی خیلی زیاد برای فرد است. در این زمینه نیز، میانگین به دست آمده، ٦/۱۷ است که حاکی از آن است که شهروندان تبریزی از نظر سرمایهٔ اقتصادی در سطح متوسط به پایین هستند.

برای اندازه‌گیری متغیر احساس بی‌قدرتی که از متغیرهای مستقل تحقیق است، از شش گویه استفاده شده، که در این زمینه نمره ٦، نشان‌دهنده نداشتن احساس بی‌قدرتی برای فرد و نمره ۳٦، بیانگر احساس کامل بی‌قدرتی برای فرد است، در این زمینه نیز میانگین به دست-آمده، ۱٦/٤۷ است که نشان می‌دهدکه شهروندان تبریزی، احساس بی‌قدرتی کمی دارند.

| خیلی‌زیاد | زیاد | تاحدی زیاد | تاحدی کم | کم | خیلی‌کم |
|---|---|---|---|---|---|
| ۳۶ | ۳۰ | ۲۴ | ۱۸ | ۱۲ | ۶ |

۱۶/۴۷

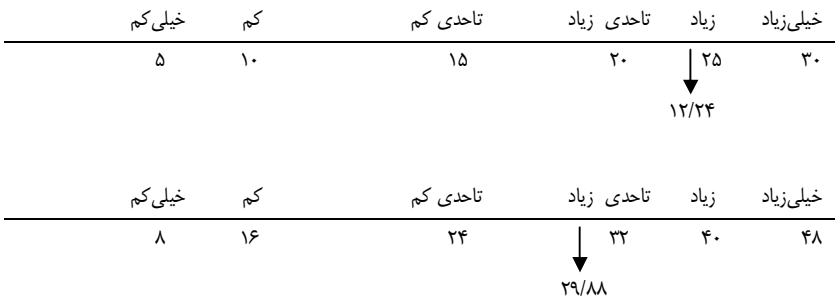
برای تعیین ارزش سلامت برای فرد، از طیف لیکرت بهره گرفته شده است. این طیف شامل ۵ گویه است که در آن، نمرهٔ ۵، بیانگر، بی‌ارزشی سلامت برای فرد و نمرهٔ ۳۰، نشان‌دهندهٔ، بیشترین ارزش سلامت برای فرد است. میانگین به دست‌آمده برای این متغیر نیز ۲۱/٦۱ است که بیانگر از است، ارزش سلامت برای پاسخ‌گویان در حد متوسط است.

| خیلی‌زیاد | زیاد | تاحدی زیاد | تاحدی کم | کم | خیلی‌کم |
|---|---|---|---|---|---|
| ۳۰ | ۲۵ | ۲۰ | ۱۵ | ۱۰ | ۵ |

۲۱/۶۱

برای اندازه‌گیری متغیر جذابیت بدنی برای فرد از پنج گویه استفاده شد که در این زمینه، نمرهٔ ۵، نشان‌دهنده عدم اهمیت جذابیت بدنی برای فرد و نمرهٔ ۳۰، بیانگر اهمیت کامل جذابیت بدنی برای فرد است. در این زمینه نیز، میانگین به دست‌آمده، ۲٤/۱۲ است که بیانگر آن است که شهروندان تبریزی مورد مطالعه، به جذابیت بدنی اهمیت بیشتری می‌دهند.

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]




از دیگر متغیرهای مستقل تحقیق حاضر، متغیر مدیریت بدن است. برای سنجش این متغیر، از هشت گویه شش گزینه‌ای به صورت طیف لیکرت استفاده شده است. در این طیف نمرهٔ ۸، نشانگر اهمیت به مدیریت بدن و نمرهٔ ٤٨، نشانگر اهمیت کامل مدیریت بدن برای پاسخ‌گوست. میانگین به دست‌آمده برای این متغیر در بین شهروندان تبریزی، ۲۹/۸۸ ست که نشانگر اهمیت مدیریت بدن برای شهروندان تبریزی، در سطح متوسط رو به پایین است. البته، نتایج حاکی از این است که اهمیت مدیریت بدن برای زنان، ۳۱/٦٦ و برای مردان، ۲۸/۲۷ است. این تفاوت با آزمون تی هم مورد تأیید قرار گرفت.

