

پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران
سال هشتم، شماره پیاپی (۲۶)، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۸
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۸
صص ۱۹-۳۴

پیش بینی سلامت جسمی، احتمال ابتلا به بیماری قند خون، براساس سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شهر تبریز

ابراهیم ایران نژاد، دانشجوی دکتری، گروه جامعه شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

irannejad1985@gmail.com

سیروس احمدی، دانشیار، گروه جامعه شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران*

sahmadi@yu.ac.ir

آرمان حیدری، استادیار، گروه جامعه شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

alheidari2011@yu.ac.ir

چکیده

سلامت جسمانی از عوامل متعددی تأثیر می گیرد؛ اما در دوره معاصر بر نقش عوامل اجتماعی به طور خاص تأکید زیادی شده است. بر این اساس، با استناد به رویکردهای نظری تلفیقی در زمینه بررسی مسائل مختلف به ویژه در عرصه مطالعات اجتماعی، مطالعه حاضر تلاش کرده است احتمال ابتلا به بیماری قند خون را براساس سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی پیش بینی کند. این مطالعه از نوع کمی است که به روش پیمایشی در شهر تبریز انجام شده است. روش انجام پژوهش به این صورت بود که طی دعوت نامه ای از افراد منتخب خواسته شد برای انجام آزمایش خون به آزمایشگاه طرف قرارداد در شهر تبریز مراجعه کنند. بر این اساس، در دوره زمانی یک ماهه از تحویل دعوت نامه ها، پرسش نامه پژوهش در اختیار ۳۸۵ نفر از افرادی قرار داده شد که به آزمایشگاه ذکر شده مراجعه کرده بودند؛ سپس از آنها خواسته شد به سؤالات آن جواب دهند. براساس یافته های توصیفی پژوهش، ۳۲۷ نفر از پاسخگویان قند خون طبیعی و ۵۸ نفر قند خون غیرطبیعی داشتند. به علاوه، براساس یافته های استنباطی با استفاده از الگوی رگرسیون لجستیک، مشخص شد رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی با عضو شدن در گروه قند خون طبیعی وجود دارد و متغیرهای ذکر شده قادرند در مجموع ۳۸٪ از تغییرات آن را تبیین کنند. با این تفصیل، نتیجه اساسی پژوهش حاضر این است که سلامت جسمی از تعیین کننده های اجتماعی همچون سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی تأثیر می گیرد.

واژه های کلیدی: سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، قند خون، سلامت جسمی

* نویسنده مسؤول: ۰۹۱۷۳۰۶۸۲۸۹

مقدمه و بیان مسئله

سلامت، تنها مقوله زیستی نیست و ابعاد روانی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود. به‌علاوه، سلامت امری شخصی نیز نیست و به‌طور گسترده در ساختار جامعه ریشه دارد (Mascionis, 2017: 564). بر همین اساس، سازمان بهداشت جهانی با طرح مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۱، معتقد است شرایطی که افراد در آن متولد می‌شوند، زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند، به‌طور گسترده بر سلامت آنان تأثیر دارد و نابرابری در آنها، موجب نابرابری در سلامت افراد می‌شود (Gontijo, 2010: 20). شواهد محکمی وجود دارند که نشان می‌دهند تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تأثیر شگرفی بر سلامت جسمی دارند (Wilkinson & Marmot, 2003: 23) به‌گمان ماشونیس (Mascionis, 2017: 565) جامعه سلامت مردم را شکل می‌دهد؛ زیرا این الگوهای فرهنگی‌اند که سلامت را تعریف می‌کنند و معیارهای فرهنگی سلامت طی زمان تغییر می‌کنند. به‌علاوه، نابرابری اجتماعی که تأثیر زیادی بر سلامت دارد، در اساس زاینده جامعه است. تردیدی وجود ندارد که بیماری، ناتوانی و مرگ زودرس، همبستگی معناداری با طبقه اجتماعی دارد و در طبقات پایین‌تر جامعه شیوع بیشتری دارد (Homades & Ugalde, 2005: 83).

بر اساس برخی برآوردها، تقریباً نیمی از سلامت مردم به عوامل اجتماعی مانند فقر، سواد، وضعیت مسکن، شغل و میزان رعایت حقوق زنان وابسته است و نیمی دیگر از نظام سلامت، مسائل ژنتیکی و محیط زیست نشئت می‌گیرد (حیدری و صالحیان‌صالحی‌نژاد، ۱۳۹۳: ۸؛ فرشته‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۷؛ طالبی و واعظی، ۱۳۹۳).

قند خون یا دیابت، بیماری متابولیکی است که از اختلال در ترشح انسولین یا عملکرد انسولین یا هر دو نشئت می‌گیرد و با بالا رفتن قند خون مشخص می‌شود (American Diabetes Association, 2009). این بیماری طی دو دهه اخیر به‌سرعت در حال افزایش بوده است و هم‌اکنون از نگرانی‌های فزاینده مهم بهداشت عمومی در سراسر جهان است (Whiting et al., 2011).

(2011; Guariguata, 2012). علاوه بر شیوع گسترده دیابت که زنگ خطری برای تمام جوامع است، آنچه سبب می‌شود این بیماری در ردیف مهم‌ترین مشکلات بهداشتی جهان قرار گیرد، عوارض متعدد آن است که به‌دنبال آن ایجاد می‌شوند (Wild et al., 2004: 1049). شیوع جهانی دیابت در سال ۲۰۱۰ در بزرگسالان، معادل ۲۸۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۱۲ حدود ۳۷۱ میلیون نفر بود و تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۵۵۲ میلیون نفر برسد (Whiting et al., 2011; Guariguata, 2012). شیوع دیابت در منطقه خاورمیانه نیز به‌طور جالب توجهی در حال افزایش است و برآورد می‌شود میزان رشد سالانه دیابت تا سال ۲۰۳۰ در ایران بعد از پاکستان به رتبه دوم منطقه برسد (الفتی فر و همکاران، ۱۳۹۶: ۷۰). بر اساس آمارهای موجود، حدود ۷ میلیون نفر در ایران به بیماری دیابت مبتلا هستند (محمودی و علوی، ۱۳۹۴: ۷۱).

این افزایش در میزان شیوع دیابت با فاکتورهای اجتماعی همچون تغییرات سبک زندگی ارتباط نزدیکی دارد (American Diabetes Association, 2013). سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی نیز ممکن است در بروز دیابت نقش داشته باشند؛ اما پژوهش‌های مستند زیادی در این حوزه انجام نشده‌اند. بر این اساس و با توجه به شیوع گسترده قند خون در ایران به‌ویژه در جامعه شهری، سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بر سلامت جسمانی (ابتلا به قند خون) تأثیر دارند یا خیر.

پیشینه پژوهش

مرادی و همکاران^۲ (2018) در پژوهشی با گزینش ۳۰۰ نفر از مبتلایان به قند خون که به کلینیک دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کرده بودند، نشان دادند بین میزان هموگلوبین ای وان سی (HbA1C)، این بیماران با سرمایه اجتماعی‌شان ارتباط وجود دارد. نتایج و یافته‌های پژوهش نشان دادند رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی و شاخص هموگلوبین ای وان سی بیماران وجود دارد.

² Moradi et al.

¹ Social Determinants of Health (SDH)

نکرده‌اند. بر این اساس، این پژوهش در نظر دارد به‌گونه‌ای متفاوت از پژوهش‌های پیشین، با انجام آزمایش‌های پزشکی روی نمونه‌های پژوهش و کسب اطلاعات پرسش‌نامه‌ای از آنان، اثر سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی را بر قند خون بررسی کند.

