https://jas.ui.ac.ir/?lang=en

Journal of Applied Sociology
E-ISSN: 2322-343X
Vol. 38, Issue 1, No.105, 2027, pp 125-148
Received: 04.01.2026 Revise Date: 03.07.2026 Accepted: 11.07.2026

Research Paper

Health-Oriented Behaviors and Their Social and Cultural Determinants: A Study among Citizens of Kashan City

Amin Heydarian
Ph.D. in Sociology, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran
amin.heydarian@grad.kashanu.ac.ir

Mohammad Ganji *
Associate professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran
m.ganji@kashanu.ac.ir

Introduction
Health-oriented behaviors—defined as a set of conscious actions aimed at prevention, diagnosis, and health promotion—play a decisive role in reducing the burden of non-communicable diseases. However, the formation and persistence of these behaviors are largely shaped by broader social and cultural determinants. This study offered a theoretical and empirical analysis of the determinants of health-oriented behaviors among citizens of Kashan. Moving beyond individualistic perspectives, it adopted a comprehensive approach that, rather than focusing solely on personal choices, underscored the critical role of social structures, as well as economic and cultural conditions, in shaping health-related decisions. Furthermore, it elucidated how variations in access to resources and opportunities across individuals and social classes influenced their health-related behaviors. To this end, the present study employed an integrated analytical framework that simultaneously addressed 3 levels of influence: opportunity structures (economic and cultural contexts), supportive relational networks, and individuals' cognitive and informational capacities (as prerequisites for health-oriented agency). It aimed to empirically examine the causal chain linking socio-cultural determinants to everyday health behaviors. By addressing the existing research gap concerning the concurrent influence of social and cultural factors, this study contributes to a more comprehensive understanding of the mechanisms that shape health-oriented behaviors.

Materials and Methods
This study was conducted by using a quantitative approach and a survey-based research design. The statistical population consisted of all citizens aged 18 years and above residing in the five districts of Kashan, totaling 308,476 individuals. The sample size was determined as 550 participants by using Sample Power software as selected through a multi-stage cluster probability sampling method. The data collection instrument was a researcher-developed questionnaire, the face and construct validity of which were confirmed through expert consultation, while its reliability was established by calculating Cronbach's alpha coefficients for all constructs. Data were analyzed using SPSS software for descriptive and preliminary inferential statistics and Amos software for structural equation modeling.

Discussion of Results & Conclusion
Descriptive findings indicated that the mean scores for most independent and dependent variables—including health-oriented behaviors—fell below the median (i.e., at a lower-to-moderate level), with health literacy being the sole exception, which stood at an upper-moderate level. Pearson correlation analysis confirmed a direct and significant relationship between all 6 independent variables—economic capital, cultural capital, social capital, social support, health literacy, and e-health literacy—and health-oriented behaviors. The final structural equation model revealed that these variables collectively accounted for 76.9% of the variance in health-oriented behaviors. Among them, cultural capital (beta coefficient=0.466; total effect=0.672), social capital (beta

* Corresponding author

How to cite: Heydarian, A., & Ganji, M. (2027). Health-oriented behaviors and their social and cultural determinants: A study among citizens of Kashan City. *Journal of Applied Sociology*, *38*(1), 125-148. https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

2322-343x / © University of Isfahan
This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

coefficient=0.276; total effect=0.395), and health literacy (beta coefficient=0.220; total effect=0.303) exerted the highest total effects, respectively. Another noteworthy finding was the mediating role of health literacy and e-health literacy in the relationship between cultural capital and health-oriented behaviors, indicating that cultural capital partly influenced health behaviors by enhancing individuals' cognitive and informational capacities regarding health. In contrast, the effect of economic capital, though statistically significant, was considerably weaker.

In conclusion, this study corroborated an integrated theoretical framework that emphasized the complex interplay between structure (life opportunities derived from various forms of capital) and agency (capabilities derived from literacy) in shaping health-oriented behaviors. The findings suggested that, in the context of Kashan, improvements in income alone—without corresponding strengthening of cultural and social capital and health literacy—would not significantly promote a healthy lifestyle. Therefore, population health promotion strategies should prioritize the enhancement of cultural and social capital, alongside the improvement of health literacy and e-health literacy, rather than focusing solely on economic factors. Practical recommendations include neighborhood-level planning to establish support networks, implementation of educational campaigns to foster healthy perceptions and attitudes, and facilitation of access to credible digital health information. Such an integrated approach can contribute significantly to reducing health inequalities across different city districts and designing evidence-based local health policies.

Keywords: Health-oriented Behavior, Healthy Lifestyle, Cultural Capital, Social Capital, Health Literacy.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

جامعه‌شناسی کاربردی

سال سی و هشتم، شماره پیاپی (۱۰۵)، شماره اول، ۱٤۰٦، ص۱۲۵-۱٤۸

تاریخ دریافت: ۱٤۰٤/۱۰/۱٤ تاریخ بازنگری: ۱٤۰۵/۰٤/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱٤۰۵/۰٤/۲۰

مقاله پژوهشی

رفتارهای سلامت‌محور و تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی آن: مطالعه‌ای در میان شهروندان شهر کاشان

امین حیدریان، دکترای جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکدهٔ علوم انسانی و حقوق، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

amin.heydarian@grad.kashanu.ac.ir

محمد گنجی*، دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکدهٔ علوم انسانی و حقوق، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

m.ganji@kashanu.ac.ir

چکیده

مطابق با پارادایم نوین سلامت عمومی، رفتارهای سلامت‌محور نه صرفاً به‌عنوان انتخاب‌های فردی، بلکه به‌عنوان برایندی پیچیده از تعیین‌کننده‌های ساختاری، اجتماعی و فرهنگی شناخته می‌شود که نقش محوری در پیشگیری از بار فزایندهٔ بیماری‌های غیرواگیر ایفا می‌کند؛ بااین‌حال، بررسی چگونگی تأثیر این عوامل زمینه‌ای بر تصمیم‌گیری‌های سلامت در بافتارهای محلی، نیازمند گذار از رویکردهای تقلیل‌گرا به تحلیل‌های تجربی چندبُعدی است. پژوهش حاضر با هدف تحلیل نظری و تجربی تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی رفتارهای سلامت‌محور شهروندان شهر کاشان طراحی و اجرا شده است. روش پژوهش از نوع پیمایشی و جامعهٔ آماری شامل شهروندان ساکن در مناطق پنج‌گانهٔ شهر کاشان بود که از این میان، ۵۵۰ نفر با استفاده از نرم‌افزار Sample Power و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که بین متغیرهای سرمایهٔ اقتصادی، سرمایهٔ فرهنگی، سرمایهٔ اجتماعی، حمایت اجتماعی، سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک با رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج اجرای مدل معادلهٔ ساختاری (Amos) گویای برازش مطلوب مدل بود (CMIN/DF=2.047؛ CFI=0.902؛ PCFI=0.827؛ RMSEA=0.044). درمجموع، عامل‌های اصلی پژوهش توانست ۷٦/۹درصد از واریانس رفتارهای سلامت‌محور را تبیین نماید که دراین‌میان، سه متغیر سرمایهٔ فرهنگی، سرمایهٔ اجتماعی و سواد سلامت بیشترین میزان تأثیر را بر این رفتارها داشته است.

واژه‌های کلیدی: رفتار سلامت‌محور، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، سرمایهٔ فرهنگی، سرمایهٔ اجتماعی، سواد سلامت.

* نویسنده مسؤول:

حیدریان، امین و گنجی، محمد . (۱٤۰٦). رفتارهای سلامت‌محور و تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی آن: مطالعه‌ای در میان شهروندان شهر کاشان، *جامعه شناسی کاربردی*، ۳۸(۱)، ۱۲۵-۱٤۸. https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754 .

2322-343X © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

مقدمه و بیان مسئله

برمبنای آمارهای سازمان بهداشت جهانی، سالانه بیش از ٤۳ میلیون نفر از مردم در سراسر جهان بر اثر بیماری‌های غیرواگیر که مرتبط با رفتارها و سبک زندگی است، جان خود را از دست می‌دهند (معادل ۷۵درصد از کل مرگ‌ومیرها) و ۱۸ میلیون نفر از این مرگ‌ها قبل از ۷۰ سالگی اتفاق می‌افتد. درمجموع، چهار گروه از این بیماری‌ها یعنی بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های تنفسی و دیابت بیش از ۸۰درصد از کل مرگ‌ومیرهای زودرس مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر را تشکیل می‌دهند. مطابق گزارش ارائه‌شده توسط این سازمان، مصرف دخانیات، عدم‌تحرک بدنی، استفادهٔ مضر از الکل و رژیم‌های غذایی ناسالم چهار عاملی است که خطر مرگ ناشی از این نوع بیماری‌ها را افزایش می‌دهد (WHO, 2025). همسو با این آمارها، در ایران و استان اصفهان نیز مرگ‌ومیرهای ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در دههٔ ۹۰ روند افزایشی داشته است (سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۱/ ۱۳۹۷). بررسی آمارهای سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱٤۰٤ در کاشان نیز نشان می‌دهد که سه عامل بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها و بیماری‌های تنفسی بیشترین نقش را در مرگ‌ومیر افراد داشته است (دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ۱٤۰٤).

آنچه که امروزه از آن با عنوان رفتار سلامت[1] یاد می‌شود، نتیجهٔ حداقل سه دهه نظریه‌پردازی و انجام پژوهش‌های تجربی مستمر در حوزهٔ جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت است. ازنظر کانر و نورمن[2] (2015) یک تعریف گستردهٔ مفید از رفتار سلامت دربرگیرندهٔ هر فعالیتی است که با هدف پیشگیری یا تشخیص بیماری یا برای بهبود سلامت یا بهزیستی صورت می‌گیرد. رفتارهای مختلفی که در قالب چنین تعریفی می‌گنجد، شامل استفاده از خدمات پزشکی (مانند ویزیت پزشک، واکسیناسیون و غربالگری)، پیروی از رژیم درمانی (مانند رژیم غذایی، رژیم دیابتی و رژیم ضدفشار خون) و رفتارهای سلامت خودمدیریتی (مانند تغذیه، ورزش و سیگارنکشیدن) است. درمجموع، بر مبنای تعریف کانر و نورمن (2015) می‌توان رفتار سلامت‌محور را دربردارندهٔ مجموعه کنش‌هایی دانست که با هدف پیشگیری یا تشخیص بیماری یا ارتقای سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) صورت می‌گیرد و شامل ابعادی نظیر مصرف سلامت‌محور (مانند مصرف انواع دارو، سبک تغذیه و رژیم‌های غذایی)، بهره‌مندی از خدمات سلامت (خدمات حضوری و دیجیتال) و کسب اطلاعات سلامت (ازطریق فضای شبکه‌های اجتماعی) می‌شود.

طی سال‌های اخیر، موضوع «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» به فصلی بسیار مهم در آثار صاحب‌نظران جامعه‌شناسی سلامت بدل گشته است. تعیین‌کننده‌های اجتماعی به‌عنوان شرایط اجتماعی تعریف می‌شود که مردم در آن کار و زندگی می‌کنند. این عوامل به ویژگی‌های خاص بافتار اجتماعی مؤثر بر سلامت و نیز به راه‌هایی اشاره دارد که به‌واسطهٔ آن‌ها زمینهٔ اجتماعی به‌عنوان کنشگر نقش‌آفرینی می‌کند (محققی کمال و عبداله‌تبار درزی، ۱۳۹۱)؛ ازاین‌رو، نمی‌توان تعیین‌کننده‌های اجتماعی را از عوامل فرهنگی مستتر درزمینهٔ بروز رفتارهای سلامت‌محور تفکیک کرد. همچنین، توجه‌نکردن به این تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی و تداوم رویکردهای فردمحور در مداخلات سلامت، پیامدهای پیش‌بینی‌ناپذیری به همراه دارد. نادیده‌گرفتن بسترهای ساختاری و فرهنگی، نه‌تنها به تداوم بار بیماری‌ها و تحمیل هزینه‌ها بر نظام سلامت منجر می‌شود، شکاف‌های موجود در عدالت و برابری سلامت را عمیق‌تر می‌کند و اثربخشی سیاست‌های ارتقای سلامت را در سطح جامعه به‌شدت کاهش می‌دهد؛ بنابراین، درک چگونگی تأثیر این عوامل بر تصمیم‌گیری‌های سلامت در بافتارهای محلی، نیازمند واکاوی دقیق‌تری است.

مروری بر مطالعات پیشین در ایران نشان می‌دهد که اگرچه پژوهش‌ها تا حد زیادی به موضوع سبک زندگی سالم و نقش متغیرهای گوناگون اجتماعی و فرهنگی در کل کشور (رستمی کتشالی و دیگران، ۱٤۰۳) و به‌طور خاص در کاشان

[1] Health Behavior
[2] Conner & Norman

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

(واحدیان، ۱۴۰۰) پرداخته، تاکنون تحقیقات اندکی به نقش این تعیین‌کننده‌ها در پایبندی به رفتارهای سلامت‌محور شهروندان (در معنای مدنظر این پژوهش و با ابعاد سه‌گانهٔ مذکور) تمرکز داشته است؛ ازاین‌رو، پرداختن به موضوع رفتارهای سلامت‌محور با رویکردی جامعه‌شناختی که در ارتباط نزدیک با سبک زندگی سالم قرار می‌گیرد، می‌تواند علاوه‌بر تکمیل تحقیقات قبلی، در طراحی سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی نهادهای متولی امر سلامت نقش اساسی ایفا کند.