**جدول ۱. نتایج توصیفی مربوط به متغیر خودمراقبتی**

| خودمراقبتی | موافق | تاحدی | مخالف |
|---|---|---|---|
| دوست دارم اطلاعات مربوط به سلامتی‌ام را از منابع مختلف به دست بیاورم. | ۷۰ | ۲۶/۴ | ۳/۲ |
| به هنگام استفاده از داروها به دستورهای نوشته‌شده روی برچسب آن‌ها دقت می‌کنم | ۹۰/۴ | ۸/۹ | ۰/۶ |
| وقتی که بیمار می‌شوم سعی می‌کنم اطلاعاتی را در زمینهٔ آن بیماری به دست آورم | ۷۵/۶ | ۲۲/۶ | ۱/۸ |
| برای تصمیم‌گیری در زمینه رفتارهای سلامتی سعی می‌کنم با پزشک مشورت کنم | ۶۴/۸ | ۳۱ | ۴/۱ |
| برای سلامتی خود و خانواده‌ام به اطلاعاتی در زمینه موضوعات سلامتی نیاز دارم | ۸۳/۵ | ۱۴/۸ | ۱/۵ |
| موقعی که دارویی را می‌خواهم مصرف کنم، سعی می‌کنم اطلاعاتی را در زمینهٔ آثار جانبی و عوارض آن به دست بیاورم | ۷۹/۳ | ۱۸/۸ | ۲ |
| اگر توصیه یا دستورالعملی توسط پزشک به من داده می‌شود سعی می‌کنم به طور دقیق مراعات کنم | ۸۵/۹ | ۱۲/۴ | ۱/۷ |
| به طور منظم هرچند وقت یک‌بار برای دادن آزمایشات طبی و چکاب به مراکز درمانی مراجعه می‌کنم | ۴۱/۷ | ۴۷/۵ | ۱۰/۹ |
| آزمایشات خودمراقبتی را برای تغییرهای غیرعادی اندام‌های بدن خود انجام می‌دهم | ۴۳/۹ | ۴۱/۸ | ۱۴/۱ |

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

شاخصی که برای تعیین و ارزیابی حجم بدن وجود دارد، به شاخص BMI مشهور است. براساس آن وزن فرد در دامنهٔ چاقی یا سالم تعیین می‌شود. این شاخص از طریق تقسیم وزن فرد(براساس کیلوگرم) بر توان ۲ قد شخص (برحسب متر) به دست می‌آید.

براساس یافته‌های تحقیق، ۳۱ نفر دارای نمرهٔ کمتر از ۱۸/۵ هستند که به نوعی دچار لاغری هستند، ۳۷٦ نفر یعنی ۵۰ درصد نمونه بین ۱۸/۵ و ۲۵ هستند که تقریباً وضعیت طبیعی دارند. ولی ۲٤۲ نفر یعنی ۳۲/۵ درصد، نمره‌های بین ۲۵ الی ۳۰ دارند و ۸۹ نفر یعنی ۱۱/۸ درصد بالای ۳۰ هستند که نشانگر چاقی مفرط یا بیماری چاقی است.

خودمراقبتی در این تحقیق، از ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور بوده است. برای سنجش آن، از نه گویه استفاده شد. منظور از خودمراقبتی، این است که فرد تا چه حدی برای سلامتی خود تلاش کرده و فقط متکی به عوامل بیرونی نیست. میانگین این بعد از سبک زندگی سلامت‌محور، ٤٤/٦ از ٦٤ نمره به دست آمده است که بیانگر خودمراقبتی زیاد است. سایر آماره‌های توصیفی این متغیر در جدول ۱ ارائه شده است.

**یافته‌های استنباطی**

برای آزمون رابطه بین بعد خودمراقبتی سبک زندگی سلامت‌محور و شاخص حجم بدن، از آزمون r پیرسون استفاده شده، نتایج آن نشان می‌دهد با ۰۱٤/=خخت، رابطه معناداری بین شاخص حجم بدن با بعد خودمراقبتی سبک زندگی سلامت‌محور وجود دارد. ضریب همبستگی به دست‌آمده، ۰۹۱/ است، که نشانگر همبستگی ضعیف و مستقیم است؛ یعنی افرادی بیشتر به خودمراقبتی می‌پردازند که از شاخص حجم بدن بیش‌تری برخوردارند.

ـ برای آزمون رابطهٔ متغیرهای سن و بعد خودمراقبتی سبک زندگی سلامت‌محور، از آزمونژ پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد: بین متغیرهای یادشده با Sig=/۰۰۰، رابطه معناداری وجود دارد. شدت رابطه، ضعیف و از نوع مستقیم می‌باشد؛ یعنی هر چه سن شهروندان بالا می‌رود، به همان اندازه بر میزان خودمراقبتی آن‌ها افزوده می شود و بر عکس.

