فصلنامهٔ علمی ـ پژوهشی رفاه اجتماعی، سال شانزدهم، پاییز ۹۵، شماره ۶۲

Social Welfare Quarterly, Vol 16, Fall 2016, No 62

از سرمایه فرهنگی بوردیو تا سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت به تعبیر آبل: کاربرد شاخصهای نوین در تبیین سبک زندگی سالم

From Bourdieus Cultural Capital to Abels Health-Related Cultural Capital: Applying New Indicators for Explaining Healthy Lifestyle

مهدی قادری*، امیر ملکی، شیرین احمدنیا*****

مقدمه: *سبک زندگی سالم به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راههای دستیابی به حفظ سلامتی و تندرستی متأثر از عوامل متعددی است. در این بین، دسترسی به انواع سرمایه مرتبط با سلامت، به‌ویژه «سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت» دارای اهمیت ویژه‌ای 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 تعیین‌کننده‌ای 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 بوده‌اند که از اوایل بهمن‌ماه ۱۳۹۳ تا اواخر اردیبهشت‌ماه ۱۳۹٤ برای معالجه به مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب شهید رجایی مراجعه کرده‌اند. حجم نمونه برابر با ٤۱۲ بیمار بود که در بخشهای چهارگانه (داخلی مردان، داخلی زنان، دیپلمات و VIP) از طریق*

* دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه پیام نور، (نویسنده مسئول) <M_Ghaderi@pnu.ac.ir>

** دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه پیام نور

*** دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه علامه طباطبایی

Mehdi Ghaderi[1] , Amir Maleki[2], Shirin Ahmadnia[2]

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-

1- Ph.D in Sociology, <M_Ghaderi@pnu.ac.ir>

2- Ph.D in Sociology

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

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

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 سلایق 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، به‌طوری‌که موجبات پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مزمن (بیماریهای قلبی، سرطان، دیابت و ...) را برای اغلب کنش‌گران در سطوح مختلف (فردی و

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” , withthe 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

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

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

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 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 می‌شوند» (علی‌پور، ۱۳۹۰). از میان بیماریهای مزمن، «بیماریهای قلبی- عروقی»[1] و در رأس آنها «بیماری

1. cardiovascular diseases

عروق کرونر»[1] یکی از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی و عوامل ناتوانی هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای درحال‌توسعه‌اند، 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 ۲۳/٤ 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[1]، ۲۰۱۳). تأکید بر «سبک زندگی سالم»[2] به‌عنوان 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 آنجایی‌که در علم پزشکی و از نگاه گفتمان «زیست-پزشکی»[3] 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 اَشکال ساخته شده فردی نمایش می‌دهند (فرولیچ[4]، ۲۰۰۱). در همین راستا است که کاکرهام (۱۳۸٤) معتقد است سبک زندگی سالم در برگیرنده «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[5] (۱۹۹۱) سبک‌زندگی 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
2. healthy lifestyle
3. bio-medicine
4. Frohlich
5. Abel

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 سلایق، سطح تحصیلات، فلسفه‌های سیاسی، تمایلات گروهی و طبقاتی، و شرایط خاص اجتماعی اقتصادی، همگی در شکل‌گیری سبک زندگی سهیم هستند» (کاکرهام، 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[1] و همکاران، ۲۰۱۰). لذا، منابع مادی و غیرمادی هم در سلامت اجتماع و هم در ایجاد خطر بیماری مؤثرند (هاوس[2] و همکاران، ۱۹۹۸؛ مارموت و ویلکاکسون[3]، 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[4]، 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[1]، 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 «ارائه کنندهٔ خدمات درمانی و بیمار»[2] می‌شود (کامین[3]، 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 اثراث 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»[4] 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[5]، ۲۰۰۷؛ وینسترا[6]، 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 (به‌ویژه 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 (۱۳۹٤) 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 (۱۳۸٤) 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 عادتهای 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 ٤۱/۱٪) دارای سبک زندگی متوسط بودند. پاره‌ای از ابعاد سبک زندگی این بیماران از جمله: عدم استعمال دخانیات در وضعیت خیلی‌خوب، 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 (۱۳۹٤) 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 به‌دست 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 مطالعه شوندگان 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 اَشکال آن با سبک زندگی بود. همچنین، در بین اَشکال 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 اَشکال متفاوت سرمایه انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک‌زندگی سلامت‌محور شهروندان دارای رابطه مثبت و معنی‌دار آماری بوده است.

