

Mehdi Ghaderi<sup>1</sup>, Amir Maleki<sup>2</sup>, Shirin Ahmadnia<sup>2</sup>

**Introduction:** Healthy lifestyle as one of the most important measures to achieve health and wellbeing, is influenced by various factors, among which, having access to variety of health-related capitals, especially "health-related cultural capital" is particularly important. "Health-related cultural capital" refers to all culture-based resources that are available to people in order to employ in favor of their health. These recourses have a determining role in preventing and fighting chronic diseases. This study aimed to investigate the effects of health-related cultural capital and its various aspects on healthy lifestyle among coronary artery patients .

**Method:** A cross sectional survey study was applied. The statistical population included individuals suffering from coronary artery diseases, aged over 50 years who were referred to Shahid Rajaie Cardiovascular, Medi-

مهدی قادری<sup>\*</sup>، امیر ملکی<sup>\*\*</sup>، شیرین احمدنیا<sup>\*\*\*</sup>

**مقدمه:** سبک زندگی سالم به عنوان یکی از مهم ترین راههای دستیابی به حفظ سلامتی و تندرستی متأثر از عوامل متعددی است. در این بین، دسترسی به انواع سرمایه مرتبط با سلامت، به ویژه «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» دارای اهمیت ویژه ای است. «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» به آن دسته از منابع مبتنی بر فرهنگ اشاره دارد که برای حفظ و ارتقاء سلامت، در دسترس افراد قرار دارند. این منابع نقش تعیین کننده ای در پیشگیری و مقابله با بیماریهای مزمن دارند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثرات سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن بر سبک زندگی سالم در میان بیماران عروق کرونر است.

**روش:** روش پژوهش حاضر، پیمایش و از نوع مقطعی بوده است. جامعه آماری این پژوهش، افراد مبتلاء به بیماری عروق کرونر بالای ۵۰ سال بوده اند که از اوایل بهمن ماه ۱۳۹۳ تا اواخر اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ برای معالجه به مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب شهید رجایی مراجعه کرده اند. حجم نمونه برابر با ۴۱۲ بیمار بود که در بخشهای چهارگانه (داخلی مردان، داخلی زنان، دیپلمات و VIP) از طریق

1- Ph.D in Sociology, <M\_Ghaderi@pnu.ac.ir>

2- Ph.D in Sociology

\* دکتر جامعه شناس، دانشگاه پیام نور، (نویسنده مسئول)

<M\_Ghaderi@pnu.ac.ir>

\*\* دکتر جامعه شناس، دانشگاه پیام نور

\*\*\* دکتر جامعه شناس، دانشگاه علامه طباطبایی

cal and Research Center for treatment from January to June 2015. Using convenience sampling, 412 patients in 4 different wards (i.e. men internal ward, women internal ward, Diplomat and VIP) participated in this study. A researcher-designed questionnaire was used to collect data. The validity of the questionnaire was confirmed by content validity and its reliability was assessed by the Cronbach's Alpha test which was equal to 0.914 for the variable "healthy lifestyle" and 0.862 for the variable "health-related cultural capital". Data reduction was carried out via exploratory factor analysis. The data were analyzed using the SPSS software applying appropriate statistical tests such as the Independent Sample t Test, the Pearson's Correlation Coefficient and Path Analysis.

**Findings:** The descriptive findings showed that based on the total lifestyle scale, the healthy lifestyle status of the patients, before being afflicted by the disease, was lower than average.. Among various aspects of lifestyle, aspect of "Abstinence from tobacco and alcohol" was in the "desirable" state. However, aspect of "exercise and physical activity" was in the "undesirable" state. All other aspects were in the "average" state . The results

نمونه‌گیری قابل دسترس انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته بود. روایی پرسشنامه براساس اعتبار محتوی تأیید شد و پایایی آن بر اساس آزمون آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت که میزان آن برای سبک زندگی سالم ۰/۹۱۴ و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت ۰/۸۶۲ برآورد شد. به منظور تقلیل داده‌ها، روش تحلیل عاملی به کار گرفته شد. جهت آنالیز داده‌ها نیز از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری متناسب (آزمون تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر) استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج توصیفی تحقیق نشان داد که وضعیت سبک زندگی سالم بیماران پیش از ابتلاء به بیماری بر اساس مقیاس کل سبک زندگی «پایین‌تر از متوسط» بوده است. از میان ابعاد سبک زندگی، بعد «پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی» در وضعیت «مطلوب» و بعد «ورزش و فعالیت بدنی» در حالت «نامطلوب» قرار داشتند. سایر ابعاد تقریباً در سطح «متوسط» به‌دست آمد. نتایج آزمون تی نشان داد که تفاوت معنی‌دار آماری در میانگین نمرات ابعاد «سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت» و «سرمایه فرهنگی نهادی مرتبط با سلامت» میان زنان و مردان مشاهده شد. به‌طوری‌که میانگین نمرات مردان بیشتر از زنان بود. با این وجود، اختلاف معنی‌دار آماری در بعد «سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت» میان دو گروه جنسی مشاهده نشد. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون

of the Independent Sample t Test showed that there were statistically significant differences in the mean scores of the variables "Objective Health-related Cultural Capital" and "Institutional Health-related Cultural Capital" in terms of gender. That is, the mean scores of men were higher than the mean scores of women. Nonetheless, there was no statistically significant difference between men and women with regard to the variable "Incorporated Health-related Cultural Capital". The results of the Pearson's correlation coefficient indicated that there was a positive and significant statistical relationship between health-related aspects of cultural capital and aspects of healthy lifestyle. Moreover, the results of the path analysis showed that 0.624 percent of the lifestyle changes can be explained by changes in three aspects of health-related cultural capital. Finally, among the three aspects of health-related cultural capital, the aspect of "incorporated health-related cultural capital", with the highest coefficient (0.460), was the most important predictor of the healthy lifestyle.

**Discussion:** Cultural Resources are one of the most important factors determining the actions of individuals and it is also a basic prerequisite for the behavioral orientation of agents

بیانگر روابط مثبت و معنی‌دار آماری بین ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و ابعاد سبک زندگی سالم بود. همچنین، نتایج تحلیل مسیر مشخص ساخت که ۰/۶۲۴ از تغییرات مربوط به سبک زندگی با استفاده از تغییرات ابعاد سه‌گانه سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت قابل تبیین است. در میان ابعاد سه‌گانه سرمایه مرتبط با سلامت، بعد «سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت» با بیشترین ضریب (۰/۴۶۰)، در پیش‌بینی سبک زندگی سالم از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است.

**بحث:** منابع فرهنگی از جمله عوامل تعیین‌کننده کنشهای افراد و پیش‌شرط‌های اساسی برای جهت‌گیریهای رفتار عاملان در محدوده‌های ساختاری هستند. این منابع از طریق فرایند جامعه‌پذیری، گرایشها و سلاطین افراد را درون هر طبقه اجتماعی و نسل خاص، به وجود می‌آورند. بر این اساس سبک‌های زندگی متناسب با آن طبقه یا نسل ایجاد خواهد شد. لذا، ترویج منابع فرهنگی مرتبط با سلامت (همچون آگاهی، مهارت‌ها، ارزش‌ها، هنجارها، وسایل و امکانات ارتقاءدهنده تندرستی و...) از عناصری کلیدی در تولید و بازتولید سبک‌های زندگی سالم است. پیامد این امر کاهش نابرابریهای اجتماعی- فرهنگی در حوزه سلامت خواهد بود، به طوری که موجبات پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مزمن (بیماریهای قلبی، سرطان، دیابت و...) را برای اغلب کنش‌گران در سطوح مختلف (فردی و

in structural environments. These resources, through the process of socialization, create behavior and tastes of people in various socio-economic status and from different generation. That is, the appropriate lifestyles will be created for that social class or generation. Promoting health-related cultural resources (such as knowledge, skills, values, norms, equipment and health promoting facilities, etc.) are considered the key elements in the production and reproduction of healthy lifestyles. Consequently, it leads to a reduction in socio-cultural inequalities in health domain in a way that prevention and fight against chronic diseases (i.e. heart disease, cancer, diabetes, etc.) will be provided for most actors in different (individual and collective) levels.

**Keywords:** Coronary Artery Disease, Cultural capital, Health-related Cultural Capital, Healthy Lifestyle

روز افزون بیماریهای مزمن (بیماریهای قلبی، سرطان، دیابت، فشار خون و ..) سلامتی انسانها با چالشهای اساسی مواجه شده است. «این نوع بیماریها، دلیل عمده مرگ و میر و از کار افتادگی انسانهای امروزی محسوب می شوند» (علی پور، ۱۳۹۰). از میان بیماریهای مزمن، «بیماریهای قلبی - عروقی»<sup>۱</sup> و در رأس آنها «بیماری

جمعی) فراهم خواهند ساخت.

کلیدواژه‌ها: بیماری عروق کرونر، سبک زندگی سالم، سرمایه فرهنگی، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۸

## مقدمه

سلامتی و تأمین آن یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازهای زندگی فردی و اجتماعی بشر است که در دنیای کنونی از پیچیدگیهای زیادی برخوردار است. علیرغم پیشرفتهای عظیم در علم پزشکی و درمان اغلب بیماریها، نه تنها مشکلات مربوط به سلامت برطرف نشده است، بلکه در اثر رشد

عروق کرونر<sup>۱</sup> یکی از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی و عوامل ناتوانی هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه‌اند، چنانکه رتبه نخست علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده‌اند. بر اساس آخرین آمارهای اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی ناشی از مطالعات اخیر (به نقل از جهانی و همکاران، ۱۳۹۲) «بیش از ۸۰٪ بیماریهای قلبی- عروقی در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط بروز پیدا کرده و پیش‌بینیها حاکی از این است که بیماریهای قلبی- عروقی تا سال ۲۰۲۰ میلادی علت بیش از ۷۵٪ مرگ و میرها در سطح جهانی خواهند بود. در صورت تداوم روند افزایشی مرگ و میر تا سال ۲۰۳۰ حدود ۲۳/۴ میلیون نفر جان خود را در اثر این بیماریها از دست می‌دهند.» «بیماریهای قلبی عروقی علت اصلی ابتلا، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر دنیا بوده و از سوی دیگر علت عمده مرگ و میر در ایران است» (عابدی و همکاران، ۱۳۹۲) و «اخیراً گزارشهای مبنی بر کاهش سن بروز این بیماریها در کشور ما نیز منتشر شده است» (علی‌پور، ۱۳۹۰).

در دنیای کنونی به علت رشد فزاینده بیماریهای مزمن، مباحث مرتبط با سبک زندگی و رفتارهای سالم اهمیت قابل ملاحظه‌ای پیدا کرده‌اند. «سبب‌شناسی بیماریهای مزمن، به‌طور قطع بیانگر ساختار علی پیچیده‌ای است. آشکار است که علت، رشد، و پیامد این گونه بیماریها، به شدت وابسته به نوع خاصی از سبک زندگی است که نشان دهنده تعامل پیچیده انتخابهای فردی و فرصتهای ساختار اجتماعی است. در مورد بیماریهای مزمن، سلامت یا بیماری، اغلب نتیجه تعامل مستمر صدها یا هزاران تصمیم فردی انباشته شده است که اغلب آنها به‌طور چشمگیری در مجموعه پیچیده‌ای از فرصتهای اجتماعی ادغام شده‌اند. لذا،

#### 1. coronary Artery disease

با توجه به وجود عوامل فردی و اجتماعی سهم مبهمی برای عوامل ژنتیکی در این زمینه وجود دارد» (کاکرهام<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). تأکید بر «سبک زندگی سالم»<sup>۲</sup> به عنوان یکی از راههای پیشگیری از ابتلاء به بیماریهای مزمن و تأمین سلامتی افراد جامعه، بحث تازه‌ای نیست. اما یکی از مسائلی که در مطالعات مرتبط با سبک زندگی سالم بایستی مورد توجه قرار داد، این است که از آنجایی که در علم پزشکی و از نگاه گفتمان «زیست-پزشکی»<sup>۳</sup> هنگامی که در مورد سبک زندگی بحث می‌شود، تمایل به این دیدگاه وجود دارد که سبک زندگی را به الگوهای رفتار فردی ارجاع دهند که وضعیت امراض را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در نتیجه ویژگیهای جمعی (ساختاری) اغلب نادیده گرفته می‌شوند. این گونه مطالعات، سبکهای زندگی سالم را به مثابه اشکال ساخته شده فردی نمایش می‌دهند (فرولیچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). در همین راستا است که کاکرهام (۱۳۸۴) معتقد است سبک زندگی سالم در برگرنده «الگوهای جمعی رفتار مرتبط با سلامت بر اساس انتخابهای مبتنی بر اختیار و در دسترس افراد با توجه به شانسهای زندگی‌شان می‌باشد». همچنین، از دیدگاه آبل<sup>۵</sup> (۱۹۹۱) سبک زندگی سالم «الگوهایی از رفتارهای مرتبط با سلامتی، ارزشها و نگرشهای پذیرفته شده توسط گروههایی از افراد است که در پاسخ به محیط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد». 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).