مبانی نظری

زندگی سالم‌تر، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد است؛ بنابراین، جوامع دارای سرمایه اجتماعی، سطح سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت (امینی‌رانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۱۴). بیشتر مطالعات مربوط به سرمایه اجتماعی و سلامت، با کار امیل دورکیم (1897) مرتبط‌اند. او نشان داد همبستگی اجتماعی به‌طور معکوسی با خودکشی ارتباط دارد. بحث محوری دورکیم در این مطالعه این است که نیروی تعیین‌کننده خودکشی، روان‌شناختی نیست؛ بلکه نیروی اجتماعی است. او نتیجه می‌گیرد که به هر اندازه، همبستگی اجتماعی سست و ارتباط و تعلق سنتی فرد به گروه کاسته شود، او آمادگی بیشتری برای پایان دادن به زندگی خود پیدا می‌کند. از آن زمان به بعد، به ارتباط بین سرمایه اجتماعی با سلامت جسمی (Almedom, 2005; Nyqvist, 2005; Ishham et al., 2006) در دو سطح فردی (Rose, 2000; Hayyppa & Maki, 2001) و اجتماعی (Putnam, 2000; Kawachi et al., 1999 a; 1999 b; Wilkinson, 1996) توجه شده است. پانتام (2000: 37) معتقد است سرمایه اجتماعی و سلامتی به چهار دلیل با هم ارتباط دارند: ۱- شبکه‌های اجتماعی به‌گونه‌ای کمک‌های مادی را در اختیار افراد قرار می‌دهند که سبب کاهش اضطراب می‌شوند. ۲- شبکه‌ها، معیارهای سلامتی و بهداشت را تقویت می‌کنند. ۳- شبکه‌ها خدمات بهداشتی مناسب‌تری را تقاضا می‌کنند. ۴- تکامل و فعالیت اجتماعی سبب فعال‌تر شدن سیستم دفاعی بدن می‌شود. فرض بر این است که فضاهای اجتماعی دارای برخی از انواع مشارکت و اعتماد، به‌واسطه حمایت اجتماعی، افزایش آگاهی و حساسیت، بهداشت مناسب را

کیوان‌آرا و همکاران^۱ (2018) رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز دیابت در اصفهان را بررسی کردند. نتایج این پژوهش که روی ۲۱۵ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شده است، نشان می‌دهند ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی در بیماران دیابتی وجود دارد.

هو و همکاران^۲ (2015) رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی را بین مبتلایان به بیماری قند خون نوع ۲ در چین بررسی کردند. این پژوهش که درباره ۴۳۶ نفر و به روش مصاحبه‌ای انجام شد، نشان داد رابطه مثبت و معناداری بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی بین مبتلایان به قندخون وجود دارد.

وی‌ور و همکاران^۳ (2014) در پژوهشی که به روش کیفی در کانادا انجام دادند، نشان دادند آیا منابع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بر قابلیت‌های سلامت و خود-مدیریتی دیابت اثر می‌گذارند یا خیر. یافته‌های این پژوهش که از ژانویه ۲۰۱۱ تا دسامبر ۲۰۱۲ از طریق مصاحبه‌های عمیق روی ۴۵ فرد مبتلای به دیابت در کلینیکی در شهر انتاریو انجام شد، نشان دادند منابع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بین افراد با منابع کم و متوسط، سبب تضعیف و تخریب مدیریت رژیم غذایی می‌شوند؛ اما بین افراد با منابع بالا، سبب تشویق و تحریک افراد به مدیریت رژیم غذایی می‌شوند.

عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) تأثیر سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و سلامت روانی را بر مدیریت بدن بین زنان شهر تبریز بررسی کردند. نتایج نشان می‌دهند همبستگی بین متغیرهای سرمایه اجتماعی در ابعاد چهارگانه (به‌جز بعد حمایت دوستان)، سرمایه فرهنگی و سلامت روانی با متغیر مدیریت بدن معنی‌دار است.

نکته اساسی در پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه این است که هیچ‌کدام از آنها به‌طور مستقیم اثر سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بر ابتلا به قند خون را بررسی

¹ Keyvanara et al.

² Hu et al.

³ Weaver et al.

نظام های آموزشی برقرار کنند و در نتیجه، موفقیت تحصیلی بیشتری به دست آورند (Ritzer & Ryan, 2011: 20). اگرچه بورديو درباره بهداشت و جامعه شناسی پزشکی مطلبی را منتشر نکرده است (Cockerham, 2013: 108)، ایده سرمایه فرهنگی و به ویژه اینکه این سرمایه سبب ایجاد توان شناختی بالاتر می شود، به طور فزاینده ای در پژوهش های مرتبط با سلامت به کار می رود (Abel & Frohlich, 2012; Christensen, 2010, 2005, 2010). سازوکار رابطه سرمایه فرهنگی و سلامت جسمی به طور عام و مبتلاشدن یا نشدن به قند خون به این صورت است که افراد دارای سرمایه فرهنگی، مجموعه ای از دانش و مهارت های شناختی را دارند که در شکل کالاها و ابزارهای فرهنگی نمایان می شوند (شارع پور و خوشفر، ۱۳۸۱: ۱۳۹) و سبب می شوند از رفتارهای پرخطر برای سلامت بپرهیزند؛ زیرا دانش و مهارت های شناختی برآمده از سرمایه فرهنگی به فرد امکان تشخیص این را می دهد که رعایت نکردن فاکتورهای مهم در سلامت، در نهایت، دامان همه و از جمله خود او را خواهد گرفت. با این تفصیل، می توان فرض کرد با ارتقای سرمایه فرهنگی، سلامت جسمانی نیز ارتقا یابد.

نابرابری اجتماعی از ویژگی های اساسی جوامع انسانی است. افراد و گروه ها بر حسب دسترسی نابرابرشان به منابع کمیاب جامعه، در قالب قشرهای اجتماعی رتبه بندی می شوند (Shepard & Greene, 2002: 242). جامعه شناسان با طرح مفهوم پایگاه اقتصادی - اجتماعی، ملاک های اصلی رتبه بندی مردم از بالا تا پایین را تحصیلات، شغل و درآمد می دانند (Brinkerhof et al., 2011: 155)؛ در حالی که تحصیلات و شغل شاخص های اجتماعی اند، درآمد شاخصی اقتصادی محسوب می شود. درآمد، پول ناشی از شغل یا سرمایه گذاری است (Mascionis, 2017: 669) که به طور طبیعی به فرد اجازه می دهد نیازهای اساسی اش همچون غذا، لباس، مسکن و ... را تأمین و سرمایه اقتصادی فرد را مشخص کند. سرمایه اقتصادی پیوند نزدیکی با امید به زندگی (Lichter & Crowley, 2002)،

ایجاد یا تسهیل می کنند؛ در واقع، سرمایه اجتماعی با تأمین حمایت اجتماعی و عزت نفس و احترام متقابل، سلامتی افراد را تقویت می کند (Kawachi & Berkman, 2000). پیوندهای بین گروهی و فراگروهی سرمایه اجتماعی آوندی و هم آوندی، ممکن است شانس داشتن ارتباطات صحیح برای اهداف متنوع را افزایش دهند؛ بنابراین، امکان دسترسی به اطلاعات و منابع جدید را فراهم کنند و توانایی حل مشکلات گوناگون به وسیله مردم را افزایش دهند (Ferlander, 2007: 123). اجتماعات تشکیل شده از انواع و اقسام شبکه های اجتماعی و انجمن های مدنی، در رویارویی با فقر و ضعف اجتماعی در موقعیت بهتری قرار دارند (Moser, 1996; Narayan, 2000; Jordan, 2008)، دعاها را حل می کنند (Ashutosh, 2000: 182) و از فرصت های تازه بهره می گیرند (Ishham, 1999). بر این اساس، می توان چنین فرض کرد که با ارتقای سرمایه اجتماعی، سلامت جسمانی نیز ارتقا می یابد.

