

تعیین‌کننده‌های ساختی - سرمایه‌ای سبک زندگی سالم برای مقابله با بیماری‌های مزمن

مه‌دی قادری*، امیر ملکی**، مجید حق‌جو***

(تاریخ دریافت ۹۶/۰۱/۱۸، تاریخ پذیرش ۹۷/۰۳/۱۵)

چکیده: بیماری‌های مزمن یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر در عصر حاضر هستند. اتخاذ سبک زندگی سالم یکی از بهترین شیوه‌های مقابله با این نوع بیماری‌ها است. این پژوهش، با هدف بررسی تعیین‌کننده‌های ساختی - سرمایه‌ای سبک زندگی سالم در میان بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر پیش از ابتلاء به بیماری انجام شد. روش پژوهش حاضر، پیمایش و از نوع مقطعی می‌باشد. حجم نمونه برابر با ۴۱۲ بیمار (۲۳۹ مرد و ۱۷۳ زن) بوده است. نتایج «مدل‌سازی معادلات ساختاری» نشان داد که داده‌های گردآوری‌شده، مدل ساختاری با متغیرهای بیرونی «موقعیت اقتصادی اجتماعی»، «شرایط زندگی» و «سرمایه مرتبط با سلامت» را تا حد قابل قبولی تأیید می‌کند. اثرات کل این سه متغیر بر سبک زندگی سالم برابر ۰/۴۶ محاسبه شد. به عبارت دیگر، ۴۶ درصد از تغییرات سبک زندگی سالم میان بیماران به وسیله این سه متغیر قابل تبیین است و ۵۴ درصد واریانس تبیین نشده مربوط به متغیرهای خارج از معادله است.

مفاهیم کلیدی: بیماری عروق کرونر، سبک زندگی سالم، شرایط زندگی، سرمایه مرتبط با سلامت، موقعیت اقتصادی - اجتماعی.

مقدمه و طرح مسئله

سلامت افراد یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماع بشری است که اگر به شکل مناسبی محقق نشود منجر به اختلالات کارکردی در سطوح مختلف جامعه خواهد شد؛ به طوری که افراد نمی‌توانند نقش‌ها و وظایف خود را به شکل مناسب و کارآمدی ایفاء کنند. در دنیای معاصر علیرغم پیشرفت‌های

M_Ghaderi@pnu.ac.ir

*. استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام‌نور (نویسنده مسئول)

a_maleki@pnu.ac.ir

** . دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام‌نور

***. استاد بیماری‌های قلب و عروق، مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
majid.haghjoo@gmail.com

مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره هجدهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۶، ص ۱۱۰-۱۴۲

عظیمی که در حوزه علوم پزشکی، تجهیزات دارویی و درمانی و بهداشت افراد صورت گرفته است نه تنها مشکلات مرتبط با بهداشت و سلامت ریشه‌کن نشده، بلکه هر روز ابعاد تازه‌ای به خود می‌گیرد. یکی از مهم‌ترین دلایل این امر، تغییر در ابعاد و ماهیت بیماری‌های عصر حاضر است که ریشه اغلب آن‌ها را بایستی در «عوامل اجتماعی و محیطی از جمله: رفتارهای فردی، سبک‌های زندگی^۱، نارسایی سازمان‌های اجتماعی، فقر و محیط فیزیکی جستجو کرد» (مسعود نیا، ۱۳۸۹: ۲۴۲). این عوامل، با روش‌های پزشکی قابل‌کنترل نیستند و بی‌توجهی نسبت به آن‌ها پیامدهای ناخوشایندی برای سلامتی افراد در جامعه به دنبال خواهد داشت.

امروزه رشد و فراگیری بیماری‌های مزمن^۲ (بیماری‌های قلبی^۳، سرطان، دیابت، فشارخون و ...) تهدیدی جدی برای سلامتی افراد به شمار می‌روند. از میان بیماری‌های مزمن بیماری‌های قلبی عروقی به‌عنوان اولین عامل مرگ و میر در ایران محسوب می‌شوند (جهانشاهی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین، در میان بیماری‌های قلبی عروقی، «بیماری عروق کرونر»^۴ نیز یکی از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی و ازجمله شایع‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری در حال حاضر در جهان است (اصغر پور و همکاران، ۱۳۹۵). این دسته از بیماری‌ها رابطه تنگاتنگی با سبک زندگی دارند، به طوری که شواهد موجود بیانگر این است که تغییر در سبک زندگی جامعه ایرانی باعث افزایش شیوع آن‌ها شده است (ذاکری مقدم و همکاران، ۱۳۸۴؛ رجعتی و همکاران، ۱۳۹۱). در ایران، اولین عامل مرگ با تعداد تقریبی ۱۵۰ هزار نفر در سال مربوط به بیماری‌های قلبی عروقی است که در مجموع ۲۵ تا ۴۰ درصد موارد مرگ را به خود اختصاص می‌دهد (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۳).

در آغاز مطالعات حوزه علوم پزشکی درباره سبک زندگی سالم متکی بر رویکردهای «فردیت‌محور»^۵ و «علت-اثر خطی»^۶ بودند؛ به طوری که ناسالم بودن سبک‌های زندگی را به انتخاب‌های ناصحیح عوامل اجتماعی مرتبط می‌دانستند. در نتیجه نقش عوامل کلان و ساختاری (مانند عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ...) نادیده گرفته می‌شد. در اثر عللی همچون تغییر ماهیت امراض، ناکارآمدی رویکردهای تک‌علیتی حوزه پزشکی (به‌ویژه رویکرد زیست-پزشکی) در تبیین بیماری‌ها و ورود جوامع به عصر مابعد مدرن، شاهد ظهور رویکردهای چندبعدی و چرخش گفتمان‌ها در تبیین مباحث مرتبط با سلامت و بیماری‌ها هستیم (مسعود نیا، ۱۳۸۹). با توجه به این موارد، امروزه نقش عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، محیطی و حتی سیاسی در بروز بیماری

1. Healthy Lifestyles
2. Chronic Diseases
3. Cardiovascular Diseases
4. Coronary Artery Diseases
5. Individualistic
6. Linear cause-effect

و سلامت بر کسی پوشیده نیست؛ بنابراین، هنگام تبیین چگونگی شکل‌گیری سبک‌های زندگی سالم یا ناسالم نیازمند این هستیم که از تحلیل‌های «سبک زندگی فردیت‌محور»^۱ یا فراتر نهاده و در پی تبیین آن دسته از «علل اجتماعی دوربرد»^۲ (وایت^۳، ۲۰۰۲) یا به عبارت دیگر، «علل فرادست»^۴ (فارل^۵ و همکاران، ۲۰۰۸) باشیم که در زنجیره روابط علت-معلولی به‌مثابه علل تعیین‌کننده و بنیادی کنش‌های فردی محسوب می‌شوند. در همین زمینه کاکرهام استدلال می‌کند که «هر نوع مفهوم‌سازی در مورد سبک زندگی سالم نیازمند فراتر رفتن از پارادایم‌های فردگرایانه و تأکید بر ویژگی‌های موقعیتی و ساختاری مختلف است که کنش‌های سالم را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ زیرا سبک‌های زندگی نه تنها به خودی خود اتفاق نمی‌افتند، بلکه توسط مردم، همراه با شیوه‌های مشابه زندگی در طول زمان و در یک الگوی رفتاری، تکامل یافته و پدیدار می‌شوند. این رفتار مشخصه گروه‌های خاص، طبقات اجتماعی، جوامع و افراد درون آن طبقات است. سنت‌های تاریخی، فرهنگ، ارزش‌های اجتماعی و سلاقی، سطح تحصیلات، فلسفه‌های سیاسی، تمایلات گروهی و طبقاتی و شرایط خاص اجتماعی اقتصادی، همگی در شکل‌گیری سبک زندگی سهیم هستند» (کاکرهام^۶، ۱۹۹۹: ۸۰). بر این اساس، اتخاذ رهیافت جامعه‌شناختی در تحلیل سبک زندگی سالم، این امکان را برای ما فراهم می‌کند که سبک زندگی سالم را به‌عنوان نوعی فعالیت جمعی که ورای روانشناسی فرد است در نظر بگیریم، به‌طوری‌که این فعالیت جمعی ریشه در هنجارها، ارزش‌ها، اعمال گروهی و طبقات اجتماعی دارد و از طریق آن‌ها نیز می‌تواند محدود شود. با توجه به فراگیر شدن بیماری‌های قلبی و در رأس آن‌ها بیماری‌های عروق کرونر در کشور ما (جهانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۱) و ارتباط قابل توجه این دسته از بیماری‌ها با سبک زندگی (کاکرهام، ۲۰۱۳) از یک طرف؛ و پیامدهای ناگوار آن‌ها در سطوح مختلف (فردی، خانوادگی و اجتماعی) همراه با افزایش هزینه‌های درمانی و پزشکی این نوع بیماری‌ها از طرف دیگر، مطالعه در این زمینه ضروری است. این پژوهش، مطالعه‌ای گذشته‌نگر است که در پی بررسی آن دسته از علل و عوامل بنیادی ساخت‌دهنده سبک‌های زندگی سالم یا ناسالم در میان بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بوده است. برای این منظور، با فاصله گرفتن از رویکردهای «فردیت‌محور»، «علیت اثر-خطی» و «زیست-پزشکی»^۷ و با تأکید بر آراء و نظریات جامعه‌شناختی، همراه با به‌کارگیری

1. Individualistic lifestyle
2. Distal social causes
3. White
4. upstream
5. Farrell
6. Cockerham
7. Bio-Medicine

روش «مدل‌سازی معادلات ساختاری»^۱، سعی شده است که مدل نظری مناسب برای تبیین سبک زندگی سالم تدوین شود، به طوری که قابلیت کاربرد برای مقابله و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مزمن را فراهم کند.

پیشینه پژوهش

بررسی منابع و پژوهش‌های مرتبط با سبک زندگی سالم بیانگر اهمیت روزافزون این موضوع در حوزه جامعه‌شناسی بویژه در سال‌های اخیر است. مطالعات متعدد (داخلی و خارجی) در صدد ارزیابی وضعیت سبک زندگی سالم و عوامل مؤثر بر آن در میان گروه‌های مختلف اجتماعی بر آمده‌اند. شواهد به دست آمده حاکی از این است که عوامل متعددی در شکل‌گیری سبک زندگی سالم اثرگذار هستند.

کاکرهام و همکاران در مطالعات مختلف (۱۹۹۸، ۲۰۰۰) آشکار ساختند که انتخاب سبک زندگی مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی فرهنگی یا به باور آن‌ها تحت تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرهنگی است. کاکرهام (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای دیگر که به بررسی سبک زندگی سالم در میان کشورهای آسیای میانه پرداخت، نشان داد که سبک زندگی ناسالم عامل اصلی مرگ‌ومیر در کشورهای سوسیالیستی سابق است. در همین راستا نتایج این پژوهش مشخص ساخت که سبک زندگی تا حد زیادی نتیجه شرایط ساختاری بوده است تا عاملیت و هنجارهای گروه یا اجتماعی بر طول عمر افراد تأثیر به‌سزایی داشته‌اند.

نتایج پژوهش گاجن^۲ و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که کاربرد شاخص‌های نوین سرمایه فرهنگی ممکن است به فهم بهتر ما از منابع اجتماعی که افراد از طریق آن‌ها به سمت رفتارهای سالم هدایت می‌شوند کمک کند. همچنین، آن‌ها نشان دادند که سه شاخص «ارزش‌های سلامت»، «تحصیلات و دانش» و «منابع خانوادگی»، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای پیامدهای مصرف سیگار بودند. در میان مردان جوان میزان پایین ارزش‌های سلامت، تحصیلات و دانش و منابع خانوادگی با خطرات گرایش بیشتر به مصرف سیگار در طول روز ارتباط داشت.

نتایج مطالعه ساعی و نامور (۱۳۸۸) تحت عنوان «تحلیل جامعه‌شناختی بیماری قلبی و عروقی: مطالعه موردی شهر بوشهر» دلالت بر آن داشت که بین بیماری قلبی و عروقی و ترکیبی از سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (سرمایه‌های فردی) رابطه معکوسی وجود داشته است. به طوری که هر چه میزان این سرمایه‌ها بیشتر باشد، شدت بیماری نیز کاهش می‌یابد. همچنین نشان دادند که سبک زندگی بهداشتی نیازمند برخورداری شهروندان از هر سه نوع سرمایه در حد مطلوب است.

1. structural equations modeling
2. Gagne

یافته‌های پژوهش علیزاده اقدم (۱۳۸۸) با عنوان «مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان: امیدها و بیم‌ها» در میان شهروندان تبریزی حاکی از آن بود که سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان برحسب متغیرهای ساختاری از جمله: جنسیت، سن و وضعیت تأهل آن‌ها متفاوت بوده است و اشکال متفاوت سرمایه انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان رابطه معنی‌داری داشته است. همچنین، نشان داد ه شد که استراتژی سلامت‌محوری غالب شهروندان در زمینه سبک غذایی، بیشتر بر اساس پرهیز بوده است تا استفاده از غذاهای سالم و در این زمینه عوامل اجتماعی بر انتخاب هر کدام از ابعاد تأثیرگذار بوده است.