نظر به پیچیدگی شکل‌گیری سبک زندگی به صورت عام و سبک زندگی سالم

1. Cockerham  
4. Frohlich

2. healthy lifestyle  
5. Abel

3. bio-medicine

به شکل خاص، «آشکار است 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، به همراه 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 سلیقه، سطح تحصیلات، فلسفه‌های سیاسی، تمایلات گروهی و طبقاتی، و شرایط خاص اجتماعی اقتصادی، همگی در شکل‌گیری سبک زندگی سهیم هستند» (کاگرهام، ۱۹۹۹).

بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که نظام ساختاری موقعیتهای اجتماعی، تعیین‌کننده منابع گوناگون مرتبط به هم است که مردم برای کسب تندرستی می‌توانند از آنها بهره‌مند شوند (آبل، ۲۰۰۷)، هر چه قدر مردم به منابع مادی، اجتماعی و فرهنگی بیشتری دسترسی داشته باشند در شرایط مناسب‌تری قرار خواهند داشت و بالعکس (مورگان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). لذا، منابع مادی و غیرمادی هم در سلامت اجتماع و هم در ایجاد خطر بیماری مؤثرند (هاوس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ مارموت و ویلکاکسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). یکی از مهم‌ترین موضوعات در مطالعات مربوط به حوزه سلامت این است که «منابع فرهنگی - در مقایسه با منابع مادی و اجتماعی - در تولید پیامدهای مرتبط با سلامت و بازتولید نابرابریهای بهداشتی، کمتر مورد بررسی واقع شده‌اند» (شیم<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ آبل، ۲۰۰۷). بنابراین، در تحقیقات مرتبط با نابرابریهای سلامت، تبیین‌های مبتنی بر سرمایه فرهنگی

---

1. Morgan                                2. House  
3. Marmot and Wilkinson        4. Schim

می‌توانند به شفافیت هر چه بهتر تفاسیر نابرابریهای اجتماعی در زمینه عدم تندرستی کمک کنند (کریجر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). سرمایه فرهنگی نه تنها از طریق سبکهای زندگی و اقدامات مرتبط با سلامت، وضعیت سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه همچنین در شکل دادن به کیفیت و نحوه ارائه خدمات درمانی نقش بسزایی دارد و از این رو باعث ایجاد و یا بازتولید نابرابریهای اجتماعی در تعامل بین «ارائه‌کننده خدمات درمانی و بیمار»<sup>۲</sup> می‌شود (کامین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). بر طبق این موارد، سرمایه فرهنگی ممکن است حلقه مفقوده‌ای در روابط بین موقعیت اقتصادی اجتماعی و سبکهای زندگی سالم باشد. اگر چه تحقیق و مطالعه در زمینه نحوه روابط و چگونگی اثرات انواع سرمایه (به‌ویژه سرمایه فرهنگی) بر سبک زندگی سالم موضوع تازه‌ای نیست، اما بایستی عنوان کرد که هنگامی که بحث از موضوعات سلامت در میان است، آن دسته از منابع فرهنگی قابل دسترس در بین افراد که بیشترین ارتباط با حوزه بهداشت و سلامتی را دارند، باید مورد تحلیل و بررسی واقع شوند. این منابع «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت»<sup>۴</sup> نام دارند که هر چند روابط بین آنها با سبکهای زندگی سالم و رفتارهای سالم روز به روز بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرند (آبل، ۲۰۰۷) اما تاکنون از اهمیت کمتری در مطالعات نابرابریهای اجتماعی - اقتصادی، به‌ویژه رفتارهای سالم برخوردار بوده‌اند (کاواجی و موافی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ وینسترا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). بر این اساس، با تأکید بر آراء نظریه‌پردازان این حوزه، «ایجاد شاخصهای نوین برای توسعه مطالعه سرمایه فرهنگی و ارتباط آن با سلامت و رفتارهای سالم، ضرورت دارد» (آبل، ۲۰۰۷).

1. Krieger

2. patient-provider

3. Kamin

4. health-relevant cultural capital

5. Khawaja and Mowafi

6. Veenstra



نظر به گستردگی و رشد روز افزون بیماریهای قلبی- عروقی و در رأس آنها بیماری عروق کرونر و ارتباط این نوع بیماریها با سبک زندگی سالم از یک طرف، و اثرپذیری سبک زندگی سالم از منابع فرهنگی (به ویژه آن دسته از منابعی که به حوزه سلامت مرتبط هستند) از طرف دیگر، مطالعه در زمینه چگونگی نحوه روابط و تعاملات میان آنها ضروری به نظر می‌رسد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی وضعیت سبک زندگی سالم و میزان بهره‌مندی افراد از منابع فرهنگی مرتبط با سلامت پیش از ابتلاء به بیماری عروق کرونر بوده است. برای این منظور با بررسی مطالعات نظری و تجربی و به کارگیری رویکرد «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» توماس آبل، سعی در ارائه تبیینهای مناسب‌تر مسائل مربوط به حوزه سلامت و سبک زندگی سالم را دارد. بر این اساس، مطالعه حاضر بیشترین تأکید خود را بر پاسخ به پرسشهای زیر نهاده است.

وضعیت سبک زندگی و ابعاد آن در میان بیماران عروق کرونر چگونه است؟  
سطح برخورداری بیماران عروق کرونر از سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن به چه میزان است؟

سبک زندگی بیماران تا چه حد متأثر از منابع فرهنگی از جمله سرمایه‌های فرهنگی مرتبط با سلامت است؟ به عبارت دیگر، میزان تبیین‌کنندگی سبک زندگی سالم توسط هر یک از ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت چقدر است؟

#### پیشینه تجربی

در سالهای اخیر تحقیقات متعددی در حوزه سبک زندگی سالم انجام شده است. بعضی از این پژوهشها صرفاً به توصیف ابعاد سبک زندگی سالم به‌ویژه در میان بیماران پرداخته‌اند. برخی نیز به مطالعه عوامل فرهنگی و اجتماعی

تعیین‌کننده سبک زندگی سالم در میان گروه‌های مختلف افراد اختصاص داشته‌اند. در اینجا آن دسته از مطالعاتی که با اهداف این پژوهش سازگار هستند مرور شده‌اند. نتایج مطالعه محسنی پویا و همکاران (۱۳۹۴) در بین دوگروه دارای بیماری عروق قلبی (گروه دارای تنگی عروق بالای ۵۰٪) و گروه دارای تنگی عروق کمتر از ۵۰٪) نشان داد که میانگین نمره مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس و نمره کل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در میان بیماران مبتلاء به تنگی عروق کرونر کمتر از ۵۰٪، بالاتر از بیماران مبتلاء به تنگی عروق کرونر بالای ۵۰٪ بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. یافته‌های پژوهش محمدی‌زیدی و همکاران (۱۳۸۴) در مورد بیماران دارای بیماری قلب و عروق در چابهار نشان داد که ۵/۹۵٪ از بیماران از نظر وضعیت سبک زندگی، دارای سبک زندگی در معرض خطر متوسطی بودند. همچنین، یافته‌های آنها در کل نشان‌دهنده وجود عادات رفتاری غلط و نامناسب بیماران به‌ویژه در زمینه سیگار و اعتیاد، و تحرک بدنی بود که به همراه تاریخچه بیماری در خود فرد و نزدیکان و عادات تغذیه‌ای نامناسب و رویدادهای استرس‌زا، باعث شده بود تا ۵/۹۵٪ از بیماران سبک زندگی متوسط خطری داشته باشند. نتایج تحقیق عابدی و همکاران (۱۳۹۲) بیانگر این بود که اغلب بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی (تقریباً ۴۱/۱٪) دارای سبک زندگی متوسط بودند. پاره‌ای از ابعاد سبک زندگی این بیماران از جمله: عدم استعمال دخانیات در وضعیت خیلی خوب، الگوی خواب و کنترل استرس در وضعیت خوب، تغذیه سالم در سطح متوسط، فعالیت فیزیکی و ورزش نیز در سطح ضعیف بودند. نتایج پژوهش رشیدی و بهرامی (۱۳۹۴) روی سالمندان نشان داد که این دسته از افراد در حیطه‌های مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه و

مدیریت استرس، نمره‌های پایین‌تر از میانگین را کسب کردند. اما از نظر رشد معنوی و روابط بین فردی نمره بالاتر از میانگین را به دست آوردند. به‌طور کلی، میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت سالمندان مورد بررسی پائین‌تر از میانگین بود. همچنین، بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و تعدادی از ویژگیهای واحدهای مورد پژوهش از جمله وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شغل ارتباط معناداری یافت شد.

عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) با مطالعه «سنجش میزان تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور بین شهروندان شهر ارومیه» نشان دادند که بین انواع مختلف سرمایه (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) با رفتار سلامت‌محور مطالعه‌شوندگان همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری وجود داشته است. همچنین، 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 پژوهشی که توسط محمدی و همکاران (۱۳۹۱) روی شهروندان طبقه متوسط سنندج انجام شد حاکی از رابطه مثبت و معنی‌دار آماری بین سرمایه فرهنگی و آشکال آن با سبک زندگی بود. همچنین، در بین آشکال مختلف سرمایه فرهنگی، بعد سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته، دارای بیشترین رابطه با سبک زندگی بود. از دیگر نتایج این تحقیق، نقش سرمایه فرهنگی نهادی بود که در پیوندی دیالکتیک با سرمایه اقتصادی، تعیین‌کننده سایر سرمایه‌های فرهنگی و در نتیجه سبک زندگی بود. همچنین، در میان متغیرهای زمینه‌ای، تحصیلات در فراهم ساختن زمینه برخورداری از انواع سرمایه‌ها و میزان مصرف فرهنگی نقش بسزایی داشت.

نتایج مطالعه عباسزاده و همکاران (۱۳۹۱) بیانگر این بود که خود مراقبتی شهروندان بر حسب وضعیت تأهل و طبقه اجتماعی آنان متفاوت بوده و متغیرهای نظیر سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، شاخص توده بدنی، جذابیت بدنی، ارزش سلامتی، احساس بی‌قدرتی و مدیریت بدن رابطه مثبت و معنی‌داری با خود مراقبتی شهروندان داشته‌اند.

یافته‌های پژوهش قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) به روی شهروندان تبریزی نشان داد که سبک‌زندگی سلامت‌محور آنها برحسب متغیرهای ساختاری از جمله: جنسیت، سن و وضعیت تأهل متفاوت بوده و اشکال متفاوت سرمایه انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک‌زندگی سلامت‌محور شهروندان دارای رابطه مثبت و معنی‌دار آماری بوده است.

در پژوهشی دیگر، کامفیاس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) استدلال کرده‌اند سرمایه فرهنگی به‌طور بالقوه ممکن است در تبیین نابرابریهای انتخاب تغذیه نقش مهمی ایفا کند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که افراد دارای تحصیلات بالاتر، معمولاً از سرمایه فرهنگی بالاتری برخوردار هستند. همچنین افراد برخوردار از سرمایه فرهنگی بالاتر، دارای تغذیه سالم‌تری بوده‌اند. از بین ابعاد سرمایه فرهنگی، سطح پایین سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته با انتخاب مواد غذایی ناسالم دارای ارتباط مثبتی بوده است.

نتایج پژوهش کامین و همکاران (۲۰۱۳) بیانگر این بود که سرمایه فرهنگی دارای اثرات مثبتی روی سلامت است. افراد دارای سرمایه فرهنگی بالا، نسبت به افراد دارای سرمایه فرهنگی پایین، سلامت خوداظهاری بهتری را گزارش کردند. هر کدام از ابعاد سه‌گانه سرمایه فرهنگی اثر مثبتی روی سلامت خوداظهاری در

1. Kamphuis

میان قشر زنان داشتند، اما در میان مردان تنها سرمایه فرهنگی کل دارای اثرات قابل توجهی با سلامت خوداظهاری بود.

نتایج تحقیق وینسترا و آبل (۲۰۱۵) تأیید کننده نقش متقابل انواع سرمایه و فرایندهای اجتماعی در بازتولید سلامت در میان نسلهای بعدی بود. آنها دریافتند که آن دسته از جوانانی که والدین آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند نسبت به کسانی که والدینشان دارای تحصیلات سطح متوسطه بودند، سلامت خوداظهاری بیشتری را گزارش کرده بودند. در این بین، سرمایه اقتصادی والدین عامل واسطه‌ای مهمی بود. همچنین، انواع سرمایه والدین (سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) هر کدام به‌طور مستقل با سلامت خوداظهاری فرزندان رابطه مثبتی داشتند.

