

بررسی تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی با میانجی‌گری سبک زندگی سلامت‌محور (مطالعه موردی: دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر شیراز)

مسعود کوچانی اصفهانی، کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ایران*

حسین محمودیان، دانشیار، گروه جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ایران

چکیده

سرمایه فرهنگی بخشی از دارایی هر فرد است که نقش بسزایی در سبک و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ایفا می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر سرمایه فرهنگی دانش‌آموزان بر میزان سلامت عمومی به سبب سبک زندگی سلامت‌محور آنهاست. چهارچوب نظری به کار رفته در این پژوهش، نظریه سرمایه فرهنگی بوردیو و سبک زندگی سلامت‌محور کاکرهام است. جامعه آماری، دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر شیراز است و نمونه آماری ۳۹۱ نفری پسر و دختر با استفاده از فرمول کوکران بررسی شده است. روش نمونه‌گیری، روش خوشه‌ای متناسب با حجم بوده است که با استفاده از آمار گرفته شده از اداره آموزش و پرورش شیراز، تعداد جامعه آماری و سهم هر خوشه به دست آمده است. نتیجه‌های پژوهش نشان داد هر سه متغیر سرمایه فرهنگی، سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت عمومی همبستگی مثبت و معناداری با هم دارند؛ همچنین نتیجه‌های الگوسازی معادله‌های ساختاری نشان داد سرمایه فرهنگی به طور غیرمستقیم و به سبب سبک زندگی سلامت‌محور بر سلامت عمومی دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارد. به طور کلی نتیجه‌های این پژوهش درستی الگوی مورد بررسی را تأیید می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سرمایه فرهنگی، سلامت عمومی، سبک زندگی سلامت‌محور

مقدمه و بیان مسأله

جامعه‌های بشری طی دو سده اخیر شاهد پیشرفت‌های چشمگیری در شاخص‌های وضعیت سلامت بوده‌اند. کنترل بسیاری از بیماری‌های عفونی و کاهش گسترده مرگ‌ومیر اطفال، افزایش بارز امید به زندگی را به همراه داشت (Wainwright, 2008: 1). افزایش امید به زندگی و پیشرفت‌های سلامت و بهداشت عمومی، تا اندازه زیادی به توانایی‌های پزشکی مدرن نسبت داده می‌شود. تصور عمومی، نقش پژوهش‌های پزشکی در کشف علت‌های زیست‌شناختی بیماری‌ها و یافتن روش‌های درمان مناسب برای آنها را عامل اصلی این تغییر می‌داند. با اینکه نباید از تأثیر پیشرفت‌های پزشکی در بهبود وضعیت سلامت عمومی افراد چشم‌پوشی کرد، بسیاری از پژوهشگران علوم اجتماعی، وجود این بیش‌نسبت به سلامت و بیماری را متقاعدکننده نمی‌دانند؛ زیرا نقش مهم تأثیرهای اجتماعی و محیطی را بر الگوهای سلامتی نادیده می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۱۲).

سلامت به معنای امروزی آن، دربرگیرنده تعادل و هماهنگی جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی، زندگی همراه با شادی، کارآیی و اعتدال و مقاومت در برابر فشارها و عامل‌های خارجی است. با توجه به این نظر، سلامت امروزی به تدریج از طب سنتی فاصله گرفته است و بیشتر با نوع و سبک ویژه زندگی افراد ارتباط دارد. سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت نقش عمده‌ای را در تعیین سلامت و مرگ‌ومیر ایفا می‌کنند؛ چنانکه راجرز و هکنبرگ اذعان دارند جامعه انسانی در مرحله‌ای از انتقال اپیدمیولوژیک به نام هیوبریستیک^۱ قرار دارد که در آن، سبک‌های زندگی نقش عمده‌ای در تعیین سطح‌های مرگ‌ومیر دارند (لوکاس و میر، ۱۳۸۴: ۷۶-۷۵). دستاوردهای پزشکی در کاهش مرگ‌ومیر مؤثرند اما تعیین‌کننده اصلی سلامت و بیماری، رفتارها و سبک زندگی مرتبط با سلامت است. رفتارهای مرتبط با سلامت طیف وسیعی از اعمال را در بر می‌گیرد که هر یک از

آنها اهمیت ویژه‌ای دارند.

بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده درباره سرمایه‌ها و سلامت، اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت و رفتارهای مرتبط با آن را بررسی کرده‌اند (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۱۴-۱۸۱؛ کردزنگنه، ۱۳۹۱؛ نکونام و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۸۴-۱۶۳؛ Lucumí et al., 2014; Chuang et al., 2015: 1-14; Frank et al., 2015: 422-438). این در حالی است که سرمایه فرهنگی نقش فراوانی را در تغییر رفتارهای فردی و اجتماعی افراد ایفا می‌کند. سرمایه فرهنگی، داشته‌های فکری است که از روش‌های مختلف به فرد انتقال می‌یابد (بون ویتز، ۱۳۹۱: ۶۸). سرمایه فرهنگی به تمرکز بر انواع مختلف کالاهای ملموس فرهنگی و قدرت در اختیارگرفتن این کالاها و همچنین استعداد و ظرفیت فرد در شناخت و کاربرد این وسایل گفته می‌شود (ابراهیمی و ضیاپور، ۱۳۹۱: ۱۲۵). با افزایش سرمایه فرهنگی از طریق تحصیلات، آموزش، حضور در مکان‌های فرهنگی و مصرف کالاهای فرهنگی، رفتارهای مرتبط با سبک زندگی دگرگون می‌شود (خواجهنوری و کوچانی‌اصفهان‌ی، ۱۳۹۵: ۵۳-۵۴)؛ بنابراین، سبک زندگی سلامت‌محور به عنوان بخشی از سبک زندگی هر فرد، ممکن است متأثر از میزان و ساختار سرمایه فرهنگی آن باشد؛ یعنی سلامت که به‌طور مستقیم تحت تأثیر سبک زندگی سلامت‌محور قرار دارد، به‌طور غیرمستقیم و به‌واسطه سبک زندگی سلامت‌محور از سرمایه فرهنگی متأثر می‌شود.

ایران ساختار جمعیتی جوانی دارد که بخش زیادی از جمعیت آن را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند. سلامت این بخش از جمعیت نه تنها بر وضعیت سلامت فعلی کشور تأثیری شگرف دارد بلکه وضعیت سلامت آینده جامعه را نیز تعیین می‌کند. بنا بر تئوری سرمایه انسانی، سلامت، سرمایه ذخیره‌شده‌ای است که با گذشت زمان، از هنگام تولد تا مرگ، به تدریج از آن کاسته می‌شود تا در نهایت تمام شود. در طول این مسیر، بیماری موجب می‌شود کاهش سرمایه سرعت بگیرد و پیشگیری و درمان به هنگام، سبب جبران سرمایه از دست رفته و افزایش طول عمر می‌شود (زنجانی و همکاران،

¹ hubristic

۱۳۸۹: ۷۶)؛ بدین ترتیب، سلامت نوجوانان و رفتارهای مرتبط با آن، در چگونگی وضعیت سلامت آنها در مرحله‌های بعدی زندگی نقشی تعیین‌کننده دارد.

نوآوری و تفاوت پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین، در موضوع و جامعه آماری آن است. سرمایه فرهنگی نوعی از سرمایه محسوب می‌شود که اگرچه در مطالعه‌های جامعه‌شناختی جایگاه ویژه داشته است، در مطالعه‌های سلامت کمتر به آن توجه شده است؛ به این ترتیب، در این پژوهش الگویی ارائه خواهد شد که براساس آن تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی به‌واسطه رفتارهای مرتبط با سلامت بررسی شود. از طرف دیگر، جامعه آماری مورد بررسی، دانش‌آموزان متوسطه دوم است که نسبت به دانش‌آموزان مقطع‌های پایین‌تر بر مبنای تحصیلات، مطالعه، آموزش‌ها و... سرمایه فرهنگی بیشتری را ذخیره می‌کنند. بیشتر افراد در این مقطع آموزشی و سنی شروع به استقلال و تصمیم‌گیری درباره رفتارهای خود می‌کنند. از آنجا که رفتارهای مرتبط با سلامت، کیفیت زندگی فعلی و آینده آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مطالعه سلامت عمومی فعلی دانش‌آموزان و رفتارهای مرتبط با سلامت ضرورت می‌یابد؛ همچنین تأثیری که سرمایه فرهنگی ممکن است بر سلامت عمومی به‌سبب رفتارهای سلامت‌محور داشته باشد، بسیار مهم است؛ بنابراین، پژوهش حاضر در پی بررسی تأثیر سرمایه فرهنگی دانش‌آموزان - به‌عنوان گروه مهمی از کلان‌شهر شیراز - بر سلامت عمومی آنهاست. این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا سرمایه فرهنگی به‌طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری سبک زندگی سلامت‌محور بر سلامت عمومی دانش‌آموزان تأثیری دارد؟ و اگر دارد، این تأثیر چگونه است؟

