



<http://ui.ac.ir/en>

Strategic Research on Social Problems in Iran

E-ISSN: 2645-7539

Document Type: Research Paper

Vol. 8, Issue 3, No.26, Autumn 2019, pp. 5-8

Received: 26.01.2019

Accepted: 9.07.2019

## Prediction of Physical Health (the Risk of Developing Diabetes) based on Social, Cultural, and Economic Capitals in Tabriz

**Ebrahim Irannejad**

*Ph.D. Student, Department of Sociology, Yasouj University, Yasouj, Iran  
irannejad1985@gmail.com*

**Siroos Ahmadi\***

*Associate Professor, Department of Sociology, Yasouj University, Yasouj, Iran  
sahmadi@yu.ac.ir*

**Arman Heidari**

*Assistant Professor, Department of Sociology, Yasouj University, Yasouj, Iran  
alheidari2011@yu.ac.ir*

### Introduction

Health is not essentially a biological concept and instead, it includes the socio-psychological aspects. Moreover, health is not a personal theme and it is rooted in the structure of the society. There is valid evidence that social determinants of health have a great effect on physical health. Based on some estimation, almost half of people's health is determined by the social factors like, poverty, literacy, housing, occupation, and respecting the women rights, and the other half is due to the health system, genetic issues, and the environment. Diabetes as a metabolic disease that results from disorder in insulin leakage, insulin function, or both has been rapidly increasing during the past several decades and now, it is becoming a public health problem all over the world. The outbreak of diabetes was 285 million in 2010, this rate reached 371 million in 2012, and it is predicted that it will reach 552 million by 2030. Based on the evidence, the epidemic of diabetes in Iran is high and around 7 million people are infected to diabetes in this country. The rapid increase of diabetes has a close relation with social factors. In this regard, it could have a close connection with the social capitals. It is assumed that social spaces including participation and trust through social support, awareness and sensitivity, facilitate the health or create it as well. In fact, social capital can raise health through providing social support, self-esteem, and mutual respect. On the other hand, it is believed that people who have cultural capital are equipped with a set of knowledge and cognitive skills, which prevent them committing high risk behaviors. Finally, economic capital gives people the possibility to provide their basic needs like food and house, cope with the problems that bring about less stress, and have more access to health and therapy. As a whole, it seems that social, cultural and economic capitals are able to influence diabetes. Given that, this relationship has been rarely studied, the main purpose of this research is to investigate whether the social, cultural, and economic capitals affect physical health (diabetes).

### Material & Methods

This cross-sectional survey has been carried out on the people aged 40 to 60 in Tabriz. Thus, 385 people were selected by means of random multi-stage sampling method. In a one-month phase, the respondents were invited to a special laboratory in Tabriz for doing a blood test free of charge. After referring to the laboratory and doing the test, they were given the research questionnaires to respond. For assessing social capital variable, the social capital questionnaire developed by Onyx and Bullen (2000), was employed. This instrument had been used before in Iran and of course its psychometric properties had been confirmed. Cronbach's alpha coefficient of internal consistency was used to determine the reliability of the questionnaire, which was 0.875. A researcher-made questionnaire was used to measure cultural capital consisting of three dimensions: institutional, visual and

objective. This questionnaire has 15 items, which is measured at two-level nominal rating scale (yes = 1 and no = 0) and scores range from 0 to 15. According to the items of this questionnaire, which were mainly based on objective reality assessment, the content validity and opinions of the reviewers were used to determine its validity. Internal consistency was used to determine its reliability by Kuder-Richardson method which was 0.766. For measuring economic capital operationally, researcher-made questionnaire consisted of 10 items was used to measure the operational capital of the economy, consisting of 2 items (yes = 1 and no = 0) at nominal level, with scores ranging from 0 to 10. Considering that the items of this questionnaire are also based on objective reality assessment, content validity was used to assess validity and Kuder-Richardson coefficient was used to determine its reliability, which was 0.780. Finally, for measuring physical health, the

\*Corresponding author

Copyright©2019, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially.