گاجن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) خاطر نشان کردند 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. نتایج پژوهش آنها نمایانگر این بود که سه شاخص «ارزشهای سلامت»، «تحصیلات و دانش» و «منابع خانودگی»، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای پیامدهای مصرف سیگار بودند. در میان مردان جوان میزان پایین ارزشهای سلامت، تحصیلات و دانش و منابع خانودگی با خطرات گرایش بیشتر به مصرف سیگار در طول روز ارتباط داشت. نهایتاً، یافته‌های پژوهش پینکستن و لیونس<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) نشان داد که هر یک از اشکال سرمایه، اثرات تعیین‌کننده‌ای روی ادراکات سلامت جسمی و روانی دارند. تنها استثناء در نتایج مطالعه آنها این بود که پس از کنترل سایر ابعاد، بین

---

1. Gagne

2. Pinxten and Lievens

سرمایه فرهنگی و سلامت روانی رابطه معنی‌دار یافت نشد. این امر نیز بیانگر ارزش رویکرد بوردیو است که خاطر نشان می‌سازد برای فهم بهتر نابرابری اجتماعی در حوزه سلامت، نیازمند این هستیم که سایر ابعاد سرمایه را نیز مورد ملاحظه قرار دهیم.

مرور منابع تجربی و پیشینه پژوهش حاکی از این است که وضعیت سبک زندگی سالم در میان اغلب گروه‌ها به‌ویژه بیماران چندان «مطلوب» گزارش نشده است. در عین حال در اغلب مطالعات، منابع فرهنگی از جمله عوامل اساسی تعیین‌کننده شیوه‌های زندگی سالم تشخیص داده شده است. با این وجود، اغلب محققان هنگام مطالعه سرمایه فرهنگی و بررسی اثرات آن بر سبک زندگی سالم، بدون کمترین تغییراتی شاخصهای ارائه شده توسط بوردیو را به کار گرفته و از کاربردی ساختن شاخصهای سرمایه فرهنگی در حوزه سلامت صرف نظر کرده‌اند. بر این اساس، وجه تمایز این پژوهش با پژوهشهای قبلی این است که سعی در ارائه شاخصهای فرهنگی کاربردی‌تری در تحقیقات حوزه سلامت را دارد.

### چارچوب نظری

نظریه‌پردازان متعددی به مطالعه سبک زندگی پرداخته‌اند. بوردیو و آبل از جمله مهم‌ترین متفکرانی هستند که به بررسی مناسبات منابع فرهنگی (انواع سرمایه فرهنگی) و سبک زندگی (سالم) پرداخته‌اند. از آنجایی که هدف از این تحقیق مطالعه چگونگی روابط بین سرمایه فرهنگی و مؤلفه‌های سبک زندگی سالم بوده است، چارچوب نظری آن برگرفته از آراء بوردیو و به‌ویژه آبل است که در ادامه سعی خواهد نظریات آنها به تفصیل مورد بررسی واقع شود.

## ۱) نظریه پی‌یر بورديو

بورديو در نظریه فرهنگی اجتماعی خویش به تفصیل به بررسی مناسبات دیالکتیکی بین سبک زندگی و سرمایه فرهنگی پرداخته است. بورديو (۱۹۸۶) معتقد است که سرمایه در چندین شکل اساسی ظاهر می‌شود: ۱) سرمایه اقتصادی، ۲) سرمایه فرهنگی، ۳) سرمایه اجتماعی و ۴) سرمایه نمادین. توزیع این 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). «سرمایه فرهنگی به کالاهای غیرمادی همچون مدارک آموزشی، انواع دانش و تخصص، مهارت‌های کلامی، و ترجیحات زیبایی‌شناسانه اشاره دارد که قابلیت تبدیل شدن به سرمایه اقتصادی را دارند» (اپیلروث و دسفور ادلس، ۲۰۰۸). سرمایه فرهنگی از دیدگاه بورديو در سه شکل متفاوت مطرح است:

۱. سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته<sup>۱</sup> (درونی شده): این نوع سرمایه از طریق تلاش، تجربه و استعداد فرد حاصل می‌شود و با مرگ دارنده آن از بین می‌رود و نمی‌توان آن را به سایرین انتقال داد. این نوع سرمایه صورتی از قابلیت یا توانایی‌های را به خود می‌گیرد که نمی‌توان آن را از حاملش جدا کرد.
۲. سرمایه فرهنگی عینی‌یافته<sup>۲</sup>: این سرمایه، آشکارترین نوع سرمایه فرهنگی است که افراد جامعه می‌توانند از آن بهره‌مند گردند و شامل مجموعه‌ای از

1. Appelrouth and Desfor edles  
2. embodied cultural capital  
3. objectified cultural capital

میراث فرهنگی همچون آثار هنری، تکنولوژی ماشینی و قوانین علمی است که به صورت کتب، اسناد و اشیاء در تملک اختصاصی افراد و خانواده‌ها است. ویژگی این نوع از سرمایه فرهنگی قابلیت انتقال آن به دیگران است.

۳. سرمایه فرهنگی نهادی یا ضابطه‌ای<sup>۱</sup>: این شکل از سرمایه فرهنگی به مدد ضوابط اجتماعی و فراهم کردن عناوین معتبر، برای افراد موقعیت کسب می‌کند؛ مانند مدارک تحصیلی و تصدیق حرفه کار. این سرمایه قابل واگذاری نیست و کسب آن به شرایط معینی بستگی دارد (بورديو، ۱۹۸۶؛ به نقل از محمدی، ۱۳۹۱).

از نگاه بورديو سبک زندگی متأثر از ذائقه<sup>۲</sup>، و ذائقه پیامد هیتاس و هیتاس نیز محصول جایگاه فرد در ساختارهای عینی اجتماعی است. جایگاه فرد در ساختار اجتماعی که بیانگر میزان بهره‌مندی شخص از انواع سرمایه است، هیتاس افراد را شکل می‌دهد و هیتاس 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 طبقه‌بندی کننده (بورديو، ۱۹۸۶؛ به نقل از خادیمان، ۱۳۹۰).

در نظریه بورديو سبک زندگی که شامل اعمال طبقه‌بندی شده و طبقه‌بندی کننده فرد در عرصه‌هایی چون تقسیم ساعات شبانه روز، نوع تفریحات و ورزش، شیوه‌های معاشرت، اثاثیه و خانه، آداب سخن گفتن و راه رفتن است، در واقع عینیت‌یافته و تجسم‌یافته جهت‌گیرهای افراد است. از یک سو، سبکهای زندگی شیوه‌های مصرف‌عاملان اجتماعی است که دارای رتبه‌بندیهای مختلفی از جهت شأن و مشروعیت اجتماعی‌اند. این شیوه‌های مصرفی بازتاب نظام اجتماعی سلسله مراتبی است؛ اما چنانکه بورديو در کتاب تمایز بر حسب منطق دیالکتیکی نشان

1. institutionalized cultural capital
2. Bourdieu
3. taste



می‌دهد مصرف صرفاً راهی برای نشان دادن تمایزات نیست، بلکه خود راهی برای ایجاد تمایزات نیز هست (باکاک، ۱۳۸۱). همچنین، بورديو سبکهای زندگی را فعالیتهای نظام‌مندی می‌داند که از ذوق و سلیقه افراد ناشی می‌شوند و بیشتر جنبه عینی و خارجی دارند و در عین حال به صورت نمادین به فرد هویت می‌بخشند و میان اقدار مختلف اجتماعی تمایز ایجاد می‌کنند. معانی یا به عبارتی ارزش این فعالیتها از موقعیتهای آن در نظام تضادها و ارتباطها اخذ می‌شوند (بورديو، ۱۹۸۶). وی در جای دیگر می‌گوید: «سبک زندگی داراییهایی است که اشغال‌کنندگان موقعیتهای مختلف چه با نیت قبلی یا بدون نیت قبلی از طریق آن خودشان را از دیگران متمایز می‌کنند» (بورديو، ۱۹۸۴). بر این اساس، بورديو (۱۹۸۴: ۱۳۷۳) «بررسی سبک زندگی را در مرحله اول مطالعه، داراییهای (کالاهای تجملی یا فرهنگی) می‌داند که افراد دور خود جمع کرده‌اند؛ مانند: خانه، ویلا، قایق تفریحی، ماشین، اثاثیه، نقاشی، کتب، نوشابه‌ها، سیگارها، عطر، لباس؛ و در مرحله دوم، فعالیتهایی که از طریق آن خود را متمایز نشان می‌دهند، همانند: ورزشها، بازیها، تفریحات (پیاده‌روی یا کوه‌پیمایی، اسکی یا سوارکاری، گلف یا تنیس)، لباس پوشیدن، رسیدگی به ظاهر بدن خود، نحوه استفاده از زبان و بودجه‌بندی».

سهام اساسی بورديو در ارتباط با فهم ما از سبک زندگی سالم در برگزیده سه حوزه اساسی است: (۱) مفهوم وی در مورد «فاصله گرفتن از نیاز» به‌عنوان منشاء تفاوت‌های طبقاتی در شیوه‌های عمل سبک زندگی؛ (۲) شناسایی نقش هیتاس در تولید و بازتولید سبکهای زندگی؛ و (۳) تأکید بر این نقش یا به عبارت دیگر فرا رفتن از وبر و گیدنز به این منظور که نشان دهد چگونه ساختار، یا به اصطلاح وبری «فرصتهای زندگی» تعیین‌کننده انتخابهای سبک زندگی است. شایستگی رویکرد بورديو در این نهفته است که معتقد است هنگام شیوه عمل

سبک زندگی، یک بعد ساختاری وجود دارد که منجر به انتخابهای تصادفی یا ناهماهنگ می‌شود. آن چیزی که بورديو میان طلايه داران گفتمان نظري معاصر تکميل نموده است، نوعی رجعت به ساختار بر اساس تأکید بر قدرت ساختارهای عینی (خارجی) نامرئی است که از طریق آن شیوه عمل 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).

به‌طور کلی می‌توان گفت استفاده از نظریه بورديو دارای چندین مزیت است: اول، استفاده از این چارچوب پیش‌زمینه‌ای نظری را برای تفسیر تمایز در سلامت به جای تأکید صرف بر آن فراهم می‌کند (آبل، ۲۰۰۷)؛ دوم، این امکان را به ما می‌دهد تا تبیینی برای این ادعا داشته باشیم که مجموعه متنوعی از منابع در فهم نابرابریهای سلامت دارند (گرینسکی، ۲۰۰۹)؛ سوم، بینشی را در مورد شاخصهای غالباً نادیده گرفته شده ساختار اجتماعی ارائه می‌دهد که سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مثل عناصر فرهنگی (وینسترا، ۲۰۰۷)؛ چهارم، همان‌طور که مورو<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) تأکید می‌کند این چارچوب به‌ویژه برای ممانعت از خاتمه‌بخشیدن به «سندروم نظریه فقدان»<sup>۳</sup> مفید است، نظریه‌ای که به آن دسته از رهیافتهایی اشاره دارد که بر نوعی منابع تأکید دارند که افراد ناموفق فاقد آن هستند. نظریه بورديو بر منابعی تأکید دارد که مردم از آن بهره‌مند هستند نه منابعی که از آن محروم هستند. لذا، این امر نظریه بورديو را در مقابل «نظریه نابسندگی»<sup>۴</sup> (بی‌کفایتی) به یک «نظریه امتیاز»<sup>۵</sup> تبدیل می‌کند (پینکیستن و لیونس، ۲۰۱۴).

1. Grineski

2. Morrow

3. the deficit theory Syndrome

4. theory of inadequacy

5. theory of privilege

## ۲) نظریه توماس آبل

توماس آبل یکی از مهم‌ترین نظریه‌پردازان سبک زندگی سالم است که با مبنا قرار دادن آراء بورديو، نگرشی نو را در مورد انواع سرمایه و سبکهای زندگی سالم فراهم ساخته است. وی همچون بورديو معتقد است که مناسبات و روابط دیالکتیکی بین انواع مختلف سرمایه نهفته است و در میان انواع مختلف سرمایه، نقش تعیین‌کننده‌ای برای سرمایه فرهنگی قائل است. با وجود این، معتقد است که برای کاربردی کردن سرمایه فرهنگی در تحقیقات سلامت، بایستی منابع فرهنگی مرتبط با سلامت مورد توجه واقع شوند. بر این اساس، از دیدگاه آبل (۲۰۰۸)، سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، «به آن دسته از منابع مبتنی بر فرهنگ اشاره دارد که برای حفظ و ارتقاء سلامت در دسترس افراد قرار دارند». سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت شامل سه بعد اصلی است: ۱) «سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت» شامل: ارزشها، هنجارهای رفتاری، دانش و مهارتهای عملی مرتبط با سلامت؛ ۲) «سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت» شامل: امکانات و منابع در دسترس برای ارتقاء سلامت همچون کتابهای بهداشت و سلامت، دسترسی به اینترنت (به مثابه منابع سلامت) یا امکانات و تجهیزات تفریحی؛ ۳) «سرمایه فرهنگی نهادی مرتبط با سلامت» شامل: مدارک تحصیلی در حوزه بهداشت و سلامت (آبل، ۲۰۰۷).