ادبیات تجربی

رفتارهای مرتبط با سلامت طیف گسترده‌ای از اعمال را در بر می‌گیرد که با انجام آنها تأثیری مثبت یا منفی بر وضعیت

سلامت فرد در همان زمان یا در طول زمان حاصل می‌شود. به طور کلی، رفتارهای مرتبط با سلامت را به دو دسته رفتارهای درمانی و رفتارهای پیشگیری تقسیم می‌کنند. بیشتر پژوهش‌های انجام شده، رفتارهای پیشگیری را بررسی کرده‌اند؛ زیرا این رفتارها طیف وسیع‌تری دارند و انجام تضمین بهتری برای سلامت محسوب می‌شود. توجه و انجام توصیه‌های پزشکی (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۱۴-۱۸۱) و الگوی مصرف دارو (احمدی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۴۸-۳۲۷، Aluerson & Kessler, 2012: 364-374)، رفتارهایی است که پژوهش‌های پیشین برای سنجش رفتارهای درمانی به‌عنوان بُعدی از رفتارهای مرتبط با سلامت، بررسی کرده‌اند. رفتارهای پیشگیری با شاخص‌هایی چون مراقبت از خود و مسئولیت فردی درقبال سلامت (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۷۶-۱۶۷؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۴۸-۳۲۷؛ طوفیان و آفاملایی، ۱۳۹۲: ۹۳-۸۳؛ مظلومی محمودآباد و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۱-۱۲؛ Abel, 1991: 908-899، نوروزی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۲: ۴۹-۳۹)، بهداشت فردی (رضایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۱-۵۴؛ Leon et al; 2010)، آگاهی از وضعیت جسمانی و توجه به ظاهر (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ رضایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۱-۵۴؛ Abel, 1991: 908-899) و مدت زمان کار روزانه و رفتار در محیط کار (رضایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۱-۵۴؛ Xu et al; 2012: 330-338؛ صادق‌پور و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۰۱-۹۰) سنجیده می‌شود.

در بررسی سلامت عمومی (رضایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۱-۵۴؛ شجاع و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۴۵-۳۵۳؛ رحیمیان‌بوگر و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۳-۳۴؛ Grosse Frie & Jassen, 2009: 213-221؛ ایمانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۶۴-۳۵۷؛ Xu et al; 2012: 330-338) از شاخص‌های نشانه‌های اختلال و درد جسمانی، وجود داشتن یا نداشتن اضطراب و اختلال خواب، افسردگی و گرایش به خودکشی و اختلال یا حفظ کارکرد اجتماعی استفاده شده است. تحصیلات به‌عنوان بخش مهمی از سرمایه فرهنگی در بسیاری پژوهش‌ها در نظر گرفته می‌شود اما سرمایه فرهنگی در بعدها و مفهومی کلی آن کمتر بررسی شده است. رابطه

بازشناسی ویژگی‌های سرمایه به‌وضوح نشان‌دهنده این تشابه انواع سرمایه است؛ سرمایه از طریق عملیات سرمایه‌گذاری انباشته می‌شود، به‌صورت میراث انتقال می‌یابد و فرصت‌هایی که صاحب سرمایه با انجام سودمندترین جابه‌جایی‌ها فراهم می‌کند، بهره‌مندی بیشتر از آن را ممکن می‌کند. بورديو سه شکل سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته، عینیت‌یافته و نهادینه‌شده را از هم متمایز می‌کند. سرمایه تجسم‌یافته با کوشش، تجربه و استعداد فرد حاصل می‌شود و با مرگ دارنده آن از بین می‌رود و نمی‌توان آن را به دیگری واگذار کرد (روح‌الامینی، ۱۳۶۵: ۳۴۵)؛ به عبارت دیگر، این نوع سرمایه به مجموع خصلت‌های پرورش‌یافته در افراد اشاره دارد که از طریق فرایند اجتماعی شدن، در آنها درونی می‌شود.

سرمایه فرهنگی عینیت‌یافته یکی از بدیهی‌ترین و عینی‌ترین شکل‌های سرمایه فرهنگی است و به مصرف کالاهای مختلف فرهنگی در میان قشرهای جامعه اشاره دارد که خود ممکن است تابعی از متغیرهای گوناگون فردی و اجتماعی قرار گیرد. این سرمایه فرهنگی در اشیای مادی انتقال‌پذیر است ولی آنچه شایستگی انتقال دارد، مالکیت قانونی است نه استعدادی که آن تابلوی نقاشی را خلق کرده است. پس کالاهای فرهنگی را هم می‌توان به صورت مادی به تملک درآورد که مستلزم سرمایه اقتصادی است و هم به صورت نمادین که مستلزم سرمایه فرهنگی است (بورديو، ۱۳۹۱: ۱۶۸). سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده به کمک ضابطه‌های اجتماعی و به‌دست‌آوردن عنوان‌ها، برای افراد موقعیت کسب می‌کند؛ مانند مدرک تحصیلی و تصدیق حرفه و کار. این سرمایه نیز انتقال‌پذیر نیست و نمی‌توان آن را واگذاری کرد و به‌دست‌آوردن آن برای افراد، بستگی به شرایط معین دارد (روح‌الامینی، ۱۳۶۵: ۳۴۵).

بیشتر کارهای مرتبط با جامعه‌شناسی سلامت بورديو در کتاب تمایز^۱ او آمده است؛ جایی که او به‌صورت نظام‌مند الگوهای مصرف و رقابت فرهنگی فراتر از ذائقه طبقه‌های

سرمایه فرهنگی با رفتارهای مرتبط با سلامت (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۱۴-۱۸۱؛ کردزنگنه، ۱۳۹۱؛ حسن‌زاده‌یامچی و علیزاده‌اقدام، ۱۳۹۳: ۹۸-۸۵؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۳۹-۱۰۷؛ قادری و همکاران، ۱۳۹۵: ۵۸-۹)، رابطه تحصیلات والدین و پاسخ‌گو با سبک زندگی سلامت‌محور (کردزنگنه، ۱۳۹۱؛ Grosse Frie & Jassen; 2009: 213-221؛ محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۷۶-۱۶۷؛ Cockerham, 2000: 1313-1324؛ Brrigan et al; 2004: 615-623؛ کلدی و کیران عین‌الدین، ۱۳۹۳: ۹۵-۸۷) و سلامت روان (شجاع و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۴۵-۳۵۳) پیش از این نشان داده شده است. همچنین سرمایه فرهنگی با سبک زندگی مخاطره‌آمیز رابطه داشته و بخشی از تغییرهای آن تبیین شده است (Gagne et al; 2015).

در برخی پژوهش‌ها، سرمایه فرهنگی به طور کلی و بدون توجه به بعدهای آن در نظر گرفته شده و بر تأثیر مثبت سرمایه فرهنگی بر سبک زندگی سلامت‌محور تأیید شده است (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۱۴-۱۸۱؛ حسن‌زاده‌یامچی و علیزاده‌اقدام، ۱۳۹۳: ۹۸-۸۵؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۳۹-۱۰۷)؛ همچنین رابطه مثبت سرمایه فرهنگی با ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، دوری از الکل و مواد مخدر و پیشگیری از حادثه‌ها از یک سو و رابطه مثبت سرمایه فرهنگی با سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی از سوی دیگر نشان داده شده است. پژوهش قادری و همکاران (۱۳۹۵) نشان داده است هر سه بعد سرمایه فرهنگی بر سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر مثبت و معناداری دارند ولی سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته، عینیت‌یافته و نهادینه‌شده به ترتیب بیشترین تا کمترین تأثیر را دارند.

چارچوب نظری

بورديو سرمایه را هر منبعی می‌داند که در عرصه خاصی اثر بگذارد و به فرد امکان دهد سود خاصی را از راه مشارکت در رقابت بر سر آن، به دست آورد (شارع‌پور و حسینی‌راد، ۱۳۸۷: ۱۳۵). انگاره سرمایه از رویکرد اقتصادی سرچشمه می‌گیرد.

¹ Distinction

میان‌سال طبقه کارگر، بیشترین تأثیر را در کاهش طول عمر داشته‌اند. شرایط زندگی این مردان و موقعیت اجتماعی آنها که به‌طور عمده بدون قدرت بود یا قدرت اندکی داشت، در ساختار اجتماعی، یک عادت‌واره پرورش‌دهنده اعمال ناسالم مانند مصرف زیاد الکل و استعمال دخانیات، نادیده‌گرفتن رژیم غذایی و بی‌اعتنایی به ورزش را تولید کرد و یک سبک زندگی را به وجود آورد که سبب ایجاد بیماری‌های قلبی، سانحه‌ها و مشکل‌هایی شد که به کوتاه‌شدن طول عمر منجر می‌شود. این رفتارها هنجارهایی بودند که با تعامل گروه ایجاد می‌شدند، با فرصت‌های موجود در آنها شکل می‌گرفتند و به‌وسیله عادت‌واره درونی می‌شدند. ساختار زندگی روزمره، انتخاب‌های مرتبط با سلامت را در حوزه‌ای قالب‌بندی می‌کرد که در آن سبک‌های زندگی به مرگ‌های زودرس منجر می‌شد (Cockerham, 2010: 20-19).

