

## تحلیل جامعه شناختی بیماری قلبی و عروقی: مطالعه موردی شهر بوشهر

علی ساعی<sup>۱</sup>، اکبر نامور<sup>۲</sup>

### چکیده

این پژوهش به تحلیل جامعه شناختی بیماران قلبی و عروقی می پردازد و مساله آن ناظر بر افزایش بیماریهای قلبی و عروقی در شهر بوشهر است. دستگاه نظری این مقاله براساس تئوری بوردیو، نان لین، کاکرهام ساخته شده است. جمعیت نمونه 320 نفر است که به صورت تصادفی از بین بیماران قلبی- عروقی که در نیمه دوم 1386 و نیمه اول 1387 در بیمارستانهای شهر بوشهر بستری شده اند انتخاب گردیده اند. با استفاده از روش پیمایش اجتماعی و رجوع به اسناد پزشکی، داده های تجربی گردآوری و از طریق روش تحلیل رگرسیون داوری درباب فرضیات انجام شده است. متغیرهای مستقل سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و متغیر وابسته بیماری قلبی و عروقی است. یافته های تجربی دلالت بر آن دارند که بین بیماری قلبی و عروقی و ترکیبی از سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (سرمایه های فرد) به اندازه 61 هم تغییری منظم وجود دارد، به طوری که هرچه میزان این سرمایه ها بیشتر باشد، شدت بیماری نیز کاهش می یابد. در پایان گفته شده است که سبک زندگی بهداشتی نیازمند برخورداری شهروندان از هر سه نوع سرمایه در حد مطلوب است.

**واژگان کلیدی:** سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی و بیماری قلبی و عروقی.

### طرح مساله

در گذشته مهمترین عامل مرگ و میر ابتلا به بیماریهای عفونی واگیردار بوده است. اما امروزه همراه با تحولات ایجاد شده در سالهای اخیر نوع بیماریها نیز تغییر کرده است. به طوری که بیماریهای عفونی جای خود را به بیماریهای قلبی و عروقی و سرطان داده است (محسنی، 1367: 20). بیماریهای قلبی و عروقی دامنه وسیعی از حالات و شرایطی را در بر می گیرد که به علت عملکرد نادرست در سیستم قلب و عروق ایجاد می شود و شامل نارسایی قلبی مادرزادی، سکته قلبی حاد، عفونت دیواره قلب، آنژین صدری (نشانه اولیه بیماری ایسکمیک قلبی) و فشارخون است که بر اساس نوع بیماری و شدت وخامت آن با مداخله جراحی و درمان دارویی بهبود می یابد (بولینگ، 2001: 247).

نتایج بررسیها در کشور ما نشان دهنده آن است که بیماریهای قلبی و عروقی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار می رود که ابعاد آنها به سرعت در حال افزایش است. در حال حاضر بیماران قلبی 40٪ آمار مرگ و میر کشور ایران را به خود اختصاص داده اند. اگر به پیشگیری آن توجه کافی نشود، پیش بینی می شود این رقم رشد قابل ملاحظه ای داشته باشد (عزیزی و دیگران، 1383: 67). آمار تلفات ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی در 21 شهر انتخابی کشور در سال 1365، 28/1 درصد و در سال 1373، 43/3 گزارش شده است (ابدی، 1378: 32). براساس مطالعات انجام شده و آمارهای موجود، در بیمارستانهای شهر بوشهر نیز بیماریهای قلبی و عروقی افزایش یافته است، به طوری که در بیمارستان تامین اجتماعی این شهر در سال 1376 بیماران قلبی و عروقی 7 درصد از کل بیماریهارا تشکیل داده است. ولی این میزان در سال 1386 به 18 درصد رسیده است. اگر این آمار را با آمار این بیماری در بیمارستان فاطمه زهراي این شهر ادغام کنیم، جدول شماره یک بدست می آید.

<sup>1</sup> - دکتری جامعه شناسی سیاسی و عضو هیات علمی دانشگاه تربیت مدرس E-Mail : [saeia@modares.ac.ir](mailto:saeia@modares.ac.ir)

<sup>2</sup> - کارشناس ارشد جامعه شناسی namvarakbar@yahoo.com

## جدول 1 - میزان درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی در بوشهر بر حسب سالهای مختلف

سال	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385
درصد مرگ و میر	21/8	24/3	23/6	27/5	29/4	29/5	32/7	33/5	35/8

منبع: مرکز آمار بیمارستانهای تامین اجتماعی و فاطمه زهراي شهر بوشهر و معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان

این شواهد دلالت بر پرابلماتیک بودن بیماریهای قلبی و عروقی در شهر بوشهر دارد. اکنون می توان سوال مقاله را به این صورت بیان کرد که "عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر شدت مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی و عروق در بوشهر کدامند؟" در پاسخ به این سوال و در مقام حل مساله دئونوع استدلال اقامه کرده ایم: استدلال نظری و استدلال تجربی. در زیر ابتدا در پرتو استدلال نظری راه حل تئوریک مساله ارائه و در ادامه از طریق استدلال تجربی در باب آن راه حل داوری شده است.

### استدلال نظری

در این پژوهش ابتدابه ادبیات نظری در باب سرمایه و اشکال آن پرداخته شده و در ادامه رابطه انواع سرمایه را با بهداشت و سلامتی مورد کاوش قرار داده ایم. از آرای بوردیو، نان لین، کاکرهام در توضیح این رابطه و ساختن مدل نظری پژوهش استفاده کرده ایم

سرمایه در مفهوم کلاسیک، نظریه ای درباره روابط اجتماعی استثماری میان دو طبقه می باشد. اما مفهوم سرمایه طی چهار دهه گذشته دستخوش تحولاتی گردیده است که به واسطه آنها شاهد ظهور نظریه های جدید سرمایه مثل سرمایه انسانی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی می باشیم با این وجود ایده اصلی مفهوم سرمایه یعنی «سرمایه گذاری برای تولید سود» هنوز حفظ شده است. تئوریهای جدید سرمایه همچنین بر تعامل کنش های فردی و وضعیت های ساختاری در فرایند سرمایه گذاری تاکید دارند (لین، 1999: 18).

نظریه سرمایه فهم ما را از فرایندهای تضاد همچون منازعه بر سر منابع کمیاب و توزیع نابرابر قدرت افزایش می دهد. در سال 1980 یک تئوری جدیدی بوسیله پیربوردیو مطرح شد که بر کنش متقابل میان سرمایه غیر مادی و مادی به عنوان مرکز تحلیل جامع نابرابری اجتماعی، قشر بندی اجتماعی و توزیع نابرابر قدرت تاکید داشت. از نظر بوردیو سرمایه وقتی از سوی عاملان یا گروهی از عاملان به شکل خصوصی یعنی انحصاری تصرف شود آنان را قادر می سازد نیروی اجتماعی را به شکل نیروی کار متجسم یا زنده تصاحب نمایند (موسوی خامنه، 1383: 15). بوردیو میان سه نوع سرمایه تمایز قائل می شود:

1- سرمایه اقتصادی یا تولید داری (سرمایه پول و سرمایه مادی که میتواند برای تولید کالا و خدمات بکار گرفته شود)؛

2- سرمایه اجتماعی یا جایگاه افراد در موقعیت های اجتماعی و روابط درون گروهی و شبکه های اجتماعی؛

3- سرمایه فرهنگی یا قابلیت های غیر رسمی بین مردم مانند: منش ها، ارزش ها و هنجارها، مدارک تحصیلی.

به عقیده بوردیو این سرمایه است که به یک فرد اجازه می دهد تا سرنوشت خود و دیگران را تحت نظارت گیرد. از نظر او ساختار توزیع انواع سرمایه در هر لحظه معین، نمایانگر ساختار ذاتی جهان اجتماعی است. این ساختار<sup>3</sup> احتمال موفقیت فعالیتها را تعیین می کند. در جدول زیر چشم اندازی از انواع سرمایه و برخی ویژگیهای متمایز آن ارائه شده است.

جدول 2 توزیع انواع سرمایه و تمایز آنها

معرفها	قبول عامه مردم	تمایز اساسی	انواع سرمایه
موقعیت های اقتصادی	پول	موفقیت پولی در برابر شکست	اقتصادی
عضویت	ارتباط و تماس های اجتماعی	عضویت در برابر عدم عضویت	اجتماعی
شهرت اعتبار و آموزش	شناخت موقعیت و منزلت	باز شناخت در برابر عدم تفاوت	فرهنگی

منبع: آنهیر و دیگران، 1995: 870

<sup>3</sup> . مجموعه محدودیت هایی که در واقعیت جهان اجتماعی نقش بسته و بر کار کردن آن به روش های پایدار حاکم است.