سرمایه فرهنگی متجسم از طریق الگوهای متمایز سبک زندگی، به شکل مستقیم با سلامت در ارتباط است (وینیسترا، ۲۰۰۷). از آنجایی که تعاریف سبکهای زندگی سلامت‌محور، بر الگوهای جمعی رفتارها و جهت‌گیریهای سلامت متمرکز هستند (فرولیچ، ۲۰۰۱؛ آبل و همکاران، ۲۰۰۰). بر این اساس، الگوهای سبک زندگی سالم به‌وسیله گروهی از افراد بر مبنای منابع مادی و غیرمادی که برایشان فراهم است،

ایجاد می‌شوند و گسترش پیدا می‌کنند (آبل، ۱۹۹۱). سرمایه فرهنگی در قالب ارزشهای سلامت، ادراکات، دانش و هنجارهای رفتاری سالم، منابع غیرمادی مورد نیاز را برای الگوهای سبک زندگی سالم فراهم می‌کند که می‌تواند در زندگی روزمره برای شکل‌دهی رفتارهای سالم اثرگذار باشد. «واقعیت امر این است که کسب سرمایه فرهنگی که به زمینه‌های یادگیری طبقات خاص اجتماعی وابسته است» (شوارتز، ۱۹۹۷)، می‌تواند تبیین‌کننده این موضوع باشد که چرا منابع سلامت بر اساس زمینه‌های شکل‌گیری‌شان، به شکل نابرابر در میان طبقات اجتماعی توزیع شده‌اند. بنابراین، «در این معنا، سرمایه فرهنگی از طریق سبکهای زندگی جمعی ابراز می‌شوند و اثرگذار خواهند بود، به طوری که نه تنها سلامت فرد را تعیین می‌کنند، بلکه همچنین از طریق سبکهای زندگی طبقات خاص اجتماعی، به‌عنوان عنصری حیاتی در بازتولید نابرابریهای سلامت ایفای نقش می‌کنند» (وینسترا، ۲۰۰۷؛ بای‌گرن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). «سرمایه فرهنگی در به کارگیری آن دسته از منابع مالی که صرف سلامت و سبک زندگی سالم می‌شوند نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. «رفتار تغذیه‌ای» و «الگوهای فعالیت‌بدنی» دو نمونه مرتبط در این زمینه هستند. ارزشهای مرتبط با سلامت، دانش در مورد خواص بهداشتی تولیدات مواد غذایی خاص و هنجارهایی که هدایت‌کننده رفتارهای سالم هستند از جمله منابع فرهنگی محسوب می‌شوند که جهت‌گیرها و انتخابهای مردم (همچون عادات غذا خوردن و فعالیت بدنی) را شکل می‌دهند» (آبل، ۲۰۰۸).

با اقتباس از نظریه فوق، می‌توان نتیجه گرفت که سرمایه فرهنگی در فرآیند الگودهی سبکهای زندگی جمعی، به‌ویژه آن دسته از سبکهایی که با سلامت مرتبط هستند، نقش حیاتی بازی می‌کند. سرمایه فرهنگی این امکان را برای مردم فراهم

1. Bygren

می‌کند تا عناصر متفاوت تشکیل‌دهنده سبک زندگی را به سلیقه خود برگزینند، به هم پیوند بزنند و نهایتاً آنها را به الگوهای متمایز سبک زندگی سالم منتخب خودشان تبدیل کنند. این فرآیندها در درون محیط‌های فرهنگی اجتماعی خاص رخ می‌دهند و بایستی خود را با گزینه‌ها و منابع مادی و غیر مادی منطبق سازند. در این فرایند سه نوع ارتباط یا پیوند تعاملی می‌توان مشاهده کرد: در اولین قالب ارتباطی، لازم است عناصر منفرد مربوط به هر یک از سبک‌های زندگی سالم، انتخاب شده و به شکل مکمل یکدیگر مرتب چیده شوند (برای مثال عادات غذا خوردن بایستی متناسب با الگوی فعالیت بدنی باشد، رفتارها بایستی منطبق با نگرشها و منابع فردی باشند). در دومین قالب ارتباطی، الگوهای سبک زندگی سالم نیازمند مطابقت با زمینه‌های فرهنگی/اجتماعی و اقتصادی/اجتماعی عامل یا بازیگر هستند (به‌عنوان مثال، الگوهای سبک زندگی تأکید بر بهداشت و سلامت ممکن است در محیط‌های خاص، متناسب و مقرون به صرفه باشند یا نباشند). سومین نوع قالب‌های ارتباطی اما تا حدودی متفاوت است و طی آن سرمایه فرهنگی نقشی تعیین‌کننده برای سبک‌های زندگی سالم ایفا می‌کند، به دگرگونی (تبدیل و تحول) انواع سرمایه، به‌طورکلی، و صورتهای متنوع سرمایه فرهنگی به‌طورویژه و ارزش افزوده ناشی از آن ارجاع دارد. (مثال: منابع مالی (سرمایه اقتصادی) سرمایه‌گذاری شده برای خرید، استفاده و نمایش اجتماعی اشیاء (مانند وسایل و لباسهای ورزشی) که نمایانگر نگرشها و رفتارهای تندرستی (سرمایه فرهنگی) هستند). وقتی صحبت از تبدیل و تحول انواع وجوه یا وضعیتهای سرمایه فرهنگی می‌شود، منظور تبدیل یکی از انواع و اشکال سرمایه فرهنگی به دیگری است، مثلاً نوع سرمایه فرهنگی از جنس اکتسابی (به‌عنوان مثال سواد سلامت)، به نوع عینیت‌یافته سرمایه فرهنگی (نظیر مالکیت و کاربرد کتابهایی با محتوا و پیامهای بهداشتی) تبدیل شود یا بالعکس. پیوند

میان نظریه سرمایه فرهنگی با مفهوم شبکه‌های زندگی سالم دارای دو نکته آموزنده است: (۱) شبکه‌های زندگی سالم در چارچوب نظام‌های قشربندی اجتماعی نقشی فعال ایفاء می‌کنند؛ (۲) توسعه، بقا و تغییر شبکه‌های زندگی سالم به‌دسترسی به منابع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است. در عین حال، اجزای مختلف سرمایه فرهنگی دارای نقش حیاتی هستند. این دو نکته، می‌توانند شروع نو و مناسبی برای اشاره به ایده‌های خلاقانه در مورد ارتقاء سلامت باشند. برای مثال شبکه‌های زندگی سالم، به نیازهای مرتبط با تمایزبانی اجتماعی کمک می‌کنند و این کار را در مورد هر یک از گروه‌های مختلف اجتماعی به نوعی متفاوت از بقیه به انجام می‌رسانند (آبل، ۲۰۰۷). در مجموع، رویکرد آبل در مورد مناسبات بین سرمایه فرهنگی و سبک زندگی سالم را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

(۱) سرمایه فرهنگی، همراه با سایر انواع سرمایه نقش اساسی در تولید و توزیع نابرابری سلامت ایفاء می‌کند؛ (۲) در بحث‌های مربوط به ارتقاء سلامت، سرمایه فرهنگی یک عامل ضروری در فرآیند تبادل و تحول مستمر اشکال مختلف سرمایه مرتبط با سلامت از جمله سرمایه اجتماعی و اقتصادی است. سهم متناسب هر کدام از انواع این سرمایه‌ها برای دسترسی و بهره‌مند شدن افراد در سرمایه‌گذاری سلامت ضروری است. فراتر از مزایایی که این گونه سرمایه‌ها برای سلامت دارند، سرمایه‌گذارهای شخصی در شبکه‌های زندگی معین مرتبط با سلامت، می‌تواند به نیاز مردم برای ایجاد تمایز اجتماعی و مبارزات آنها برای کسب امتیازات و قدرت کمک کند؛ (۳) انواع مختلف سرمایه فرهنگی به یکدیگر وابسته هستند و اثرات ترکیبی آنها به منظور بهبود سلامت گروه‌ها و اقشار مختلف اجتماعی سودمند هستند؛ (۴) هنگامی که بحث دانش سلامت و شبکه‌های زندگی سالم در میان است، سرمایه فرهنگی متجسم (اکتسابی) مهم‌ترین نقش را

در توسعه و حفظ آن دسته از ارزشها، ادراکات و رفتارهای بازی می‌کند که هم به تولید تندرستی و هم به تمایز اجتماعی کمک می‌کنند (آبل، ۲۰۰۷).  
با تأکید بر مباحث نظری می‌توان استدلال کرد که منابع فرهنگی اثرات تعیین‌کننده‌ای در جهت‌گیریهای رفتاری افراد دارند. در این خصوص میزان دسترسی و سطح بهره‌مندی افراد یک اجتماع از آن دسته منابع فرهنگی که مرتبط با مفاهیم سلامت و تندرستی هستند، می‌تواند در ایجاد سبکهای زندگی سالم و ارتقاء سلامت جامعه مؤثر واقع شود. بر همین اساس، در پژوهش حاضر با تأکید بر رویکرد نظری توماس آبل، آن دسته از سرمایه‌های فرهنگی که در حوزه سلامت کاربرد دارند، مورد مطالعه و بررسی واقع خواهند شد.

## روش

### ۱- ماهیت و روش تحقیق

این پژوهش دارای رویکرد کمی و مبتنی بر روش پیمایش به صورت توصیفی (غیر آزمایشگاهی) از نوع همبستگی است. در زمینه گردآوری داده‌ها از تکنیک پرسشنامه استفاده شده است. همچنین، با در نظر گرفتن معیار زمان، نوع مطالعه مقطعی، و از نظر هدف نیز بررسی کاربردی است.

### ۲- جامعه و نمونه آماری و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، مشتمل بر کلیه 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 مراکزی 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 مراجعه کننده 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 بستری شده در این بخشها هنگام مصاحبه و پاسخ‌گویی به پرسشها 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<sup>۱</sup> 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 نقطه نظر 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) به‌عنوان «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

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.



بودن جهت انصراف از ادامه پژوهش بود.

### ۳- تحلیل داده‌ها و اطلاعات

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSSver.18 استفاده شد. داده‌ها توسط جداول توزیع فراوانی، میانگین، و انحراف معیار توصیف شدند. آزمونهای تی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر برای بررسی فرضیه‌ها به کار گرفته شدند. روشهای متعارف آزمون‌سازی از جمله تعیین روایی، محاسبه ضرایب پایایی و تحلیل عاملی نیز مورد استفاده واقع شد.

### ۴- تعاریف نظری و عملی مفاهیم

#### 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 زندگی‌اشان بنا نهاده شده‌اند. سبک زندگی سالم مجموعه‌ای از اعمال از جمله: رعایت رژیمهای غذایی، مصرف نکردن مشروبات و دخانیات، فعالیتهای بدنی، کنترل استرس، آرامش خاطر، رعایت بهداشت فردی و سایر رفتارهای معطوف به سلامت را در بر می‌گیرد» (کاکرهام، ۲۰۱۳). برای سنجش و اندازه‌گیری سبک زندگی سالم از پرسشنامه محقق ساخته که حاوی ۴۴ گویه در قالب ۶ بعد (تغذیه ۱۲ گویه، 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. سنجش پرسشها بر اساس طیف چهار گزینه‌ای (اصلاً= ۱، کم= ۲، گاهی اوقات= ۳ و همیشه= ۴) انجام شد. بعد از سنجش

ابعاد مختلف و کارهای مقدماتی لازم (از جمله کدگذاری مجدد بعضی از پرسشها به منظور هم‌جهت شدن همه گویه با هم)، بعد از جمع آوری داده‌ها، از میان پرسشهای مورد بررسی در بعد تغذیه ۶ پرسش (۱. افزودن نمک به غذاها، ۲. مصرف نوشابه‌ها و نوشیدنیهای گازدار، ۳. مصرف غذاهای آماده، ۴. مصرف شکر و شیرینی‌جات، ۵. مصرف غذاهای پرچرب، ۶. مصرف غذاهایی همچون جگر، گوشت قرمز) و در بعد پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی ۵ پرسش (۱. مصرف سیگار، ۲. مصرف قلیان، ۳. مصرف نوشیدنیها و مواد الکلی، مصرف پپ، مصرف مواد مخدر) مجدداً به این شکل (۱=همیشه، ۲=گاهی اوقات، ۳=کم، ۴= اصلاً) کدگذاری شدند. گویه‌های زیر مجموعه هر کدام از ابعاد را به‌طور جداگانه با هم جمع کرده و از این طریق امتیاز مربوط به هر کدام از ابعاد به‌دست آمده است. در مرحله بعد، امتیازات کل هر کدام از ابعاد، به پنج دسته مساوی (از خیلی کم تا خیلی زیاد) تقسیم‌بندی شدند، سپس آنها را با هم جمع کردیم و از این طریق امتیاز مقیاس کل «سبک زندگی» به‌دست آمده است. دامنه امتیازات کل این مقیاس بین ۶ تا ۳۰ در نظر گرفته شده است. امتیاز بالاتر نشان دهنده سبک‌زندگی سالم‌تر در میان بیماران بوده است.