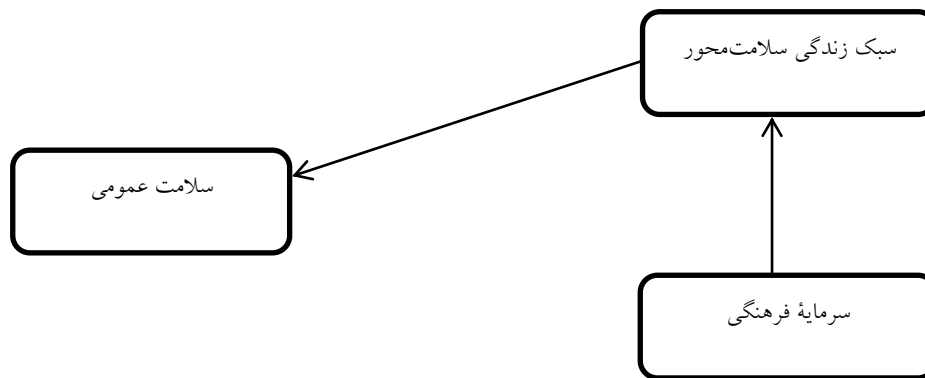
به‌زعم بوردیو، سرمایه فرهنگی عاملی تعیین‌کننده در رفتارها و سبک زندگی افراد محسوب می‌شود. این نوع از سرمایه که بوردیو انواع آن را توضیح داده است، موقعیت اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این موقعیت، فرصت‌هایی را برای عامل اجتماعی فراهم می‌آورد تا از آن طریق سبک زندگی مرتبط با سلامت خود را انتخاب کنند. از دیدگاه کاکرهام، سبک زندگی سلامت‌محور به‌طور مستقیم بر وضعیت سلامت افراد تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین، این سبک زندگی متغیر واسطه‌ای مناسبی برای تبیین تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی محسوب می‌شود. نمودار ۱، الگوی بررسی شده در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. در این پژوهش، فرض شده است که سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی به‌واسطه سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر غیرمستقیم دارد.

اجتماعی فرانسه را گزارش می‌کند. تمایز بوردیو دربردارنده تحلیل‌هایی از عادت‌های غذایی و ورزش است که توضیح می‌دهد چگونه عادت‌واره‌های مربوط به یک طبقه، جنبه‌های خاص سبک زندگی مرتبط با سلامت را شکل می‌دهد. نظریه عمل بوردیو براساس مفهوم عادت‌واره و تعامل این عادت‌واره‌ها با میدان، تلاش می‌کند اصول مولد رفتارهای انسانی را ارائه کند؛ بنابراین، آشکار می‌شود که موقعیت عامل در فضای اجتماعی، نقش عمده‌ای در تبیین رفتار او ایفا می‌کند (جمشیدی‌ها و پرستش، ۱۳۸۶: ۷). از نظر بوردیو، موقعیت عامل در فضای اجتماعی بستگی به حجم و میزان سرمایه شامل سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی او دارد؛ به این معنا که هرچه سرمایه فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی موقعیت بالاتری خواهد داشت و این موقعیت، رفتارها و سبک زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۸۷).

کاکرهام چارچوب نظری بوردیو در نظریه سبک زندگی مرتبط با سلامت را دنبال کرد و سبک‌های منفی زندگی مرتبط با سلامت را به‌عنوان عامل اجتماعی اصلی نزول امید به زندگی در روسیه، مطالعه کرد (Cockerham, 2010). او به پیروی از وبر، سبک‌های زندگی سلامت‌محور را مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری مرتبط با سلامت می‌داند که مبتنی بر انتخاب‌های افراد از گزینه‌ها و فرصت‌های موجود در زندگی‌شان است (Cockerham, 2007)؛ به این ترتیب، او براساس انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی افراد مفهوم سبک زندگی را بررسی می‌کند. فرصت‌های زندگی شامل سن، جنس، نژاد، قومیت و دیگر متغیرهای مرتبطی است که بر انتخاب‌های سبک زندگی تأثیر می‌گذارد. رفتار برآمده از این انتخاب‌ها می‌تواند نتیجه‌های مثبت و منفی برای بدن و ذهن افراد در پی داشته باشد (Cockerham & Ritchey, 1997).

کاکرهام در مطالعه وضعیت سلامت و سبک زندگی منفی مرتبط با سلامت در روسیه، به این نتیجه رسید که مردان

¹ Habitus



نمودار ۱ - الگوی بررسی تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی به واسطه سبک زندگی سلامت‌محور

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کمی و روش انجام آن پیمایش بوده است. ابزار پژوهش پرسش‌نامه بوده است که داده‌های پژوهش از طریق آن جمع‌آوری شده است. واحد تحلیل، فرد و محدوده زمانی پژوهش سال ۱۳۹۴ بوده است. جامعه آماری پژوهش، دانش‌آموزان دختر و پسر پایه‌های اول تا سوم مقطع متوسطه دوم ناحیه‌های چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ بوده است که برابر با ۴۹۲۸۲ نفر است. برای برآورد تعداد افراد جامعه مورد بررسی، ابتدا آمار مدرسه‌های ناحیه‌های چهارگانه آموزش و پرورش، جنس و نوع مدرسه از طریق آموزش و پرورش کل استان فارس تهیه شد. مدرسه‌های غیرحضوری، به دلیل دسترسی نداشتن به دانش‌آموزان، مدرسه‌های بزرگسالان به دلیل پراکندگی سنی و مدرسه‌های تیزهوشان و غیرانتفاعی به دلیل همکاری نکردن و نداشتن مجوز ورود به آنها حذف شدند.

حجم نمونه آماری پژوهش با استفاده از فرمول کوکران^۱ با سطح معناداری ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد برابر با ۳۸۱ نفر برآورد شده است. برای جلوگیری از کاهش این تعداد بر اثر مخدوش بودن یا پاسخ‌ندادن، تعداد نمونه به ۴۰۰ نفر افزایش یافت و در نتیجه ۳۹۱ پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. روش نمونه‌گیری مورد استفاده، خوشه‌ای متناسب با حجم

است. ابتدا اطلاعات جامعه مورد مطالعه، به تفکیک منطقه‌های چهارگانه آموزش و پرورش، جنس و نوع مدرسه (دبیرستان و هنرستان) براساس اطلاعات آموزش و پرورش کل استان فارس گردآوری شد؛ سپس با توجه به نسبت جمعیت هر گروه به جمعیت کل دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر شیراز، تعداد مناسب پرسش‌نامه به هر یک از آنها تعلق گرفت. سپس در هر منطقه، تعدادی مدرسه به تناسب تعداد پرسش‌نامه‌های تعلق گرفته به آن منطقه، به صورت تصادفی انتخاب شد و در هر مدرسه تعدادی کلاس به صورت تصادفی برگزیده شد و در نهایت افراد آن کلاس پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند.

سرمایه فرهنگی شامل تمایل‌ها و عادت‌های دیرینی است که در فرایند جامعه‌پذیری و انباشته‌شدن اشیای فرهنگی با ارزش مثل نقاشی و صلاحیت‌های تحصیلی و آموزش رسمی حاصل می‌شود (شارع‌پور و حسینی‌راد، ۱۳۸۷: ۱۳۵). سبک زندگی سلامت‌محور شامل رفتارهایی می‌شود که فرد برای اجتناب از بیماری یا تشخیص آن انجام می‌دهد. این اقدام‌ها شامل رفتارهای مختلفی چون ورزش کردن، خوردن غذاهای سالم، به‌انجام‌رساندن معاینه‌های دوره‌ای دندان و واکسیناسیون است (سارافینو، ۱۳۸۴: ۲۷۹). به تعبیر سازمان بهداشت جهانی، سلامت به معنای خوب‌بودن جسمی، روانی و اجتماعی در بیشترین حد ممکن است (زنجانی و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۶؛ Cockerham & Ritchey, 1997). در پژوهش حاضر سلامت از طریق چهار بعد

¹ Cochran

جدول ۱ آزمون آلفای کرونباخ هر یک از متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که براساس آن بعدها هر سه متغیر سلامت عمومی، سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه فرهنگی، پایایی مناسبی دارند؛ چنانکه ضریب آلفای کرونباخ آنها بیشتر از ۰/۶۵ است. این ضریب برای متغیرهای سلامت عمومی، سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه فرهنگی به ترتیب برابر با ۰/۸۰۳، ۰/۸۶۶ و ۰/۷۶۵ است. همچنین اعتبار پژوهش از نوع صوری است و هر یک از گویه‌های مورد استفاده را - که پیش از این نیز استفاده شده - تعدادی از متخصصان مربوط تأیید کرده‌اند.

