

بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت جسمانی قومیت‌های ترک و
کرد با تأکید بر بُعد رفتاری سبک زندگی
(مورد مطالعه: شهرهای تبریز و مهاباد)

اسماعیل بلالی،* فاطمه اسکندرزاده**

(تاریخ دریافت ۹۷/۰۶/۲۳، تاریخ پذیرش ۹۸/۰۷/۱۵)

چکیده

این مقاله به بررسی عوامل مؤثر بر میزان سلامت جسمانی قومیت‌های ترک و کرد ساکن در شهرهای تبریز و مهاباد با تأکید بر سبک زندگی (بُعد رفتاری) می‌پردازد. روش پژوهش پیمایش و شیوه نمونه‌گیری، خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده که حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ۵۰۰ نفر برآورد شده است. چارچوب نظری پژوهش براساس مدل‌های درس‌لر و نظریه‌های مرتبط با آن می‌باشد. طبق یافته‌های پژوهش، مشخص شد که وضعیت اقتصادی-اجتماعی، مجموع سرمایه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سبک زندگی بر سلامت جسمانی اثر مثبت و معناداری دارند به این مفهوم که با افزایش هر یک از این متغیرها، میزان سلامت جسمانی در بین اعضای قومیت‌ها نیز افزایش می‌یابد. همچنین میزان سلامت جسمانی اعضای قومیت ترک بیشتر از اعضای قومیت کرد است. سبک زندگی مرتبط با سلامت ترکها نیز بهتر از کردهاست.

مفاهیم اصلی: سلامت جسمانی، سبک زندگی مرتبط با سلامت، سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، قومیت.

balali_e@yahoo.com

*. دانشیار دانشگاه بوعلی سینا همدان (نویسنده مسئول)

fateme.skandarzade@gmail.com

** کارشناس ارشد از دانشگاه بوعلی سینا همدان

مجله جامعه‌شناسی ایران، نوزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۷، ص ۱۱۳-۱۳۸

مقدمه

سلامت به دلیل تأثیر فراوانی که بر کیفیت و طول عمر انسان دارد، همیشه یکی از دغدغه‌های جدی برای بشریت بوده است. یکی از مباحث مهم در حوزه سلامت، مدیریت سلامت است که اشاره به مسئول بودن فرد در قبال سلامت و بهداشت خود دارد؛ بنابراین همه‌ی افراد می‌توانند رفاه و سعادت خود را بر مبنای فهمی که از بدن خویش دارند و از طریق انتخاب‌هایی که در جریان زندگی روزمره‌ی خود، درباره‌ی رژیم غذایی، ورزش، الگوهای مصرف و به‌طور کلی سبک زندگی به‌عمل می‌آورند، شکل ببخشند و مورد تعبیر و تفسیر قرار دهند (شرفی، ۱۳۹۳). موضوع سبک زندگی^۱ و مباحثی در این زمینه، تقریباً از آغاز قرن ۲۰ میلادی وارد ادبیات جامعه‌شناسی شده است و بعنوان یک پدیده‌ی چند بعدی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت^۲، سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل: تغذیه، تحرک، عادات رفتاری و... است که طی فرایند اجتماعی شدن به‌وجود آمده است. در واقع افراد با زندگی در درون گروه‌های اجتماعی مختلف جامعه است که سبک زندگی خاصی را برای خود برمی‌گزینند و با پیروی از الگوهای رفتاری، باورها، هنجارها و انتخاب‌های خاص تعلقات خود را نسبت به آن گروه هویدا می‌کنند؛ بنابراین می‌توان گفت که سبک زندگی نمادی از قشربندی اجتماعی است که منجر به تمایز گروه‌ها از یکدیگر می‌شود. هر یک از این گروه‌ها بنا بر سبک زندگی که دارند از نظر میزان سلامت جسمانی نیز با هم نابرابر می‌باشند.

طبق اعلام وزارت بهداشت کشور، بیماری‌های غیرواگیر در حال حاضر علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در دنیا می‌باشند که حدود ۴۳ درصد از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده‌اند و انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۰ حدود ۶۰ درصد کل بار بیماری‌ها و ۷۳ درصد کل موارد مرگ را به خود اختصاص دهند. افزایش روزافزون این بیماری‌ها به سبک و شیوه‌ی زندگی مربوط می‌شود. در ایران نیز ۳۸ درصد کل مرگ‌ها ناشی از بیماری‌های قلبی است که از مهم‌ترین عوامل که منجر به آن می‌شود می‌توان به مصرف دخانیات، اضافه وزن، رژیم نامناسب تغذیه، عدم تحرک کافی و استرس‌های حاد و مزمن اشاره کرد. بنابراین می‌توان اظهار کرد که شیوه‌ی زندگی نامناسب می‌تواند تا هشتاد درصد امکان ابتلا به بیماری قلبی را افزایش دهد. دوّمین عامل شایع مرگ‌ومیرها در کشورهای توسعه‌یافته و سوّمین عامل مرگ در کشورهای کمتر توسعه‌یافته سرطان‌ها هستند که در حال حاضر ۱۲ درصد علل مرگ‌ومیر در جهان می‌باشند و انتظار می‌رود که تعداد این موارد به ۱۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ افزایش یابد. در ایران در حال حاضر بیش از ۴۰۰ هزار بیمار سرطانی تحت درمان هستند و

1. Life- Style

2. World Health Organization

با توجه به این‌که این نوع بیماری در ایران سومین عامل مرگ‌ومیر است، سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر در اثر آن فوت می‌کنند. از مهم‌ترین عوامل بروز سرطان‌ها و مرگ‌های ناشی از آن مربوط به مصرف دخانیات (۸/۱ میلیون مرگ)، بی‌تحركی و چاقی (۲۷۴۰۰۰ مرگ)، و مصرف الکل بی‌رویه (۳۵۱۰۰۰ مرگ) و رژیم‌های غذایی (۳۰ درصد از موارد سرطان‌ها) هستند. بنابراین براساس این شواهد می‌توان گفت که انتخاب‌ها و الگوهای سبک زندگی افراد است که بر سلامت و طول عمر آن‌ها تأثیر می‌گذارد و علت عمده مرگ‌ومیرها و ابتلا در جوامع امروزی به اعمال نادرست سبک زندگی مانند سیگار کشیدن، عدم تحرک و عادت تغذیه‌ای ناکافی مربوط می‌شود و عدم فعالیت جسمانی و مصرف میوه و سبزی ناکافی عامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی و انواع سرطان‌ها هستند^۱.

با توجه به آنچه که بیان شد، سبک زندگی یک عامل تعیین کننده در وضعیت سلامت است؛ شواهد علمی حاکی از آن است که انتخاب و الگوی سبک زندگی فرد و گروه‌ها بر سلامت و طول عمر آن‌ها تأثیر می‌گذارد و علت عمده مرگ‌ومیرها و ابتلا در جوامع امروزی به اعمال نادرست سبک زندگی مربوط می‌شود، زیرا نوع سبک زندگی که توسط فرد انتخاب می‌شود ممکن است منجر به از دست دادن سلامت یا مرگ زودرس گردد. برای مثال ثابت شده که عادات تغذیه در نوجوانان بستگی به محیط زندگی آن‌ها دارد و سبک‌های زندگی تنش‌زا، خطر سلامتی را به همراه دارند (بندیکرت، ۱۳۹۲). در چنین وضعیتی، مفهوم سبک زندگی بعنوان یکی از مکانیسم‌های تمایزبخش، انعطاف پذیرتر است زیرا بر خلاف مفهوم طبقه، محتوا و منطق یا منشاء سبک‌های زندگی را از پیش تعیین نمی‌کند. با این حال شرایط کمی در مورد شرح این‌که آیا ورزش، رژیم غذایی، سیگار کشیدن و یا بهداشت دهان و دندان بعنوان شیوه زندگی، عادات یا رفتارهای مناسب هستند، وجود دارد (سالوآدر و همکاران، ۲۰۱۳).

بحث پیرامون اقلیت‌ها و اقوام، موضوعی است که از قرن ۱۹ با پیدایش دولت‌های ملی اهمیت یافته است. گروه قومی، جمعی است در درون جامعه بزرگتر که دارای تبار مشترک واقعی یا خیالی، خاطراتی از گذشته مشترک و دارای تأکیدات فرهنگی بر یک یا چند عنصر نمادی مانند زبان و مذهب است که براساس آن‌ها هویت گروه تعریف می‌شود. بدین جهت گروه‌های قومی بخشی از یک نظام اجتماعی بزرگتر هستند که آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و به آن‌ها شکل می‌دهد. تا کنون در خصوص اقوام ایران تحقیقات نسبتاً زیادی در داخل و خارج از کشور با رویکردهای سیاسی و یا قوم‌شناسی، زبان‌شناسی و یا حتی تاریخی انجام شده است (نوربخش، ۱۳۸۷). اما این مطالعات از منظر سبک زندگی مرتبط با سلامت چندان قابل توجه نیستند.

اهمیت و رواج فزاینده مفهوم سبک زندگی در علوم اجتماعی ظاهراً ناشی از این واقعیت است که سنخ‌شناسی‌های موجود نمی‌توانند تنوع و گوناگونی دنیای اجتماعی را توضیح دهند. مفهوم طبقه که برای مدتی طولانی اصل طلایی تبیین بود، به تدریج سودمندی و کارایی خود را از دست داده است (اله‌دادی و دیگران، ۱۳۹۶: ۱۴).