خاتمی‌سروی (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان «مطالعه تطبیقی سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه یزد و طلاب شهر یزد» نشان داد که سبک زندگی سلامت‌محور طلاب بهتر از دانشجویان بوده است. پایگاه اقتصادی- اجتماعی، سرمایه فرهنگی، استفاده از وسایل ارتباط جمعی در میان دانشجویان بیشتر از طلاب، اما رضایت از تحصیل در میان طلاب بیشتر از دانشجویان بوده است. زنان نسبت به مردان، متأهلان نسبت به مجردان از سبک زندگی بهتری برخوردار بودند. بین سن، رضایت از تحصیل، سرمایه فرهنگی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه‌ی معناداری وجود داشت؛ که این رابطه برای سن مثبت و ضعیف، پایگاه اقتصادی- اجتماعی منفی و ضعیف و رضایت از تحصیل مثبت و قوی گزارش شد.

اطلاعات به‌دست آمده از تحقیق حسینی شهراسبی (۱۳۹۳) با عنوان «بررسی رابطه مؤلفه‌های سبک زندگی با سلامت سالمندان در شهر یزد» نشان داد که بین سبک زندگی و مؤلفه‌های آن و همچنین بین شبکه حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی- اقتصادی، امنیت غذایی، سن، جنسیت و وضعیت تأهل با سلامت عمومی رابطه معنی‌دار وجود داشت. این مطالعه همچنین آشکار ساخت که در کل سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن بر سلامت عمومی سالمندان تأثیر به‌سزایی داشته است.

حسین پناه (۱۳۹۳) در پژوهشی که با هدف بررسی برخی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور در میان شهروندان ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر اهواز انجام داد، نشان داد که متغیرهای همچون وسعت ارتباطات اجتماعی، اعتماد اجتماعی، میزان استفاده از رسانه‌ها، بیشترین تأثیر را بر سبک زندگی سلامت‌محور داشته‌اند. همچنین، نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن بود که تفاوت معناداری در سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان برحسب مؤلفه‌های جنسیت، وضعیت تأهل، قومیت و تحصیلات آنان وجود داشته است. نهایتاً، رابطه مستقیم و مثبت بین پایگاه طبقاتی افراد و سبک زندگی سالم آن‌ها وجود داشت.

نتایج پژوهش احمدی قیداری (۱۳۹۰) با عنوان «مطالعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی - فرهنگی انتخاب‌های غذایی سالم در بین شهروندان تهرانی» نشان داد که عوامل اجتماعی و فرهنگی در انتخاب‌های غذایی افراد نقش مهمی داشته و عواملی همچون دین، خانواده، ازدواج، روابط با افراد،

رسانه، تصویر از بدن، جنس، سن و پایگاه اقتصادی-اجتماعی بر الگوهای تغذیه‌ای افراد نقش تعیین‌کننده‌ای داشته‌اند.

یافته‌های تحقیق شمسی (۱۳۸۹) با عنوان «مطالعه سبک‌های زندگی سلامت‌محور در شهرستان بوکان، استان آذربایجان غربی» در بین شهروندان بالای ۲۰ سال شهر بوکان نشان داد که علیرغم اینکه افراد تا حدود زیادی رفتار سلامت‌محور دارند، دارای برخی شاخص‌های منفی و ناسالم نیز بوده‌اند. از بین متغیرهای ساختاری موردبررسی در این پژوهش، متغیر «روابط اجتماعی» به‌عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرها، بیشترین تأثیر را بر سبک زندگی سلامت‌محور داشت. نهایتاً، متغیرهای ساختاری نسبت به متغیرهای عاملیت تأثیر بیشتری بر سبک زندگی سلامت‌محور داشته‌اند.

نتایج پژوهش عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان «بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خود مراقبتی شهروندان» بیانگر این بود که خود مراقبتی شهروندان برحسب وضعیت تأهل و طبقه اجتماعی آنان متفاوت بوده و رابطه معنادار آماری بین متغیرهای مستقل تحقیق (نظیر سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، شاخص توده بدنی، جذابیت بدنی، ارزش سلامتی، احساس بی‌قدرتی و مدیریت بدن) و خود مراقبتی شهروندان وجود داشته است.

سنجش میزان تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور بین شهروندان شهر ارومیه عنوان پژوهش دیگری که توسط عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) انجام شد. یافته‌های آن بیانگر این بود که همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری بین انواع مختلف سرمایه (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) با رفتار سلامت‌محور مطالعه شونده‌گان وجود داشت. باین‌وجود، در میان انواع مختلف سرمایه، سرمایه فرهنگی با بیشترین ضریب، نسبت به سایر متغیرهای مستقل تحقیق، تأثیر بیشتری بر رفتار سلامت‌محور شهروندان داشته است.

نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۱) تحت عنوان «مناسبات سرمایه فرهنگی و سبک زندگی: پیمایشی در میان شهروندان طبقه متوسط شهر سنندج، کردستان» آشکار ساخت که بین سرمایه فرهنگی و اشکال آن با سبک زندگی رابطه مثبت و معنی‌دار آماری وجود داشت. در بین اشکال مختلف سرمایه فرهنگی، بعد سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته، دارای بیشترین رابطه با سبک زندگی بود. از دیگر نتایج تحقیق، نقش سرمایه فرهنگی نهادی بود که در پیوندی دیالکتیک با سرمایه اقتصادی، سایر سرمایه‌های فرهنگی و در نتیجه سبک زندگی را تعیین می‌کند.

احمدی و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان «رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت‌محور در میان زنان شهر سنندج» نشان دادند که مؤلفه‌های سرمایه فرهنگی و اقتصادی اثر مثبت و تعیین‌کننده‌ای بر انتخاب سبک زندگی سالم داشته‌اند و در میان مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، بعد شبکه که منجر به گسترش روابط و فعالیت‌های جمعی و همگانی می‌شود، اثر قابل ملاحظه‌ای داشته است.

نتایج پژوهش قادری و همکاران (۱۳۹۵) تحت عنوان «از سرمایه فرهنگی بوردیو تا سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت به تعبیر آبل: کاربرد شاخص‌های نوین در تبیین سبک زندگی سالم» آشکار ساخت که روابط مثبت و معنی‌دار آماری بین ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و ابعاد سبک زندگی سالم نهفته است. از میان ابعاد سه‌گانه سرمایه مرتبط با سلامت، بعد «سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت» با بیشترین ضریب در پیش‌بینی سبک زندگی سالم از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است.

نقش و اهمیت سبک زندگی سالم و آثار آن بر سلامت بر کسی پوشیده نیست به‌طوری‌که در همین راستا، سراج زاده و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که اگرچه سبک زندگی سلامت‌محور رابطه مثبت و مستقیمی با سلامت افراد دارد، اما بخش عظیمی از تأثیرات سایر متغیرها (همچون دینداری) که بر سلامت جسمی از طریق سبک زندگی سالم رخ می‌دهد، به‌مراتب خیلی بیشتر از (تقریباً چهار برابر) متغیرهای همچون حمایت اجتماعی بوده است.

به غیر از مطالعات بالا که غالباً دارای رویکردی جامعه‌شناختی بودند، برخی از مطالعات در رابطه با چگونگی دست‌یابی به سبک زندگی سالم، در حوزه سلامت و پزشکی انجام شده‌اند. در این راستا، یافته‌های مطالعات سیمپسون^۱ و همکاران (۲۰۰۲) و رابرت^۲ (۱۹۹۹) نشان داد که شرایط زندگی همراه با ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی محلات با مرگ و میر، وضعیت سلامت عمومی، ناتوانی، رفتارهای سالم، عوامل خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن، سلامت روان، صدمات، خشونت و سایر شاخص‌های مهم سلامت اثرگذار هستند. مطالعه سومون و مک‌این‌تایر^۳ (۱۹۹۵) نیز بیانگر این بود که زندگی در مناطق محروم یا محلات مرفه عامل مهمی در چگونگی وضعیت سلامت افراد است. محیط‌های فیزیکی و اجتماعی در محلات می‌توانند به شدت انتخاب‌ها و منابع موجود برای افراد را محدود کنند و آشکارا خطرآفرین باشند. سایر محققان در همین زمینه نشان داده‌اند که شرایط اجتماعی اقتصادی محلات می‌تواند در این زمینه تأثیرگذار باشد که آیا ساکنین سیگار می‌کشند (چانگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۵) دارای رژیم غذایی سالم هستند، یا این که رفتارهای بازتولید کننده سالم را در پیش می‌گیرند (آورت^۵، ۲۰۰۲). در این ارتباط، بلاکستر^۶ (۱۹۹۰) در بررسی گسترده‌ای که در انگلستان انجام داد دریافت که شرایطی که افراد در آن زندگی می‌کنند اثرات مهمی روی رفتارهای سلامت‌محور دارد؛ به‌طوری‌که شرایط مناسب زندگی منجر به کنش‌ها و رفتارهای مثبت در ارتباط با سلامت می‌شود، درحالی‌که زندگی در شرایط

1. Sampson
2. Robert
3. Sooman & Macintyre
4. Chuang
5. Averett
6. Blaxter

نامناسب تأثیر منفی بر سبک زندگی سالم دارد. مطالعات طولی نیز نشان دادند که وضعیت سلامت بزرگسالان متأثر از عملکرد و ساختار خانواده در دوران کودکی، وضعیت مسکن، حمایت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، استرس و عدم امنیت در دوران اولیه زندگی و ایام بلوغ بوده است (مارش^۱ و همکاران، ۱۹۹۹). نتایج برخی مطالعات بیانگر این بود که افراد طبقات بالاتر گرایش کم‌تری به مصرف مواد دخانی داشته‌اند، نسبت به اقشار پایین آگاهی بیشتری در مورد شیوه‌های کنترل استرس داشته و نسبت به سلامتی خود از حس مسئولیت‌پذیری بیشتری برخوردار بوده‌اند (پامپل^۲، ۲۰۰۵). بعضی مطالعات نشان دادند که رابطه مثبت و معنی‌داری بین ابعاد مختلف سرمایه فرهنگی با سلامت و بهزیستی وجود داشته است (کامفیاس^۳ و همکاران، ۲۰۱۵؛ کامین^۴ و همکاران، ۲۰۱۳) نتایج تحقیق وینسترا و آبل^۵ (۲۰۱۵) تأیید کننده نقش متقابل انواع سرمایه و فرایندهای اجتماعی در بازتولید سلامت در میان نسل‌های بعدی بود. در برخی مطالعات ارتباط مثبت سرمایه اجتماعی با سبک زندگی سالم به‌صورت مکرر تأیید شده است (کواچی و برکمن^۶، ۲۰۰۰؛ رامالگان^۷ و همکاران ۲۰۱۳؛ کولا و آلابا^۸، ۲۰۱۳؛ اسلام^۹ و همکاران، ۲۰۰۶، قادری و همکاران، ۱۳۹۴). تعدادی از مطالعات نیز نشان داده‌اند که سرمایه اجتماعی سطح فردی و جمعی با مصرف سیگار رابطه منفی داشت (لیندستروم و اسکاسون^{۱۰}، ۲۰۰۲؛ لیندستروم، ۲۰۰۴؛ براون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۶). عده‌ای نیز نشان دادند که سرمایه اجتماعی سطح جمعی با مصرف مشروبات الکلی دارای ارتباط منفی بود (ویتزمن و کواچی^{۱۲}، ۲۰۰۰). سایر مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه اجتماعی سطح جمعی رابطه مثبتی با ورزش و فعالیت بدنی داشت (ون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیشر^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۴). در نهایت، سونگ^{۱۵} (۲۰۱۱) مکانیسم‌های ده‌گانه‌ای را شناسایی کرد که از طریق آن سرمایه اجتماعی می‌تواند به‌صورت مستقیم بر

1. Marsh
2. Pampel
3. Kamphuis
4. Kamin
5. Veenstra & Abel
6. Kawachi & Berkman
7. Ramlagan
8. Chola & Alaba
9. Islam
10. Lindström & Isacson
11. Brown
12. Weitzman & Kawachi
13. Wen
14. Fisher
15. Song

سلامت تأثیر داشته باشد. این مکانیسم‌ها از کاهش استرس و انزوا گرفته تا به‌کارگیری هنجارها و رفتارهای سلامت‌محور به‌منظور دستیابی بیشتر به اطلاعات و امکانات سلامت را شامل می‌شوند. مرور پیشینه پژوهش حاکی از این است که شکل‌گیری سبک زندگی سالم تابع علل و منابع گوناگونی است. این علل و منابع شامل طیف وسیعی از رفتارها و انتخاب‌های سطح فردی تا عوامل سطح کلان و ساختی را شامل می‌شوند. این پژوهش در جستجوی آن دسته از علل بنیادی و ساختی اثرگذار بر سبک زندگی سالم است که فراهم‌کننده یا محدودکننده شانس‌ها و فرصت‌های انتخاب عاملان اجتماعی است که پیامد آن ممکن است اتخاذ شیوه‌های زندگی سالم یا ناسالم باشد که درنهایت میزان ابتلا به بیماری‌های مزمن (بیماری‌های قلبی) را تحت تأثیر قرار خواهد داد.