## ۲) سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت

منظور از سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت «آن دسته از منابع مبتنی بر فرهنگی است که برای حفظ و ارتقاء سلامت در اختیار افراد قرار دارند» (آبل، ۲۰۰۸). این نوع سرمایه شامل سه بعد است: الف) «سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت»، به آن دسته از «ارزشها، هنجارهای رفتاری، دانش و مهارتهای عملی

### 1. incorporated health-relevant cultural capital

گفته می‌شود که با سلامت افراد در ارتباط هستند» (آبل، ۲۰۰۸). ب) «سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت»، «به منابع، امکانات و ابزارهای قابل دسترس مرتبط با بهداشت و سلامت گفته می‌شود که منجر به ارتقاء رفتارهای سلامت می‌شود» (آبل، ۲۰۰۸). ج) «سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت»، به آن دسته از «مدارک و تخصصهای گفته می‌شود که فرد در زمینه مباحث سلامت از مراکز و سازمانهای رسمی دریافت می‌کند» (آبل، ۲۰۰۸). در این پژوهش، برای سنجش سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت از پرسشنامه محقق ساخته که مشتمل بر ۱۳ پرسش (سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت شامل ۹ گویه؛ سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت شامل ۲ پرسش اصلی به همراه زیر مجموعه‌های مختلف؛ و سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت متشکل از ۲ پرسش) بوده است، استفاده شد. بعد از سنجش ابعاد مختلف و کارهای مقدماتی لازم (از جمله کدگذاری مجدد بعضی از پرسشها به منظور هم‌جهت شدن همه گویه‌ها با هم)، گویه‌های زیرمجموعه هر کدام از ابعاد را به‌طور جداگانه با هم جمع کرده و از این طریق امتیاز مربوط به هر کدام از ابعاد به‌دست آمده است. در مرحله بعد، امتیازات کل هر کدام از ابعاد، به چهار دسته (اصلاً، کم، متوسط، زیاد) تقسیم‌بندی شدند، سپس آنها را با هم جمع نموده و از این طریق امتیاز مقیاس کل «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» به‌دست آمده است. دامنه امتیازات کل این مقیاس بین ۳ الی ۱۲ در نظر گرفته شده است. امتیاز بالاتر نشان دهنده بهره‌مندی متناسب از سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت در میان بیماران بوده است.

1. objectivised health-relevant cultural capital
2. institutionalised health-relevant cultural capital

## ۵- روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری

تحلیل روایی سازه‌ای متغیرهای سبک زندگی و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت به وسیله تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق بر اساس گویه‌های انتخاب شده به شکل مناسب انجام شده است (نک به جداول شماره ۱ و ۲). نتایج تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که مقیاس سبک زندگی سالم ابزاری چندبعدی و دارای ۶ عامل است که عوامل آن به ترتیب درصد واریانس ارزش ویژه در تبیین سبک زندگی سالم عبارتند از: ۱) مسئولیت‌پذیری سلامت؛ ۲) ورزش و فعالیت بدنی؛ ۳) تغذیه؛ ۴) مدیریت استرس؛ ۵) پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی؛ و ۶) بهداشت خرید. بر اساس نتایج حاصله، بیشترین مقادیر ویژه به ترتیب بالغ بر ۱۰/۴۳۴ و ۵/۳۴۳ مربوط به عامل‌های اول و دوم می‌شوند. با عامل اول (مسئولیت‌پذیری سلامت) حدود ۲۳/۷۱۴٪ و با عامل دوم (ورزش و فعالیت بدنی) ۱۲/۱۴۲٪ از واریانس کل عامل‌بندیها قابل تبیین است. همچنین، کم‌ترین مقدار ویژه مربوط به عامل «بهداشت خرید» بود که برابر ۱/۶۸۶٪ است. این عامل، تنها ۳/۸۳۱٪ از واریانس کل عامل‌بندیها را تبیین می‌کند. در مجموع ۶۱/۳۸۱٪ از واریانس کل عامل‌بندی و تقلیل گویه‌های ۴۴ گانه با ۶ عامل اصلی انجام شده است که بیانگر معیار مطلوبی است.

جدول (۱) نتایج تحلیل عاملی مقیاس سبک زندگی سالم با روش مؤلفه‌های اصلی

عامل	گویه	بار عاملی	مقادیر ویژه	واریانس تبیین شده	درصد واریانس تبیین شده کل
مستویب پذیری سلامت	کسب اطلاعات بهداشتی از طریق منابع مختلف	۰/۸۲۷	۱۰/۴۳۴	۲۳/۸۱۴	۶۱/۳۸۳
	کسب اطلاعات در زمینه بیماریها هنگام ابتلاء به بیماری	۰/۸۱۹			
	مشورت با متخصصان بهداشت و درمان در مورد مسائل نگران کننده سلامتی	۰/۷۸۲			
	اهمیت قائل شدن برای توصیه‌های پزشکی	۰/۷۸۰			
	کسب اطلاعات جانبی در زمینه عوارض جانبی مصرف داروها	۰/۷۸۰			
	مراجعه به پزشک هنگام مشاهده نشانه‌های غیرعادی در بدن	۰/۷۴۵			
	مصرف داروها با توجه به دستورالعمل استفاده‌اشان	۰/۶۹۶			
	انجام آزمایشات و چکاپ پزشکی	۰/۶۲۰			
ورزش و فعالیت بدنی	میزان ورزش در طول روز	۰/۸۸۷	۵/۳۴۳	۱۲/۱۴۲	۶۱/۳۸۳
	تعداد دفعات ورزش در هفته	۰/۸۸۷			
	میزان انجام حرکات کششی در طول هفته	۰/۸۷۲			
	انجام ورزشهای پرنشاطی همچون پیاده‌روی، بدنسازی و... در طول هفته	۰/۸۵۳			
	انجام فعالیتهای بدنی حین انجام کارهای روزمره	۰/۷۱۶			
	پرداختن به ورزشهای پرنشاط (شنا، دوچرخه سواری و...) هنگام اوقات فراغت	۰/۶۷۸			
	داشتن برنامه منظم و مشخص برای ورزش	۰/۶۷۰			
تغذیه	افزودن نمک به غذاها	۰/۷۶۴	۳/۸۶۱	۱۳۵/۸	۶۱/۳۸۳
	مصرف نوشابه‌ها و نوشیدنیهای گازدار	۰/۶۹۸			
	مصرف غذاهای آماده (همچون ساندویچ، پیتزا، کنسرو و...)	۰/۶۸۳			
	مصرف غذاهای حاوی فیبر (حبوبات، نان سبوس دار و غلات)	۰/۶۵۴			
	مصرف شکر و شیرینی جات	۰/۶۴۲			
	مصرف غذاهای پرچرب حاوی روغن جامد و حیوانی	۰/۶۳۵			
	مصرف غذاهایی همچون جگر، تخم مرغ، و گوشت قرمز	۰/۶۲۲			
	مصرف غذاهای کم چرب (همچون ماهی، گوشت سفید و...)	۰/۶۲۱			
	مصرف سبزیجات در طول هفته	۰/۶۱۶			
	مصرف لبنیات در طول هفته	۰/۶۰۴			
	مصرف صبحانه به‌طور منظم	۰/۵۷۹			
	مصرف میوه در طول هفته	۰/۵۶۳			

۶/۸۱۰	۲/۹۹۶	۰/۷۸۰	کنار آمدن با مسائل غیر قابل تغییر در زندگی	مدیریت استرس
		۰/۷۴۶	انجام کارهای آرامبخش برای رفع خستگی	
		۰/۷۴۱	تمرین ورزشهایی همچون یوگا و آرام سازی	
		۰/۷۳۸	میزان خواب مناسب ( بدون استرس و اضطراب)	
		۰/۷۳۸	اختصاص دادن وقت خود به کارهای شاد و مفرح	
		۰/۷۳۷	پرورش افکار مثبت در ذهن خود	
		۰/۷۳۴	انجام حرکات کششی با هدف شل کردن عضلات	
۶/۳۳۹	۲/۷۸۹	۰/۸۱۷	مصرف سیگار	پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی
		۰/۸۱۳	مصرف قلیان	
		۰/۷۴۴	مصرف نوشیدنیها و مواد الکلی	
		۰/۶۵۲	قرار گرفتن در معرض دود مواد دخانی (سیگار، قلیان، پپ و ...) سایرین	
		۰/۶۵۱	مصرف پپ	
		۰/۶۴۶	مصرف مواد مخدر	
۳/۸۳۱	۲/۷۸۶	۰/۶۷۱	امتناع از خرید امکانات و لوازم بهداشتی بدون برچسب استاندارد	بهداشت خرید
		۰/۶۴۲	امتناع از خرید مواد غذایی بدون برچسب استاندارد	
		۰/۵۴۸	توجه به برچسب (تاریخ تولید و انقضاء) هنگام خرید مواد غذایی	
		۰/۵۱۷	تهیه مایحتاج روزانه خود از فروشگاههای عرضه کننده مواد سالم و بهداشتی	
B.T.S= ۱۳۰۶۴/۱۹۱      K.M.O. = ۰/۸۶۱ $p < ۰/۰۰۱$				

در مورد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت نیز نتایج تحلیل عاملی بیانگر این بود که این متغیر شامل سه عامل اساسی است که عوامل آن به ترتیب درصد واریانس ارزش ویژه در تبیین سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت عبارتند از: (۱) سرمایه فرهنگی متجسم؛ (۲) سرمایه فرهنگی عینی و (۳) سرمایه فرهنگی نهادینه شده. بیشترین مقدار ویژه به عامل اول (سرمایه فرهنگی متجسم) حدود ۵/۵۵۴٪ و کمترین مقدار ویژه به عامل سوم (سرمایه فرهنگی نهادینه شده) حدود ۱/۱۴۴٪ اختصاص داشت. در مجموع این سه عامل توانسته‌اند ۶۵/۳۸۴٪ از واریانس کل سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت را تبیین کنند که نشان‌دهنده معیار مطلوبی است.

جدول (۲) نتایج تحلیل عاملی مقیاس سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت با روش مؤلفه‌های اصلی

عامل	گویه	بار عاملی	مقادیر ویژه	واریانس تبیین شده	درصد تبیین شده کل
سرمایه فرهنگی متجسم	میزان تمایل و علاقمندی به تماشای اخبار و ویژه برنامه‌های پزشکی و سلامت	۰/۸۰۱	۵/۵۵۵	۴۲/۲۵۰	۶۵/۳۷۴
	میزان آگاهی و معلومات در مورد شیوه‌های پیشگیری از امراض	۰/۷۹۱			
	میزان آگاهی و معلومات در مورد علائم و نشانه‌های ظاهری بیماری	۰/۷۸۲			
	میزان تمایل و علاقمندی به بحث و تبادل اطلاعات در مورد مباحث سلامت	۰/۷۷۳			
	میزان آگاهی و معلومات در مورد خواص میوه‌ها	۰/۷۳۷			
	میزان آگاهی و معلومات در مورد خواص انواع غذاها	۰/۷۱۵			
	میزان آگاهی و معلومات در مورد خواص گیاهان دارویی	۰/۷۱۳			
	میزان آگاهی و معلومات در مورد خواص انواع سبزیجات	۰/۶۹۳			
	میزان اهمیت بخشی پذیری از مهمانان با استفاده از غذاهای سالم و کم‌چرب	۰/۵۶۰			
سرمایه فرهنگی پنهانی	میزان دسترسی به امکانات و منابع برای کسب اطلاعات پزشکی	۰/۹۱۱	۱/۸۰۱	۱۳/۸۵۷	
	میزان استفاده از امکانات و وسایل ورزشی و تفریحی	۰/۸۹۵			
سرمایه فرهنگی نهادینه شده	داشتن مدرک یا گواهینامه خاص در مورد مسائل بهداشت و سلامت	۰/۹۰۰	۳۳/۱۰۱	۸/۸۰۸	
	داشتن مهارت یا تخصص عملی در حوزه بهداشت و سلامت	۰/۷۷۷			

B.T.S= ۲۷۲۵/۸۷۴ K.M.O. = ۰/۸۳۶  $p < ۰/۰۰۱$

ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده نشان داد که پایایی گویه‌های هر کدام از ابعاد مورد بررسی در حد بالا و پایداری درونی میان گویه‌های هر کدام از ابعاد از وضعیت قابل قبولی برخوردار است (ضرایب آلفای کرونباخ کلیه ابعاد بالاتر از ۰/۷۰ به دست آمد). همچنین، ضریب آلفای کل سبک زندگی سالم برابر با ۰/۹۱۴ و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت برابر با ۰/۸۶۲ بود که حاکی از مطلوبیت پایایی آنهاست (نک جدول شماره ۳).