بورديو معتقد است كه انواع سرمايه مستقل نيستند و داراي كنش متقابل هستند و اين كنش متقابل وضعيت افراد را در حوزه‌هاي مختلف كنش و ماهيت قشربندي اجتماعي آنها را تعيين مي‌كند (بورديو، 1381: 33). براي بورديو سرمايه يك مفهوم مجرد اساسي است تا بواسطه آن ساختار و كار كرد جهان اجتماعي را تفسير كند. بنابراين هدف بورديو بازسازي مجرد سرمايه در همه اشكال و نه فقط شكل معرفي شده در نظريه‌هاي اقتصادي است. در اين تئوري سرمايه شامل هم منابع مادي و هم منابع غير مادي است كه آزادي كنشگر و شانسهاي او را براي برتري در حوزه اجتماعي تعيين مي‌كند. به عقیده بورديو سرمايه اجتماعي مجموع منابع واقعي و بالقوه‌اي است كه مي‌تواند از طريق عضويت در شبكه‌هاي اجتماعي شكل گيرد. سرمايه فرهنگي در نهايت به منابعي كه با نظامهاي ارزشي متفاوت مرتبط است اشاره دارد. اين نوع از سرمايه در حالات و عادات فردي ( سرمايه فرهنگي مجازي) در شكل و عنوانهاي آموزشي كه به يك شخص قدرت و منزلت اجتماعي معين اعطاء مي‌كند (سرمايه نهادينه) و يا در شكل شناخت و سنت ذخيره شده در قالب مادي (سرمايه عيني) همچون كتاب، ماشين و غيره تجلي مي‌يابد. (مك كين، 2007: 50). به اعتقاد بورديو سرمايه اجتماعي به عنوان شبكه‌اي از روابط يك موهبت طبيعي يا حتي اجتماعي نيست بلكه چيزي است كه در طول زمان و با تلاش بي‌وقفه به دست مي‌آيد. به عبارت ديگر، شبكه روابط محصول راهبردهاي سرمايه گذاري فردي يا جمعي، آگاهانه يا ناخودآگاه است كه هدفش ايجاد يا باز توليد روابط اجتماعي است كه مستقيماً در کوتاه مدت يا بلند مدت قابل استفاده هستند. بنابراين کاربرد سرمايه اجتماعي در نزد بورديو بر اين درك استوار است كه افراد چگونه با سرمايه گذاري بر روابط گروهی، وضعيت اقتصادي خود را در يك فضای اجتماعي سلسله مراتبي بهبود مي‌بخشند. لذا سرمايه اجتماعي از نظر بورديو ابزاري است كه وضعيت گروه و در نتيجه فرد را باز توليد مي‌نمايد. بورديو بر قابليت تبديل انواع مختلف سرمايه تاكيد داشت و سرمايه اقتصادي را ريشه انواع ديگر سرمايه مي‌داند و به تعبير اين سرمايه اجتماعي در نظر بورديو لباس مبدل براي سرمايه اقتصادي مي‌باشد. بورديو بيان مي‌دارد اين شكل‌هاي دگرگون شده و تغيير چهره داده سرمايه اقتصادي هرگز تماماً قابل تقليد به اين تعريف نيست (لين، 2001: 55). بنابراين به كمك سرمايه اجتماعي، كنشگران قادرند مستقيماً به منابع اقتصادي دست يابند.

ارتباط ميان سرمايه هاي فرد با بهداشت را مي‌توان در قالب دو رويكرد مطرح نمود. رويكرد اول يك رويكرد اجتماعي-رواني است كه به زمينه هاي اجتماعي و رواني فرد و ارتباط آنها با سلامتي مي‌پردازد. رويكرد دوم يك رويكرد مادي گراست كه بر عوامل مادي و فيزيكي تاثير گذار بر سلامتي و بهداشت تاكيد دارد (ليندستروم، 2001: 675).

مطالعات نشان داده است كه موقعيت اجتماعي پائين و انزوای اجتماعي مي‌تواند علت استرس ها باشد و به تاثيرات بهداشتي نامطلوب منجر شود. علي رغم اين یافته‌هاي مهم توجه كمی به نقش سرمايه فرهنگي و اجتماعي در توليد موقعيت‌هاي اجتماعي و موقعيت‌هاي بهداشتي و پيامدهاي بهداشتي شده است. پيروان رويكرد اجتماعي - رواني جهت توصيف رابطه سرمايه اجتماعي و بهداشت معتقدند كه چگونه فشار اجتماعي مي‌تواند استرس ها را افزايش دهند و چگونه اين استرس ها بواسطه كسب يا دسترسي به منابع سرمايه اجتماعي کاهش مي‌يابد. در حالي كه پيروان رويكرد مادي معتقدند شرايط مادي در سطوح متفاوتي از موقعيت‌هاي اقتصادي - اجتماعي مكانيسم اساسي است كه نابرابريهاي موجود در عرصه بهداشت را توجيه مي‌كند (چاكو، 2003: 1090). اما امروزه محققان هر دو رويكرد را به كار برده‌اند. زرترو و وك لوک سه دیدگاه متمايز از اثر بخشی سرمايه اجتماعي مطرح نموده‌اند. 1- دیدگاه حمايت اجتماعي كه معتقد است شبكه‌هاي اجتماعي براي رفاه و سلامتي جسمي و رواني مردم اساسي و پايه هستند. در اين دیدگاه سطوح شخصي حمايت اجتماعي به موقعيت بهداشتي مردم كمك مي‌كند. 2- تز نابرابري، كه فرض مي‌گيرد سطوح گسترده نابرابري اقتصادي و اجتماعي، احترام متقابل ميان گروههاي متفاوت شهروندان را خدشه دار مي‌كند. 3- رويكرد اقتصادي\_سياسي كه معتقد است نابرابري در بهداشت پايه و اساسش در نابرابري دسترس به منابع مادي است. رويكردهاي سه گانه به سرمايه اجتماعي به نظر مي‌رسد موازي با سه نوع از سرمايه اجتماعي يعني سرمايه اجتماعي درون گروهی (محدود)، اتصالي و ارتباطي است (پورتنگا، 2006: 260). طبق استدلال زرترو و وك لوک هر سه نوع سرمايه براي بهداشت و سلامت مردم داراي اهميت است. سرمايه اجتماعي درون گروهی براي حمايت اجتماعي ضروري است و سرمايه اجتماعي اتصالي براي همبستگي و

احترام متقابل و اعتماد متقابل در پهنه اجتماعی لازم است و سرمایه اجتماعی ارتباطی نیز برای تحرک موثر نهادهای سیاسی در تصمیم گیرهای مربوط به حوزه بهداشت است. یک تمایز مهم دیگر میان جنبه ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی است. مولفه ساختاری سرمایه اجتماعی از ساختارهای سازمان یافته عینی و تراکم عضویت در سازمانها تشکیل یافته در حالی که مولفه شناختی سرمایه اجتماعی بیشتر شامل ادراک ذهنی از سرمایه اجتماعی قابل ارزش و نگرش‌های مربوط به اعتماد می باشد. سرمایه اجتماعی در هر دو بعد با پیامدهای بهداشتی مرتبط است عضویت در سازمانها ( به خصوص سازمانهای مرتبط با حوزه بهداشت) به گسترش ایده‌ها و رفتارهای هنجاری مرتبط با بهداشت می‌انجامد و رفتارهای مناسب بهداشتی همچون عدم سیگار کشیدن، دوری از استرس‌ها، فعالیت فیزیکی و غیره تشویق می‌شوند. از طرفی دیگر اعتماد رشد شبکه‌های اجتماعی را تسهیل می‌کند و شبکه‌های اجتماعی ( به خصوص مرتبط با سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی) تاثیر مثبتی بر بهداشت می‌گذارند. از این رو باید گفت که سرمایه اجتماعی رفتارهای جستجو کننده بهداشت را از طریق اطلاعات و آگاهی‌های بهداشتی در درون شبکه‌های اجتماعی تشویق می‌کند (میچل، 2007: 58). یکی از ویژگیهای سرمایه اجتماعی، اعتماد است. اعتماد یک پدیده ارتباطی است از این رو همکاری را افزایش می‌دهد. افزایش گرایش و میل به همکاری، همچنین افزایش اعتماد و وابستگی متقابل آنها به یکدیگر نتیجه تراکم سرمایه اجتماعی است. اعتماد می‌تواند به اعتماد عمودی که در سطح نهادهای جامعه و اعتماد افقی در سطح مردم تقسیم کرد. اعتماد عمومی یا نهادی به اعتماد شهروندان به نهادها به ویژه نهادهای عمومی همچون نظام مراقبت بهداشتی توجه دارد. باید توجه داشت که کارایی هر نظام مراقبت اجتماعی مبتنی بر اعتماد نهادی است. اعتماد نهادی به بیماران اجازه می‌دهد که با متولیان اعتماد نهادی ( پزشکان و پرسنل بیمارستان ) بدون شناخت قبلی ارتباط موثری داشته باشند. از این رو اعتماد یک عنصر مرکزی برای کنش متقابل مطلوب میان بیماران و کارکنان است. برخورد چهره به چهره با کارکنان حوزه بهداشت می‌تواند این رابطه اعتماد آمیز را بوجود آورد یا در آن اختلال ایجاد نماید. اعتماد نهادی بر عرضه خدمات به بیماران تاثیر می‌گذارد. بنابراین باید گفت که اعتماد از همکاری درون نظام مراقبت بهداشتی که برای تولید بهداشت لازم است پشتیبانی می‌کند (محسنی، 2007: 1379). اعتماد یک زمینه‌ای را فراهم می‌کند که بیماران و کارکنان بتوانند به طور موثر برای بنا نهادن و رسیدن به اهداف مراقبت با همدیگر مشارکت کنند. ارتباط میان اعتماد نهادی و بهداشت فردی از طریق رفتار جستجو کننده مراقبت قابل تفسیر است، به طوری که اطلاعات نشان داده است افرادی که اعتماد نهادی پائین دارند ادراک ضعیفی از بهداشت شخصی خود دارند و رو رفتارهای جستجو کننده مراقبت بهداشتی کمتری از خود بروز می‌دهند. اعتماد به نظام مراقبت بهداشتی همچنین ممکن است بر نگرش و تمایل بیمار برای دنبال کردن توصیه‌های مربوط به درمان پزشکی و بازگشت مجدد و کنترل پیشگیرانه طبی تاثیر بگذارد. این باعث می‌شود که دو هدف عمده نظام‌های مراقبت بهداشتی یعنی پیشگیری از بیماری و بازتوانی بیماران با مشکل مواجه شود. در نظام فکری بورديو دومین مولفه اساسی تاثیر گذار بر عملکرد فرد سرمایه اقتصادی است و در همین چهارچوب سرمایه اقتصادی\_ فیزیکی از مولفه‌های کلیدی در تعیین موقعیت بهداشتی و بروز رفتارهای بهداشتی است. تفکر اقتصادی اهمیت فزاینده‌ای در تحقیقات راجع به خدمات بهداشتی و ترویج بهداشت داشته است. رویکرد اقتصادی به مطالعه ترویج بهداشت به طور عمومی تاکید دارد و بر شرایط مادی و ساختاری توجه جدی دارد. سرمایه اقتصادی که شامل درآمد، اموال و داراییهای مالی است زمانی برای موضوعات بهداشت کاربرد دارند که سرمایه اقتصادی در شکل پول بتواند نیازها و کالاهای ارتقاء دهنده بهداشت را تامین کند. سرمایه اقتصادی همچنین برای بهبود پیش شرطهای رفتار بهداشتی مثل پرداختن به فعالیتهای فیزیکی اساسی است لذا از طریق تامین فرصت‌های لازم برای پرداختن به فعالیتهای مروج بهداشت ضروری است (مک کین، 2007: 49). رابطه و تعامل بین طبقه اجتماعی و سبک زندگی مرتبط با سلامت فرد، از امکانات اقتصادی بر می‌خیزد. برای مثال غذای سالم و رژیم غذایی مناسب از منابع اقتصادی قابل دسترس افراد متاثر می‌شود.