ـ وضعیت تأهل به منزلهٔ یک متغیراسمی سه‌حالته (مجرد، متأهل و مطلقه) و سبک زندگی سلامت‌محور به منزلهٔ یک متغیر در سطح سنجش فاصله‌ای است. بنابراین، مناسب‌ترین روش برای آزمون تفاوت میانگین سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن برحسب وضعیت تأهل شهروندان، آزمون آنالیز واریانس یا آزمون f است. براساس نتایج توصیفی به دست‌آمده، میانگین سبک زندگی سلامت‌محور برای مجردان ۲۹۰/۳٤، برای متأهلین ۲۹٦/٤٦ و برای

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

مطلقه‌ها ۲۸۵/٦۷ بوده است. مقایسه بین میانگین‌ها نشانگر آن است که مطلقه‌ها از نظر رعایت رفتارهای بهداشتی در پایین‌ترین سطح و متأهل‌ها در بالاترین سطح قرار دارند. نتایج آزمون آنالیز واریانس هم با سطح معناداری sig=۰/۰۱۰ که کمتر از آلفای ۰/۰۵ است، نشانگر معنادار بودن تفاوت میانگین‌هاست . نتایج این آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه بین ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور و وضعیت تأهل

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | میانگین |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| خودمراقبتی | بین گروهی | ۳۹۷/۶ | ۲ | ۱۹۸/۸ | ۵/۲۱ | ۰/۰۰۶ | مجرد=۴۳/۶۸ |
| | درون گروهی | ۲۸۰۸۰/۱۷ | ۷۳۶ | ۳۸/۱۵ | | | متأهل=۴۵/۱۳ |
| | کل | ۲۸۴۷۷/۷۶ | ۷۳۸ | | | | مطلقه=۴۲/۵۴ |

طبقهٔ اجتماعی به عنوان متغیرمستقل یکی از متغیرهایی بوده که در سطح رتبه‌ای پنج حالته (طبقهٔ پایین، طبقهٔ متوسط به پایین، طبقهٔ متوسط، طبقهٔ متوسط به بالا و طبقهٔ بالا)، از پاسخ‌گویان پرسیده شد. به عبارتی، از پاسخ‌گویان خواسته شد، تا خودشان را در یکی از این پنج طبقه قرار دهند. با توجه به اینکه ارزیابی ذهنی افراد از وضعیت طبقه اجتماعی که خود را متعلق به آن می‌دانند، در انتخاب سبک زندگی متناسب با آن طبقه بسیار حائز اهمیت است، به این دلیل، برای اندازه‌گیری طبقه اجتماعی افراد از این روش استفاده شده است. برای مثال، چه بسا فردی باشد که در اندازه‌گیری واقعی طبقه اجتماعی‌اش جزو طبقه متوسط باشد، ولی در ارزیابی ذهنی، خودش را جزو طبقه بالا بداند، بنابراین، معمولاً فرد با توجه به برداشت ذهنی خود، سبک زندگی متناسب با آن طبقه را انتخاب خواهد کرد. بنابراین، برای آزمون متفاوت بودن میانگین سبک زندگی خودمراقبتی براساس این پنج طبقه، از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد. نتایج توصیفی تحقیق نشانگرآن است که کمترین میزان سبک زندگی سلامت‌محور با میانگین ۲۸۵/۹۱ برای طبقه پایین و بیشترین میزان با میانگین ۳۰۰/۱۷ برای طبقه متوسط است. نتایج آزمون آنالیز واریانس با ۰/۰۰۰=خت نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین‌ها وجود دارد؛ یعنی افرادی که خودشان را جزو طبقه پایین قرار می‌دهند، کمترین میزان رفتارهای خودمراقبتی را هستند. نتایج آزمون آنالیز واریانس مربوط به میانگین سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن براساس طبقه اجتماعی در جدول ۳ ارائه شده است.