علامت‌های جسمانی مناسب، نداشتن اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی مناسب و نداشتن علامت‌های افسردگی سنجیده شده است.

در این پژوهش جهت ساخت ابزار پیمایش از پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱، پرسش‌نامه نمایه سبک زندگی ارتقای سلامت پندر^۲ (Walker et al., 1995) و سرمایه فرهنگی مبتنی بر پژوهش ابراهیمی و ضیاپور (۱۳۹۱: ۱۴۸ - ۱۲۵) استفاده شده است. گلدبرگ^۳ در سال 1972 پرسش‌نامه سلامت عمومی را ابداع کرد. این پرسش‌نامه از جمله معتبرترین ابزارهای غربالگری سلامت عمومی است که تأثیر بسزایی در پیشرفت علوم رفتاری داشته است. فرم ۲۸ سؤالی که در این پژوهش به کار گرفته شده است، توسط گلدبرگ و هیلیر در سال 1979 تدوین شد که دربرگیرنده ۴ مقیاس علامت‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علامت‌های افسردگی است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۹). در این پژوهش با توجه به موضوع، جنبه مثبت این بعدها در نظر گرفته شده و با تغییر کدها، هر یک از این بعدها با عنوان‌های علامت‌های جسمانی مناسب، نداشتن اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی مناسب و نداشتن علامت‌های افسردگی بررسی شده است. پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقای سلامت پندر جهت ارزیابی رفتارهای ارتقادهنده سلامت افراد استفاده شده است؛ به این ترتیب که فراوانی رفتارهای ارتقادهنده سلامت در شش بعد حس مسئولیت‌پذیری، فعالیت جسمانی، عادت‌های تغذیه‌ای، رشد معنوی، ارتباط بین فردی و مدیریت استرس ارزیابی می‌شود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات سرمایه فرهنگی براساس مؤلفه‌های پژوهش ابراهیمی و ضیاپور (۱۳۹۱: ۱۴۸-۱۲۵) و متناسب با جامعه آماری موردبررسی ساخته شده است. این بخش از پرسش‌نامه، سه بعد سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته، عینیت‌یافته و نهادینه‌شده را در بر دارد.

¹ General Health Questionnaire (GHQ)

² Pender's Health-Promotion Lifestyle Profile

³ Goldberg

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد گویه	آلفای کرونباخ	متغیر	تعداد گویه	آلفای کرونباخ	متغیر	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
علامت‌های جسمانی مناسب	۷	۰/۸۰۵	حس مسئولیت‌پذیری	۹	۰/۷۸۴	سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته	۱۳	۰/۷۰۱
نداشتن اضطراب و اختلال خواب	۷	۰/۷۶۶	فعالیت جسمانی	۸	۰/۷۸۳	سرمایه فرهنگی عینیت‌یافته	۱۵	۰/۶۹۷
کارکرد اجتماعی مناسب	۷	۰/۶۸۱	عادت‌های تغذیه‌ای	۹	۰/۶۸۶	سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده	۲	۰/۷۲۷
نداشتن علامت‌های افسردگی	۷	۰/۸۸۶	رشد معنوی	۹	۰/۷۹۴	سرمایه فرهنگی	۳۰	۰/۷۶۵
سلامت عمومی	۲۸	۰/۸۰۳	ارتباط بین فردی	۹	۰/۷۰۸			
			مدیریت استرس	۸	۰/۶۹۴			
			سبک زندگی	۵۲	۰/۸۶۶			
			سلامت‌محور					

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح دو متغیره و چندمتغیره انجام شده است. برای آزمون روابط بین متغیرها در سطح دو متغیره، از همبستگی^۱ و برای بررسی روابط چندمتغیره و تعیین نوع و میزان ارتباط بین متغیرها از روش الگوسازی معادله‌های ساختاری^۲ استفاده شده است. بررسی روابط دو متغیره با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و جهت بررسی الگوی پژوهش به وسیله الگوسازی معادله‌های ساختاری از نسخه ۲۲ نرم‌افزار Amos استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح دو متغیره و چندمتغیره انجام شده است. برای آزمون روابط بین متغیرها در سطح دو متغیره، از همبستگی^۱ و برای بررسی روابط چندمتغیره و تعیین نوع و میزان ارتباط بین متغیرها از روش الگوسازی معادله‌های ساختاری^۲ استفاده شده است. بررسی روابط دو متغیره با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و جهت بررسی الگوی پژوهش به وسیله الگوسازی معادله‌های ساختاری از نسخه ۲۲ نرم‌افزار Amos استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر، کل نمونه بررسی شده شامل ۱۹۸ پسر (۵۰٫۶ درصد) و ۱۹۳ دختر (۴۹٫۴ درصد) است. بازه سنی این نمونه، طیفی از سن‌های ۱۴ تا ۱۸ سال را شامل می‌شود و میانگین سنی برابر با ۱۵/۸۳ است. بیشتر افراد نمونه در طیف سنی ۱۵ تا ۱۷ سال قرار دارند و تعداد کسانی که سنشان را ۱۴ و ۱۸ سال اعلام کرده‌اند، محدودند. پایه‌های اول، دوم و سوم متوسطه به ترتیب ۵۶/۸، ۳۰/۷ و ۱۲/۵ درصد از کل نمونه را تشکیل داده‌اند. جدول ۲، آماره‌های توصیفی بعدهای متغیرهای سلامت عمومی، سبک زندگی سلامت‌محور و

سرمایه فرهنگی را نشان می‌دهد. میانگین بعدهای سلامت عمومی نشان می‌دهد به جز بعد کارکرد اجتماعی مناسب، بعدهای دیگر میانگینی نزدیک به هم دارند؛ همچنین همه بعدها نمره‌ای بیش از دو سوم نمره حداکثر را دارند که وضعیت نسبتاً مناسب سلامت عمومی را نشان می‌دهد. در مقابل، میانگین بعدهای سبک زندگی سلامت‌محور پراکندگی بیشتری دارند و حس مسئولیت‌پذیری سلامت و رشد معنوی به ترتیب کمترین و بیشترین میانگین را داشته‌اند. به جز رشد معنوی، همه بعدهای سبک زندگی سلامت‌محور کمتر از نصف بازه ممکن (صفر تا ۲۷) نمره‌هاست. در نهایت، سرمایۀ فرهنگی نهادینه‌شده، عینیت‌یافته و تجسم‌یافته به ترتیب بیشترین تا کمترین میانگین را داشته‌اند.

در پژوهش حاضر، کل نمونه بررسی شده شامل ۱۹۸ پسر (۵۰٫۶ درصد) و ۱۹۳ دختر (۴۹٫۴ درصد) است. بازه سنی این نمونه، طیفی از سن‌های ۱۴ تا ۱۸ سال را شامل می‌شود و میانگین سنی برابر با ۱۵/۸۳ است. بیشتر افراد نمونه در طیف سنی ۱۵ تا ۱۷ سال قرار دارند و تعداد کسانی که سنشان را ۱۴ و ۱۸ سال اعلام کرده‌اند، محدودند. پایه‌های اول، دوم و سوم متوسطه به ترتیب ۵۶/۸، ۳۰/۷ و ۱۲/۵ درصد از کل نمونه را تشکیل داده‌اند. جدول ۲، آماره‌های توصیفی بعدهای متغیرهای سلامت عمومی، سبک زندگی سلامت‌محور و

^۱ Correlation

^۲ Structural Equation Modeling

جدول ۲ - آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی پژوهش

متغیرها	بعدها	تعداد گویه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمترین حد	بیشترین حد
سلامت عمومی	علامت‌های جسمانی مناسب	۷	۱۴/۹۹۷	۴/۳۲۶	۰	۲۱
	نداشتن اضطراب و اختلال خواب	۷	۱۴/۹۶۱	۵/۰۷۸	۰	۲۱
	کارکرد اجتماعی مناسب	۷	۱۴/۲۸۴	۳/۳۸۱	۰	۲۱
	نداشتن علامت‌های افسردگی	۷	۱۴/۹۴۷	۵/۳۳۹	۰	۲۱
سبک زندگی	حس مسئولیت‌پذیری	۹	۷/۹۰۶	۴/۹۳۵	۰	۲۷
سلامت‌محور	فعالیت جسمانی	۸	۹/۷۷۶	۵/۱۸۴	۰	۲۷
	عادت‌های تغذیه	۹	۱۱/۲۵۹	۴/۳۵۰	۰	۲۷
	رشد معنوی	۹	۱۴/۹۵۹	۵/۹۵۷	۰	۲۷
	تعامل بین فردی	۹	۱۱/۸۳۱	۴/۸۵۶	۰	۲۷
	مدیریت استرس	۸	۱۱/۵۷۵	۴/۲۸۷	۰	۲۷
سرمایه فرهنگی	تجسم یافته	۱۳	۳/۷۹۱	۱/۲۹۶	۰	۱۰
	عینیت یافته	۱۴	۴/۳۵۳	۱/۷۸۲	۰	۱۰
	نهادینه شده	۲	۶/۴۱۶	۰/۹۵۸	۰	۱۰