بورديو^۱ (1977) برای تحلیل چگونگی تعامل فرهنگ و تحصیلات و سهم آنها در بازتولید اجتماعی، مفهوم سرمایه فرهنگی را مطرح کرد. او در بررسی موفقیت تحصیلی دانشجویان، متوجه شد که عادت و آداب و عادات فرهنگی و خصلت های به ارث رسیده از خانواده، بیشتر از عوامل اقتصادی بر موفقیت تأثیر می گذارند. به گمان بورديو (1986: 247) سرمایه فرهنگی به سه شکل تجسم یافته (که بیان کننده توانایی های بالقوه است مانند مهارت زبانی، دانش فرهنگی و قدرت حافظه که انتقال پذیر نیستند)، عینی (که در تملک اختصاصی افراد قرار دارد مانند کتاب ها، تابلوهای نقاشی، آلات موسیقی و ... که به دیگران انتقال پذیرند) و نهادینه شده (مانند مدارک و مدارج تحصیلی و حرفه ای که همچون سرمایه فرهنگی تجسم یافته، به دیگران انتقال پذیر نیست) وجود دارد. از نظر او دانشجویانی که سطوح بالاتری از سرمایه فرهنگی را دارند، ضمن داشتن توان شناختی بالاتر، قادرند ارتباطات مؤثرتری با معلمان به منزله ارزیابی کنندگان اصلی

¹ Bourdieu

روش پژوهش

این پژوهش در چارچوب رویکرد کمی و به روش پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری آن، شهروندان ۶۰-۴۰ ساله شهر تبریزند که براساس مستندات، جمعیت آنان بالغ بر ۵۴۰۳۳۶ نفر است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۶). اندازه نمونه براساس فرمول کوکران (1977) در سطح اطمینان ۹۵ درصد و فرض اطلاع‌نداشتن از توزیع صفت‌های ابتلا به قند خون = p و مبتلانشدن به قند خون = q، برابر با ۳۸۵ نفر است که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای در مناطق ۱۰گانه شهر تبریز انتخاب شدند. مراحل انجام نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا مناطق ۱۰گانه شهر تبریز روی نقشه مشخص شدند. در گام دوم، در هر منطقه ۴ محله مشخص شدند (در کل ۴۰ محله). در گام سوم روی نقشه مندرج‌شده هر محله، دو عدد روی محور مختصات X و Y تعیین و محل تقاطع آنها برای نقطه نمونه‌گیری تعیین شد. در گام چهارم، با انتخاب تصادفی یکی از جهت‌های جغرافیایی (شرق=۱، غرب=۲، شمال=۳، جنوب=۴) در مسیر انتخاب‌شده حرکت و در هر محله به اولین خانه از ۱۲ خانه مراجعه و با توضیح اهداف پژوهش، دعوت‌نامه‌ای به آنها تقدیم و از آنها خواسته شد در بازه زمانی یک‌ماهه، برای انجام آزمایش خون رایگان به آزمایشگاه جهاد دانشگاهی تبریز مراجعه کنند. در این مرحله، در کل به ۴۸۰ نفر مراجعه شد و در مجموع، در بازه زمانی یک‌ماهه مدنظر پژوهشگران، افراد مراجعه‌کننده آزمایش شدند و همکاران پژوهشگر که در تمام دوره یک‌ماهه جمع‌آوری اطلاعات در آزمایشگاه مستقر بودند، اطلاعات موردنیاز را از آنها جمع‌آوری کردند. این فرایند تا رسیدن نمونه پژوهش به عدد ۳۸۵ ادامه یافت. همه مواردی که بعد از دوره یک‌ماهه به آزمایشگاه مراجعه کردند، به صورت رایگان آزمایش شدند؛ اما جمع‌آوری اطلاعات از آنان صورت نگرفت. در همه موارد، هنگام جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه، شماره نوبت مراجعه به آزمایشگاه روی پرسش‌نامه‌ها درج می‌شدند و پاسخگویان در جریان قرار

جایگاه فرد (Anderson & Taylor, 2012)، فعالیت سیاسی (Kimmel & Kendal, 2011)، ازدواج و رفتارهای جنسی (Aronson, 2012)، بهره‌هوشی (Capron & Duyme, 1989)، اوقات فراغت (Burdge, 1969)، کالاهای مصرفی (Martineao, 1958) و پیشرفت تحصیلی (Niles, 1981) و تأثیر انکارناپذیری بر سلامت دارد (Marmot, 2004; Wilkinson, 2005). در تبیین اینکه چگونه سرمایه اقتصادی بر سلامت تأثیر می‌گذارد، می‌توان به سازوکار مادی، شیوه‌های روانی - اجتماعی و روش‌های رفتاری اشاره کرد. در قالب سازوکار مادی، سرمایه اقتصادی به فرد امکان برآورده کردن نیازهای ضروری خود را می‌دهد. به‌طور طبیعی هرچه فرد غذا و مسکن مناسب‌تری (به دور از آلودگی و سر و صدا) داشته باشد، سلامت جسمانی بیشتری خواهد داشت. در چارچوب شیوه‌های روانی - اجتماعی، فرض بر این است که سرمایه اقتصادی به فرد امکان می‌دهد بهتر از عهده مشکلاتش برآید، استرس کمتری داشته باشد و با مقایسه خود با دیگران، احساس مطلوبی پیدا کند که همه این موارد بر سلامت تأثیر مستقیم می‌گذارند. درنهایت، در قالب روش‌های رفتاری، برخورداری از سرمایه اقتصادی این امکان را به فرد می‌دهد که دسترسی بیشتری به خدمات بهداشتی و درمان داشته باشد و برخی رفتارهای مرتبط به سلامت مانند رژیم‌های غذایی، ورزش و ... را بیشتر انجام دهد. با این تفصیل، می‌توان انتظار داشت با افزایش سرمایه اقتصادی، سلامت جسمانی نیز ارتقا یابد.

سؤال‌های پژوهش

- آیا بین سرمایه اجتماعی و سلامت جسمانی (ابتلا به قند خون) رابطه وجود دارد؟
- آیا بین سرمایه فرهنگی و سلامت جسمانی (ابتلا به قند خون) رابطه وجود دارد؟
- آیا بین سرمایه اقتصادی و سلامت جسمانی (ابتلا به قند خون) رابطه وجود دارد؟

و عادات دیرینی است که در فرایند جامعه‌پذیری و فرهنگ‌پذیری حاصل می‌شوند (غفاری، ۱۳۸۷: ۱۴). برای سنجش سرمایه فرهنگی از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته استفاده شد که مشتمل بر سه بعد نهادی، تجسمی و عینی است. این پرسش‌نامه ۱۵ گویه دارد که در سطح سنجش اسمی دوگزینه‌ای (بلی=۱ و خیر=۰) سنجیده شده و دامنه نمرات آن از ۰ تا ۱۵ است. با توجه به گویه‌های این پرسش‌نامه که به‌طور عمده بر سنجش واقعیت عینی مبتنی بوده‌اند، برای تعیین اعتبار آن از اعتبار محتوا و نظرهای داوران و برای تعیین پایایی آن از همبستگی درونی به روش کودر-ریچاردسون استفاده شد که مقدار آن برابر با ۰/۷۶۶ بود. سرمایه اقتصادی در پژوهش حاضر عبارت است از دارایی‌های مادی، مالی و به‌طور کلی انواع منابع مالی که در قالب مالکیت جلوه نهادی پیدا می‌کنند. منابع اقتصادی به مجموعه‌ای از سرمایه‌های ریالی و غیرریالی مانند ملک، زمین و ... اطلاق می‌شود. مالکیت از آن شخصی حقیقی است که نظارت و کنترل و حق هرگونه اعمال تصمیم بر آنها را دارد (علیرضائزاد و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۶۸). برای سنجش عملیاتی سرمایه اقتصادی از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر ۱۰ گویه استفاده شد که در سطح اسمی دوگزینه‌ای (بلی=۱ و خیر=۰) تنظیم شده و دامنه نمرات آن از ۰ تا ۱۰ است. نظر به اینکه گویه‌های این پرسش‌نامه نیز بر سنجش واقعیت عینی مبتنی‌اند، از اعتبار محتوا برای سنجش اعتبار و از ضریب کودر-ریچاردسون برای تعیین پایایی آن استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۸۰ است. قند خون در پژوهش حاضر عبارت از اندازه گلوکز موجود در خون انسان است (آقامحمدی‌خیای و همکاران، ۱۳۹۰: ۳۵۴). برای سنجش قند خون به‌منزله متغیر وابسته پژوهش، از نتایج آزمایش قند خون استفاده شد که آزمایشگاه آنها را اندازه‌گیری کرده است.^۱ بر این اساس، نتایج آزمایش قند خون افراد برحسب سن آنها تفسیر و افراد در دو گروه قند خون طبیعی و قند خون غیرطبیعی دسته‌بندی شدند.