غلبه مفهوم سبک زندگی بر مفاهیم دیگر مثل قومیت و طبقه در ادبیات جامعه‌شناختی ممکن است ما را از این واقعیت غافل سازد که این مفاهیم ارتباط تنگاتنگی با هم دارند. طبقه خاص و قومیت خاص ایجاد عادت‌واره و منش و سبک زندگی خاصی می‌کند. همه این مفاهیم در میدان و فضای اجتماعی به معنای بوردیوی معنی پیدا می‌کنند. ایران کشوری است دارای گروه‌های قومی متنوع که هر کدام سبک زندگی متفاوتی دارند. هویت قومیتی افراد ایجاد کننده سبک خاصی از زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت است که به قول بوردیو از نسلی به نسل دیگر انتقال یافته و تداوم می‌یابند و از این‌رو زمینه‌ای تاریخی نیز دارند.

تعلق به قومیتی خاص، به دلیل نابرابری‌ها در سطوح دریافتی خدمات مرتبط با سلامت و بهداشت و منتج از سیاست‌های کلان توزیع خدمات و امکانات می‌تواند این عادت‌واره‌ها و سبک زندگی را تقویت و تشدید نماید. بنابراین انتظار می‌رود تعامل سبک زندگی و عادت‌واره و طبقه و قومیت ایجاد کننده فضایی اجتماعی باشد که در دل آن رفتارهای مرتبط با سلامت شکل گرفته و تقویت می‌شود.

بر همین اساس، در این پژوهش سعی شده است به ارزیابی سبک زندگی مرتبط با سلامت در بین اقوام ترک و کرد پرداخته شود اما در کنار آن به موقعیت طبقاتی و ترکیب سرمایه‌های اجتماعی و اقتصادی افراد نیز توجه شود تا بتوان اثرات تلفیقی این متغیرها را در سلامت و ابعاد آن در دو قومیت مقایسه نمود.

بنابراین با توجه به آنچه گذشت، پژوهش حاضر سعی دارد به این سؤال‌ها پاسخ دهد: (۱) برخی عوامل مؤثر بر سلامت اقوام کدامند؟ (۲) آیا سبک زندگی اقوام بر میزان سلامت آنان تأثیر گذار است یا خیر، و اگر تأثیرگذار است، میزان تأثیر گذاری آن به چه نحو است؟

پیشینه تجربی پژوهش

درسلر^۱، درکار خود شواهدی از نابرابری‌های سلامت را در بین سیاه‌پوستان و سفیدپوستان آمریکایی بیان می‌کند. از نظر وی ۱۳/۳ درصد از زنان سیاه‌پوست در مقابل ۶/۹ درصد زنان سفیدپوست، یک نوزاد با وزن کم به دنیا می‌آورند. به‌طور مشابه، ۳۸/۶ درصد از زنان و ۳۴/۸ درصد

1. Dressler

از مردان سیاه پوست در مقایسه با ۲۲/۶ درصد زنان و ۲۴/۸ درصد مردان سفیدپوست، دارای فشارخون بالا هستند. شیهو^۱ و همکاران (۲۰۱۳) در بررسی شیوه زندگی، تناسب اندام و ارتقاء سلامت با مداخله رسانه‌های آموزشی در میان کارکنان و دانشجویان دانشگاه نیجریه به این نتیجه رسیدند که استفاده کم از تجهیزات مربوط به تناسب اندام و از طرف دیگر پیاده‌روی و تحرک ماهانه کم، در برنامه کارکنان و دانشجویان دانشگاه باعث کاهش سلامت شده است. لین^۲ و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در میان ۱۷۲ زن باردار نشان دادند که نمرات افراد مختلف اختلاف معناداری با سطح آموزشی، وضعیت اقتصادی، بیماری‌های مزمن، عادات ورزشی، طول خواب و ... دارند. تی آبل^۳ در تحقیق خود (۲۰۰۸) چنین استدلال می‌کند که منابع اجتماعی و اقتصادی سهمی عمده در توزیع تبعات مرتبط با سلامتی دارند. عوامل مرتبط با فرهنگ، نظیر باورهای هنجاری، شناخت و رفتارها نیز با وضعیت سلامتی افراد مرتبط هستند. وی در مقاله‌اش بر نقش منابع فرهنگی بر توزیع نابرابر سلامت توجه می‌نماید. وی همچنین با عطف به نظریه بوردیو، نقش سرمایه فرهنگی در فهم نابرابری‌های موجود در حوزه سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهد. از نظر آبل سرمایه فرهنگی، عنصر کلیدی در تغییر شکل رفتاری نابرابری اجتماعی به نابرابری سلامتی است. مک پرسون و همکارانش^۴ (۲۰۱۳) نشان دادند که سرمایه اجتماعی خانوادگی و محلی با تجربیات متفاوت کودکان و بزرگسالان از سلامتی و بهزیستی ارتباط دارد. از نظر آن‌ها کودکان و بزرگسالانی که قادر به کسب سرمایه اجتماعی از طریق اجتماع محلی خود هستند پتانسیل سلامتی و بهزیستی بهتری دارند.

چارلز توندویی و رافائل ماکا^۵ (۲۰۱۴) در مطالعه خودشان در تانزانیا از ۲۷۴ سرپرست خانوار نشان دادند که به استثنای دین، تمام متغیرهای دیگر سرمایه اجتماعی اثری مثبت و معنادار بر اشتیاق به هزینه کردن در مورد خدمات سلامتی دارند. سابرامانیان و کاواچی^۶ (۲۰۰۶) در مطالعه خود به بررسی ارتباط اثرات سرمایه اجتماعی پیوند دهنده و پل زنده مبتنی بر اجتماع محلی^۷ با سلامت فردی در ۴۰ اجتماع محلی ایالات متحده پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد که سطح فردی سرمایه اجتماعی پیوند دهنده و رسمی، اعتماد به اعضای قومیت و نژاد خودی و اعتماد اجتماعی تعمیم یافته دارای اثرات معنادار و منفی بر سلامت فردی هستند. یوینگ^۸ و همکارانش (۲۰۱۳)

1. Shehu

2. Lin

3. T Abel

4. Mc Pherson

5. Charles Tundui & Raphael Macha

6. Subramanian, Kawachi

7. community bonding and community bridging social capital

8. Yuying

ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامتی را در میان میانسالان و بزرگسالان چینی مورد بررسی قرار دادند. ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت با کنترل متغیرهای جمعیت شناختی و اقتصادی در میان ۹۹۶ بزرگسال ۴۵ ساله یا مسن‌تر از آن در دو ایالت چین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ارتباط معناداری بین برخی جنبه‌های سرمایه اجتماعی و سلامت وجود دارد.

در تحقیقات داخلی، طل و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی به روش توصیفی-تحلیلی در میان دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به این نتیجه رسیدند که از میان شش بعد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت (وضعیت تغذیه، فعالیت جسمانی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت خود، روابط بین فردی، رشد روحی و مدیریت استرس)، رشد روحی و مسئولیت‌پذیری به ترتیب بیشترین و فعالیت جسمانی، کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. در پایان نامه حاتمی (۱۳۹۱) بر نرمال بودن سلامت اجتماعی دانشجویان و ارتباط بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌ای و پایگاه اقتصادی-اجتماعی دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی تأکید شده است. گلمکانی و همکارانش در بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن به نقش مهم سبک زندگی در سلامت روانی-زیستی، و ارتباط بین مشکلات سلامتی و سبک زندگی اشاره کرده و بر اساس داده‌های آماری ۵۳ درصد از مرگ و میرها را مربوط به سبک زندگی می‌دانند. ایران‌دوست در پژوهشی شش سبک زندگی پیشامدرن، مدرن علمی، ورزش‌محور، شادزیست و جهان‌محلی را مشخص کرد. دالوندی و همکاران (۱۳۹۱) در تبیین سبک زندگی سلامت محور مبتنی بر فرهنگ اسلامی با روش کیفی، انحراف از اعتدال فکری، اعتقادی و رفتاری را به عنوان متغیر مرکزی یا مشکل اساسی روانی-اجتماعی پدیده سبک زندگی سلامت محور بر مبنای فرهنگ اسلامی را مورد اشاره قرار دادند.

مطالعات ذکر شده در بالا ارتباط بین سبک زندگی و سلامت را مورد بررسی قرار داده اند. برخی نیز ارتباط برخی عوامل را با سلامت مشخص کرده اند، اما تاکنون مطالعه ای که به بررسی سبک زندگی بر اساس قومیت با نقش میانجی پایگاه اقتصادی اجتماعی بپردازد در ایران انجام نشده است.

ادبیات نظری پژوهش

به تاسی از درس‌لر (۱۹۹۳)، نظریه‌های موجود درباره سلامت جسمانی و سبک زندگی مرتبط با سلامت را می‌توان در پنج مدل نژادی-ژنتیکی، مدل سلامت-رفتار، مدل اقتصادی-اجتماعی، مدل استرس روانی-اجتماعی و یک مدل ساختاری-سازه توضیح داد.

مدل نژادی-ژنتیکی

مدلی برای توضیح نابرابری‌های سلامت است که نشان می‌دهد جمعیت‌ها در توزیع تنوع ژنتیکی با هم تفاوت دارند. بررسی تفاوت‌های بیولوژیکی در بین جمعیت‌ها توسط برچسب قومی یا نژادی تعریف می‌شود که منظور از آن این است: گروه‌هایی که در یک قاره زندگی می‌کردند نسبت به ساکنان قاره‌های دیگر بیشتر به‌کدیگر شبیه بودند. اطلاعات مربوط به اصل و نسب از جمله نژاد، قومیت و منشاء جغرافیایی در رابطه با اطلاعات ژنتیکی برای پی بردن به مرزهای گروه‌ها و تخصیص افراد به گروه‌ها استفاده می‌شود (بامشاد و همکاران، ۲۰۰۴).