مبانی نظری پژوهش

۱) نظریه ماکس وبر

از نظر ماکس وبر سبک زندگی از دو مؤلفه عمده تشکیل شده است: ۱) «انتخاب‌های زندگی»^۱ (جهت‌گیری نسبت به خود)، و ۲) «فرصت‌های زندگی»^۲ (احتمالات ساختاری پیدا کردن رضایت از زندگی). تعامل دیالکتیکی بین انتخاب زندگی و فرصت زندگی تصور اساسی وبر، نسبت به سبک زندگی را تعیین می‌کند. بنابراین، افراد دارای دامنه‌ای از آزادی هستند، اما به صورت کامل آزاد نیستند؛ آزادی افراد تابعی از محدودیت‌های ساختاری است که در آن قرار گرفته‌اند (کاکرهام و همکاران، ۱۹۹۷). با توجه به دیدگاه وبر، محدودیت‌های ساختاری به صورت گسترده‌ای دربرگیرنده متغیرهای اقتصادی همانند: درآمد، دارایی، فرصت برای سود و ... هستند، اما باین‌وجود دربرگیرنده حقوق، ارزش‌ها و روابط اجتماعی نیز هستند. از این رویکرد، وبر معتقد است که فرصت از لحاظ اجتماعی امری تعیین‌کننده است و افزون بر این ساختار اجتماعی پیش‌بینی‌کننده فرصت است (کاکرهام و همکاران، ۱۹۹۳). وبر فرصت‌های زندگی را به عنوان امری مطلق مورد توجه قرار نمی‌دهد، بلکه آن‌ها را فرصت‌های می‌داند که افراد به دلیل موقعیت اجتماعی‌شان از آن‌ها برخوردار می‌شوند (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۶۶).

درحالی‌که وبر ابعاد سلامت سبک زندگی را مورد توجه قرار نداده است، مفاهیم وی به ما کمک می‌کنند که سبک زندگی را به شکل زیر در نظر گیریم: ۱) پدیده‌ای مرتبط با پایگاه گروهی و بالأخص پدیده‌ای جمعی نه فردی؛ ۲) نوعی الگوی مصرف؛ و ۳) پدیده‌ای ایجادشده در نتیجه اثرات متقابل دیالکتیکی بین مفاهیم انتخاب‌ها و فرصت‌ها. بر این اساس مفهوم‌پردازی وبر در مورد سبک

1. Life Choices
2. Life Chances

زندگی بنیانی را برای نظریه‌پردازی معاصر در مورد سبک زندگی مرتبط با سلامت فراهم می‌کند (کاگرهام، ۲۰۱۳).

۲) نظریه پی‌یر بوردیو

بوردیو در تحلیل سبک زندگی اولویت آشکاری برای ساختار در مقابل عاملیت قائل است و در این راستا جهت‌گیری متفاوتی نسبت به وبر در پیش می‌گیرد. مطالعه اساسی وی که به طبقه به‌عنوان مهم‌ترین متغیر در تعیین سبک‌های زندگی می‌پردازد کتاب «تمایز» (۱۹۸۴) است. در این کتاب، بوردیو طبقات مختلف را بر اساس ترجیحات و ذائقه‌های متفاوت مورد بررسی قرار می‌دهد. بوردیو در این مطالعه به یک نوع سیستم طبقاتی دست یافت که در آن طبقات کارگر نه‌تنها با موانع اقتصادی روبه‌رو هستند، بلکه همچنین موانع اجتماعی به شکل پنهان در الزاماتی همانند سنت‌های خانوادگی، پوشش و رفتار جبرگرایانه و جامعه‌پذیری اولیه دخالت می‌کنند (کاگرهام، ۲۰۱۳: ۱۳۵-۱۳۴). بوردیو با تلفیق ایده‌های مارکس و وبر، درک کامل‌تری در باب طبقات اجتماعی ارائه کرده است. وی ابعاد اقتصادی و فرهنگی را در بحث طبقه لحاظ می‌کند؛ یعنی مانند مارکس طبقات را بر مبنای عامل اقتصاد لایه‌بندی و همچون وبر درون هر طبقه را بر مبنای سبک‌های زندگی مختلف از یکدیگر متمایز می‌کند. اگر مارکس طبقه را صرفاً اقتصادی می‌دید، بوردیو بر مبنای سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی طبقه را تشریح می‌کند (سائرتون^۱، ۲۰۰۱). از نگاه بوردیو سبک زندگی متأثر از ذائقه^۲ و ذائقه پیامد عادت‌واره و عادت‌واره نیز محصول جایگاه فرد در ساختارهای عینی اجتماعی است. جایگاه فرد در ساختار اجتماعی که بیانگر میزان بهره‌مندی شخص از انواع سرمایه است، عادت‌واره افراد را شکل می‌دهد و عادت‌واره نیز مولد دو نوع نظام است؛ یعنی اینکه سبک زندگی و فرآیندهای مصرفی به منزله تجلی آن، هم نظامی از اعمال طبقه‌بندی شده است و هم نظامی از اعمال طبقه‌بندی‌کننده (بوردیو ۱۹۸۴: ۱۷۲، به نقل از خادمیان، ۱۳۹۰).

سهام اساسی بوردیو به‌منظور فهم ما در رابطه با سبک زندگی سلامت‌محور دربرگیرنده سه حوزه اساسی است: (۱) مفهوم وی در مورد «فاصله گرفتن از نیاز»^۳ به‌عنوان منشأ تفاوت‌های طبقاتی در عملکردهای سبک زندگی؛ (۲) شناسایی نقش عادت‌واره در تولید و بازتولید سبک‌های زندگی؛ و (۳) تأکید بر این نقش یا به‌عبارت‌دیگر، فرا رفتن از وبر و گیدنز به این منظور که نشان دهد چگونه ساختار، یا به‌اصطلاح وبری «فرصت‌های زندگی» تعیین‌کننده انتخاب‌های سبک زندگی است. شایستگی رویکرد بوردیو در این نهفته است که معتقد است هنگام عملکرد سبک زندگی یک بعد

1. Southerton
2. Taste
3. Distance from Necessity

ساختاری وجود دارد که منجر به انتخاب‌های تصادفی یا ناهماهنگ می‌شود. آن چیزی که بورديو در میان طلایه‌داران گفتمان نظری معاصر تکمیل نموده است، نوعی رجعت به ساختار بر اساس تأکید بر قدرت ساختارهای عینی (خارجی) نامرئی است که از طریق آن عملکرد افراد شکل می‌گیرد. این ساختارها - به‌ویژه موقعیت طبقاتی - به‌طور فعالانه‌ای تأثیرگذار هستند، و از طریق تفاسیر ذهنی اشخاص در مورد شرایط خویش، نتایج رفتار را تعیین می‌کنند (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۱۳۸).

۳) نظریه ویلیام کاکرهام

ویلیام کاکرهام از جمله نظریه‌پردازان دیگری است که در سال‌های اخیر به بسط مفهوم سبک زندگی در حوزه سلامت پرداخته است. او نیاز به نظریه «سبک زندگی سالم» را با این حقیقت توجیه می‌کند که بسیاری از عادات سبک زندگی روزمره درگیر توجه به بازده سلامت است و همچنین بر این نکته تأکید دارد که برخلاف دوران تاریخی قبل، در دوران معاصر، به دلیل تغییرات ایجادشده در الگوهای بیماری، مدرنیته و هویت‌های اجتماعی، سلامتی به‌عنوان یک دستاورد در نظر گرفته می‌شود. چیزی که افراد خود را موظف می‌دانند تا با ارتقاء کیفیت زندگی‌شان، آن را به دست آورند، چه در غیر این صورت، متحمل مرگ زودرس و یا مبتلا به بیماری‌های سخت و مزمن خواهند شد. از دیدگاه وی سبک زندگی سلامت‌محور دربرگیرنده «الگوهای جمعی رفتار مرتبط با سلامت بر اساس انتخاب‌های مبتنی بر اختیار و در دسترس افراد بر اساس شانس‌های زندگی‌شان است» (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۱۳۸).

از دیدگاه کاکرهام و همکاران (۱۹۹۷) تحقیق در مورد سبک‌های زندگی سلامت‌محور لازم و ضروری است اما «اندازه‌گیری و تحلیل نباید در سطح فردی متوقف شود، بلکه بایستی تا تدوین الگوهای جمعی رفتار مربوط به سلامتی که سبک‌های زندگی سلامت‌محور را تشکیل می‌دهند، گسترش یابد... سبک‌های زندگی سالم باید بر اساس زمینه‌های اجتماعی برآمده از آن‌ها مورد توجه قرار گیرند». کاکرهام با اتکا به آراء وبر و بورديو مدلی نظری در مورد سبک زندگی سالم ارائه کرده است که در آن مقوله‌های چهارگانه متغیرهای ساختاری از جمله: (۱) پایگاه طبقاتی؛ (۲) سن، جنسیت، قومیت و وضعیت تأهل؛ (۳) اجتماعات؛ و (۴) شرایط زندگی؛ بستری اجتماعی را برای جامعه‌پذیری و تجربه افراد فراهم می‌کنند، به‌طوری‌که انتخاب‌های زندگی (عاملیت) افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین، این متغیرهای ساختاری به‌صورت جمعی فرصت‌های زندگی (ساختار) را ایجاد می‌کنند. در اثر ارتباط بین انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی مجموعه‌ای از تمایلات نسبت به عادات‌واره‌ها شکل می‌گیرد که منجر به اعمالی از جمله: استفاده از الکل، استعمال دخانیات، رژیم‌های غذایی و سایر اعمال مرتبط با سلامت می‌شود (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۱۴۹-۱۳۹).

۴) نظریه توماس آبل

از دیدگاه توماس آبل (۱۹۹۱) سبک زندگی سالم «الگوهایی از رفتارهای مرتبط با سلامتی، ارزش‌ها و نگرش‌های پذیرفته‌شده توسط گروه‌هایی از افراد است که در پاسخ به محیط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرند». سبک زندگی سالم متأثر از عوامل مختلفی است و «امروزه بیشتر پژوهش‌ها، به مطالعه روش‌های زندگی مرتبط با سلامت، اندازه‌گیری آن‌ها و بررسی عوامل مؤثر اجتماعی - اقتصادی و اجتماعی - فرهنگی اختصاص یافته است» (کاکرهام، ۲۰۰۱: ۲۹۱). آبل با تأکید بر منابع مادی و غیرمادی و نقش آن‌ها در نابرابری سلامت به تبیین آراء خود پرداخت. وی با اتخاذ رویکرد تعاملی بین ساختار و عاملیت و با ارائه دیدگاهی تلفیقی در مورد سبک زندگی سالم از ارائه هر گونه نظریه خطی و علی - معلولی اجتناب کرد. وی با اتکا به نظریه بورديو درباره اهمیت انواع سرمایه (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) و نقش تعیین‌کننده آن‌ها در سبک زندگی، رویکردی نو در مورد به‌کارگیری انواع سرمایه به‌کار گرفت. آبل در بحث از انواع مختلف سرمایه و نقش آن‌ها در چگونگی سبک زندگی سالم، بر این باور است که آن دسته از منابع، افکار، ایده‌ها، هنجارها و روابطی که برای پیشگیری و ارتقاء سلامت در دسترس افراد هستند یا به‌کار گرفته می‌شوند، بایستی مورد توجه واقع شوند. به‌عبارت‌دیگر، این دسته از منابع را می‌توان تحت عنوان «سرمایه مرتبط با سلامت»^۱ نام‌گذاری کرد. آبل در تبیین مباحث مرتبط با سبک زندگی و سلامت، برای «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» اهمیت ویژه‌ای قائل است؛ اما معتقد است که تصاحب و استفاده از این نوع سرمایه، امری مجزا نیست و به قابلیت دسترسی به سایر اشکال سرمایه گره خورده است. سرمایه فرهنگی به‌عنوان شکلی از سرمایه غیر پولی در نظر گرفته‌شده است که از طریق تعامل با سرمایه اقتصادی و اجتماعی شانس‌ها و انتخاب‌های مبتنی بر سلامت را برای افراد ایجاد می‌کند (آبل، ۲۰۰۷).

تدوین مدل نظری پژوهش

تحلیل ادبیات نظری موجود بیانگر یافته‌های پیچیده‌ای است. مرور نظریات سبک زندگی نشان‌دهنده تحولات نوین در نظریه جامعه‌شناختی و علاقه رو به رشد نسبت به سبک‌های زندگی به‌عنوان مفهوم کلیدی در تبیین رفتار اجتماعی بشر است (آبل، ۱۹۹۱؛ چانی،^۲ ۱۹۹۶؛ گیدنز، ۱۹۹۱). تشابهات و تمایزات کار وبر، بورديو، کاکرهام و آبل در موارد مختلف، تفکر در مورد سبک‌های زندگی سالم را بر می‌انگیزد. اگرچه همه این نظریه‌پردازان به شکل مستقیم به مطالعه

1. Health Relevant Capital
2. Chaney

سبک‌های زندگی نپرداخته‌اند، اما کار هرکدام از آن‌ها، بیانگر سهم اساسی در مفهوم‌سازی سبک‌های زندگی سالم معاصر است.

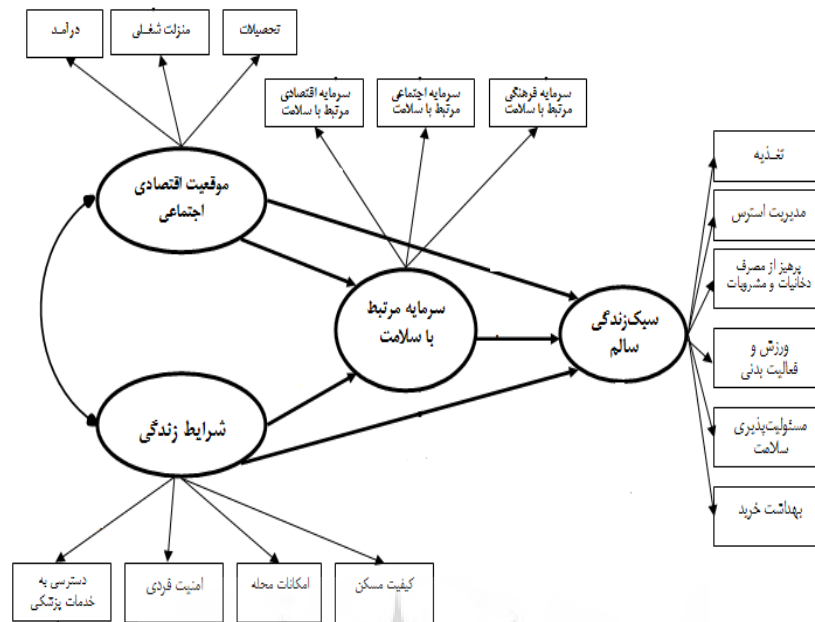
نظریه وبر بیانگر این است که: (۱) سبک زندگی به منزلت اجتماعی گروهی افراد مرتبط است؛ (۲) سبک زندگی فقط مبتنی بر تولید نیست بلکه چیزهای را که افراد مصرف می‌کنند را نیز در برمی‌گیرد؛ و (۳) این که سبک زندگی نتیجه اثرات متقابل و دیالکتیکی مفاهیم انتخاب و فرصت است (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۱۳۳-۱۳۲).