جدول (۳) معرفیها و ضریب پایایی نهایی ابعاد متغیرهای مستقل و وابسته

مفهوم	ابعاد	تعداد گویه	$\alpha$	$\alpha$ کل
سبک زندگی سالم	تغذیه	۱۲	۰/۸۷۹	۰/۹۱۴
	مدیریت استرس	۷	۰/۸۷۶	
	پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی	۶	۰/۸۰۵	
	ورزش و فعالیت بدنی	۷	۰/۹۳۰	
	مسئولیت پذیری سلامت	۸	۰/۹۱۶	
	بهداشت خرید	۴	۰/۹۱۹	
سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت	سرمایه فرهنگی متجسم	۹	۰/۸۹۲	۰/۸۶۲
	سرمایه فرهنگی عینی	۲	۰/۷۲۹	
	سرمایه فرهنگی نهادینه شده	۲	۰/۷۵۱	

## یافته‌ها

### ۱- بررسی ویژگیهای فردی و جمعیتی نمونه

جمعیت نمونه ۴۱۲ نفری این تحقیق مشتمل بر ۵۸٪ مرد، و ۴۲٪ زن. از لحاظ وضعیت تأهل، ۸۸/۳٪ متأهل، ۱/۷٪ مجرد، ۶/۶٪ بی همسر در اثر فوت همسر و ۳/۴٪ نیز فاقد همسر در اثر طلاق بوده‌اند. در این بین، بیشترین فراوانی (۳۶۴ نفر) متعلق به متأهلین بوده‌اند. 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 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، بجز 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 ابتلاء 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 (۴) توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک میان بیماران عروق کرونر

متغیر	مقوله	f	%	متغیر	مقوله	f	%		
جنسیت	مرد	۲۳۹	۵۸	تحصیلات	بی‌سواد	۹۰	۲۱/۸		
	زن	۱۷۳	۴۲		ابتدایی	۶۱	۱۴/۸		
وضعیت تاهل	متاهل	۳۶۴	۸۸/۳		راهنمایی	۱۰۹	۲۶/۵		
	مجرد	۷	۱/۷		متوسطه	۷۳	۱۷/۷		
	بی‌همسر در اثر فوت همسر	۲۷	۶/۶		کارדانی	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		سابقه بیماری قلبی در خانواده	دارد	۱۷۶	۴۲/۷	
لر		۵۸	۱۴/۱			ندارد	۲۳۶	۵۷/۳	
وضعیت اشتغال		بلوچ	۲۲	۵/۳	سابقه بیماری جسمی	دارد	۱۰۶	۲۵/۷	
		عرب	۱۹	۴/۶		ندارد	۳۰۶	۷۴/۳	
		ترکمن	۱۳	۳/۲	سابقه بیماری روحی-روانی	دارد	۳۱	۷/۵	
		شاغل	۱۷۷	۴۳		ندارد	۳۸۱	۹۲/۵	
		وضعیت اشتغال	بیکار	۲۳	۵/۶	سابقه عمل جراحی	دارد	۲۵۰	۶۰/۷
			بازنشسته	۶۴	۱۵/۵		ندارد	۱۶۲	۳۹/۳
	خانه‌دار		۱۴۸	۳۵/۹					

## ۲- توصیف مقیاسهای اصلی تحقیق

مطالعه وضعیت سبک زندگی سالم و ابعاد آن در میان مطالعه شونده‌گان نشان داد که متوسط نمرات تغذیه ۲۹/۲ ( $SD=۳/۴$ )، متوسط نمرات مدیریت استرس ۱۷ ( $SD=۲/۹$ )، متوسط نمرات پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات

الکلی ۲۱ ( $SD=۲/۵$ )، متوسط نمرات ورزش و فعالیت بدنی ۱۳ ( $SD=۴/۳$ )، متوسط نمرات مسئولیت پذیری سلامت ۲۱/۵ ( $SD=۷/۸$ ) و متوسط نمرات بهداشت خرید ۱۱/۷ ( $SD=۲/۹$ ) بوده است. متوسط نمرات مقیاس کل سبک زندگی سالم نیز ۱۹ ( $SD=۳/۸$ ) به دست آمد (نک جدول شماره ۵). بر این اساس، وضعیت سبک زندگی بیماران در حد متوسط بوده و از مطلوبیت چندانی برخوردار نبوده است. از میان ابعاد مربوطه، سطح ورزش و فعالیت بدنی در حد پایین؛ وضعیت تغذیه و مدیریت استرس کمی پایین تر از متوسط؛ سطح مسئولیت پذیری سلامت کمی بالاتر از متوسط؛ سطح بهداشت خرید بالاتر از متوسط و نهایتاً وضعیت پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی در سطح بالا و مطلوبی تلقی می گردد.

در مورد وضعیت سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و ابعاد مربوطه نیز نتایج نشان داد که متوسط نمرات بعد سرمایه فرهنگی متجسم ۲۳/۵ ( $SD=۵/۴۲$ )؛ متوسط نمرات بعد سرمایه فرهنگی عینی ۴/۷ ( $SD=۱/۶۱$ ) و متوسط نمرات بعد سرمایه فرهنگی نهادی ( $SD=۰/۸۲$ ) بوده است. همچنین، متوسط نمرات مقیاس کل سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت ۶/۸ ( $SD=۱/۸۲$ ) به دست آمد. نتایج حاکی از این است که سطح سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت در میان بیماران پایین تر از حد متوسط بوده و از وضعیت نامطلوبی برخوردار بوده است (نگاه کنید به جدول شماره ۵). از میان ابعاد سه گانه، سطح سرمایه فرهنگی متجسم و عینی کمی بالاتر از حد متوسط و سطح بعد سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت در حد کاملاً نامناسبی قرار داشت.

جدول (۵) توزیع پراکنندگی متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

Max	Min	K	Skew	SD	M	متغیر
۳۷	۲۲	-۰/۲۱۶	-۰/۱۲۳	۳/۴	۲۹/۲	تغذیه دامنه نمرات (۱۲ الی ۴۸)
۲۶	۸	۰/۷۹۵	-۰/۲۱۶	۲/۹	۱۷	مدیریت استرس دامنه نمرات (۷ الی ۲۸)
۲۴	۱۰	۴/۴۴۵	-۲/۱	۲/۵	۲۱/۲	پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی دامنه نمرات (۶ الی ۲۴)
۲۴	۹	-۰/۵۰۹	۰/۸۳۱	۴/۳	۱۳	ورزش و فعالیت بدنی دامنه نمرات (۷ الی ۲۸)
۳۱	۱۲	-۰/۹۳۹	۰/۱۳۸	۴/۸	۲۱/۵	مسئولیت پذیری سلامت دامنه نمرات (۸ الی ۳۲)
۱۶	۴	-۰/۵۰۲	-۰/۴۴۲	۲/۹	۱۱/۷	بهداشت خرید دامنه نمرات (۴ الی ۱۶)
۳۰	۹	-۰/۰۱۳	۰/۲۲۳	۳/۸	۱۹	مقیاس کل سبک زندگی سالم دامنه نمرات (۶ الی ۳۰)
۳۶	۱۳	-۰/۸۱۵	۰/۲۰۶	۵/۴۲	۲۳/۵	سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت دامنه نمرات (۹ الی ۳۶)
۸	۲	-۱/۰۶۰	۰/۵۳۰	۱/۶۱	۴/۷	سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت دامنه نمرات (۲ الی ۸)
۵	۲	۱/۰۴۷	۱/۳۸	۰/۸۲	۲/۷	سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت دامنه نمرات (۲ الی ۸)
۱۲	۴	-۰/۱۳۰	۰/۸۸۵	۱/۸۲	۶/۸	مقیاس کل سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت دامنه نمرات (۳ الی ۱۲)

### ۳- تفاوت‌های جنسیتی در میزان برخورداری از ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت

به منظور بررسی و مقایسه ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت در میان مردان و زنان از آزمون تی دو گروه مستقل استفاده شده است. جدول شماره (۶) مقدار آزمون تی و آماره‌های مربوطه را نشان می‌دهد. براساس داده‌های این جدول، میانگین نمرات «سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت» در میان مردان برابر  $23/23$  ( $SD=5/5$ ) و در میان زنان برابر  $23/80$  ( $SD=5/4$ ) بود. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین نمرات این بعد در میان دو گروه جنسی از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌داری نبود ( $p=0/299$ ). بنابراین فرض  $H_1$  (فرض محقق) مبنی بر وجود تفاوت میانگین بین دو گروه رد شد. این به معنای این است که میزان دسترسی و بهره‌مندی هر دو جنس به منابع سرمایه فرهنگی متجسم تقریباً یکسان و مشابه بوده است و تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین مردان و زنان مشاهده نشد. میانگین نمرات «سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت» در میان مردان برابر  $4/93$  ( $SD=1/6$ ) و در میان زنان برابر  $4/40$  ( $SD=1/5$ ) بود. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین نمرات این بعد در میان دو گروه جنسی از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌داری نبود ( $p=0/001$ ). بنابراین فرض  $H_1$  (فرض محقق) مبنی بر وجود تفاوت میانگین بین دو گروه پذیرفته شد. این به معنای این است که مردان نسبت به زنان از منابع سرمایه فرهنگی عینی بیشتری برای تأمین سلامتی خود برخوردار بوده‌اند.

میانگین نمرات «سرمایه فرهنگی نهادی مرتبط با سلامت» در میان مردان برابر  $2/64$  ( $SD=0/85$ ) و در میان زنان برابر  $2/46$  ( $SD=0/78$ ) بود. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین نمرات این بعد در میان دو گروه جنسی

از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌داری بود ( $p=0/530$ ). بنابراین فرض  $H_1$  (فرض محقق) مبنی بر وجود تفاوت میانگین بین دو گروه تأیید شد. این نشان می‌دهد در جامعه مورد بررسی مردان نسبت به زنان از شرایط بهتری برای کسب سرمایه فرهنگی نهادی مرتبط با سلامت برخوردار بوده و در مقابل زنان از فرصتهای محدودتری در این زمینه بهره‌مند بوده‌اند. جدول (۶) آزمون تفاوت میانگین ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت در بین مردان و زنان

متغیر	گروهها	M	SD	t	p
سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت دامنه (۹ الی ۳۶)	مرد	۲۳/۲۳	۵/۵	۰/۲۹۹	۱/۰۴۰
	زن	۸۰/۲۳	۵/۴		
سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت دامنه (۲ الی ۸)	مرد	۴/۹۳	۱/۶	۰/۰۰۱	۳/۳۶۳
	زن	۴/۴۰	۱/۵		
سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت دامنه (۲ الی ۸)	مرد	۲/۶۴	۰/۸۵	۰/۰۳۵	۲/۱۱۰
	زن	۲/۴۶	۰/۷۸		

#### ۴- همبستگی ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت با ابعاد سبک زندگی سالم

تحلیل روابط سرمایه فرهنگی و ابعاد آن با مؤلفه‌های سبک زندگی سالم حاکی از رابطه مثبت و تعیین‌کننده میان آنها بود (نک جدول شماره ۷). نتایج نشان داد که بین «سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت» و کلیه ابعاد سبک زندگی سالم همبستگی مثبت وجود داشت. در این بین بیشترین ضریب همبستگی با بعد «مسئولیت‌پذیری سلامت» ( $0/660$ ) و کمترین ضریب همبستگی با بعد «پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی» ( $0/232$ ) به‌دست آمد. بین «سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت» و کلیه ابعاد سبک زندگی سالم

نيز همبستگی مثبت مشاهده شد. در اين بين بیشترین ضريب همبستگی با بعد «مسئولیت پذیری سلامت» (۰/۶۸۰) و کمترین ضريب همبستگی با بعد «پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی» (۰/۱۰۵) به دست آمد.

