

عوامل اجتماعی موثر بر گرایش زنان بر حفظ سلامت جسمانی

دکتر روزا کرم پور^۱

فرزانه گرجی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۱۳

چکیده

در پژوهش حاضر مساله این است که در پرتو تحولات اجتماعی صورت گرفته در دهه های اخیر به ویژه در جوامع شهری چه رابطه ای بین عوامل اجتماعی و گرایش زنان بر حفظ سلامت جسمانی وجود دارد. پس از بررسی ادبیات تجربی و نظری، روش توصیفی از نوع پیمایش یا زمینه یابی استفاده گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان عضو در باشگاههای چاقی در مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران در زمستان ۱۳۹۱ بودند، که حدود ۳۰۰۰ نفر را شامل می شدند. با توجه به حجم جامعه، نمونه ها با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب گردید. به منظور تبیین نظری موضوع پژوهش از دیدگاههای کولی، مید، بلومر، بوردیو، گافمن، گیدنز، و... استفاده شده است. برای جمع آوری اطلاعات از دو روش کتابخانه ای و پرسشنامه ای بهره گرفته شده است. پس از بررسی فرضیات پژوهش تاثیر هر یک از عوامل بر گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی مورد سنجش قرار گرفت. با توجه به یافته ها به غیر از متغیرهای زمینه ای و عوامل اقتصادی وجود رابطه بین دیگر فرضیات تایید شد. جهت بررسی ارتباط گرایش زنان به حفظ سلامت و عوامل فردی، گروه نخستین و ثانویه، تاثیر خود آینه سان، و عوامل اقتصادی از رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان استفاده شده است. با توجه به مدل رگرسیونی رابطه تمام متغیرها با متغیر وابسته مستقیم است به عبارتی افزایش در متغیرهای مستقل باعث افزایش در متغیر وابسته گردیده است.

واژگان کلیدی: عوامل فردی، عوامل اجتماعی، سلامت جسمانی، گرایش زنان، عوامل اقتصادی.

۱- هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز rosakrampour@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد جامعه شناسی fgn430@yahoo.com

۱. مقدمه

این نگرش که عوامل محیطی و اجتماعی به طور موثری بر سلامت تاثیر می‌گذارد از زمان باستان شناخته شده بود. زندگی در قرن بیست و یکم بیش از هر زمان دیگری تحت تاثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، جمعیتی و توسعه جهانی می‌باشد. امروزه موضوع سلامتی در دستور کار توسعه‌ی بین‌المللی قرار دارد و نابرابری‌های سلامت بین کشورها دغدغه اصلی جامعه جهانی شده است. در سال ۱۹۹۰ کمیسیون جهانی سلامت زنان شکل گرفت. این کمیسیون برنامه عملی را برای مسائل زنان از قبیل: تغذیه، بهداشت، سالمندی، سبک زندگی و شرایط محیط کاری در بر میگرفت. چندی بعد سازمانی با عنوان (SDH)^۱ «عوامل اجتماعی موثر بر سلامت» رویکرد یک پارچه‌ای را برای رویارویی با معضلات بهداشتی و ارتقاء آگاهی و حرکت به سوی جامعه سالمتر در پیش گرفت که در این رویکرد مشکلات موجود از منظر اجتماعی نگرسته می‌شود. عواملی چون جنسیت، درآمد، اشتغال، تحصیلات، حمایت‌های اجتماعی (خانواده و دیگران) تغذیه از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی هستند. در پژوهشی که زیر نظر وزارت بهداشت، توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد محققان نتیجه گرفتند که، در یک وضعیت مطلوب به لحاظ آماری وزارت بهداشت تنها ۲۵٪ و عوامل محیطی- ژنتیکی- فیزیکی ۲۵٪ و عوامل اجتماعی ۵۰٪ در سلامت مردم موثر می‌باشند. (نشریه سالانه وزارت بهداشت، ۲۰۱۳)

لذا مهمترین عامل موثر بر سلامتی انسانها ناشی از شرایط اجتماعی می‌باشد که افراد جامعه در آن زندگی و فعالیت می‌کنند و از آنها به عنوان عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) یاد می‌شود. عوامل موثر اجتماعی، جایگاه مردم را در نردبان اجتماعی قدرت و ثروت و منابع نشان می‌دهد. این امر غیر قابل انکار است که وضعیت سلامتی مردم، در سلسله مراتب اجتماعی متفاوت است. زنان و کودکان از سطح سلامت نازلتری برخوردارند که علت آن ریشه در نابرابری دسترسی به منابع جامعه است. زن و مرد از نظر بیولوژی و از نظر نقش و مسئولیتی که جامعه به عهده آنها می‌گذارد و نیز از نظر جایگاه آنها در خانواده و جامعه با هم تفاوت دارند.