سبک زندگی سلامت‌محور بر سلامت عمومی بررسی می‌شود. شاخص‌های برازش الگوی مورد بررسی در جدول ۴ نشان داده شده است. شاخص‌های برازش الگو، معیارهای علمی پذیرفتنی برای تأیید نظری الگوی تدوین شده با استفاده از داده‌های گردآوری شده است. براساس این جدول، مقدار CMIN/DF برابر با ۱/۶۴۹ و بین ۱ تا ۵ است. شاخص‌های PNF و PCFI بیشتر از ۰/۶، شاخص‌های NFI، JFI، TLI و CFI، بیشتر از ۰/۹ و شاخص RMSEA هم نمره ۰/۰۷۶ را نشان داده است که کمتر از ۰/۰۸ است و همه برازش مناسب الگو را نشان می‌دهند. هرچند معناداری نمره کای اسکوتر (P) و RFI در بازه پذیرفتنی قرار ندارد ولی ذکر این نکته ضروری است که این شاخص‌ها نمی‌تواند به تنهایی معیاری برای قبول کردن یا نکردن الگو باشد (قاسمی، ۱۳۹۲: ۱۹۹) و در بیشتر مواقع مناسب بودن سه شاخص برازش برای تأیید الگو کفایت می‌کند. در نهایت، ۸ شاخص، برازش الگوی مورد بررسی را تأیید کرده‌اند که براساس آن می‌توان گفت الگوی مورد بررسی، برازش مناسبی دارد.

جدول ۳ رابطه دو متغیره (همبستگی) بعضی از متغیرهای سلامت عمومی، سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه فرهنگی را نشان می‌دهد. براساس این جدول، سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه فرهنگی دانش‌آموزان به ترتیب در سطح ۹۹ و ۹۵ درصد اطمینان با سلامت عمومی آنها رابطه مثبت و معناداری دارد؛ همچنین سرمایه فرهنگی با سبک زندگی سلامت‌محور در سطح ۹۹ درصد اطمینان رابطه مثبت و معناداری دارد.

جدول ۳ - همبستگی میان متغیرهای سلامت عمومی، سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه فرهنگی

	سلامت عمومی	سبک زندگی سلامت‌محور	سرمایه فرهنگی
سلامت عمومی	۱		
سبک زندگی سلامت‌محور	۰/۳۷۶**	۱	
سرمایه فرهنگی	۰/۱۵۹*	۰/۴۳۳**	۱

*p<0.05

**p<0.01

پس از بررسی روابط دو متغیره، اثرگذاری سرمایه فرهنگی بر سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت عمومی و

جدول ۴ - شاخص‌های برازش الگوی مورد بررسی

شاخص	اندازه شاخص	بازه پذیرفتنی
CMIN	۲۰۳/۲۷۳	
P	۰/۰۰۰	بیشتر از ۰/۰۵
CMIN/DF	۳/۲۲۷	بین ۱ تا ۵
PNFI	۰/۶۱۲	بیشتر از ۰/۶۰
PCFI	۰/۶۳۴	
NFI	۰/۹۱۰	بیشتر از ۰/۹۰
RFI	۰/۸۸۱	
IFI	۰/۹۱۷	
TLI	۰/۹۰۵	
CFI	۰/۹۱۵	
RMSEA	۰/۰۷۶	کمتر از ۰/۰۸

به این ترتیب، احتمال دارد با افزایش سرمایه فرهنگی دانش‌آموزان، رفتارهای مرتبط با سلامت آنها افزایش یابد و همین‌طور با افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت، سلامت عمومی دانش‌آموزان ارتقا یابد. از این تحلیل، تأثیر غیرمستقیم سرمایه فرهنگی دانش‌آموزان بر سلامت عمومی آنها نمایان می‌شود که در ادامه تحلیل‌ها بیشتر به آن پرداخته خواهد شد. همچنین نتیجه‌های این جدول نشان می‌دهد از بین چهار زیرمقیاس سلامت عمومی با توجه به مقدارهای استاندارد برآورد شده برای پارامترهای لامدا (وزن استاندارد شده رگرسیونی)، زیر مقیاس‌های علامت‌های جسمانی مناسب، بیشترین همبستگی را با سلامت دارد و بنابراین بیشترین وزن را در تعریف این متغیر پنهان دارد. پس از آن، نداشتن اضطراب و اختلال خواب، نداشتن علامت‌های افسردگی و کارکرد اجتماعی مناسب به ترتیب، بیشترین تا کمترین وزن را در تعریف متغیر سلامت دارند. این بارهای عاملی در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار است (برای متغیر مرجع نسبت بحرانی و به تبع آن سطح معناداری ذکر نمی‌شود).

جدول ۵ نتایج برآورد تحلیل مسیر الگوی مورد بررسی را نشان می‌دهد. براساس این جدول، سرمایه فرهنگی در سطح ۹۹ درصد اطمینان بر سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر مثبت دارد. همچنین سبک زندگی سلامت‌محور در سطح ۹۹ درصد اطمینان بر سلامت عمومی تأثیر مثبت و معناداری دارد؛

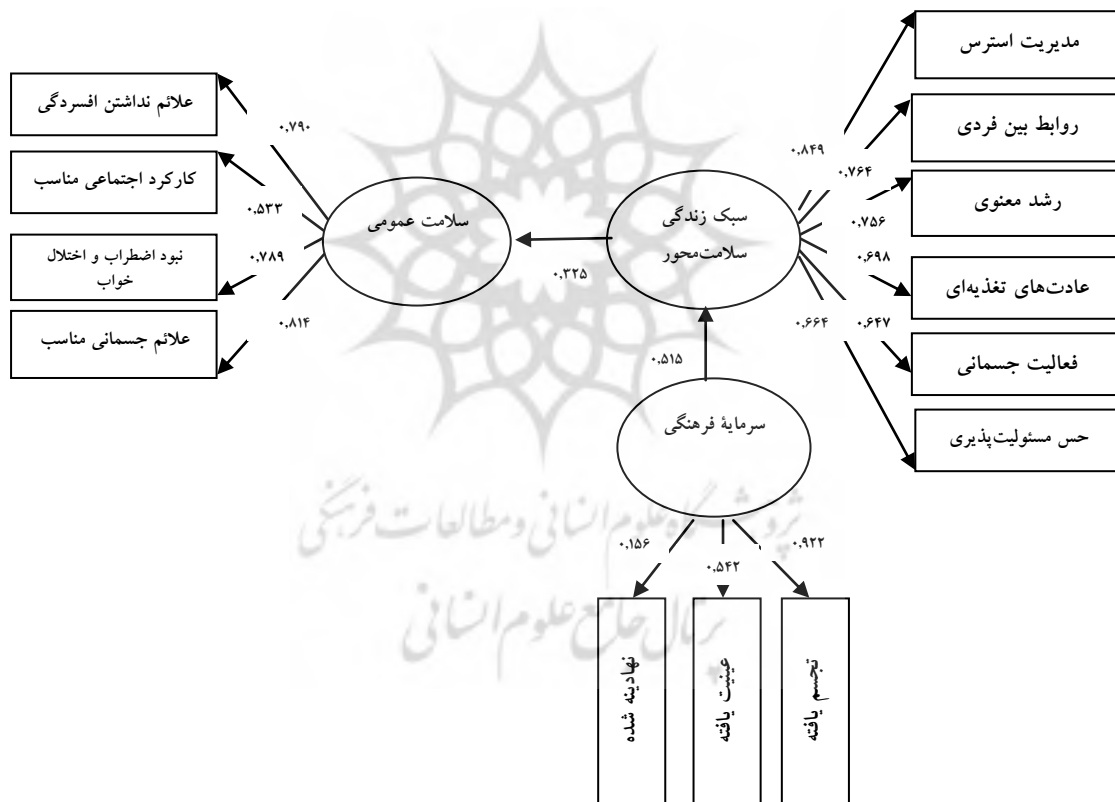
جدول ۵ - نتایج برآورد تحلیل مسیر الگوی مورد بررسی