نظریه بورديو نیز از جمله نظریات مهم و اساسی است که به فهم بهتر ما در رابطه با سبک زندگی سلامت‌محور کمک می‌کند آن هم به دلایل زیر: (۱) تأکید بر مفهوم «فاصله گرفتن از نیاز» به منظور نشان دادن تفاوت‌های طبقاتی در چگونگی نوع سبک زندگی افراد و گروه‌ها؛ (۲) پرداختن به مفهوم عادت‌واره به‌عنوان عامل کلیدی و اساسی در تولید و بازتولید سبک‌های زندگی؛ و (۳) فرا رفتن از وبر و گیدنز با این هدف که نمایان سازد چگونه ساختار یا به اصطلاح وبری «فرصت‌های زندگی» بر نحوه انتخاب‌های سبک زندگی افراد اثرگذار هستند. بنابراین، بورديو یک نظریه عملکرد اجتماعی را ارائه داد که از طریق آن عمل فرد در رابطه با فرهنگ، ساختار، و روابط قدرت را با مفاهیم سرمایه و میدان مرتبط ساخت که فرد را از خارج تحت تأثیر قرار می‌دهند و عادت‌واره اثر این ساختارهای بیرونی را از طریق مجموعه‌ای از رفتار برای خود فرد درونی می‌کند. «مفهوم عادت‌واره مفهومی اصلی برای نظریه سبک‌های زندگی سلامت‌محور است، به این دلیل که هنگامی که افراد دست به انتخاب می‌زنند با پارامترها و موانع اجتماعی مختلفی مواجه می‌شوند که یک فرد را به یک مسیر خاص هدایت می‌کند، به‌طوری که در جهت مخالف انتخاب‌های دیگران باشد» (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۱۳۸).

کاکرهام برخلاف نظریه‌پردازان پیشین در مطالعات مختلفی (نظری و تجربی) سبک زندگی سالم را مورد مطالعه قرار داده است و معتقد به رویکردی جمع‌گرایانه و نوعی بازگشت به تبیین‌های ساختی در مورد سبک زندگی است، به طوری که استدلال می‌کند «پارادایم‌های فردگرایانه سبک‌های زندگی، محدود و غیر واقع‌گرا هستند، زیرا در نشان دادن اثرات ساختاری به روی انتخاب‌های سبک زندگی سالم، ناکام مانده‌اند» (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۱۴۹). کاکرهام همچنین استدلال می‌کند با توجه به این که ساختارهای اجتماعی، تعیین کننده فرصت‌های انتخاب افراد هستند و با اتکاء به نظریه بورديو که برای ساختار اهمیت بیشتری قائل است، هر نوعی مفهومی در رابطه با سبک زندگی سالم نیازمند توجه ویژه‌ای به فرصت‌های زندگی است. در این راستا کاکرهام نیز معتقد است که شانس‌های زندگی از دو طریق روی سبک زندگی تأثیر می‌گذارند: (۱) موقعیت اقتصادی- اجتماعی، (۲) مرزهای ادراکی که از طریق اجتماعی شدن و کسب تجربه در یک محیط اجتماعی ویژه، مشتق می‌شوند (کاکرهام و همکاران، ۲۰۰۴: ۲۵۲).

آبل نیز با تأکید بر منابع مادی و غیر مادی و نقش آن‌ها در نابرابری سلامت به تبیین آراء خود پرداخت. وی با اتخاذ رویکرد تعاملی بین ساختار و عاملیت و با ارائه دیدگاهی تلفیقی در مورد سبک زندگی سالم از ارائه هر گونه نظریه خطی و علت- معلولی اجتناب کرد. با اتکاء به نظریه بوردیو درباره اهمیت انواع سرمایه (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) و نقش تعیین کننده آن‌ها در سبک‌زندگی، رویکردی نو در مورد به‌کارگیری انواع سرمایه مطرح ساخت. آبل در بحث از انواع مختلف سرمایه و نقش آن‌ها در چگونگی سبک زندگی سالم بر این باور است که آن دسته از منابع، افکار، ایده‌ها، هنجارها و روابطی که برای پیشگیری و ارتقاء سلامت در دسترس افراد هستند یا به‌کار گرفته می‌شوند، بایستی مورد توجه واقع شوند. به عبارت دیگر، این دسته از منابع را می‌توان تحت عنوان «سرمایه مرتبط با سلامت» نام‌گذاری کرد. آبل در تبیین مباحث مرتبط با سبک زندگی و سلامت، برای «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» اهمیت ویژه‌ای قایل است. اما، معتقد است که تصاحب و استفاده از این نوع سرمایه امری مجزا نیست و به قابلیت دسترسی به سایر اشکال سرمایه گره خورده است. سرمایه فرهنگی به عنوان شکلی از سرمایه غیرپولی در نظر گرفته شده است که از طریق تعامل با سرمایه اقتصادی و اجتماعی شانس‌ها و انتخاب‌های مبتنی بر سلامت را برای افراد ایجاد می‌کند (آبل، ۲۰۰۷). از دیدگاه آبل مناسبات میان این نوع سرمایه‌ها (منابع مرتبط با سلامت) فرصت‌های مناسبی را برای انتخاب عاملان و شیوه‌های زندگی سالم فراهم می‌سازد. این مطالب بیانگر اهمیت عوامل ساختاری در شکل‌دهی سبک‌های زندگی سالم و ناسالم هستند. بنابراین، مطالعه عوامل فرافردی از جمله: ساختار طبقاتی، شرایط زندگی، میزان و دسترسی به انواع سرمایه‌های مرتبط با سلامت، با هدف مشخص ساختن نحوه ارتباط آن‌ها با سبک زندگی سالم امری مهم و اساسی است. اتخاذ این رویکرد منجر به ایجاد فاصله از مدل‌های «زیست-پزشکی» و «سبک زندگی فرد محورانه»^۱ خواهد شد که علل اساسی کنش‌ها و اعمال ناسالم و منفی افراد را در اجتماع بدون توجه به بسترها و موقعیت‌های آن‌ها به انتخاب‌های ناصحیح فردی مرتبط می‌کنند. بر این اساس، بررسی عوامل ساختاری تعیین‌کننده سبک زندگی سالم با تأکید بر آراء نظریه‌پردازان مطرح شده در این پژوهش به درک بهتر ما در رابطه با چگونگی مکانیسم این روابط و نحوه اثرگذاری آن‌ها بر سبک زندگی افراد مورد مطالعه کمک خواهد کرد. با این پیش فرض‌ها مدل نظری پژوهش ترسیم شده است (ن.ک. شکل شماره ۱).

1. Individualistic lifestyle



شکل شماره ۱. مدل نظری پژوهش: تبیین سبک زندگی سالم

همان‌طوری که در شکل شماره ۱ مشاهده می‌شود، در مدل تدوین‌شده حاضر سعی بر این است که توان تبیین سه سازه «شرایط زندگی»، «موقعیت اقتصادی اجتماعی» و «سرمایه مرتبط با سلامت» بر سبک زندگی سالم در میان بیماران عروق کرونر مورد تجزیه و تحلیل واقع شود. این مدل دارای دو «متغیر مکنون درونی»^۱ و دو «متغیر مکنون بیرونی»^۲ است. همچنین، این مدل شانزده متغیر آشکار^۳ را نیز در بر می‌گیرد. در این مدل، سبک زندگی سالم به‌عنوان متغیر وابسته نهایی در نظر گرفته شده است که برای سنجش آن از شش شاخص مختلف با عناوین (تغذیه، مدیریت استرس، پرهیز از دخانیات، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری سلامت و بهداشت خرید) استفاده شده است. متغیر «سرمایه مرتبط با سلامت» نیز به‌عنوان متغیر وابسته میانی در نظر گرفته شده است که برای سنجش آن از سه شاخص (سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط با سلامت) استفاده شده است. متغیرهای مکنون بیرونی تحقیق نیز شامل «شرایط زندگی» و «موقعیت اقتصادی اجتماعی» هستند. برای سنجش و اندازه‌گیری سازه «شرایط زندگی» از چهار

1. Exogenous Latent Variable
2. Endogenous Latent Variable
3. Observed Variables

شاخص (دسترسی به خدمات پزشکی، امنیت فردی، امکانات محله و کیفیت مسکن)؛ و برای سنجش سازه «موقعیت اقتصادی اجتماعی» نیز از سه شاخص (تحصیلات، منزلت شغلی و درآمد) استفاده شده است. در این مدل، فرض بر این است که همبستگی مثبت و معناداری آماری بین موقعیت اقتصادی اجتماعی و شرایط زندگی وجود دارد (H1). به عبارت دیگر، بهبود در موقعیت اقتصادی اجتماعی افراد باعث بهبود در شرایط زندگی افراد خواهد شد و بالعکس. همچنین، انتظار بر این است که شرایط زندگی افراد زمینه‌های مناسبی را برای دسترسی به سرمایه مرتبط با سلامت فراهم سازد (H2). به این معنی که زندگی در محلات امن و دارای امکانات و خدمات بالا، زمینه‌های مساعدی را برای کسب انواع سرمایه فراهم خواهد ساخت. فرض دیگر این است که بین موقعیت اقتصادی اجتماعی افراد و میزان بهره‌مندی آن‌ها از سرمایه مرتبط با سلامت رابطه مستقیم وجود دارد (H3). به عبارت دیگر، افراد طبقات بالا به دلیل دسترسی به منابع و امکانات بیشتر، توانایی بهتری جهت تطابق با استراتژی‌های جدید سلامتی و کسب انواع سرمایه‌های مرتبط با سلامت را دارند. همچنین، فرض بر این است که شرایط زندگی هم به شکل مستقیم (H4) و هم به شکل غیر مستقیم (H5) دارای روابط مثبت و معناداری با سبک زندگی سالم است. از طرف دیگر، موقعیت اقتصادی اجتماعی نیز هم به شکل مستقیم (H6) و هم به شکل غیرمستقیم (H7) دارای روابط مثبت و معناداری با سبک زندگی سالم است (H5). در نهایت، فرض بر این است که سرمایه مرتبط با سلامت نیز اثر مستقیم و مثبتی بر سبک زندگی سالم داشته باشد (H8).

روش‌شناسی

۱) روش تحقیق و شیوه نمونه‌گیری

روش غالب در این پژوهش پیمایش و از نوع مطالعه مقطعی بود. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه محقق‌ساخته بود. برای ساخت این ابزار در مرحله اول، با بررسی منابع کتابخانه‌ای از جمله کتب، مقالات و نشریات مختلف متغیرها و شاخص‌های اساسی طراحی شدند. سپس ابهامات اساسی با استفاده از نظرات متخصصان و صاحب‌نظران حوزه پزشکی و جامعه‌شناسی برطرف شد. در مرحله بعد اقدام به انجام پایلوت شد که بر اساس آن ۳۰ نمونه مورد مطالعه واقع شدند که در تحلیل‌های بعدی حذف شدند. برای سنجش روایی از تکنیک تحلیل عاملی و برای سنجش برازش مدل نظری پژوهش از شاخص‌های RMSEA، GFI، NNFI، NFI و ... استفاده شده است که نتایج آن را با جزئیات کامل می‌توان در قسمت یافته‌های پژوهش مشاهده کرد.

جمعیت آماری تحقیق، مشتمل بر کلیه‌ی بیماران قلبی بالای ۵۰ ساله‌ای بودند که برای معالجه بیماری عروق کرونر (عروق قلبی) به مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب شهید رجایی تهران مراجعه کرده بودند. این مرکز از جمله مهم‌ترین مراکز است که بیماران دارای ناراحتی‌های قلبی از

اغلب نقاط کشور برای درمان و معالجه بدان مراجعه می‌کنند، به طوری که بنا بر ادعای اغلب متخصصان قلب، بیماران مراجعه‌کننده به این مرکز نمونه معرف و گویای بخش عظیمی از گروه‌ها و لایه‌های مختلف در سراسر جامعه هستند. بر این اساس، به منظور جمع‌آوری اطلاعات، آن دسته از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر که در بخش‌های چهارگانه (بخش داخلی مردان، بخش داخلی زنان، VIP و دیپلمات) بستری بوده‌اند، مورد مطالعه واقع شده‌اند. انتخاب این چهار بخش به این دلیل صورت گرفته است که بیماران بستری‌شده در این بخش‌ها هنگام مصاحبه و پاسخ‌گویی به سؤالات از میزان تمایل، هوشیاری و توانمندی بالاتری نسبت به بیماران سایر بخش‌ها برخوردار بوده و همچنین این بخش‌ها از شرایط و موقعیت‌های مناسب‌تری برای جمع‌آوری اطلاعات برخوردار بوده‌اند. بنابراین، واحد مشاهده و تحلیل در این تحقیق، فرد مبتلا به بیماری عروق کرونر^۱ بوده است. دوره زمانی جمع‌آوری داده‌ها از اوایل بهمن‌ماه ۱۳۹۳ تا اواخر اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۴ جمعاً حدود ۴ ماه به طول انجامید. در این مدت کلیه افراد واجد شرایط که از نقطه‌نظر شرایط زمینه‌ای بیشترین تنوع را داشتند مورد رجوع گروه تحقیق قرار گرفته و با جلب رضایت‌شان اقدام به تکمیل پرسش‌نامه شد. در نتیجه بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۴۱۲ بیمار (۲۳۹ مرد و ۱۷۳ زن) به عنوان «جمعیت نمونه» انتخاب شده‌اند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به صورت کسب اجازه از مسئولین بیمارستان جهت انجام تحقیق، معرفی پژوهشگر به نمونه‌های پژوهش و توضیح اهداف و نحوه انجام کار برای هر یک از افراد مورد مطالعه، اخذ رضایت از افراد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش و آزاد بودن جهت انصراف از ادامه پژوهش بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماري SPSSver.18 و نرم‌افزار LISREL8.8 استفاده شد.