مدل سلامت و رفتار

مدلی برای توضیح نابرابری‌های سلامت است که بر تفاوت بین گروه‌های نژادی و قومی در توزیع رفتارهای فردی مربوط به سلامت مانند رژیم غذایی، ورزش و مصرف دخانیات می‌پردازد (درسلر و همکاران، ۲۰۰۵). مطابق مدلی که بورديو ارائه می‌کند شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید منش خاص منجر می‌شود. منش مولد دو دسته نظام است: نظامی برای طبقه‌بندی اعمال و نظامی برای ادراکات و شناخت‌ها (قریحه‌ها). نتیجه نهایی تعامل این دو نظام، سبک زندگی است (فاضلی، ۱۳۸۲). سبک زندگی از نظر بورديو، عبارتست از جهان ویژگی‌هایی که دارندگان موقعیت‌های مختلف از طریق آن‌ها خود را از دیگران متمایز می‌سازند، خواه قصد این کار را داشته باشند یا نداشته باشند (بورديو، ۱۳۹۰، ۳۴۱). سبک‌های زندگی یعنی نظام‌های مختلف ویژگی‌ها که نظام‌های مختلف طبایع و قریحه‌ها در آن به منصف ظهور می‌رسد (همان، ۳۵۵). وی سبک زندگی را فعالیت‌های نظام‌مندی می‌داند که از ذوق و سلیقه فرد ناشی می‌شوند و بیشترین جنبه عینی و خارجی را دارند و در عین حال به صورت نمادین به فرد هویت می‌بخشند و میان اقشار مختلف اجتماعی تمایز ایجاد می‌کنند.

یکی دیگر از مفاهیم اساسی جامعه‌شناسی بورديو مفهوم عادت‌واره است. از نظر وی، عادت‌واره به نظام‌های طبایع و قریحه‌هایی که ویژگی طبقه‌ها و زیر گروه‌های طبقاتی مختلف است اشاره دارد (بورديو، ۱۳۹۰: ۲۳۹).

عادت‌واره‌ها «ساختارهای روانی یا شناختی» هستند که انسان‌ها به وساطت آن‌ها با جهان اجتماعی روبه‌رو می‌شوند. عادت‌واره «نوعی آمادگی عملی، نوعی آموختگی ضمنی، نوعی فراست، نوعی تربیت یافتگی اجتماعی از نوع ذوق، سلیقه، که به عامل اجتماعی این امکان را می‌دهد که روح قواعد، آداب، جهت‌ها، روندها، ارزش‌ها، و دیگر امور حوزه خاص خود (حوزه علمی، اقتصادی، ورزشی، هنری، سیاسی

...) را دریابد، درون آن پذیرفته شود، جا بیفتد و منشأ اثر شود» (بورديو، ۱۵، ۱۳۸۰). عادت واره‌ها، محصول فعالیت تاریخی نسل‌های پی در پی هستند (همان، ۲۳۰).

عادت‌واره‌ها اصول گسترش دهنده رفتارهای متمایز و متمایز کننده‌اند، آنچه کارگر می‌خورد و به خصوص شیوه خوردن او، ورزشی که انجام می‌دهد و شیوه انجام آن، به گونه‌ای نظام یافته، از موارد مشابه آن نزد مدیران صنعتی متفاوت است (مهدوی‌زاده و خسروی، ۱۳۸۸).

از دید بورديو زندگی اجتماعی را نمی‌توان حاصل جمع ساده 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 پل زدن میان این دو افراط استفاده می‌کند (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). در نتیجه می‌توان گفت که: به نظر بورديو، انتخاب، تحت تأثیر سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی افراد قرار می‌گیرد (ایراندوست، ۱۳۹۳).

سرمایه اقتصادی به‌میزان سرمایه مادی در نظام تولیدی اشاره دارد که به مفهوم مارکسی سرمایه نزدیک است. سرمایه اجتماعی به شبکه‌آشنایان و روابط گروهی مربوط می‌شود که فرد در درون آن قرار گرفته است و می‌تواند به نفع خود از آن استفاده کند و مفهوم سرمایه فرهنگی، نزدیک به مفهوم وبري سبک زندگی است که شامل مهارت‌های خاص، سلیقه، نحوه 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. سرمایه فرهنگی بر مبنای نظر بورديو دو منبع دارد: نخست عادت‌واره‌ها در زندگی خانوادگی و دوم، تحصیلات. از دیدگاه بورديو، تحصیلات از جمله متغیرهای بسیار مهمی است که حتی جانشین عادت‌واره خانوادگی نیز می‌شود، بالاخره سرمایه نمادین، شامل کاربرد نمادهایی می‌شود که فرد به کار می‌گیرد تا به سطوح دیگر سرمایه خود مشروعیت بخشد. از نظر بورديو، ساخت طبقاتی افراد و تمایز اجتماعی آن‌ها از نحوه ترکیب سرمایه‌های آن‌ها ناشی می‌شود؛ به طوری که منش و عملکرد افراد تحت تأثیر انتخاب و انتخاب تحت تأثیر سرمایه آن‌هاست و نوع انتخاب باعث تمایز افراد می‌شود. مفهوم سازی بورديو از سرمایه فیزیکی نیز، تأثیر قابل ملاحظه‌ای در رشد جامعه‌شناسی بدن داشته است، سرمایه بدنی به مثابه یکی از انواع فرعی سرمایه فرهنگی، نوعی منبع فرهنگی است که در بدن سرمایه‌گذاری شده است. تولید سرمایه 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. بورديو در کتاب تمایز به بررسی این موضوع می‌پردازد که افراد چگونه با گزینش کردن از میان انتخاب‌های مصرفی از بین کالاها، روش‌های لباس پوشیدن، تفریح، غذا خوردن و... سبک زندگی متمایز خود را برمی‌گزینند و به خود هویت می‌بخشند. به نظر بورديو، در بررسی سبک زندگی باید به مؤلفه‌های زیر توجه کرد: اول،

«دارایی‌هایی که افراد دور خود جمع کرده‌اند مانند: خانه، ماشین، کتاب‌ها و لباس‌ها؛ دوم، فعالیت‌هایی که فرد با آن‌ها خود را متمایز نشان می‌دهد نظیر: تفریحات، لباس پوشیدن، رسیدگی به ظاهر بدن خود و ... (ایراندوست، ۱۳۹۳).

مدل وضعیت اجتماعی و اقتصادی

مدلی برای توضیح نابرابری سلامت است که فرض می‌کند، گروه‌های قومی و نژادی در وضعیت اجتماعی-اقتصادی با یکدیگر متفاوت هستند. پس وضعیت اقتصادی و اجتماعی به‌عنوان یک متغیرمداخله‌گر در روابط بین قومیت و سلامت تنظیم می‌شود (اسمج، ۱۹۹۶). بنابراین از نظر گراهام سلامتی فرد به‌عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی-اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به‌دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند به باور وی عواملی که باعث می‌شوند تغییرات در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تأثیر بگذارد در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی-اجتماعی قرار می‌گیرند (حاتمی، ۱۳۸۹).

مدل استرس روانی-اجتماعی

مدلی برای توضیح نابرابری‌های سلامت است، و تنش‌های مرتبط با وضعیت گروه‌های اقلیت و به‌خصوص تجربه نژادپرستی و تبعیض را توضیح می‌دهد. در این رویکرد تمایز روشنی بین نژادپرستی نهادی و تجربه نژادپرستی وجود دارد. نژادپرستی نهادی مربوط به سیستم نابرابری ساختاری است که جایگاه پایین قومیت‌ها، در همه شاخص‌های رفاه اقتصادی ناشی از آن است. تجربه نژادپرستی هم به ادراک آگاهانه از اعمال و شیوه‌های تبعیض‌آمیز و پریشانی مرتبط با این ادراکات مربوط است. نتیجه نژادپرستی نهادی دسترسی محدود اقلیت‌های قومی و نژادی به منابع، هم دسترسی محدود به مشاغل با درآمد بالا و هم فرصت‌های آموزشی محدود است. هاربورگ و همکاران، استدلال کردند که افراد سیاه‌پوست یا سفیدپوستی که در محیط‌های اجتماعی استرس‌زا زندگی می‌کنند، روزانه در معرض خطر تجربه استرس قرار می‌گیرند و این احتمال فشارخون بالا را در آن‌ها افزایش می‌دهد. فرضیه اصلی این مدل این است که استرس ناشی از عدم تعادل میان خواسته‌ها در کار و منابع یک کارگر برای مقابله با این خواسته‌ها است (درسلر و همکاران، ۲۰۰۵).

مدل ساختاری

مدلی برای توضیح نابرابری‌های سلامت است که بر تقاطع ساختارهای اجتماعی طبقه نژادی با ساختارهای فرهنگی از اهداف و آرمان‌های معمول بعنوان عوامل تفاوت در مرگ و مرگ‌ومیر می‌پردازد. درس‌ر معتقد است که فرآیندهای اجتماعی، روانی و زیستی در چارچوب این تقاطع از ساختارهای اجتماعی و فرهنگی رخ می‌دهند (همان).