ـ برای آزمون رابطهٔ بین سرمایهٔ اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، با بعدخودمراقبتی سبک زندگی سلامت‌محور از آزمون ژ پیرسون استفاده شده که نتایج آن نشان می‌دهد با

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

۰/۰۰۰=خخت رابطه کاملاً معناداری بین سرمایهٔ اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی با خودمراقبتی وجود دارد. ضرایب همبستگی به دست‌آمده برای هر سه‌مورد، مستقیم است؛ یعنی با بالارفتن سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، خودمراقبتی افراد بیش‌تر می‌شود. ضریب همبستگی یا شدت رابطه با سرمایهٔ اجتماعی و خودمراقبتی ۰/۳٤ در حد متوسط، ولی با سرمایه‌ی فرهنگی با خودمراقبتی ۰/۱۷ و سرمایه‌ی اقتصادی با خودمراقبتی ۰/۱۵ است که در هر دو مورد شدت رابطه ضعیف است.

**جدول۳. میانگین سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن به تفکیک طبقه اجتماعی**

| طبقات | طبقهٔ بالا | متوسط به بالا | طبقهٔ متوسط | متوسط به پایین | طبقهٔ پایین | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| میانگین خودمراقبتی | ۴۴/۴۴ | ۴۵/۳۲ | ۴۴/۶۷ | ۴۳/۷ | ۴۱/۳۲ | |
| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجهٔ آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
| خودمراقبتی | بین گروهی | ۴۵۹/۲۱ | ۴ | ۱۱۴/۸ | ۳/۰۱ | ۰/۰۱۸ |
| | درون گروهی | ۲۷۹۳۶/۶۸ | ۷۳۲ | ۳۸/۱۷ | | |
| | کل | ۲۸۳۹۵/۸۹ | ۷۳۶ | | | |

ـ برای آزمون رابطهٔ بین ارزش سلامت و بعد خودمراقبتی از آزمون r پیرسون استفاده شده است، که نتایج بیانگر آن است که با Sig=۰/۰۰۰، رابطهٔ کاملاً معناداری بین ارزش سلامت با بعد خودمراقبتی وجود دارد. ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۱۹۹ است که نشانگر همبستگی ضعیف و مستقیم است؛ یعنی با بالا رفتن ارزش سلامت از نظر فرد، بعد خودمراقبتی فرد بیشتر می‌شود.

ـ برای آزمون رابطهٔ بین احساس بی‌قدرتی و بعد خودمراقبتی، از آزمون r پیرسون استفاده شده است، نتایج آزمون r پیرسون حاکی از آن است که، با Sig=۰/۰۰۰ بین احساس بی‌قدرتی از نظر فرد و بعد خودمراقبتی رابطهٔ کاملا معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی به دست‌آمده ۰/۲۰۸- است که نشانگر همبستگی متوسط و معکوس؛ یعنی با بالارفتن احساس بی‌قدرتی از نظر فرد، از میزان بعد خودمراقبتی فرد کاسته می‌شود.

برای آزمون رابطهٔ بین مدیریت بدن و بعد خودمراقبتی، از آزمون ژ پیرسون استفاده شده، که نتایج آن مؤید آن است که با Sig=۰/۰۰۶، بین مدیریت بدن با بعد خودمراقبتی رابطهٔ کاملا معنا داری وجود دارد. ضریب همبستگی به دست‌آمده ۰/۱۰۵ است که نشان‌دهندهٔ همبستگی ضعیف و مستقیم است؛ یعنی با بالارفتن مدیریت بدن، بعد خودمراقبتی فرد بیشتر می‌شود و برعکس.

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

برای آزمون رابطه بین شاخص حجم بدن و بعد خودمراقبتی از آزمون ژ پیرسون استفاده شده، که نتایج آن نشان می‌دهد با ۰/۰۱۴=نخت، رابطه کاملاً معناداری بین شاخص حجم بدن با بعد خودمراقبتی وجود دارد. ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۰۹ می‌باشد که نشان‌دهنده همبستگی ضعیف و مستقیم می‌باشد؛ یعنی با توجه بیش‌تر به شاخص حجم بدن، بعد خود مراقبتی فرد بیش‌تر می‌شود و برعکس.

برای آزمون رابطه بین جذابیت بدنی و بعد خودمراقبتی، از آزمون r پیرسون استفاده شده که نتایج آن نشان می‌دهد با ۰/۰۰۱=نخت، رابطه کاملاً معنادار بین جذابیت بدنی با بعد خودمراقبتی وجود دارد. ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۱۲٤ می‌باشد که نشان‌دهنده همبستگی ضعیف و مستقیم می‌باشد؛ یعنی با توجه بیش‌تر به جذابیت بدنی، بعد خودمراقبتی فرد بیش‌تر می‌شود و برعکس.