۲) تعاریف نظری و عملی متغیرهای پژوهش

۲-۱. سبک زندگی سالم

در این پژوهش منظور از سبک زندگی سالم: «الگوهای جمعی رفتارهای مرتبط با سلامت هستند که بر اساس انتخاب گزینه‌های در دسترس افراد با توجه فرصت‌های زندگی‌شان بنا نهاده شده‌اند. سبک زندگی سالم مجموعه‌ای از اعمال از جمله: رعایت رژیم‌های غذایی، عدم مصرف مشروبات، عدم استعمال دخانیات، فعالیت‌های بدنی، کنترل استرس، آرامش خاطر، رعایت بهداشت فردی و سایر رفتارهای معطوف به سلامت را در بر می‌گیرد» (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۱۳۸). برای سنجش و اندازه‌گیری سبک زندگی سالم از پرسش‌نامه محقق ساخته که حاوی ۴۴ گویه در قالب ۶ بعد (تغذیه ۱۲ گویه؛

۱. در این پژوهش منظور از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر آن دسته از افراد بالای ۵۰ ساله‌ای بوده‌اند که از طریق آنژیوگرافی تشخیص داده شد بود که یکی از رگ‌های قلب آن‌ها به میزان ۷۰٪ دچار انسداد (تنگی) شده است.

مدیریت استرس ۷ گویه؛ پرهیز از مواد دخانی و مشروبات الکلی ۶ گویه؛ ورزش و فعالیت بدنی ۷ گویه؛ مسئولیت‌پذیری سلامت ۸ گویه؛ و بهداشت خرید ۴ گویه) بوده است، استفاده شد.

۲-۲. سرمایه مرتبط با سلامت

در این پژوهش هدف بررسی آن دسته از سرمایه‌های بوده است که باعث بهبود و تقویت سبک زندگی سالم در میان افراد خواهند شد. لذا، با اقتباس از آراء آبل (۲۰۰۷) منظور از سرمایه مرتبط با سلامت «آن دسته از منابع (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) هستند که برای ارتقاء سلامت به‌کار گرفته‌شده و باعث ایجاد زندگی سالم‌تر خواهند شد». برای سنجش و عملیاتی کردن سرمایه مرتبط با سلامت از سه نوع سرمایه استفاده‌شده است از جمله: سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت؛ که شامل ۷ سؤال بوده است. سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت شامل دو بعد (محیط حمایتی (۶ گویه) و روابط اجتماعی (۶ گویه)) که مجموعاً از ۱۲ سؤال تشکیل‌شده است. سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت مشتمل بر سه بعد (سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت شامل ۹ گویه؛ سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت شامل ۲ سؤال اصلی به همراه زیرمجموعه‌های مختلف؛ و سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده مرتبط با سلامت متشکل از ۲ سؤال).

۲-۳. شرایط زندگی

شرایط زندگی در رابطه با ارتقاء سلامت به شرح زیر تعریف می‌شود: «به معنای محیط‌زیست روزمره؛ جایی که مردم در آن زندگی، کار و فعالیت می‌کنند. این شرایط زندگی محصول شرایط اجتماعی/اقتصادی و محیط فیزیکی هستند- همه آن‌ها می‌توانند بر سلامت تأثیر بگذارند- و تا حد زیادی خارج از کنترل فرد هستند» (کریچ، ۲۰۰۸: ۸۶۲). همچنین منظور از شرایط زندگی «مجموعه‌ای از متغیرهای ساختاری مرتبط با تفاوت در زمینه کیفیت مسکن (همانند: برق، گاز، گرما، سیستم فاضلاب، لوله‌کشی داخلی، لوله‌کشی آب سالم، آب گرم و ...) دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی (همانند: قابلیت دسترسی به امکانات بهداشتی، تناسب قیمت خدمات ارائه‌شده، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، وجود نیروی‌های ماهر و متخصص برای ارائه خدمات و...)، امکانات محله: (فروشگاه‌های مواد غذایی، پارک‌ها، وسایل تفریح و سرگرمی) و امنیت فردی (زندگی در مکان‌های سالم بدون وجود جرم و خشونت) است» (کاکرهام، ۲۰۱۰: ۱۷۳). برای سنجش و عملیاتی کردن سازه «شرایط زندگی» مجموعاً از ۲۷ سؤال در قالب چهار شاخص (دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی شامل ۱۳ گویه؛ امنیت فردی شامل ۵ گویه؛ دسترسی به امکانات و تسهیلات در محل

زندگی شامل ۱ سؤال کلی به همراه ۱۲ مورد؛ و کیفیت مسکن شامل ۳ سؤال کلی به همراه زیرمجموعه‌های مختلف) استفاده شده است.

۲-۴. موقعیت اقتصادی اجتماعی

این مفهوم «به جایگاه اجتماعی یا طبقه‌ای یک فرد در داخل گروه یا در مقایسه با سایر گروه‌های اجتماعی اشاره دارد. معمولاً سه متغیر اصلی سطح درآمد، تحصیلات و شغل در مقایسه با سایر متغیرها برای سنجش وضعیت اجتماعی اقتصادی به کار می‌روند» (آمزت و رازوم، ۲۰۱۴: ۶۵). در این تحقیق موقعیت اقتصادی اجتماعی افراد از ترکیب متغیرهای میزان تحصیلات، درآمد و منزلت شغلی به دست آمده است. در پژوهش حاضر برای تشخیص منزلت مشاغل و رتبه‌بندی آن‌ها از الگوی کاظمی‌پور (۱۳۸۳) استفاده شده است.^۱

یافته‌های پژوهش

۱) بررسی ویژگی‌های فردی و جمعیتی نمونه

نتایج اطلاعات جدول شماره ۱ نشان‌دهنده این است که جمعیت نمونه ۴۱۲ نفری این تحقیق مشتمل بر ۵۸٪ مرد و ۴۲٪ زن بوده‌اند. از لحاظ وضعیت تأهل، ۸۸/۳٪ متأهل، ۱۱/۷٪ مجرد، ۶/۶٪ بی‌همسر در اثر فوت همسر و ۳/۴٪ نیز فاقد همسر در اثر طلاق بوده‌اند. در این بین، بیشترین فراوانی (۳۶۴ نفر) متعلق به متأهلین بوده است. از لحاظ قومیت، ۳۴/۲٪ متعلق به قوم فارس، ۲۰/۹٪ متعلق به قوم آذری، ۱۷/۷٪ متعلق به قوم کرد، ۱۴/۱٪ متعلق به قوم لر، ۵/۳٪ متعلق به قوم بلوچ، ۴/۶٪ متعلق به قوم عرب و بالاخره ۳/۲٪ به قومیت ترکمن تعلق داشته‌اند. بیشترین فراوانی (۱۴۱ نفر) به

۱. کاظمی‌پور در تحقیق خود از پاسخ‌گویان خواسته تا نظر خود را درباره‌ی منزلت برخی از مشاغل با پنج گزینه منزلت عالی تا خیلی ضعیف مشخص سازند. سپس میانگین عددی آن‌ها محاسبه و به عنوان نمره منزلت در نظر گرفته شده است. به این ترتیب مشاغل به ۷ گروه منزلتی به شرح زیر دسته‌بندی شده‌اند. گروه اول (مشاغل بالای ۹۰ امتیاز) مانند پزشک، استاد دانشگاه، استاندار، قاضی و خلبان؛ گروه دوم (مشاغل ۸۰ - ۹۰ امتیاز) مانند مدیرکل، کارخانه‌دار بزرگ، نماینده مجلس، فرماندار، شهردار، وکیل، افسر، تاجر بازار و جواهر فروش؛ گروه سوم (مشاغل ۷۰ - ۸۰ امتیاز) مانند مهندس، روزنامه‌نگار، هنرمند، دبیر و هتل‌دار؛ گروه چهارم (مشاغل ۶۰ - ۷۰ امتیاز) مانند تکنسین، معلم دبستان، کتاب فروش، سرکارگر و مقاطعه‌کار؛ گروه پنجم (مشاغل ۵۰ - ۶۰ امتیاز) مانند مکانیک، درجه‌دار، تراشکار، کارمند دارای تحصیلات کارشناسی و خواربار فروش؛ گروه ششم (مشاغل ۴۰ - ۵۰ امتیاز) مانند راننده، ماشین‌نویس، بنا، کفاش و کارگر کارخانه؛ و گروه هفتم (مشاغل کم‌تر از ۴۰ امتیاز) مانند چوپان، واکسی، رفتگر، عمله و پیشخدمت اداره را شامل می‌شود. پس از دسته‌بندی مشاغل، متناسب با نوع مشاغلی که در هر رده قرار گرفتند، به سایر مشاغلی که به لحاظ فعالیت و سطح شغلی مشابه با همان مشاغل بودند، نمره‌های در همان حدود اختصاص داده شده است (به نقل از جواهری، ۱۳۸۶).

قوم فارس تعلق داشته‌اند. از نظر سطح تحصیلات، ۲۱/۸٪ بی‌سواد، ۱۴/۸٪ در مقطع ابتدایی، ۲۶/۵٪ در مقطع راهنمایی، ۱۷/۷٪ در مقطع متوسطه، ۴/۹٪ دارای مقطع کاردانی، ۱۰/۲٪ دارای مقطع کارشناسی، ۲/۹٪ دارای مقطع کارشناسی ارشد و ۱/۲٪ نیز دارای مدرک دکتری بودند. در این بین، بیشترین فراوانی (۱۰۹ نفر) مربوط به بیمارانی بوده است که از لحاظ تحصیلات در مقطع راهنمایی به سر می‌برده‌اند. از نظر وضعیت اشتغال، ۴۳٪ شاغل، ۵/۶٪ بیکار، ۱۵/۵٪ بازنشسته و ۳۵/۹٪ نیز خانه‌دار بودند. بیشترین فراوانی بیماران در بعد وضعیت اشتغال به افراد شاغل (۱۷۷ نفر) اختصاص داشت. از لحاظ سابقه بیماری قلبی در میان اعضای خانواده، ۴۲/۷٪ از بیماران دارای سابقه بیماری قلبی در میان اعضای خانواده و ۵۷/۳٪ نیز دارای عدم سابقه بیماری در میان اعضای خانواده بودند. از لحاظ سابقه بیماری جسمی، ۲۵/۷٪ از بیماران، به‌جز بیماری قلبی از سایر بیماری‌های جسمی نیز رنج می‌بردند. از لحاظ سابقه بیماری روحی روانی، ۷/۵٪ از بیماران سابقه بیماری روحی روانی را گزارش کردند و ۹۲/۵٪ نیز هیچ نوع بیماری روحی- روانی را تجربه نکرده بودند. از لحاظ سابقه عمل جراحی، ۶۰/۷٪ از بیماران پیش از ابتلا به ناراحتی قلبی، تحت عمل جراحی‌های متعدد نیز قرار گرفته بودند و ۳۹/۳٪ نیز برای اولین بار بود که مجبور به جراحی بودند.