در پژوهشی دیگر، کامفیاس[1] 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[1] 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»، پیش‌بینی‌کنندهای 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[2] (۲۰۱٤) 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 بوردیو

بوردیو در نظریه فرهنگی اجتماعی خویش به تفصیل به بررسی مناسبات دیالکتیکی بین سبک زندگی و سرمایه فرهنگی پرداخته است. بوردیو (۱۹۸٦) معتقد است که سرمایه در چندین شکل اساسی ظاهر می‌شود: ۱) سرمایه اقتصادی، ۲) سرمایه فرهنگی، ۳) سرمایه اجتماعی و ٤) 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[1]، ۲۰۰۸). سرمایه فرهنگی از دیدگاه بوردیو در سه شکل متفاوت مطرح است:

۱. سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته[2] (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 عینیت‌یافته[3]: 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 به‌صورت 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[1]: 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 (بوردیو[2]، ۱۹۸۶؛ به نقل از محمدی، ۱۳۹۱).

از نگاه بوردیو سبک زندگی متأثر از ذائقه[3]، و ذائقه پیامد هبیتاس و هبیتاس نیز محصول جایگاه فرد در ساختارهای عینی اجتماعی است. جایگاه فرد در ساختار اجتماعی که بیانگر میزان بهره‌مندی شخص از انواع سرمایه است، هبیتاس افراد را شکل می‌دهد و هبیتاس 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 (بوردیو، ۱۹۸۶؛ به نقل از خادمیان، ۱۳۹۰).

در نظریه بوردیو 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 جهت‌گیریهای افراد است. از یک سو، سبکهای زندگی شیوه‌های مصرف عاملان اجتماعی است که دارای رتبه‌بندیهای مختلفی از جهت شأن و مشروعیت اجتماعی‌اند. این شیوه‌های مصرفی بازتاب نظام اجتماعی سلسله مراتبی است؛ اما چنانکه بوردیو 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، بوردیو سبکهای زندگی را فعالیتهای نظام‌مندی می‌داند که از ذوق و سلیقهٔ افراد ناشی می‌شوند و بیشتر جنبه عینی و خارجی دارند و در عین حال به صورت نمادین به فرد هویت می‌بخشند و میان اقشار مختلف اجتماعی تمایز ایجاد می‌کنند. معانی یا به عبارتی ارزش این فعالیتها از موقعیتهای آن در نظام تضادها و ارتباطها اخذ می‌شوند (بوردیو، ۱۹۸٦). 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» (بوردیو، ۱۹۸٤). بر این اساس، بوردیو (۱۹۸٤: ۱۳۷۳) «بررسی سبک زندگی را در مرحله اول مطالعهٔ، 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، نحوهٔ استفاده از زبان و بودجه‌بندی».

سهم اساسی بوردیو در ارتباط با فهم ما از سبک زندگی سالم در برگیرنده سه حوزه اساسی است: «۱) مفهوم وی در مورد «فاصله گرفتن از نیاز» به‌عنوان منشاء تفاوتهای طبقاتی در شیوه‌های عمل سبک زندگی؛ ۲) شناساسی نقش هبیتاس 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 بوردیو 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 بوردیو 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 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).

به‌طورکلی می‌توان گفت استفاده از نظریه بوردیو 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 اهمیت دارند(گرینیسکی[1]، 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[2] (۱۹۹۹) تأکید می‌کند این چارچوب به‌ویژه برای ممانعت از خاتمه‌بخشیدن به «سندروم نظریه فقدان»[3] مفید است، نظریه‌ای که به آن دسته از رهیافتهایی اشاره دارد که بر نوعی منابع تأکید دارند که افراد ناموفق فاقد آن هستند. نظریه بوردیو بر منابعی تأکید دارد که مردم از آن بهره‌مند هستند نه منابعی که از آن محروم هستند. لذا، این امر نظریه بوردیو را در مقابل «نظریه نابسندگی»[4] (بی‌کفایتی) به یک «نظریه امتیاز»[5] 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 بوردیو، نگرشی نو را در مورد انواع سرمایه و سبکهای زندگی سالم فراهم ساخته است. وی همچون بوردیو 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 آنجایی‌که 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،