جدول ٤. نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره تعیین‌کننده‌های خودمراقبتی

| | | | |
|---|---|---|---|
| دوربین واتسون ۱/۹ | $R^2$ /۲۵ = تصحیح شده | $R^2$ = /۲۶ | /۵۱= همبستگی چندگانه |
| f برابر با ۳۱/۱۷۰ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ | | | |

جدول ۵. ضرایب بتای متغیرهای مربوط به مدل رگرسیونی بعد خود کنترلی

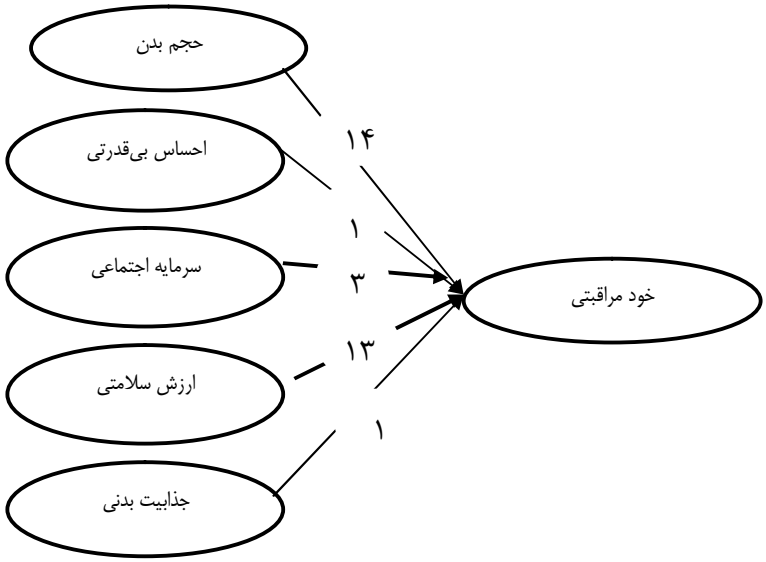
| | بتا | t | سطح معناداری |
|---|---|---|---|
| عرض ازمبدأ | ---- | ۸/۴۹ | ۰/۰۰۰ |
| سرمایه اجتماعی | ۰/۳۳۶ | ۷/۷۰ | ۰/۰۰۰ |
| احساس بی‌قدرتی | -۰/۱۸۴ | -۴/۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| شاخص حجم بدن | ۰/۱۴۲ | ۳/۴۲ | ۰/۰۰۳ |
| ارزش سلامت | ۰/۱۳۰ | ۲/۹۸ | ۰/۰۰۶ |
| جذابیت بدنی | ۰/۱۱۵ | ۲/۷۶ | ---- |

- برای تعیین سهم تأثیرگذاری متغیرهای مستقل بر بعد خودمراقبتی،از تحلیل رگرسیونی چند متغیره با روش گام‌به‌گام استفاده شد. از بین متغیرهای مستقل، متغیرهای سرمایه‌ی اجتماعی، جذابیت بدنی، احساس بی‌قدرتی، ارزش سلامت و متغیر شاخص حجم بدن وارد معادله شدند که در مجموع، ۲۵ درصد از تغییرات مربوط به خودمراقبتی را این ۵ متغیر تبیین می‌کنند. مابقی واریانس تبیین نشده، متأثر از متغیرهای دیگری است که در این تحقیق آورده نشده‌اند. از بین این ۵ متغیر، سهم سرمایه‌ی اجتماعی با ضریب بتای ۰/۳۳ به شکل بارزی

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

بیش از سایر متغیرها بوده است. یعنی با کنترل سایر متغیرها، به ازای یک واحد تغییر در سرمایه اجتماعی، خودمراقبتی ۰/۳۳ واحد تغییر می‌کند. متغیرهای ارزش سلامت با بتای ۰/۱۳، احساس بی‌قدرتی با بتای ۰/۱۸-، شاخصحجم بدن با بتای ۰/۱٤ و جذابیت بدنی با بتای ۰/۱۱ وارد معادله رگرسیونی‌شده‌اند.در نهایت متغیرهای مدیریت بدن، سرمایه اقتصادی و فرهنگی از مدل رگرسیونی‌خارج شده‌اند.جدول (٤)، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره را نشان می‌دهد.