ضرورت پرداختن به این موضوع در سطح محلی را می‌توان در یافته‌های پیمایش اخیر نیازسنجی شهروندان کاشان نیز مشاهده کرد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که مؤلفه‌هایی نظیر نیاز به امکانات ورزشی، ارتقای دانش سلامت و توسعهٔ زیرساخت‌های سلامت، از بیشترین اولویت‌ها و دغدغه‌های شهروندان در مناطق مختلف این شهر به شمار می‌رود (گنجی و دیگران، ۱۴۰۱). این دغدغه‌ها نشان‌دهندهٔ اهمیت زیاد رفتارهای سلامت‌محور در بافتار محلی است که شکل‌گیری و تداوم آن‌ها بی‌شک تحت‌تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. درمجموع، باتوجه‌به شکاف‌های پژوهشی و ضرورت‌های مطرح‌شده، پژوهش حاضر با هدف تحلیل نظری و تجربی تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی رفتارهای سلامت‌محور شهروندان مناطق پنج‌گانهٔ شهر کاشان طراحی شده است؛ در همین راستا، پرسش اصلی این مطالعه عبارت است از: عوامل اجتماعی و فرهنگی (شامل سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، حمایت اجتماعی و سواد سلامت) چه نقش و سهمی در تبیین و شکل‌دهی به رفتارهای سلامت‌محور شهروندان شهر کاشان دارند؟

پیشینه پژوهش

بررسی روند مطالعات تجربی دربارهٔ رفتارهای سلامت‌محور در ایران (در فاصلهٔ سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۴۰۳) نشان می‌دهد که این پژوهش‌ها عمدتاً بر نقش «سرمایه‌های سه‌گانه» (اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی) در شکل‌دهی به رفتارهای سلامت‌محور تأکید داشته است؛ برای نمونه، مطالعات عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۳)، دامنی (۱۴۰۰) و البرزی و همکاران (۱۴۰۱) به‌طور همسو نشان داده است که در میان انواع سرمایه، «سرمایهٔ فرهنگی» به دلیل تأثیر عمیق بر عادت‌واره‌ها و سبک زندگی، بیشترین سهم را در تبیین واریانس رفتارهای سلامت دارد. این یافته‌ها مؤید آن است که دانش، مهارت‌ها و گرایش‌های فرهنگی، زیربنای تصمیم‌گیری‌های سلامت‌محور را تشکیل می‌دهد. این الگو در فراتحلیل‌های اخیر حیدریان و گنجی (۱۴۰۳الف/ ۱۴۰۳ب) نیز تأیید شده است؛ به‌طوری‌که آن‌ها اندازهٔ اثر رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و فرهنگی با رفتارهای سلامت‌محور در ایران را به‌ترتیب بیشتر از سطح متوسط (۰/۴۱۹) و در سطح متوسط (۰/۳۳۰) ارزیابی کرده و نشان داده‌اند که ابعاد خرد و فردی این سرمایه‌ها نقش پررنگ‌تری ایفا می‌کند.

در بُعد مکانیسم‌های اثرگذاری، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سواد سلامت و حمایت اجتماعی نقش واسطه‌ای کلیدی دارد. آقاملائی و همکاران (۱۳۹۵) و دراهکی و همکاران (۱۴۰۱) تأیید کردند که سواد سلامت نه متغیری مستقل، بلکه حلقه‌ای واسط است که تحت‌تأثیر عواملی چون حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تحصیلات والدین قرار دارد و می‌تواند تا ۴۹درصد از تغییرات رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت را تبیین کند. همچنین، در بافتار بحران‌های سلامت، پژوهش‌های بوداقی و عربی (۱۴۰۰) و محمودیانی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که ترکیب سواد سلامت با نگرش به بیماری قادر است به‌ترتیب ۵۱ و ۴۶درصد از واریانس رفتارهای سلامت‌محور را در میان شهروندان تبیین کند.

علاوه‌براین، مطالعات تحلیل ثانویه روی داده‌های کلان، پیچیدگی‌های جمعیت‌شناختی را آشکار ساخته اس. فریمانه و همکاران (۱۳۹۵) و عابدی محمدآباد (۱۴۰۰) استدلال می‌کنند که رابطهٔ جنسیت و سن با رفتار سلامت خطی نیست؛ به‌طوری‌که مردان زمان بیشتری را به ورزش اختصاص می‌دهند، اما هم‌زمان فعالیت‌های ضدسلامت و مصرف رسانه‌ای آن‌ها نیز بیشتر است. امیری (۱۳۹۶) نیز در مطالعهٔ خود روی نوجوانان

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

تهرانی تأکید کرد که عواملی مانند نگرش مثبت به سلامت، رفتارهای مذهبی و توجه اطرافیان در کنار متغیرهای ساختاری مانند تحصیلات پدر و وضعیت زناشویی والدین حدود ۳۶درصد از واریانس رفتار سلامت‌جویانه را تبیین می‌کند.

متفاوت از تحقیقات در ایران، بررسی روند پژوهش‌های تجربی در جهان (در فاصل سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۴) گویای آن است که همگام با تحولات عرصهٔ دیجیتال، تمرکز مطالعات از سواد سلامت به سوی «سواد سلامت الکترونیک»، «خودکارآمدی» و «استفاده از فناوری‌های سلامت» معطوف شده است. مطالعات پایه‌ای مانند سای[1] و همکاران (2015) در تایوان و گوتو[2] و همکاران (2018) در ژاپن، بر نقش کلیدی سواد سلامت، خودارزیابی وضعیت سلامت و خودکارآمدی در پیش‌بینی رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت تأکید دارد؛ بااین‌حال، پژوهش‌های جدیدتر نشان می‌دهد که در عصر حاضر، صرف داشتن دانش سلامت کافی نیست. مطالعاتی مانند چوی[3] (2020)، لی و لیو[4] (2020)، کویی و همکاران[5] (2021)، لیو و همکاران[6] (2023) و کنیگ و همکاران[7] (2024) در جوامع مختلف (مانند کرهٔ جنوبی، چین و آلمان) به‌وضوح تأیید کرده است که «سواد سلامت الکترونیک» میانجی قدرتمندی است. این متغیر نه‌تنها مهارت شناختی، عاملی است که تأثیر سرمایهٔ اجتماعی و اقتصادی را به رفتارهای ملموس سلامت ترجمه می‌کند؛ برای نمونه، لیو و همکاران (2023) نشان دادند که سواد سلامت دیجیتال به‌تنهایی قادر است ۵۴درصد از واریانس سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت را در میان سالمندان چینی تبیین کند. همچنین، پژوهش‌هایی مانند یانگ[8] و همکاران (2020) در چین، ادلر[9] و همکاران (2022) در آلمان و اولیویرا[10] و همکاران (2023) در برزیل نشان داده است که متغیرهایی مانند ویژگی‌های شخصیتی (سازگاری و برون‌گرایی)، حمایت اجتماعی اطلاعاتی و استفاده از رسانه‌های اجتماعی در کنار سواد دیجیتال، واریانس بسیار بالاتری را از رفتارهای سلامت‌محور در مقایسه با مدل‌های ابتدایی پیشین تبیین می‌کند.

به‌طورکلی پژوهش‌های تجربی گذشته، ضمن اشتراک در تأکید بر نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی، ازنظر جهت‌گیری مفهومی و روشی تفاوت‌های معناداری را نشان می‌دهد. در ایران محور اصلی پژوهش‌ها بر «سرمایهٔ فرهنگی»، «ساختار خانواده»، «پایگاه اقتصادی ـ اجتماعی» و «متغیرهای جمعیت‌شناختی» استوار است و اغلب در قالب پیمایش‌های شهری با نمونه‌های منطقه‌محور انجام شده است. درمقابل، تحقیقات جهانی علاوه‌بر توجه به این عوامل به شکل فزاینده‌ای بر «سواد سلامت الکترونیک»، «استفاده از فناوری اطلاعات سلامت»، «خودکارآمدی» و «نقش رسانه‌های اجتماعی» تمرکز کرده است (Choi, 2020; Li & Liu, 2020; Konig et al., 2024) و غالباً در مقیاس‌های ملی (Goto et al., 2018; Yang et al., 2020) یا تطبیقی بین‌فرهنگی (Oliveira et al., 2023) طراحی شده‌اند.

ازنظر یافته‌ها، هر دو حوزه بر تأثیر معنادار «سواد سلامت»، «جنسیت»، «سن»، «تحصیلات» و «سرمایهٔ اجتماعی» بر رفتارهای سلامت‌محور اتفاق نظر دارند؛ بااین‌حال، پژوهش‌های جهانی با تبیین واریانس بالاتر در برخی موارد، نقش مؤثرتر «سلامت الکترونیک» و «فناوری‌های نوین ارتباطی» را در ارتقای رفتارهای سلامت نشان می‌دهد. در ایران نیز اگرچه تأثیر عوامل فرهنگی و خانوادگی پررنگ است، توجه به متغیرهای نوینی مانند «نگرش به کووید-۱۹» و «سواد سلامت در بحران‌های سلامت عمومی» نشان‌دهندهٔ حرکت به سمت مسائل روزآمد است؛ هرچند این روند همچنان در مقایسه با پژوهش‌های جهانی کمرنگ‌تر است. درمجموع، می‌توان گفت که شکاف اصلی میان پژوهش‌های ایرانی و جهانی، نه در ماهیت چندبُعدی رفتارهای سلامت،

[1] Tsai
[2] Goto
[3] Choi
[4] Li & Liu
[5] Cui
[6] Liu
[7] König
[8] Yang
[9] Edler
[10] Oliveira

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

بلکه در سرعت انطباق با تحولات دیجیتال و فناورانه حوزهٔ سلامت است؛ بنابراین، اگرچه مبانی نظری کلاسیک (نظیر سرمایه‌های سه‌گانه و حمایت اجتماعی) همچنان مبنای تبیین رفتارهای سلامت باقی مانده است، اثرگذاری آن‌ها درحال دگرگونی است. شواهد تجربی موجود حاکی‌ازآن است که در دههٔ اخیر، متغیرهای میانجی نوین، به‌ویژه سواد سلامت الکترونیک و خودکارآمدی دیجیتال به مؤلفه‌های کلیدی تبدیل شده‌اند که چگونگی تبدیل منابع ساختاری و فرهنگی به کنش‌های سلامت‌محور را در عصر اطلاعات تبیین می‌کنند؛ ازاین‌رو، روند غالب در تحقیقات، گذار از مدل‌های خطی و تک‌بُعدی به سمت الگوهای چندسطحی و پیچیده‌ای است که تعامل پویای میان ساختارهای اجتماعی ـ فرهنگی و شایستگی‌های دیجیتال را در بافتارهای مختلف به تصویر می‌کشد.

ادبیات پژوهش

کاکرهام[1] (1997)، جامعه‌شناس آمریکایی، در سال‌های اخیر به ابداع و تشریح نظریهٔ خود با عنوان سبک زندگی سالم[2] پرداخته است. ازنظر کاکرهام، سبک‌های زندگی سالم «الگوهای جمعی رفتار مرتبط با سلامت است که براساس انتخاب‌ها از گزینه‌های موجود برای افراد در چارچوب فرصت‌های زندگی شکل می‌گیرد» (Cockerham et al., 1997). او معتقد است فرصت‌های زندگی یک فرد عمدتاً توسط موقعیت طبقاتی او تعیین می‌شود که انتخاب‌های سبک زندگی سالم را امکان‌پذیر یا محدود می‌کند. رفتارهایی که از این انتخاب‌ها ناشی می‌شود می‌تواند پیامدهای مثبت یا منفی بر جسم و ذهن داشته باشد؛ اما به‌هرحال الگوی کلی از سبک‌های سلامتی یک سبک زندگی را تشکیل می‌دهد (Cockerham, 2017). این دیدگاه رابطهٔ دیالکتیکی بین انتخاب‌های زندگی و فرصت‌های زندگی را که توسط وبر مطرح شده و دوگانگی ساختار (به‌عنوان عاملی توانمندکننده و درعین‌حال محدودکننده) را که گیدنز پیشنهاد داده است، دربر می‌گیرد (Cockerham, 2020).

مفهوم‌پردازی نظری سبک‌های زندگی سالم تحت‌تأثیر بحث عاملیت و ساختار قرار دارد. سهم نسبی عاملیت و ساختار در تأثیرگذاری بر رفتار اجتماعی همواره برای جامعه‌شناسی مطرح بوده است. زمانی که این موضوع دربارهٔ سبک‌های زندگی سالم به کار برده می‌شود، این پرسش مطرح می‌شود که آیا تصمیماتی که افراد دربارهٔ غذا، ورزش، سیگارکشیدن و موارد مشابه می‌گیرند، عمدتاً ناشی از انتخاب فردی است یا به‌طور عمده تحت‌تأثیر متغیرهای ساختاری مانند موقعیت اجتماعی و جنسیت شکل می‌گیرد (Cockerham, 2010)؛ به‌عبارت‌دیگر، درحالی‌که انتخاب‌های مرتبط با سلامت و سایر سبک‌های زندگی داوطلبانه است، فرصت‌های زندگی (که نمایانگر ساختار، به‌خصوص موقعیت طبقاتی است) یا انتخاب‌ها را تقویت می‌کند یا محدود می‌سازد؛ زیرا انتخاب‌ها و فرصت‌ها با هم ترکیب می‌شوند تا نتایج سبک زندگی را تعیین کنند؛ به این معنا که یک فرد توانایی انتخاب سبک زندگی‌اش را دارد، اما انتخاب‌ها محدود هستند به آنچه ممکن است و به‌شدت تحت‌تأثیر سبک رایج در موقعیت طبقاتی، سن، جنسیت و موارد دیگر قرار می‌گیرد (Cockerham, 2020).