چارچوب نظری

در میان جامعه‌شناسان کلاسیک، وبر از مفهوم سبک زندگی استفاده کرده و برای نشان دادن سلسله مراتب و قشربندی اجتماعی از آن بهره می‌گیرد. آنچه وبر سبک زندگی می‌نامد به روش‌هایی باز می‌گردد که طبقات و گروه‌های هم‌رتبه از نوعی از زندگی پدید می‌آورند، یعنی الگوی فرهنگی رفتار و مجموعه‌ای از باورها. هریک از طبقات و گروه‌های اجتماعی، سبک زندگی خود را پرورش می‌دهد و جهان‌بینی متمایزی را به نمایش می‌گذارد. وبر متغیرهای قشربندی نظیر سن، جنسیت، و قومیت را بخت‌های زندگی معرفی نمود و بیان کرد که این بخت‌ها بر انتخاب‌های فرد (از جمله انتخاب سبک زندگی) تأثیر فراوان دارد (ایراندوست، ۱۳۹۳).

در نظریه بورديو خود طبقات در قالب مفهوم وسیع تری به نام میدان اجتماعی تحلیل می‌شوند. مردمی که به‌طور نزدیک در یک میدان اجتماعی قرار دارند، دارای مشابهت‌های بسیار هستند، حتی اگر همدیگر را ندیده باشند. به عبارت دیگر، میدان‌های مشابه، ذائقه‌های مشابه و سبک‌های زندگی مشابه دارند میدان اجتماعی براساس سرمایه ساخته می‌شود. هر قدر سرمایه فرد بالاتر باشد در میدان اجتماعی در موقعیت بالاتری قرار می‌گیرد (بورديو، ۱۳۸۰، ۳۵). فضای اجتماعی از ترکیب دو سرمایه فرهنگی و اقتصادی ساخته می‌شود. و «واقعیتی است نامرئی که نه می‌توان آن را لمس کرد و نه می‌توان به سمت آن اشاره کرد، و در عین حال رفتارها و تظاهرات عاملان اجتماعی را تنظیم می‌کند (همان، ۳۹).

افرادی که از لحاظ اقتصادی-اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، میزان سرمایه‌های آن‌ها هم بالا خواهد بود و می‌توانند دسترسی مناسبی به خدمات داشته باشند پس در نتیجه از نظر سلامت در وضعیت مطلوبی قرار می‌گیرند. اما بر عکس، افرادی که به لحاظ وضعیت اقتصادی-اجتماعی در شرایط نامطلوبی هستند، میزان سرمایه‌های آن‌ها نیز کمتر خواهد بود و در نتیجه چون دسترسی و توانایی نامناسبی دارند از لحاظ سلامت در وضعیت نامطلوب به سر می‌برند.

بر اساس آنچه که در مدل‌ها بیان شد، می‌توان بیان کرد که هر یک از گروه‌های قومی برای خود عادت‌واره‌ها و ذائقه‌های فرهنگی خاصی را دارند؛ و نیروی محرکه اعمال و رفتارهای روزمره هر فرد

همین عادت‌واره‌ها و ذائقه‌های فرهنگی است و تفاوت در عادت‌واره‌ها است که تفاوت در رفتارها و عقاید میان افراد یا گروه‌ها را باعث می‌شود. در واقع عادت‌واره‌ها میان آنچه که خوب و ممتاز است و آنچه که معمولی یا بد است تفاوت قائل می‌شوند و هر طبقه یا گروه با مشروعیت بخشیدن به ذائقه فرهنگی خاصی، مرز خود را با دیگر گروه‌ها و طبقات اجتماعی متمایز می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر یک از گروه‌های قومی برای خود سبک زندگی متمایزی را دارند که این سبک یا شیوه زندگی می‌تواند اثرات مثبت یا منفی را بر سلامت هر یک از اعضای قومیت‌ها بر جای گذارد. همچنین سلامت افراد تحت تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی آن‌ها است بدین معنی که هر چند این افراد هستند که دست به انتخاب می‌زنند ولی انتخاب‌هایشان تحت تأثیر موقعیت آن‌ها است. وضعیت اقتصادی-اجتماعی شامل آموزش، درآمد، شغل و محل سکونت است، بدین معنی که هر یک از اعضای گروه‌های قومی به لحاظ درآمد، شغل، محل سکونت و ... در شرایط متفاوتی هستند و در نتیجه میزان سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بین آن‌ها متفاوت از هم خواهد بود. در نهایت این شرایط بر رفتار و سبک زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد.

فرضیات تحقیق

- به نظر می‌رسد قومیت افراد با سبک زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها ارتباط مستقیمی دارد.
- به نظر می‌رسد قومیت افراد با سلامت جسمانی آن‌ها ارتباط مستقیمی دارد.
- به نظر می‌رسد وضعیت اقتصادی-اجتماعی قومیت‌ها بر سبک زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها تأثیر گذار است.
- به نظر می‌رسد وضعیت اقتصادی-اجتماعی قومیت‌ها بر سلامت جسمانی آن‌ها اثر مستقیم دارد.
- به نظر می‌رسد سبک زندگی مرتبط با سلامت اقوام بر سلامت آن‌ها تأثیر مستقیم دارد.
- به نظر می‌رسد سبک زندگی مرتبط با سلامت اقوام با سرمایه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی افراد قومیت‌های ترک و کرد آن‌ها ارتباط دارد.

روش تحقیق

روش این مطالعه، پیمایش و ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه بوده که با مراجعه حضوری به نمونه تکمیل شده است. جمعیت آماری این پژوهش اعضای قومیت‌های ترک و کردی هستند که در شهرهای تبریز و مهاباد سکونت دارند، و براساس سرشماری سال ۱۳۹۰ حجم جمعیت این دو شهر به ترتیب برابر با ۱۴۹۴۹۹۸ و ۲۴۱۵۲۲ نفر است.

نمونه مورد مطالعه: برای محاسبه حجم نمونه آماری از فرمول کوکران استفاده کرده‌ایم. لازم به ذکر است که مقدار p و q با انجام پیش‌آزمون روی ۶۰ نمونه از اعضای جامعه آماری بدست آمده است.

$$n = \frac{Nt^2pq}{(N-1)d^2 + t^2pq}$$

$$n_1 = \frac{1494998(1/96)^2 \times (0/2) \times (0/8)}{(1494998-1) \times (0/05)^2 + (1/96)^2 \times (0/2) \times (0/8)} = 245 \equiv 250$$

روش نمونه‌گیری اتخاذ شده در این پژوهش، نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. این روش نمونه‌گیری معمولاً برای مناطق وسیع به‌کار می‌رود، به‌این‌صورت که منطقه را بر روی نقشه به قسمت‌های مختلف تقسیم کرده و سپس با استفاده از قرعه از بین این قسمت‌ها دست به انتخاب می‌زنند و در هریک از قسمت‌های منتخب دوباره از طریق قرعه یک یا چند قسمت را انتخاب می‌کنند (رفیع‌پور، ۱۳۸۴). در این پژوهش نیز ابتدا نقشه‌های شهر تبریز و مهاباد به‌طور جداگانه به قسمت‌های مختلف تقسیم و سپس از طریق قرعه ۱۰ قسمت در شهر تبریز و ۱۰ قسمت در شهر مهاباد انتخاب شدند؛ سپس محله‌هایی از آن‌ها و از هر محله‌هایی به‌صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند و با مراجعه حضوری محقق پرسش‌نامه در میان مردان و زنان حاضر به پاسخ‌گویی تکمیل گردید.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه بوده است که برای بررسی اعتبار صوری معرف‌ها و ابزار سنجش از نظرات متخصصان و صاحب‌نظران و استفاده از پرسش‌های آزمون شده‌ی قبلی استفاده شد. و به منظور رفع اشکالات احتمالی پرسشنامه، یک آزمون مقدماتی با نمونه‌ای به تعداد ۶۰ نفر انجام گرفت، و برای بالا بردن پایایی ابزار سنجش از آلفای کرونباخ استفاده شد که گویه‌های نامفهوم برای پاسخ‌گویان اصلاح و گویه‌های نامناسب حذف شدند.

اعتبار و روایی تحقیق

برای بررسی پایایی متغیرها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. جدول زیر ضرایب آلفای متغیرها را نشان می‌دهد:

جدول شماره ۱: ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای اصلی تحقیق

متغیر	تعداد گویه	مقدار آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون	مقدار آلفای کرونباخ در آزمون نهایی
سرمایه اجتماعی	۳۴	۰/۸۹۰	۰/۹۰۸
ارتباط اجتماعی	۷	۰/۷۵۹	۰/۸۲۶
مشارکت اجتماعی	۷	۰/۷۳۷	۰/۷۱۷

مقدار آلفای کرونباخ در آزمون نهایی	مقدار آلفای کرونباخ در پیش آزمون	تعداد گویه	متغیر		
۰/۸۰۴	۰/۸۴۹	۹	تعلق اجتماعی	سرمایه اجتماعی	
۰/۸۳۵	۰/۸۲۹	۱۱	اعتماد اجتماعی		
۰/۹۰۲	۰/۸۸۰	۳۷	سبک زندگی مرتبط با سلامت		
۰/۷۱۳	۰/۶۳۱	۷	تغذیه سالم	ابعاد سبک زندگی مرتبط با سلامت	
۰/۸۷۶	۰/۸۳۸	۸	تغذیه ناسالم		
۰/۷۳۰	۰/۷۳۴	۵	مصرف دخانیات		
۰/۷۵۰	۰/۷۶۸	۷	ورزش و تحرک		
۰/۸۴۰	۰/۸۳۳	۵	سلامت روانی		
۰/۸۵۹	۰/۷۵۱	۵	ایمنی در رانندگی		
۰/۸۴۷	۰/۸۲۴	۱۲	سلامت جسمانی		

در این پژوهش برای اطمینان از اعتبار ابزار سنجش (پرسش‌نامه)، از اعتبار صوری و اعتبار سازه‌ای استفاده شده است. در بحث اعتبار صوری، گویه‌ها و سؤالاتی که برای سنجش یک مفهوم طرح شده بودند، به استاد راهنما ارائه شد تا مشخص گردد که این گویه‌ها، مفاهیم مورد نظر را می‌سنجند؟ سپس آن دسته از گویه‌هایی که مفهوم مورد نظر را سنجش نمی‌کردند حذف و گویه‌های دیگری جایگزین شدند و برخی از گویه‌ها نیز با جمله بندی‌های جدیدی ارائه شدند. و پرسش‌نامه اولیه طراحی و در بین ۶۰ نفر اجرا شد.