ایجـاد می‌شـوند و گسـترش پیـدا می‌کننـد (آبـل، ۱۹۹۱). سـرمایه فرهنگـی در قالـب ارزشـهای سـلامت، ادراکات، دانـش و هنجارهـای رفتاری سـالم، منابـع غیرمادی مـورد نیاز را بـرای الگوهـای سـبک زندگـی سـالم فراهـم می‌کنـد کـه می‌توانـد در زندگـی روزمـره بـرای شـکل‌دهی رفتارهـای سـالم اثرگـذار باشـد. «واقعیـت امـر ایـن اسـت کـه کسـب سـرمایه فرهنگـی کـه بـه زمینه‌هـای یادگیـری طبقـات خـاص اجتماعـی وابسـته اسـت» (شـوارتز، ۱۹۹۷)، می‌توانـد تبیین‌کننـده ایـن موضـوع باشـد کـه چـرا منابـع سـلامت بـر اسـاس زمینه‌هـای شکل‌گیری‌شـان، بـه شـکل نابرابـر در میـان طبقـات اجتماعـی توزیـع شـده‌اند. بنابرایـن، «در ایـن معنـا، سـرمایه فرهنگـی از طریـق سـبکهای زندگـی جمعـی ابـراز می‌شـوند و اثرگـذار خواهنـد بـود، به‌طوری‌کـه نـه تنهـا سـلامت فـرد را تعییـن می‌کننـد، بلکـه همچنیـن از طریـق سـبکهای زندگـی طبقـات خـاص اجتماعـی، به‌عنـوان عنصـری حیاتـی در بازتولیـد نابرابریهـای سـلامت ایفـای نقـش می‌کننـد» (وینسـترا، ۲۰۰۷؛ بای‌گـرن[1]، ۲۰۰۹). «سـرمایه فرهنگـی در بـه کارگیـری آن دسـته از منابـع مالـی کـه صـرف سـلامت و سـبک زندگـی سـالم می‌شـوند نیـز از اهمیـت ویـژه‌ای برخـوردار اسـت. «رفتـار تغذیـه‌ای» و «الگوهـای فعالیت‌بدنـی» دو نمونـه مرتبـط در ایـن زمینـه هسـتند. ارزشـهای مرتبـط بـا سـلامت، دانـش در مـورد خـواص بهداشـتی تولیـدات مـواد غذایـی خـاص و هنجارهایـی کـه هدایت‌کننـده رفتارهـای سـالم هسـتند از جملـه منابـع فرهنگـی محسـوب می‌شـوند کـه جهت‌گیریهـا و انتخابهـای مـردم (همچـون عـادات غـذا خـوردن و فعالیـت بدنـی) را شـکل می‌دهنـد» (آبـل، ۲۰۰۸).

بـا اقتبـاس از نظریـه فـوق، می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه سـرمایه فرهنگـی در فرآینـد الگودهـی سـبکهای زندگـی جمعـی، به‌ویـژه آن دسـته از سـبکهایی کـه بـا سـلامت مرتبـط هسـتند، نقـش حیاتـی بـازی می‌کنـد. سـرمایهٔ فرهنگـی ایـن امـکان را بـرای مـردم فراهـم

1. Bygren

می‌کند تا عناصر متفاوت تشکیل‌دهندهٔ سبک زندگی را به سلیقهٔ 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 سرمایهٔ فرهنگی به‌طورویژه و ارزش افزودهٔ 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 سرمایهٔ فرهنگی می‌شود، منظور تبدیل یکی از انواع و اشکالِ سرمایهٔ فرهنگی به دیگری است، مثلاً نوع سرمایهٔ فرهنگی از جنس اکتسابی (به‌عنوان مثال سوادِ سلامت)، به نوع عینیت‌یافته سرمایهٔ فرهنگی (نظیر مالکیت و کاربرد کتابهایی با محتوا و پیامهای بهداشتی) تبدیل شود یا بالعکس. پیوند

میان نظریه سرمایه فرهنگی با مفهوم سبکهای زندگی سالم دارای دو نکته آموزنده است: ۱) سبکهای زندگی سالم در چارچوب نظامهای قشربندی اجتماعی نقشی فعال ایفاء می‌کنند؛ ۲) توسعه، بقاء و تغییر سبکهای 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 سبکهای زندگی سالم، به نیازهای مرتبط با تمایزیابی 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، سرمایه‌گذاریهای شخصی در سبکهای 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 سلامتِ گروهها و اقشار مختلف اجتماعی سودمند هستند؛ ٤) هنگامی که بحث دانش سلامت و سبکهای 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 زمینهٔ 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 شیوهٔ نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، مشتمل بر کلیهٔ 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