مطابق با این نظریه، افراد در چارچوب شرایط اجتماعی و فرصت‌های موجود خود، تصمیمات مربوط به سلامت را اتخاذ می‌کنند و عوامل ساختاری می‌تواند به‌طور چشمگیری بر انتخاب‌ها و رفتارهای آن‌ها تأثیر بگذارد (Cockerham, 2010/ 2020)؛ برای مثال، افراد دارای پایگاه اقتصادی ـ اجتماعی ضعیف‌تر ممکن است با دسترسی محدود به گزینه‌های غذایی سالم یا فضاهای امن برای فعالیت بدنی مواجه شوند که توانایی آن‌ها را در انتخاب‌های سالم محدود می‌کند (Cockerham, 2005/ 2020). همچنین، کاکرهام بر اهمیت جامعه‌پذیری و تجربه در شکل‌دهی به سبک‌های زندگی سالم تأکید می‌کند و معتقد است که باورها، نگرش‌ها

[1] William C. Cockerham
[2] The Theory of Healthy lifestyle

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

و شیوه‌های افراد تحت‌تأثیر تعاملات آن‌ها با خانواده، همسالان و نهادهای گسترده‌تر اجتماعی قرار دارد (Cockerham, 2005/ 2010/ 2020). سرانجام با گنجاندن مفاهیم فرصت‌های زندگی و عادت‌واره، این نظریه اذعان می‌کند که ساختارهای اجتماعی نه‌تنها بر انتخاب‌های آگاهانهٔ افراد تأثیر می‌گذارد، بر تمایلات و گرایش‌های اساسی و ناخودآگاه آن‌ها دررابطه‌با رفتارهای سلامتی نیز مؤثر است (Cockerham, 2005/ 2010/ 2017/ 2020). فرصت‌های زندگی و محدودیت‌های ساختاری ریشه در نابرابری‌های مادی و طبقاتی دارد که به‌وضوح در نظریهٔ سرمایهٔ اقتصادی ریچارد ویلکینسون[1] تبیین شده است.

رویکرد ویلکینسون (1992) بر مبنای مفهوم شیب اجتماعی سلامتی[2] بنا شده و بیان می‌دارد که نتایج سلامتی همزمان با بالارفتن از سلسله‌مراتب اجتماعی بهبود می‌یابد (Wilkinson, 1992)؛ به‌عبارت‌دیگر، افراد با وضعیت اجتماعی اقتصادی عالی‌تر، عمر طولانی‌تری دارند و از سلامتی بهتری در مقایسه با سایر افراد در پایین نردبان اجتماعی برخوردارند. این شیب نه‌تنها در نرخ مرگ‌ومیر، در شیوع بیماری‌های مزمن گوناگون (مانند بیماری‌های قلبی، مشکلات تنفسی و اختلالات سلامت روان) نیز دیده می‌شود. دراین‌رابطه، نتایج مطالعات تجربی ویلکینسون نشان می‌دهد که نابرابری درآمد عامل اصلی شیب اجتماعی سلامتی است. او استدلال می‌کند که نه سطح مطلق درآمد افراد، بلکه تفاوت نسبی درآمد بین افراد یا گروه‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است (Wilkinson & Pickett, 2009). ویلکینسون همچنین بررسی می‌کند که چگونه درآمد و دارایی‌ها بر مؤلفه‌های رفتارهای سلامت‌محور تأثیر می‌گذارد و درنهایت نتایج سلامتی افراد را شکل می‌دهد. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از رژیم غذایی و تغذیه، فعالیت بدنی و مصرف سیگار و سوءمصرف مواد (Wilkinson & Pickett, 2009; Wilkinson, 2005).

در کنار نابرابری‌های مادی، منابع فرهنگی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوهٔ مدیریت رفتارهای سلامت‌محور ایفا می‌کند که در نظریهٔ سرمایهٔ فرهنگی مرتبط با سلامت[3] آبل[4] مفهوم‌پردازی شده است. این نظریه مفهوم سرمایهٔ فرهنگی بوردیو را به حوزهٔ سلامت عمومی گسترش می‌دهد و بر شیوه‌هایی تمرکز می‌کند که سرمایهٔ فرهنگی (دانش‌ها، مهارت‌ها و شایستگی‌ها) بر رفتارهای مرتبط با سلامت و پیامدهای سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد. ازنظر آبل (2008) سرمایهٔ فرهنگی مرتبط با سلامت به مجموعهٔ منابع مبتنی بر فرهنگ اشاره دارد که به‌منظور حفظ و ارتقای سلامت در اختیار افراد قرار دارد. این نظریه نقش عوامل اجتماعی ـ فرهنگی در نابرابری‌های سلامت را برجسته می‌کند و چارچوبی برای درک چگونگی مشارکت اشکال مختلف سرمایه در سلامت ارائه می‌دهد (Abel, 2007). آبل پیشنهاد می‌کند که سرمایهٔ فرهنگی مرتبط با سلامت شامل دانش‌ها، مهارت‌ها و گرایش‌هایی است که افراد می‌توانند برای ارتقای سلامت خود و نظام مراقبت‌های سلامت از آن‌ها استفاده کنند. او معتقد است با به‌کارگیری نظریهٔ بوردیو دربارهٔ نابرابری‌های سلامت، می‌توان استدلال کرد که تعامل بین انواع و حالت‌های مختلف سرمایه، هستهٔ اصلی فرایندهایی است که توزیع نابرابر سلامت را شکل می‌دهد (Abel, 2008). آبل (2008) بر این باور است که سرمایهٔ فرهنگی نه‌تنها تعیین‌کنندهٔ سلامت فردی است، نقش مهمی در بازتولید اجتماعی نابرابری‌های سلامت ایفا می‌کند. سبک زندگی جمعی شکل‌گرفته توسط سرمایهٔ فرهنگی به تداوم نابرابری‌های سلامت در بین اقشار مختلف اجتماعی کمک می‌کند. این امر گویای آن است که سرمایهٔ فرهنگی می‌تواند نابرابری‌های این حوزه را با تأثیرگذاری بر رفتارهای سلامت‌محور افراد در طبقات اجتماعی خاص تداوم بخشد.

تبیین نظری مفهوم سرمایهٔ اجتماعی با بهره‌گیری از رویکرد کارپیانو[5] (2007/ 2008a/ 2008b) شکل گرفته است. کار کارپیانو عمدتاً بر چگونگی تأثیر سرمایهٔ اجتماعی، که

[1] Wilkinson
[2] Social gradient of health,
[3] Health-related Cultural Capital
[4] Abel
[5] Carpiano

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

به‌عنوان منابع در دسترس ازطریق شبکه‌های اجتماعی تعریف می‌شود، بر سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت متمرکز است. او سرمایهٔ اجتماعی را عاملی مهم می‌داند که می‌تواند بر رفتارها و پیامدهای مرتبط با سلامت تأثیر بگذارد؛ بدین‌منظور، او از نظریهٔ بوردیو دربارهٔ سرمایهٔ اجتماعی استفاده می‌کند و آن را به‌عنوان منابع ذاتی در شبکه‌های اجتماعی تعریف می‌کند که افراد می‌توانند برای اهداف مختلف به آن‌ها دسترسی داشته باشند (Carpiano, 2008a/ 2008b). الگوی مفهومی کارپیانو دربارهٔ سرمایهٔ اجتماعی محله و سلامت، بر منابع مبتنی بر محله و دسترسی ساکنان به آن منابع تأکید دارد. عناصر اصلی این الگو شامل سه مفهوم اصلی است: نخست، سرمایهٔ اجتماعی که شامل منابع بالفعل یا بالقوهٔ نهفته در شبکه‌های اجتماعی محله است که به صورت‌های حمایت اجتماعی، نفوذ اجتماعی، کنترل اجتماعی غیررسمی و مشارکت در سازمان‌های محله بروز می‌یابد؛ دوم، وابستگی به محله که به میزان ادغام افراد در شبکه‌های محله‌ای و توانایی آن‌ها در استفاده از منابع موجود اشاره دارد و سوم، نتایج سلامت که بیان می‌دارد اشکال سرمایهٔ اجتماعی با میانجی‌گری وابستگی به محله می‌تواند بر رفتارهای سلامتی و وضعیت سلامت تأثیر بگذارد (Carpiano, 2007/ 2008a/ 2008b; Carpiano & Kimbro, 2012).

اگرچه بر مبنای برخی دیدگاه‌ها، حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سرمایهٔ اجتماعی به شمار می‌رود، برکمن[1] (1984) بین شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی تمایز قائل می‌شود و بر نیاز به بررسی مسیرهای متعدد تأثیر شبکه‌های اجتماعی بر سلامت و رفتارهای سلامت‌محور تأکید می‌کند. ازنظر او، حمایت اجتماعی به منابع خاصی مانند کمک‌های عاطفی، ابزاری و مالی اشاره دارد که افراد از شبکهٔ روابط اجتماعی خود به دست می‌آورند (Berkman, 1984)؛ ازاین‌رو، سه بُعد اصلی حمایت اجتماعی عبارت‌اند از: ۱) حمایت عاطفی، ۲) حمایت اطلاعاتی و ۳) حمایت محسوس یا مادی (Berkman et al., 2000). برکمن و گلاس[2] (2000) الگویی مفهومی شامل مسیرهای پیچیده و زنجیره‌ای را ارائه می‌دهند که ازطریق آن‌ها شبکه‌های اجتماعی بر سلامت تأثیر می‌گذارد. این الگو مبتنی بر دیدگاه چندسطحی است و عوامل کلان اجتماعی را با فرایندهای خرد روانی ـ اجتماعی و بیولوژیکی ادغام می‌کند. اجزای این الگو عبارت‌اند از: زمینه اجتماعی و فرهنگی (سطح کلان) که شامل عواملی مانند شرایط اقتصادی اجتماعی، هنجارهای فرهنگی و ساختارهای سیاسی است؛ ساختار شبکه (سطح میانه) که بر ویژگی‌های خود شبکه، مانند تعداد اعضای شبکه، میزان ارتباط اعضا، فاصلهٔ جغرافیایی و ترکیب انواع روابط تمرکز دارد و جریان منابع و حمایت را در شبکه تعیین می‌کند و مکانیسم‌های روانی اجتماعی (سطح خرد) که ازطریق چهار مسیر حمایت اجتماعی، تأثیر اجتماعی، تعامل و وابستگی اجتماعی، و دسترسی به منابع و کالاهای مادی عمل می‌کند. بر اساس این الگو، شبکه‌ها ازطریق مسیرهای رفتاری (تشویق به عادات سالم)، روان‌شناختی (کاهش استرس) و فیزیولوژیکی بر رفتارهای سلامت‌محور تأثیر می‌گذارند (Berkman & Glass, 2000; Berkman et al., 2000). درمجموع، نظریهٔ برکمن با تمایز قائل شدن بین شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی و تأکید بر ساختار شبکه و مسیرهای متعدد تأثیرگذاری، چارچوبی جامع از رابطه بین حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور ارائه می‌دهد. بدیهی است که دسترسی به این حمایت‌ها و منابع شبکه‌ای، نیازمند توانمندی فرد در پردازش، درک و به‌کارگیری اطلاعات سلامت است که در مفهوم سواد سلامت توسط سورنسن[3] و همکارانش تبیین شده است.

ازنظر سورنسن و همکارانش (2012)، سواد سلامت شامل دانش، انگیزه و شایستگی‌های افراد برای دسترسی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات بهداشتی به‌منظور قضاوت و تصمیم‌گیری در زندگی روزمره است. این نوع از سواد، دربارهٔ مراقبت‌های بهداشتی، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت

[1] Berkman

[2] Berkman & Glass

[3] Sorensen

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

در جهت حفظ یا بهبود کیفیت زندگی در طول دورهٔ زندگی است. به بیان سورنسن، سواد سلامت صرفاً به عوامل فردی محدود نمی‌شود، بلکه تحت‌تأثیر تعامل پیچیده‌ای از عوامل فردی یا زمینه‌ای، عوامل موقعیتی و عوامل اجتماعی قرار دارد (Sorensen et al., 2012). تحقیقات سورنسن ارتباط قوی بین سواد سلامت و طیف وسیعی از رفتارهای سلامت‌محور را تأیید می‌کند و اهمیت بهبود سواد سلامت را برای دستیابی به نتایج بهتر سلامتی برجسته می‌سازد؛ بنابراین، سطح عالی سواد سلامت با افزایش مشارکت در اقدامات پیشگیرانهٔ بهداشتی، مدیریت مؤثر بیماری‌های مزمن، تصمیم‌گیری آگاهانه دربارهٔ انتخاب‌های مراقبت‌های بهداشتی و استفادهٔ مناسب از خدمات بهداشتی مرتبط است (Sorensen, 2013)؛ اما با گسترش فضای مجازی این توانمندی‌ها شکل پیچیده‌تر و تخصصی‌تری به خود گرفته است که در الگوی نظری سواد سلامت الکترونیک نورمن و اسکینر[1] مفهوم‌سازی شده است.