گسترش فناوری و ماشینی شدن زندگی باعث شده بشر امروز عادت‌های جدیدی کسب کند. حدود ۸۰ درصد مردم دچار کم تحرکی یا بی تحرکی هستند. به خاطر بعد مسافت، دیگر کسی نمی‌تواند فاصله خانه تا محل کارش را پیاده طی کند. ضمن اینکه عادت استفاده از خودرو باعث شده هیچ کس تمایل نداشته باشد حتی مسیرهای کوتاه را هم پیاده طی کند. تحرک، توانایی حرکت آزادانه فرد در پیرامون خود است و حرکت برای اهداف مختلف به کار گرفته میشود. داشتن تحرک برای احساس سلامتی از جنبه فیزیکی- روانی و اجتماعی ضروری است. بی تحرکی، فقط به زمان استراحت در تخت اطلاق نمی‌شود. کارمندی که ساعتها پشت میز بنشیند به درجاتی از بی تحرکی مبتلاست. (جمشیدی، ۱۳۸۹، ۱۲۷) از سوی دیگر، گسترش ادارات باعث شده بسیاری از متصدیان مشاغل اداری، کاملاً بی تحرک باشند و این معضل به حدی جدی است که کارشناسان به کارمندان توصیه می‌کنند وسایل کارشان و حتی تلفن را کمی دورتر قرار دهند، تا دست کم مجبور باشند برای برداشتن وسایل کمی جابجا شوند. سبک زندگی، به معنی روش زندگی مردم است. بازتاب دامنه کامل ارزشهای اجتماعی، طرز برخورد و فعالیتها است. بین سلامتی و شیوه زندگی افراد همبستگی وجود دارد. بسیاری از مشکلات بهداشتی امروز و به خصوص در جوامع توسعه یافته و پیشرفته (مانند چاقی، سرطان، اعتیاد) با دگرگونی شیوه زندگی رابطه دارند. وضعیت اقتصادی اجتماعی بر سلامت انسان موثر شناخته شده است. وضعیت سلامت با درجه پیشرفت اقتصادی، اجتماعی، یعنی درآمد سرانه و سطح آموزش، تغذیه، اشتغال و مسکن تعیین می‌شوند. چاقی و اضافه

وزن به عنوان یک مشکل جهانی و عامل اصلی بیماریهای غیر واگیردار، با روند روز افزونی در اغلب کشورهای جهان در حال گسترش است. چاقی، به حالتی گفته میشود که ذخایر چربی تا حد ایجاد اختلال در وضعیت سلامت افزایش یابد. شیوع چاقی در جوامع غربی بالاست و در عین حال همگام با شهری شدن کشورهای در حال توسعه شیوع چاقی در این کشورها روند روبه تزاید دارد. (احمدی، کریمی، ۱۳۸۸)

بیماری های غیرواگیر که قبلا معضل کشورهای توسعه یافته بود، اکنون در اغلب کشورها شایع است. کشورهای در حال توسعه نیز بطور فزاینده ای درگیر مشکلات ناشی از این بیماریها شده اند. دلایل اصلی افزایش چاقی در کشور های در حال توسعه :

(۱) گسترش شهر نشینی

(۲) رشد اقتصادی و افزایش درآمد

(۳) افزایش سرانه دریافت انرژی

(۴) تغییرات اجتماعی

(۵) عادات فرهنگی و ... را می توان نام برد (فلاح نژاد، ودادهیر، ۱۳۸۹).

از آنجا که تامین نیازهای انسانها، بدون وجود سطح مناسبی از توسعه اجتماعی- اقتصادی میسر نیست، لازم است رویکرد یکپارچه ای را برای رویارویی با معضلات و حرکات به سوی جامعه سالم تر در پیش گیریم. لذا در راستای شناسایی عوامل اجتماعی موثر به گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی برآمدیم. شاید بتوانیم به افزایش آگاهی سیاست گزاران کمک کنیم تا این موضوعات را در اولویت قرار دهند.

هدف کلی : مطالعه عوامل اجتماعی موثر در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی

(۱) شناخت و ارزیابی تاثیر عوامل فردی (سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تاهل) در گرایش به حفظ سلامتی

(۲) شناخت و ارزیابی تاثیر گروه نخستین و ثانویه (خانواده، دوستان و همکاران) در گرایش به حفظ سلامتی

(۳) شناخت و ارزیابی تاثیر خود آینه سان (تصویر ذهنی افراد) از خودشان در گرایش به حفظ سلامتی

(۴) شناخت و ارزیابی تاثیر عوامل اقتصادی (درآمد و شغل) در گرایش به حفظ سلامتی

در نیمه دوم قرن بیستم تحولات اجتماعی در جوامع مختلف و نیز جامعه ایران روی داده است که موجب تغییر در سنت نظری شده است. این موضوع در چند دهه اخیر از شدت بیشتری برخوردار است.

در بررسی مفهوم بدن به رویکردهای متفاوتی بر می خوریم که هر کدام از دیدگاه خاص خود به آن می نگرند. رویکرد زیستی، که بدن را به عنوان یک ارگانیسم زیستی در حوزه پزشکی مطرح می کند. رویکرد روانکاوانه، که اغلب بدن را تحت تاثیر ناخودآگاه و حالات روحی میداند. رویکرد جامعه شناسانه، که در حوزه های مطالعات فرهنگی، انسان شناسی، روانشناسی اجتماعی، فمینیسم و پست مدرنیسم به آن می پردازد (محسنی، ۱۳۷۶: ۳۵۰).

هربرت مید انسان را موجودی توانمند در تفسیر کردن، و بیان معنا کردن و یا به اصطلاح قدرت فهمیدن معرفی می کند. توان خردورزی و تفسیر گرایی انسان در بستر اجتماعی و در پی فرآیند اجتماعی شدن به فعلیت و تحقق می رسد. بنابراین انسان جدای از جامعه تفاوتی با سایر حیوانات ندارد. بدین ترتیب هم خود، که انسان را در ادامه ی فرآیند با خویش قادر می سازد و هم ذهن، به عنوان رفتاری که در این ارتباط درونی رخ می دهد، هر دو گوهری اجتماعی دارند (تنهایی، ۱۳۸۹: ۲۲۱ - ۲۲۲).

از نقطه نظر آنتونی گیدنز، مساله بدن، با هویت و خود ارتباط نزدیک دارد. همچنین بدن محل خود و پرچم هویت انسان است و همواره نظارت بر بدن و کنترل آن در روابط روزمره اهمیت دارد. او ضمن اینکه از اهمیت بدن و ضرورت توجه

داشتن به بدن از سوی زنان اشاره می‌کند، به فشارهای فرهنگی اجتماعی موثر بر بدن زنان نیز توجه دارد. او معتقد است، الگوی فرهنگ غربی از طریق رسانه‌های جمعی بر ارزش‌های خاص و اندازه‌های بدنی ایده‌آل تأکید دارد. بطوریکه این گونه ارزشها به عنوان ایده‌آل اهداف عینی بر رفتارهای افراد بر هماهنگ کردن بدن خود با این ارزشها، مورد توجه قرار می‌گیرد. که نمونه‌ای از آن باریک اندامی در مورد زنان است (گیدنز، ۱۳۷۸: ۳۵۶).