همچنین، بين «سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت» و کلیه ابعاد سبک زندگی سالم همبستگی مثبت مشاهده شد. در اين بين بیشترین ضريب همبستگی با بعد «ورزش و فعالیت بدنی» (۰/۴۳۱) و کمترین ضريب همبستگی با بعد «پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی» (۰/۱۱۵) به دست آمد.

نتایج حاضر، بیانگر تأیید فرض H۱ (فرض محقق) مبنی بر وجود روابط مثبت بين ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و مؤلفه های سبک زندگی سالم بود. این امر نشان می دهد که هر اندازه افراد در طول زندگی از منابع فرهنگی مرتبط با سلامت بیشتری بهره مند باشند، به همان اندازه نیز می توان انتظار داشت که سبکهای زندگی سالم تری از خود به نمایش بگذارند.

جدول (۷) آزمون همبستگی بين ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت با ابعاد سبک زندگی سالم

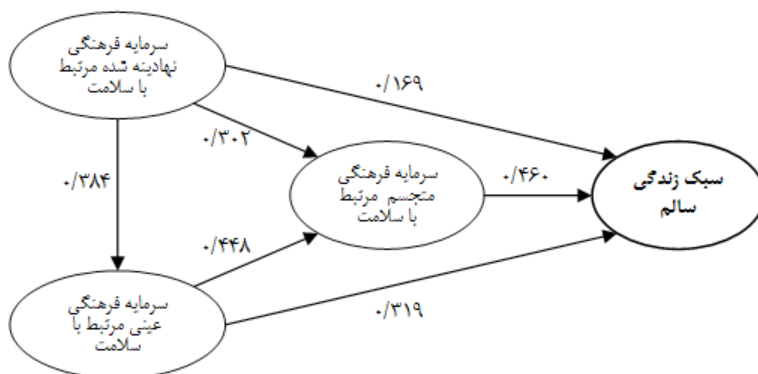
ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت			ابعاد سبک زندگی سالم
سرمایه فرهنگی نهادینه شده	سرمایه فرهنگی عینی	سرمایه فرهنگی متجسم	
۰/۳۶۶**	۰/۱۴۸**	۰/۴۱۹**	تغذیه
۰/۲۸۳**	۰/۲۴۷**	۰/۴۳۱**	مدیریت استرس
۰/۱۱۵*	۰/۱۰۵*	۰/۲۳۲**	پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی
۰/۴۳۱**	۰/۵۱۱**	۰/۴۳۷**	ورزش و فعالیت بدنی
۰/۳۸۲**	۰/۶۸۰**	۰/۶۶۰**	مسئولیت پذیری سلامت
۰/۲۸۹**	۰/۵۹۷**	۰/۵۲۹**	بهداشت خرید

$p > 0.05$  \*  $p > 0.01$  \*\*

### ۵- تحلیل مسیر تأثیر سرمایه فرهنگی بر سبک زندگی سالم

بررسی اثرات ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و مکانیسم این اثرگذاری (مستقیم یا غیرمستقیم) روی سبک زندگی سالم، بر اساس مدل تحلیل مسیر نشان داد که از میان ابعاد سه گانه سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، بعد سرمایه فرهنگی متجسم با بیشترین ضریب ( $\beta=0/460$ )، در پیش‌بینی سبک زندگی سالم از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است. یعنی با کنترل سایر ابعاد، به ازای یک انحراف استاندارد تغییر در این بعد، سبک زندگی سالم به میزان  $0/460$  انحراف استاندارد تغییر می‌کند. بعد سرمایه فرهنگی عینی نیز با ضریب ( $\beta=0/319$ )، پس از سرمایه فرهنگی متجسم، بیشترین تأثیر را در پیش‌بینی سبک زندگی سالم داشته است. سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت نسبت به سایر ابعاد از ضریب مسیری کمتری ( $\beta=0/169$ ) برخوردار بوده است. به‌طور کلی، ضرایب به‌دست آمده حاکی از این هستند که روابط مثبتی بین ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و سبک زندگی سالم وجود دارد. همچنین، سرمایه فرهنگی عینی از طریق سرمایه فرهنگی متجسم به صورت غیرمستقیم به میزان  $\beta=0/206$  بر سبک زندگی سالم اثر دارد. سرمایه فرهنگی نهادینه شده نیز از طریق ابعاد سرمایه فرهنگی ذهنی و عینی به صورت غیرمستقیم نیز به میزان  $\beta=0/339$  بر سبک زندگی سالم اثر دارد. در مجموع  $62/4\%$  از تغییرات مربوط به سبک زندگی توسط این سه متغیر تبیین می‌شود. میزان واریانس تبیین نشده، متأثر از متغیرهای خارج از چارچوب مدل نظری این تحقیق است.





شکل (۱) تحلیل مسیر اثرات ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت بر سبک زندگی

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر رابطه بین سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و سبک زندگی افراد پیش از ابتلاء به بیماری عروق کرونر نشان داد که وضعیت سبک زندگی بیماران از نقطه نظر سلامت محوری به طور کلی در سطح مطلوبی گزارش نشده است. به طوری که میانگین نمره مقیاس کل سبک زندگی آنها در حد «متوسط» بوده است. نتایج تحقیق حاضر، با یافته‌های محسنی پویا و همکاران (۱۳۹۴)، محمدی زیدی و همکاران (۱۳۸۴) و رشیدی و بهرامی (۱۳۹۴) مبنی بر اینکه سبک زندگی در میان بیماران قلبی نامطلوب است، مطابقت داشت. این امر بیانگر این است که افراد مورد مطالعه شاخصه‌های زندگی سالم و رفتارهای ارتقاءبخش سلامت را کمتر در زندگی رعایت کرده‌اند. از میان ابعاد مورد بررسی سبک زندگی، سطح «ورزش و فعالیت بدنی» در وضعیت «نامطلوب» گزارش شده بود. در ابعاد «تغذیه» و «مدیریت استرس» میانگین نمرات بیماران

«کمی پایین تر از حد متوسط» بود. سطح «مسئولیت پذیری سلامت» نزدیک به حد «متوسط» و وضعیت «بهداشت خرید» «بالا تر از حد متوسط» به دست آمد. تنها در بعد «پرهیز از مصرف مواد دخانی و مشروبات الکلی»، میانگین نمره بیماران در وضعیت «مطلوب» قرار داشت، به طوری که، عده زیادی از بیماران یا اصلاً هیچ نوع مواد دخانی یا ماده الکلی مصرف نکرده بودند یا اینکه هیچ نوع تمایلی برای استعمال این مواد نیز نداشته‌اند. این یافته‌ها، با نتایج مطالعات محمدی‌زیدی و همکاران (۱۳۸۴)، عابدی و همکاران (۱۳۹۲) و رشیدی و بهرامی (۱۳۹۴) هم‌سو بود، زیرا نتایج تحقیقات آنها نشان داد که بیماران قلبی دارای فعالیت بدنی پایین، تغذیه نامناسب، و مدیریت استرس در حد متوسط بوده‌اند. همچنین، یافته‌های این پژوهش در رابطه با اینکه که وضعیت مسئولیت‌پذیری سلامت در میان بیماران در سطح متوسط بود با یافته‌های محسنی پویا و همکاران (۱۳۹۴) هم‌سو و با یافته‌های رشیدی و بهرامی (۱۳۹۴) مغایرت داشت. نهایت اینکه، نتایج این پژوهش، در زمینه گرایش بیماران به مصرف دخانیات و مشروبات الکلی مؤید نتایج تحقیق عابدی و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر وضعیت مطلوب بیماران در این زمینه بود. با این وجود، با نتایج داده‌های محسنی پویا و همکاران (۱۳۹۴) و محمدی‌زیدی و همکاران (۱۳۸۴) مغایرت داشت. این امر به معنای این است که افراد مطالعه شونده برخلاف انتظار در طول زندگی گرایش کمتری به مصرف سیگار و مشروبات الکلی داشته و مصرف این‌گونه مواد به‌عنوان یک از مهم‌ترین ریسک فاکتورهای بیماریهای قلبی عروقی در میان آنها در سطح پایینی بوده است.

در رابطه با وضعیت سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت در میان بیماران، یافته‌ها نشان داد که سطح برخورداری مطالعه شونده‌گان از این مقیاس، «پایین تر از حد

متوسط» و از وضعیت نامطلوبی برخوردار بود. از میان ابعاد سه‌گانه مورد مطالعه، سطح سرمایه فرهنگی متجسم و عینی مرتبط با سلامت کمی بالاتر از حد متوسط، و سطح سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت «کاملاً نامطلوب» بود. «سرمایه فرهنگی دارای سه منشاء است: تربیت خانوادگی، آموزش‌های رسمی و فرهنگ شغلی. انباشت سرمایه فرهنگی از طریق این سه منبع سبب بروز تفاوت‌هایی در میان دارندگان آن و کسانی که فاقدش هستند، می‌شود» (فاضلی، ۱۳۸۲). از آنجایی که واگذاری سرمایه فرهنگی و ابعاد مختلف آن (به‌ویژه سرمایه فرهنگی نهادینه شده) به آسانی میسر نیست و کسب آن به شرایط معینی بستگی دارد، می‌توان استدلال کرد که دسترسی به منابع سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت و بهره‌مندی از این منابع نیز متأثر از عوامل مختلف و زمینه‌های فکری، فرهنگی خاصی است که طی نسل‌های متعدد ایجاد خواهد شد. «با توجه به نابرابری‌های آشکار توزیع منابع و امکانات در جامعه ایران» (تقوایی، ۱۳۹۰) به همراه سطح تحصیلات و منزلت شغلی پایین عده زیادی از نمونه‌ها در این پژوهش (نگاه کنید به جدول شماره ۴) می‌توان ادعا کرد که اغلب مطالعه‌شوندگان در طول زندگی با موانع و مشکلات عمده‌ای مواجه بوده و بدین ترتیب فرصت‌ها و شانسه‌های کمتری برای کسب انواع سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت پیرامون آنها وجود داشته است.

نتایج تحقیق نشان داد که جنسیت نقش مهمی در میزان بهره‌مندی و دسترسی به اشکال مختلف سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت ایفا می‌کند. در میان ابعاد سه‌گانه سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، میانگین نمرات دو بعد (بعد عینی و نهادینه شده) با توجه به جنسیت متفاوت بود، به طوری که اختلاف معنی‌داری آماری میان دو گروه جنسی مشاهده شد. با وجود این، میانگین نمرات دو گروه جنسی در بعد سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت با هم متفاوت نبود.

یافته‌های حاضر از لحاظ نظری با مفروضات آبل (۲۰۰۸) و بوردیو (۱۹۸۶) مطابقت دارند. از آنجایی که از دیدگاه آنها کسب انواع مختلف سرمایه در گرو موقعیت طبقاتی و انواع فرصتهای ساختاری است که عاملان اجتماعی از آن برخوردار هستند، می‌توان استدلال کرد که در جامعه ایران، زنان در مقایسه با مردان از موقعیتهای و فرصتهای ساختاری محدودتری بهره‌مند هستند. لذا، شانسهای کمتری برای دستیابی به ابعاد عینی و نهادینه‌شده سرمایه‌های فرهنگی مرتبط با سلامت در اختیار آنها وجود دارد. در مورد عدم تفاوت میانگین سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت در میان زنان و مردان نیز می‌توان ادعا کرد که طبق مطالعات قبلی (آبل، ۲۰۰۸)، انتظار بر این بوده است که قشر زنان نسبت به مردان از این نوع سرمایه به مراتب بیشتر بهره‌مند باشند، اما با توجه به اینکه یکی از مهم‌ترین مولفه‌های کسب این نوع سرمایه، میزان دانش و آگاهی است و از آنجاییکه قشر زنان در این پژوهش نسبت به مردان از میزان تحصیلات پایین‌تری برخوردار بوده‌اند، بنابراین میزان دسترسی و بهره‌مندی آنان از منابع و ابزارهای اطلاعاتی که به تقویت این نوع سرمایه بیانجامد کمتر بوده است و اختلاف معنی‌دار آماری در وضعیت نمرات بین دو گروه جنسی مشاهده نشده است.