فقر و محرومیت باعث کاهش شانس‌های بهداشتی می‌شود، مطالعات کیفی در مورد فقر نشان داده است که مکانیسم پیچیده‌ای این رابطه را توجیه می‌کند. مکانیسم‌های همچون استرس، فقدان اعتماد به نفس، داغ و بی‌قدرتی،

فقدان امید به زندگی و اعتماد به سرنوشت و ویژگی‌های که مرتبط با پیامدهای بهداشت منفی هستند (کتل، 2001:1502). وقتی فردی در شرایط مالی نامناسب باشد و نتواند خواسته‌ها و امیال فردی و جمعی خود و خانواده را تامین نماید دچار استرس می‌شود و آگاهی از این فقر تاثیر منفی و مستقیم بر بهداشت نیز میزان بالای بیکاری، درآمد پائین برای خرید کالاهای اساسی، به طور کلی زندگی در شرایط بد مالی نه تنها فرد را از نظر روانی دچار استرس ناامیدی و بدبینی می‌کند بلکه توان خرید نیازهای اساس و رژیم غذای نامناسب کاهش می‌یابد و فرد مجبور می‌شود از کالاهای مواد غذایی که کیفیت پائین تری دارند استفاده کنند. سومین عنصر سرمایه که بر بهداشت و سلامتی تاثیر می‌گذارد سرمایه فرهنگی است.

بوردیو سرمایه فرهنگی را به عنوان یک دارایی و شکلی از شناخت معرفی می‌کند، سرمایه فرهنگی همچون درآمد یک منبعی است که نقش اساسی در تولید و باز تولید امنیت مادی و سلسله مراتب اجتماعی دارد. سرمایه فرهنگی همچون سرمایه اجتماعی یکی از اضلاع مثلث منابع اجتماعی محسوب می‌شود که بواسطه آن سلايق و انتخاب های افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اگر این حقیقت داشته باشد که سرمایه فرهنگی کیفیتی قابل مقایسه با دیگر اشکال سرمایه دارد پس این نیز ممکن است که حقیقت داشته شد که تراکمی از چنین سرمایه‌های می‌تواند منجر به بهبود پیامدهای یا نتایج سلامتی و بهداشت شود (کاواچی، 2006: 452). به عقیده بوردیو سرمایه فرهنگی مجازی نقش تعیین کننده‌ای در مبادله اشکال متناوب سرمایه ایفاء می‌کند. برای فهم واقعیت‌ها و شناخت آنچه در چنین کتاب‌های تولید شده و برای استفاده از ابزارها نیاز به سرمایه فرهنگی مجازی است. و سرمایه فرهنگی نهادینه براساس سرمایه فرهنگی مجازی معمولاً بدست می‌آید. سرمایه فرهنگی نهادینه کار کردش رسمیت بخشیدن به باز شناخت اجتماعی، اشکال ویژه توانائیهای شناختی با مهارت‌های عملی است و پذیرش اجتماعی آنان که صلاحیت علمی دارند را فراهم می‌کند و به تولید کننده پیام اعتبار می‌بخشد. این تغییر شکل سرمایه‌ها در مباحث بهداشتی نیز کاربرد پذیر است بدین معنی که پیام‌های بهداشتی از کسانی قابل پذیرش است که دارای صلاحیت علمی و مدارک علمی (سرمایه فرهنگی نهادینه) باشند و افراد زمانی از کتاب‌های راهنمای رفتارهای بهداشتی استفاده می‌کنند که آگاهی بهداشتی (سرمایه فرهنگی مجازی) لازم را داشته باشد. یکی از مولفه‌های اصلی سرمایه فرهنگی آموزش و یادگیری است. افرادی که سرمایه اقتصادی کافی برخوردار نیستند زمان شخصی که لازم است تا به آموزشی و یادگیری مهارت‌های بهداشتی پرداخته شود صرف بدست آوردن نیازهای اولیه زندگی می‌شود. این نوع فرایند دوری از آموزش شامل عادات غیر بهداشتی دیگر مثل اعتماد به نفس پایین و عدم کنترل زندگی نیز می‌شود (کویزلیتا، 1999:352).

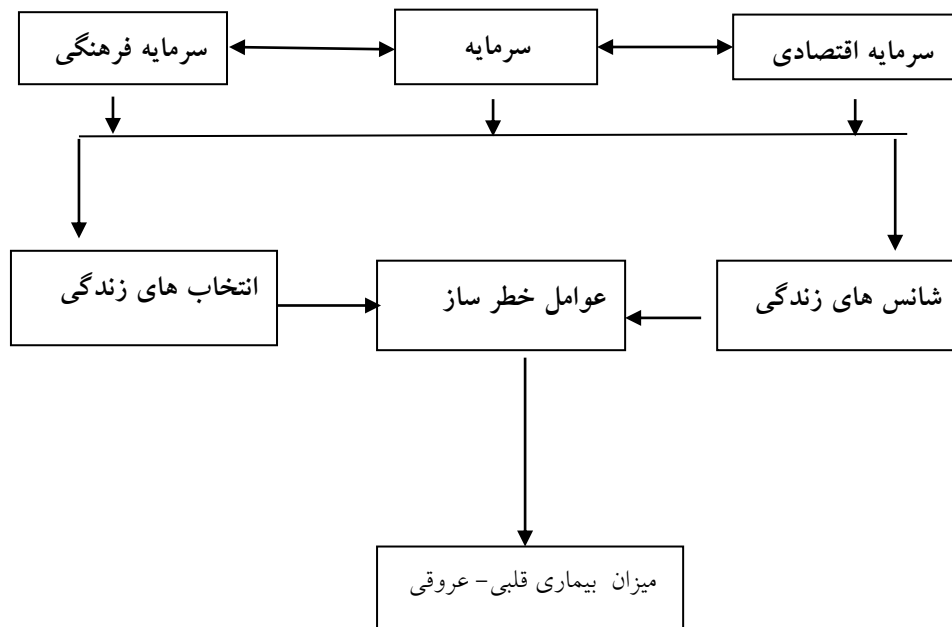
یکی از بیماری‌های مطرح که امروزه در نظام سلامت جایگاه مهمی دارد و برنامه‌های زیادی در جهت تعدیل آنها تدوین می‌شود بیماری‌های قلبی و عروقی است. در علم پزشکی بیماری قلبی و عروقی (cardiovascular) از واژه cardio به معنی قلب و vascular به معنی عروق تشکیل شده است. سیستم قلب و عروق شبکه‌ای است که قلب و عروق را به یکدیگر ارتباط می‌دهد. این شاهراه دارای سلول‌هایی است که خون را با اکسیژن و مواد غذایی را به تمام نقاط بدن می‌رساند، حال اگر اتفاقی در این سیستم رخ دهد عملکرد خونرسانی دچار اشکال می‌شود و بیماری قلبی و عروقی ایجاد می‌شود. این بیماری شامل اشکال عمده‌ای است همچون بیماری عروق قلب، فشار خون، تب روماتیسمی، بیماری‌های مادر زادی قلب، سکته قلبی و آترواسکلروزیز. اما آنچه بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد و قسمت اعظم مرگ و میر ناشی از این بیماری را تشکیل می‌دهد، بیماری عروق قلب و سکته قلبی است. در بیماری عروق قلبی به بافت عضلانی قلب اکسژن و مواد غذایی کافی به دلیل پلاک‌های موجود در دیواره رگ‌ها نمی‌رسد، که این فرایند سبب بروز درد آنژین صدری می‌شود. بیماری عروق قلب ناشی از آترواسکلروزیز و سخت شدن دیواره رگ‌ها است، در طی آترواسکلروزیز در پیچه عروق بواسطه تشکیل پلاک‌های از چربی و سلول‌های مرده دچار انسداد شده و خونرسانی را با مشکل مواجه می‌کند. این امر در شکل شدید تر باعث سکته قلبی و فشارخون می‌شود (ناوارو، 1998:459). عواملی که در بروز این بیماری نقش عمده

دارند و به تعبیری زمینه را برای بروز آن فراهم می کنند دو دسته هستند 1\_ عوامل غیر قابل تغییر که شامل جنس، سن، نژاد، سابقه فامیلی و ژنتیک.