پیر بورديو نشان می‌دهد که چگونه موقعیت اجتماعی و ساختارهای جامعه در کنش افراد تأثیر گذاشته و برخی عادت‌ها و منش‌ها را در ذهن حکاکی می‌کند. به نحوی که افراد بر اثر این عادت‌ها که ملکه ذهن آنها شده است به جهان‌نگریسته و جهان را با کمک آنها درک می‌کنند. او انواع مختلف سرمایه را در اشکال سرمایه اقتصادی، فرهنگی، نمادین، اجتماعی مورد بررسی قرار داده است. از نظر او کنشگران اجتماعی، تحت تأثیر دو عامل، میدانهای اجتماعی و عادت‌واره، به کسب انواع سرمایه نائل می‌شوند و بر اساس آن جایگاه خود را در فضای اجتماعی و در درون میدانهای اجتماعی تعیین می‌کنند. سرمایه اجتماعی انباشت منابع بالفعل و بالقوه‌ای است که مربوط به داشتن شبکه‌ای نسبتاً پایدار از روابط کم و بیش نهادی شده از آشنایی و شناخت متقابل است. بطوری که عضویت در یک گروه برای اعضایش حمایت اجتماعی فراهم می‌کند. علاوه بر نقش سرمایه فرهنگی در طبقاتی شدن و شکل‌گیری نظام قشربندی در جوامع، سرمایه اجتماعی که حاصل تلاشهای هر کنشگر اجتماعی است، باعث برخورداری از مواهب موجود در اجتماع می‌باشد تا جایی که قرار گرفتن هر فرد در طبقه اجتماعی و برخورداری از امکانات و منابع جامعه به تلاش او در کسب سرمایه اجتماعی بر می‌گردد. بورديو در خصوص بدن به عنوان سرمایه اجتماعی، فرهنگی و سبک زندگی، ارزش بدنی طبقات اجتماعی، نظریات ارزشمندی دارد. وی بدن را، شکلی از سرمایه فیزیکی میداند که میتواند به سایر فرم‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تبدیل شود و اینکه مراقبت‌های پزشکی، کنترل‌های عمومی بدن، رعایت رژیم‌های غذایی، ورزش و مشاوره با پزشکان، رفتارهایی هستند که درباره افراد متعلق به طبقات خاص متفاوت است (بورديو، ۱۳۸۰: ۱۶).

کولی بر آن بود جامعه و فرد هر دو جنبه‌های فردی و جمعی یک پدیده‌ی واحد را نشان می‌دهند. کولی سعی در تبیین چگونگی شکل‌گیری "خود" در رابطه متقابل فرد و جامعه و تجربه اجتماعی دارد. سازوکار این عمل عبارتست از: «نگاه کردن خود در آینه‌ی دیگران». به عبارت دیگر انسانها آینه‌ی یکدیگرند و در این نگرستن‌ها است که به قضاوت یکدیگر می‌نشینند (تنهایی، ۱۳۸۹: ۱۱۹).

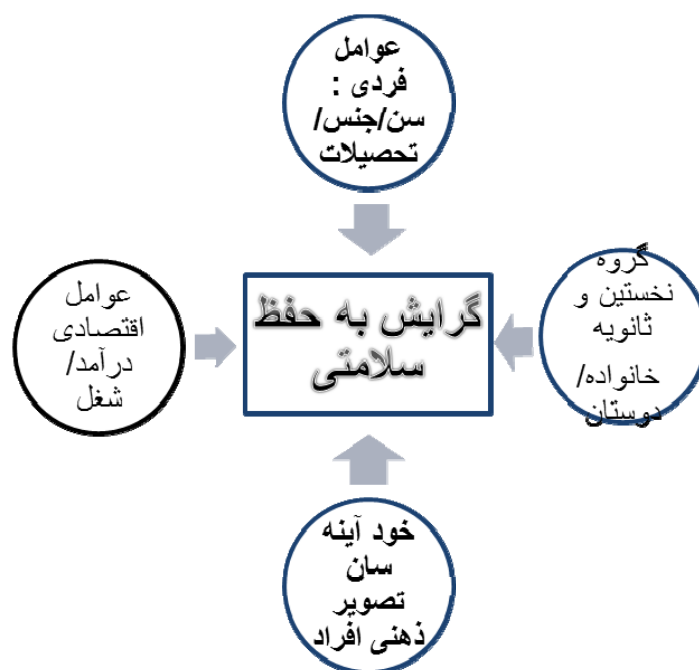
از نظر گافمن، موقعیت‌های اجتماعی تدارک‌دهنده «تأثیری طبیعی» هستند که نمایش‌های بدنی در آن اجرا و تفسیر می‌شود. مقبولیت اجتماعی اجرای نقش‌ها، به شیوه سلوک بدنی اجرا کننده بستگی دارد. بدین سان بدن به عنوان واسطه، نقش مهمی در برقراری پیوند بین هویت «هویت فردی» و «هویت اجتماعی» از خود بر جای می‌گذارد (گافمن، ۱۳۸۸: ۶۸).