می‌گرفتند که علاوه بر نتایج کلی آزمایش که به خود آنها تحویل داده می‌شود، نسخه دیگری از آزمایش که تنها مشتمل بر نتایج قند خون بیماران است، در اختیار پژوهشگر قرار می‌گیرد و هیچ یک از پاسخگویان نسبت به این امر اعتراضی نداشتند و با رضایت خاطر آن را پذیرفتند.

در این پژوهش اثر سه متغیر سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی بر قند خون افراد بررسی شده است که تعریف مفهومی و عملیاتی هر یک از آنها به شرح زیر است: سرمایه اجتماعی در پژوهش حاضر عبارت است از حاصل جمع منابع واقعی یا بالقوه‌ای که از شبکه بادوام از روابط کمابیش نهادینه‌شده آشنایی و شناخت متقابل یا عضو شدن در یک گروه به دست می‌آید؛ شبکه‌ای که هر یک از اعضای خود را از پشتیبانی سرمایه جمعی برخوردار و آنان را مستحق اعتبار می‌کند (ابوالحسن‌تهایی و حضرتی، ۱۳۸۸: ۴۴). به تمام عواید و منابعی که مجموعه افراد به دلیل موقعیت اجتماعی و عضو شدن و ارتباط تنگاتنگ خود با شبکه‌ها، نهادها و سازمان‌های مختلف به دست می‌آورند، سرمایه اجتماعی اطلاق می‌شود. برای سنجش سرمایه اجتماعی، از پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن (۲۰۰۰) استفاده شده است که مشتمل بر هفت بعد ارزش زندگی، عاملیت اجتماعی، احساس امنیت و اعتماد، مشارکت در جامعه، تعاملات با اطرافیان، تحمل تنوع و روابط کاری است. این پرسش‌نامه ۳۴ گویه دارد که در سطح ترتیبی ۵ گویه‌ای (از خیلی زیاد ۵ تا خیلی کم ۱) سنجیده شده و دامنه آن از ۳۴ تا ۱۷۰ است. باقری‌یزدی (۱۳۹۰) و رجبی‌گیلان و همکاران (۱۳۹۲) از این پرسش‌نامه استفاده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در شرایط جامعه ایران را بررسی کردند. برای تعیین پایایی آن، از همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برابر با ۰/۸۷۵ است. سرمایه فرهنگی در پژوهش حاضر به دارایی‌های مجسم‌کننده و ذخیره‌کننده یا تأمین‌کننده ارزش‌های فرهنگی اطلاق می‌شود؛ به عبارت دیگر، این سرمایه شامل انباشت ارزش‌ها و نمادهای فرهنگی و هنری باارزش، صلاحیت‌های تحصیلی و آموزش رسمی و تمایلات

۱ دامنه قند خون به‌طور کلی برای افراد سنین مختلف متفاوت است. برای مثال برای افراد ۱۸-۱۶ ساله دامنه ۱۲۰-۷۰ بیان‌کننده قند خون طبیعی است و برای سنین ۶۰-۴۰ سال دامنه ۱۰۵-۷۵ طبیعی لحاظ می‌شود.

یافته‌های پژوهش

متأهل و به‌لحاظ قومیت، ترک بوده‌اند. همچنین به‌لحاظ وضعیت تحصیلات، دیپلم و از نظر سنی، میانگین سنی ۵۱ سال داشته‌اند.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخگویان در جدول ۱ آورده شده است. تفکیک این ویژگی‌ها بیان می‌کند بخش زیادی از پاسخگویان به‌لحاظ جنسیت، زن به‌لحاظ وضعیت تأهل،

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخگویان

درصد	فراوانی	مقوله‌ها	
۴۹/۴	۱۹۰	مرد	جنسیت
۵۰/۶	۱۹۵	زن	
۹۵/۳	۳۶۷	متأهل	وضعیت تأهل
۴/۷	۱۸	مجرد	
۹۸/۲	۳۷۸	ترک	قومیت
۱/۸	۷	فارس	
۱۴/۸	۵۷	بی‌سواد	تحصیلات
۲۰/۰	۷۷	ابتدایی	
۱۸/۲	۷۰	راهنمایی	
۲۵/۷	۹۹	دیپلم	
۵/۵	۲۱	کاردانی	
۱۰/۴	۴۰	کارشناسی	
۳/۴	۱۳	کارشناسی‌ارشد	
۲/۰	۸	دکتری	قند خون
۸۴/۹	۳۲۷	طبیعی	
۱۵/۱	۵۸	غیرطبیعی	

جدول ۲- آمارهای توصیفی سرمایه‌ها و ابعاد آن بین شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیرطبیعی

دامنه تغییرات	انحراف معیار	ماکسیمم	مینیمم	میانگین	متغیرهای مستقل و ابعاد آنها	
۱۷	۲/۹۲	۲۵	۸	۱۵/۰۳	ارزش زندگی	
۳۲	۴/۷۶	۳۸	۶	۱۳/۷۵	عاملیت اجتماعی	
۲۴	۳/۲۵	۳۲	۸	۱۸/۰۲	احساس امنیت و اعتماد	
۳۵	۳/۹۶	۴۰	۵	۱۴/۶۸	مشارکت در جامعه	سرمایه اجتماعی
۳۰	۳/۶۶	۳۵	۵	۱۸/۱۸	تعاملات با اطرافیان	
۱۳	۲/۸۰	۱۶	۳	۸/۹۸	تحمل تنوع	
۱۶	۲/۰۶	۱۸	۲	۶/۲۹	روابط کاری	
۹۸	۱۵/۷۱	۱۴۹	۵۱	۹۶/۹۲	کل	
۱۸	۱/۸۲	۲۳	۵	۶/۶۷	بعد عینی	
۱۱	۱/۴۸	۱۶	۵	۷/۰۵	بعد نهادی	سرمایه فرهنگی
۱۸	۱/۵۵	۲۳	۵	۸/۱۹	بعد تجسمی	
۳۱	۳/۶۶	۴۶	۱۵	۲۱/۹۱	کل	
۱۰	۲/۱۰	۲۰	۱۰	۱۲/۰۶	سرمایه اقتصادی	

برای آزمون تفاوت میانگین سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیر طبیعی از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می شوند.

اطلاعات توصیفی متغیرهای مستقل (سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی) و ابعاد آنها به تفصیل در جدول ۲ مشاهده می شود.

تفاوت میانگین سرمایه ها در گروه قند خون طبیعی و غیر طبیعی

جدول ۳- تفاوت میانگین سرمایه ها در شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیر طبیعی

Sig	df	t	تفاوت میانگین سرمایه ها در شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیر طبیعی		
			تعداد= ۵۸	تعداد= ۳۲۷	
۰/۰۱۲	۳۸۳	۷/۴۱	۸۳/۷۲	۹۹/۲۶	سرمایه اجتماعی
۰/۲۲۸	۳۸۳	۵/۰۶	۱۹/۷۴	۲۲/۳۰	سرمایه فرهنگی
۰/۰۰۰	۳۸۳	۴/۷۲	۱۰/۹۰	۱۲/۲۷	سرمایه اقتصادی

بر اساس داده های جدول ۳ سرمایه های اجتماعی و اقتصادی با داشتن قند خون طبیعی بین شهروندان تبریزی تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان می دهند؛ اما درباره سرمایه فرهنگی این تفاوت مشاهده نمی شود. به عبارتی، افراد دارای سرمایه اجتماعی و اقتصادی بالاتر نسبت به افراد با میانگین پایین تر، قند خون طبیعی دارند؛ اما در سرمایه فرهنگی این تفاوت مشاهده نمی شود.