[Doi: 10.22108/srspj.2020.121073.1490](https://doi.org/10.22108/srspj.2020.121073.1490)

result of blood sugar extracted by the blood test was made use of. The Logistic Regression Analysis lastly was used for the calculation of the relationships between the variables.

### Discussion of Results & Conclusions

Based on the descriptive research findings, the rate of infection to abnormal diabetes among the respondents was 15.1% which is approximately compatible with the formal statistics in Iran which is 12% of the population over 18 years of age. According to the research findings, social capital has a significant impact on physical health, and with increasing social capital, the proportion of the chance to join the normal blood sugar group increases. This research finding in accordance with the theoretical bases of the study which show that social networks with decreasing anxiety, enforcing health, requesting more suitable health service, and activating the defensive body system, can improve the health. The research findings also indicate that, cultural capital has a significant effect on physical health (diabetes) so that, with increasing the cultural capital the probability of being a member of the normal group (non-diabetes), increases. This research finding in agreement with the theoretical framework of the study and displays that the respondents who have a higher level of information and cognitive abilities, are more sensitive toward their health and as a result, they avoid doing behaviors which can increase the risk of being infected with the diabetes like over consuming sweets, sugar substances, soda or tolerating the severe hunger that are able to create disorder in exudation insulin. Finally, the research findings demonstrate that, economic capital has a significant effect on physical health (diabetes) so that, the higher economic capital people have, the higher chance they have to be the member of the normal group (non-diabetes). It should be pointed out that, this research finding in harmony with the theoretical bases which show that increased economic capital will provide greater access to health services as well as exercise and more opportunities for physical health.

**Keywords:** Social Capital, Cultural Capital, Economic capital, Diabetes, Physical Health.

### References

- Abbaszadeh, M. Aghdasi Alamdari, F. Kohi, K. & Saadati, M. (2013) "The Effect of Social, cultural and Economical Capitals and Mental Health on Body Management among Tabriz Women." *Journal of Social Sciences, Faculty of Literature & Humanities, Ferdowsi University of Mashhad*, 10: 223- 197. (In Persian)
- Abel, T. & Frohlich, K. L. (2012) "Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities." *Social Science and Medicine*, 74 (2): 236-244.
- Aghamohammadi Khayavi, V. Pourghasem Gargari, B. & Asgarzadeh, A. (2011) "Effect of Folic Acid Supplementation on Indices of Glycemic Control, Insulin Resistance And Lipid Profile in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus." *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 13 (4):354-360. (In Persian)
- Alfatifar, M. Karami, M. Shokri, P. & Hosseini, S. M. (2017) "Prevalence of Chronic Complications and Related Risk Factors of Diabetes in Patients Referred to the Diabetes Center of Hamedan Province." *Avicenna Journal of Nursing and Midfery Care*, 25 (2):70-74 (In Persian).
- Alirezanezhad, S. Khakpoor, S. & Fathi, S. (2015) "Economic Capital and Gender: A Study on Control over Financial Resources Among Families in Tehran." *Social Development & Welfare Planing*, 21: 157-190. (In Persian).
- Almedom, A. M. (2005) "Social Capital and Mental Health: An Interdisciplinary Review of Primary Evidence." *Social Science and Medicine*, 61: 943-64.
- American Diabetes Association (2009) "Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus." *Diabetes Care*. 32 (1): S62-7.
- American Diabetes Association (2013) "Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2012." *Diabetes Care*, 36 (4):1033-46.
- Amini Rarani, M. Mousavi, M. T. & Rafiey, H. (2011) "Correlation of Social Capital with Social Health in Iran." *Social Welfare Quarterly*, 11 (42): 228-203. (In Persian).
- Anderson, M. L. & Taylor, H. F. (2012) *Sociology: The essentials. United States*. Wadsworth Cengage Learning.
- Varshney, A. (2000) *Ethnic conflict and civic life: Hindus and Muslims in India*. New Haven, Conn: Yale University press.
- Bagheri Yazdi, H. S. (2011) "The Relationship Between Social Capital and Risk Taking Behaviors in Undergraduate Students of Tehran's Allamah Tabatabaai University." *Social Welfare Quarterly*, 11 (41): 250-223. (In Persian).
- Brown, T. Cueto, M. & Fee, E. (2006) "The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health." *American Journal of Public Health*, 96(1): 62-72.
- Bourdieu, P. (1986) "The Forms of Capital." in Richardson, J. (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Green Wood Press, Westport, CT.
- Bourdieu, P. (1977) "Cultural Reproduction and Social Reproduction". In: Karabel, J. Halsey, A.H. (Eds.) *Power and Ideology in Education*. New York: Oxford University Press, 487 -511.
- Brinkerhof, D. B. White, L. K. Ortega, S. T. & Weitz, R. (2011) *Essentials of sociology*. United States, Wadsworth Cengage Learning.
- Burdge, R. J. (1969) "Levels of Occupational Prestige and Leisure Activity." *Journal of Leisure Research*, 1: 262-274.