2- عوامل قابل تغییر که شامل مصرف غذاهای که حاوی نمک و چربی زیاد هستند، استعمال سیگار، استرس‌ها، کمی تحرک، چاقی و فشار خون (ساداتیان: 1379: ص66-61). یکی از این روشها ارزیابی بیماران قلبی عروقی بوسیله اخذ شرح حال است. شرح حال کامل می تواند عوامل خطر ساز قابل تعدیل را مشخص کند و در انتخاب تستهای تشخیصی نیز موثر باشد و امکان ارزیابی ظرفیت عملکردی و تعیین شدت ناتوانی قلبی - عروقی را فراهم کند.

از آنجا که رویکرد جامعه شناسی جامع مستلزم تلفیق جنبه‌های زمینه ای<sup>4</sup> تولید و توزیع بهداشت از جمله: استرس های فیزیکی - اجتماعی، رفتارهای بهداشتی، نظام حمایت اجتماعی، هنجارها و ارزشها و جنبه های خرد از جمله: نقش کنشگر و ویژگی های فردی است، لذا رویکرد تلفیقی که هم بر فرایندهای زمینه ای و هم بر عاملیت تاکید دارند، می تواند ارتباط متقابل میان سرمایه‌ها را نشان دهد. از این رو به یک چهار چوب نظری جامع نیاز است تا به ما کمک کند اثر متقابل اشکال متفاوت سرمایه و نقش آنها در تولید بهداشت و رفتارهای و الگوهای جمعی مرتبط با بیماری را بهتر درک کنیم (مک کین، 2007: 47). پیوند میان دو سطح کلان و خرد در مدل نظری مقاله تشریح شده است. در این مدل تلاش می‌شود به ربط منطقی میان مفاهیم و چگونگی تأثیر گذاری سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی و در نهایت بروز و تشدید عوامل خطر ساز بیماریهای قلبی و عروقی پرداخته شود. خطوط دو طرفه در مدل بر کنش متقابل و تغییر شکل اشکال متفاوت سرمایه تاکید دارد. توزیع نابرابر منابع سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر شانس ها و فرصت های بهداشتی در سطح فردی و جمعی تأثیر می‌گذارد. شانس های بهداشتی به طور ساختاری فرد را در ایجاد بهداشت مطلوب توانا می‌سازد و احتمال وقوع بهداشت مطلوب را فراهم می‌سازد.

#### مدل نظری مقاله



شانس های بهداشتی ترکیب یافته از تعیین کننده‌ها ساختاری بهداشت(دسترسی به مراقبت پزشکی و ساختارهای ترویج بهداشت) و تعیین کننده‌های رفتاری(الگوهای رفتاری افزایش دهنده یا کاهش دهنده بهداشت مثل عوامل خطر زا)،

<sup>4</sup> مفهوم زمینه از اندیشه پیر بوردیو اتخاذ شده است. " بوردیو بیشتر به گونه ای رابطه ای به آن می اندیشد تا به شیوه ای ساختاری. زمینه شبکه ای از روابط است که میان جایگاههای درون زمینه وجود دارد. اشغال کنندگان جایگاههای این شبکه هم می توانند عوامل انسانی باشند و هم نهادهای اجتماعی. زمینه مانند نوعی بازار رقابتی است که در آن انواع سرمایه ها (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) به کار می رود و جایگاههای عوامل گوناگون درون یک زمینه را مقدار و اهمیت نسبی سرمایه ای که این عوامل دارند، تعیین می کنند(ریترز، 1379: 724)

شانس وقوع بهداشت مطلوب را افزایش یا کاهش می‌دهند. نظام توزیع شانس های زندگی و قدرت بر اساس کنش مداوم میان سرمایه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی تنظیم می‌شود. سرمایه فرهنگی با منطق متمایز خودش نقش اساسی در این نظام ایفاء می‌کند. درحقیقت تولید و توزیع بهداشت تابعی از عوامل ساختاری و فردی است. شرایط فرهنگی - اجتماعی به طور مستقیم بر بهداشت مردم، شانس های بهداشتی و انتخابهای بهداشتی تأثیر می‌گذارد (کاکرهام و دیگران، 1997:332).

رفتارها و تصمیم‌های افراد در مواردی مثل استفاده از الکل، سیگار کشیدن، رژیم غذایی، ورزش و برخی فعالیتهای مثل رلکسیشن و بستن کمربند ایمنی و معاینه دوره‌ای پزشکی از طریق شانس های زندگی فرد و منابع قابل دسترس، محدود یا تقویت می‌شود (کاکرهام و دیگران، 2004:1416). رفتارهای ناسالم در میان افرادی که در جایگاه اجتماعی پائین با امکانات ضعیف تر زندگی می‌کنند، شایع تر است. در واقع دسترسی نابرابر به منابع و موقعیت بهداشتی ضعیف، نوع زندگی پر خطر را برای آنها فراهم می‌سازد. این رفتارهای پرخطر شامل استعمال دخانیات، مصرف بی‌رویه الکل، عدم فعالیت بدنی و عادات غلط غذایی و درگیر بودن در فعالیتهای خطرناک جنسی است. از آنجائی که این رفتارها به بهداشت مربوط می‌شوند، می‌توان آنها را به عنوان عوامل متمایز سلامت از نظر اقتصادی - اجتماعی در نظر گرفت (همان اثر: 2004، 1410). در نتیجه دسترس ضعیف به این منابع و سرمایه‌ها تواناییها و شانسهای فرد را برای رسیدن به زندگی سالم (که عوامل خطر زا در آن کمتر جای دارند) کاهش می‌دهد.

رفتارهای مثل سیگار کشیدن، فعالیتهای فیزیکی در زمان فراغت و عادات غذایی که ریشه در تفاوت‌های اجتماعی - اقتصادی دارند، در بروز بیماریهای قلبی عروقی از اهمیت بسزایی برخوردارند. فعالیتهای فیزیکی کم در زمان فراغت ارتباط قوی با درآمد پائین، سطح آموزش پائین و موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی دارد.

**اکنون می‌توان فرضیه‌های مقاله را از دستگاه نظری فرموله شده استنتاج کرد.**

1- بین سرمایه اجتماعی و بیماری قلبی و عروقی رابطه وجود دارد، به طوری که هرچه سرمایه اجتماعی بیماران افزایش یابد، شدت بیماری قلبی و عروقی در آنها کاهش می‌یابد.

2- بین سرمایه اقتصادی و بیماری قلبی و عروقی رابطه وجود دارد، به طوری که هرچه سرمایه اقتصادی افزایش یابد، شدت بیماری قلبی و عروقی کاهش می‌یابد.

3- بین سرمایه فرهنگی و بیماری قلبی و عروقی رابطه وجود دارد، به طوری که هرچه سرمایه فرهنگی افزایش یابد، شدت بیماری کاهش می‌یابد.

**فرضیه ترکیبی:** بیماری قلبی و عروقی تابعی از ترکیب سرمایه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی افراد است، به طوری که هرچه میزان این سرمایه‌ها بیشتر باشد، شدت بیماری نیز کاهش می‌یابد.

این استدلال، نظری و مبتنی بر گزاره تئوریک است. تطبیق این گزاره با واقعیت، نیازمند تعریف و تبدیل آن به سنجه‌های قابل مشاهده<sup>5</sup> است. در این جا چگونگی تطبیق استدلال نظری با واقعیت مطرح می‌شود. براساس قاعده عملیاتی سازی مفاهیم، برای هر یک از مفاهیم مورد استفاده در تبیین تئوریک، معرف سازی کرده‌ایم که در زیر به این بحث پرداخته شده است.

### **عملیاتی سازی مفاهیم**

عملیاتی سازی<sup>6</sup> مفاهیم زمینه آزمون تجربی فرضیه را فراهم می‌سازد. در چارچوب فرضیه این مقاله، مفاهیم سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و بیماری قلبی و عروقی را تعریف عملیاتی کرده ایم.