پیش بینی عضو شدن در گروه قند خون طبیعی بر اساس سرمایه ها

برای پیش بینی نسبت های شانس عضو شدن افراد در گروه قند خون طبیعی بر حسب سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شده است. بر اساس داده های جدول ۴ متغیر سرمایه اجتماعی (۰/۰۰۰ =

بر اساس داده های جدول ۳ سرمایه های اجتماعی و اقتصادی با داشتن قند خون طبیعی بین شهروندان تبریزی تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان می دهند؛ اما درباره سرمایه فرهنگی این تفاوت مشاهده نمی شود. به عبارتی، افراد دارای سرمایه اجتماعی و اقتصادی بالاتر نسبت به افراد با میانگین پایین تر، قند خون طبیعی دارند؛ اما در سرمایه فرهنگی این تفاوت مشاهده نمی شود.

پیش بینی عضو شدن در گروه قند خون طبیعی بر اساس سرمایه ها

برای پیش بینی نسبت های شانس عضو شدن افراد در گروه قند خون طبیعی بر حسب سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شده است. بر اساس داده های جدول ۴ متغیر سرمایه اجتماعی (۰/۰۰۰ =

جدول ۴- تحلیل رگرسیون لجستیک طبیعی بودن قند خون بر اساس سرمایه ها

Exp(B)	Sig	Df	Wald	S.E	B	
۱/۰۷۵	۰/۰۰۰	۱	۲۳/۷۷۳	۰/۰۱۵	۰/۰۷۲	سرمایه اجتماعی
۱/۱۵۶	۰/۰۲۴	۱	۵/۱۳۱	۰/۰۶۴	۰/۱۴۵	سرمایه فرهنگی
۱/۳۳۶	۰/۰۲۹	۱	۴/۷۹۱	۰/۱۳۲	۰/۲۸۹	سرمایه اقتصادی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱	۳۰/۸۹۱	۲/۰۰۴	-۱۱/۱۳۹	مقدار ثابت

جدول ۵- الگوی رگرسیون لجستیک در تشخیص افراد با قند خون طبیعی از غیرطبیعی

درصد پیش‌بینی صحیح	موردانظار		مشاهده‌شده
	قند خون غیرطبیعی	قند خون طبیعی	
۹۸/۸	۴	۳۲۳	قند خون طبیعی
۱۳/۸	۸	۵۰	قند خون غیرطبیعی
۸۶/۰	درصد پیش‌بینی کل		

تعاملات با اطرافیان (wald=۰/۱۶۸, Sig= ۰/۰۸۲) و روابط کاری (wald=۱/۱۹۵, Sig= ۰/۱۵۹) رابطه معناداری را نشان نمی‌دهد. در ابعاد سرمایه فرهنگی نیز بعد عینی (Sig= ۰/۰۳۱), (wald=۴/۶۴۸) و بعد تجسمی (wald=۴/۱۱۶, Sig= ۰/۰۴۲) رابطه معناداری را با طبیعی بودن قندخون شهروندان تبریزی نشان می‌دهند اما در بعد نهادی (wald=۱/۹۹۹, Sig= ۰/۱۵۷) چنین رابطه‌ای مشاهده نمی‌شود. در مجموع، ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی و فرهنگی بر اساس شاخص‌های کاکس و اسنل و نگلکرک، قادرند به ترتیب ۰/۱۸۳ و ۰/۳۲۰ درصد از تغییرات طبیعی بودن قند خون شهروندان تبریزی را تبیین کنند. به‌علاوه بر اساس داده‌های جدول ۷ حساسیت الگو در تشخیص افراد دارای قند خون طبیعی، ۹۷/۹٪، در تشخیص افراد دارای قند خون غیرطبیعی، ۱۳/۸٪ و در مجموع، ۸۵/۲٪ است.

پیش‌بینی عضو شدن در گروه قند خون طبیعی بر اساس ابعاد سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی

برای پیش‌بینی نسبت‌های شانس عضو شدن افراد در گروه قند خون طبیعی بر حسب ابعاد سرمایه اجتماعی (ارزش زندگی، عاملیت اجتماعی، احساس امنیت و اعتماد، مشارکت در جامعه، تعاملات با اطرافیان، تحمل تنوع و روابط کاری) و سرمایه فرهنگی (عینی، نهادی و تجسمی) نیز از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شده است. بر اساس داده‌های جدول ۶، بعد ارزش زندگی (wald=۷/۹۸۳, Sig= ۰/۰۰۵)، بعد عاملیت اجتماعی (wald=۸/۳۱۵, Sig= ۰/۰۰۴)، بعد احساس امنیت و اعتماد (wald=۳/۸۹۸, Sig= ۰/۰۴۵)، بعد مشارکت در جامعه (wald=۵/۲۱۳, Sig= ۰/۰۰۳) و بعد تحمل تنوع (wald=۸/۰۲۲, Sig= ۰/۰۰۵) رابطه معناداری با طبیعی بودن قند خون شهروندان تبریزی دارند؛ اما در ابعاد

جدول ۶- تحلیل رگرسیون لجستیک طبیعی بودن قند خون بر اساس ابعاد سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی

Exp(B)	Sig	Df	Wald	S.E	B	
۱/۹۰۴	۰/۰۰۵	۱	۷/۹۸۳	۰/۰۶۶	۰/۱۸۶	ارزش زندگی
۲/۱۶۵	۰/۰۰۴	۱	۸/۳۱۵	۰/۰۵۳	۰/۱۵۳	عاملیت اجتماعی
۱/۱۰۳	۰/۰۴۵	۱	۳/۸۹۸	۰/۱۲۰	۰/۹۹۸	احساس امنیت و اعتماد
۱/۰۲۹	۰/۰۰۳	۱	۵/۲۱۳	۰/۴۹۷	۱/۵۰۲	مشارکت در جامعه
۱/۰۱۸	۰/۰۸۲	۱	۰/۱۶۸	۰/۰۴۵	۰/۰۱۸	تعاملات با اطرافیان
۲/۲۰۹	۰/۰۰۵	۱	۸/۰۲۲	۰/۰۶۷	۰/۱۹۰	تحمل تنوع
۰/۹۵۸	۰/۱۵۹	۱	۱/۱۹۵	۰/۰۹۷	۰/۰۴۳	روابط کاری
۱/۴۱۶	۰/۰۳۱	۱	۴/۶۴۸	۰/۱۶۱	۰/۳۴۸	بعد عینی
۱/۱۸۷	۰/۱۵۷	۱	۱/۹۹۹	۰/۱۲۱	۰/۱۷۱	بعد نهادی
۱/۴۰۲	۰/۰۴۲	۱	۴/۱۱۶	۰/۱۶۶	۰/۳۳۸	بعد تجسمی
۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۱	۲۳/۱۰۱	۱/۳۴۲	-۶/۴۵۲	مقدار ثابت

جدول ۷- الگوی رگرسیون لجستیک در تشخیص افراد با قند خون طبیعی از غیرطبیعی

مشاهده شده	موردانتظار		درصد پیش‌بینی صحیح
	قند خون طبیعی	قند خون غیرطبیعی	
قند خون طبیعی	۳۲۰	۷	۹۷/۹
قند خون غیرطبیعی	۵۰	۸	۱۳/۸
درصد پیش‌بینی کل			۸۵/۲