برمبنای الگوی نظری نورمن و اسکینر، این شکل از سواد به‌عنوان «توانایی جست‌وجو، یافتن، درک و ارزیابی اطلاعات سلامت از منابع الکترونیکی و به‌کارگیری دانش به‌دست‌آمده برای رسیدگی یا حل یک مشکل سلامتی» تعریف می‌شود (Norman & Skinner, 2006a). این الگو بر نقش حیاتی مهارت‌های مختلف در استفادهٔ مؤثر از منابع الکترونیکی سلامت برای مدیریت و تصمیم‌گیری دربارهٔ سلامت تأکید دارد. الگوی سواد سلامت الکترونیک نورمن و اسکینر (2006a) در ارتباط با رفتارهای سلامت‌محور قرار دارد. به‌طوری‌که افراد با سطح سواد سلامت الکترونیک بالاتر، بیشتر احتمال دارد که رفتارهای پیشگیرانهٔ بهداشتی را رعایت کنند؛ به‌طور مؤثر بیماری‌های مزمن را مدیریت کنند؛ تصمیمات آگاهانه دربارهٔ سلامتی بگیرند و در راستای نظام مراقبت‌های سلامت حرکت کنند (Norman & Skinner, 2006a/ 2006b; Norman et al., 2008).

چارچوب نظری

رفتارهای سلامت‌محور در رویکردهای نوین جامعه‌شناسی سلامت، نه صرفاً حاصل انتخاب‌های فردی، برایند تعامل میان شرایط ساختاری، منابع اجتماعی و فرهنگی و توانمندی‌های شناختی افراد تلقی می‌شود. مبنای نظری پژوهش حاضر بر نظریهٔ سبک زندگی سالم کاکرهام (2005/ 2010/ 2017/ 2020) استوار است که رفتارهای سلامت‌محور را نتیجهٔ رابطهٔ متقابل «فرصت‌های زندگی» و «انتخاب‌های زندگی» می‌داند. مبتنی بر این دیدگاه، اگرچه افراد در انتخاب رفتارهای مرتبط با سلامت دارای عاملیت هستند، این انتخاب‌ها همواره در چارچوب فرصت‌ها و محدودیت‌هایی صورت می‌گیرد که موقعیت اقتصادی، منابع فرهنگی، روابط اجتماعی و فرایندهای جامعه‌پذیری برای آنان فراهم می‌کند؛ ازاین‌رو، رفتارهای سلامت‌محور را باید محصول هم‌زمان عوامل ساختاری و کنشگری فردی دانست؛ در این راستا، نظریهٔ شیب اجتماعی سلامت ویلکینسون (Wilkinson & Pickett, 2009; Wilkinson, 2005/ 1992)، سرمایهٔ اقتصادی را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین فرصت‌های زندگی معرفی می‌کند که بر دسترسی افراد به منابع و خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد.

در ادامه، نظریهٔ سرمایهٔ فرهنگی مرتبط با سلامت آبل (2007/ 2008)، نظریهٔ سرمایهٔ اجتماعی کارپیانو (2007/ 2008a/ 2008b) و نظریهٔ حمایت اجتماعی برکمن و گلاس (2000) نشان می‌دهد که منابع فرهنگی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و مادی، بستر اجتماعی لازم برای شکل‌گیری رفتارهای سلامت‌محور را فراهم می‌کنند. همچنین، الگوی سواد سلامت سورنسن و همکاران (2012) و نظریهٔ سواد سلامت الکترونیک نورمن و اسکینر (Norman & Skinner, 2006a/ 2006b; Norman et al., 2008) بیان می‌کند که تبدیل این منابع به رفتارهای واقعی سلامت‌محور، مستلزم توانایی افراد در دسترسی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات سلامت، به‌ویژه در محیط‌های دیجیتال است.

درمجموع، چارچوب نظری پژوهش حاضر بر این فرض استوار است که رفتارهای سلامت‌محور حاصل تعامل چندسطحی سرمایهٔ اقتصادی، سرمایهٔ فرهنگی، سرمایهٔ

[1] Norman & Skinner

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

اجتماعی، حمایت اجتماعی، سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک است. در این مدل، سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی به‌عنوان منابع ساختاری و اجتماعی، فرصت‌های لازم را برای اتخاذ رفتارهای سلامت‌محور فراهم می‌کند و حمایت اجتماعی، سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک سازوکارهایی است که این منابع را به کنش‌های سلامت‌محور تبدیل می‌کند. مطابق با این منطق نظری، فرضیه‌های پژوهش تدوین می‌شود و آزمون روابط میان متغیرها صورت می‌گیرد.

فرضیه‌های پژوهش

به‌طورکلی فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از: ۱) بین سرمایهٔ اقتصادی و رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم وجود دارد؛ ۲) بین سرمایهٔ فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم وجود دارد؛ ۳) بین سرمایهٔ اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم وجود دارد؛ ٤) بین حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم وجود دارد؛ ٥) بین سواد سلامت و رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم وجود دارد و ٦) بین سواد سلامت الکترونیک و رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر ازنظر هدف، کاربردی و ازنظر ماهیت و روش، کمّی، توصیفی ـ همبستگی و از نوع پیمایشی (مقطعی) است که در بهار سال ۱٤۰۳ اجرا شده است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ شهروندان ساکن در مناطق پنج‌گانهٔ شهر کاشان در زمان انجام پژوهش بوده که براساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، تعداد آن‌ها ۳۰۸٤۷٦ نفر برآورد شده است (گزارش شهرداری کاشان، ۱۳۹٦). حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS Sample Power و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵درصد و توان آزمون ۸۰درصد، تعداد ۵۵۰ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع احتمالی و به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای بوده است. به‌طوری‌که ابتدا شهر کاشان براساس تقسیمات رسمی شهرداری به پنج منطقهٔ شهری تقسیم شد. سپس از میان نواحی هر منطقه، یک ناحیه به‌صورت تصادفی به‌عنوان خوشهٔ نمونه انتخاب گردید؛ درنهایت، افراد واجد شرایط در هر ناحیه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و گردآوری داده‌ها ازطریق مراجعه به منازل انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه یا انتخاب پاسخ‌گویان، شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن و اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش می‌شود و معیارهای خروج عبارت‌اند از تکمیل‌نکردن کامل پرسشنامه (پاسخ‌ندادن به بیش از ۱۰درصد سؤالات) و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ همکاری درحین تکمیل پرسشنامه بوده است.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامهٔ محقق‌ساخته استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو بخش بود: بخش اول به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای اختصاص داشت؛ بخش دوم شامل گویه‌های سنجش متغیرهای اصلی پژوهش در قالب طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) بود که ابعاد و تعداد گویه‌های آن به این شرح است: سرمایهٔ اقتصادی (٤ گویه)، سرمایهٔ فرهنگی در سه بُعد تجسم‌یافته، عینیت‌یافته و نهادینه‌شده (۲۹ گویه)، سرمایهٔ اجتماعی در ابعاد شبکهٔ تعاملات، اعتماد و مشارکت (۱۹ گویه)، حمایت اجتماعی در ابعاد عاطفی، اطلاعاتی و محسوس (۱۲ گویه)، سواد سلامت در ابعاد مراقبت، پیشگیری و ارتقاء (۱۳ گویه)، سواد سلامت الکترونیک در ٥ بُعد دسترسی، خواندن، درک، ارزیابی و تصمیم‌گیری (۱۱ گویه) و درنهایت رفتارهای سلامت‌محور در ابعاد رفتارهای مصرفی سالم، رفتارهای حفظ و ارتقای سلامت و رفتارهای اطلاع‌جویانهٔ سلامت (٤۰ گویه).

اعتبار صوری و محتوایی پرسشنامه با بررسی و تأیید متخصصان و پژوهشگران حوزهٔ جامعه‌شناسی سلامت تأیید شد. همچنین، برای سنجش میزان قابلیت اعتماد، مطالعه‌ای مقدماتی روی ٦٥ نفر انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰.۷۰ به دست آمد که نشان‌دهندهٔ پایایی مطلوب ابزار سنجش است (جدول ۱).

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

جدول ۱- میزان قابلیت اعتماد متغیرهای پژوهش

Table 1- Reliability of research variables

متغیر	بُعد	تعداد گویه	ضریب آلفا	متغیر	بُعد	تعداد گویه	ضریب آلفا
سرمایهٔ اقتصادی	–	٤	۰/٦٧٦	سواد سلامت	سواد مراقبت‌های سلامت	٥	۰/۸۲۹
سرمایهٔ فرهنگی	تجسم‌یافته	۱۰	۰/۷٤۸		سواد پیشگیری از بیماری	٥	۰/۷٥٤
	عینیت‌یافته	۱۱	۰/۷۰۷		سواد ارتقای سلامت	۳	۰/۷۹۷
	نهادینه‌شده	۸	۰/٦۰٥		مجموع ابعاد	۱۳	۰/۸۷۸
	مجموع ابعاد	۲۹	۰/۷۸۳	سواد سلامت الکترونیک	دسترسی به اطلاعات سلامت الکترونیک	۳	۰/۷۲۷
سرمایهٔ اجتماعی	شبکهٔ تعاملات اجتماعی	٥	۰/۸٤۸		توانمندی در خواندن اطلاعات سلامت	۲	۰/۸۳۸
	اعتماد اجتماعی	۱۱	۰/۷٦۳		توان درک اطلاعات سلامت الکترونیک	۲	۰/۸۹٦
	مشارکت اجتماعی	۳	۰/۷٤۱		توانمندی در ارزیابی اطلاعات سلامت	۲	۰/٦٤۱
	مجموع ابعاد	۱۹	۰/۸۲۳		قدرت تصمیم‌گیری دربارهٔ اطلاعات سلامت	۲	۰/۷۲۱
حمایت اجتماعی	حمایت عاطفی	٤	۰/۷٥۰	رفتارهای سلامت‌محور	مجموع ابعاد	۱۱	۰/۸٦۳
	حمایت اطلاعاتی	٤	۰/۷٤۲		رفتارهای مصرفی سالم	۱۰	۰/۷۲۲
	حمایت محسوس	٤	۰/۷۸۷		رفتارهای حفظ و ارتقای سلامت	۲۰	۰/۷۹۰
	مجموع ابعاد	۱۲	۰/۸٥٤		رفتارهای اطلاع‌جویانهٔ سلامت	۱۰	۰/۸۰۱
					مجموع ابعاد	٤۰	۰/۸٦٥

پس از اخذ مجوزهای لازم و کد اخلاق، پژوهشگران با مراجعهٔ حضوری به منازل و اماکن عمومی (مانند فرهنگسراها، کتابخانه‌ها، پارک‌ها و...) در هریک از پنج منطقه اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها کردند. در این فرایند تلاش شد تا تنوع جنسیتی و سنی در هر منطقه تا حد امکان رعایت شود. این امر باتوجه‌به اطلاعات موجود برای هر منطقه نظیر جمعیت مردان و زنان هر منطقه و در نظر گرفتن سن پاسخ‌گو در هنگام پرسشگری صورت گرفته است. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها بازبینی، کدگذاری و برای تحلیل وارد نرم‌افزار شد.

پژوهش حاضر در نظارت کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه کاشان قرار داشته و موفق به دریافت کد اخلاق به شمارهٔ IR.KASHANU.REC.1402.036 شده است. تمامی شرکت‌کنندگان پیش از تکمیل پرسشنامه، دربارهٔ اهداف پژوهش مطلع شدند و رضایت آگاهانهٔ آن‌ها اخذ شد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه باقی می‌ماند، بدون نام و نشان ثبت می‌شود و حق خروج از پژوهش در هر مرحله برای آن‌ها محفوظ است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی و توسط دو نرم‌افزار SPSS و Amos انجام شد. در بخش توصیفی از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش استنباطی به‌منظور بررسی رابطهٔ بین متغیرها از آزمون‌های همبستگی پیرسون، T دو گروه مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. همچنین برای آزمون مدل نظری و بررسی روابط علّی بین متغیرها از مدل معادلهٔ ساختاری و روش برآورد حداکثر درست‌نمایی[1] بهره گرفته شد. برازش مدل نیز با استفاده از شاخص‌های CMIN/DF، CFI، PCFI و RMSEA ارزیابی گردید.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های تجربی این پژوهش در بخش توصیف مشخصات عمومی پاسخ‌گویان شامل متغیرهای جمعیتی نظیر جنس، سن،

[1] Maximum Likelihood

وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و محل سکونت و متغیرهای زمینه‌ای مانند وضعیت بیماری و مدت زمان بیماری می‌شود (جدول ۲).