اعتبار سازه‌ای نیز از دیگر روش‌های بررسی اعتبار پرسش‌نامه در این پژوهش است. این نوع اعتبار بیان می‌کند که نتایج به‌دست آمده از کاربرد ابزار سنجش یا همان پرسش‌نامه، تا چه حد با نظریه‌هایی که آزمون بر محور آن‌ها تدوین شده است، تناسب دارد. در اعتبار سازه‌ای، از اعتبار همگرا و واگرا بین گویه‌هایی که حول یک سازه نظری گرد هم آمده‌اند استفاده شده است، که در زیر به تفصیل آورده شده است:

در مفهوم سبک زندگی مرتبط با سلامت، بین مقوله‌های تغذیه سالم، ورزش و تحرک، سلامت روانی و تبعیت از قوانین راهنمایی- رانندگی که با هم خصیصه سبک زندگی سالم را می‌سنجند، و مصرف دخانیات و تغذیه ناسالم که خصیصه سبک زندگی ناسالم را مورد سنجش قرار می‌دهند، همبستگی بین نمرات بالا می‌باشد. ضرایب همبستگی بدین شرح است: تغذیه سالم با ورزش و تحرک ۰/۴۴۰، تغذیه سالم با سلامت روانی ۰/۵۲۵، تغذیه سالم با تبعیت از قوانین راهنمایی- رانندگی ۰/۲۰۸. ورزش و تحرک با سلامت روانی ۰/۵۲۰، ورزش و تحرک با تبعیت از قوانین

راهنمایی و رانندگی ۰/۲۶۰. سلامت روانی با تبعیت از قوانین راهنمایی- رانندگی ۰/۳۰۰. تغذیه ناسالم با مصرف دخانیات ۰/۴۲۷. در نتیجه این قسمت از پرسش‌نامه دارای اعتبار از نوع همگرا می‌باشد. ولی همبستگی نمرات این چهار مقوله‌ای که خصیصه سبک زندگی سالم را بررسی می‌کنند با دو مقوله دیگر یعنی تغذیه ناسالم و مصرف دخانیات، پایین بوده و دارای اعتبار از نوع واگرا هستند و نمرات همبستگی این مقوله‌ها عبارتند از: تغذیه ناسالم با تغذیه سالم ۰/۲۳۱-، تغذیه ناسالم با ورزش و تحرک ۰/۲۶۹-، تغذیه ناسالم با سلامت روانی ۰/۲۸۳-، تغذیه ناسالم با تبعیت از قوانین راهنمایی- رانندگی ۰/۵۶۰-. مصرف دخانیات با تغذیه سالم ۰/۱۵۷-، مصرف دخانیات با ورزش و تحرک ۰/۲۲۱-، مصرف دخانیات با سلامت روانی ۰/۱۹۶-، مصرف دخانیات با تبعیت از قوانین راهنمایی- رانندگی ۰/۳۷۶-.

در مورد بخش‌های دیگر پرسش‌نامه نیز می‌توان بیان کرد که مقوله‌های سرمایه فرهنگی عینیت یافته، تجسم یافته و نهادی از آن‌جایی که یک خصیصه واحد یعنی سرمایه فرهنگی را در بین قومیت‌ها بررسی می‌کنند، دارای همبستگی بالایی هستند و ضرایب همبستگی آن‌ها بدین شرح است: سرمایه فرهنگی تجسم یافته با سرمایه فرهنگی عینیت یافته ۰/۵۶۰، سرمایه فرهنگی تجسم یافته با سرمایه فرهنگی نهادی ۰/۵۲۴. سرمایه فرهنگی عینیت یافته با سرمایه فرهنگی نهادی ۰/۵۶۲. بنابراین مقوله‌های سرمایه فرهنگی دارای اعتبار از نوع همگرا هستند.

همچنین مقوله‌های ارتباط اجتماعی، مشارکت اجتماعی، احساس تعلق اجتماعی و اعتماد اجتماعی که خصیصه سرمایه اجتماعی را در بین ترک‌ها و کردها سنجش می‌کنند، همبستگی بالایی با هم دارند و دارای اعتبار از نوع همگرا هستند. ضرایب همبستگی این مقولات نیز بدین صورت است: ارتباط اجتماعی با مشارکت اجتماعی ۰/۵۷۶، ارتباط اجتماعی با احساس تعلق اجتماعی ۰/۵۲۹، ارتباط اجتماعی با اعتماد اجتماعی ۰/۵۵۷، مشارکت اجتماعی با احساس تعلق اجتماعی ۰/۴۱۷، مشارکت اجتماعی با اعتماد اجتماعی ۰/۴۰۹، احساس تعلق اجتماعی با اعتماد اجتماعی ۰/۵۵۰.

داده‌ها بعد از این‌که از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شدند در فضای نرم افزار آماری SPSS وارد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند، این تجزیه و تحلیل‌های آماری شامل دو دسته آمار توصیفی و آمار استنباطی هستند.

یافته‌های تحقیق

توصیف متغیرهای زمینه‌ای

داده‌های مندرج در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که ۵۰ درصد پاسخ‌گویان مرد و ۵۰ درصد زن هستند. پاسخ‌گویان در پنج گروه سنی دسته بندی شده‌اند که به ترتیب ۲۶/۴ درصد در گروه ۱۴-۲۷ سال، ۴۳/۴ درصد در گروه ۲۸-۳۹ سال، ۲۱/۲ درصد در گروه ۴۰-۵۲ سال، ۶/۲ درصد در گروه ۵۳-۶۴ سال و ۲/۸ درصد در گروه ۶۵-۷۶ سال قرار دارند. وضعیت تأهل پاسخ‌گویان نیز بدین صورت است: ۵۷/۶ درصد متأهل، ۳۸/۸ درصد مجرد، ۱/۲ درصد بیوه و ۱/۲ درصد نیز مطلقه هستند.

جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد معتبر
جنسیت	مرد	۲۵۰	۵۰
	زن	۲۵۰	۵۰
سن	۱۴-۲۷	۱۳۲	۲۶/۴
	۲۸-۳۹	۲۱۷	۴۳/۴
	۴۰-۵۲	۱۰۶	۲۱/۲
	۵۳-۶۴	۳۱	۶/۲
	۶۵-۷۶	۱۴	۲/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۲۸۸	۵۷/۶
	مجرد	۱۹۴	۳۸/۸
	بیوه	۱۲	۱/۲
	مطلقه	۶	۱/۲

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی متغیرهای اصلی

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد معتبر	متغیر	طبقات	فراوانی	درصد معتبر
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	پایین	۲۳۲	۴/۴۶	سبک زندگی مرتبط با سلامت	خیلی ضعیف	۷	۴/۱
	متوسط رو به پایین	۲۴۸	۶/۴۹		ضعیف	۳۱	۲/۶
	متوسط	۱۶	۲/۳		متوسط	۱۵۵	۰/۳۱
	متوسط رو به بالا	۳	۶		قوی	۲۰۵	۰/۴۱
	بالا	۱	۲		خیلی قوی	۱۰۲	۴/۲
مجموع	خیلی کم	۳۵	۰/۷	سلامت جسمانی	خیلی کم	۱۸	۶/۳
	کم	۱۲۰	۰/۲۴	کم	۹۰	۰/۱۸	

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد معتبر	متغیر	طبقات	فراوانی	درصد معتبر
سرمایه-های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی	متوسط	۲۰۰	۰/۴۰		متوسط	۱۶۷	۴/۳۳
	زیاد	۱۳۶	۲/۲۷		زیاد	۱۲۳	۶/۲۴
	خیلی زیاد	۹	۸/۱		خیلی زیاد	۱۰۲	۴/۲

براساس داده‌های موجود در جدول شماره ۳، از لحاظ وضعیت اقتصادی- اجتماعی ۴/۴۶ درصد از افراد در سطح پایین، ۶/۴۹ درصد در سطح متوسط رو به پایین، ۲/۳ درصد در سطح متوسط، ۶ درصد در سطح متوسط رو به بالا و ۲ درصد در سطح بالایی قرار دارند. همچنین از لحاظ ترکیب سرمایه‌ها، ۰/۷ درصد افراد ترکیب سرمایه‌ای خیلی کم، ۰/۲۴ درصد ترکیب سرمایه‌ای کم، ۰/۴ درصد ترکیب سرمایه‌ای متوسط، ۲/۲۷ درصد ترکیب سرمایه‌ای زیاد و ۸/۱ درصد ترکیب سرمایه‌ای خیلی زیاد دارا هستند. از بین ۵۰۰ پاسخ‌گو، ۴/۱ درصد سبک زندگی مرتبط با سلامت خیلی ضعیف، ۲/۶ درصد ضعیف، ۰/۳۱ درصد دارای سطحی متوسط، ۴۱ درصد سبک زندگی قوی و ۴/۲ درصد از افراد نیز از رفتارهای مرتبط با سلامت خیلی قوی برخوردار هستند. درصد و توزیع فراوانی وضعیت سلامت جسمانی افراد نیز بدین شرح است: ۶/۳ درصد دارای سلامت جسمی خیلی کم، ۰/۱۸ درصد دارای سلامت جسمی کم، ۴/۳۳ درصد دارای سلامت جسمانی متوسط، ۶/۲۴ درصد دارای سلامت جسمی زیاد و ۴/۲ درصد نیز دارای سلامت جسمی خیلی زیاد هستند.