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک میان بیماران عروق کرونر

متغیر	مقوله	فراوانی	درصد	متغیر	مقوله	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۲۳۹	۵۸	تحصیلات	بی‌سواد	۹۰	۲۱/۸
	زن	۱۷۳	۴۲		ابتدایی	۶۱	۱۴/۸
	متاهل	۳۶۴	۸۸/۳		راهنمایی	۱۰۹	۲۶/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۱/۷	متوسطه	۷۳	۱۷/۷	
	بی‌همسر در اثر فوت همسر	۲۷	۶/۶	کاردانی	۲۰	۴/۹	
	بی‌همسر در اثر طلاق همسر	۱۴	۳/۴	کارشناسی	۴۲	۱۰/۲	
قومیت	فارس	۱۴۱	۳۴/۲	کارشناسی ارشد	۱۲	۲/۹	
	ترک	۸۰	۲۰/۹	دکتری	۵	۱/۲	
	کرد	۷۳	۱۷/۷	دارد	۱۷۶	۴۲/۷	
	لر	۵۸	۱۴/۱	ندارد	۲۲۶	۵۷/۳	
	بلوچ	۲۲	۵/۳	دارد	۱۰۶	۲۵/۷	
	عرب	۱۹	۴/۶	ندارد	۳۰۶	۷۴/۳	
وضعیت اشتغال	ترکمن	۱۳	۳/۲	دارد	۳۱	۷/۵	
	شاغل	۱۷۷	۴۳	ندارد	۳۸۱	۹۲/۵	
	بیکار	۲۳	۵/۶	دارد	۲۵۰	۶۰/۷	
	بازنشسته	۶۴	۱۵/۵	ندارد	۱۶۲	۳۹/۳	
	خانه‌دار	۱۴۸	۳۵/۹				

۲) ارزیابی مدل اندازه‌گیری پژوهش

در این‌جا هدف بررسی روابط بین متغیرهای مکنون و آشکار در مدل است. این کار به‌منظور تعیین اعتبار^۱ و پایایی^۲ شاخص‌های طراحی‌شده در پژوهش صورت گرفته است. به‌منظور اعتبار (روایی) شاخص‌ها با تأکید بر بار عاملی که قدرت رابطه بین عامل (متغیر پنهان) و متغیر قابل‌مشاهده را نشان می‌دهد، بایستی به ارزیابی پرداخت. بار عاملی مقداری بین صفر و یک است. اگر بار عاملی کم‌تر از ۰/۳ باشد رابطه ضعیف در نظر گرفته‌شده و از آن صرف‌نظر می‌شود. بار عاملی بین ۰/۳ تا ۰/۶ قابل‌قبول است و اگر بزرگ‌تر از ۰/۶ باشد خیلی مطلوب است (کلاین^۳، ۱۹۹۸). شکل شماره ۲ مدل اندازه‌گیری با مقادیر ضرایب استاندارد را نشان می‌دهد که بر اساس آن می‌توان به تفسیر نتایج پرداخت:

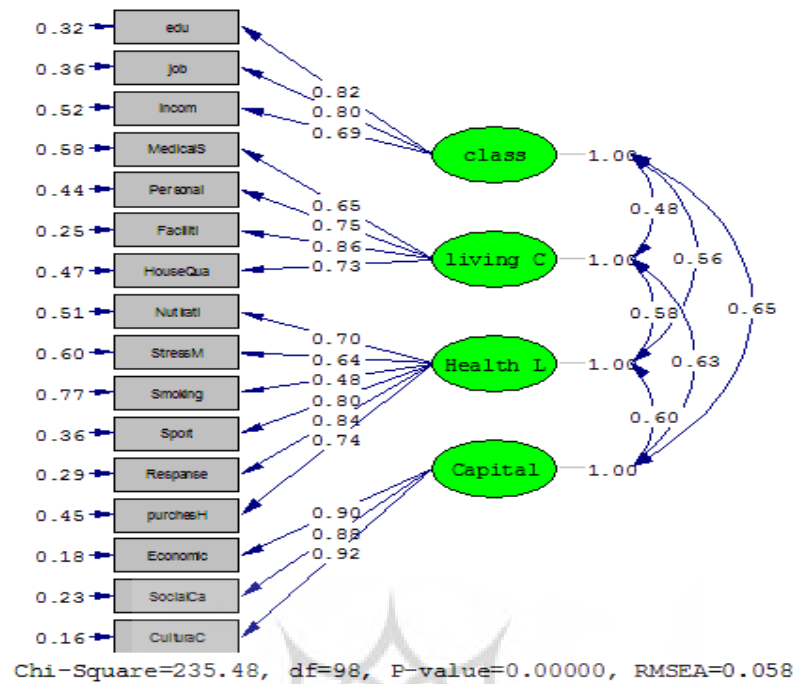
میزان ضرایب لامبدای شاخص‌های «موقعیت اقتصادی اجتماعی» به ترتیب برابر با «تحصیلات» ۰/۸۲، «منزلت شغلی» ۰/۸۰ و «درآمد» ۰/۶۹ بودند. بارهای عاملی نشان دادند که همه شاخص‌ها دارای رابطه کاملاً مطلوبی با سازه موقعیت اقتصادی اجتماعی بوده‌اند.

میزان ضرایب لامبدای شاخص‌های «شرایط زندگی» به ترتیب برابر با «امکانات محله» ۰/۸۶، «امنیت فردی» ۰/۷۵، «کیفیت مسکن» ۰/۷۳ و «دسترسی به خدمات درمانی» ۰/۶۵ بودند. بارهای عاملی نشان دادند که همه شاخص‌ها دارای رابطه کاملاً مطلوبی با سازه «شرایط زندگی» بوده‌اند.

میزان ضرایب لامبدای شاخص‌های سبک زندگی سالم به ترتیب برابر با «مسئولیت‌پذیری سلامت» ۰/۸۴، «فعالیت بدنی» ۰/۸۰، «بهداشت خرید» ۰/۷۴، «تغذیه» ۰/۷۰، «مدیریت استرس» ۰/۶۴ و «پرهیز از دخانیات و مشروبات الکلی» ۰/۴۸ بودند. بارهای عاملی نشان دادند که همه شاخص‌ها به‌جز شاخص پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی دارای رابطه کاملاً مطلوبی با سازه «سبک زندگی سالم» بوده‌اند. با این‌وجود، از آن‌جایی‌که بار عاملی پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی بیشتر از ۰/۳۰ بود، این شاخص نیز قابل‌پذیرش بوده است.

میزان ضرایب لامبدای شاخص‌های «سرمایه مرتبط با سلامت» به ترتیب برابر با «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» ۰/۹۲، «سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت» ۰/۹۰ و «سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت» ۰/۸۸ بودند. بارهای عاملی نشان دادند که همه شاخص‌ها دارای رابطه کاملاً مطلوبی با سازه سرمایه مرتبط با سلامت بوده‌اند.

1. Validity
2. Reliability
3. Kline



شکل شماره ۲. مدل اندازه‌گیری با مقادیر ضرایب استاندارد (R²)

نکته دیگری که در ارزیابی مدل اندازه‌گیری بایستی بدان پرداخت، بررسی پایایی (قابلیت اعتماد) شاخص‌های طراحی‌شده در مدل است. از طریق بررسی مجذور همبستگی چندگانه (R^2)، می‌توان پایایی شاخص‌ها را مورد ارزیابی قرار داد. مقادیر R^2 سهم واریانس هر شاخص را که به وسیله متغیر مکنون مربوطه تبیین می‌شود را نشان می‌دهد (بقیه واریانس ناشی از خطای اندازه‌گیری است). مقدار بالای R^2 حاکی از پایایی بالای شاخص مورد نظر است (کلانتری، ۱۳۸۸: ۱۳۸). در مدل حاضر، مقادیر R^2 کلیه شاخص‌ها از سطح قابل قبولی برخوردار بود. با این وجود، به منظور دستیابی به جزئیات بیشتر، میزان پایایی شاخص‌های هر کدام از عامل‌ها به شکل جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرند. مقادیر R^2 شاخص‌های «موقعیت اقتصادی اجتماعی» به ترتیب برابر با «تحصیلات» ۰/۶۸، «منزلت شغلی» ۰/۶۴ و «درآمد» ۰/۴۸ بودند. در این مدل پایاترین شاخص مربوط به اندازه‌گیری سازه موقعیت اقتصادی اجتماعی، شاخص «تحصیلات» و ناپایاترین شاخص «درآمد» بود. مقادیر R^2 شاخص‌های «شرایط زندگی» به ترتیب برابر با «امکانات محله» ۰/۷۵، «امنیت فردی» ۰/۵۶، «کیفیت مسکن» ۰/۵۳ و «دسترسی به خدمات درمانی» ۰/۴۲ بودند. در این مدل،

پایاترین شاخص مربوط به اندازه‌گیری سازه شرایط زندگی، شاخص «امکانات محله» و نا پایاترین شاخص «دسترسی به خدمات پزشکی» بود.

مقادیر R^2 شاخص‌های «سبک زندگی سالم» به ترتیب برابر با «مسئولیت‌پذیری سلامت» $0/71$ ، «فعالیت بدنی» $0/64$ ، «بهداشت خرید» $0/55$ ، «تغذیه» $0/49$ ، «مدیریت استرس» $0/40$ و «پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی» $0/23$ بودند. در این مدل پایاترین شاخص مربوط به اندازه‌گیری سازه «سبک زندگی سالم»، شاخص «مسئولیت‌پذیری سلامت» و نا پایاترین شاخص «پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی» بود.

مقادیر R^2 شاخص‌های «سرمایه مرتبط با سلامت» به ترتیب برابر با «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» $0/84$ ، «سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت» $0/82$ و «سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت» $0/77$ بودند. در این مدل همه شاخص‌های سرمایه مرتبط با سلامت از پایایی کاملاً مناسبی برخوردار بودند.

مرحله نهایی بررسی مدل اندازه‌گیری تحقیق، ارزیابی پایایی متغیرهای مکنون (درونی و بیرونی) در مدل است. برای این منظور، از طریق بررسی مقادیر پایایی ترکیبی (PC) به ارزیابی پایایی متغیرهای مکنون پرداخته شده است. جدول شماره ۲ مقادیر پایایی ترکیبی متغیرهای مکنون در مدل ساختاری را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر این است که مقادیر PC کلیه متغیرهای مکنون بزرگ‌تر از $0/6$ بود. بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که شاخص‌های طراحی شده (متغیرهای آشکار)، شاخص‌های قابل‌اعتمادی برای اندازه‌گیری سازه‌های سبک زندگی سالم، موقعیت اقتصادی اجتماعی، شرایط زندگی و سرمایه مرتبط با سلامت در مدل ساختاری بوده‌اند.

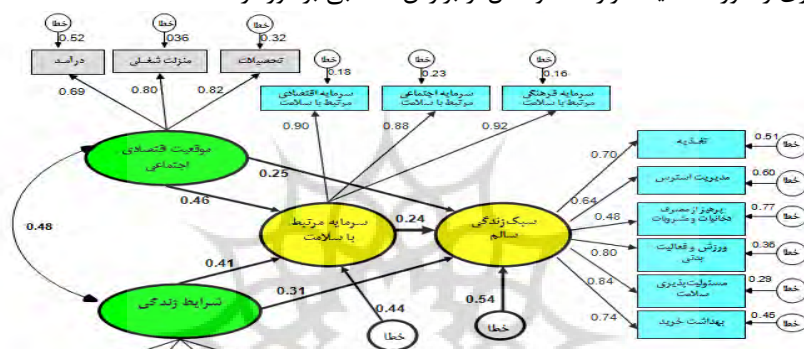
جدول شماره ۲. پایایی ترکیبی متغیرهای مکنون مدل

متغیرهای مکنون	پایایی ترکیبی (PC)
سبک زندگی سالم	0/852
موقعیت اقتصادی اجتماعی	0/813
شرایط زندگی	0/837
سرمایه مرتبط با سلامت	0/927

۳) ارزیابی مدل ساختاری پژوهش

شکل شماره ۳ مدل نهایی تدوین‌شده پژوهش را همراه با برآورد پارامترهای تعریف‌شده و شاخص‌های برازش مدل را به نمایش می‌گذارد. در مدل حاضر، بارهای عاملی چهار متغیر «تغذیه»، «سرمایه اقتصادی مرتبط با سلامت»، «دسترسی به خدمات پزشکی» و «تحصیلات» برای هر کدام

از مدل‌های عاملی به‌عنوان «متغیر مرجع»^۱ یا «معرف نشان‌گذار» به مقدار ۱ ثابت شده‌اند. نتایج بیانگر این است که مقدار مجذور کای به‌عنوان شاخص بدی برازش برای درجه آزادی ۹۸، برابر با ۲۳۵/۴۸ محاسبه شده است که هرچند معنادار است اما با توجه به حساس بودن این مقدار به حجم نمونه و با توجه به حجم نمونه بالا در این مطالعه (۴۱۲ نفر) از سایر شاخص‌های برازش برای تحلیل استفاده می‌شود. با بررسی سایر شاخص‌های برازش (ن.ک به جدول شماره ۳)، می‌توان استدلال کرد که مدل پیشنهادی پژوهشگر از برازش کاملی برخوردار است؛ زیرا مقادیر «GFI» و «AGFI» به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۹۱ بودند. همچنین، مقادیر «NNFI» برابر با ۰/۹۸، «NFI» برابر با ۰/۹۷ و «CFI» برابر با ۰/۹۸، همگی بالاتر از ۰/۹۰ بودند که نشان از برازش مطلوب مدل دارند. درنهایت مقدار «RMSEA» برابر با ۰/۰۵۸ به دست آمد و از آنجایی که این مقدار کمتر از ۰/۰۶ است، می‌توان چنین استدلال کرد که داده‌های گردآوری شده تا حد زیادی مدل اندازه‌گیری و ساختاری را مورد حمایت قرار داده و مدل از برازش مناسبی برخوردار است.