- Capron, C. & Duyme, M. (1989) "Assessment of Effects of Socioeconomic Status on IQ in a full Cross-Fostering Study." *Nature*, 17: 552-553.
- Christensen, V. T. (2011) "Does Parental Capital Influence the Prevalence of Child Overweight and Parental Perceptions of Child Weight-Level." *Social Science and Medicine*, 79: 469-477.
- Cockerham, W. C. (2015) "*Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*." University of Alabama at Birmingham. Birmingham AL USA.
- Cockerham, W. C. (2005) "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure." *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 51-67.
- Cockerham, William C. (2010) "Health Lifestyles: Bringing Structure Back." In William Cockerham (Ed.). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, 159-183. Wiley-Blackwell UK: Oxford.
- Cockerham, William C. (2012) *Medical Sociology* (12th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Dartoomi, A. Salimifar, M. & Malek Sadati, S.S. (2017) "Education-Job Mismatch in the Labor Market of Iran." *Journal of economic and Regional Development*, 14: 94-68. (In Persian).
- Durkheim, E. (1897) *Suicide: A Study in Sociology*. Glencoe, IL: Free Press.
- Emamipour, H., Emamipour, Z. Akbarzadeh, D. & Mohammadzadeh, A. (2014) "Comparison of social support and defense mechanisms of diabetics and non-diabetics." *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 5. (In Persian).
- FereshtehNejad, S. AsadiLari, M. Moradi M. VaezMahdavi, M. Mentoolian, M.R. Afkari, S.A. & Ashaq, M. (2011) "Estimation of Life Expectancy and its Association with Social Determinants of Health (SDH) in Urban Population of Different Districts of Tehran in 2008." *Journal of Medicine and Cultivation*, 77: 40-25. (In Persian).
- Ferlander, S. (2007) "The Importance of Different Forms of Social Capital for Health". *Acta Sociologica*, 50: 115-128.
- Flora, A. (2005) *Cultural Capital and Other Capital*. Nuffield College Oxford. www.soc.sagepub.com.
- Fukuyama, F. (2005) *Social Capital and Civil Society*. International Monetary Fund.
- Ghaffari, Gh. (2008) "The Structure of Cultural Capital and Its Productive Resources." *The Growth of Education in Social Science*, 12 (2):12-21 (In Persian).
- Graham, H. (2009) *Understanding health inequalities*. McGraw-Hill Education (UK). Gontijo, D. T. (2010) "*Social Determinants of Health: perspective for understanding the relationship between processes of social exclusion and equity in health*." Available at <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a01-en.htm>.
- Guariguata, L. (2012) "By the Numbers: New Estimates from the IDF Diabetes Atlas Update for 2012." *Diabetes Res Clin Pract*, 98 (3):524-5.
- Harker, R. (1990) "*Education and Cultural Capital in Harker*." R. Mahar, C. & Wilkes, C. (Eds.), *An Introduction to the Work of Pierre Bourdieu: The Practice of Theory*. Macmillan Press, London.
- Heidari, H. & Salehian Salehinejad, Z. (2014) "Income Inequality as A Threat for Public Health: Reinvestigation of Income Distribution and Health Nexus with A New Approach." *Social Welfare Quarterly*, 14 (53): 36-7. (In Persian).
- Hofrichter, R. (2003) *Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease*. San Francisco: Jossey-Bass/John Wiley.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005) "Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America." *Health Policy*, 71: 83-96.
- Hu, F. Niu, L. C. R. Ma, Y. Qin, X. & Hu, Z. (2015) "The Association Between Social Capital and Quality of Life among type 2 Diabetes Patients in Anhui Province, China: a Cross-Sectional Study." *BMC Public Health*, 15: 786.
- Ishham, J. (1999) *The effect of social capital on technology adoption*. New York Processed. Institute for Innovation in Social Policy, New York.
- Ishham, M. K. Merlo, J. Kawachi, I. Lindström, M. & Gerdttham, U. G. (2006) "Social Capital and Health: Does Egalitarianism Matter? A Literature Review." *International Journal for Equity in Health*, 5: 1-28.
- Joison, A. N. Rufino, S. & Majul, E. (2014) "Study the Small and Dense Lipoprotein Levels (LDLsd) in Coronary Artery Disease." *Journal of Cardiovascular Diseases & Diagnosis*, 2 (3): 151-5.
- Jordan, B. (2008) "The Place of 'Place' in Theories of Poverty: Mobility, Social Capital and Well-Being." *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 1: 115-129.
- Kawachi, Ch. & Berkman, L. (2001) "Social Cohesion, Social Capital and Health." *Social Epidemiology*, 25: 174-190.
- Kawachi, I. Kennedy, B. P. Lochner, K. & Prothrow-Smith, D. (1997) "Social Capital, Income Inequality and Mortality." *American Journal of Public Health*, 87: 1491-8.
- Kawachi, I. Kennedy, B. P. & Glass, R. (1999a) "Social Capital and Self Rated Health: A Contextual Analysis." *American Journal of Public Health*, 89: 1187- 93.
- Kawachi, I. Kenedy, B. P. & Wilkinson, R. (1999b) "Crime, Social Disorganization and Relative Deprivation." *Social Science & Medicine*, 48