جدول ۲- توصیف مشخصات عمومی پاسخگویان

Table 2- Description of the general characteristics of the respondents

متغیر		درصد	متغیر		درصد
جنس	مرد	٤٧/١	وضعیت اشتغال	غیرشاغل	١٦/٣
	زن	٥٢/٩		شغل آزاد	٣٨/٨
سن	١٨ تا ٢٧ سال	٢٧/٣		شغل دولتی	١٥
	٢٨ تا ٣٧ سال	٢٩/٧		خانه‌دار	١٨/٣
	٣٨ تا ٤٧ سال	٢٣/٢		سایر مشاغل	١١/٥
	٤٨ تا ٥٧ سال	١٥/١	محل سکونت	منطقهٔ یک	١٢/٧
	٥٨ تا ٧٠ سال	٤/٦		منطقهٔ دو	٣٦/٧
وضعیت تأهل	مجرد	٣٣/٦		منطقهٔ سه	٢١/٥
	متأهل	٦٦/٤		منطقهٔ چهار	١٦/٧
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	٢٠		منطقهٔ پنج	١٢/٤
	دیپلم	٢٩/٩	وضعیت بیماری	غیربیمار	٧٦/٣
	کاردانی	١٣/٧		بیمار زیر نظر پزشک	٢٣/٧
	کارشناسی	٢٦/٩	مدت زمان بیماری	کمتر از ٢ سال	٢٤
	کارشناسی ارشد و دکترا	٩/٥		٢ تا ٥ سال	٢٣/٣
				بیشتر از ٥ سال	٥٢/٧

مطابق با داده‌های جدول ۲، بیشترین فراوانی پاسخ‌گویان ازنظر جنس، در میان زنان (۵۲/۹درصد)، ازنظر سن در گروه سنی ۲۸ تا ۳۷ سال (۲۹/۷درصد)، ازنظر وضعیت تأهل در دستهٔ متأهلین (٦٦/٤درصد)، ازنظر سطح تحصیلات، در مقطع تحصیلی دیپلم (۲۹/۹درصد)، ازنظر وضعیت اشتغال دارای مشاغل آزاد (۳۸/۸درصد) و ازنظر محل سکونت، ساکن در منطقهٔ دو شهر کاشان (۳٦/۷درصد) بوده است. همچنین، توصیف متغیرهای زمینه‌ای حاکی‌ازآن است که بیشترین فراوانی پاسخ‌گویان ازنظر وضعیت بیماری در گروه غیربیمار (۷٦/۳درصد) و ازنظر مدت‌زمان بیماری در طبقهٔ بیشتر از پنج سال (۵۲/۷درصد) بوده است. در ادامه متغیرهای اصلی پژوهش توصیف شده است (جدول ۳).

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

Table 3- Descriptive statistics of the main research variables

متغیر	حداقل	حداکثر	میانه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری آزمون T
سرمایهٔ اقتصادی	١	٥	٣	٢/٥١	٠/٧١٨	٠/٠٠٠
سرمایهٔ فرهنگی	١	٥	٣	١/٢٤	٠/٣٧٧	٠/٠٠٠
سرمایهٔ اجتماعی	١	٥	٣	٢/٥٨	٠/٥٨١	٠/٠٠٠
حمایت اجتماعی	١	٥	٣	٢/٨٦	٠/٧٦١	٠/٠٠٠
سواد سلامت	١	٥	٣	٣/٣٥	٠/٦٥٤	٠/٠٠٠
سواد سلامت الکترونیک	١	٥	٣	٢/٧٢	٠/٨٤٠	٠/٠٠٠
رفتارهای سلامت‌محور	١	٥	٣	٢/٧٣	٠/٤٤٦	٠/٠٠٠

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

براساس جدول (۳)، تنها میانگین متغیر سواد سلامت بیشتر از حد میانه بوده و بنابراین، این متغیر در سطح متوسط روبه‌بالا گزارش می‌شود؛ اما میانگین متغیرهای سرمایهٔ اقتصادی، سرمایهٔ فرهنگی، سرمایهٔ اجتماعی، حمایت اجتماعی، سواد سلامت الکترونیک و رفتارهای سلامت‌محور کمتر از حد میانه بوده و درنتیجه نشان از متوسط روبه‌پایین بودن وضعیت متغیرهای مذکور دارد. همچنین، این جدول نشان می‌دهد که میزان T (تک‌نمونه‌ای) برای تمامی متغیرها در سطح اطمینان ۹۹درصد معنادار است. در ادامه به تحلیل‌های دومتغیره شامل آزمون رابطهٔ بین متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای و متغیر وابسته (رفتارهای سلامت‌محور) پرداخته شده است.

جدول ٤- نتایج آزمون رابطهٔ متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای با رفتارهای سلامت‌محور

Table 4- Results of the test of the relationship between demographic and contextual variables and health-oriented behaviors

	متغیرها	فراوانی	میانگین	نوع آزمون	میزان آزمون	معناداری	نتیجه
سن		٥٤٢	۳٦/۰۹	پیرسون	-۰/۱۳۳	۰/۰۰۱	وجود رابطه
جنس	زن	۲۸۹	۲/۸۳	T	-٥/٥۳۷	۰/۰۰۰	وجود تفاوت
	مرد	۲٥۷	۲/٦۲				
وضعیت تأهل	مجرد	۱۸٤	۲/۷۸	T	۱/۷۹۷	۰/۰۷۳	عدم‌تفاوت
	متأهل	۳٦٤	۲/۷۱				
وضعیت اشتغال	شغل دولتی	۸۲	۲/۸٤	F	٥/٦۸۹	۰/۰۰۰	وجود رابطه
	غیرشاغل	۸۹	۲/۸۱				
	خانه‌دار	۱۰۰	۲/۷۹				
	سایر مشاغل	٦۳	۲/۷۲				
	شغل آزاد	۲۱۲	۲/٦۲				
سطح تحصیلات	کارشناسی ارشد و دکتر	٥۲	۳/۰٤	F	۱۷/۳٦۱	۰/۰۰۰	وجود رابطه
	کارشناسی	۱٤۷	۲/۸٦				
	کاردانی	۷٥	۲/۷۳				
	دیپلم	۱٦۳	۲/٦٤				
	زیر دیپلم	۱۰۹	۲/٥٥				
منطقهٔ محل سکونت	منطقهٔ پنج	٦۸	۲/۸٤	F	٤/٦۹۰	۰/۰۰۱	وجود رابطه
	منطقهٔ چهار	۹۲	۲/۸۱				
	منطقهٔ دو	۲۰۲	۲/۷٦				
	منطقهٔ یک	۷۰	۲/٦٤				
	منطقهٔ سه	۱۱۸	۲/٦۲				
وضعیت بیماری	غیربیمار	۱۲۹	۲/۷٤	T	-۰/۱۷٥	۰/۸٦۱	عدم‌تفاوت
	بیمار	٤۱٦	۲/۷۳				
مدت‌زمان بیماری		۱۲۹	-	اسپیرمن	-۰/۲۷٦	۰/۰۰۲	وجود رابطه

جدول (٤) نمای کلی را از نتایج بررسی رابطهٔ میان متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای با متغیر رفتارهای سلامت‌محور ارائه می‌کند. براساس این جدول از هفت متغیر مستقل در نظر گرفته‌شده، همبستگی پنج متغیر سن، جنس، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، منطقهٔ محل سکونت و مدت بیماری با رفتارهای سلامت‌محور تأیید شده است؛ اما بین دو متغیر وضعیت تأهل و وضعیت بیماری با رفتارهای سلامت‌محور رابطه‌ای مشاهده نشده است.

به‌منظور آزمون رابطهٔ بین متغیرهای مستقل و متغیر وابستهٔ پژوهش، یعنی «رفتارهای سلامت‌محور» (آزمون فرضیه‌های پژوهش) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. جدول

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

(۵) میزان ضریب همبستگی و سطح معناداری آن را برای هریک از فرضیه‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۵- نتایج آزمون فرضیه‌های پژوهش

Table 5- Results of testing research hypotheses

متغیرهای مستقل	میزان همبستگی	سطح معناداری	نتیجهٔ نهایی آزمون
سرمایهٔ اقتصادی	۰/۱۹۶	۰/۰۰۰	وجود رابطهٔ مستقیم
سرمایهٔ فرهنگی	۰/۵۴۱	۰/۰۰۰	وجود رابطهٔ مستقیم
سرمایهٔ اجتماعی	۰/۵۷۹	۰/۰۰۰	وجود رابطهٔ مستقیم
حمایت اجتماعی	۰/۵۰۷	۰/۰۰۰	وجود رابطهٔ مستقیم
سواد سلامت	۰/۵۷۳	۰/۰۰۰	وجود رابطهٔ مستقیم
سواد سلامت الکترونیک	۰/۵۶۰	۰/۰۰۰	وجود رابطهٔ مستقیم

مبتنی بر اطلاعات جدول (۵)، بین متغیرهای سرمایهٔ اقتصادی، سرمایهٔ فرهنگی، سرمایهٔ اجتماعی، حمایت اجتماعی، سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک با متغیر «رفتارهای سلامت‌محور» رابطهٔ مستقیم در سطح اطمینان ۹۹درصد وجود دارد. به‌علاوه، این رابطه برای بیشتر فرضیه‌ها (به‌غیراز رابطهٔ بین سرمایهٔ اقتصادی و رفتارهای سلامت‌محور) در سطح قوی ارزیابی می‌شود.

مدل معادلهٔ ساختاری: در این بخش، میزان و شدت روابط فرضی میان متغیرها در یک مدل نظری تخمین زده می‌شود. به‌طوری‌که اثر مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر و نیز اثر متغیر دیگری که بین این دو تغیر واقع می‌شوند (متغیرهای مداخله‌گر یا واسطه‌ای) نمایان می‌گردد (مارویاما، ۱۳۸۹). به‌منظور ارزیابی شاخص‌های نیکویی برازش مدل از چهار شاخص اصلی استفاده شده است (جدول ٦).

جدول ٦- شاخص‌های برازش مدل معادلهٔ ساختاری رفتارهای سلامت‌محور

Table 6- Fit indices of the structural equation model of health-oriented behaviors

شاخص	نام اختصاری	مقدار	حد مطلوب	تفسیر
شاخص برازش مطلق کای اسکوئر به‌هنجارشده	CMIN/DF	۲/۰۴۷	<۳	مطلوب
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۰۲	>۰/۹۰	مطلوب
شاخص برازش تطبیقی مقتصد	PCFI	۰/۸۲۷	>۰/٦۰	مطلوب
ریشهٔ دوم مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۴٤	<۰/۰۸	مطلوب

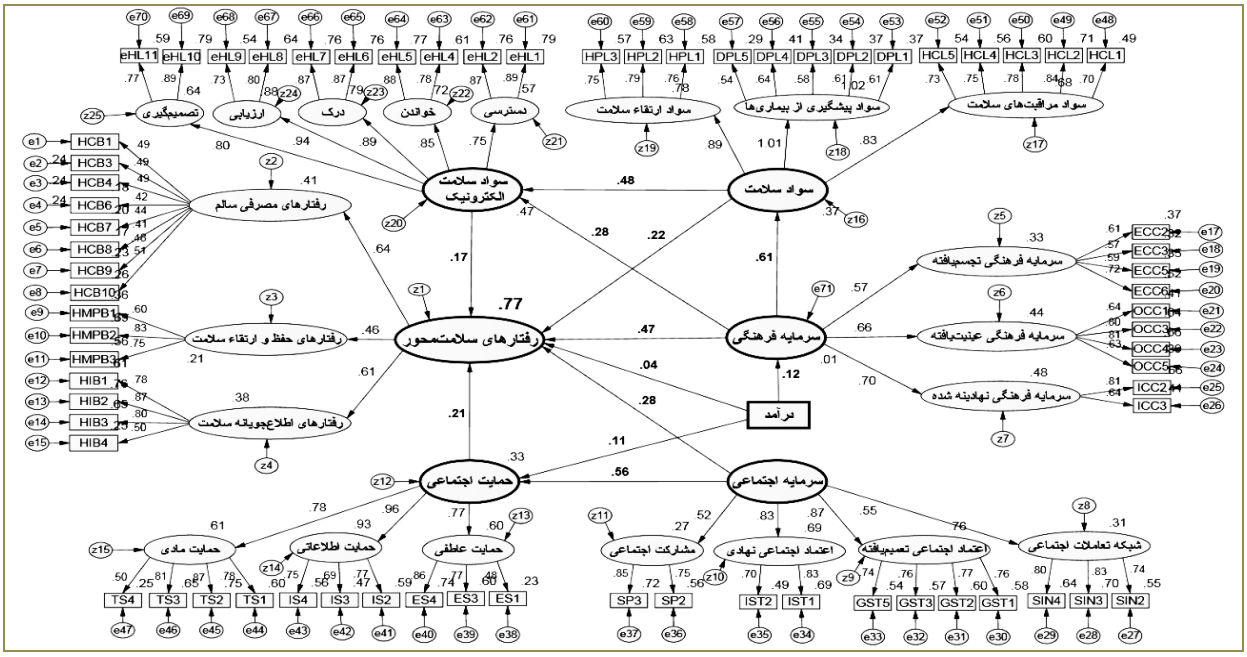
باتوجه‌به مقدار شاخص‌های برازش می‌توان گفت مدل معادلهٔ ساختاری رفتارهای سلامت‌محور از برازش مطلوبی برخوردار است و درنتیجه می‌تواند الگوی تحلیلی (نظری) پژوهش را حمایت کند. در ادامه مراحل محاسبه و رسم مدل تشریح می‌شود:

مرحلهٔ اول: روش برآورد پارامترها و خطای معیار آن‌ها در مدل معادلهٔ ساختاری این پژوهش، با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی (به‌عنوان یکی از عمومی‌ترین روش‌ها) انجام شده که پیش‌فرض اصلی آن، نرمال‌بودن چندمتغیرهٔ داده‌ها است. نتیجهٔ به‌دست‌آمده ۵۰٤۰ بوده که از مقدار ضریب چندمتغیرهٔ مردیا در این مدل (برابر با ۷۲۹۷۵۸) کمتر است؛ بنابراین، می‌توان ادعا کرد که فرض نرمالیتی چندمتغیره برای این مدل برقرار است.

مرحلهٔ دوم: بررسی اعتبار درونی (هم‌گرا) هریک از متغیرها توسط شاخص متوسط واریانس استخراج‌شده برای هر عامل (AVE) محاسبه شده است. این شاخص از میانگین بارهای عاملی برای هر عامل به دست می‌آید. مقدار حدنصاب لازم برای بارهای عاملی حداقل برابر با ۰/٤ است؛ درنهایت، تعداد ۷۰ متغیر مشاهده‌شده این حد نصاب را کسب کرده و درون مدل جای گرفته‌اند.