Chi-Square=235.48, df=98, P-value=0.00000, RMSEA=0.058

شکل شماره ۳. مدل تجربی پژوهش: و برآورد پارامترهای تعریف‌شده در مدل‌های ساختاری و اندازه‌گیری

و شاخص‌های برازش مدل

جدول شماره ۳. شاخص‌های مرتبط با برازش مدل

تفسیر	میزان	شاخص
برازش کامل در سطح $\alpha = 0.000$	۲۳۵/۴۸	مجذور کای (نسبت درست نمایی)
برازش عالی (ملاک بیش ۰/۹۰)	۰/۹۸	ناکر-لونیف (شاخص برازش غیر نرم (NNFI))

شاخص	میزان	تفسیر
بنترل - بونت (شاخص برازش نرم شده (NFI))	۰/۹۷	برازش عالی (ملاک بیش ۰/۹۰)
ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۵۸	برازش عالی (کم‌تر یا مساوی ۰/۰۶)
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳	برازش عالی (ملاک بیش ۰/۹۰)
شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)	۰/۹۱	برازش عالی (ملاک بیش ۰/۹۰)
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۸	برازش عالی (ملاک بیش ۰/۹۰)

جدول شماره ۴. ضرایب و اثرات متغیرهای موجود در مدل ساختاری روی یکدیگر

اثر کل	ضریب اثر			متغیر	
	اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	وابسته	مستقل
۰/۴۶	۰/۳۶	۰/۱۱	۰/۲۵	سبک زندگی	موقعیت اقتصادی-اجتماعی
	۰/۴۱	۰/۰۹۸	۰/۳۱	سبک زندگی	شرایط زندگی
	۰/۲۴	--	۰/۲۴	سبک زندگی	سرمایه مرتبط با سلامت
۰/۵۶	۰/۴۶	--	۰/۴۶	سرمایه مرتبط با سلامت	موقعیت اقتصادی-اجتماعی
	۰/۴۱	--	۰/۴۱	سرمایه مرتبط با سلامت	شرایط زندگی

در مورد مفروضات ارائه‌شده در پژوهش حاضر، با توجه به ضرایب گامای بین متغیرهای مکنون می‌توان ادعا کرد که کلیه فرضیه‌های محقق مورد تأیید واقع شدند (ن.ک به جدول شماره ۴). بین «شرایط زندگی» و «موقعیت اقتصادی اجتماعی» همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری مشاهده شد. ضریب گامای (۰/۴۸) نشان‌دهنده شدت رابطه متوسط بین این دو متغیر است. میزان اثر مستقیم موقعیت اقتصادی اجتماعی بر سبک زندگی سالم برابر با ۰/۲۵، اثر غیرمستقیم برابر ۰/۱۱ و اثر کل برابر با ۰/۳۶ به‌دست آمد؛ بنابراین، موقعیت اقتصادی اجتماعی چه به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم دارای رابطه مثبت و معنی‌داری آماری با سبک زندگی سالم است. میزان اثر مستقیم شرایط زندگی بر سبک زندگی سالم برابر با ۰/۳۱، میزان اثر غیرمستقیم برابر با ۰/۰۹۸ و اثر کل نیز برابر با ۰/۴۱ گزارش شد. بر این اساس بین شرایط زندگی و سبک زندگی سالم هم به‌صورت مستقیم و هم غیر مستقیم رابطه مثبت و معنی‌دار آماری وجود دارد. مقدار ضریب بتای سرمایه مرتبط با سلامت بر سبک زندگی سالم برابر با ۰/۲۴ بود که بیانگر رابطه مستقیم و مثبت آماری میان این دو متغیر

است. همچنین، ضریب گامای محاسبه‌شده بین «شرایط زندگی» و «سرمایه مرتبط با سلامت» (۰/۴۱) بیانگر وجود رابطه مستقیم، مثبت و معنی‌دار آماری بین این دو متغیر است. ضریب گامای بین «موقعیت اقتصادی اجتماعی» و «سرمایه مرتبط با سلامت» (۰/۴۶) نیز بیانگر وجود رابطه مستقیم، مثبت و معنی‌دار آماری بین این دو متغیر است. اثرات کل دو متغیر «موقعیت اقتصادی اجتماعی» و «شرایط زندگی» بر «سرمایه مرتبط با سلامت» برابر ۰/۵۶ به دست آمد. این امر نشان‌دهنده آن است که ۵۶ درصد از پراکندگی سرمایه مرتبط با سلامت بیماران تحت تأثیر این دو عامل قرار دارد. از میان اثرات کل سه متغیر تأثیرگذار بر سبک زندگی سالم، متغیر شرایط زندگی با ضریب گامای (۰/۴۱) نسبت به دو متغیر دیگر (موقعیت اقتصادی اجتماعی با ضریب (۰/۳۵) و سرمایه کل سلامت با ضریب (۰/۲۴))، به‌مراتب از توان تبیین‌کنندگی بالاتری برخوردار بوده است. نهایتاً، اثرات کل این سه متغیر بر سبک زندگی سالم برابر ۰/۴۶ محاسبه شد. به‌عبارت‌دیگر، ۴۶ درصد از تغییرات سبک زندگی سالم در میان بیماران به‌وسیله این سه عامل قابل تبیین است. باین‌وجود، مقدار ۵۴ درصد به‌عنوان ضریب عدم تعیین نشان می‌دهد که سازه سبک زندگی سالم علاوه بر متغیرهای تعریف‌شده در این مدل، تحت تأثیر متغیرهای دیگری نیز قرار دارد که در مدل تدوین‌شده به حساب نیامده‌اند و بایستی در تحقیقات بعدی مورد توجه واقع شوند.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج تبیینی و یافته‌های تحلیلی این پژوهش حکایت از این دارند که متغیرهای مستقل مورد بررسی در مدل، اثرات مهم و تعیین‌کننده‌ای بر سبک زندگی سالم داشته‌اند. این نتایج به‌طورکلی، مؤید مبانی نظری پژوهش هستند. مطابق با مفروضات نظری کاکرهام (۲۰۱۳) نوعی ارتباط دوسویه و تعامل دیالکتیکی بین موقعیت اقتصادی اجتماعی و شرایط زندگی به‌عنوان محدوده‌های ساختاری وجود دارد که فراهم‌کننده بستری اجتماعی برای جامعه‌پذیری و تجربه افراد هستند. این محدوده‌های ساختاری هم محدودکننده و هم مهیاکننده مجال‌های زندگی عاملان اجتماعی بوده که یکی از مهم‌ترین پیامدهای آن شکل‌گیری اعمال سالم یا ناسالم است. در این پژوهش همان‌طوری که فرض شده بود بین موقعیت اقتصادی اجتماعی بیماران و شرایط زندگی آنان همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری مشاهده شد. این امر به معنای این است که از یک‌طرف، بهبود در موقعیت اقتصادی اجتماعی افراد باعث ارتقاء شرایط زندگی آنان خواهد شد و از طرف دیگر، تغییر در شرایط زندگی موجب دگرگونی در موقعیت اقتصادی اجتماعی آن‌ها می‌شود.

رابطه مستقیم، مثبت و معنی‌دار آماری بین «موقعیت اقتصادی اجتماعی» و «سرمایه مرتبط با سلامت» نیز منطبق با رویکرد نظری بوردیو (۱۹۸۴) می‌باشد؛ زیرا وی استدلال می‌کند که توزیع

انواع سرمایه‌ها تعیین‌کننده موقعیت طبقاتی عینی فرد در نظام اجتماعی است. به عبارت دیگر، ساخت طبقاتی از طریق ترکیب انواع سرمایه‌ها در سطح گروه‌ها مشخص می‌شود. طبقات بالا بیشترین میزان سرمایه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نمادین را دارند. طبقات متوسط مقدار کمتری از این انواع را در اختیار دارند و طبقات پایین کمترین مقدار این ترکیب از منابع را مورد بهره‌برداری قرار می‌دهند (ترنر، ۱۹۹۸: ۵۱۲-۵۱۳)؛ بنابراین، نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که جایگاه فرد در سلسله مراتب ساخت اجتماعی اثر مستقیمی بر نحوه دسترسی به انواع سرمایه به‌ویژه سرمایه‌های مرتبط با سلامت دارد.

در این پژوهش همان‌طوری که که فرض شده بود روابط (مستقیم و غیرمستقیم) مثبت و معنی‌دار آماری بین «شرایط زندگی» و سبک زندگی سالم مشاهده شد. این نتایج با یافته‌های تحقیقات پیشین (بلاکستر، ۱۹۹۰؛ چانگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ آورت، ۲۰۰۲؛ مارش و همکاران، ۱۹۹۹) همسو و همچنین مؤید مفروضات نظری بوردیو (۱۹۸۴) و کاکرها (۲۰۱۳) هستند. می‌توان استدلال کرد که دسترسی به خدمات درمانی و پزشکی مناسب، زندگی در محلات امن همراه با دسترسی به منابع و امکانات مناسب، داشتن مسکن مناسب و با استاندارد، بسترهای مناسبی را برای عاملان اجتماعی فراهم می‌سازند که منجر به کنش‌ها و رفتارهای مثبت در ارتباط با سلامت می‌شوند، درحالی‌که زندگی در شرایط نامناسب، محیط‌های کثیف و آلوده همراه با محرومیت از منابع مادی، شانس‌های زندگی کم‌تری در اختیار کنش‌گران می‌نهند که پیامد آن اثرات منفی بر سبک زندگی سالم خواهد بود.

وجود روابط (مستقیم و غیرمستقیم) مثبت و معنادار بین «موقعیت اقتصادی اجتماعی» افراد و سبک زندگی سالم آن‌ها در این پژوهش، تأییدکننده نتایج تحقیقات قبلی (پامپل، ۲۰۰۶؛ علیزاده اقدم، ۱۳۸۸؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ عباس زاده و همکاران، ۱۳۹۱؛ حسین پناه، ۱۳۹۳؛ احمدی قیداری، ۱۳۹۰؛ خاتمی سروی، ۱۳۹۳؛ شمسی، ۱۳۸۹؛ حسینی شهراسبی، ۱۳۹۳) بود و همچنین با مفروضات نظری وبر، بوردیو (۱۹۸۴) و کاکرها (۲۰۱۳) نیز مطابقت کامل داشت. با تأکید بر این موارد، می‌توان استدلال کرد که موقعیت اقتصادی اجتماعی افراد، عاملی اساسی در تعیین سبک زندگی افراد است و تغییر در جایگاه اقتصادی اجتماعی افراد می‌تواند پیامدهای مختلفی (مثبت یا منفی) در شیوه رفتار و طرز تلقی آن‌ها ایجاد کند، به نحوی که سلامتی و تندرستی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. از آنجایی که اغلب مطالعه‌شوندگان در این پژوهش از خاستگاه طبقاتی متوسط و پایینی برخوردار بوده و از امکانات و منابع محدودتری برای انطباق سبک‌های زندگی سالم برخوردار بوده‌اند، بنابراین، سلامتی آن‌ها نیز با خطر مواجه شده است.

اثر مثبت، مستقیم و معنادار سرمایه مرتبط با سلامت بر سبک زندگی سالم در این مدل همسو با نتایج مطالعه قادری و همکاران (۱۳۹۵) و منطبق با دیدگاه نظری آبل (۲۰۰۷ و ۲۰۰۸) بود. از

دیدگاه آبل (۲۰۰۷) پیوند عمیقی میان سرمایه‌های مرتبط با سلامت و سبک زندگی سالم وجود دارد به طوری که توسعه، بقاء و تغییر سبک‌های زندگی سالم به دسترسی به منابع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است. همچنین، آبل (۲۰۰۷ و ۲۰۰۸) بر این امر تأکید دارد که مناسبات دیالکتیکی بین انواع مختلف سرمایه مرتبط با سلامت وجود دارد، ترکیب این اثرات شرایطی برای کنشگران فراهم می‌سازد که به تولید یا تضعیف سبک‌های زندگی سالم می‌انجامد. در این زمینه می‌توان استدلال کرد که اگرچه به قول بوردیو کسب انواع سرمایه در تعیین سبک زندگی افراد اهمیت به‌سزایی دارند، اما مطابق با رویکرد نظری آبل در تحلیل مباحث سلامت آن دسته از منابع سرمایه‌ای که با موضوع تندرستی ارتباط پیدا می‌کنند، بایستی بیشتر مورد توجه واقع شوند؛ زیرا دسترسی به انواع منابع مرتبط با سرمایه سلامت (فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی) باعث می‌شود که: (۱) ارزش‌ها، دانش و هنجارهای رفتاری سالم تقویت شوند؛ (۲) پول و منابع مالی بیشتری صرف اموراتی همچون پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها، طرح‌های بیمه‌ای و تهیه مواد غذایی سالم و باکیفیت شود؛ و (۳) نهایتاً، به تقویت نظام‌های حمایت و پشتیبانی جمعی می‌انجامد. ترکیب این موارد، اثرات تعیین‌کننده‌ای بر بهبود سلامت شخصی و تقویت برنامه‌های جمعی سلامت‌محور دارند. در مجموع، می‌توان استدلال کرد که مهم‌ترین دستاورد پژوهش حاضر این است که با تلفیق آراء نظری وبر، بوردیو، کاکرهام و آبل، اقدام به ارائه مدل نظری تحقیق تحت عنوان «مدل تعدیل‌شده ساختی- سرمایه‌ای سبک زندگی سالم» نموده و به لحاظ تجربی آن را به محک آزمون گذاشته است. در این مدل دو سازه «شرایط زندگی» و «موقعیت اقتصادی اجتماعی» از بوردیو و کاکرهام اخذ شدند. سازه «سرمایه مرتبط با سلامت» نیز از توماس آبل اخذ شد. آماره‌های برازش مدل نشان دادند که مدل حاضر از برازش مناسبی برخوردار بوده، به طوری که می‌توان با استفاده از معرف‌ها و شاخص‌های تدوین‌شده در آن، به تبیین علل ساختاری و سرمایه‌ای مؤثر بر شکل‌گیری سبک‌های زندگی سالم یا ناسالم در میان بیماران مزمن (به‌ویژه بیماران عروق کرونر) پرداخت. بنابراین، این مدل همراه با معرف‌ها و شاخص‌های آن می‌تواند به‌عنوان پشتوانه معرفتی و نظری در تحقیقات حوزه پزشکی، سلامت، جامعه‌شناسی پزشکی و پزشکی اجتماعی به‌کار گرفته شود.

منابع

اسلامی، رضا؛ سجادی، سیده اعظم؛ فارسی، زهرا (۱۳۹۳) مقایسه تأثیر آموزش هم‌تا و تور آشناسازی بر استرس بیماران کاندید آنژیوگرافی عروق کرونر در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی آجا، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره دوازدهم، شماره ۱۲، صص ۱۱۱۹-۱۱۲۷.