نمودار شماره (۲): مدل رگرسیونی تأییدشده




**نتیجه**

تحقیق حاضر با هدف بررسی عوامل اجتماعی مؤثر برسبک زندگی خودمراقبتی شهروندان، نگاشته شده است. نتایج به دست آمده در بخش تحلیل‌های استنباطی دومتغیره، حاکی از آن است که بین متغیرهای شاخص حجم بدن، سن، جذابیت بدنی، وضعیت تأهل، طبقهٔ اجتماعی، سرمایهٔ اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، ارزش سلامت، احساس بی‌قدرتی و مدیریت بدن با متغیر سبک زندگی خودمراقبتی، رابطهٔ معناداری دارد. همچنین، در تحقیق حاضر برای برآورد میزان تأثیر متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر متغیر وابسته، از رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است. نتایج نشانگرآن است که متغیرهای سرمایهٔ اجتماعی، جذابیت بدنی، احساس بی‌قدرتی و ارزش سلامت با معنادارشدن توانسته‌اند ۲۵ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

کنند. حال بر اساس نتایج یاد شده، بحث‌های جامعه‌شناختی ذیل قابل استنباط است:

وجود رابطهٔ مستقیم بین بعد خودمراقبتی سبک زندگی سلامت‌محور و شاخص حجم بدن بیانگر آن است که، این افراد نه به این دلیل که سبک زندگی سالم‌تری دارند، وزنشان بیشتر بوده بلکه، افرادی هستند که به اضافه وزن دچار شده‌اند و به دلیل اضافه وزن که دارند و هشدارهای این اضافه‌وزن، به خودمراقبتی روی آورده‌اند. لی و همکاران[۱] معتقدند که علت عدم مصرف الکل و سیگار و بالا بودن کنترل بدن در بین سالمندان، به دلیل عرضهٔ برنامه‌های ارتقای سلامتی در جامعه نیست، بلکه به دلیل پایین‌بودن وضعیت سلامت کنونی آن‌هاست (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۷). در همین زمینه، نتایج پژوهش مؤید آن است که افراد با بالا رفتن سنشان، رفتارهای خودمراقبتی را بیشتر رعایت می‌کنند که باز هم‌سو با گفته لی است؛ یعنی افراد در سنین جوانی و نوجوانی در مقایسه با سالمندان، کمتر به خودمراقبتی می‌پردازند. همچنین، براساس برخی نتایج تحقیق شجاعی و همکاران (۱۳۸۸)، رفتارهای خودمراقبتی با سن، ارتباط معکوس و معناداری دارد. مورد اخیر نیز، در تحقیق حاضر تأیید شده است. بنابراین، هم‌سو با نتایج تحقیق حاضراست.

همچنین براساس نتایج تحقیق شجاعی و همکاران (۱۳۸۸)، افراد متأهل رفتار خودمراقبتی مناسب‌تری دارند. نتایج تحقیق حاضر نیز مؤید آن است که میزان سبک خودمراقبتی افراد براساس وضعیت تأهل آن‌ها متفاوت است و متأهل‌ها بیشترین میانگین خودمراقبتی و مطلقه‌ها کمترین میزان سبک زندگی خودمراقبتی را دارا هستند. بنابراین، نتیجهٔ هر دو تحقیق یادشده هم‌سو با هم است.

نتایج تحقیق بیانگر آن است که بین سبک زندگی خودمراقبتی و ارزش سلامت، رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد. به عبارتی، افرادی به خودمراقبتی بیشتری می‌پردازند که برای سلامت خود ارزش قائل هستند. متأسفانه، در جامعه و فرهنگ ما، افراد وقتی به ارزش سلامت پی می‌برند که سلامتی خود را در معرض تهدید ببینند. به این دلیل، بسیاری از افراد بعد از به خطر افتادن سلامتی‌شان، به خودمراقبتی روی می آورند. با این حال، نتایج تحقیق نشانگر آن است که خودمراقبتی، با درک ارزش سلامت از سوی شهروندان در ارتباط مستقیم است.

براساس نتایج تحقیقات سیمن و لویس(۱۹۹۵) متغیرهایی چون احساس بی‌قدرتی به نوعی بر از خودمراقبتی تأثیر دارد. تحقیق حاضر نیز، چنین رابطه‌ای را تأیید کرده است.

۱. Lee & et al

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

بنابراین، نتایج تحقیقات یادشده قابل کاربرد در جامعهٔ آماری مورد مطالعه است؛ یعنی افرادی که احساس بی‌قدرتی بیشتری دارند، کمتر به رفتارهای خودمراقبتی روی می آورند.