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

مرحلهٔ سوم: در این مرحله ترسیم مدل انجام (شکل ۱) و رابطهٔ بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته بررسی می‌شود. این امر، علاوه‌بر آزمون دقیق‌تر فرضیه‌ها، سنجش روابط بین متغیرهای مستقل را نیز دربر می‌گیرد.



شکل ۱- تحلیل ساختاری عوامل مرتبط با رفتارهای سلامت‌محور

Figure 1- Structural analysis of factors related to health-oriented behaviors

پیرو مرحلهٔ سوم، شکل (۱) مدل نهایی تحلیل ساختاری عوامل مرتبط با رفتارهای سلامت‌محور را به نمایش می‌گذارد. در ادامه رابطهٔ بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته بررسی می‌شود.

جدول ۷- نتایج اجرای مدل معادلهٔ ساختاری عوامل مرتبط با رفتارهای سلامت‌محور

Table 7- Results of implementing the structural equation model of factors related to health-oriented behaviors

مبدأ رابطه (متغیرهای مستقل)	مقصد رابطه (متغیر وابسته)	ضرایب بتا	آماره T	سطح معناداری	ضریب تعیین
درآمد	رفتارهای سلامت‌محور	۰/۰۴۲	۰/۸۳۹	۰/۴۰۱	۰/۷۶۹
سرمایهٔ فرهنگی	رفتارهای سلامت‌محور	۰/۴۶۶	۳/۹۴۰	۰/۰۰۰	
سرمایهٔ اجتماعی	رفتارهای سلامت‌محور	۰/۲۷۶	۳/۳۶۹	۰/۰۰۰	
حمایت اجتماعی	رفتارهای سلامت‌محور	۰/۲۱۲	۲/۸۱۳	۰/۰۰۵	
سواد سلامت	رفتارهای سلامت‌محور	۰/۲۲۰	۲/۳۸۰	۰/۰۱۷	
سواد سلامت الکترونیک	رفتارهای سلامت‌محور	۰/۱۷۴	۲/۰۶۵	۰/۰۳۹	
سرمایهٔ فرهنگی	سواد سلامت	۰/۶۱۲	۷/۹۵۶	۰/۰۰۰	–
سرمایهٔ فرهنگی	سواد سلامت الکترونیک	۰/۲۸۳	۳/۸۲۷	۰/۰۰۰	
سرمایهٔ اجتماعی	حمایت اجتماعی	۰/۵۶۴	۷/۲۷۳	۰/۰۰۰	
سواد سلامت	سواد سلامت الکترونیک	۰/۴۷۸	۶/۷۷۸	۰/۰۰۰	
درآمد	سرمایهٔ فرهنگی	۰/۱۲۱	۲/۳۰۶	۰/۰۲۱	
درآمد	حمایت اجتماعی	۰/۱۱۵	۲/۷۱۱	۰/۰۰۷	

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

گزارش نتایج حاصل از اجرای مدل نشان می‌دهد که بیشترین ضریب بت به ترتیب به مسیر سرمایهٔ فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور (۰/٤٦٦)، مسیر سرمایهٔ اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور (۰/۲۷٦) و مسیر سواد سلامت و رفتارهای سلامت‌محور (۰/۲۲۰) اختصاص داشته است. همچنین، مقدار آمارهٔ T برای هریک از عامل‌ها (به‌غیراز متغیر درآمد) خارج از بازهٔ ۱/۹٦- تا ۱/۹٦+ قرار داشته است؛ به این معنا که تمامی مسیرهای تعریف‌شده (به‌غیراز رابطهٔ بین درآمد و رفتارهای سلامت‌محور) دارای اثر معنادار است. درمجموع، عامل‌های اصلی پژوهش توانسته است ۷٦/۹درصد از واریانس رفتارهای سلامت‌محور را تبیین نماید؛ اما به‌منظور بررسی معناداری مقدار ضریب تعیین، از تکنیک خودگردان‌سازی استفاده شده است (جدول ۸).

جدول ۸- نتایج برآورد معناداری ضریب تعیین

Table 8- Results of estimating the significance of the coefficient of determination

ضریب تعیین	حداقل	حداکثر	سطح معناداری
۰/۷٦۹	۰/۵۷۷	۰/۹٤۵	۰/۰۰٤

نتایج عملیات خودگردان‌سازی بیان می‌دارد که در سطح اطمینان ۹۹درصد، ضریب تعیین ۷٦/۹درصد معنادار است. همچنین از آنجا که مقدار صفر در حداقل تا حداکثر فاصلهٔ اطمینان قرار ندارد، می‌توان بر معناداری ضریب تعیین عوامل مؤثر بر رفتارهای سلامت‌محور در جامعهٔ آماری تأکید کرد.

مرحلهٔ چهارم: درنهایت، این بخش شامل تحلیل مسیر تأثیر هرکدام از متغیرهای اصلی پژوهش براساس مدل معادلهٔ ساختاری است. بدیهی است که این بررسی تنها شامل متغیرهای مستقل مرتبط با متغیر وابستهٔ پژوهش می‌شود (جدول ۹).

جدول ۹- تحلیل مسیر تأثیر متغیرهای اصلی پژوهش

Table 9- Path analysis of the effect of the main research variables

متغیرها	تأثیر مستقیم	تأثیر غیر مستقیم	تأثیر کل
سرمایهٔ فرهنگی	۰/٤٦٦	۰/۲۰٦	۰/٦۷۲
سرمایهٔ اجتماعی	۰/۲۷٦	۰/۱۱۹	۰/۳۹۵
سواد سلامت	۰/۲۲۰	۰/۰۸۳	۰/۳۰۳
حمایت اجتماعی	۰/۲۱۲	–	۰/۲۱۲
سواد سلامت الکترونیک	۰/۱۷٤	–	۰/۱۷٤
درآمد	–	۰/۰۸۰	۰/۰۸۰

جدول (۹) گویای آن است که به ترتیب سه متغیر سرمایهٔ فرهنگی (۰/٦۷۲)، سرمایهٔ اجتماعی (۰/۳۹۵) و سواد سلامت (۰/۳۰۳) بیشترین میزان تأثیر کل را بر رفتارهای سلامت‌محور داشته است.

بحث و نتیجه

آنچه که امروزه از آن با عنوان رفتار سلامت‌محور یاد می‌شود، نتیجهٔ حداقل سه دهه نظرورزی و انجام پژوهش‌های تجربی مستمر در حوزهٔ جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت است. اگرچه مطالعات رفتار سلامت همواره به‌عنوان حیطه‌ای میان‌رشته‌ای مطرح بوده، با ظهور و گسترش رویکردهای اجتماعی و فرهنگی سلامت به بخش اصلی مفهوم سبک زندگی سلامت‌محور بدل گشته است. پژوهش حاضر با رویکردی جامعه‌شناختی رابطهٔ بین عوامل اجتماعی و فرهنگی و

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

رفتارهای سلامت‌محور شهروندان مناطق پنج‌گانه را در شهر کاشان بررسی کرده است.

آزمون نخستین فرضیهٔ پژوهش نشان می‌دهد که بین سرمایهٔ اقتصادی و رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم وجود دارد. در مدل معادلهٔ ساختاری نیز، متغیر درآمد به‌عنوان یک متغیر مشاهده‌شده تأثیر اندک و غیرمستقیم داشته است. براساس نظریهٔ ویلکینسون (1992 /2005) می‌توان گفت که سرمایهٔ اقتصادی می‌تواند به افراد کمک کند تا به منابع بهداشتی و خدمات سلامت دسترسی پیدا کنند؛ در این راستا افرادی که دارای سرمایهٔ اقتصادی بیشتری هستند، معمولاً توانایی بیشتری برای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی دارند. این دسترسی می‌تواند به افزایش رفتارهای حفظ و ارتقای سلامت کمک کند.

به‌علاوه، سرمایهٔ اقتصادی می‌تواند به افراد کمک کند تا از آموزش‌های مرتبط با سلامت بهره‌مند شوند. این آموزش‌ها می‌تواند افراد را تشویق کند تا رفتارهای مثبت را اتخاذ کنند. سرمایهٔ اقتصادی همچنین می‌تواند بر رفتارهای اطلاع‌جویانهٔ سلامت تأثیر بگذارد. در این زمینه، افرادی که دارای سرمایهٔ اقتصادی بیشتری هستند، معمولاً به منابع اطلاعاتی گسترده‌تری دسترسی دارند. نتیجهٔ به‌دست‌آمده، مؤید یافته‌های پژوهش‌های تجربی پیشین در ایران (عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۹۳؛ دامنی، ۱۴۰۰)، ژاپن (Goto et al., 2018) و چین (Yang et al., 2020; Liu et al., 2023) بوده است.

مبتنی بر نتیجهٔ آزمون دومین فرضیه، بین دو متغیر سرمایهٔ فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور رابطهٔ مستقیم وجود دارد. همچنین در مدل معادلهٔ ساختاری، این متغیر بیشترین تأثیر را بر رفتارهای سلامت‌محور داشته است. به‌علاوه تأثیر غیرمستقیم سرمایهٔ فرهنگی بر رفتارهای سلامت‌محور ازطریق متغیرهای سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک معنادار است. مبانی نظری پشتوانهٔ مفهوم سرمایهٔ فرهنگی مبتنی بر نظریهٔ آبل (2007/ 2008) دربارهٔ رابطهٔ بین سرمایهٔ فرهنگی و رفتارهای سلامت بوده است. نظریهٔ آبل بر نقش محوری سرمایهٔ فرهنگی در تعیین رفتارهای سلامت‌محور تأکید دارد. سرمایهٔ فرهنگی به‌مثابهٔ مجموعه‌ای از دانش‌ها، مهارت‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای فرهنگی، افراد را قادر می‌سازد تا به منابع اطلاعاتی دسترسی پیدا کنند؛ اطلاعات پیچیده را تفسیر و تصمیمات آگاهانه‌ای دربارهٔ سلامتی خود اتخاذ کنند؛ در این راستا، سرمایهٔ فرهنگی به افراد کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از اهمیت رفتارهای سالم داشته باشند و نگرش مثبت‌تریبه پیشگیری از بیماری‌ها پیدا کنند. درمجموع، این نظریه توانسته است رابطهٔ بین سرمایهٔ فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور شهروندان را در شهر کاشان تبیین کند؛ اما ازآنجاکه نظریهٔ سرمایهٔ فرهنگی مرتبط با سلامت تحت‌تأثیر رویکرد نظری بوردیو (1984/ 1986) دربارهٔ مفهوم سرمایهٔ فرهنگی قرار دارد، یافته‌های این بخش به‌طور ضمنی مؤید دیدگاه بوردیو نیز به شمار می‌رود.

به‌علاوه نتیجهٔ به‌دست‌آمده، از یافته‌های پژوهش‌های تجربی پیشین (عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۹۳؛ دامنی، ۱۴۰۰؛ البرزی و دیگران، ۱۴۰۱) نیز پشتیبانی می‌کند؛ زیرا شواهد این تحقیقات نیز نشان داده است که نوعی رابطهٔ مستقیم بین سرمایهٔ فرهنگی و رفتارها و سبک زندگی سالم وجود دارد. اگرچه این پژوهش‌ها اکثراً نظریهٔ سرمایهٔ فرهنگی بوردیو (1984/ 1986) را به‌عنوان چارچوب نظری خود استفاده کرده‌اند، به سبب پیوند دیدگاه‌های بوردیو و آبل می‌توان نتایج آن‌ها را نیز تأیید کرد.

سومین فرضیهٔ پژوهش به رابطهٔ مستقیم بین سرمایهٔ اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور اشاره دارد که براساس یافته‌های تجربی تأیید شده است. در مدل معادلهٔ ساختاری نیز، سرمایهٔ اجتماعی بیشترین تأثیر را پس از سرمایهٔ فرهنگی بر رفتارهای سلامت‌محور داشته است. به‌علاوه تأثیر غیرمستقیم سرمایهٔ اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور، ازطریق متغیر حمایت اجتماعی معنادار بوده است. این فرضیه مبتنی بر نظریهٔ کارپیانو (2007/ 2008a/ 2008b) ساخته و پرداخته شده است. این نظریه با تأکید بر اهمیت سرمایهٔ اجتماعی به‌عنوان عاملی تعیین‌کننده در سلامت و بهزیستی

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

جوامع، به نقش شبکه‌های اجتماعی، اعتماد، هنجارهای متقابل و مشارکت مدنی در ارتقای رفتارهای سلامت‌محور اشاره می‌کند. از دیدگاه او، سرمایهٔ اجتماعی با ایجاد یک بستر اجتماعی حمایتی، افراد را قادر می‌سازد تا به منابع و اطلاعات بهداشتی دسترسی پیدا کنند؛ از حمایت اجتماعی برخوردار شوند و هنجارهای اجتماعی سالم را در پیش بگیرند. دیدگاه کارپیانو تحت‌تأثیر رویکرد نظری بوردیو قرار دارد؛ اما تأکید بوردیو بر سطح خرد و توجه کارپیانو بر سطح میانه توانسته این دو نظریه را از یکدیگر متمایز سازد (Carpiano, 2008a/ 2008b). با این وجود، یافته‌های این بخش از پژوهش (به‌ویژه ابعاد شبکهٔ تعاملات اجتماعی و مشارکت اجتماعی) توانسته است به‌طور ضمنی مؤید دیدگاه بوردیو نیز به شمار رود.