پیش‌بینی عضو شدن در گروه قند خون طبیعی بر اساس مجموع متغیرهای پژوهش

برای کنترل اثر متغیرهای زمینه‌ای (تحصیلات، جنسیت، وضع تأهل، محل تولد) بر وضعیت طبیعی بودن قند خون و تصریح رابطه سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی با طبیعی بودن قند خون، از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد. طی این آزمون علاوه بر سرمایه‌های سه‌گانه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، متغیرهای جمعیت‌شناختی در الگو وارد شدند. بر اساس داده‌های جدول ۸ در مجموع سه متغیر سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و تحصیلات (در بالای دیپلم و دانشگاهی) با طبیعی بودن قند خون شهروندان تریزی رابطه معناداری دارند؛ اما جنسیت و وضعیت تأهل، رابطه معناداری را نشان نمی‌دهد. بر اساس داده‌های جدول ۸ متغیر سرمایه اجتماعی ($wald=31/5, Sig=0/000$)، سرمایه

اقتصادی ($wald=5/9, Sig=0/015$)، تحصیلات دیپلم ($wald=9/1, Sig=0/003$) و تحصیلات دانشگاهی ($wald=5/8, Sig=0/016$)، رابطه معناداری با طبیعی بودن قند خون شهروندان دارند؛ به گونه‌ای که به ازای یک واحد افزایش در سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی، تحصیلات دیپلم و تحصیلات دانشگاهی، طبیعی بودن قند خون به ترتیب ۱/۱۰۵، ۱/۴۰۵، ۶/۰۵۸ و ۰/۱۴۶ برابر می‌شود. در مجموع، بر اساس شاخص‌های کاکس و اسنل و نگلکرک، متغیرهای سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و تحصیلات دیپلم و دانشگاهی، میزان تبیین‌کنندگی متغیر وابسته قند خون را به ترتیب به ۰/۲۱۷ و ۰/۳۸ درصد افزایش می‌دهند که نشان می‌دهد متغیر زمینه‌ای تحصیلات با احتساب شاخص کاکس و اسنل، ۰/۴۵ و شاخص نگلکرک، ۰/۰۷۹ درصد بر قدرت تبیین‌کنندگی افزوده‌اند.

جدول ۸- تحلیل رگرسیون لجستیک طبیعی بودن قند خون بر اساس مجموع متغیرهای مستقل

Exp(B)	Sig	Df	Wald	S.E	B	
۱/۱۰۵	۰/۰۰۰	۱	۳۱/۴۹۸	۰/۰۱۸	۰/۱۰۰	سرمایه اجتماعی
۱/۱۴۹	۰/۰۶۸	۱	۳/۳۴۰	۰/۰۷۶	۰/۱۳۹	سرمایه فرهنگی
۱/۴۰۵	۰/۰۱۵	۱	۵/۸۹۸	۰/۱۴۰	۳۴۰۰	سرمایه اقتصادی
۶/۰۵۸	۰/۰۰۳	۱	۹/۰۹۷	۰/۵۹۷	۱/۸۰۱	تحصیلات دیپلم
۰/۱۴۶	۰/۰۱۶	۱	۵/۸۴۶	۰/۷۹۴	۱/۹۲۱	تحصیلات دانشگاهی
۱/۸۵۴	۰/۴۰۲	۱	۰/۷۰۱	۰/۷۳۷	۰/۶۱۷	وضعیت تأهل
۱/۴۸۴	۰/۲۹۱	۱	۱/۱۱۷	۰/۳۷۳	۰/۳۹۵	جنسیت
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱	۲۳/۹۳۵	۳/۲۶۴	-۱۵/۹۷۰	مقدار ثابت

جدول ۹- الگوی رگرسیون لجستیک در تشخیص افراد با قند خون طبیعی از غیرطبیعی

درصد پیش‌بینی صحیح	موردانتظار		مشاهده‌شده
	قند خون غیرطبیعی	قند خون طبیعی	
۹۶/۶	۱۱	۳۱۶	قند خون طبیعی
۳۲/۸	۱۹	۳۹	قند خون غیرطبیعی
۸۷/۰	درصد پیش‌بینی کل		

نتیجه

تردیدی نیست که سلامت، تنها مقوله‌ای زیستی نیست و در ساختار جامعه ریشه دارد (Mascionis, 2017: 565). به‌علاوه شواهد زیادی نشان می‌دهند تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تأثیر بسیاری بر سلامت جسمی دارند (Wilkinson & Marmot, 2003: 23). سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بخشی از این تعیین‌کننده‌های سلامت جسمانی‌اند که البته کمتر به‌طور سیستماتیک بررسی شده‌اند. پژوهش حاضر به‌گونه‌ای متفاوت و با استفاده از آمیزه‌ای از نتایج آزمایش‌های پزشکی و یافته‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های پژوهش، تلاش کرده است این رابطه را واکاوی کند. نتایج به‌دست‌آمده به شرح زیر بررسی می‌شوند:

براساس یافته‌های توصیفی، میزان ابتلا به قند خون غیرطبیعی بین شهروندان برابر با ۱/۱۵٪ است. این یافته با آمار رسمی دیابت در ایران که میزان آن بین جمعیت بالای ۱۸ سال برابر با ۱۲٪ است، منطبق است و آن را تأیید می‌کند (الفتنی‌فر و همکاران، ۱۳۹۶؛ محمودی و علوی، ۱۳۹۴). تفاوت اندک آمار رسمی دیابت در ایران با یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر، شاید از این امر نشئت بگیرد که خارج از محدوده طبیعی بودن قند خون برای پاسخگویان پژوهش حاضر، لزوماً به معنای ابتلا به دیابت نیست و ممکن است ناشی از برخی عادات و رویه‌ها و رفتارها در ساعات قبل از خون‌گیری بوده باشد.

براساس یافته‌ها، سرمایه اجتماعی تأثیر معناداری بر سلامت جسمی دارد و طی آن با افزایش سرمایه اجتماعی، نسبت شانس عضو شدن در گروه قند خون طبیعی افزایش می‌یابد. این یافته به‌لحاظ تجربی با نتایج پژوهش امینی‌راران

و همکاران (۱۳۹۰)، کاواچی و همکاران (1997)، نارایان (2000)، موزر (1996) و جوردن (2008) هماهنگ است که نشان می‌دهند سرمایه اجتماعی بیشتر سبب سلامت بیشتر می‌شود. یافته دیگر پژوهش حاضر مبنی بر رابطه معنادار سرمایه اجتماعی و سلامت جسمی، تأییدکننده مبانی نظری پژوهش به‌ویژه رویکرد پاتنام (2000) است که بر مبنای آن، شبکه‌های اجتماعی با کاهش اضطراب، تقویت معیارهای سلامتی و بهداشت، تقاضای خدمات بهداشتی مناسب‌تر و فعال‌تر کردن سیستم دفاعی بدن، سبب بهبود سلامت می‌شوند.

براساس یافته‌های پژوهش، سرمایه فرهنگی تأثیر معناداری بر سلامت جسمی دارد و طی آن با افزایش سرمایه فرهنگی، نسبت شانس عضو شدن در گروه قند خون طبیعی افزایش می‌یابد. این یافته به‌لحاظ تجربی نتایج پژوهش عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) را تأیید می‌کند که نشان دادند سرمایه فرهنگی سبب بهبود و تقویت سلامت و مدیریت بهتر بدن می‌شود. به‌علاوه، این یافته به‌لحاظ نظری با مبانی نظری پژوهش و به‌ویژه نظریه بوردیو (1977) منطبق است که بر مبنای آن سرمایه فرهنگی با افزایش توان و مهارت‌های شناختی سبب موفقیت تحصیلی می‌شود. بر این اساس، سرمایه فرهنگی سبب افزایش اطلاعات و توانایی شناختی شهروندان می‌شود و افرادی که اطلاعات و توانایی شناختی بالاتری داشته باشند، حساسیت بیشتری نسبت به سلامت جسمی خود دارند و به همین دلیل از رفتارهای افزایش‌دهنده ریسک ابتلا به قند خون، خودداری می‌کنند. همانند مصرف بی‌رویه شیرینی، مواد قندی، نوشابه‌های گازدار یا تحمل گرسنگی‌های شدید که سبب اختلال در ترشح انسولین می‌شود.