هربرت بلومر معتقد است، سلسله کنش‌های اجتماعی در برابر هم در رابطه با هم تشکیل کنش پیوسته می‌دهند و کنش پیوسته پس از تشکیل خود دیگر واقعیتی مستقل و برتر از یکایک اجزاء دارد. (تنهایی، ۱۳۸۹: ۲۸۷) همچنین توجه بلومر به واسطه‌های اجتماعی شدن و عناصر درگیر در آن از جمله والدین، دیگری مهم، گروه همالان، مدارس یا سازمانهای گروهی، مجامع عمومی، رسانه‌ها و ارتباط جمعی که همگی در زندگی افراد نقش موثری را ایفاء می‌کنند (همان: ۲۹۶). همانطور که قبلاً ذکر شد عوامل اجتماعی متعددی در گرایش زنان به حفظ سلامتی نقش دارند. تصور ما از بدن خودمان، بدین معنا که بدن خود را چگونه درک می‌کنیم، ممکن است در توانایی ما در رابطه برقرار کردن با دیگران موثر بوده و بر پاسخ‌هایی که دیگران به ما می‌دهند، تأثیر بگذارد. این تصویر، نحوه تجربه کردن بدنهایمان در زندگی روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین این تصویر میتواند بر احساس ما از خود، میزان اعتمادهایمان به موقعیت‌های اجتماعی و

ماهیت روابط اجتماعی ما تاثیر داشته باشد. زمینه های اجتماعی و فرهنگی نیز بر تفسیر ما از بدنمان اثر دارد. بنابراین، زندگی روزمره اساساً به معنای تولید و باز تولید بدن هاست و باز سازی جهان زندگی است. تجربه بودن ما در این جهان، به واسطه رابطه ما با بدنمان تعیین می گردد که طی آن محیط های اجتماعی بدن ها را می سازند. در این پژوهش چهارچوب نظری براساس الگوی بوردیو و بلومر و کولی ساخته شده است. بنابراین به نظر می رسد:

- (۱) عوامل فردی (سن، تحصیلات و وضعیت تاهل) در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی تاثیر دارد.
- (۲) گروه نخستین و ثانویه (خانواده، گروه دوستان و همکاران) در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی تاثیر دارد.
- (۳) تاثیر خود آینه سان (تصویر ذهنی افراد از خودشان) در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی تاثیر دارد.
- (۴) عوامل اقتصادی (درآمد و شغل) در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی تاثیر دارد.

شکل شماره ۱: مدل پژوهش



۲. روش

مقاله حاضر به روش توصیفی و تحلیلی و پیمایش مبتنی بر جامعه با استفاده از مشاهدات میدانی و تکمیل پرسشنامه در جامعه هدف انجام شده است. در این تحقیق از روش های مختلف جمع آوری اطلاعات به صورت کتابخانه ای، اسنادی، پرسشنامه، مصاحبه و... استفاده گردیده است. پس از کسب اطلاعات و ثبت داده ها، با استفاده از نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این پژوهش از نوع تحقیقات رابطه ای می باشد و هدف آن، بررسی عوامل اجتماعی و تاثیر گزار بر حفظ سلامتی است.

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر با توجه به موضوع و امکانات در اختیار پژوهشگر عبارتند از: کلیه‌ی خانمهای عضو در باشگاه‌های چاقی فعال در مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران زمستان ۱۳۹۱. بر اساس روش نمونه‌گیری آمار اعضاء باشگاه از ۲۵۰۰ - ۳۰۰۰ نفر در نوسان می‌باشد، که حجم نمونه در فصل زمستان با استفاده از فرمول کوکران حدود ۲۴۵ نفر در نظر گرفته شد.

پرسشنامه در راستای اهداف و سوالات تحقیق تهیه شده است و پس از کسب اطمینان از ملاکهای روایی و اعتبار، مورد استفاده قرار گرفت. گزینه‌های این پرسشنامه در قالب مقیاس طیف لیکرت و سوالات چند گزینه‌ای تنظیم گردید. این گزینه‌ها حالات خاص از پدیده مورد اندازه‌گیری را بصورت گویه‌هایی که از لحاظ ارزش اندازه‌گیری، دارای وزن‌های مساوی است عرضه می‌کردند. با توجه به شرایط تحقیق، نمونه‌ها به روش چند مرحله‌ای (نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای) انتخاب شده‌اند. بدین گونه با احتیاط در پایان می‌توانیم نتایج را به کل شهر تهران تعمیم دهیم. برای سنجش اعتبار محتوایی، پرسشنامه مورد نظر به عنوان ابزار اندازه‌گیری در اختیار چند تن از صاحب نظران و متخصصین این حوزه قرار گرفت و پس از تایید آنان نسبت به تکمیل پرسشنامه اطمینان لازم حاصل آمد. همچنین به لحاظ مفهومی هم گویه‌هایی که شاخصها را می‌سنجید مورد ارزیابی و تجدید نظر قرار گرفت تا مورد تایید قرارگیرد. برای روایی از ضریب آلفای کرونباخ که برای سنجش میزان نگرش و عقاید و... بکار می‌رود استفاده شد. شیوه کار به این روش بوده، که گویه‌های مربوط به هر یک از فرضیه‌ها را در یک طیف چند قسمتی وارد آلفای کرون باخ گردیده. پاسخ معادله عددی بالای ۸۰٪ را نشان می‌دهد، که بیانگر مناسب بودن گویه‌ها برای سنجش متغیرها، در شرایط زمانی مختلف پایایی دارند.

تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده به منزله پل ارتباطی برای رسیدن به نتایج پژوهش می‌باشد. در این بخش از گزارش به توصیف حجم نمونه براساس اطلاعات به دست آمده پرداخته شد و با اجرای آزمون آماری مناسب در مورد معناداری رابطه‌ها و تفاوت‌ها و تعمیم نتایج بدست آمده به جامعه مورد نظر اقدام گردید. سپس با استفاده از نرم افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی به تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده پرداخته شد. در سطح استنباطی ابتدا به کمک آزمون کلموگروف اسمیرنوف به بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد بررسی پرداخته شده و سپس به کمک آزمون همبستگی پیرسون به بررسی فرضیه‌های تحقیق پرداخته شده است.