کشـور بـرای درمـان و معالجـه بـدان مراجعـه می‌کننـد، به‌طوری‌کـه بنـا بـر ادعـای اغلـب متخصصـان قلـب، بیمـاران مراجعـه کننـده بـه ایـن مرکـز نمونـه معـرف و گویـای بخـش عظیمـی از گروههـا و لایه‌هـای مختلـف در سراسـر جامعـه هسـتند. بـر ایـن اسـاس، بـه منظـور جمـع‌آوری اطلاعـات، آن دسـته از بیمـاران مبتـلاء بـه بیمـاری عـروق کرونـر کـه در بخشـهای چهارگانـه (بخـش داخلـی مـردان، بخـش داخلـی زنـان، VIP و دیپلمـات) بسـتری بوده‌انـد، مـورد مطالعـه واقـع شـده‌اند. انتخـاب ایـن چهـار بخـش بـه ایـن دلیـل صـورت گرفتـه اسـت کـه بیمـاران بسـتری شـده در ایـن بخشـها هنـگام مصاحبـه و پاسـخ‌گویی بـه پرسشـها از میـزان تمایـل، هوشـیاری و توانمنـدی بالاتـری نسـبت بـه بیمـاران سـایر بخشـها برخـوردار بـوده و همچنیـن ایـن بخشـها از شـرایط و موقعیتهـای مناسـب‌تری بـرای جمـع‌آوری اطلاعـات برخـوردار بوده‌انـد. بنابرایـن، واحـد مشـاهده و تحلیـل در ایـن تحقیـق، فـرد مبتـلا بـه بیمـاری عـروق کرونـر[1] بـوده اسـت. دوره زمانـی جمـع‌آوری داده‌هـا از اوایـل بهمن‌مـاه ۱۳۹۳ تـا اواخـر اردیبهشـت‌ماه ۱۳۹٤جمعـاً حـدود ٤ مـاه بـه طـول انجامیـد. در ایـن مـدت کلیـهٔ افـراد واجـد شـرایط کـه از نقطـه نظـر شـرایط زمینـه‌ای بیشـترین تنـوع را داشـتند مـورد رجوع گـروه تحقیـق قـرار گرفتـه و بـا جلـب رضایتشـان اقـدام بـه تکمیـل پرسشـنامه شـد. در نتیجـه بـر اسـاس شـیوه نمونه‌گیـری در دسـترس، ٤۱۲ بیمـار (۲۳۹ مـرد و ۱۷۳ زن) به‌عنـوان «جمعیـت نمونـه» انتخـاب شـده‌اند. ملاحظـات اخلاقـی پژوهـش حاضـر بـه صـورت کسـب اجـازه از مسـئولین بیمارسـتان جهـت انجـام تحقیـق، معرفـی پژوهشـگر بـه نمونه‌هـای پژوهـش و توضیـح اهـداف و نحـوه انجـام کار بـرای هـر یـک از افـراد مـورد مطالعـه، اخـذ رضایـت از افـراد مـورد مطالعـه جهـت شـرکت در پژوهـش 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.

بـودن جهـت انصـراف از ادامـه پژوهـش بـود.

۳- تحلیل داده‌ها و اطلاعات

جهـت تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا از نـرم افـزار آمـاری SPSSver.18 اسـتفاده شـد. داده‌هـا توسـط جـداول توزیـع فراوانـی، میانگیـن، و انحـراف معیـار توصیـف شـدند. آزمونهـای تـی، ضریـب همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل مسـیر بـرای بررسـی فرضیه‌هـا بـه کار گرفتـه شـدند. روشـهای متعـارف آزمون‌سـازی از جملـه تعییـن روایـی، محاسـبه ضرایـب پایایـی و تحلیـل عاملـی نیـز مـورد اسـتفاده واقـع شـد.

٤- تعاریف نظری و عملی مفاهیم

۱) سبک زندگی سالم

در ایـن پژوهـش منظـور از سـبک زندگـی سـالم: «الگوهای جمعـی رفتارهـای مرتبـط بـا سـلامت هسـتند کـه بـر اسـاس انتخـاب گزینه‌هـای در دسـترس افـراد بـا توجـه فرصتهـای زندگی‌اشـان بنـا نهـاده شـده‌اند. سـبک زندگـی سـالم مجموعه‌ایـی از اعمـال از جملـه: رعایـت رژیمهـای غذایـی، مصـرف نکـردن مشـروبات و دخانیـات، فعالیتهـای بدنـی، کنتـرل اسـترس، آرامـش خاطـر، رعایـت بهداشـت فـردی و سـایر رفتارهـای معطـوف بـه سـلامت را در بـر می‌گیـرد» (کاکرهـام، ۲۰۱۳). بـرای سـنجش و اندازه‌گیـری سـبک زندگـی سـالم از پرسشـنامه محقـق سـاخته کـه حـاوی ٤٤ گویـه در قالـب ٦ بعـد (تغذیـه ۱۲ گویـه، مدیریـت اسـترس ۷ گویـه، پرهیـز از مـواد دخانـی و مشـروبات الکلـی ٦ گویـه، ورزش و فعالیت‌بدنـی ۷ گویـه، مسـئولیت‌پذیری سـلامت ۸ گویـه و بهداشـت خریـد ٤ گویـه) بـوده اسـت، اسـتفاده شـد. سـنجش پرسشـها بـر اسـاس طیـف چهـار گزینـه‌ای (اصـلاً =۱، کـم= ۲، گاهـی اوقـات= ۳ و همیشـه= ٤) انجـام شـد. بعد از سـنجش