نتیجهٔ به‌دست‌آمده، مؤید یافته‌های پژوهش‌های تجربی پیشین در ایران (عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۹۳؛ دامنی، ۱۴۰۰؛ البرزی و دیگران، ۱۴۰۱) و چین (Yang et al., 2020; Cui et al., 2021) نیز بوده است؛ زیرا شواهد این تحقیقات نیز نشان داده است که نوعی رابطهٔ مستقیم بین سرمایهٔ اجتماعی و رفتارها و سبک زندگی سالم وجود دارد. اگرچه در این پژوهش‌ها اکثراً نظریهٔ سرمایهٔ اجتماعی بوردیو (1986)، پاتنام (2000) و کلمن (1990) به‌عنوان چارچوب نظری استفاده شده است، به سبب پیوند دیدگاه‌های بوردیو و کارپیانو می‌توان نتایج آن‌ها را نیز تأیید کرد.

بررسی چهارمین فرضیهٔ تحقیق، یعنی رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور، گویای آن است که بین این دو متغیر نیز رابطهٔ مستقیم وجود دارد. در مدل معادلهٔ ساختاری، این متغیر تنها تأثیر مستقیم بر رفتارهای سلامت‌محور داشته و به‌عنوان چهارمین متغیر اثرگذار شناسایی شده است. این فرضیه مبتنی بر نظریهٔ برکمن (1984) دربارهٔ رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامت بوده است. برکمن حمایت اجتماعی را به‌عنوان یکی از منابع اجتماعی مهمی در نظر می‌گیرد که افراد می‌توانند ازطریق روابط خود به آن دسترسی پیدا کنند (Berkman, 1984). به‌طورکلی این یافته از دیدگاه برکمن مبنی بر تأثیر ابعاد گوناگون حمایت اجتماعی (عاطفی، اطلاعاتی و مادی) بر رفتارهای مبتنی بر سلامت افراد حمایت می‌کند (Berkman & Glass, 2000; Berkman et al., 2000). از جهت دیگر نتیجهٔ به‌دست‌آمده، از یافته‌های پژوهش‌های تجربی پیشین در ایران (عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۹۳؛ دراهکی و دیگران، ۱۴۰۱)، آلمان (Edler et al., 2022) و چین (Choi, 2020; Yang et al., 2020;) نیز پشتیبانی می‌کند؛ زیرا یافته‌های میدانی این تحقیقات نیز حاکی‌ازآن بوده است که نوعی رابطهٔ مستقیم بین حمایت اجتماعی و رفتارها و سبک زندگی سالم وجود دارد. اگرچه در این پژوهش‌ها رویکردهای نظری گوناگونی به‌عنوان چارچوب نظری استفاده شده است، به سبب آنکه دیدگاه برکمن (1984) واجد نوعی تلفیق نظری است می‌توان نتایج آن‌ها را نیز تأیید کرد.

پنجمین فرضیهٔ این مطالعه به رابطهٔ بین سواد سلامت و رفتارهای سلامت‌محور مربوط می‌شود. در آزمون همبستگی مشخص شد بین این دو متغیر رابطهٔ مستقیم وجود دارد. در مدل معادلهٔ ساختاری نیز، این متغیر به‌عنوان سومین متغیر تأثیرگذار بر رفتارهای سلامت‌محور شناخته شده است. به‌علاوه تأثیر غیرمستقیم سواد سلامت، ازطریق متغیر سواد سلامت الکترونیک معنادار ارزیابی شده است. مبانی نظری پشتوانهٔ مفهوم سواد سلامت بر مبنای نظریهٔ سورنسن (2012) دربارهٔ رابطهٔ بین سواد سلامت و رفتارهای سلامت ارائه شده است. ازنظر سورنسن (2012/ 2013) سواد سلامت عامل تعیین‌کنندهٔ کلیدی در سلامت و رفاه افراد و جوامع است. او سواد سلامت را در سه بُعد اصلی کارکردی، تعاملی و انتقادی مفهوم‌پردازی می‌کند؛ ازاین‌رو نتیجهٔ به‌دست‌آمده، دیدگاه سورنسن (2012) مبنی بر تأثیر سواد سلامت و ابعاد گوناگون آن را بر رفتارهای مبتنی بر سلامت افراد تأیید می‌کند.

همچنین، این یافته مؤید شواهد پژوهش‌های تجربی پیشین در ایران (آقاملایی و دیگران، ۱۳۹۵؛ بوداقی و عربی، ۱۴۰۰؛ محمودیانی و دیگران، ۱۴۰۰)، تایوان (Tsai et al., 2015)، ژاپن (Goto et al., 2018) و برزیل (Oliveira et al., 2023) نیز بوده

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

است؛ زیرا یافته‌های تجربی این تحقیقات نیز حاکی‌ازآن بوده که نوعی رابطهٔ مستقیم بین سواد سلامت و رفتارها و سبک زندگی سالم وجود دارد. اگرچه در این پژوهش‌ها رویکردهای نظری گوناگونی به‌عنوان چارچوب نظری استفاده شده است، به سبب آنکه استفاده از دیدگاه سورنسن (2012) در میان مطالعاتی از این دست عمومیت بیشتری دارد، می‌توان نتایج آن‌ها را نیز تأیید کرد.

ششمین و آخرین فرضیهٔ پژوهش به رابطهٔ بین سواد سلامت الکترونیک و رفتارهای سلامت‌محور اشاره دارد. در آزمون همبستگی مشخص شد که بین این دو متغیر رابطهٔ مستقیم وجود داشته است. همچنین در مدل معادلهٔ ساختاری، این متغیر تنها تأثیر مستقیم بر رفتارهای سلامت‌محور داشته و بهعنوان پنجمین متغیر اثرگذار شناسایی شده است. مبانی نظری پشتوانهٔ این فرضیه مبتنی بر نظریهٔ نورمن و اسکینر (2006a) بوده است. نورمن و اسکینر (2006a) تأکید دارند که سواد سلامت الکترونیک فراتر از صرفاً توانایی استفاده از اینترنت است و شامل مهارت‌های ارزیابی اطلاعات، درک و به‌کارگیری آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها دربارهٔ سلامت نیز می‌شود (Norman & Skinner, 2006a)؛ بنابراین، آن‌ها معتقدند که سواد سلامت الکترونیک نه‌تنها مهارتی شناختی، مهارتی رفتاری نیز به حساب می‌آید؛ به این معنا که افراد باید قادر باشند از اطلاعاتی که پیدا می‌کنند، به‌طور فعالانه‌ای استفاده کنند تا رفتارهای خود را به سمت سلامت هدایت کنند (Norman & Skinner, 2006a/ 2006b; Norman et al., 2008). به‌علاوه، نتیجهٔ به‌دست‌آمده مؤید یافته‌های پژوهش‌های تجربی پیشین در کرهٔ جنوبی (Choi, 2020)، چین (Li & Liu, 2020; Cui et al., 2021; Liu et al., 2023) و آلمان (Konig et al., 2024) نیز بوده است؛ زیرا یافته‌های تجربی این تحقیقات نیز بیانگر آن بوده است که نوعی رابطهٔ مستقیم بین سواد سلامت الکترونیک و رفتارهای سلامت‌محور وجود دارد.

درمجموع، پژوهش حاضر با مبنا قراردادن مفهوم سرمایهٔ فرهنگی مرتبط با سلامت و شناسایی مسیر جدیدی که این مفهوم می‌تواند ازطریق آن بر رفتارهای سلامت‌محور شهروندان مؤثر باشد، زاویهٔ دید جدیدی را برای پرداختن به این موضوع گشوده است. این مسیر با جای‌دادن دو متغیر سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک در میانهٔ رابطهٔ بین سرمایهٔ فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور به دست آمده است و توانسته سهم بسزایی در افزایش ضریب تعیین (۰/۷۷) مدل معادلهٔ ساختاری ایفا کند. این موضوعی است که تا پیش‌ازاین در هیچ‌یک از تحقیقات پیشین به آن پرداخته نشده است و ازاین‌رو می‌تواند به‌عنوان وجه تمایز مطالعهٔ حاضر به شمار رود. از محدودیت‌های اصلی این پژوهش می‌توان به ماهیت مقطعی و خودگزارشی بودن داده‌ها و همچنین محدودبودن قلمرو مکانی مطالعه به شهر کاشان اشاره کرد.

پیشنهادهای کاربردی این پژوهش مبتنی بر میزان میانگین متغیرهای اصلی و رابطهٔ میان متغیرها طرح می‌شود. این پیشنهادها عبارت‌اند از: ۱) تقویت سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی: طراحی و اجرای برنامه‌های مهارت‌افزایی، حمایت از کسب‌وکارهای خرد محلی و توسعهٔ فضاهای تعاملی و ورزشی جمعی توسط نهادهای شهری و فرهنگی، به‌منظور ارتقای سطح دانش، تعاملات و همبستگی اجتماعی شهروندان؛ ۲) ارتقای سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک: تولید و توزیع محتواهای آموزشی معتبر و ساده‌سازی‌شده (به‌صورت حضوری یا در بستر فضای مجازی) توسط مراکز آموزشی و بهداشتی با هدف توانمندسازی شهروندان در جست‌وجو، ارزیابی و به‌کارگیری صحیح اطلاعات سلامت در عصر دیجیتال و ۳) تقویت شبکه‌های حمایتی و ترویج سبک زندگی سالم: گسترش گروه‌های حمایتی برای بیماران مزمن، ارائهٔ مشاوره‌های تغذیه و سلامت در مراکز درمانی، ترویج فرهنگ ورزش همگانی و تغذیهٔ سالم در مدارس و محیط‌های کار. سازمان‌های رسمی شهر کاشان نظیر دانشگاه علوم پزشکی و مراکز خدمات درمانی، ادارهٔ ورزش و جوانان، ادارهٔ آموزش‌وپرورش، شهرداری و ادارهٔ بهزیستی شهر کاشان می‌توانند این پیشنهادها

https://doi.org/10.22108/jas.2026.148012.2754

توجه کنند. همچنین، سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها)، فرهنگ‌سراها، مراکز مشاوره‌ای و خیریه‌ای شهر کاشان نیز می‌توانند نقش مؤثری دراین‌خصوص ایفا کنند.

منابع فارسی

آقاملایی، ت.، حسینی، ز.، حسینی، ف. س.، و قنبرنژاد، ا. (۱۳۹۵). ارتباط سواد سلامت با رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانش‌آموزان. *طب پیشگیری*، ۳(۲)، ۳۶-۴۳. http://jpm.hums.ac.ir/article-1-173-fa.html

البرزی، ص.، موحد، م.، و مظفری، ر. (۱۴۰۱). رفتارهای مبتنی بر سلامت با تأکید بر سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی در میان جوانان شهر شیراز. *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۱(۱)، ۱۱۳-۱۲۹. https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2866

امیری، م. (۱۳۹۶). *تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی رفتارهای سلامت‌جویانه نوجوانان (مطالعه موردی دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ساله شهر تهران* [رساله دکتری، دانشگاه تهران]. گنج. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/dd191673a21c2be438659f56577b3881

بوداقی، ع.، و عربی، ع. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای نگرش به کووید-۱۹ در رابطه سواد سلامت با رفتار سلامت‌محور شهروندان در دوره پاندمی کووید-۱۹ مورد مطالعه: شهروندان ۶۵-۱۵ سال شهر اهواز. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، ۱۰(۳)، ۶۸-۴۵. https://doi.org/10.22108/srspi.2021.130196.1729

حیدریان، ا.، و گنجی، م. (۱۴۰۳الف). فراتحلیل سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور: مرور متون. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۴(۵۶)، ۱-۱۴. https://doi.org/10.22034/spr.2025.453775.1944

حیدریان، ا.، و گنجی، م. (۱۴۰۳ب). فراتحلیل مطالعات درباره رابطه سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور در ایران. *فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی*، ۸(۴)، ۳۷۷-۳۶۷. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2259573/

دامنی، ح. (۱۴۰۰). *مطالعه عوامل دموگرافیک، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مؤثر بر رفتار سلامت‌محور زنان ۶۵-۱۸ (مطالعه موردی شهر زاهدان)* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سیستان و بلوچستان]. گنج. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/6ce9d8379b94efbb4ed3698c546f4fc3

دانشگاه علوم پزشکی کاشان (۱۴۰۴). *ده علت اول مرگ و میر (از ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۴)*. واحد آمار معاونت بهداشت. https://health.kaums.ac.ir

دراهکی، ا.، مشفق، م.، و احمدپور، ا. (۱۴۰۱). تعیین‌کننده‌های اجتماعی - جمعیتی رفتار سلامت‌جویانه در میان دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۸ساله (مورد مطالعه: منطقه ۱۶ شهر تهران). *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱۳(۱)، ۲۵۷-۲۸۲. https://ijsp.ut.ac.ir/article_90412.html

رستمی کتشالی، ط.، جعفرزاده‌پور، ف.، شفعتی، م.، آقاسیدمرتضی، ع. س.، و منتظری، ع. (۱۴۰۳). سبک زندگی سالم جوانان: یک مرور نظام‌مند. *پایش*، ۲۳(۲)، ۲۲۰-۲۰۹. https://www.sid.ir/paper/1130230/fa

سازمان ثبت احوال کشور (دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت) (۱۳۹۱). *سالنامه آماری سال ۱۳۹۰*. سازمان ثبت احوال کشور.

سازمان ثبت احوال کشور (دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت) (۱۳۹۷). *سالنامه آماری سال ۱۳۹۶*. سازمان ثبت احوال کشور.

شهرداری کاشان (۱۳۹۶). *ویژگی‌های جمعیتی مناطق و نواحی شهرداری کاشان* (براساس سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۵)، گزارش منتشرنشده.