۳. یافته‌ها

- یافته‌های پژوهش حاضر نشان میدهد که، میانگین متغیر سن جمعیت مورد بررسی ۳۵/۲۴ می‌باشد، به عبارتی میانگین سن در نمونه ۳۵ سال است. میانه برای متغیر سن ۳۳ سال می‌باشد. بیشترین فراوانی مربوط به رده سنی ۲۵-۳۵ سال است و کمترین فراوانی مربوط به رده سنی ۵۵ سال به بالا می‌باشد.
- از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات متوسطه است و کمترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات ابتدایی می‌باشد.
- در مورد وضعیت تاهل، بیشترین فراوانی مربوط به رده افرادی است که دارای همسر میباشند و کمترین فراوانی مربوط به افرادی می‌باشد که همسرشان فوت کرده است و یا طلاق گرفته‌اند.
- و با توجه به جدول مشاهده میشود، درصد پاسخ‌گویی به سوال گروه نخستین و ثانویه با بیشترین میانگین معادل ۲/۴۹ به معنای این است که در حد متوسط افراد تحت تاثیر دوستان بودند و با کمترین میانگین معادل ۱/۵۸ به معنای این است که زیبایی جسمانی (تناسب اندام) تا در حد کم می‌تواند در ایجاد ارتباطات اجتماعی موثر باشد.

- درمورد میزان درآمد، بیشترین فراوانی مربوط به افراد با درآمد ۶۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان و کمترین فراوانی مربوط به سطح درآمد ۹۰۰ تا ۱۱۰۰ هزار تومان می باشد. در کل ۶۷ نفر به این سوال پاسخ نداده اند.

آزمون فرضیه ها

در این بخش به بررسی فرضیه های تحقیق با کمک آزمون همبستگی پیرسون و آزمون آنالیز واریانس مستقل پرداخته میشود.

فرضیه اول : عوامل فردی (سن، تحصیلات و وضعیت تاهل) در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی تاثیر دارد.

جدول شماره(۱): بررسی رابطه متغیرهای سن، تحصیلات، تاهل زنان و گرایش به حفظ سلامتی

متغیر اول	متغیر دوم	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
گرایش به حفظ سلامتی	سن	۲۴۳	-۰,۰۴۵	۰,۴۸۳
گرایش به حفظ سلامتی	سطح تحصیلات	۲۴۵	۰,۰۳۲	۰,۶۲۱
گرایش به حفظ سلامتی	وضعیت تاهل	۲۴۵	-۰,۰۵۴	۰,۳۹۷

جهت بررسی ابتدا با کمک آزمون همبستگی پیرسون به بررسی رابطه سن، تحصیلات، تاهل با گرایش به حفظ سلامتی پرداخته شده است. سپس به کمک آزمون آنالیز واریانس به بررسی وجود اختلاف معنی داری در میانگین گرایش به حفظ سلامتی در رده های مختلف سن، تحصیلات، تاهل پرداخته می شود. با توجه به جدول بالا سطح معنی داری آزمون کمتر از ۰/۰۵ نمی باشد، بنابراین فرض صفر رد نشده و رابطه معنی داری بین دو متغیر وجود ندارد و با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت بین گرایش به حفظ سلامتی زنان در رده های مختلف تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عبارتی تغییر در یکی تاثیری بر گرایش زنان به حفظ سلامتی ندارد.

فرضیه دوم: گروه نخستین و ثانویه در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی تاثیر دارد.

جدول شماره(۲): بررسی رابطه متغیر گروه نخستین و ثانویه و گرایش به حفظ سلامتی

متغیر اول	متغیر دوم	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
گرایش به حفظ سلامتی	گروه نخستین و ثانویه	۲۴۵	۰,۳۰۷	۰,۰۰۰

با توجه به جدول بالا سطح معنی داری آزمون (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین فرض صفر رد شده و رابطه معنی داری بین دو متغیر وجود دارد. به عبارتی تغییر در گروه نخستین و ثانویه بر گرایش زنان به حفظ سلامتی تاثیر دارد. با توجه به مثبت بودن ضریب همبستگی می توان گفت رابطه مثبت و مستقیمی بین دو متغیر وجود دارد و گروه نخستین بر گرایش به حفظ سلامتی زنان اثر مثبت دارد.

فرضیه سوم: تاثیر خود آینه سان (تصویر ذهنی افراد از خودشان) در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی تاثیر دارد.

جدول شماره (۳): بررسی رابطه متغیر خود آینه سان و گرایش به حفظ سلامتی

متغیر اول	متغیر دوم	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
گرایش به حفظ سلامتی	خود آینه سان	۲۴۵	۰,۴۴۳	۰,۰۰۰

با توجه به جدول بالا سطح معنی داری آزمون (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین فرض صفر رد شده و رابطه معنی داری بین دو متغیر وجود دارد. به عبارتی تغییر در متغیر خود آینه سان بر گرایش زنان به حفظ سلامتی تاثیر دارد. با توجه به مثبت بودن ضریب همبستگی می توان گفت رابطه مثبت و مستقیمی بین دو متغیر وجود دارد و تصویر ذهنی افراد از خودشان به گرایش حفظ سلامتی زنان اثر مثبت دارد. هرچه تصویر ذهنی افراد از خودشان مثبت باشد گرایش به حفظ سلامتی در افراد بیشتر می شود.

فرضیه چهارم: عوامل اقتصادی (درآمد و شغل) در گرایش زنان به حفظ سلامت جسمانی تاثیر دارد.