اما برای مقایسه دو قومیت برحسب متغیرهای اصلی نیز می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: برحسب میزان سرمایه‌ها (ترکیب انواع سرمایه‌ها) برای دو قومیت ترک و کرد، نتایج نشان می‌دهد که به لحاظ انباشت سرمایه‌ها، وضعیت قومیت کرد اندکی بهتر از ترک‌ها است:

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی ترکیب سرمایه‌ها بر حسب قومیت

ترکیب سرمایه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی	قومیت کرد
پایین	۴۱	۱۶,۴	قومیت کرد
متوسط به پایین	۷۱	۲۸,۴	
متوسط به بالا	۱۰۳	۴۱,۲	
بالا	۳۵	۱۴	
کل	۲۵۰	۱۰۰	
پایین	۴۹	۱۹,۶	قومیت ترک
متوسط به پایین	۷۵	۳۰	
متوسط به بالا	۸۵	۳۴	

درصد فراوانی	فراوانی	ترکیب سرمایه‌ها
۱۶,۴	۴۱	بالا
۱۰۰	۲۵۰	کل

اما از حیث سبک مرتبط با سلامت، قومیت ترک وضعیت نسبتاً بهتری دارد (مجموع درصدهای بالا و متوسط به بالای ترک‌ها ۵۲,۸ در مقایسه با ۴۹,۶ کردهاست).

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی سبک زندگی مرتبط با سلامت بر حسب قومیت

درصد فراوانی	فراوانی	سبک زندگی مرتبط با سلامت	
۱۴,۸	۳۷	پایین	قومیت کرد
۳۵,۶	۸۹	متوسط به پایین	
۳۶,۸	۹۲	متوسط به بالا	
۱۲,۸	۳۲	بالا	
۱۰۰	۲۵۰	کل	
۱۶	۴۰	پایین	قومیت ترک
۳۱,۲	۷۸	متوسط به پایین	
۲۸,۸	۷۲	متوسط به بالا	
۲۴	۶۰	بالا	
۱۰۰	۲۵۰	کل	

در مورد سلامت جسمانی نیز وضعیت به همین منوال است. یعنی ترک‌ها وضعیت بهتری دارند.

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی سلامت جسمانی بر حسب قومیت

درصد فراوانی	فراوانی	سلامت جسمانی	
۱۸,۸	۴۷	پایین	قومیت کرد
۳۴,۸	۸۷	متوسط به پایین	
۳۳,۶	۸۴	متوسط به بالا	
۱۲,۸	۳۲	بالا	
۱۰۰	۲۵۰	کل	
۱۸,۸	۴۷	پایین	قومیت ترک
۲۷,۶	۶۹	متوسط به پایین	
۲۵,۶	۶۴	متوسط به بالا	
۲۸	۷۰	بالا	
۱۰۰	۲۵۰	کل	

اختلاف حدود ۴ درصدی نیز بین سلامت روانی بالا و متوسط به بالای کردها و ترک‌ها وجود دارد و ترک‌ها درصد بالاتری دارند.

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی سلامت روانی بر حسب قومیت

درصد فراوانی	فراوانی	سلامت روانی	
۱۶	۴۰	پایین	قومیت کرد
۲۹,۲	۷۳	متوسط به پایین	
۴۳,۶	۱۰۹	متوسط به بالا	
۱۱,۲	۲۸	بالا	
۱۰۰	۲۵۰	کل	
۱۴	۳۵	پایین	قومیت ترک
۲۷,۲	۶۸	متوسط به پایین	
۴۱,۶	۱۰۴	متوسط به بالا	
۱۷,۲	۴۳	بالا	
۱۰۰	۲۵۰	کل	

نتایج استنباطی

▪ بررسی ارتباط قومیت با سبک زندگی مرتبط با سلامت

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که قومیت ترک به لحاظ سبک زندگی تفاوت معنی‌داری (۰/۰۳۴) با قومیت کرد دارد، و به عبارتی سبک زندگی ترک‌ها سالم‌تر از کردها می‌باشد. این فرضیه مطابق با مدل سلامت- رفتار درس‌ر است که بیان می‌کند رفتارهای مرتبط با سلامت در بین قومیت‌ها متفاوت از هم می‌باشد. همچنین براساس دیدگاه وبر در مدل ساختاری- سازه، هر یک از قومیت‌های ترک و کرد، تحت تأثیر وضعیت طبقاتی‌شان سبک زندگی خاص خود را انتخاب کرده و فعالیت‌هایی که مشخصه آن است از جمله تغذیه، مصرف دخانیات، ورزش، تبعیت از قوانین راهنمایی- رانندگی را انجام می‌دهند و از این طریق خود را از دیگران متمایز می‌سازند.

جدول ۸: بررسی ارتباط قومیت با سبک زندگی مرتبط با سلامت

متغیر	قومیت	تعداد	میانگین	آماره t	درجه آزادی	معناداری
سبک زندگی مرتبط با سلامت	ترک	۲۳۳	۱۱۹,۵۱۵	-۲/۱۳۲	۴۵۲,۵۱۵	۰/۰۳۴
	کرد	۲۳۳	۱۱۵,۰۸۵			

▪ بررسی ارتباط قومیت با سلامت جسمانی

فرض بر این است که افراد قومیت‌های ترک و کرد از لحاظ سلامت جسمانی با یکدیگر تفاوت دارند. بررسی ارتباط این دو متغیر در جداول زیر گزارش شده اند:

جدول ۹: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره سلامت در دو قومیت ترک و کرد

متغیر قومیت	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
کرد	۲۵۰	۴۱/۲۲	۹/۳۶۹
ترک	۲۵۰	۴۳/۳۲	۱۰/۹۹۷

جدول ۱۰: بررسی آزمون لون و برابری واریانس‌های مربوط به میزان سلامت در بین قومیت ترک و کرد

آزمون t برای برابری میانگین‌ها					آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		فاصله از اختلاف با ۹۵/۰ اطمینان حد بالا حد پایین	
سطح معنی‌داری	F	t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین			
						حد بالا		حد پایین
۰/۰۰۱	۴۰۰	-۲/۳۰۷	۴۹۸	۰/۰۲۱	-۲/۱۰۸	۳/۱۳	۳/۹۰۳	فرض برابری واریانس‌ها
۰/۰۰۱	۱۰	-۲/۳۰۷	۴۸۵	۱/۷۴۷	-۲/۱۰۸	۳/۱۳	۳/۹۰۳	فرض نابرابری واریانس‌ها

نتایج جداول شماره ۹ و ۱۰، نشان می‌دهد که واریانس سلامت جسمانی اعضاء قومیت ترک و کرد نابرابر است. و میانگین میزان سلامت جسمانی در بین دو قومیت ترک و کرد تفاوت معنی‌داری دارند به طوری که کردها از میانگین ۴۱/۲۲ و ترک‌ها از میانگین ۴۳/۳۲ برخوردار بوده و اختلاف آن‌ها برابر است با ۲/۱۰۸. بنابراین می‌توان گفت که ترک‌ها نسبت به کردها سالم‌تر هستند.

▪ بررسی اثرگذاری وضعیت اقتصادی- اجتماعی بر سبک زندگی مرتبط با سلامت

در بین دو قومیت ترک و کرد

نتایج به دست آمده در جدول ۱۱ نشان می‌دهد که وضعیت اقتصادی- اجتماعی قومیت‌های ترک و کرد، بر سبک زندگی مرتبط با سلامت اثر مستقیم و معناداری دارد. بدین معنی که هرچه افراد به لحاظ اقتصادی- اجتماعی در طبقات بالایی قرار بگیرند به همان میزان سبک زندگی مرتبط با سلامت (رفتارهای سالم) در بین آنان نیز افزایش می‌یابد و این تأییدی است بر نظر بوردیو که

بیان می‌کند سبک زندگی الگویی غیرتصادفی است و ماهیت طبقاتی دارد و اشغال کردن موقعیت بالاتر در فضای اجتماعی، رفتار و سبک زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ضریب تعیین تعدیل شده در بین پاسخ‌گویان کرد ($R=0,069$) به معنای آن است که، حدود ۶,۹ درصد تغییرات سبک زندگی، به وسیله متغیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی پیش‌بینی شده است. ولی این ضریب در بین پاسخ‌گویان قومیت ترک برابر با $R=0,202$ است و بدین معنی می‌باشد که متغیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی حدود ۲۰,۲ درصد از تغییرات سبک زندگی مرتبط با سلامت را در بین ترک‌ها پیش‌بینی می‌کند. به‌طور کلی میزان تأثیرگذاری وضعیت اقتصادی-اجتماعی در بین قومیت ترک در مقایسه با قومیت کرد بیشتر است.