ابعـاد مختلـف و کارهـای مقدماتـی لازم (ازجملـه کدگـذاری مجـدد بعضـی از پرسشـها بـه منظـور هم‌جهـت شـدن همـه گویـه بـا هـم)، بعـد از جمـع آوری داده‌هـا، از میـان پرسشـهای مـورد بررسـی در بعـد تغذیـه ٦ پرسـش (۱. افـزودن نمـک بـه غذاهـا، ۲. مصـرف نوشـابه‌ها و نوشـیدنیهای گازدار، ۳. مصـرف غذاهـای آمـاده، ٤. مصـرف شـکر و شـیرینی‌جات، ۵. مصـرف غذاهـای پرچـرب، ٦.مصـرف غذاهایـی همچـون جگـر، گوشـت قرمـز) و در بعـد پرهیـز از مصـرف دخانیـات و مشـروبات الکلـی ۵ پرسـش (۱. مصـرف سـیگار، ۲. مصـرف قلیـان، ۳. مصـرف نوشـیدنیها و مـواد الکلـی، مصـرف پیـپ، مصـرف مـواد مخـدر) مجـدداً بـه ایـن شـکل (۱= همیشـه، ۲ = گاهی اوقـات، ۳ = کـم، ٤ = اصـلاً) کدگـذاری شـدند. گویه‌هـای زیـر مجموعـه هـر کـدام از ابعـاد را به‌طـور جداگانـه بـا هـم جمـع کـرده و از ایـن طریـق امتیـاز مربـوط بـه هـر کـدام از ابعـاد به‌دسـت آمـده اسـت. در مرحلـه بعـد، امتیـازات کل هـر کـدام از ابعـاد، بـه پنـج دسـته مسـاوی (از خیلـی کـم تـا خیلـی زیـاد) تقسـیم‌بندی شـدند، سـپس آنهـا را بـا هـم جمـع کردیـم و از ایـن طریـق امتیـاز مقیـاس کل «سـبک زندگـی» به‌دسـت آمـده اسـت. دامنـه امتیـازات کل ایـن مقیـاس بیـن ٦ تـا ۳۰ در نظـر گرفتـه شـده اسـت. امتیـاز بالاتـر نشـان دهنـده سـبک‌زندگی سـالم‌تر در میـان بیمـاران بـوده اسـت.

۲) سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت

منظـور از سـرمایه فرهنگـی مرتبـط بـا سـلامت «آن دسـته از منابـع مبتنـی بـر فرهنگی اسـت کـه بـرای حفـظ و ارتقـاء سـلامت در اختیـار افـراد قـرار دارنـد» (آبـل، ۲۰۰۸). ایـن نـوع سـرمایه شـامل سـه بعـد اسـت: الـف) «سـرمایه فرهنگـی متجسـم مرتبـط بـا سـلامت»[1]، بـه آن دسـته از «ارزشـها، هنجارهـای رفتـاری، دانـش و مهارتهـای عملـی