<sup>1</sup> - Observable measures

<sup>6</sup> - Operationalization

**مفهوم سرمایه اجتماعی** از طریق پیوندهای همسایگی، شبکه اجتماعی، مشارکت مدنی و اعتماد اندازه گیری شده است. معرفهای پیوند همسایگی: 1. روابط صمیمانه بین ما و همسایه ها وجود دارد؛ 2. معمولاً در صورت نداشتن وسیله ای در منزل به راحتی آن را از همسایه ها قرض می گیریم. 3. در انجام برخی کارها با همسایه های خود مشورت می کنیم.

**معرفهای شبکه اجتماعی:** مانند 1. تا چه حد افرادی در اطراف شما وجود دارند که می توانید با آنها درد دل کنید. 2. تا چه حد افرادی در اطراف شما وجود دارند که شما را درک می کنند. 3. تا چه افرادی در اطراف شما وجود دارند که مصاحبت با آنها به شما آرامش می دهد.

**معرفهای مشارکت مدنی:** مانند 1. تا چه حد در گروههای مذهبی و مراسم مذهبی شرکت می کنید. 2. تا چه حد در انتخاباتی که در سطح محله و شهر انجام می شود، شرکت می کنید. 3. تا چه حد در ورزشهای گروهی مشارکت می کنید. معرفهای اعتماد اجتماعی: مانند اعتماد به پزشک، پرستار، بیمارستان و همسایه ها.

**مفهوم سرمایه اقتصادی** از طریق میزان درآمد، شغل و مالکیت خودرو و مسکن فرد اندازه گیری شده است و نیز از پاسخگو در باب کافی بودن این نوع دارایی ها جهت برآورده کردن نیازهای مختلف او سوال شده است. شاخص سرمایه اقتصادی را از طریق ترکیب ارزشهای منزل مسکونی و درآمد فرد و تبدیل آنها به نمره Z (نمره استاندارد) ساخته ایم.

**سرمایه فرهنگی** دارای سه بعد است. الف- بعد ذهنی که شامل تمایلات و گرایشهای فرد نسبت به استفاده از کالاها و خدمات است. ب- بعد عینی که شامل میزان مصرف کالاها و خدمات است. ج- بعد نهادی که شامل مدارک تحصیلی علمی فرد است. شاخص سرمایه فرهنگی را به واسطه ترکیب میزان تحصیلات و مصرف فرهنگی - هنری فرد و از طریق نمره Z (نمره استاندارد) به دست آورده ایم.

**بیماری قلبی و عروقی** از دو راه عملیاتی شده است. 1- تست های تشخیصی که شامل اکو کاردیوگرافی، داپلر رنگی، تست ورزش است که می توان از این طریق اندازه حفره های قلب، برون ده قلب حجم ضربه ای و فشار خون و تعداد ضربان قلب را به صورت عددی و اعشاری بیان کرد. مثلاً برون ده قلبی به صورت لیتر در دقیقه مطرح می شود. 2- آزمایشات تشخیصی که شامل سنجش فاکتورهای چربی خون، قند خون و آنزیمهای خونی است مثلاً آزمایش CPK، HDL، LDL یا گلیسریدو تری گلیسرید (فرانسیس، 1382: 28-40). آزمایشهای فوق به صورت عددی مطرح می شوند.

### **روش پژوهش:** روش گردآوری داده های تجربی پیمایش اجتماعی با ابزار پرسشنامه است. علاوه بر ابزار

پرسشنامه از روش اسنادی نیز جهت سنجش متغیر بیماریهای قلبی و عروق استفاده کرده ایم. در این روش به پروندههای بیماران جهت سنجش شاخص های این بیماری مراجعه شده است. روش داوری درباب فرضیات روش تحلیل رگرسیون می باشد.

### **جمعیت آماری** این تحقیق بیماران قلبی - عروق هستند که در نیمه دوم 1386 و نیمه اول 1387 در

بیمارستانهای شهر بوشهر بستری شده اند. بر اساس تحقیق مقدماتی در هر ماه 200 نفر بیمار قلبی و عروقی مراجعه کننده به بیمارستانهای شهر بوشهر داشتیم، به ازای هر متغیر مستقل 80 نفر در نظر گرفتیم (ر، ک به: ساعی، 1387) و در نتیجه 320 نفر به عنوان جمعیت نمونه انتخاب شدند. از طرفی دیگر در این تحقیق به طور تصادفی دو ماه از سال 1387 را انتخاب و جمعیت نمونه را در این دو ماه بررسی کرده ایم.

**اعتبار:** منظور ما از اعتبار اندازه گیری میزان دقت و صحت معرفهای انتخاب شده برای سنجش مفاهیم است. در اینجا میزان انطباق پذیری تعریف علمی با تعریف نظری مورد توجه است (ر، ک به: ساعی، 1387). برای تعیین اعتبار معرفها به استاد راهنما، مشاور و متخصصین قلبی و عروق و داخلی مراجعه شد و آنان این معرفها را برای اندازه گیری مفاهیم فرضیات مناسب دانستند. برای سنجش اعتبار تجربی معرفها از تحلیل عامل استفاده شد. نتایج نشان می دهد که بار عامل گویه ها بیشتر از 50/ است که در جدول زیر آورده شده است.

جدول 3 نتیجه آزمون تحلیل عامل معرف های تحقیق

بار عاملی	متغیرها
74/	پیوند همسایگی



52/	شبکه اجتماعی
63/	مشارکت اجتماعی
53/	اعتماد اجتماعی
63/	مصرف فرهنگی هنری
73/	بیماری قلبی و عروقی

**پایایی:** در این مطالعه برای سنجش پایایی از روش آلفای کرومباخ استفاده کرده ایم. مقیاس های با ضریب آلفای بیش از 0/5 دارای پایایی مناسبی است. نتیجه این روش در جدول زیر آورده شده است.

جدول 4 نتیجه آزمون پایایی معرف های تحقیق به روش آلفای کرومباخ

ضریب آلفا	تعداد گویه	شاخص
75/	5	پیوند همسایگی
60/	4	شبکه اجتماعی
64/	4	مشارکت اجتماعی
65/	4	اعتماد اجتماعی
58	6	مصرف فرهنگی هنری

### استدلال تجربی

در این قسمت از طریق استدلال استقرایی (تجربی) صدق یا کذب فرضیات پژوهش مورد داوری قرار گرفته است. در این پژوهش تحلیل تجربی را در دو سطح انجام داده ایم:  $\square$  - تحلیل توصیفی 2- تحلیل تبیینی. در تحلیل توصیفی چگونگی توزیع داده های تجربی مربوط به متغیرهای زمینه ای و مفاهیم موجود در فرضیات بررسی شده است. در سطح تحلیل تبیینی فرضیات از طریق گزاره های مشاهده ای آزمون تجربی قرار گرفته است

دادهای تجربی نشان می دهد که از کل حجم نمونه، 57/5 درصد مرد و 42/5 درصد زن می باشند. از طرفی دیگر 31/56 درصد از بیماران در سنین 45-46 سالگی قرار دارند و بیمارانی که در سنین 51-52 سالگی قرار دارند کمترین حجم نمونه را تشکیل می دهند. بر طبق داده های موجود کمترین میزان تحصیلات مربوط به لیسانس به بالاتر است (3/75) و بیشترین تحصیلات مربوط به دیپلم به میزان 28/44 می باشد. همچنین 53/13 درصد جمعیت نیز تحصیلات در حد سیکل و دیپلم دارند. از طرفی دیگر تحصیلات زنان نسبت به مردان پایین تر است به طوری که بی سوادی در زنان 20/59 درصد می باشد در حالی که در مردان 3/80 درصد می باشد. همچنین 50/54 درصد مردان تحصیلات بالاتر از سیکل دارند در حالی که این میزان در زنان 27/21 می باشد.

**سرمایه اجتماعی:** برای سنجش سرمایه اجتماعی از چهار بعد پیوند همسایگی، شبکه اجتماعی، مشارکت اجتماعی و اعتماد اجتماعی استفاده کرده ایم که داده های تجربی متغیرها و شاخص آنها در جدول 5 ارائه شده است.