براساس یافته‌ها، متغیرهای جمعیتی جنسیت و تأهل، تأثیر

آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها و رسانه‌ها به آموزش و ارتقای سرمایه فرهنگی به منزله مهارت اساسی زندگی توجه کنند. این دستگاه‌ها ظرفیت‌های جالب‌توجهی در رشد و گسترش سرمایه فرهنگی دارند و قادرند با سرمایه‌گذاری بر این مقوله مهم، علاوه بر برخوردارکردن جامعه از مزایای متعدد آن، اثر معنادار آن بر سلامت جسمی را نیز افزایش دهند و از این طریق به تسکین یا رفع یکی از دغدغه‌های مهم حوزه سلامت، پاسخ مثبت دهند.

- با توجه به تأثیر سرمایه اقتصادی بر سلامت جسمانی، لازم است مسئولان اقتصادی کشور به ثبات اقتصادی، افزایش قدرت خرید و ایجاد بسترهای افزایش اشتغال و گسترش بیمه‌های اجتماعی بیش از پیش توجه کنند.

منابع

آقامحمدی‌خیاوی، و؛ پورقاسم‌گرگری، ب. و علی‌عسگرزاده، الف. (۱۳۹۰). «تأثیر مصرف اسیدفولیک بر شاخص‌های کنترل قند خون، مقاومت انسولینی و پروفایل لیپیدی در بیماران دیابتی نوع ۲»، *مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی*، د ۱۳، ش ۴، ص ۳۵۴-۳۶۰.

ابوالحسن‌تنهایی، ح. و حضرتی، ز. (۱۳۸۸). «بررسی نظری پژوهش‌های سرمایه اجتماعی در جامعه ایران»، *فصلنامه علوم رفتاری*، د ۱، ش ۱، ص ۵۲-۲۹.

الفتی‌فر، م؛ کرمی، م؛ شکری، پ. و حسینی، م. (۱۳۹۶). «شیوع عوارض مزمن بیماری دیابت و عوامل خطر مرتبط با آن در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهر همدان»، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی همدان*، د ۲۵، ش ۲، ص ۷۴-۷۰.

امینی‌ارانی، م؛ موسوی، م. و رفیعی، ح. (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران»،

معناداری بر سلامت جسمی یا به‌طور خاص ابتلا به قند خون ندارند. این یافته به این معناست که زنان و مردان به‌طور یکسان در معرض ابتلا به قند خون قرار دارند. به‌علاوه، افراد متأهل و مجرد تفاوتی در ابتلا به قند خون ندارند؛ اما متغیر تحصیلات اثر معناداری بر ابتلا به قند خون دارد و طی آن با تغییر سطح تحصیلات از زیر دیپلم به دیپلم نسبت شانس قرارگرفتن در گروه قند خون طبیعی، شش برابر می‌شود؛ اما با تغییر تحصیلات از کمتر از دیپلم به تحصیلات دانشگاهی، شانس عضو شدن در گروه طبیعی (در مقایسه با تغییر تحصیلات از زیر دیپلم به تحصیلات دیپلم) کاهش پیدا می‌کند و ۰/۱۴۶ برابر می‌شود. در تبیین و توجیه این یافته می‌توان به دو عامل اشاره کرد: (۱) با توجه به وضعیت فعلی جامعه که طی آن میزان بیکاری بین تحصیلکردگان به‌طور بی‌سابقه‌ای رو به افزایش است (درتومی و همکاران، ۱۳۹۶)، این امر سبب وارد شدن فشارها و استرس‌های روحی و روانی بر این گروه و در نتیجه ایجاد اختلالات ترشح انسولین در آنان شده است. (۲) مقایسه گروه با تحصیلات دانشگاهی و گروه با تحصیلات دیپلم در شاخص قند خون با کنترل متغیر سن بیان‌کننده آن است که سن آنان به‌طور معناداری بیشتر از گروه با تحصیلات دیپلم است. با توجه به اینکه سلامت جسمی به‌طور عام و ابتلا به اختلالات ترشح انسولین یا همان قند خون، پیوند نزدیکی با بالاتر رفتن سن دارد، این یافته پژوهش را می‌توان ناشی از بالاتر بودن سن دانست.

پیشنهاد‌های پژوهش

- با توجه به تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت جسمی، پیشنهاد می‌شود به مقوله سرمایه اجتماعی بیش از پیش توجه شود و شیوه‌های ارتقای آن به‌ویژه از طریق نهادهای فرهنگی مانند آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، رسانه و خانواده مدنظر قرار گیرد.

- با توجه به تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت جسمی، پیشنهاد می‌شود نهادها و دستگاه‌های فرهنگی کشور همچون

- ش ۱۰، ص ۱۹۷-۲۲۳.
- علیرضائزاد، س.؛ خاکپور، س. و فتحی، س. (۱۳۹۳). «سرمایه اقتصادی و جنسیت در خانواده: مطالعه‌ای بر کنترل منابع مالی در خانواده‌های شهر تهران»، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ش ۲۱، ص ۱۹۰-۱۵۷.
- غفاری، غ. (۱۳۸۷). «سازه سرمایه فرهنگی و منابع مولد آن»، رشد آموزش علوم اجتماعی، د ۱۲، ش ۲، ص ۲۱-۱۲.
- فرشته‌نژاد، م.؛ اسدی‌لاری، م.؛ مرادی‌لاکه، م.؛ واعظ‌مهدوی، م.؛ متولیان، ع. و افکاری، م. (۱۳۸۹). «برآورد امید زندگی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در جمعیت شهری مناطق مختلف شهر تهران در سال ۱۳۸۷»، فصلنامه طب و تزکیه، ش ۷۷، ص ۴۰-۲۵.
- محمودی، ع. و علوی، م. (۱۳۹۴). «تجارب بیماران مبتلا به دیابت و تیم سلامت از کنترل دیابت: یک مطالعه کیفی»، مدیریت ارتقای سلامت، د ۴ ش ۳، ص ۸۰-۷۰.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۶). www.amar.org.ir
- Abel, T. & Fröhlich, K. (2012) "Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities." *Social Science and Medicine*, 74 (2): 236-244.
- Almedom, A. M. (2005) "Social Capital and Mental Health: An Interdisciplinary Review of Primary Evidence." *Social Science and Medicine*, 61: 943-964.
- American Diabetes Association. (2009) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 32 Suppl 1: S62-7.
- American Diabetes Association. (2013) Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2012. *Diabetes Care*. 36 (4): 1033-1046.
- Anderson, M. L. & Taylor, H. F. (2012) *Sociology: The Essentials*. United States: Wadsworth Cengage Learning.
- Ashutosh, V. (2000) "Ethnic Conflict and Civic Life: Hindus and Muslims in India." New Haven, Conn: Yale University press.
- Bourdieu, P. (1986) "The Forms of Capital." in Richardson, J. (ed), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*.
- فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، س ۱۱، ش ۴۲، ص ۲۲۸-۲۰۳.
- باقری‌یزدی، ه. (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی با خطرپذیری در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، س ۱۱، ش ۴۱، ص ۲۵۰-۲۲۳.
- حیدری، ح. و صالحیان‌صالحی‌نژاد، ز. (۱۳۹۳). «نابرابری درآمدی تهدیدی برای سلامت جامعه؛ ارزیابی مجدد رابطه توزیع درآمد و سلامت در ایران با رویکرد نوین»، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، س ۱۴، ش ۵۳، ص ۳۶-۷.
- درتومی، الف.؛ سلیمی‌فر، م. و ملک‌الساداتی، س. (۱۳۹۶). «ناهمخوانی تحصیلی - شغل در بازار کار ایران»، پژوهش‌های اقتصاد و توسعه منطقه‌ای، س ۲۴، ش ۱۴، ص ۹۴-۶۸.
- رجبی‌گیلان، ن.؛ قاسمی، ر. رشادت، س. و رجبی، س. (۱۳۹۲). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در معلمان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان، د ۲۱، ش ۸۸، ص ۱۰۷-۹۵.
- شارع‌پور، م. و خوشفر، غ. (۱۳۸۱). «رابطه سرمایه فرهنگی با هویت اجتماعی جوانان؛ مطالعه موردی شهر تهران»، نامه علوم اجتماعی، د ۱۰، ش ۲۰، ص ۱۴۷-۱۳۳.
- طالبی، الف. و واعظی، ک. (۱۳۹۳). «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از دیدگاه زنان مبتلا به بیماری تالاسمی: یک مطالعه کیفی»، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، د ۲، ش ۱، ص ۱۶-۵.
- عباس‌زاده، م.؛ اقدسی‌علمداری، ف.؛ کوهی، ک. و سعادت، م. (۱۳۹۲). «تأثیر سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و سلامت روانی بر مدیریت بدن در بین زنان شهر تبریز»، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد،