جدول ۱۱: تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر سبک زندگی مرتبط با سلامت

وضعیت اقتصادی-اجتماعی			متغیر	
معناداری	بتا	ضریب تعیین تعدیل شده	آماره‌ها	سبک زندگی
۰,۰۰۰	۰,۲۶۹	۰,۰۶۹	قومیت کرد	مرتبط با
۰,۰۰۰	۰,۴۵۳	۰,۲۰۲	قومیت ترک	سلامت

■ بررسی رابطه وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سلامت جسمانی در بین پاسخ‌گویان دو قومیت ترک و کرد

بر اساس یافته‌های مندرج در جدول شماره ۱۲ تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر سلامت جسمانی تأیید می‌شود و معنادار است. بتای مثبت رابطه‌ها نشان می‌دهد که این اثرگذاری مستقیم است. این بدان معناست که وقتی جایگاه اقتصادی افراد تنزل پیدا می‌کند به همان میزان نیز سلامت جسمانی‌شان در خطر قرار می‌گیرد همچنین با بالا رفتن وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سلامت جسمانی نیز در بین افراد افزایش می‌یابد. ضریب تعیین تعدیل شده در بین کردها، $R^2=0,096$ به معنای آن است که حدود ۹,۶ درصد تغییرات سلامت جسمانی به وسیله متغیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی پیش‌بینی شده است. و این ضریب در بین ترک‌ها، $R^2=0,123$ بدین معنی است که وضعیت اقتصادی-اجتماعی ۱۲,۳ درصد از تغییرات مربوط به سلامت جسمانی ترک‌ها را پیش‌بینی می‌کند. این یافته نشان می‌دهد که اثر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر سلامت قومیت‌ها، در میان ترک‌ها اندکی تعیین‌کنندگی بیشتری نسبت به کردها دارد. این یافته با نظر گراهام همخوانی دارد که معتقد است زمانی که افراد در فضای اجتماعی، به لحاظ اقتصادی جایگاه بالاتری را نسبت به دیگران اشغال می‌کنند، متناسب با آن نیز از وضعیت سلامت جسمانی مطلوب‌تری نیز برخوردار می‌شوند.

جدول ۱۲: تأثیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر سلامت جسمانی در بین قومیت ترک و کرد

وضعیت اقتصادی - اجتماعی			متغیر
معناداری	بتا	ضریب تعیین تعدیل شده	سلامت جسمانی
۰,۰۰۰	۰,۳۱۵	۰,۰۹۶	قومیت کرد
۰,۰۰۰	۰,۳۵۵	۰,۱۲۳	قومیت ترک

▪ **بررسی ارتباط سبک زندگی مرتبط با سلامت با سلامت جسمانی در بین دو قومیت**
 با توجه به داده‌های جدول ۱۳ می‌توان گفت که سبک زندگی مرتبط با سلامت تأثیر مستقیم و مثبتی بر سلامت جسمانی در بین قومیت ترک و کرد دارد. و ضریب همبستگی پیرسون در بین کردها و ترک‌ها به ترتیب برابر با ۰,۶۵۱ و ۰,۸۱۱ است که نشان دهنده همبستگی قوی بین این دو متغیر است. عبارتی تأیید این فرضیه، یادآور این دیدگاه درس‌لر و وبر در مدل‌های سلامت-رفتار و مدل ساختاری- سازه است که انتخاب‌های افراد در مورد اعمال مربوط به سبک زندگی شامل: تغذیه، تحرک، مصرف دخانیات و ... سلامت جسمانی را در بین آنان تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و هرچه سبک زندگی مرتبط با سلامت (رفتارهای سالم) در بین پاسخ‌گویان بالاتر باشد، از سلامت جسمانی بالایی نیز برخوردار خواهند شد.

جدول ۱۳: رابطه سبک زندگی و سلامت جسمانی در بین قومیت ترک و کرد

سبک زندگی مرتبط با سلامت		متغیر	
معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	آماره‌ها	سلامت جسمانی
۰,۰۰۰	۰,۶۵۱..	قومیت کرد	
۰,۰۰۰	۰,۸۱۱..	قومیت ترک	

▪ **بررسی ارتباط سبک زندگی مرتبط با سلامت با سلامت جسمانی اقوام**

بر اساس نتایج قبلی گفتیم که متغیر سبک زندگی دارای تأثیر مثبت و قوی بر سلامت جسمانی است. بنابراین زمانی که رفتارهای مناسب سبک زندگی در بین هر یک از اعضای قومیت‌های ترک و کرد افزایش می‌یابد به همان میزان آنان از نظر جسمانی سالم‌تر می‌شوند اما زمانی که رفتارهای نامناسب زیادتر می‌شوند افراد از نظر جسمانی دچار بیماری و مشکل می‌شوند، به عبارتی سلامت جسمانی آنان پایین می‌آید. متغیر سبک زندگی در این پژوهش با شش بعد مورد بررسی قرار گرفته است که چهار بعد آن اثر مثبت و دو بعد دیگر اثرات منفی را بر سلامت جسمانی افراد وارد می‌کنند. تغذیه سالم، ورزش و تحرک، سلامت روان و رعایت ایمنی در رانندگی جزء ابعادی هستند که بر سلامت جسمانی افراد اثر مثبت دارند. بیشترین اثر مثبت را ورزش و تحرک دارد و کمترین میزان

تاثیر مثبت از آن متغیر ایمنی در رانندگی است. مثل اغلب نتایج قبلی اثر مثبت این متغیرها در میان ترک‌ها بیشتر از کردهاست. اما دو متغیر تغذیه ناسالم و مصرف دخانیات اثر منفی بر سلامت جسمانی دارند. در میان ترک‌ها اثر تغذیه ناسالم در مقایسه با تغذیه سالم تعیین‌کنندگی بیشتری (۰/۶۶۵- در مقایسه با ۰/۳۸۹-) در سلامت جسمانی دارد، اما در کردها این متغیر مصرف دخانیات است که اثرش نسبت به تغذیه ناسالم بیشتر (۰/۳۲۷- در مقایسه با ۰/۳۰۹-) است. در این مورد نیز اثر منفی این دو متغیر بر سلامت جسمانی در میان ترک‌ها نسبت به کردها بیشتر است. این امر نشان می‌دهد در میان کردها عوامل دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند در پژوهش دیگری بررسی شوند.

جدول شماره ۱۴: ارتباط بین ابعاد سبک زندگی مرتبط با سلامت و سلامت جسمانی

سبک زندگی مرتبط با سلامت		
معناداری	ضریب همبستگی	ابعاد
۰,۰۰۰	۰,۴۳۳	تغذیه سالم
	-۰,۳۰۹	تغذیه ناسالم
	-۰,۳۲۷	مصرف دخانیات
	۰,۴۹۱	ورزش و تحرک
	۰,۴۵۴	سلامت روان
	۰,۳۹۰	ایمنی در رانندگی
۰,۰۰۰	۰,۵۴۳	تغذیه سالم
	-۰,۶۶۵	تغذیه ناسالم
	-۰,۳۸۹	مصرف دخانیات
	۰,۵۵۶	ورزش و تحرک
	۰,۵۶۷	سلامت روان
	۰,۶۷۱	ایمنی در رانندگی

▪ ارتباط سبک زندگی مرتبط با سلامت و سرمایه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی افراد قومیت‌های ترک و کرد.

با استفاده از استانداردهای شاخص‌ها و ترکیب سرمایه‌ها شاخصی به نام سرمایه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ایجاد شد و ارتباط آن با سبک زندگی مرتبط با سلامت بررسی شد. یافته‌های جدول ۱۵ نشان می‌دهند که مجموع سرمایه‌ها از لحاظ آماری بر سبک زندگی مرتبط با سلامت اثر مستقیم و معناداری دارد، که این میزان اثرگذاری در بین ترک‌ها بیشتر از کردها می‌باشد. به عبارتی می‌توان گفت هرچه مجموع سرمایه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در بین افراد نمونه بالا باشد، به همان اندازه سبک زندگی یا رفتارهای مرتبط با سلامت در بین آنان نیز افزایش می‌یابد. و با توجه

به ضریب تعیین تعدیل شده، حدود ۳۰,۴ درصد تغییرات سبک زندگی مرتبط با سلامت در بین کردها، به وسیله متغیر مجموع سرمایه‌ها پیش‌بینی شده است و این میزان پیش‌بینی سبک زندگی توسط مجموع سرمایه‌ها در بین ترک‌ها، حدود ۵۳,۴ درصد^۱ است.

جدول ۱۵: تأثیر مجموع سرمایه‌ها بر سبک زندگی مرتبط با سلامت در بین قومیت ترک و کرد

مجموع سرمایه‌ها			متغیر
معناداری	بتا	ضریب تعیین تعدیل شده	سبک زندگی مرتبط با سلامت
۰,۰۰۰	۰,۵۵۴	۰,۳۰۴	قومیت کرد
۰,۰۰۰	۰,۷۳۲	۰,۵۳۴	قومیت ترک

بحث و نتیجه‌گیری

موضوع عمده مطالعات پیشین درباره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن می‌باشد که با روش‌های کیفی و کمی این موضوع را بررسی کرده‌اند و هر یک از این مطالعات متغیرهای متفاوتی را مورد توجه قرار داده و براساس آن‌ها به نتایجی دست یافته‌اند؛ پژوهش حاضر، تحت عنوان مطالعه عوامل مؤثر بر میزان سلامت جسمانی اقوام ترک و کرد با تأکید بر سبک زندگی‌شان (رفتارهای مرتبط با سلامت) که در دو شهر تبریز و مهاباد آغاز شد تا حدودی دارای نوآوری است. هدف کلی این مطالعه، بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت (میزان فعالیت جسمانی و ورزش- نوع تغذیه- میزان مصرف دخانیات و...) در بین اقوام و تعیین میزان پیش‌بینی پذیری سلامت اقوام از طریق سبک زندگی‌شان بود. متغیرهای تأثیرگذاری چون وضعیت اقتصادی- اجتماعی، انواع سرمایه‌ها، قومیت و حوزه‌های وسیع‌تری از سبک زندگی مرتبط با سلامت (رژیم غذایی، فعالیت بدنی و ورزش، مصرف الکل و دخانیات و...) مورد بررسی قرار گرفتند و میزان تأثیرگذاری هر یک از آن‌ها بر میزان سلامت جسمانی مشخص شد. همچنین در این پژوهش افرادی از دو قومیت ترک و کرد مورد بررسی قرار گرفتند و از لحاظ سبک زندگی و میزان سلامت ناشی از آن با هم مقایسه شدند و نتیجه حاصله این بود که سبک زندگی تأثیر قوی و مثبتی بر سلامت جسمانی داشته و سلامت جسمانی ترک‌ها تا حدودی بیشتر از کردهاست که این میزان تفاوت مربوط به عوامل دیگری غیر از سبک زندگی می‌شود. به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که داشتن سبک زندگی مطلوب یا نامطلوب تا حدودی وابسته به وضعیت اقتصادی- اجتماعی و مجموع سرمایه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است و اعضای قومیت‌های ترک و کردی که از لحاظ وضعیت اقتصادی- اجتماعی در سطح بالایی قرار دارند و مجموع سرمایه فرهنگی، اجتماعی و

۱. بدلیل جمع سرمایه‌ها با هم این میزان ضریب تعیین با احتیاط باید تفسیر شود.