احمدی، یعقوب؛ محمدزاده، حسین؛ علی رماتی، سیمین (۱۳۹۵) رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت‌محور در زنان شهر سمنجان، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال شانزدهم، شماره ۶۱، صص ۱۰۷-۱۳۹.

احمدی قیداری، داوود (۱۳۹۰)، "مطالعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی- فرهنگی انتخاب‌های غذایی سالم در بین شهروندان تهرانی"، تهران، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی.

اصغرپور، رضوان؛ همتی‌مسلک پاک، معصومه؛ علی‌نژاد، وحید (۱۳۹۵) بررسی تأثیر برنامه آموزشی نیازمحور بر میانگین اضطراب خانواده بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره چهاردهم، شماره ۸ (پیاپی ۸۵)، صص ۶۶۵-۶۷۳.

جواهری، فاطمه (۱۳۸۶) کندوکاوی در آثار قشریندی جامعه: بررسی تأثیر پایگاه اجتماعی-اقتصادی دانشجویان بر گرایش‌ها و رفتار آنان، *پژوهشنامه علوم انسانی*، شماره ۵۳، ۸۳-۱۱۶.

جهانی، علی؛ رژه، ناهید؛ هروی کریموی، مجید؛ هادوی، اصغر؛ زایری، فرید؛ خاتونی، علیرضا (۱۳۹۲)، ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر، *مجله سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، دوره دوم، شماره ۱، صص ۱۹-۲۴.

جهانشاهی، فاطمه؛ عباسی ایبانه، نوشین؛ ابراهیمی ایبانه، ابراهیم (۱۳۹۵) تأثیر آموزش هم‌تا بر کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی، *نشریه پرستاری قلب و عروق*، دوره پنجم، شماره ۲، صص ۳۸-۴۵. حسین‌پناه، زهرا (۱۳۹۳)، "بررسی برخی عوامل موثر بر سبک زندگی سلامت‌محور (مورد مطالعه: شهروندان ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر اهواز)"، اهواز، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه شهید چمران اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی.

حسینی‌شهراسبی، زهرا السادات (۱۳۹۳)، "بررسی رابطه مؤلفه‌های سبک زندگی با سلامت سالمندان در شهر یزد"، یزد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی*.

خادمیان، طلیعه (۱۳۹۰)، "سبک زندگی و مصرف فرهنگی، مطالعه‌ای در حوزه جامعه‌شناسی فرهنگی و دیباچه‌ای بر سبک زندگی فرهنگی ایرانیان"، تهران: انتشارات جهان کتاب، چاپ سوم.

خاتمی‌سروی، خدیجه (۱۳۹۳)، "مطالعه تطبیقی سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه یزد و طلاب شهر یزد"، یزد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی*.

ذاکری مقدم، معصومه؛ صادقی اکبری، علی؛ چراخی، محمدعلی، کاظم‌نژاد، انوشیروان (۱۳۹۴) تأثیر آموزش مبتنی بر باور از بیماری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی، *نشریه پرستاری قلب و عروق*، دوره چهارم، شماره یکم، صص ۲۲-۳۰.

رجعتی، فاطمه؛ مصطفوی فیروزه؛ شریفی راد معصومه؛ فیضی غلامرضا؛ محبی، آوات؛ جمشیدی، سیامک؛ جمشیدی راد، صبیه (۱۳۹۱) خودکارآمدی در انجام فعالیت فیزیکی بیماران نارسایی قلبی: مقاله مروری، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، دوره هشتم، شماره ۶، ۹۲۹-۹۴۱.

- ساعی، علی؛ نامور، اکبر (۱۳۸۸)، تحلیل جامعه‌شناختی بیماری قلبی و عروقی: مطالعه موردی شهر بوشهر، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۱۰، شماره ۴، صص ۱۰۵-۱۲۹.
- سراج‌زاده حسین؛ جواهری، فاطمه؛ ولایتی خواجه، سمیه (۱۳۹۲) دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و چهارم، شماره ۱، صص ۵۵-۷۷.
- شمسی، لقمان (۱۳۸۹)، "مطالعه سبک‌های زندگی سلامت‌محور در شهرستان بوکان"، استان آذربایجان غربی، تبریز، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تبریز. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی*.
- عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده‌اقدم، محمدباقر؛ بدری گرگری؛ رحیم؛ ودادهیر، ابوعلی (۱۳۹۱)، بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خود مراقبتی شهروندان، *فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی*، شماره ۱، صص ۱۱۹-۱۴۱.
- عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده‌اقدم، محمدباقر؛ رحیمی‌دهگلان، نوشین (۱۳۹۳)، سنجش میزان تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور بین شهروندان شهر ارومیه، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، دوره سوم، شماره ۲، صص ۲۳۹-۲۶۰.
- علیزاده‌اقدم، محمدباقر (۱۳۸۸)، "مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان: امیدها و بیم‌ها"، اصفهان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه اصفهان، *پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی*.
- قادری، مهدی؛ ملکی، امیر؛ حق‌جو، مجید (۱۳۹۴) نقش سرمایه اجتماعی در ارتقا سبک زندگی سالم میان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر، *نشریه پرستاری قلب و عروق*، دوره چهارم، شماره ۲، صص ۲۴-۳۵.
- قادری، مهدی؛ ملکی، امیر؛ احمدنیا، شیرین (۱۳۹۵) از سرمایه فرهنگی بورديو تا سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت به تعبیرآبل: کاربرد شاخص‌های نوین در تبیین سبک زندگی سالم، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال شانزدهم، شماره ۶۲، صص ۹-۵۸.
- کلانتری، خلیل (۱۳۸۸)، *مدل‌سازی معادلات ساختاری در تحقیقات اجتماعی-اقتصادی (با برنامه LISREL و SIMPLIS)*، تهران، انتشارات فرهنگ صبا.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶)، *اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی*، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- محمدی، جمال؛ ودادهیر، ابوعلی؛ محمدی، فردین (۱۳۹۱)، مناسبات سرمایه فرهنگی و سبک زندگی: پیمایشی در میان شهروندان طبقه متوسط شهر سنندج، کردستان، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۱۳، شماره ۴، صص ۱-۲۳.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

نجار فیروزجانی، مرتضی (۱۳۹۳)، "بررسی اثرات پایگاه اجتماعی- اقتصادی بر سبک زندگی بهداشتی ساکنان بخش بندپی شرقی بابل، بابلسر"، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه مازندران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی.

- Abel, T. (1991), Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings, *Social Science and Medicine*; 32: 899-908.
- Abel, T. (2007), Cultural capital in health promotion, In: McQueen DV, Kickbusch, I, Potvin L, et al, editor. *Health and modernity: The role of theory in health promotion*. New York: Springer: pp 41-71.
- Abel, T. (2008), Cultural capital and social inequality in health, *J Epidemiology Community Health*, 62(7):e13.
- Amzat, J., Razum, O. (2014), *Medical sociology in Africa*, Springer International Publishing Switzerland.
- Averett, S.L., Rees, D.I., Argys, L.M. (2002), The impact of government policies and neighborhood characteristics on teenage sexual activity and contraceptive use, *Am J Public Health*; 92(11): 1773-1778.
- Blaxter, M. (1990), *Health and lifestyles*. London: Routledge Press.
- Bourdieu, P. (1984), *Distinction: A social critique of the judgment of taste*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, T. T., Scheffler, R. M., Seo, S. & Reed, M. (2006), The Empirical Relationship between Community Social Capital and the Demand for Cigarettes, *Health Economics*, 15 (11):1159-72.
- Chuang, Y., Cubbin, C., Ahn., D, Winkleby, M.A. (2005), Effects of neighbourhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual level smoking, *J Epidemiol Community Health*, 59(7): 568-573.
- Chola, L. & Alaba, O. 2013. Association of neighbourhood and individual social capital, neighborhood economic deprivation and self-rated health in South Africa a multi-level analysis, *PLoS ONE*, 8(7): e71085.
- Cockerham, W.C., Abel, T., Lüschen, G. (1993), Max Weber, formal rationality and health lifestyles, *The Sociological Quarterly*; 34(3): 413-428.
- Cockerham, W.C., Rutten, A., Abel T. (1997), Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *Soc Q*; 38(2): 321- 342.
- Cockerham, W.C., Kunz, G., Lueschen, G. (1988), Social stratification and health lifestyles in two systems of health care delivery: A comparison of America and West Germany, *Soc Sci Med*; 26: 829-838.
- Cockerham, W.C. (1999), *Health and social change in Russia and Eastern Europe*, London: Routledge.
- Cockerham, W. C. (2000), Health lifestyles in Russia, *Social Science & Medicine*; 51(9): 1313-1324.

- Cockerham, W.C. (2001), *Health behavior and lifestyles. In Medical Sociology*, 8th ed. New Jersey: Prentice Hall: pp 90–112.
- Cockerham, W.C., Hinote, B.P., Abbott, P., Haerpfer, C. (2004), Health lifestyles in central Asia: The case of Kazakhstan and Kyrgyzstan, *Social Science and Medicine*; 59(7):1409- 1421.
- Cockerham, W. C. (2005), Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure, *Journal of Health and Social Behavior*; 46(1): 51–67.
- Cockerham, W.C. (2010), Health lifestyles: bringing structure back. In William Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 159–183). Wiley-Blackwell UK: Oxford.
- Cockerham, W.C. (2013), Bourdieu and an update of health lifestyle theory, In Cockerham, W.C. (ed) *Medical Sociology on the Move*. London: Springer.
- Farrell, C., McAvoy, H., Wilde, J. & Combat Poverty Agency. (2008), *Tackling health inequalities an all-Ireland approach to social determinants*, Dublin: Combat Poverty Agency/Institute of Public Health in Ireland.
- Fisher, K.J., Li, F., Michael, Y. & Cleveland, M. (2004), Neighborhood Influences on Physical Activity among Older Adults: A Multilevel Analysis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 12(1):45-63.
- 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*, 25 (5), 818–823.
- Islam, M.K., Merlo, J., Kawachi, L., Lindstrom, M. & Gerdtham, U. G. (2006), Social Capital and Health: Does Egalitarianism Matter? A Literature Review, *International Journal for Equity in Health*, 5(3): 1-28.
- Kamin, T. Kolar, A. M. & Steiner, P. (2013). The Role of Cultural Capital in Producing Good Health: A Propensity Score Study. *Slovenian Journal of Public Health*, 52(2), 108–118.
- Kamphuis, C.B.M., Jansen, T., Mackenbach, J.P. & Van Lenthe, F.J. (2015), Bourdieu's Cultural Capital in Relation to Food Choices: A Systematic Review of Cultural Capital Indicators and an Empirical Proof of Concept. *PLoS ONE*, 10(8), 1-19.
- Kawachi, I. & Berkman, L. (2000), Social cohesion, social capital and health, In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press, pp174–190.
- Kirch, W. (2008), *Encyclopedia of public health*. New York: Springer.
- Kline, R. B. (1998) *Principles And Practice Of Structural Equation Modeling*, New York, Guilford Press.
- Lindstrom, M. 2004, Social capital, the miniaturization of community and self-reported global and psychological health, *Social Science & Medicine*, 59 (3): 595-607.

- Lindström, M., Isacson, S.O. & the *Malmö Shoulder-Neck Study Group*. (2002). Smoking cessation among daily smokers aged 45-69 years: A longitudinal study in Malmö, Sweden. *Addiction*, 97(2): 205-215.
- Marsh, A., Gordon, D., Pantazis, C., Heslop, P. (1999), *Home sweet home?* Bristol: Policy Press.
- Marmot, M.G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., Stansfeld, S. (1997), Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence, *Lancet*; 350 (9073): 235-239.
- Moher, M. (2001), Evidence of effectiveness of interventions for secondary prevention and treatment of coronary heart disease in primary care: a review of the literature, Oxford: Anglia and Oxford Regional Health Authority.
- Pampel, F.C. (2005), Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking, *Soc. Sci. Res*; 34(1): 117-139.
- Ramlagan, S., Peltzer, K. & Phaswana-Mafuya, N. (2013), Social capital and health among older adults in South Africa, *BMC Geriatrics*, 28,13:100.
- Robert, S.A. (1999), socioeconomic position and health: The independent contribution of community socioeconomic context, *Annual Review of Sociology*; 25(1): 489-516.
- Sampson R., Morenoff, J., Gannon-Rowley, T. (2002), Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research, *Annual Review of Sociology*; 28: 443-478.
- Song, L. 2011. Social capital and psychological distress, *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4): 478-92.
- Sooman, A., Macintyre, S. (1995), Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighbourhoods in Glasgow, *Health & Place*; 1(1): 15-26.
- Southern, D. (2001), Consuming Kitchens: Taste, context and identity formation, *Journal of Consumer Culture*, 1(2): 179-203.
- Turner, J.H. (1998), *The structure of sociological theory*, Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Veenstra, G., Abel, T. (2015), Capital interplays and the self-rated health of young men: results from a cross-sectional study in Switzerland, *International Journal for Equity in Health*:14- 38.
- Weitzman, E. R. & Kawachi, I. (2000), Giving means receiving: The protective effect of social capital on binge drinking on college campuses. *American Journal of Public Health*, 90(12) 1936-1939.
- Wen, M., Browning, C. R. & Cagney, K. A. 2007. Neighborhood deprivation, social capital and regular exercise during adulthood: A multilevel study in Chicago. *Urban Studies*, 44(13) 2651-2671.
- White, K. (2002), *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, SAGE Publications Inc.