جدول شماره (۴): بررسی رابطه متغیر درآمد و شغل گرایش به حفظ سلامتی

متغیر اول	متغیر دوم	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
گرایش به حفظ سلامتی	درآمد	۲۴۵	۰,۰۶۵	۰,۳۰
گرایش به حفظ سلامتی	شغل	۲۴۵	- ۰,۰۴۶	۰,۴۷۱

با توجه به جدول بالا سطح معنی داری آزمون کمتر از ۰/۰۵ نمی باشد، بنابراین فرض صفر رد نشده و رابطه معنی داری بین دو متغیر وجود ندارد. به عبارتی تغییر در درآمد افراد بر گرایش زنان به حفظ سلامتی تاثیر ندارد.

بررسی رابطه رگرسیونی

جهت بررسی ارتباط گرایش زنان به حفظ سلامت و عوامل فردی، گروه نخستین و ثانویه، تاثیر خود آینه سان، و عوامل اقتصادی از رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان استفاده می شود.

جدول شماره (۵): خلاصه مدل رگرسیونی

ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای برآورد	آماره F	سطح معنی داری
۰,۵۸	۰,۳۳۷	۰,۳۰۸	۰,۶۸۸	۱۱,۷۸	۰,۰۰۰

با توجه به جدول مقدار ضریب همبستگی چندگانه برای مدل رگرسیونی برازش داده شده برابر ۰/۵۸ می باشد. مقدار ضریب تعیین و ضریب تعیین تعدیل شده به ترتیب برابر ۰/۳۳۷ و ۰/۳۰۸ و خطای برآورد مدل ۰/۶۸۸ می باشد. مقدار ضریب تعیین مؤید آن است که ۳۳/۷٪ از تغییرات متغیر وابسته به کمک متغیرهای مستقل قابل تبیین است. با توجه به

مقدار آماره آزمون F و معنی داری آن در سطح اطمینان بالای ۹۵٪ معادله رگرسیون معتبر بوده و نتایج آن قابل تحلیل است.

جدول شماره (۶): تحلیل رگرسیونی متغیرهای مستقل بر گرایش به حفظ سلامتی در زنان

B	خطای استاندارد	BETA (ضریب استاندارد شده بتا)	آماره t	سطح معنی داری
عدد ثابت	۰,۴۲۲	۰,۱۴۶	۲,۸۹۶	۰,۰۰۴
سن	۰,۰۰۳	۰,۰۰۵	۰,۵۹۱	۰,۵۵۵
تحصیلات	-۰,۰۱۷	۰,۰۰۴	-۰,۴۲۲	۰,۶۷۴
وضعیت تاهل	-۰,۰۲۳	۰,۰۴۴	۰,۵۲۷	۰,۵۹۹
شغل	-۰,۰۱۶	۰,۰۰۴	-۰,۴۱۱	۰,۶۸۱
درآمد	۰,۰۳۲	۰,۰۳۵	۰,۹۱۸	۰,۳۶
گروه نخستین و ثانویه	۰,۱۵۹	۰,۰۵۸	۲,۷۳۸	۰,۰۰۷
خود آینه سان	-۰,۲۶۶	۰,۰۶۴	۴,۱۷	۰,۰۰۰

بدین ترتیب همان طور که در جدول مشاهده می‌شود، سطح معنی داری متغیر سن (۰/۵۵)، تحصیلات (۰/۶۷۴)، وضعیت تاهل (۰/۵۹۹)، شغل (۰/۶۸۱)، درآمد (۰/۳۶) به علت داشتن سطح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ وارد مدل رگرسیونی نمی‌شوند. سایر متغیرها به علت آنکه سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ دارند وارد مدل رگرسیونی می‌شوند. با توجه به جدول بالا مقدار ضریب استاندارد شده بتا برای هر یک از متغیرهای گروه نخستین و ثانویه، خود آینه سان، به ترتیب برابر ۰/۱۵۹، ۰/۲۶۳، می‌باشد. با توجه به جدول، متغیری که بیشترین مقدار ضریب بتای استاندارد شده را داشته باشد سهم بیشتری در تبیین تغییرات متغیر وابسته (گرایش به حفظ سلامتی) را دارد. در اینجا متغیر خود آینه سان بیشترین سهم را در تغییرات متغیر گرایش به حفظ سلامتی دارد. مدل رگرسیونی به شرح ذیل می‌باشد:

خود آینه سان (۰/۲۶۶) + (گروه نخستین و ثانویه) ۰/۱۵۹ + ۰/۴۲۲ = گرایش به حفظ سلامتی

با توجه به مدل رگرسیونی رابطه تمام متغیرها با متغیر وابسته مستقیم است به عبارتی افزایش در متغیرهای مستقل باعث افزایش در متغیر وابسته می‌شود.

۴. بحث

رشته ای که به عنوان «جامعه شناسی بدن» معروف است، تاثیر بدن بر جامعه و جامعه بر بدن را مورد مطالعه قرار می‌دهد. مساله بدن از نظر گیدنز با هویت و خود ارتباط نزدیک دارد. همه ی ما جسمیت داریم یعنی صاحب پیکر هستیم، اما بدن تنها جنبه ی مادی ندارد بلکه تاثیر ژرفی از تجربه های اجتماعی ما می پذیرد. همچنین از هنجارها و ارزش های گروه هایی که به آن تعلق داریم، تاثیر می پذیرد (عباسی اسفجیر و مهدوی، ۱۳۸۹: ۳).

با توجه به دیدگاه هربرت مید انسان موجود توانمند در فهمیدن است و خود و ذهن در وجود انسان گوه‌های اجتماعی هستند. کولی بر آن بود جامعه و فرد هر دو جنبه های فردی و جمعی یک پدیده ی واحد را نشان می دهند. به عبارت دیگر انسانها آینه ی یکدیگرند و در این نگرستن ها است که به قضاوت یکدیگر می نشینند. از نظر گافمن بدن به عنوان واسط، نقش مهمی در برقراری پیوند بین «هویت فردی» و «هویت اجتماعی» از خود بر جای می گذارد.