1. incorporated health-relevant cultural capital

گفته می‌شود که با سلامت افراد در ارتباط هستند» (آبل، ۲۰۰۸). ب) «سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت»[1]، «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»[2]، 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 نهادینه‌شده مرتبط با سلامت متشکل از ۲ پرسش) بوده است، استفاده شد. بعد از سنجش ابعاد مختلف و کارهای مقدماتی لازم (ازجمله 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 به‌وسیله تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق بر اساس گویه‌های انتخاب شده به شکل مناسب انجام شده است (نک به جداول شماره ۱و ۲). نتایج تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که مقیاس سبک‌زندگی سالم ابزاری چندبعدی و دارای ٦ عامل است که عوامل آن به ترتیب درصدِ واریانسِ ارزشِ ویژه در تبیین سبک‌زندگی سالم عبارتند از۱:) مسئولیت‌پذیری سلامت؛ ۲) ورزش و فعالیت بدنی؛ ۳) تغذیه؛ ٤) مدیریت استرس؛ ۵) پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی؛ و ٦) بهداشت خرید. بر اساس نتایج حاصله، بیشترین مقادیر ویژه به ترتیب بالغ بر ۱۰/٤۳٤ و ۵/۳٤۳ مربوط به عاملهای اول و دوم می‌شوند. با عامل اول (مسئولیت‌پذیری سلامت) حدود ۲۳/۷۱٤٪ و با عامل دوم (ورزش و فعالیت‌بدنی) ۱۲/۱٤۲٪ از واریانس کل عامل‌بندیها قابل تبیین است. همچنین، کم‌ترین مقدار ویژه مربوط به عامل «بهداشت خرید» بود که برابر ۱/٦۸٦ است. این عامل، تنها ۳/۸۳۱٪ از واریانس کل عامل‌بندیها را تبیین می‌کند. در مجموع ٦۱/۳۸۱٪ از واریانس کل عامل‌بندی و تقلیل گویه‌های٤٤ گانه با ٦ 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 تبیین‌شده	درصد واریانس تبیین‌شده کل
مسئولیت‌پذیری سلامت	کسب اطلاعات بهداشتی از طریق منابع مختلف	۰/۸۲۷	۱۰/۴۳۴	۲۳/۷۱۴	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 به‌دستورالعمل 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	
	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	۳/۷۶۱	۸/۵۴۶	
	مصرف نوشابه‌ها و نوشیدنیهای گازدار	۰/۶۹۸			
	مصرف غذاهای آماده (همچون ساندویچ، پیتزا، کنسرو و ...)	۰/۶۸۳			
	مصرف غذاهای حاوی فیبر (حبوبات، نان سبوس‌دار و غلات)	۰/۶۵۴			
	مصرف شکر و شیرینی‌جات	۰/۶۴۲			
	مصرف غذاهای پرچرب حاوی روغن جامد و حیوانی	۰/۶۳۵			
	مصرف غذاهایی همچون جگر، تخم‌مرغ، و گوشت قرمز	۰/۶۲۲			
	مصرف غذاهای کم‌چرب (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			

مدیریت استرس	کنار آمدن با مسائل غیر قابل تغییر در زندگی	۰/۷۸۰	۲/۹۹۶	۶/۸۱۰	
	انجام کارهای آرام‌بخش برای رفع خستگی	۰/۷۴۶			
	تمرین ورزشهایی همچون یوگا و آرام‌سازی	۰/۷۴۱			
	میزان خواب مناسب(بدون استرس و اضطراب)	۰/۷۳۸			
	اختصاص دادن وقت خود به کارهای شاد و مفرح	۰/۷۳۸			
	پرورش افکار مثبت در ذهن خود	۰/۷۳۷			
	انجام حرکات کششی با هدف شل کردن عضلات	۰/۷۳۴			
پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی	مصرف سیگار	۰/۸۱۷	۲/۷۸۹	۶/۳۳۹	
	مصرف قلیان	۰/۸۱۳			
	مصرف نوشیدنیها و مواد الکلی	۰/۷۴۴			
	قرار گرفتن در معرض دود مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ و ...) سایرین	۰/۶۵۲			
	مصرف پیپ	۰/۶۵۱			
	مصرف مواد مخدر	۰/۶۴۶			
بهداشت خرید	امتناع از خرید امکانات و لوازم بهداشتی بدون برچسب استاندارد	۰/۶۷۱	۱/۶۸۶	۳/۸۳۱	
	امتناع از خرید مواد غذایی بدون برچسب استاندارد	۰/۶۴۲			
	توجه به برچسب (تاریخ تولید و انقضاء) هنگام خرید مواد غذایی	۰/۵۴۸			
	تهیه مایحتاج روزانه خود از فروشگاههای عرضه کننده مواد سالم و بهداشتی	۰/۵۱۷			
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 درصدِ واریانسِ ارزشِ 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	گـــــویه	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	۵/۵۵٤	٤۲/۷۲۵	٦٥/۳۸٤
	میزان آگاهی و معلومات در مورد شیوه‌های پیشگیری از امراض	۰/۷۹۱			
	میزان آگاهی و معلومات در مورد علایم 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	۰/٦۹۳			
	میزان اهمیت‌بخشی پذیرایی از مهمانان با استفاده از غذاهای سالم و کم‌چرب	۰/٥٦۰			
سرمایه فرهنگی عینی	میزان دسترسی به امکانات و منابع برای کسب اطلاعات پزشکی	۰/۹۱۱	۱/۸۰۱	۱۳/۸٥۷	
	میزان استفاده از امکانات و وسایل ورزشی و تفریحی	۰/۸۹٥			
سرمایه فرهنگی نهادینه شده	داشتن مدرک یا گواهینامه خاص در مورد مسائل بهداشت و سلامت	۰/۹۰۰	۱/۱٤٤	۸/۸۰۸	
	داشتن مهارت یا تخصص عملی در حوزه بهداشت و سلامت	۰/۷۷۷			
B.T.S= ۲۷۲٥/۸۷٤ K.M.O. = ۰/۸۳٦ 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 به‌دست آمد). همچنین، ضریب آلفای کل سبک زندگی سالم برابر با ۰/۹۱٤ و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت برابر با ۰/۸٦۲ بود که حاکی از مطلوبیت پایایی آنهاست (نک جدول شماره ۳).