- (6): 719-731.
- Kendal, D. (2011) *Sociology in over times, the essentials*. United States: Wadsworth Cengage Learning.
- Keyvanara, M. Afshari, M. & Dezfoulian, E. (2018) "The Relationship Between Social Capital and Quality of Life among Patients Referring to Diabetes Centers in Isfahan." *Journal of Diabetes Research*, *Research*, <https://doi.org/10.1155/2018/9353858>.
- Kimmel, M. & Aronson, A. (2012) *Sociology Now*. United States, Wadsworth Cengage Learning.
- Lichter, D. T. & Crowley, M. L. (2002) "Poverty in America: Beyond Welfare Reform." *Population Bulletin*, 57(2):1-36.
- Macionis, J. (2017) *Sociology*. New York: Pearson.
- Mahmoudi, A. & Alawi, M. (2015) "Experience of Diabetic Patients and Health team of Diabetes Control: A Qualitative Study." *Journal of Health Promotion Management*, 4 (3): 80-70. (In Persian).
- Marmot, M. G. (2004) *The status syndrome: How your Social Standing Directly Affects your Health and Life Expectancy*. London: Bloomsbury.
- Martineao, P. (1958) "Social Class and Spending Behavior." *Journal of Marketing*, 23: 121-130.
- McKenzie, K. Whitley, R. & Weich, S. (2002) "Social Capital and Mental Health." *British Journal of Psychiatry*, 181: 280-3.
- Mohseni, M. (2009) *Medical Sociology*. Tehran: Taheri Library. (In Persian).
- Moradi, Y. Nasehi, M. Asadi-Lari, M. Khamseh, M. E. & Baradaran, H. R. (2018) "The Relationship Between Social Capital Components and Control of type 2 Diabetes: A path Analysis Model." *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, 31: 21.
- Moser, C. (1996) *Confronting Crisis: A comparative Study of Household Responses to Poverty and Vulnerability in Four Poor Urban Communities*. The World Bank.
- Narayan, D. (2000) *Voices of the Poor*. New York: Oxford University Press.
- Niles, F. S. (1981) "Social Class and Academic Achievement: A Third World Reinterpretation." *Comparative Education Review*, 25 (3): 419-430.
- Nyqvist, F. (2005) "Social Capital and Health- A Research Overview." *Social Vetenskaplig Tidskrift*, 1: 75-89.
- Putnam, R. (2000) *Bowling alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.
- Rajabi Gilan, N. Ghasemi, R. Rashadat, S. & Rajabi, S. (2013) "The Relationship Between Social Capital and Health-Related Quality of Life among Teachers." *Journal of Zanzan University of Medical Sciences and Health Services*, 21 (88): 107-95 (In Persian).