بوردیو نشان میدهد که چگونه موقعیت اجتماعی و ساختارهای جامعه در کنش افراد تاثیر گذاشته و برخی عادت ها و منش ها را در ذهن حکاکی می کند. او انواع مختلف سرمایه را در اشکال سرمایه اقتصادی، فرهنگی، نمادین، اجتماعی مورد بررسی قرار داده است. از نظر او کنشگران اجتماعی، تحت تاثیر دو عامل، میدانهای اجتماعی و عادت واره، به کسب انواع سرمایه نائل می شوند و بر اساس آن جایگاه خود را در فضای اجتماعی و در درون میدانهای اجتماعی تعیین می کنند. امروزه توجه به بدن و ارزش لاغری، گرایش به زیبایی چهره و بدن از طریق روش های مختلف از قبیل ورزش و جراحی زیبایی و مد و آرایش چهره و رژیم های غذایی و... در اقشار مختلف و طبقات اجتماعی و سنین متفاوت دیده می شود. این مسئله گرایش به بدن، بطور غیر مستقیم، در تغییر سبک و روش زندگی، در داشتن یک بدن اجتماعی که موجب کسب هویت و اثبات فردیت در جامعه است و یا شکل بیرونی و ظاهری آن، بر اساس تعاریف اجتماع از زیبایی، مدام در مقابل چشم های جامعه، مورد ارزیابی قرار می گیرد، فرد را بر آن می دارد که همسوتر با معیارهای معمول گام بردارد. (سفیری کمالیه، ۱۳۸۸، ۲)

ورزش و تربیت بدنی، در طول تاریخ زندگی انسان همواره به صورت های مختلف، در چارچوب نظام تعلیم و تربیت هر جامعه و همراه با ارزش فردی و اجتماعی آن، موجبات پرورش فکری و جسمی کودکان و نوجوان را فراهم می کند (تجاری، ۱۳۹۰: ۱۳).

بلومر میگوید سلسله کنش های اجتماعی در برابر هم در رابطه با هم تشکیل کنش پیوسته می دهند و کنش پیوسته پس از تشکیل خود دیگر واقعیتی مستقل و برتر از یکایک اجزاء دارد. یک جامعه یا سازمان یا حتی یک خانواده به عنوان کوچک ترین نهاد اجتماعی، زمانی قادر خواهد بود راه ترقی و تکامل را بییماید، که متشکل از زنان و مردان سالم باشد. تربیت بدنی و ورزش به عنوان بخشی از نیازهای ساختاری انسان باید مورد توجه و تاکید افراد جامعه از زن و مرد باشد. از ورزش می توان در پرورش جوانان و آماده کردن آنها برای رفع مشکلات فردی و اجتماعی استفاده کرد. زندگی در قرن بیست و یکم بیش از هر زمان دیگری تحت تاثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، جمعیتی و توسعه جهانی می باشد. امروزه موضوع سلامتی در دستور کار توسعه ی بین المللی قرار دارد. نابرابری های سلامت بین کشور ها دغدغه اصلی جامعه جهانی شده است. چون مهم ترین دلیل موثر بر سلامتی انسانها ناشی از شرایط اجتماعی میباشد که افراد جامعه در آن زندگی و فعالیت می کنند و از آنها به عنوان عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) یاد میشود. عوامل موثر اجتماعی، جایگاه مردم را در نردبان اجتماعی قدرت و ثروت و منابع نشان می دهد. زنان و کودکان از سطح سلامت نازلتری از دیگر اقشار برخوردارند. علت آن ریشه در نابرابری دسترسی به منابع جامعه است. زن و مرد از نظر بیولوژی و از نظر نقش و مسولیتی که جامعه به عهده آنها می گذارد و نیز از نظر جایگاه آنها در خانواده و جامعه با هم تفاوت دارند. گسترش فناوری و ماشینی شدن زندگی باعث شده بشر امروز عادت های جدیدی کسب کند. از آنجا که حدود ۸۰ درصد مردم دچار کم تحرکی یا بی تحرکی هستند. به خاطر بعد مسافت، دیگر کسی نمی تواند فاصله خانه تا محل کارش را پیاده طی کند. ضمن اینکه عادت استفاده از خودرو باعث شده هیچ کس تمایل نداشته باشد حتی مسیرهای کوتاه را هم پیاده طی کند(همان، ۱۴).

در بررسی فرضیات پژوهش درمی یابیم که: فرضیه اول، در مورد عامل فردی سن، به این نتیجه رسیدیم که متغییر سن تاثیری برگرایش زنان به سلامتی ندارد. در مطالعه عامل فردی تحصیلات، به این نتیجه رسیدیم که بین گرایش به حفظ سلامتی زنان در رده های مختلف تحصیلاتی تفاوتی وجود ندارد. در مورد وضعیت تاهل، به این نتیجه رسیدیم که بین گرایش به حفظ سلامتی زنان در رده های مختلف تاهل تفاوت معنی داری وجود ندارد.

فرضیه دوم، تاثیر گروه نخستین و ثانویه بر حفظ سلامتی زنان، به این نتیجه رسیدیم که گروه نخستین و ثانویه برگرایش زنان به حفظ سلامتی تاثیر مثبت دارد.

فرضیه سوم، تاثیر خود آیینی سان بر حفظ سلامتی زنان، به این نتیجه رسیدیم که رابطه مثبت و مستقیمی بین دو متغیر، تصویر ذهنی افراد از خودشان و گرایش به حفظ سلامتی وجود دارد.

فرضیه چهارم، عوامل اقتصادی و درآمد و تاثیر آن بر سلامتی زنان، به این نتیجه رسیدیم که رابطه معنی داری بین دو متغیر وجود ندارد. به عبارتی تغییر در درآمد افراد بر گرایش زنان به حفظ سلامتی تاثیر ندارد. تاثیر عوامل اقتصادی و شغل بر سلامتی زنان، به این نتیجه رسیدیم که رابطه معنی داری بین دو متغیر وجود ندارد. به عبارتی تغییر در شغل افراد بر گرایش زنان به حفظ سلامتی تاثیر ندارد.