وزن رگرسیونی	وزن استاندارد شده رگرسیونی	انحراف استاندارد	نسبت بحرانی C.R.	سطح معناداری	توضیح
۰/۳۰۶	۰/۳۲۵	۰/۰۸۶	۴/۳۷۱	۰/۰۰۰	سبک زندگی سلامت‌محور ← سلامت عمومی
۰/۳۰۶	۰/۵۱۵	۰/۰۵۵	۵/۵۷۲	۰/۰۰۰	سرمایه فرهنگی ← سبک زندگی سلامت‌محور
۱	۰/۷۹۰				سلامت عمومی ← نداشتن علامت‌های افسردگی
۰/۴۲۴	۰/۵۳۳	۰/۰۴۵	۹/۴۰۸	۰/۰۰۰	سلامت عمومی ← کارکرد اجتماعی مناسب
۰/۹۶۰	۰/۷۸۹	۰/۰۶۷	۱۴/۲۲۷	۰/۰۰۰	سلامت عمومی ← نداشتن اضطراب و اختلال خواب
۰/۸۲۰	۰/۸۱۴	۰/۰۵۷	۱۴/۴۵۷	۰/۰۰۰	سلامت عمومی ← علامت‌های جسمانی مناسب
۱	۰/۸۴۹				سبک زندگی سلامت‌محور ← مدیریت استرس
۱/۰۰۷	۰/۷۶۴	۰/۰۶۶	۱۵/۳۸۴	۰/۰۰۰	سبک زندگی سلامت‌محور ← روابط بین فردی
۱/۲۱۹	۰/۷۵۶	۰/۰۷۹	۱۵/۲۶۸	۰/۰۰۰	سبک زندگی سلامت‌محور ← رشد معنوی
۰/۸۲۳	۰/۶۹۸	۰/۰۶۰	۱۳/۶۳۵	۰/۰۰۰	سبک زندگی سلامت‌محور ← عادت‌های تغذیه‌ای
۰/۹۱۴	۰/۶۴۷	۰/۰۷۳	۱۲/۱۵۹	۰/۰۰۰	سبک زندگی سلامت‌محور ← فعالیت جسمانی
۰/۸۹۵	۰/۶۶۴	۰/۰۷۰	۱۲/۴۲۴	۰/۰۰۰	سبک زندگی سلامت‌محور ← حس مسئولیت‌پذیری
۱	۰/۹۲۲				سرمایه فرهنگی ← سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته
۰/۲۳۴	۰/۵۴۲	۰/۰۴۰	۵/۸۴۶	۰/۰۰۰	سرمایه فرهنگی ← سرمایه فرهنگی عینیت‌یافته
۰/۰۹۶	۰/۱۵۶	۰/۰۳۸	۲/۵۲۲	۰/۰۱۲	سرمایه فرهنگی ← سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده

آن سرمایه فرهنگی عینیت‌یافته و نهادینه‌شده به ترتیب بیشترین تا کمترین وزن را در سنجش متغیر سرمایه فرهنگی دارند. بار عاملی بعد سرمایه فرهنگی عینیت‌یافته در سطح ۹۹ درصد اطمینان و بعد سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار است.

نمودار ۲، نحوه تأثیرگذاری غیرمستقیم سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی به‌واسطه سبک زندگی سلامت‌محور و همچنین وزن رگرسیونی استاندارد هر یک از مسیرها را نشان می‌دهد.

بررسی بارهای عاملی مربوط به متغیر پنهان رفتارهای مرتبط با سلامت و رفتارهای آشکار بارشده بر آن، نشان می‌دهد رفتارهای مربوط به مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی، عادات‌های تغذیه، حس مسئولیت‌پذیری و فعالیت‌های جسمانی به ترتیب بیشترین تا کمترین وزن را در تعریف متغیر رفتارهای مرتبط با سلامت دارند. سطح معناداری این روابط، معنادار بودن آنها در سطح اطمینان ۹۹ درصد را نشان می‌دهد. از میان سه متغیر آشکار مورد استفاده برای سنجش سرمایه فرهنگی، سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته بیشترین وزن را در تعریف متغیر سرمایه فرهنگی دارد. پس از



نمودار ۲- الگوی تحلیل مسیر تأثیر غیرمستقیم سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی به‌واسطه سبک زندگی سلامت‌محور

نتیجه‌های حاصل از الگوسازی معادله‌های ساختاری برای بررسی تأثیر غیرمستقیم سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی و تأثیر مستقیم آن بر سبک زندگی سلامت‌محور در جدول ۶

نتیجه‌های حاصل از الگوسازی معادله‌های ساختاری برای بررسی تأثیر غیرمستقیم سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی و تأثیر مستقیم آن بر سبک زندگی سلامت‌محور در جدول ۶

نتیجه

سلامت سرمایه مهمی است که هر فرد در طول زندگی خود همواره برای حفظ و ارتقای آن می‌کوشد و مهم‌ترین تعیین‌کننده کیفیت و کمیت زندگی افراد است. برای دوره‌ای طولانی از زندگی بشر، سلامت تحت تأثیر بلاهای طبیعی، جنگ‌ها و اپیدمی‌ها بوده است. این عامل‌ها هنوز هم در تعیین سلامت انسان امروزی نقش دارد ولی رفتارها به‌ویژه رفتارهای مرتبط با سلامت عامل‌های اصلی مشخص‌کننده وضعیت سلامت و طول عمر انسانند. این تغییر و اهمیت یافتن رفتارها در تعیین سلامت، موجب افزایش توجه بیش از پیش علوم اجتماعی به این موضوع شده است.

همزمان با ایجاد نگرش اجتماعی به سلامت، مفهوم‌های جدیدی همچون سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی به ادبیات علوم اجتماعی وارد شد. مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد میان انواع سرمایه، تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت و رفتارهای مرتبط با آن بیشتر از سایر سرمایه‌ها (اقتصادی و فرهنگی) بوده است. با این وجود سرمایه فرهنگی متغیری مهم در تبیین سبک زندگی محسوب می‌شود. بورديو بر نقش انواع سرمایه در کنار سرمایه اقتصادی در تعیین موقعیت افراد در اجتماع تأکید دارد. سرمایه فرهنگی مجموعه‌ای از روابط، معلومات و امتیازهاست که فرد، برای حفظ کردن یا به‌دست آوردن یک موقعیت اجتماعی از آن استفاده می‌کند (صالحی امیری، ۱۳۸۶: ۶۴). اگر سلامت و سبک زندگی سلامت محور موقعیتی مطلوب انگاشته شود، سرمایه فرهنگی می‌تواند نقش مهمی را در تعیین آنها ایفا کند.

بورديو سه شکل سرمایه فرهنگی تجسم یافته، عینیت یافته و نهادینه شده را مشخص کرده است. هر یک از این سه بخش، ناظر بر سرمایه‌گذاری فرد در یک حوزه معین فرهنگی است. از دیدگاه بورديو، سرمایه فرهنگی عاملی مؤثر بر رفتارها و سبک زندگی افراد در دنیای امروزی محسوب می‌شود. کارهام با پیروی از بورديو در زمینه سبک زندگی، رفتارهای مرتبط با سلامت را بررسی می‌کند و سبک زندگی

بر سلامت عمومی و همه بعدهای مورد بررسی آن تأثیر مثبت دارد؛ همچنین سرمایه فرهنگی بر علامت‌های جسمانی مناسب و کارکرد اجتماعی مناسب به ترتیب بیشترین و کمترین تأثیر را دارد و بر بعدهای نداشتن اضطراب و اختلال خواب و نداشتن علامت‌های افسردگی تأثیری یکسان دارد. به این ترتیب، به طور کلی احتمال دارد با افزایش سرمایه فرهنگی، سلامت عمومی ارتقا یابد؛ یعنی با افزایش سرمایه فرهنگی افراد، سلامت جسمانی آنها نسبت به سایر بعدها ارتقای بیشتری داشته باشد. درحالی که کارکرد اجتماعی آنها در مقایسه با سایر بعدها، ارتقای کمتری خواهد داشت. تأثیر سرمایه فرهنگی بر بعدهای سبک زندگی سلامت محور نشان می‌دهد تأثیر سرمایه فرهنگی بر همه بعدهای سبک زندگی سلامت محور مثبت است. به این معنا که با افزایش سرمایه فرهنگی افراد احتمال دارد رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت افزایش یابد؛ همچنین نتیجه‌ها ثابت می‌کند سرمایه فرهنگی بیشترین تأثیر را بر مدیریت استرس دارد؛ درحالی که این تأثیر برای سایر بعدها تقریباً یکسان بوده است.