- Ritzer, G. & Ryan, M. (2011) *The Concise Encyclopedia of Sociology*. West Sussex: Wiley Publishing.
- Rose, R. (2000). "How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians." *Social Science and Medicine*, 51: 1421-35.
- Savage, J. & Kanazawa, S. (2002) "Social Capital, Crime, and Human Nature." *Joanne Journal of Contemporary Criminal Justice*, 18: 188.
- Shepard, J. M. & Greene, R. W. (2002) *Sociology and You*. New York, McGraw Hill.
- Shaw J. E. Sicree, R. A. & Zimmet, P. Z. (2010) "Global Estimates of the Prevalence of Diabetes for 2010 and 2030." *Diabetes Res Clin Pract*, 87 (1): 4-14.
- Talebi, A. & Vaezi, K. (2015) "Social Determinants of Health from the Perspective of Women with Thalassaemia: A Qualitative Study." *Health Education and Health Promotion*, 2 (1): 16-5.
- Tanhaie, H. & Hazrat, Z. (2009) "A Theoretical Study of Social Capital Research in Iran." *Abhar's Journal of Behavioral Sciences*, The Introductory Edition. (In Persian).
- Taylor, P. (1997) *Investigating Culture and Identity*. London: Collins (quoted in Communication Studies).
- Weaver, R. Lemonde, M. Payman, N. & Goodman, W. (2014) "Health Capabilities and Diabetes Self-Management: The Impact of Economic, Social, and Cultural Resources." *Social Science & Medicine*, 102: 58-68.
- Wesali, S. Samaram, E. Esmaili, T. & Younis, R. (2017) "The Social Determinants of Health among Employees of Tabriz Municipality." *Social Development & Welfare Planning*, 7: 29. (In Persian).
- Whitehead, M. & Diderichsen, F. (2001) "Social Capital and Health." *Tiptoeing Through the Minefield of Evidence. The Lancet*, 358: 165-6.
- Whitehead, M. (1992) "The Concepts and Principles of Equity and Health." *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-45.
- Whiting, DR. Guariguata, L. Weil, C. & Shaw, J. (2011) "IDF Biabetes Atlas: Global Estimates of the Prevalence of Diabetes for 2011 and 2030." *Diabetes Res Clin Pract*, 94 (3):311-21.
- Wild, S. Roglic, G. Green, A. Sicree, R. & King, H. (2004) "Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projections for 2030." *Diabetes Care*, 27 (5):1047-53.
- Wilkinson, I. R. & Marmot, M. (2003) "Social Determinants of Health: The Solid Facts." 2nd edition, World Health Organization.
- Wilkinson, R. G. (2005) *The impact of inequality*. London: New Press.
- WHO. (2007) *Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT*.

پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران

سال هشتم، شماره پیاپی (۲۶)، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۸

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۸

صص ۱۹-۳۴

## پیش‌بینی سلامت جسمی، احتمال ابتلا به بیماری قند خون، براساس سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شهر تبریز

ابراهیم ایران‌نژاد، دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

irannejad1985@gmail.com

سیروس احمدی\*، دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

sahmadi@yu.ac.ir

آرمان حیدری، استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

alheidari2011@yu.ac.ir

### چکیده

سلامت جسمانی از عوامل متعددی تأثیر می‌گیرد؛ اما در دوره معاصر بر نقش عوامل اجتماعی به‌طور خاص تأکید زیادی شده است. بر این اساس، با استناد به رویکردهای نظری تلفیقی در زمینه بررسی مسائل مختلف به‌ویژه در عرصه مطالعات اجتماعی، مطالعه حاضر تلاش کرده است احتمال ابتلا به بیماری قند خون را براساس سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی پیش‌بینی کند. این مطالعه از نوع کمی است که به روش پیمایشی در شهر تبریز انجام شده است. روش انجام پژوهش به این صورت بود که طی دعوت‌نامه‌ای از افراد منتخب خواسته شد برای انجام آزمایش خون به آزمایشگاه طرف قرارداد در شهر تبریز مراجعه کنند. بر این اساس، در دوره زمانی یک‌ماهه از تحویل دعوت‌نامه‌ها، پرسش‌نامه پژوهش در اختیار ۳۸۵ نفر از افرادی قرار داده شد که به آزمایشگاه ذکرشده مراجعه کرده بودند؛ سپس از آنها خواسته شد به سؤالات آن جواب دهند. براساس یافته‌های توصیفی پژوهش، ۳۲۷ نفر از پاسخگویان قند خون طبیعی و ۵۸ نفر قند خون غیرطبیعی داشتند. به‌علاوه، براساس یافته‌های استنباطی با استفاده از الگوی رگرسیون لجستیک، مشخص شد رابطه معناداری بین سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی با عضو شدن در گروه قند خون طبیعی وجود دارد و متغیرهای ذکرشده قادرند در مجموع ۳۸٪ از تغییرات آن را تبیین کنند. با این تفصیل، نتیجه اساسی پژوهش حاضر این است که سلامت جسمی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی همچون سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی تأثیر می‌گیرد.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، قند خون، سلامت جسمی

\* نویسنده مسئول: ۰۹۱۷۳۰۶۸۲۸۹

Copyright©2019, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially.

Doi: [10.22108/srspj.2020.121073.1490](https://doi.org/10.22108/srspj.2020.121073.1490)

## مقدمه و بیان مسئله

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

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

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

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

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

## پیشینه پژوهش

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

<sup>2</sup> Moradi et al.

<sup>1</sup> Social Determinants of Health (SDH)

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

### مبانی نظری

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

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> Keyvanara et al.

<sup>2</sup> Hu et al.

<sup>3</sup> Weaver et al.

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

بورديو<sup>۱</sup> (1977) برای تحلیل چگونگی تعامل فرهنگ و تحصیلات و سهم آنها در بازتولید اجتماعی، مفهوم سرمایه فرهنگی را مطرح کرد. او در بررسی موفقیت تحصیلی دانشجویان، متوجه شد که عادت‌واره‌های فرهنگی و خصلت‌های به ارث رسیده از خانواده، بیشتر از عوامل اقتصادی بر موفقیت تأثیر می‌گذارند. به گمان بورديو (1986: 247) سرمایه فرهنگی به سه شکل تجسم یافته (که بیان‌کننده توانایی‌های بالقوه است مانند مهارت زبانی، دانش فرهنگی و قدرت حافظه که انتقال پذیر نیستند)، عینی (که در تملک اختصاصی افراد قرار دارد مانند کتاب‌ها، تابلوهای نقاشی، آلات موسیقی و ... که به دیگران انتقال پذیرند) و نهادینه شده (مانند مدارک و مدارج تحصیلی و حرفه‌ای که همچون سرمایه فرهنگی تجسم یافته، به دیگران انتقال پذیر نیست) وجود دارد. از نظر او دانشجویانی که سطوح بالاتری از سرمایه فرهنگی را دارند، ضمن داشتن توان شناختی بالاتر، قادرند ارتباطات مؤثرتری با معلمان به منزله ارزیابی‌کنندگان اصلی