جهت بررسی ارتباط گرایش زنان به حفظ سلامت و عوامل فردی، گروه نخستین و ثانویه، تاثیر خود آینه سان، و عوامل اقتصادی از رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان استفاده کردیم. با توجه به مدل رگرسیونی رابطه تمام متغیرها با متغیر وابسته مستقیم است به عبارتی افزایش در متغیرهای مستقل باعث افزایش در متغیر وابسته می شود.

از آنجا که افکار مردم بر اثر تاثیرات محیط زندگی شکل می گیرد و رسانه ها بر آن تاثیر زیادی دارد، باید حفظ سلامت جسمانی به عنوان یک اولویت در زندگی به وسیله رسانه ها به مردم یاد آوری شود. افزایش تعداد باشگاهها در سطح شهر و حمایت شهرداری از باشگاههای موجود، بصورتی که اگر باشگاهی فعالیت خوبی نداشت به فرد دیگری سپرده شود. فعال کردن باشگاههای موجود، که هم اکنون دایرند اما به دلایل مشکل مالی پزشک متخصص تغذیه و روانشناس ندارند. مهمتر اینکه اهداف تاسیس باشگاههای چاقی(داشتن سه برنامه مکمل برای کاهش وزن) پس از مدتی فراموش نگردد تا مردم بتوانند به آن اعتماد کنند. کاهش مبلغ شهریه عضویت در باشگاهها، برای اینکه همه مردم با هر توان مالی بتوانند عضو باشگاه شوند. بهتر است برای بررسی جوانب دیگر عوامل اجتماعی موثر بر سلامتی افراد جامعه مطالعات پژوهشی کاملتر انجام گیرد. با توجه به هنجارهای تعیین شده در ارتباط با متغیرهای پژوهش به منظور تعیین ملاک مرجع مطالعات پژوهش لازم انجام گیرد. عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ایران با دیگر جوامع مقایسه شود. عوامل اجتماعی موثر بر سلامت به صورت مطالعه طولی در نمونه مشخص بررسی شود. همچنین برای افزایش اعتبار و عینیت بیشتر نتایج تعداد نمونه در پژوهش بعدی وسیعتر شود. عوامل موثر بر گرایش به حفظ سلامتی در بین مردم از هر قشر و... سنجیده شود و با نتایج تحقیق کلی مقایسه گردد.

بنابراین آنچه گفته شد، پیشنهاد می شود جهت ارتقاء سطح تحقیقات اجتماعی، مراکز و سازمانها، اطلاعاتی را در اختیار پژوهشگران قرار دهند، تا آنها بتوانند راهکارهای سازنده تری برای کشور خود ارائه دهند. از آنجا که افزایش فعالیت جسمانی و ورزش در بین زنان، باعث افزایش اعتماد به نفس می شود و در مدت طولانی بر حضور اجتماعی آنان در جامعه تاثیر مثبت میگذارد، باید توسط مسئولین بسیار جدی گرفته شود.

منابع

- احمدی، بتول (۱۳۸۴). بررسی وضعیت سلامت زنان در جمهوری اسلامی. کارفرما شورای فرهنگی و اجتماعی زنان.
- احمدی، شیرکو (۱۳۸۹). شیوع میزان نارضایتی از شکل و وزن بدنی در میان زنان و مردان دانشجوی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه رازی .
- تجاری، فرهاد(۱۳۹۰). الگوی تربیت شهروندی.
- تنهایی، ح ا (۱۳۸۹). درآمدی بر مکاتب جامعه شناسی. تهران: نشر بهمن برنا.
- تنهایی، ح ا (۱۳۷۸). نظریه های جامعه شناسی (چاپ اول). تهران: نشر بهمن برنا.
- تنهایی، ح ا (۱۳۸۸). هربرت بلومر (چاپ اول). تهران: انتشارات بهمن برنا.
- عزیزی، ف. آزادبخت، ل. میر میران، پ (۱۳۷۸). بررسی روند شیوع اضافه وزن چاقی و چاقی شکمی در بزرگسالان ساکن منطقه ۱۳. مرکز مطالعات فرهنگی اجتماعی شهرداری تهران.
- فلاح نژاد، مجتبی؛ دادهیر، ابو علی (۱۳۸۹). سنجش میزان اثر بخشی فعالیتهای و برنامه های باشگاه چاقی .
- گافمن، اروینگ (۱۳۸۸). داغ ننگ. (چاپ پنجم). (مسعود کیانپور، مترجم). تهران: نشر مرکز.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۳). جامعه شناسی (چاپ دهم). (مهدی صبوری، مترجم). تهران : نشر نی .
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸). تجدد و تشخیص جامعه و هویت شخصی در عصر جدید. (ناصر توفیقیان ، مترجم). تهران: نشر نی.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶). جامعه شناسی پزشکی (چاپ پنجم). تهران :انتشارات طهوری.
- مهدوی، محمد صادق؛ عباسی اسفجیر، علی اصغر (۱۳۸۹). بررسی میزان تمایل به مدیریت بدن و کنترل اندام و عوامل موثر بر آن. مجله مطالعات جامعه شناختی جوانان. پیش شماره ۱.
- نشریات سالانه وزارت بهداشت . سال ۲۰۱۰ .
- **Tehran obesity club**. [cited AGU. 24 the ,2010] Available from: [http://www. bashgahe chaghi.ir / pages / news - 117. html](http://www.bashgahe chaghi.ir / pages / news - 117. html).
- **World Health Organization (2000)**, obesity: preventing & managing global epidemic: Report of a WHO Consultation on obesity, Geneva : WHO ; : PAGE 9 .