جدول 5 - توزیع نسبی داده های تجربی سرمایه اجتماعی

کم	متوسط	زیاد	گفتارها
29/1	43/8	27/2	روابط صمیمانه بین ما و همسایه ها وجود دارد
55/3	36/9	7/5	ما و همسایگان معمولاً به منازل یکدیگر جهت مهمانی می رویم
70/9	27/5	1/6	معمولاً در صورت نداشتن وسیله ای در منزل به راحتی آن را از همسایه ها قرض می گیریم
56/6	40/6	2/8	در انجام برخی کارها با همسایه های خود مشورت می کنیم
45/3	50	4/7	همسایه های ما معمولاً نگرانی های خود را با ما در میان می گذارند و از ما تقاضای کمک می کنند
51/44	39/76	8/76	<b>شاخص پیوند همسایگی</b>
28/8	67/8	3/4	تا چه حد افرادی در اطراف شما وجود دارند که می توانید با آنها درد دل کنید
57/8	37/8	4/4	تا چه حد افرادی در اطراف شما وجود دارند که شما را درک می کنند
59/7	36/6	3/8	تا چه حد افرادی در اطراف شما وجود دارند که مصاحبت با آنها به شما آرامش می دهد
35/6	60	4/4	تا چه حد افرادی در اطراف شما وجود دارند که در حل مشکلات مالی به شما کمک می کنند
45/47	50/55	4	<b>شاخص شبکه اجتماعی</b>
31/6	65/9	2/5	تا چه حد در گروههای مذهبی و مراسم مذهبی شرکت می کنید
56/9	41/9	1/3	تا چه حد در رفع مشکلات محله شرکت می کنید
67/2	31/6	1/3	تا چه حد در انتخاباتی که در سطح محله و شهر انجام می شود، شرکت می کنید
89/4	9/1	1/6	تا چه حد در ورزشهای گروهی مشارکت می کنید
27/61	37/13	1/65	<b>شاخص مشارکت اجتماعی</b>
7/5	27/8	64/7	اعتماد به پزشک
6/2	32/5	61/3	اعتماد به پرستار
28/4	41/9	29/7	اعتماد به بیمارستان
39/1	37/2	23/7	اعتماد به همسایه
20/32	34/85	44/37	<b>شاخص اعتماد اجتماعی</b>

در این جدول شاخصها برحسب متوسط توزیع درصد فراوانی متغیرهای هریک از ابعاد مفهوم سرمایه اجتماعی ساخته شده اند. داده ها نشان می دهند که 51/44 درصد بیماران پیوند کمی با همسایگان خود دارند. شبکه اجتماعی یکی دیگر از ابعاد سرمایه اجتماعی است. شبکه های اجتماعی چهار چوبهای هستند که روابط اجتماعی در آنها شکل می گیرد و اساساً پایه ای برای انسجام اجتماعی هستند. شاخص شبکه اجتماعی بیماران نشان نشان می دهد که تنها 4 درصد بیماران شبکه اجتماعی زیادی دارند. سومین شاخص اندازه گیری سرمایه اجتماعی مشارکت اجتماعی است. مشارکت اجتماعی فعالیتهای داوطلبانه ای است که در سطح جامعه و درون انجمن ها، کلوب ها و سازمانها تحقق می یابد. دادهای تجربی مربوط به مشارکت اجتماعی نشان می دهد که بیماران مشارکت اجتماعی در حد متوسط دارند. یکی دیگر از ابعاد سرمایه اجتماعی

اعتماد است. یافته نشان می دهد که در مجموع 44/37 درصد بیماران تا حد زیادی اعتماد اجتماعی دارند. به طور کلی بیشترین فراوانی سرمایه اجتماعی پاسخگویان در زمینه اعتماد اجتماعی درصد است.

**مفهوم سرمایه اقتصادی:** سرمایه اقتصادی شامل درآمدهای پولی، منابع و دارایی های مالی است. در این تحقیق سرمایه اقتصادی توسط معرف های میزان درآمد، مالکیت منزل، مساحت منزل شخصی، قدرت خرید و الویت های هزینه ای اندازه گیری شده است.

جدول 6. توزیع پاسخگویان بر حسب نوع منزل مسکونی

نوع منزل	فراوانی	درصد
شخصی	154	48/1
غیر شخصی	166	51/9
کل	320	100

شواهد دلالت بر آن دارند که 51/88 درصد پاسخگویان منزل غیر شخصی دارند و 48/12 درصد پاسخگویان منزل شخصی دارند. جدول بیانگر توزیع درصد نوع منزل پاسخگویان بر حسب مترای منازل شخصی می باشد. بنا به چارچوب نظری تحقیق مترای منازل غیر شخصی محاسبه نشده است. از طرفی دیگر می توان گفت که بیشترین فراوانی از لحاظ مترای در بازه 65-100 متر است که این میزان 42/21 درصد کل جمعیت نمونه را تشکیل می دهد. این یافته ها نشان می دهد که هرچه به سمت مترای بیشتری می رویم، از درصد کل جمعیت کاسته می شود، یعنی افراد توان مالی برای تملک منزلی با مترای بالا را ندارند.

جدول 7. توزیع پاسخگویان بر حسب مترای منزل

جدول 8- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب قدرت خرید

مسکونی

مترای	فراوانی	درصد
65-100 متر	65	42/21
101-136 متر	38	24/68
137-172 متر	27	17/53
173-208 متر	24	15/58
کل	154	100

قدرت خرید	فراوانی	درصد
خرید مواد غذایی	242	75/6
خرید تلوزیون یا یخچال	77	24/1
خرید ماشین	1	0/3
کل	320	100

یافته ها نشان می دهد که درآمد ماهیانه 75/6 درصد پاسخگویان در حد خرید مواد غذایی است. تنها 0/3 پاسخگویان درآمد در حد خرید ماشین دارند. به طور کلی قدرت خرید پاسخگویان در حد نیازهای اساسی است و این شواهد نشان دهنده که افراد توان مالی برای پرداختن به دیگر نیازهای اساسی را خیلی کمتر دارند جدول 9 نیز بیانگر این موضوع است جدول 9- توزیع درصد الویت پاسخگویان بر حسب زمینه های هزینه ای

زمینه هزینه ای					الویت
مواد غذایی	سفر	تفریح	درمان	تعمیرات و نگهداری	
86/8	9/4	3/4	0	0	الویت اول
9/4	82/2	9/1	0	0	الویت دوم
4/4	8/4	87/5	0	0	الویت سوم
0	0	0	71/9	27/5	الویت چهارم
0	0	0	28/1	71/6	الویت پنجم

100	100	100		100	کل
-----	-----	-----	--	-----	----

جدول 9 نشان دهنده

الویت پاسخگویان بر حسب زمینه های است که هزینه می شود. داده های موجود نشان می دهد که تهیه مواد غذایی با 86/8 درصد در الویت اول پاسخگویان و بهداشت و درمان با 71/9 درصد در الویت چهارم قرار دارد. همچنین الویت دوم 82/2 درصد پاسخگویان پرداخت قرض می باشد. بنا به یافته های موجود به علت پایین بودن سرمایه اقتصادی، اکثریت افراد درآمد خود را جهت خرید مواد غذایی و بازپرداخت قرض و وام هزینه می کنند و زمینه های همچون بهداشت و درمان و اوقات فراغت در الویت های آخر قرار دارد.

**مفهوم سرمایه فرهنگی:** سرمایه فرهنگی در برگیرنده مهارت ها و هنرها، باورها و عادات فرد است و شامل اختصاص زمانهای ثابت و الزامی و صرف هزینه برای امور فرهنگی می باشد (اشفنبیری، 1997: 574). سرمایه فرهنگی دارای دو بعد نهادینه شده و عینیت یافته می باشد. بعد نهادینه را به واسطه میزان تحصیلات و بعد عینی را به واسطه مصارف فرهنگی - هنری فرد سنجیده شده است.

جدول 10. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تحصیلات

درصد	فراوانی	تحصیلات
10/9	35	بی سواد
13/8	44	سواد خواندن و نوشتن
10	33	پنجم
24/7	79	سیکل
28/4	91	دیپلم
8/4	27	فوق دیپلم
3/8	12	لیسانس به بالاتر
100	320	کل

جدول 10 توزیع فراوانی بیماران را بر حسب تحصیلات آنها نشان می دهد. بیشترین فراوانی از لحاظ تحصیلات مربوط به درصد بیمارانی است که دیپلم دارند. میزان بی سواد 10/9 درصد می باشد که قابل توجه می باشد. میانه تحصیلات بیماران سیکل است. در واقع متوسط تحصیلات بیماران پایین است که این امر می تواند عادات و آگاهی افراد از عوامل زمینه ساز بیماری را تحت تاثیر قرار دهد و با بعد عینی سرمایه فرهنگی تشدید می یابد. یکی دیگر از شاخص های سرمایه فرهنگی متغیر مصارف فرهنگی - هنری است. این شاخص

بیانگر میزان ساعتی است که فرد به کارهای هنری و فرهنگی می پردازد که در جدول زیر مطرح شده است.

جدول 11. توزیع درصد پاسخگویان بر حسب مصارف فرهنگی - هنری

زیاد	کم	اصلا	مصرف فرهنگی-هنری
1/9	15	83/1	شرکت در کلاسهای آموزشی
8/1	24/1	67/8	انجام کارهای دستی و هنری
20/6	77/8	1/6	تماشای تلوزیون و ماهواره
3/8	22/8	73/4	رفتن به سینما و تئاتر
7/8	45/9	46/3	گوش کردن به موسیقی
0/6	36/9	62/5	مطالعه

بر اساس شواهد موجود 62/5 درصد

بیماران اصلا مطالعه ندارند و 36/9 درصد آنها مطالعه

در حد کم دارند. همچنین 83/1 درصد بیماران اصلا

در کلاسهای آموزشی شرکت نمی کنند و تنها 15

درصد آنها در این کلاسهای آموزشی شرکت کم دارند

. طبق داده های موجود تماشای تلوزیون و ماهواره، بیشترین فعالیت است که بیماران به آن می پردازند.

در مجموع افراد به کارهای فرهنگی و هنری توجهی خیلی کمی دارند و اوقات فراغت خود را به کارهای دیگر می پردازد.

در ادامه بحث به آزمون فرضیات پرداخته می شود.