اقتصادی آنان نیز در حد بالا باشد در نتیجه از سبک زندگی (رفتارهای مرتبط با سلامت) مطلوب و سالمی برخوردارند که این یافته با مطالعات لین و همکاران (۲۰۰۹)، آبل (۲۰۰۸)، حاتمی (۱۳۹۱۴) همخوانی دارد.

نتایج نشان داد که سبک زندگی مرتبط با سلامت با قومیت ارتباط دارد. این یافته نیز با مطالعات درسلا، آبل (باورهای هنجاری) همخوانی دارد. اگرچه مطالعه خاصی (چه داخلی و چه خارجی) وجود ندارد که ارتباط دو مفهوم قومیت و سبک زندگی مرتبط با سلامت را نشان دهد. ترک‌ها سالم تر از کردهاست و این امر بدان معناست که در خصوص تغییر این نوع سبک زندگی در میان کردها برنامه ریزی‌هایی صورت گیرد. شواهد نشان داده که مصرف دخانیات اثر معکوس بالاتری در مقایسه با تغذیه سالم در کردها بر سلامت آنها می‌گذارد. برای تغییر نگرش و رفتار دخانی کردها باید برنامه ریزی فرهنگی بیشتری صوت گیرد. سلامت جسمانی کردها نیز همین وضعیت را دارد و در مقایسه با ترک‌ها پایین تر است. این امر هم می‌تواند با بودجه‌ها و امکانات دولتی مرتبط با این وضعیت، هم به اهتمام خود کردها به سلامت جسمانی شان و نیز به سبک زندگی آنها مرتبط باشد. در خصوص علت اهتمام کمتر کردها به این قضیه باید مطالعاتی صورت گیرد. بودجه‌ها و امکانات دولتی بیشتر شود و سبک زندگی تغییر یابد. سلامت جسمانی با وضعیت اقتصادی - اجتماعی قومیتها ارتباط دارد. برای بهبود وضعیت سلامتی اقوام باید سطح اقتصادی اجتماعی آنها بالا برده شود و یا مکانیسم‌هایی برای بهبود سلامت اقشار کم درآمد اندیشیده شود.

بسنده کردن تحلیل سبک‌های زندگی مرتبط با سلامت صرفاً براساس انباشت سرمایه‌های اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی و برجسته کردن قومیت به عنوان متغیری که پیوندی تنگاتنگ با متغیرهای ذکر شده دارد، ممکن است ما را به تحلیلی تقلیل گرایانه سوق دهد؛ بدین معنا که فکر کنیم تنها تعامل این سه متغیر است که سلامت افراد و رفتارهای مرتبط با آن را سامان می‌دهد. در صورتی است که در تحلیل هر سه متغیر ذکر شده، باید به ساختارهای کلان و یا بقول بوردیو به میدان و فضای اجتماعی وسیع‌تری که در آن تعارضات رخ می‌دهد نیز باید توجه کرد. سیاست‌های قومی در ایران تعارضات زیادی درون خود دارد و توزیع برخی منابع از جمله امکانات بهداشتی و مرتبط با سلامت منبعت از همین تعارضات است. سیاست‌های محروم سازی مبتنی بر تعریف خودی و غیر خودی و یا مرکز و پیرامون گاهی فراتر از طبقه و سبک زندگی و سرمایه‌های فردی و اجتماعی تعیین کننده سلامت افراد است.

منابع

- اله دادی، نورالدین؛ زاهدی مازندرانی، محمد جواد؛ صداقت زادگان، شهناز (۱۳۹۶)، بررسی رابطه سبک زندگی با تعلقات قومی و ملی شهروندان شهر خرم آباد، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال هفدهم، تابستان، شماره ۶.
- ایراندوست، فهیم (۱۳۹۳)، مطالعه کیفی سنخ‌شناسی سبک‌های زندگی: مطالعه جوانان شهر مهاباد، *فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و پنجم، شماره پیاپی (۵۵)، شماره سوم، صص ۱۶۱-۱۳۵.
- بندکیترو، رولاند، ترجمه محمدرضا حسن‌زاده (۱۳۹۲)، *سبک‌های زندگی، مطالعات سبک زندگی*، سال دوم، شماره ۵ و ۶.
- بوردیو، پی‌یر (۱۳۸۰)، *نظریه کنش: دلایل عملی و انتخاب عقلانی*، ترجمه: مرتضی مردیپا، تهران: نقش و نگار.
- _____ (۱۳۹۱)، *تمایز، نقد اجتماعی قضاوت‌های ذوقی*، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: نی حاتمی، پریسا (۱۳۸۹)، "بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی"، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۸۴)، *کندوکاوها و پنداشت‌ها: مقدمه‌ای بر روش‌های شناخت جامعه و تحقیقات اجتماعی*، تهران: چاپ پانزدهم.
- شرفی، برومند (۱۳۹۳)، "بررسی تأثیر وسایل ارتباط جمعی بر دانش، نگرش و رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور در بین افراد ۴۰ سال به بالای شهر کرمانشاه"، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بو علی سینا.
- عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده اقدام، محمدباقر؛ بدری گرگری، رحیم و ودادهیر، ابوعلی (۱۳۹۱)، بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خود مراقبتی شهروندان، *فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی*، صص ۱۴۱-۱۲۰.
- فاضلی، محمد (۱۳۸۲)، *مصرف و سبک زندگی*، نشر پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، قم.
- مهدوی‌زاده و خسروی (۱۳۸۸)، بررسی میزان تماشای ماهواره و تأثیر آن بر روی سبک زندگی، *مجله جامعه‌شناسی معاصر*، سال اول، شماره دوم.
- نوربخش، یونس (۱۳۸۷)، فرهنگ و قومیت، مدلی برای ارتباطات فرهنگی در ایران، *فصلنامه تحقیقات فرهنگی*، سال اول، شماره ۴.
- Abel, T. (2008) Cultural capital and social inequality in health, *J Epidemiol Community Health*; 62:e13 online at: <http://jech.bmj.com/cgi/letter-submit/62/7/e13>

Bamshad, M. Wooding, S. Salisbury, B. & Stephens, C. (2004). *Deconstructing The Relationship between Genetics and Race. Nature Reviews Genetics*. Vol 5 .pp:598 -608.

Dressler, W. Oths, K & Gravlee, C (2005), Race and Ethnicity in public Health Research: Models to Explain Health Disparities, *Annual Review of Anthropology*, Vol 34: 231-252.

Lin, Yu-hua , Tsai, Eing-Mei , Chan, Te-Fu , Chou, F I , Lin, Yu-Ling , (2009) Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women, *Chang Gung medical journal*, Vol. 32, No.6

M^cPherson , Kerri; Kerr, Susan; M^cGee, Elizabeth; Cheater, Francine; Morgan, Antony (2013) The Role and Impact of Social Capital on the Health and Wellbeing of Children and Adolescents: a systematic review, Glasgow Centre for Population Health, www.gcph.co.uk

Salvador, L. Alonso, F. Gomez, R. Almenara, J & Ruiz, M (2013), Basic Concepts in the Taxonomy of Health- Related Behaviors, Habits and Lifestyle. *International Journal of Environmental Research and Public Health* ISSN 1660-460.

Smaje, Ch (1996), The Ethnic Patterning of Health: New Directions for Theory and Research, *Sociology of Health & Illness* Vol 18, No 2, pp 139-171.

Shen, Yuying , Yeatts, Dale E. , Cai, Tianji, Yang, Philip Q., Cready, Cynthia M. (2013) Social Capital and Self-Rated Health Among Middle-Aged and Older Adults in China A Multilevel Analysis, *Res Aging*. 2014 Jul; 36(4):497-521

Shehu, R.A., Onasanya, S.A., Onigbinde, T.A., Ogunsakin, E.A & Baba, D.A (2013), Lifestyle, Fitness and Health Promotion Initiative of the University of Ilorin, Nigeria: an Educational Media Intervention. *Ethiopian Journal of Environmental Studies and Management*, Vol 6. No 3. pp:273-279.

Subramanian SV Kim D, , Kawachi I. (2006) Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities, *J Epidemiol Community Health*; 60:116–22.

Tundui, Charles & Macha, Raphael. (2014) Social Capital and Willingness to Pay for Community Based Health Insurance: Empirical Evidence from Rural Tanzania, *Journal of Finance and Economics*, Volume 2, Issue 4, 50-67.