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

مفهوم	ابعاد	تعداد گویه	α	α 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	
	مسئولیت‌پذیری 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 نمونهٔ ۴۱۲ نفری این تحقیق مشتمل بر ۵۸٪ مرد، و ۴۲٪ زن. از لحاظ وضعیت تأهل، ۸۸/۳٪ متأهل، ۱/۷٪ 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 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، ٤/٦٪ متعلق به قوم عرب و بالاخره ۳/۲٪ به قومیت ترکمن تعلق داشته‌اند. بیشترین فراوانی (١٤١ نفر) به قوم فارس تعلق داشته‌اند. از نظر سطح تحصیلات، ۲۱/۸٪ بی‌سواد، ١٤/٨٪ در مقطع ابتدایی، ٢٦/٥٪ در مقطع راهنمایی، ۱۷/۷٪ در مقطع متوسطه، ٤/٩٪ 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، ٤٣٪ شاغل، ٥/٦٪ بیکار، ١٥/٥٪ 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، ٤٢/٧٪ 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، ٦٠/٧٪ 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 (٤) 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	٤۲		ابتدایی	٦۱	۱٤/۸
وضعیت تأهل	متاهل	۳٦٤	۸۸/۳		راهنمایی	۱۰۹	۲٦/۵
	مجرد	۷	۱/۷		متوسطه	۷۳	۱۷/۷
	بی‌همسر در اثر فوت همسر	۲۷	٦/٦		کاردانی	۲۰	٤/۹
	بی‌همسر در اثر طلاق همسر	۱٤	۳/٤		کارشناسی	٤۲	۱۰/۲
قومیت	فارس	۱٤۱	۳٤/۲		کارشناسی‌ارشد	۱۲	۲/۹
	ترک	۸۰	۲۰/۹		دکتری	۵	۱/۲
	کرد	۷۳	۱۷/۷	سابقه بیماری قلبی در خانواده	دارد	۱۷٦	٤۲/۷
	لر	۵۸	۱٤/۱		ندارد	۲۳٦	۵۷/۳
	بلوچ	۲۲	۵/۳	سابقه بیماری جسمی	دارد	۱۰٦	۲۵/۷
	عرب	۱۹	٤/٦		ندارد	۳۰٦	۷٤/۳
	ترکمن	۱۳	۳/۲	سابقه بیماری روحی- روانی	دارد	۳۱	۷/۵
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۷۷	٤۳		ندارد	۳۸۱	۹۲/۵
	بیکار	۲۳	۵/٦	سابقه عمل جراحی	دارد	۲۵۰	٦۰/۷
	بازنشسته	٦٤	۱۵/۵		ندارد	۱٦۲	۳۹/۳
	خانه‌دار	۱٤۸	۳۵/۹				

۲- توصیف مقیاسهای اصلی تحقیق

مطالعه وضعیت سبک زندگی سالم و ابعاد آن در میان مطالعه شوندگان نشان داد که متوسط نمرات تغذیه ۲۹/۲ (SD=۳/٤)، 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 بدنی۱۳ (SD=٤/۳)، متوسط نمرات مسئولیت‌پذیری 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) به‌دست 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 پایین‌تر از متوسط؛ سطح مسئولیت‌پذیری 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 می‌گردد.

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=۵/٤۲)؛ متوسط نمرات بعد سرمایه فرهنگی عینی ٤/۷ (SD=۱/٦۱) و متوسط نمرات بعد سرمایه فرهنگی نهادی (SD=۰/۸۲) بوده است. همچنین، متوسط نمرات مقیاس کل سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت ٦/۸ (SD=۱/۸۲) به‌دست آمد. نتایج حاکی از این است که سطح سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت در میان بیماران پایین‌تر از حد متوسط بوده و از وضعیت نامطلوبی برخوردار بوده است (نگاه کنید به جدول شماره ۵). از میان ابعاد سه‌گانه، 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 پراکندگی متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