## بیماری قلبی و عروقی: جدول 12 درصد ابتلای پاسخگویان را به چهارنوع بیماری قلبی و عروقی بر حسب

عوامل خطر ساز بیماری نشان می دهد. شواهد دلالت بر آن دارد که سکنه قلبی با 43/75 درصد، بیشترین فراوانی در بین پاسخگویان به خود اختصاص داده است. کمترین فراوانی بیماری با 6/25 درصد مربوط به بیمارانی است که نارسایی قلبی دارند.

جدول 12 توزیع درصد نوع بیماری قلبی و عروقی بر حسب عوامل خطر ساز بیماری

عوامل خطر ساز بیماری	قند خون ناشتا بالاتر از 126	کلسترول بالاتر از 200	LDL بالاتر از 130	HDL کمتر از 35	فشار خون بالاتر از 140/90	کل
سکنه قلبی	42%	50%	35%	25%	50%	140 43/75%
آنژین صدری	27%	46%	15%	30%	22%	90 28/12%
نارسایی قلبی	20%	22%	13%	24%	17%	20 6/25%
آریتمی های قلبی	40%	38%	18%	5%	39%	70 21/88%
کل	65 20/31%	100 31/25%	54 16/88%	32 10%	69 21/56%	320 100%

یافته ها نشان می دهد که 31/25 درصد افراد کلسترول تام بالاتر از 200 دارند و 10 درصد کل بیمارانی دارای HDL کمتر از 35 می باشند. در بین عوامل خطر ساز بیماری قلبی و عروقی عامل کلسترول تام با میانگین 39 نسبت به سایر عوامل تاثیر گذار تر است. سکنه قلبی و آنژین صدری که از گروه بیمارهای اسکمیک قلبی هستند، بیش از سایر بیمارها تحت تاثیر عوامل خطر ساز بیماری قرار می گیرند

## داوری در باب فرضیه اول

فرضیه اول: "بین سرمایه اجتماعی و بیماری قلبی و عروقی رابطه وجود دارد، به طوری که هرچه سرمایه اجتماعی بیمارانی افزایش شود، شدت بیماری قلبی و عروقی در آنها کاهش می یابد."

جدول 13. رگرسیون سرمایه اجتماعی بر شدت بیماری

B	Beta	f	constant	sig	R2	R
-14/69	-0/493	102/269	1552	0/000	0/243	0/493

یافته های تجربی نشان می دهد که ضریب همبستگی سرمایه اجتماعی با شدت بیماری قلبی و عروقی -0/493 و ضریب تعیین آن 24 درصد است. بدین معنی که نسبتی از واریانس متغیر شدت بیماری که توسط سرمایه اجتماعی تبیین شده است، معادل 24 درصد است.

تابع رگرسیون این فرضیه برابر با (سرمایه اجتماعی)  $\hat{y} = 1552 + (-14/69)$  است. در این معادله عرض از مبدا 1552 و ضریب رگرسیون -14/69 است. اگر تاثیر سرمایه اجتماعی بر روی بیماری قلبی و عروقی کنترل شود، پایه تغییرات بیماری قلبی و عروقی معادل 1552 است. حال اگر متغیر سرمایه اجتماعی وارد تحلیل شود، به ازای یک واحد افزایش در سرمایه اجتماعی، به اندازه 14/69 واحد کاهش در شدت بیماری قلبی و عروقی قابل تخمین است.

## داوری در باب فرضیه دوم

فرضیه دوم " بین سرمایه اقتصادی و بیماری قلبی و عروقی رابطه وجود دارد، به طوری که هرچه سرمایه اقتصادی افزایش یابد، شدت بیماری قلبی و عروقی کاهش می یابد."

جدول 14. رگرسیون سرمایه اقتصادی بر شدت بیماری قلبی و عروقی

B	Beta	f	constant	Sig	R <sup>2</sup>	R
-64/36	/500	105/820	898/36	/000	/250	/500

نتایج رگرسیون نشان می دهد که همبستگی بین سرمایه اقتصادی و شدت بیماری قلبی و عروقی 50 درصد و ضریب تعیین آن 25 درصد است. بدین معنی که نسبتی از واریانس متغیر شدت بیماری که توسط سرمایه اقتصادی تبیین شده است معادل 25 درصد است.

معادله رگرسیون این فرضیه عبارت است: (سرمایه اقتصادی)  $\hat{y} = 898/36 + (-64/36)$  . در این معادله عرض از مبدا 898/36 می باشد، یعنی میزان بیماری بدون دخالت متغیر سرمایه اقتصادی برابر با 898/36 می باشد . حال اگر عمل سرمایه اقتصادی را وارد تحلیل کنیم، شواهد تجربی دلالت بر آن دارد که به ازای هر واحد افزایش در سرمایه اقتصادی، شدت بیماری قلبی و عروقی به میزان 64/36 واحد کاهش می یابد.

## داوری در باب فرضیه سوم

فرضیه سوم " بین سرمایه فرهنگی و بیماری قلبی و عروقی رابطه وجود دارد، به طوری که هرچه سرمایه فرهنگی افزایش یابد، شدت بیماری کاهش می یابد."

جدول 15. رگرسیون سرمایه فرهنگی بر شدت بیماری قلبی و عروقی

B	Beta	f	constant	Sig	R <sup>2</sup>	R
-11/59	/40	63/90	808/8	/000	/167	/40

تحلیل رگرسیون نشان می دهد که همبستگی بین سرمایه فرهنگی و شدت بیماری قلبی و عروقی 40/ و ضریب تعیین آن 16 درصد است. معادله رگرسیون این فرضیه برابر (سرمایه فرهنگی)  $\hat{y} = 808/8 + (-11/59)$  است. در این معادله ضریب رگرسیون معادل -11/59 است. بدین معنی که به ازای هر واحد تغییر در سرمایه فرهنگی به میزان 11/59 واحد تغییر منفی در بیماری قلبی و عروقی قابل برآورد است.

## داوری در باب فرضیه ترکیبی

فرضیه چهارم " بیماری قلبی و عروقی تابعی از ترکیب سرمایه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی افراد است، به طوری که هرچه میزان این سرمایه ها بیشتر باشد، شدت بیماری نیز کاهش می یابد."

برای آزمون تجربی این فرضیه سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی را ترکیب و متغیر سرمایه های فرد را ساخته ایم .

جدول 16. رگرسیون سرمایه های فرد بر شدت بیماری

B	Beta	f	constant	Sig	R <sup>2</sup>	R
-40/45	-/61	194/505	877/8	/000	/38	/61

یافته های تجربی نشان می دهد که ضریب همبستگی شدت بیماری قلبی و عروقی با متغیر سرمایه های فرد، 61 -/ و ضریب تعیین آن 38 درصد است. بدین معنی که نسبتی از واریانس متغیر شدت بیماری که از طریق سرمایه های فرد تبیین شده است معادل 38 درصد است.

تابع رگرسیون این فرضیه عبارت است: (سرمایه های فرد)  $y = 877/8 + (-40/45)$  . در این معادله عرض از مبدا 877/8 است . این یافته تجربی نشان می دهد که اگر تاثیر متغیر سرمایه های فرد، ثابت نگهداشته شود، متوسط شدت بیماری قلبی و عروقی معادل 877/8 است. حال اگر متغیر مستقل مورد نظر را وارد تحلیل کنیم به ازای هر واحد تغییر مثبت در سرمایه های فرد، شدت بیماری قلبی و عروقی به اندازه 40/45 واحد کاهش می یابد.

## نتیجه گیری

بر اساس یافته های تجربی موجود می توان داوری کرد که هر سه سرمایه می توانند بخشی از تغییرات شدت بیماری قلبی و عروقی را تبیین کنند، به طوری که نسبتی از واریانس متغیر شدت بیماری که توسط سرمایه اجتماعی تبیین شده معادل 24 درصد است و در مورد سرمایه اقتصادی 25 درصد است. سرمایه فرهنگی 16 درصد تغییرات را تبیین می کند. سرمایه کلی فرد 38 درصد تغییرات شدت بیماری را تبیین می کند. در اینجا باید گفت این رابطه مبتنی بر استدلال آماری است. استدلال آماری در پی پیدا کردن نظم های تجربی<sup>7</sup> است. این استدلال نیاز به تحلیل تئوریک دارد تا معنای نظری رابطه آماری بدست آمده روش شود. از حیث تحلیل تئوریک، افراد در درون شبکه های اجتماعی، از طریق کسب اطلاعات و آگاهی های بهداشتی به انجام رفتارهای بهداشتی تشویق می شوند. افراد دارای سرمایه اجتماعی بالا، معاینات دوره ای را به طور منظم انجام می دهند و این امر به کنترل وضعیت بیماری منجر می شود. از طرفی دیگر اعتماد به نظام مراقبت بهداشتی، بیماران را به استفاده از خدمات بهداشتی ترغیب می کند و سبب می شود بیماران تسلیم امر درمان شوند و بیماری را بپذیرند و اطلاعات مرتبط با امر بیماری را در اختیار کنشگران پزشکی قرار دهند. اعتماد زمینه ای را فراهم می کند که بیماران و کنشگران پزشکی بتوانند به طور موثر برای رسیدن به اهداف ناظر بر مراقبتهای پزشکی با یکدیگر مشارکت کنند.