- Patients in Anhui Province, China: A Cross-Sectional Study.” *BMC Public Health*, 15: 786.
- Hyypä, M. T. & Mäki, J. (2001) “Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in Bilingual Community.” *Preventive Medicine*, 32: 148-155.
- Ishham, J. (1999) *The Effect of Social Capital on Technology Adoption*. New York Processed: Institute for Innovation in Social Policy.
- Ishham, M. K. Merlo, J. Kawachi, I. Lindström, M. & Gerdtham, U. G. (2006) “Social Capital and Health: Does Egalitarianism Matter? A Literature Review.” *International Journal for Equity in Health*, 5: 1-28.
- Jordan, B. (2008) “The Place of ‘Place’ in Theories of Poverty: Mobility, Social Capital and Well-Being.” *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 1: 115-129.
- Kawachi C. & Berkman, L. (2000) “Social Cohesion, Social Capital and Health.” *Social Epidemiology*, 25: 174-190.
- Kawachi, I. Kennedy, B. P. Lochner, K. & Prothrow-Smith, D. (1997) “Social Capital, Income Inequality and Mortality.” *American Journal of Public Health*, 87: 1491-1498.
- Kawachi, I. Kennedy, B. P. & Glass, R. (1999a) “Social Capital and Self Rated Health: A Contextual Analysis.” *American Journal of Public Health*, 89: 1187-1193.
- Kawachi, I. Kenedy, B. P. & Wilkinson, R. (1999b) “Crime, Social Disorganization and Relative Deprivation.” *Soc Sci Med*, 48: 719-31 at Berkman, Lisa (2002). *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Kendal, D. (2011) *Sociology in Over Times, The Essentials*. United States: Wadsworth Cengage Learning.
- Keyvanara, M. Afshari, M. & Dezfoulian, E. (2018). “The Relationship between Social Capital and Quality of Life among Patients Referring to Diabetes Centers in Isfahan.” *Journal of Diabetes Research*, Available at: <https://doi.org/10.1155/2018/9353858>.
- Kimmel, M. & Aronson, A. (2012) *Sociology Now*. United States: Wadsworth Cengage Learning.
- Lichter, D. T. & Crowley, M. L. (2002) “Poverty in America: Beyond Welfare Reform.” *Population Referenve Bureau*, 57(2):1-36.
- Macionis, J. (2017) *Sociology*. NewYork: Pearson.
- Marmot, M. G. (2004) *The Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*. London: Bloomsbury.
- Martineao, P. (1958) “Social Class and Spending Behavior.” *Journal of Marketing*, 23: 121-130.
- Westport, CT: Greenwood. 241-258.
- Bourdieu, P. (1977) “Cultural Reproduction and Social Reproduction.” In: Karabel, J. & Halsey, A. H. (Eds.) *Power and Ideology in Education*. New York: Oxford University Press, 487-511.
- Brinkerhof, D. B. White, L. K. Ortega, S. T. & Weitz, R. (2011) *Essentials of Sociology*. United States: Wadsworth Cengage Learning.
- Burdge, R. J. (1969) “Levels of Occupational Prestige and Leisure Activity.” *Journal of Leisure Research*, 1: 262-274.
- Capron, C. & Duyme, M. (1989) “Assessment of Effects of Socioeconomic Status on IQ in a Full Cross-Fostering Study.” *Nature*, 17: 552-553.
- Christensen, V. T. (2011) “Does Parental Capital Influence the Prevalence of Child Overweight and Parental Perceptions of Child Weight-Level.” *Social Science and Medicine*, 79: 469-477.
- Cockerham, W. C. (2005) “Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure.” *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 51-67.
- Cockerham, W. C. (2010) “Health Lifestyles: Bringing Structure Back.” in William Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion 10 Medical Sociology*. Wiley-Blackwell UK: Oxford. 159-183.
- Cockerham, W. C. (2013) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. University of Alabama at Birmingham. Birmingham AL USA.
- Cochran, W. (1977) *Sampling Techniques*, New York: Wiley Publishers.
- Durkheim, E. (1897) *Suicide: A Study in Sociology*. Glencoe, IL: Free Press.
- Ferlander, S. (2007) “The Importance of Different Forms of Social Capital for Health.” *Acta Sociologica*, 50: 115-128.
- Gontijo, D. T. (2010) “Social Determinants of Health: Perspective for Understanding the Relationship between Processes of Social Exclusion and Equity in Health.” Available at: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a01-en.htm>.
- Guariguata, L. (2012) “By the Numbers: New Estimates from the IDF Diabetes Atlas Update for 2012.” *Diabetes Res Clin Pract*, 98 (3): 524-525.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005) “Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America.” *Health Policy*, 71: 83-96.
- Hu, F. Niu, L. C. R. Ma, Y. Qin, X. & Hu, Z. (2015) “The Association between Social Capital and Quality of Life among Type 2 Diabetes

World Health Organization.

- Moradi, Y. Nasehi, M. Asadi-Lari, M. Khamseh, M. E. & Baradaran, H. R. (2018) "The Relationship between Social Capital Components and Control of Type 2 Diabetes: A Path Analysis Model." *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. 31.21.
- Moser, C. (1996) *Confronting Crisis: A Comparative Study of Household Responses to Poverty and Vulnerability in Four Poor Urban Communities. Environmentally Sustainable Development Studies and Monographs Series 8*, Washington D. C: World Bank.
- Narayan, D. (2000) *Voices of the Poor*. New York: Oxford University Press.
- Niles, F. S. (1981) "Social Class and Academic Achievement: A Third World Reinterpretation." *Comparative Education Review*, 25 (3): 419-430.
- Nyqvist, F. (2005) "Social Capital and Health—A Research Overview." *Social Vetenskaplig Tidskrift*, 1: 75-89.
- Onyw, J. & Bullen, P. (2000) "Measuring Social Capital in Five Communities." *The Journal of Applied Behavioral Science*, 36 (1): 23-42.
- Putnam, R. (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.
- Ritzer, G. & Ryan, M. (2011) *The Concise Encyclopedia of Sociology*. West Sussex: Wiley Publishing.
- Rose, R. (2000) "How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians." *Social Science and Medicine*, 51: 1421-1435.
- Shepard, J. M. & Greene, R. W. (2002) *Sociology and You*. New York: McGraw Hill.
- Weaver, R. Lemonde, M. Payman, N. & Goodman, W. (2014) "Health Capabilities and Diabetes Self-Management: The Impact of Economic, Social and Cultural Resources." *Social Science & Medicine*, 102?: 58-68.
- Whiting D. R. Guariguata, L. Weil, C. & Shaw, J. (2011) "IDF Diabetes Atlas: Global Estimates of the Prevalence of Diabetes for 2011 and 2030." *Diabetes Res Clin Pract*, 94 (3): 311-321.
- Wild, S. Roglic, G. Green, A. Sicree, R. & King, H. (2004) "Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projections for 2030." *Diabetes Care*, 27 (5): 1047-1053.
- Wilkinson, R. G. (2005) *The Impact of Inequality*. London: New Press.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequalities*. London: Routledge.
- Wilkinson, I. R. & Marmot, M. (2003) *Social Determinants of Health: The Solid Facts*.