نتایج تحقیق مؤید آن است که میانگین سبک زندگی خودکنترلی شهروندان برحسب طبقهٔ اجتماعی خوداظهاری آن‌ها متفاوت است؛ به طوری که افراد طبقه پایین، کمترین رفتارهای خودمراقبتی و طبقهٔ متوسط، بیشترین رفتارهای خودمراقبتی را دارند. ولی بیشترین میزان سبک زندگی خودکنترلی را طبقهٔ متوسط دارد و طبق گفته اکوب با بالارفتن طبقهٔ اجتماعی فرد، نوعی بازگشت به رفتارهای خودمراقبتی شهروندان دیده می‌شود.

براساس برخی نتایج شیفر، محسنی و لیندسترم (۲۰۰۷)، اسنلگرو و همکاران (۲۰۰۹) وایندگرو و کالینز (۲۰۰٦) سرمایهٔ اجتماعی ازجمله پیش‌گویی‌کننده‌های رفتارهای از خودمراقبتی بوده است؛ مراد اینکه سرمایهٔ اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی با میزان سبک زندگی خودمراقبتی، رابطهٔ معنادار و مستقیمی دارد، یعنی با بالارفتن میزان سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، سبک زندگی خودمراقبتی انتخابی شهروندان نیز سالم‌تر می‌شود، که این هم منطبق بر نظریه بوردیو است؛ هرچند که تأثیرگذاری سرمایهٔ اجتماعی بیشتر از سرمایهٔ اقتصادی و فرهنگی است. به عبارتی، رابطهٔ بین سبک زندگی خودمراقبتی و سرمایهٔ اقتصادی، در حد ضعیفی است. سرمایهٔ اجتماعی و فرهنگی در زمینهٔ شناخت منابع و به دست آوردن اطلاعات مربوط به سلامتی، نقش مهمی این می کنند و سرمایهٔ اقتصادی نیز، منابع لازم را برای اقدام و انجام رفتارهای خودمراقبتی در اختیار افراد می‌گذارد. تحقیق حاضر نیز چنین روابطی را تأیید کرده است. بنابراین، نتایج تحقیقات یادشده قابل کاربرد در جامعهٔ آماری مورد مطالعه است.

براساس برخی نتایج تحقیقات کالن دیلوریک و همکارانش، سن، تأثیری در میزان خودمراقبتی بیماران ندارد؛ در تحقیق حاضر نتیجهٔ یادشده تأیید شده است. بنابراین، نتیجهٔ تحقیق کالن دیلوریک و همکارانش با نتیجه تحقیق حاضر همخوانی ندارد.

بررسی پیشینهٔ تحقیق، حاکی از آن است که مطالعات انجام‌گرفته در زمینه خودمراقبتی، بیشتر در حوزهٔ پزشکی و در زمینهٔ بیماران انجام گرفته، در حالی که توجه به خودمراقبتی دربارهٔ افراد عادی که هنوز بیمار نشده‌اند، از اهمیت خاصی برخوردار است که در این زمینه نیاز به تحقیق بیشتری است. نتایج تحقیق بیانگر آن است که افراد، بیشتر در زمان بیماری و وقتی که سلامتی‌شان در خطر می‌افتد، اقدام به خودمراقبتی می‌کنند، در حالی که انجام رفتارهای خودمراقبتی قبل از بیمار شدن، سلامت افراد را تضمین می‌کند که بایستی در این

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

زمینه فرهنگ‌سازی لازم صورت گیرد. اقدام به خودمراقبتی در زمان سلامتی، احساس بی‌قدرتی را در افراد کاهش داده و باعث بالارفتن خودکارآمدی افراد شود که باید به این امر هم توجه شود.

## منابع


آزاد ارمکی، تقی و چاووشیان، حسن (۱۳۸۱) «بدن به مثابه رسانه هویت»، **مجله جامعه‌شناسی ایران**، دوره چهارم، شماره ٤، زمستان، تهران، انجمن جامعه‌شناسی ایران. صص ۷۵-۵۷.

حبیبی سولا عقیل و نیکپور، صغری؛ سیدالشهدایی، مهناز و حقانی، حمید مهناز و همکاران(۱۳۸۷) «بررسی رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان»، **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل**، دورهٔ هشتم، شماره اول، بهار ۱۳۸۷، صص ۳٦-۲۹.

دیماتئو، ام، رابین (۱۳۷۸) **روان‌شناسی سلامت**، ترجمهٔ محمد کاویانی و همکاران، جلد اول، تهران: انتشارات سمت.