نتایج مطالعات پیشین (کامفیاس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کامین و همکاران، ۲۰۱۳؛ گاجن و همکاران، ۲۰۱۵؛ عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۳) بیانگر رابطه مثبت ابعاد مختلف سرمایه فرهنگی با مؤلفه‌های سبک زندگی سالم بودند. نتایج این پژوهش نیز هم‌جهت با یافته‌های سابق، بیانگر همبستگی مثبت ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت (متجسم، عینی و ذهنی) با ابعاد مختلف سبک زندگی سالم بود. این نتایج نیز به‌طور کامل تأییدکننده مبانی نظری پژوهش هستند، زیرا مفروضات نظری آبل (۲۰۰۸) و بوردیو (۱۹۸۴) بر روابط مثبت ابعاد سرمایه

فرهنگی با مولفه‌های سبک زندگی سالم تأکید داشته‌اند. در همین راستا آبل (۲۰۰۸) ادعا می‌کند «سرمایه فرهنگی در به کارگیری آن دسته از منابع مالی که صرف سلامت و سبک زندگی سالم می‌شوند نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. «رفتار تغذیه‌ای» و «الگوهای فعالیت بدنی» دو نمونه مرتبط در این زمینه هستند. ارزشهای مرتبط با سلامت، دانش در مورد خواص بهداشتی تولیدات مواد غذایی خاص و هنجارهایی که هدایت‌کننده رفتارهای سالم هستند از جمله منابع فرهنگی محسوب می‌شوند که جهت‌گیرها و انتخابهای مردم (همچون عادات غذا خوردن و فعالیت بدنی) را شکل می‌دهند».

نظر به این که در این تحقیق یافته‌ها حکایت از این داشت که ۶۲/۴٪ از تغییرات مربوط به سبک زندگی با استفاده از تغییرات ابعاد سه‌گانه «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» قابل تبیین است، در این بین، بعد سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت با بیشترین ضریب ( $\beta=0/460$ )، در پیش‌بینی سبک زندگی سالم از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است که با نظریه آبل (۲۰۰۷) هم‌راستا است. زیرا وی استدلال می‌کند که انواع مختلف سرمایه فرهنگی به یکدیگر وابسته هستند و اثرات ترکیبی آنها به منظور بهبود سلامت گروهها و اقشار مختلف اجتماعی سودمند هستند. همچنین، هنگامی که بحث سواد سلامت و سبکهای زندگی سالم در میان است، سرمایه فرهنگی متجسم مهم‌ترین نقش را در توسعه و حفظ آن دسته از ارزشها، ادراکات و رفتارهای بازی می‌کند که هم به تولید تندرستی و هم به تمایز اجتماعی کمک می‌کنند.

با توجه به یافته‌های حاضر می‌توان استدلال کرد که منابع فرهنگی از جمله عوامل تعیین‌کننده کنشهای افراد و پیش‌شرطهای اساسی برای جهت‌گیرهای رفتار عاملان در محدوده‌های ساختاری هستند. این منابع از طریق فرایند

جامعه‌پذیری، گرایشها و سلايق افراد را درون هر طبقه اجتماعی و نسل خاص، به وجود می‌آورند، به طوری که سبک زندگی متناسب با آن طبقه یا نسل ایجاد خواهد شد. لذا، ترویج منابع فرهنگی مرتبط با سلامت (همچون آگاهی، مهارتها، ارزشها، هنجارها، وسایل و امکانات ارتقاء دهنده تندرستی و...) عناصری کلیدی در تولید و بازتولید سبکهای زندگی سالم هستند. پیامد این امر کاهش نابرابریهای اجتماعی-فرهنگی در حوزه سلامت خواهد بود، به طوری که موجبات پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مزمن (بیماریهای قلبی، سرطان، دیابت و...) را برای اغلب کنش‌گران در سطوح مختلف (فردی و جمعی) فراهم خواهند ساخت.

پژوهش حاضر علیرغم نقاط مثبت و یافته‌های نو، با موانع و محدودیتهای نیز روبه رو بوده است. این محدودیتهای شامل مورد زیر بوده‌اند: (۱) نبودن حوزه مطالعاتی جامعه‌شناسی سلامت و محدودیت رویکردهای نظری و جامع در زمینه سبک زندگی سالم. (۲) اغلب ابزارها و مقیاسهای طراحی شده برای سنجش مسائل مربوط به این حوزه دارای نواقص و اشکالات زیادی بوده و طراحی شاخصها و مقیاسهای کاربردی‌تر در این پژوهش نیازمند تخصیص وقت و زمان بیشتری بود. (۳) از آنجایی که مطالعه حاضر نوعی مطالعه گذشته‌نگر بوده است، ممکن است افراد مطالعه شونده در اثر گذشت زمان و حساس شدن نسبت به سبک زندگی خود تا حدودی سبک زندگی خود را سالم‌تر ارزیابی کرده باشند. (۴) مقطعی بودن مطالعه حاضر از لحاظ زمانی، تا حدودی باعث کاهش قدرت تعمیم یافته‌ها شده است. (۵) دشواریهای انجام مصاحبه به‌ویژه با آن دسته از بیمارانی که دارای درد و ناراحتی بیشتری بودند. (۶) ناهماهنگی در میان نهادها و ارگانهای ذیربط همراه با وجود فرایندهای بوروکراتیک و طولانی مدت جهت صدور انواع مجوزها برای انجام پژوهش حاضر.

- به منظور رفع نواقص و کاستیهای پژوهش در این حوزه و انجام مطالعات بهتر توسط محققان و پژوهشگران پیشنهادت زیر ارائه می‌گردد:
۱. استفاده و بهره‌گیری از روشهای کیفی به مثابه روشی برای درک لایه‌ها زیرین و کشف دلایل جهت‌گیریهای رفتاری سالم یا ناسالم در بین بیماران.
  ۲. تلاش برای انجام پژوهشهای میان رشته‌ای با تلفیق رویکردهای پزشکی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در حوزه سلامت.
  ۳. انجام مطالعات طولی با هدف شناخت در مورد میزان و چگونگی سرمایه‌های فرهنگی مرتبط با سلامت و نقش آنها بر تغییرپذیری ابعاد سبک زندگی سالم در میان گروههای مختلف.
  ۴. انجام پژوهشهای مقایسه‌ای با هدف بررسی اثرات سرمایه‌های فرهنگی مرتبط با سلامت بر سبک زندگی سالم بین گروههای جمعیتی سالم و بیمار.
  ۵. تلاش برای انجام تحقیقات علمی گسترده‌تر با هدف شناخت و کشف انواع گوناگون سرمایه‌های فرهنگی مرتبط با سلامت در میان خرده فرهنگها و گروههای قومی مختلف و اثرات این نوع سرمایه‌ها بر جهت‌گیریهای رفتاری سالم یا ناسالم.
  ۶. انجام مطالعات مقایسه‌ای با هدف بررسی میزان و چگونگی سرمایه‌های فرهنگی مرتبط با سلامت در میان انواع بیماران مبتلاء به بیماریهای مزمن (بیماریهای قلبی عروقی، سرطان، دیابت و ...) با هدف درک بهتر تمایزات ابعاد سبک زندگی سالم در میان آنها.

- باکاک، ر. (۱۳۸۱). **مصرف** (خ. صبوری، ترجمه). تهران: نشر شیرازه.
- جهانی، ع. و همکاران (۱۳۹۲). ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر. **مجله سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت**، ۱۲(۱)، ۱۹-۲۴.
- تقوایی، م.، وارثی، ح. ر. و شیخ بیگلو، ر. (۱۳۹۰). تحلیل نابرابری های توسعه ناحیه ای در ایران. **فصلنامه پژوهشهای جغرافیای انسانی** (پژوهش های جغرافیایی)، ۴۳ (۷)، ۱۶۸-۱۵۳.
- رشیدی، س. و بهرامی، م. (۱۳۹۴). عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان بستری در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. **مجله پرستاری و مامایی ارومیه**، ۱۳(۲)، ۹۸-۹۰.
- خادیمان، ط. (۱۳۹۰). **سبک زندگی و مصرف فرهنگی، مطالعه ای در حوزه جامعه‌شناسی فرهنگی و دیباچه ای بر سبک زندگی فرهنگی ایرانیان**. تهران: انتشارات جهان کتاب، چاپ سوم.
- عابدی، ح. ع.، بیک محمدی، س.، عبدیزدان، غ. ح. و نظری، ح. (۱۳۹۲). بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی-عروقی پس از ترخیص از مرکز آموزشی درمانی قلب و عروق سیدالشهدا (ع) ارومیه در سال ۱۳۹۱. **مجله پرستاری و مامایی ارومیه**، ۱۱(۱۲)، ۹۵۴-۹۴۴.
- عباس زاده، م.، علیزاده اقدم، م. ب. و رحیمی دهگلان، ن. (۱۳۹۳). سنجش میزان تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر رفتارهای سلامت محور بین شهروندان شهر ارومیه. **مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران**، ۳(۲)، ۲۶۰-۲۳۹.
- عباس زاده، م.، علیزاده اقدم، م. ب.، بدری گرگری؛ ر. و ودادهیر، ا. ع. (۱۳۹۱). بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان. **فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی**، ۱(۱)، ۱۶۱-۱۱۹.
- علی پور، ا. (۱۳۹۰). **مقدمات روانشناسی سلامت**. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- فاضلی، م. (۱۳۸۲). **مصرف و سبک زندگی**. تهران: نشر صبح صادق.
- قاسمی، و.، ربانی، ر.، ربانی خوراسگانی، ع. و علیزاده اقدم، م. ب. (۱۳۸۷). تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌های سبک زندگی سالم. **مسائل اجتماعی ایران**، ۱۶(۶۳)، ۲۱۳-۱۸۱.
- محمدی، ج.، ودادهیر، ا. ع. و محمدی، ف. (۱۳۹۱). مناسبات سرمایه فرهنگی و سبک زندگی: پیمایشی در میان شهروندان طبقه متوسط شهر سنندج. **مجله جامعه‌شناسی ایران**، ۱۳(۴)، ۲۳-۱.
- محمدی زیدی، ع.، حیدرنیای، ع. ر. و حاجی زاده، ا. (۱۳۸۴). بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی. **دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی**، ۱۳(۶۱)، ۵۶-۴۹.



- 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: D. V. McQueen, I. Kickbusch & L. Potvin (Eds.). Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion (41-71). New York: Springer Press.
- Abel, T. (2008). Cultural Capital and Social Inequality in Health. *Journal of Epidemiological Community Health*, 62, 7.
- Appelrouth, S. & Ddesfor Edles, L. (2008). *Classical and Contemporary Sociological Theory: Text and Readings*, London, Pine Forge Press.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge.
- Bourdieu, P. (1986). *The Forms of Capital*. In J. G. Richardson (Ed.). Handbook of Theory and Research for Sociology of Education. New York: Greenwood Press.
- Bygren, L. O., Weissglas, G., Wikstrom, B. M. & Konlaan, B. B. (2009). Cultural Participation and Hhealth: A Randomized Controlled Trial among Medical Care Staff, *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 469- 73.
- Cockerham, W. C. (2001). *Medical Sociology*. 8th Ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Cockerham, W. C. (2013). *Bourdieu and an Update of Health Lifestyle Theory*. In W. C. Cockerham (Ed.). Medical Sociology on the Move. London: Springer.
- Frohlich, K. L., Corin, E. & Potvin, L. (2001). A Theoretical Proposal for the Relationship between Context and Disease. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 776-797.
- Gagne, T., Frohlich, K. L. & Abel, T. (2015). Cultural Capital and Smoking in Young Adults: Applying New Indicators to Explore Social Inequalities in Health Behaviour. *European Journal of Public Health*, 25 (5), 818-823.
- Grineski, S. E. (2009). Parental Accounts of Children's Asthma Care: The Role of Cultural and Social Capital in Health Disparities, *Sociological Focus*, 42 (2), 107-32.
- House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1998). Social Relationships and Health. *Science*, 241(4865), 540-545.

- Khawaja, M. & Mowafi, M. (2007). Types of Cultural Capital and Self-rated Health among Disadvantaged Women in Outer Beirut, Lebanon. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(5), 475–480.
- Krieger, N. (2003), *Theories for Social Epidemiology in the twenty-first century: an ecosocial perspective*. In: R. Hofrichter (Ed.). Health and Social Justice (428-450). San Francisco: Jossey- Bass Press.
- 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.
- 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.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (2000), *Social Determinants of Health*. Oxford: University Press.
- Morgan, A., Davies, M. & Ziglio, E. (Editors) (2010). *Health assets in a global context - theory, methods, action*. London: Springer.
- Morrow, V. (1999). Conceptualising Social Capital in Relation to the Well-being of Children and Young People: A Critical Review. *The Sociological Review*, 47(4), 744–765.
- Pinxten, W. & Lievens, J. (2014). The Importance of Economic, Social and Cultural Capital in Understanding Health Inequalities: Using a Bourdieu-based Approach in Research on Physical and Mental Health Perceptions. *Social Health Illn*, 36(7), 1095-1110.
- Swartz, D. (1997), *Culture and Power: The Sociology of Pierre Bourdieu*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shim, K. J. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and The Dynamics of Unequal Treatment. *J Health Soc Behav*, 51(1), 1–15.
- Turner, J. H. (1998). *The Structure of Sociological Theory*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Veenstra, G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: health inequalities in British Columbia, Canada. *Health & Place*, 13(1), 14–31.
- 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.