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

نابرابری اجتماعی از ویژگی‌های اساسی جوامع انسانی است. افراد و گروه‌ها برحسب دسترسی نابرابرشان به منابع کمیاب جامعه، در قالب قشرهای اجتماعی رتبه‌بندی می‌شوند (Shepard & Greene, 2002: 242). جامعه‌شناسان با طرح مفهوم پایگاه اقتصادی - اجتماعی، ملاک‌های اصلی رتبه‌بندی مردم از بالا تا پایین را تحصیلات، شغل و درآمد می‌دانند (Brinkerhof et al., 2011: 155)؛ در حالی که تحصیلات و شغل شاخص‌های اجتماعی‌اند، درآمد شاخصی اقتصادی محسوب می‌شود. درآمد، پول ناشی از شغل یا سرمایه‌گذاری است (Mascionis, 2017: 669) که به طور طبیعی به فرد اجازه می‌دهد نیازهای اساسی‌اش همچون غذا، لباس، مسکن و ... را تأمین و سرمایه اقتصادی فرد را مشخص کند. سرمایه اقتصادی پیوند نزدیکی با امید به زندگی (Lichter & Crowley, 2002)،

<sup>1</sup> Bourdieu



### روش پژوهش

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

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

### سؤال‌های پژوهش

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

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

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

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

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

## یافته‌های پژوهش

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

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

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخگویان

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

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

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

برای آزمون تفاوت میانگین سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیرطبیعی از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شوند.

اطلاعات توصیفی متغیرهای مستقل (سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی) و ابعاد آنها به تفصیل در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

### تفاوت میانگین سرمایه‌ها در گروه قند خون طبیعی و غیرطبیعی

جدول ۳- تفاوت میانگین سرمایه‌ها در شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیرطبیعی

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

بر اساس داده‌های جدول ۳ سرمایه‌های اجتماعی و اقتصادی با داشتن قند خون طبیعی بین شهروندان تبریزی تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان می‌دهند؛ اما درباره سرمایه فرهنگی این تفاوت مشاهده نمی‌شود. به عبارتی، افراد دارای سرمایه اجتماعی و اقتصادی بالاتر نسبت به افراد با میانگین پایین‌تر، قند خون طبیعی دارند؛ اما در سرمایه فرهنگی این تفاوت مشاهده نمی‌شود.

برای آزمون تفاوت میانگین سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیرطبیعی از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شوند.

بر اساس داده‌های جدول ۳ سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیرطبیعی تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان می‌دهند؛ اما در سرمایه فرهنگی این تفاوت مشاهده نمی‌شود.

برای آزمون تفاوت میانگین سرمایه‌ها در گروه قند خون طبیعی و غیرطبیعی از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شوند.

برای آزمون تفاوت میانگین سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شهروندان دارای قند خون طبیعی و غیرطبیعی از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شوند.

### پیش‌بینی عضو شدن در گروه قند خون طبیعی بر اساس سرمایه‌ها

برای پیش‌بینی نسبت‌های شانس عضو شدن افراد در گروه قند خون طبیعی برحسب سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شده است. بر اساس داده‌های جدول ۴ متغیر سرمایه اجتماعی (۰/۰۰۰ =

جدول ۴- تحلیل رگرسیون لجستیک بودن قند خون بر اساس سرمایه‌ها

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

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

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

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

### پیش‌بینی عضو شدن در گروه قند خون طبیعی براساس ابعاد سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## نتیجه

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

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

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

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

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

براساس یافته‌ها، متغیرهای جمعیتی جنسیت و تأهل، تأثیر

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

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

#### منابع

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

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

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

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

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

#### پیشنهاد‌های پژوهش

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

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



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

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

World Health Organization.

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