ذکایی، محمدسعید (۱۳۸۷) «جوانان، بدن و فرهنگ تناسب اندام»، **فصل‌نامهٔ تحقیقات فرهنگی**، پژوهشکدهٔ مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، سال اول، شمارهٔ ۱، بهار، صص ۱٤۱-۱۱۷.

رستمی، مریم و همکاران (۱۳۸۸) «تأثیر الگوهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر مسجد سلیمان در سال۸۷-۱۳۸٦»، **مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک**، سال ۱۲، شماره ۲(شماره پیاپی ٤۷)، تابستان، صص ۵۹-۵۱.

ریاحی، محمداسماعیل (۱۳۸٤) «بررسی تطبیقی تفاوت‌های جنسیتی در عادت‌های غذایی دانشجویان ایرانی و هندی»، **مطالعات زنان**، سال سوم، شماره ۸، تابستان و پاییز.

شجاعی، فاطمه و همکاران (۱۳۸۸) «رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی»، **فصل‌نامه پایش**، سال هشتم، شماره چهارم، پاییز، صص. ۳٦۹-۳٦۱.

صاحب‌الزمانی، محمد و همکاران (۱۳۸۸) «بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر میزان آگاهی و نحوه عمل‌کرد بیماران صرعی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷»، **مجله پزشکی ارومیه**، دوره ۲۰، شماره ٤، زمستان، صص ۲۸٤-۲۸۹.

علیزاده اقدم، محمدباقر (۱۳۸۸) «**مطالعهٔ سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان: امیدها و بیم‌ها**»، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان.

غفاری، غلامرضا (۱۳۸۷) «سازه سرمایهٔ فرهنگی و منابع مولد آن»، **رشد آموزش علوم اجتماعی**، دوره دوازدهم، شماره ۲، زمستان.

فاضلی، محمد (۱۳۸۲) **مصرف و سبک زندگی**، قم: صبح صادق.


[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

کورتیس، آنتونی. جی (۱۳۸۵) **روان‌شناسی سلامت**، ترجمه دکتر شهناز محمدی، تهران: انتشارات ویرایش.

مروتی شریف‌آباد، محمدعلی و روحانی تنکابنی، نوشین (۱۳۸۸) «الگوی تعیین‌کننده‌های خودمراقبتی دیابت در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد، دانشور پزشکی»، **دوماه‌نامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد**، سال شانزدهم، شماره ۸۱ تیر، صص ۳۶-۲۹.

ممتاز، فریده (۱۳۸۳) «معرفی مفهوم طبقه از دیدگاه بوردیو»، **پژوهش‌نامه علوم انسانی**، شماره ۴۲-۴۱، بهار و تابستان.

Cockerham,William C. (۲۰۰۰), **"Health Lifestyles in Russia"**, Social Science & Medicine ۵۱, pp.۱۳۱۳-۱۳۲٤.

Edgeworth, Ross., Collins, Andrew E.(۲۰۰٦), "Self-care as a response to diarrhoea in rural Bangladesh: Empowered choice or enforced adoption?", **Social Science & Medicine**, Volume ٦۳, Issue ۱۰, November ۲۰۰٦, pp ۲٦۸٦-۲٦۹۷.

Lucas, Kevin & Barbara, Lioyd.(۲۰۰۵), **"Health promotion"**, SAGE Publications.

Mohseni, Mohabbat,. and Lindstrom Martin(۲۰۰۷), "Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study", **Social Science & Medicine**, Volume ٦٤, Issue ۷, April ۲۰۰۷, pp ۱۳۷۳-۱۳۸۳.

Nevid.J, Rathus & S, Rubenstein. H.(۱۹۹۸), **"Health in the New Millennium"**, Worth Publishers, New York.

Petker Carla(۲۰۰۹), **"Stories of self-care: Lessons learned and shared, A thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies and Research in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Education in Counselling Psychology"**, University of Alberta.

Seeman, Melvin., Lewis, Susan.(۱۹۹۵), "Powerlessness, health and mortality: A longitudinal study of older men and mature women" , **Social Science & Medicine**, Volume ٤۱, Issue ٤, August ۱۹۹۵, pp ۵۱۷-۵۲۵.

Snelgrove, John W., Pikhart Hynek., Stafford Mai (۲۰۰۹), "A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from the British Household Panel Survey", **Social Science & Medicine**, Volume ٦۸, Issue ۱۱, June ۲۰۰۹, Pages ۱۹۹۳-۲۰۰۱.

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]

This document was created with Win2PDF available at http://www.win2pdf.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

[ Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19 ]