جدول ۶ - تأثیرهای سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی (غیرمستقیم) و سبک زندگی سلامت محور (مستقیم)

سرمایه فرهنگی	
۰/۱۶۷	سلامت عمومی
۰/۱۲۹	نداشتن علامت‌های افسردگی
۰/۰۸۷	کارکرد اجتماعی مناسب
۰/۱۲۹	نداشتن اضطراب و اختلال خواب
۰/۱۳۳	علامت‌های جسمانی مناسب
۰/۵۱۵	سبک زندگی سلامت محور
۰/۴۳۷	مدیریت استرس
۰/۳۹۳	روابط بین فردی
۰/۳۸۹	رشد معنوی
۰/۳۵۹	عادت‌های تغذیه‌ای
۰/۳۳۳	فعالیت جسمانی
۰/۳۴۲	حس مسئولیت پذیری

سلامت‌محور را تحت تأثیر فرصت‌ها و انتخاب‌های افراد می‌داند. سرمایه فرهنگی، موقعیت اجتماعی مولد فرصت‌ها را ایجاد می‌کند و از طریق این فرصت‌ها بر انتخاب رفتارهای مرتبط با سلامت تأثیر می‌گذارد؛ همچنین، کاکرهام سلامت عمومی را تحت تأثیر سبک زندگی سلامت‌محور می‌داند. بنابراین، فرضیه تأثیر غیرمستقیم سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان به واسطه سبک زندگی سلامت‌محور، فرضیه اصلی پژوهش در نظر گرفته شده است.

یافته‌های توصیفی نشان داد درحالی که دانش‌آموزان سلامت عمومی نسبتاً خوبی دارند، توجه کمتری به رفتارهای مرتبط با سلامت دارند. میانگین هر چهار بعد سلامت عمومی، نشان می‌دهد دانش‌آموزان بیش از دو سوم نمره ممکن را در سلامت عمومی کسب کرده‌اند. نمره‌های بعدهای سبک زندگی سلامت‌محور پراکندگی بیشتری دارد. به طور کلی، دانش‌آموزان به سبک زندگی سلامت‌محور کمتر توجه کرده‌اند. این کم‌توجهی در دو بعد مسئولیت‌پذیری سلامت و فعالیت‌های جسمانی به مراتب بیشتر است. درحالی که دانش‌آموزان به سه بعد عادت‌های تغذیه، تعامل بین فردی و مدیریت استرس تقریباً به یک اندازه توجه می‌کنند، بعد رشد معنوی آنها بیشترین نمره را نشان داده است. رشد معنوی شامل رفتارهای رشد و تغییر، داشتن هدف، اهمیت زندگی و ارتباط معنوی می‌شود که بیشتر با سلامت روانی و نگرش به آینده در ارتباط است؛ بنابراین، دانش‌آموزان در چنین سنی به رفتارهای مرتبط با سلامت روان بیشتر از سلامت جسمانی توجه دارند. درحالی که در زمینه سرمایه ناظر بر تحصیلات و اندوخته‌های آموزشی (سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده) غنای خوبی دارند، سرمایه فرهنگی عینیت‌یافته و به‌ویژه سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته کمتری دارند.

بررسی روابط دومتغیره، رابطه مثبت بین سرمایه فرهنگی و سبک زندگی سلامت‌محور را نشان داد. تأثیر سرمایه فرهنگی بر سبک زندگی سلامت‌محور که در الگوی مورد بررسی به صورت مستقیم فرض شده بود، مثبت بود. از دیدگاه

بوردیو، به طور کلی، سبک زندگی متأثر از حجم و ساختار سرمایه فرهنگی است و سبک زندگی سلامت‌محور به‌عنوان بخشی از سبک زندگی، تحت تأثیر سرمایه فرهنگی است. پیش از این پژوهش، رابطه سرمایه فرهنگی (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۱۴-۱۸۱؛ کردزنگنه، ۱۳۹۱؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۳۹-۱۰۷) و تحصیلات (کردزنگنه، ۱۳۹۱؛ Grosse Frie & Jassen, 2009: 213-221؛ محمدیان و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۷۶-۱۶۷؛ Cockerham, 2000: 1313-1324; Brrigan et al., 2004: 615-623؛ کلدی و کیران عین‌الدین، ۱۳۹۳: ۸۷-۹۵) با سبک زندگی سلامت‌محور نشان داده شده است. این بخش از نتایج نشان می‌دهد انباشتن سرمایه فرهنگی در هر بعد از آن، موجب به‌کارگیری رفتارهای سلامت‌محور می‌شود. به این ترتیب، احتمال دارد با افزایش سرمایه فرهنگی دانش‌آموزان، جایگاه رفتارهای سلامت‌محور در سبک زندگی آنان مهم‌تر شود و درنهایت توجه بیشتری به آنها نشان دهند.

در بررسی الگوی مورد بررسی پژوهش، تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی به صورت غیرمستقیم فرض شد. سرمایه فرهنگی سبک زندگی سلامت‌محور را تحت تأثیر قرار می‌دهد و رفتارهای سلامت‌محور، سلامت عمومی دانش‌آموزان را متأثر می‌کند. از دیدگاه کاکرهام، بخش عمده سلامت افراد در جامعه‌های امروزی، تحت تأثیر رفتارهای سلامت‌محور است. رفتارهای مرتبط با سلامت که طیف گسترده‌ای دارند، ممکن است تأثیر مثبت یا منفی بر سلامت عمومی افراد داشته باشند. در این پژوهش، سبک زندگی سلامت‌محور، به آن دسته از رفتارهایی توجه کرده است که احتمال دارد موجب بالارفتن سلامت عمومی شود. همبستگی سرمایه فرهنگی با سلامت عمومی در یک رابطه دومتغیره مثبت و معنادار بود و نتیجه‌های حاصل از الگو، رابطه غیرمستقیم سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان را تأیید کرد. بنابراین، تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی، فرضیه اصلی پژوهش قرار گرفت؛ به این ترتیب، احتمال دارد انباشته‌شدن سرمایه فرهنگی هر فرد نه تنها موجب تقویت

عمومی گلدبرگ-۱۳۹۰»، مجله پزشکی هرمزگان، س ۱۷، ش ۴، ص ۳۶۴ - ۳۵۷.

بوردیو، پ. (۱۳۹۱). *تمايز؛ نقد اجتماعی قضاوت‌های ذوقی*، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: ثالث.

بون ویتز، پ. (۱۳۹۱). *درس‌هایی از جامعه‌شناسی پیر بوردیو*، ترجمه: جهانگیر جهانگیری و حسن پورسفر، تهران: آگه.

جمشیدی‌ها، غ. و پرستش، ش. (۱۳۸۶). «دیالکتیک منش و میدان در نظریه عمل پی بوردیو»، *نامه علوم اجتماعی*، ش ۳۰، ص ۳۲ - ۱.

حسن‌زاده‌یامچی، د. و عزیززاده‌اقدام، م. (۱۳۹۳). «بررسی رابطه بین سبک زندگی (سلامت‌محور) و سرمایه فرهنگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد هادی‌شهر در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳»، *مطالعات جامعه‌شناسی*، س ۶، ش ۲۴، ص ۹۸ - ۸۵.

خواجانه‌نوری، ب. و کوچانی‌اصفهانی، م. (۱۳۹۵). «سرمایه فرهنگی و مصرف غذاهای مدرن و سنتی»، *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، س ۱۳، ش ۴۸، ص ۶۵ - ۵۲.

رحیمیان بوگر، الف.؛ محمدی‌فر، م.؛ نجفی، م. و دهشیری، غ. (۱۳۹۲). «تأثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان»، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، س ۲۰، ش ۸، ص ۳۴ - ۲۳.

رضایی، ز.؛ حسن‌زاده، ر. و میرزاییان، ب. (۱۳۹۲). «مقایسه رضایت زناشویی، سبک زندگی و سلامت روان در مردان و زنان بازنشسته و غیربازنشسته»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، س ۱۴، ش (۴) ۵۴، ص ۶۱ - ۵۴.

روح‌الامینی، م. (۱۳۶۵). *زمینه فرهنگ‌شناسی*، تهران: انعطار.

زنجانی، ح.؛ شادپور، ک.؛ میرزایی، م. و مهریار، الف. (۱۳۸۹). *جمعیت، توسعه و بهداشت باروری*، تهران: بشری.

سارافینو، الف. پ. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه: الهه میرزایی، تهران: رشد.

شارع‌پور، مو حسینی‌راد، ع. (۱۳۸۷). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت ورزشی: مطالعه موردی شهروندان

سبک زندگی سلامت‌محور دانش‌آموزان شود بلکه سلامت عمومی آنها را ارتقا دهد.