عابدی محمدآباد، ز. (۱۴۰۰). *رفتارهای مرتبط با سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن در میان جمعیت ۲۰ تا ۵۰ ساله مناطق شهری ایران* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه یزد]. گنج. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/d1b9cea686872639e0c69df97dc506a4

عباس‌زاده، م.، علیزاده اقدم، م. ب.، و رحیمی دهگلان، ن. (۱۳۹۳). سنجش میزان تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر

رفتارهـای سـلامت‌محور بـین شـهروندان شـهر ارومیـه. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۳(۲)، ۲۳۹-۲٦۰. https://doi.org/10.22059/jisr.2014.53138

فریمانـه، م.، صـادقی، ر.، و عباس‌آبـاد عربـی، م. (۱۳۹۵). رفتارهای مرتبط با سلامت (فعالیت‌های ورزشی) جوانـان ایرانی و همبسته‌های اجتماعی - جمعیتی آن. *بررسـی‌های آمـار رسـمی ایـران*، ۲۷(۱)، ۳۷-۵۲. http://ijoss.srtc.ac.ir/article-1-183-fa.html

گنجی، م.، ستوده هلالی، م.، عسگری کویری، ا.، غفاری، م.، و حیـدریان، ا. (۱٤۰۱). *مطالعـه و گونه‌شناسـی نیازهـای شهروندان شهر کاشان برحسب مناطق و نـواحی زنـدگی*. گـزارش نهـایی طـرح پژوهشـی، معاونـت پـژوهش و برنامه‌ریزی شهرداری کاشان.

مارویاما، ج. م. (۱۳۸۹). *اصول مدلسازی معـادلات سـاختاری* (صمد رسـول‌زاده اقـدم، متـرجم). پژوهشـکده مطالعـات فرهنگی و اجتماعی.

محققـی کمـال، ح.، و عبدالـه‌تبار درزی، ه. (۱۳۹۱). *سـلامت اجتمـاعی: درآمـدی بـر مبـانی نظـری، مفـاهیم، ابعـاد و شاخص‌ها*. سخنوران.

محمودیانی، س.، قائدی، ک.، و رجبی، م. (۱٤۰۰). تأثیر سواد سلامت بر رفتارهای سلامت‌محور در برابر ویروس کرونـا در شهر شیراز. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۱٦(۳۲)، ۳٦۳-۳۸۵. https://doi.org/10.22034/jpai.2022.556112.1235

واحدیان، مرتضی (۱٤۰۰). *واکاوی سبک‌زندگی سلامت‌محور: عادت‌واره‌هـای عـاملان و علیت‌هـای سـاختاری* [رسـاله دکتـری، دانشـگاه کاشـان]. گـنج. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/bda08bb8a1d276bd80010b32e63c1f70

References

Abasszadeh, M., Alizadehaghdam, M. B., & Rahimidehgolan, N. (2014). The measuring the effect of social structures on health behaviors among citizens of the city of Urmia. *Social Studies and Research in Iran*, *3*(2), 239-260. [In Persian]. https://doi.org/10.22059/jisr.2014.53138

Abedi Mohammadabad, Z. (2022). *The Study of Health-Related Behaviors and it's Determinants among Population Aged 20-50 Years in Urban Areas of Iran* [Master's thesis, Yazd University]. Ganj. [In Persian]. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/d1b9cea686872639e0c69df97dc506a4

Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion, In D. V. McQueen, I. Kickbusch & L. Potvin (eds.), *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion* (pp. 43-73). Springer Press. https://doi.org/10.1007/978-0-387-37759-9_5

Abel T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *62*(7), e13. https://doi.org/10.1136/jech.2007.066159

Aghamolaei, T., Hosseini, Z., Hosseini, F., & Ghanbarnejad, A. (2016). The relationship between health literacy and health promoting behaviors in students. *Preventive Medicine*, *3*(2), 36-43. [In Persian]. http://jpm.hums.ac.ir/article-1-173-fa.html

Alborzi, S., Movahhed, M., & Mozafari, R. (2022). Healthy behaviors with emphasize on social and cultural capitals among the youth in the city of Shiraz, Iran. *Social Continuity and Change*, *1*(1), 113-129. [In Persian]. https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2866

Amiri, M. (2017). *Socio-Demographic Determinants of Health-Seeking Behaviors among Adolescents (A study on Students Aged 12-18 in Tehran, Iran)* [PhD Thesis, University of Tehran]. [In Persian]. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/dd191673a21c2be438659f56577b3881

Berkman L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, *5*, 413-432. https://doi.org/10.1146/annurev.pu.05.050184.002213

Berkman, L.F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In L.F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 158-162). Oxford University Press, https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0007

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, *51*(6), 843-857. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4

Boudaghi, A., & Arabi, A. (2021). The mediating role of Covid-19 attitudes in the relation of health literacy with citizens' health behaviors during Pandemic Covid-19 (Case study: 15-65-year-old citizens in Ahvaz). *Strategic Research on Social Problems*, *10*(3), 45-68. [In Persian]. https://doi.org/10.22108/srspi.2021.130196.1729

Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Harvard University Press.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-

Cultural and Economic factors affecting Women's Health-oriented Behavior 18-65 (Case study: Zahedan City) [Master's thesis, University of Sistan and Baluchestan]. Ganj. [In Persian]. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/6ce9d8379b94efbb4ed3698c546f4fc3

Dorahaki, A., Moshfegh, M., & Ahmadpour, A. (2022). Socio-demographic determinants of health-seeking behavior among students aged 12 to 18 years (Case study: District 16 of Tehran). *Social Problems of Iran*, *13*(1), 257-282. [In Persian]. https://doi.org/10.22059/ijsp.2022.90412

Edler, J. S., Manz, K., Rojas-Perilla, N., Baumeister, H., & Cohrdes, C. (2022). The role of personality traits and social support in relations of health-related behaviours and depressive symptoms. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 52. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03693-w

Farimaneh, M., Sadeghi, R., & Abasabad Arabi, M. (2016). Health-related behaviors (Sports Activities) of Iranian youths and its socio-demographic correlates. *Official Statistics Studies*, *27*(1), 37-52. [In Persian]. http://ijoss.srtc.ac.ir/article-1-183-fa.html

Ganji, M., Sotoudeh Hilali, M., Asgari Kaviri, A., Ghaffari, M., & Heydarian, A. (2012). *Study and Typology of the Needs of Kashan City Citizens According to Regions and Areas of Life*. final Report of the Research Project, Kashan Municipality Research and Planning Department. [In Persian].

Goto, E., Ishikawa, H., Nakayama, K., & Kiuchi, T. (2018). Comprehensive health literacy and health-related behaviors within a General Japanese Population: Differences by health domains. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, *30*(8), 717-726. https://doi.org/10.1177/1010539518806806

Heydarian, A., & Ganji, M. (2025). Meta-Analysis of studies on the relationship between cultural capital and health behaviors in Iran. *Cultureand Health Promotion*, *8*(4), 367-377. [In Persian]. https://dx.doi.org/10.22034/8.4.367

Heydarian, A., & Ganji, M. (2025). Meta-Analysis of the relationship between social capital and health behaviors in Iran: A systematic review. *Social Psychology Research*, *14*(56), 1-14. [In Persian]. https://doi.org/10.22034/spr.2025.453775.1944

Kashan Municipality. (2017). *Demographic Characteristics of the Regions and Areas of Kashan Municipality (Based on the 2016 Population and Housing Census)*. unpublished report. [In Persian].

Kashan University of Medical Sciences. (2025). *Top Ten Causes of Death*. Statistics Unit, Health Department. [In Persian]. https://health.kaums.ac.ir/

König, L., Kuhlmey, A., & Suhr, R. (2024). Digital health literacy of the population in Germany and

258). Greenwood Press. https://web.stanford.edu/~eckert/PDF/Bourdieu1986.pdf

Carpiano, R. M. (2007). Neighborhood social capital and adult health: an empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & Place*, *13*(3), 639-655. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.09.001

Carpiano R. M. (2008a). Actual or potential neighborhood resources and access to them: testing hypotheses of social capital for the health of female caregivers. *Social Science & Medicine*, *67*(4), 568-582. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.04.017

Carpiano, R. M. (2008b). Actual or potential neighborhood resources for health. In I. Kawachi, S. Subramanian & D. Kim (Eds.), *Social Capital and Health* (pp. 83-93). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_5

Carpiano, R. M., & Kimbro, R. T. (2012). Neighborhood social capital, parenting strain, and personal mastery among female primary caregivers of children. *Journal of Health and Social Behavior*, *53*(2), 232-247. https://doi.org/10.1177/0022146512445899

Choi, M. (2020). Association of ehealth use, literacy, informational social upport, and health-promoting behaviors: Mediation of health self-efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 7890. https://doi.org/10.3390/ijerph17217890

Cockerham W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Health and Social Behavior*, *46*(1), 51-67. https://doi.org/10.1177/002214650504600105

Cockerham, W. C. (2010). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Wiley-Blackwell.

Cockerham, W. C. (2017). *Medical Sociology* (14th ed.). Routledge.

Cockerham, W. C. (2020). *Sociological Theories of Health and Illness*. Routledge.

Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, *38*(2), 321-342. http://www.jstor.org/stable/4120739

Coleman, J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Harvard University Press.

Conner, M., & Norman, P. (2015). *Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models* (3nd ed). Open University Press.

Cui, G. H., Li, S. J., Yin, Y. T., Chen, L. J., Li, J. Q., Liang, F. Y., Liu, X. Y., & Chen, L. (2021). The relationship among social capital, eHealth literacy and health behaviours in Chinese elderly people: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *21*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10037-4

Damani, H. (2021). *Study of Demographic, Social,*

810. https://doi.org/10.1037/a0013105

Oliveira, A. S. S., Seidi, F. F. A., Sousa, K. M. P., Felipe, G. F., Pinheiro, E. P., & Albuquerque, N. L. S. (2023). Health literacy and health behaviors of Guinean university students residing in Brazil. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *44*, e20220295. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220295.en

Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon and Schuster.

Rostami-Kateshali, T., Jafarzadehpour, F., Shafti, M., Seyed Morteza, A., & Montazeri, A. (2024). Healthy lifestyle in young people: A systematic review. *Payesh*, *23*(2), 209-220. [In Persian]. http://dx.doi.org/10.61186/payesh.23.2.209

Sorensen, K. (2013). *Health Literacy: A Neglected European Public Health Disparity*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. https://doi.org/10.26481/dis.20131106ks

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Tsai, T. I., Lee, S. Y., & Tsai, Y. W. (2015). Explaining selected health behaviors in a national sample of Taiwanese adults. *Health Promotion International*, *30*(3), 563-572. https://doi.org/10.1093/heapro/dat085

Vahedian, M. (2021). *Health-Oriented Lifestyle Analysis: Agents Habitus and Structural Causes* [PhD thesis, University of Kashan]. Ganj. [In Persian]. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/bda08bb8a1d276bd80010b32e63c1f70

WHO. (2025). *Non-Communicable Diseases*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal (BMJ)*, *304*(6820), 165-168. https://doi.org/10.1136/bmj.304.6820.165

Wilkinson, R. G. (2005). *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. Routledge.

Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always do Better*. Allen Lane.

Yang, Y., Wang, S., Chen, L., Luo, M., Xue, L., Cui, D., & Mao, Z. (2020). Socioeconomic status, social capital, health risk behaviors, and health-related quality of life among Chinese older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 291. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01540-8

its association with physical health, mental health, life satisfaction, and health behaviors: Nationally representative survey study. *JMIR Public Health and Surveillance*, *10*, e48685. https://doi.org/10.2196/48685

Li, X., & Liu, Q. (2020). Social media use, ehealth literacy, disease knowledge, and preventive behaviors in the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional study on Chinese netizens. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(10), e19684. https://doi.org/10.2196/19684

Liu, S., Lu, Y., Wang, D., He, X., Ren, W., Kong, D., & Luo, Y. (2023). Impact of digital health literacy on health-related quality of life in Chinese community-dwelling older adults: the mediating effect of health-promoting lifestyle. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1200722. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1200722

Mahmoudiani, S., Ghaedi, K., & Rajabi, M. (2021). The impact of health literacy on health-related behaviors against the coronavirus in Shiraz City. *Population Association of Iran*, *16*(32), 363-385. [In Persian]. https://doi.org/10.22034/jpai.2022.556112.1235

Maruyama, G. M. (2010). *Basics of Structural Equation Modeling* (S Rasoulzadeh Aghdam, Trans.). Cultural and Social Studies Research Institute Publications. [In Persian].

Mohagheghi Kamal, H., & Abdollahtabar Darzi, H. (2012). *Social Well-Being: An Introduction to Theoretical Foundations, Concepts, Dimensions and Indicators*. Sokhanvaran Publications. [In Persian].

National Civil Registration Organization (Department of Statistics, Population and Immigration Information) (2012). *Statistical Yearbook 2011*. [In Persian]. https://www.sabteahval.ir/DeskTopModules/Magazines/showattachment.aspx?id=3300&mId=49823

National Civil Registration Organization (Department of Statistics, Population and Immigration Information) (2018). *Statistical Yearbook 2017*. [In Persian]. https://www.sabteahval.ir/DeskTopModules/Magazines/showattachment.aspx?id=3307&mId=49823

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, *8*(2), e9. https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHEALS: The ehealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, *8*(4), e27. https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27

Norman, C. D., Maley, O., Li, X., & Skinner, H. A. (2008). Using the internet to assist smoking prevention and cessation in schools: a randomized, controlled trial. *Health Psychology*, *27*(6), 799-