سرمایه اقتصادی بالا در کنار سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی به تغذیه بهتر، ورزش مناسب تر و فرصتهای زندگی بهتر منجر می شود. کسانی که از سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی پائین تری برخوردارند، از تسهیلات بهداشتی بهتری برخوردار نیستند. این افراد رابطه ای ابزاری با بدن خود دارند و انواع رنجها را تحمل می کنند. اما کسانی که از سرمایه اقتصادی و فرهنگی بیشتری برخوردارند به منابع کمیابی مانند ثروت و قدرت دستیابی دارند، از رژیم غذایی مناسب تر و ورزش های بهتر برخوردارند و توان مقابله با عوامل استرس زا را دارند.

**دلالت های عملی پژوهش:** یافته های این تحقیق دلالت بر آن دارند که متغیرهای سرمایه اجتماعی، اقتصادی و سرمایه فرهنگی وزن مهمی در تبیین بیماری قلبی و عروقی دارند. اکنون این سوال مطرح است که برای کاهش بیماری قلبی و عروقی شهروندان چه باید کرد؟ در پاسخ به این سوال باید به یافته های نوشتار حاضر رجوع کرد. این یافته ها می توانند پایه برنامه ریزی علمی در جهت کنترل بیماری قلبی و عروقی شهروندان تلقی شوند. شواهد تجربی موجود دلالت بر آن دارند که سبک زندگی بهداشتی نیازمند برخورداری شهروندان از هر سه نوع سرمایه در حد مطلوب است. راه حل پیشنهادی ما آن است که باید به داده های تجربی هر یک از متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش رجوع کرد و مشاهدات پرابلماتیک را استخراج و از طریق درجهت ایجاد تغییرات مثبت در آنها برای مهندسی مساله مورد پژوهش استفاده کرد. بنابراین در ادامه بحث بر حسب متغیرهای مورد مطالعه، به ارایه راهکارهای عملی می پردازیم.

ب) تقویت سرمایه اجتماعی در نزد شهروندان: در فرضیه تاثیر سرمایه اجتماعی بر بیماری قلبی و عروقی ضریب رگرسیون سرمایه اجتماعی معادل 14/69- است. این ارزش دلالت بر آن دارد که با افزایش سرمایه اجتماعی، بیماری قلبی و عروقی کاهش می یابد. داده های موجود در جدول شماره پنج نشان می دهد که همه متغیرهای مربوط به شاخص های پیوند همسایگی و مشارکت اجتماعی حالت بحرانی دارند. برای حل آن باید در متغیرهای سازنده این شاخصها تغییرات مثبت ایجاد کرد تا افراد بتوانند بواسطه بالا بردن سرمایه های اجتماعی خود شرایط بهبود کیفیت زندگی خود را فراهم سازند. باید تلاش کرد نظام مراقبت و سلامت را وارد حوزه عمومی کرد و از طریق تقویت شبکه روابط اجتماعی میان کنشگران پزشکی، اعتماد نسبت به نظام مراقبت بهداشتی را افزایش داد. همچنان که پیشتر گفته شد، اعتماد زمینه ای را فراهم می کند که در آن بیماران و کنشگران پزشکی می توانند به طور موثر برای رسیدن به اهداف ناظر بر مراقبتهای پزشکی با یکدیگر مشارکت کنند.

افزایش سرمایه اقتصادی: شواهد نشان می دهد که به ازای هر واحد افزایش در سرمایه اقتصادی، شدت بیماری قلبی و عروقی به میزان 64/36 واحد کاهش می یابد. یکی از راه های افزایش سرمایه اقتصادی شهروندان تحقق نسبی عدالت توزیعی است.

**تقویت سرمایه فرهنگی:** ضریب زاویه رگرسیونی سرمایه فرهنگی معادل 11/59- است. بالا بردن سطح سواد، دانش بهداشتی و تغییر در سبک زندگی شهروندان به کاهش عوامل خطر ساز بروز این نوع بیماریها می شود

### سخن آخر

در این اثر اگرچه تلاش شده است که تبیین مناسب تری از شدت بیماری قلبی و عروقی ارائه گردد. در عین حال این واقعیت را باید پذیرفت که تحقیق علمی تحقیقی مبتنی بر آزمون و خطا است. پایان هر تحقیق آغاز مسئله جدید است. این قاعده بر این نوشتار نیز صادق است. در این تحقیق 48 درصد از واریانس متغیر شدت بیماری قلبی و عروقی تبیین شده است و 52 درصد واریانس پسمانده وجود دارد. واریانس پس مانده مربوط به متغیرهایی است که در این تحلیل حضور نداشته اند. امید است پژوهشگران با نقد این اثر تبیین بهتری در باب مسله بیماری قلبی و عروقی ارائه دهند.

در پایان برای ادامه این نوع پژوهش ها موضوعات زیر توصیه می شود:

1. تحلیل سیاستهای بهداشتی دولت و تأثیر آن در بروز زمینه های بیماری قلبی و عروقی؛ 2. بررسی تأثیر عوامل زیست محیطی همچون ارث، ترشح هورمونها، بیماری های ناشناخته و تأثیر آنها در بروز زمینه های قلبی و عروقی؛ 3. مطالعه تطبیقی بیماران قلبی و عروقی با سایر بیماریها؛ 4. کنترل مولفه های سبک زندگی در طول سالیان متمادی و تأثیر آن در بروز بیماری قلبی و عروقی.

### منابع

- ابدی، علیرضا (1378)، سالنامه آماری اداره کل آمار و خدمات ماشینی نشر و آمار بیمارستان ها، تهران انتشارات وزارت بهداشت و درمان
- بوردیو، پیر (1381)، نظریه کنش، دلایل عملی و انتخاب عقلانی، ترجمه مرتضی مردیپه، تهران انتشارات نقش و نگار
- ریتزر، جرج (1379)، نظریه جامعه شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی، تهران نشر علمی
- ساعی، علی (1387)، روش تحقیق در علوم اجتماعی با رویکرد عقلانیت انتقادی، انتشارات سمت.
- ساداتیان، اصغر (1379)، تظاهرات اصلی و بیماریهای قلب، تهران: انتشارات سماط
- فرانسس، ساین (1382)، راهنمای عملی بیماریهای قلب و عروق، ترجمه حسین دوست کامی، تهران، موسسه فرهنگی انتشاراتی یاوریان
- عزیزی، فریدون (1383)، اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، تهران انتشارات خسروی
- محسنی، منوچهر (1367)، جامعه شناسی پزشکی، تهران انتشارات طهوری
- موسوی خامنه، مرضیه (1383) بررسی سرمایه اجتماعی در مدارس و تأثیر آن بر سلوک اجتماعی دانش آموزان، پایان نامه دکتری، دانشگاه تهران
- Anheir, H.K, Gerhards, j, & Romo, F.P (1995) **Forms of Capital and Social Structure in Cultural Fields : Examining Bourdieus Social Topography**. American Journal of Sociology, 100, 589-903
- Bowling, ann. (2001) **measuring disease**, pen university press
- Cattell, Vicky. (2001) **poor people ,poor place and poor health ;The mediating role of Social Network and Social Capital**, Social Science & medicine ,52, pp:1501-1516
- Chacko, Elizabeth (2003) **Culture and Therapy :Complementary Strategies For Treatment of Type-2 Diabetes** , social science & medicine, 56, pp:1087-1098
- Cockerham, W. C., RuÈ tten, A., & Abel, T. (1997). **Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber**. Sociological Quarterly, 38, 321±342.
- Cockerham, W. C., Hinote, B. P., Abbott, P., & Haerpfer, C (2004). **Health lifestyles in central Asia: The case of Kyrgyzstan and Kazakhstan**. Social Science & Medicine, 59, 1409-1421.
- Kawachi, BP Kennedy, K Lochner and D Prothrow-Stith, (2006) **Social capital, income inequality and mortality**, Am J Public Health, 87, pp. 440-468
- Koivusilta, L., Rimpelä, A. and Rimpelä, M. (1999) **Health-related lifestyle in adolescence—origin of class differences in health?** Health Education Research, 14, 339-355



- lin,nan(2001) **social capital;a theory of social structure and action** ,Cambridge university press
- -----(1999) Building a Network Theory of Social Capital ,New York, Aldine degruyter
  - Lindstrom.m (2001) **Socioeconomic differences in Leisure-Time physical activity**, Social Science & Medicine ,vol.52
  - Mcqueen, David. (2007) **Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion**, Spring ,New York
  - Mitchell,A.David(2007) **Measuring Dimensions of Social Capital :Evidence from Surveys in Poor Communities in Nicaragua**, Social Science &Medicine,64, pp:50-63
  - Mohseni, Mohabat, (2007) **Social Capital, Trust in the Health-Care System and Self-rated Health** ,Social Science &Medicine ,64,PP;1373-1383
  - Poortinga,Wounter(2006) **Social Relation or Social Capital? : individual and Community Health Effects of Bonding social Capital**, Social Science &Medicine,63,pp:255-270
  - Navarro, V.,( 1998 ) **A historical review (1965-1997) of studies on class, health and quality of life : A personal account**. International Journal of Health services 283 , pp. 450- 460