اهمیت سرمایه فرهنگی در تعیین سلامت دانش‌آموزان لزوم تقویت زیرساخت‌های توسعه‌دهنده سرمایه فرهنگی برای ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت دانش‌آموزان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و وسیع‌ترین گروه حاضر در اجتماع را آشکار می‌کند. در واقع برای شناخت وضع فعلی و آینده سلامت دانش‌آموزان، توجه به سبک زندگی مرتبط با سلامت و سرمایه فرهنگی آنها ضرورت دارد. مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، همکاری‌نکردن همه‌جانبه آموزش و پرورش و مدیرهای مدرسه‌ها بود. در پایان، به پژوهشگران این عرصه پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن سرمایه‌های اقتصادی و اجتماعی و بعدهای آنها، الگوی پژوهش حاضر را گسترش داده، با در نظر گرفتن جامعه آماری گسترده‌تر، درستی این الگو را بسنجند.

منابع

ابراهیمی، ق. و ضیاءپور، آ. (۱۳۹۱). «بررسی جامعه‌شناختی تأثیر سرمایه فرهنگی بر مدیریت بدن؛ مطالعه تجربی جوانان شهر گیلان غرب»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، س ۲۳، ش ۱، ص ۱۴۸ - ۱۲۵.

احمدی، ب.؛ فرزندی، ف.؛ دژمان، م.؛ وامقی، م.؛ محمدی، ف.؛ محتشمی، ب.؛ صدیقی، ژ. و تاجور، م. (۱۳۹۲). «چهارچوب نظری مدل سلامت زنان ایران: مدل فرمهر»، *حکیم*، د ۱۶، ش ۴، ص ۳۲۷-۳۴۸.

احمدی، ی.؛ محمدزاده، ح. و علی‌رمائی، س. (۱۳۹۵). «رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت‌محور در زنان شهر سنندج»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۱۶، ش ۶۱، ص ۱۳۹ - ۱۰۷.

ایمانی، الف.؛ خادمی، ز.؛ سوداگر، س. و نقی‌زاده، ف. (۱۳۹۲). «بررسی وضعیت سلامت دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان با استفاده از پرسش‌نامه سلامت

- در سال ۱۳۹۲، «مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران»،
س ۶، ش ۴، ص ۹۵ - ۸۷.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی*، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران:
نشر نی.
- لوکاس، د. و میر. پ. (۱۳۸۴). *درآمدی بر مطالعات جمعیتی*،
ترجمه: حسین محمودیان، تهران: دانشگاه تهران.
- محمدیان، ه.؛ افتخار، ح.؛ تقدیسی، م.؛ موسوی، غ. و صباحی، م. (۱۳۹۲). «اعتباریابی خصوصیات روان‌سنجی گونه فارسی پرسش‌نامه سبک زندگی - HPLP II نوجوانان»،
پایش، س ۱۲، ش ۲، ص ۱۷۶ - ۱۶۷.
- مظلومی محمودآباد، س.؛ فاضل‌پور، ش. و عسکرشاهی، م. (۱۳۹۲).
«بررسی وضعیت انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت در اساتید دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۸۸»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، د ۲۱،
ش ۳، ص ۲۱ - ۱۲.
- نکونام، م.؛ احمدی، آ. و عباسی‌چری، ر. (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی (درون‌گروهی و برون‌گروهی) بر سلامت روان دانشجویان؛ مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه تبریز»، *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، د ۵، ش ۱۷،
ص ۱۸۴ - ۱۶۳.
- نوربالا، الف.؛ باقری‌زاده، ع. و کاظم، م. (۱۳۸۷). «اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به‌عنوان غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران - ۱۳۸۰»، *مجله پژوهشی حکیم*، د ۱۱، ش ۴، ص ۵۳ - ۴۷.
- نوروزی‌نیا، ر.؛ آقابراری، م.؛ کریمی، م. (۱۳۹۲). «بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و همبستگی آن با میزان اضطراب و برخی مشخصات جمعیت‌شناسی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی البرز»، *مدیریت ارتقای سلامت*، د ۲،
ش ۴، ص ۴۹ - ۳۹.
- Abel, T. (1991) "Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings." *SocSci Med*, 32(8): 899-908.
- Aluerson, E. & Kessler, T. (2012) "Relationships Between Lifestyle, Health Behavior, and Health Status Outcomes for Underserved
- ۲۹ - ۱۵ ساله شهر بابل»، حرکت، ش ۳۷، ص ۱۵۳ - ۱۳۱.
- شجاع، م.؛ ریماز، ش.؛ اسدی‌لاری، م.؛ باقری یزدی، ع. و گوهری، م. (۱۳۹۲). «بررسی سلامت روان و رابطه آن با سرمایه اجتماعی سالمندان»، *پایش*، س ۱۲، ش ۴، ص ۳۵۳ - ۳۴۵.
- صادق‌پور، الف.؛ صادق‌پور، م. و حسینی، م. (۱۳۹۳). «بررسی ارتباط بین سطوح فعالیت بدنی با سلامت روان: مطالعه موردی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان»، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، س ۳۲، ش ۲۷۴، ص ۱۰۱ - ۹۰.
- صالحی‌امیری، ر. (۱۳۸۶). *مفاهیم و نظریه‌های فرهنگی*، تهران: ققنوس.
- طوافیان، ص. و آقاملائی، ت. (۱۳۹۲). «ارزیابی سبک زندگی دانش‌آموزان مدارس شهر بندرعباس»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، د ۱۱، ش ۳، ص ۹۳ - ۸۳.
- قادری، م.؛ ملکی، الف. و احمدنیا، ش. (۱۳۹۵). «از سرمایه فرهنگی بورديو تا سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت به تعبیر آبل: کاربرد شاخص‌های نوین در تبیین سبک زندگی سالم»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۱۶، ش ۶۲، ص ۵۸ - ۹.
- قاسمی، و. (۱۳۹۲). *مدل‌سازی معادلات ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Amos Graphics*، تهران: جامعه‌شناسان.
- قاسمی، و.؛ ربانی، ر.؛ ربانی‌خوراسگانی، ع. و علیزاده اقدم، م. (۱۳۸۷). «تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور»، *ادبیات و زبان‌ها: زبان و ادبیات فارسی*، ش ۶۳، ص ۲۱۴ - ۱۸۱.
- کردزنگنه، ج. (۱۳۹۱). *عوامل اجتماعی جمعیتی مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور: مطالعه موردی جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر تهران*، پایان‌نامه دکتری جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- کلدی، ع. و کبیران عین‌الدین، ح. (۱۳۹۳). «بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با کیفیت زندگی؛ مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران

University of Michigan Available at:
<http://hdl.handle.net/2027.42/85349>.

Xu, J. Oiu, J. Chen, J. Zou, L. Feng, L. Lu. Y. Wei, Q. & Zhang, J. (2012) "Lifestyle and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study Among Civil Servants in China." *BMC Public Health*, 12: 330-338.

Adults." *American Academy of Nurse Practitioners*, 24(6): 364-374.

Brrigan, D. Dodd, K. Toriauo, R. P. Kreble-Smith, S. M. Barbash, R.B. (2004) "Patterns of Health Behavior in U.S, Adults." *Preventive Medicine*, 36: 615-623.

Chuang, Y. Huang, Y. L. Tseng, K.C. Yen, C. & Yang, L. (2015) "Social Capital and Health-Protective Behavior Intentions in an Influenza Pandemic." *Plos One*, 10(371): 1-14.

Cockerham, W. C. (2000) "Health Lifestyles in Russia." *Social Science & Medicine*, 51: 1313-1324.

Cockerham, W. C. (2007) "New Direction in Health Lifestyle Research." *Public Health*, 52: 327-328.

Cockerham, W. C. (2010) *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*, West Sussex: Blackwell Press.

Cockerham, W. C. & Ritchey F. J. (1997) *Dictionary of Medical Sociology*, Westport: Greenwood Press.

Frank, C. Christopher, G. D. & Frank J. E. (2015) "Financial Strain, Social Capital, and Perceived Health During Economic Recession: a Longitudinal Survey in Rural." *Anxiety, Stress & Coping*, 27(4): 422-438.

Gagne', T. Frohlich. K. L & Abel, T. (2015) "Cultural Capital and Smoking in Young Adults: Applying New Indicators to Explore Social Inequalities in Health Behavior." *European Journal of Public Health*, Available at: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2015/04/09/eurpub.ckv069>

Grosse Frie, K. & Jassen, C. (2009) "Social Inequality, Lifestyles and Health – a non-linear Canonical Correlation Analysis Based on the Approach of Pierre Bourdieu." *Public Health*, 54: 213-221.

León, J. C. Carmona, J. & García, P. (2010) "Health Risk Behaviors in Adolescents as Indicators of Unconventional." *Adolescence*, 33: 663-671.

Lucumí, D. Gomez, L. F. Brownson, R. C. & Parra, D. (2014) "Social Capital Socioeconomic Status and Health-Related Quality of Life Amongolder Adults in Bogotá (Colombia)." *Journal of Aging and Health*, Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25370712>

Wainwright, D. (2008) *A Sociology of Health*, London: Sage Publications.

Walker, S. N. Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1995) "Health Promotion Model – Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II]