متغیر	M	SD	Skew	K	Min	Max
تغذیه دامنه نمرات (۱۲ الی ٤۸)	۲۹/۲	۳/٤	-۰/۱۲۳	-۰/۲۱٦	۲۲	۳۷
مدیریت استرس دامنه نمرات (۷ الی ۲۸)	۱۷	۲/۹	-۰/۲۱٦	۰ /۷۹۵	۸	۲٦
پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی دامنه نمرات (٦ الی ۲٤)	۲۱/۲	۲/۵	-۲/۱	٤/٤٤۵	۱۰	۲٤
ورزش و فعالیت بدنی دامنه نمرات (۷ الی ۲۸)	۱۳	٤/۳	۰/۸۳۱	-۰/۵۰۹	۹	۲٤
مسئولیت‌پذیری سلامت دامنه نمرات (۸ الی ۳۲)	۲۱/۵	٤/۸	۰/۱۳۸	-۰/۹۳۹	۱۲	۳۱
بهداشت خرید دامنه نمرات (٤ الی۱٦)	۱۱/۷	۲/۹	-۰/٤٤۲	-۰/۵۰۲	٤	۱٦
مقیاس کل سبک زندگی سالم دامنه نمرات (٦ الی ۳۰)	۱۹	۳/۸	۰/۲۲۳	-۰/۰۱۳	۹	۳۰
سرمایه فرهنگی متجسم مرتبط با سلامت دامنه نمرات (۹ الی ۳٦)	۲۳/۵	۵/٤۲	۰/۲۰٦	-۰/۸۱۵	۱۳	۳٦
سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت دامنه نمرات (۲ الی۸)	٤/۷	۱/٦۱	۰/۵۳۰	-۱/۰٦۰	۲	۸
سرمایه‌فرهنگی نهادینه‌شده‌مرتبط‌باسلامت دامنه نمرات (۲ الی ۸)	۲/۷	۰/۸۲	۱/۳۸	۱/۰٤۷	۲	۵
مقیاس کل سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت دامنه نمرات (۳ الی ۱۲)	٦/۸	۱/۸۲	۰/۸۸۵	-۰/۱۳۰	٤	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 (٦) 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 ۲۳/۲۳ (SD=۵/۵) و در میان زنان برابر ۲۳/۸۰ (SD=۵/٤) بود. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین نمرات این بعد در میان دو گروه جنسی از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌داری نبود (p=۰/۲۹۹). 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 ٤/۹۳ (SD=۱/٦) و در میان زنان برابر ٤/٤۰ (SD=۱/۵) بود. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین نمرات این بعد در میان دو گروه جنسی از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌داری بود (p=۰/۰۰۱). 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 ۲/٦٤ (SD=۰/۸۵) و در میان زنان برابر ۲/٤٦ (SD=۰/۷۸) بود. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین نمرات این بعد در میان دو گروه جنسی

از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌داری بود (p= ۰/۵۳۰). 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 (٦) 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 ۳٦)	مرد	۲۳/۲۳	۵/۵	۰/۲۹۹	۱/۰٤۰
	زن	۸۰/۲۳	۵/٤		
سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت دامنه (۲ الی ۸)	مرد	٤/۹۳	۱/٦	۰/۰۰۱	۳/۳٦۳
	زن	٤/٤۰	۱/۵		
سرمایه فرهنگی نهادینه شده مرتبط با سلامت دامنه (۲ الی ۸)	مرد	۲/٦٤	۰/۸۵	۰/۰۳۵	۲/۱۱۰
	زن	۲/٤٦	۰/۷۸		

٤- 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 رابطهٔ 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» (۰/٦٦۰) و کمترین ضریب همبستگی با بعد «پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی» (۰/۲۳۲) به‌دست آمد.

بین «سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت» و کلیه ابعاد سبک زندگی سالم

نیـز همبسـتگی مثبـت مشـاهده شـد. در ایـن بیـن بیشـترین ضریـب همبسـتگی بـا بعـد «مسـئولیت‌پذیری سـلامت» (۰/٦٨٠) و کمتریـن ضریـب همبسـتگی بـا بعـد «پرهیـز از مصـرف دخانیـات و مشـروبات الکلـی» (۰/۱۰۵) به‌دسـت آمـد.

همچنیـن، بیـن «سـرمایه فرهنگـی نهادینـه شـده مرتبـط با سـلامت» و کلیـه ابعاد سـبک زندگـی سـالم همبسـتگی مثبـت مشـاهده شـد. در ایـن بیـن بیشـترین ضریـب همبسـتگی بـا بعـد «ورزش و فعالیـت بدنـی» (۰/٤۳۱) و کمتریـن ضریـب همبسـتگی بـا بعـد «پرهیـز از مصـرف دخانیـات و مشـروبات الکلـی» (۰/۱۱۵) به‌دسـت آمـد.

نتایـج حاضـر، بیانگـر تأییـد فـرض H۱ (فـرض محقـق) مبنـی بـر وجـود روابـط مثبـت بیـن ابعـاد سـرمایه فرهنگـی مرتبـط بـا سـلامت و مؤلفه‌هـای سـبک زندگـی سـالم بـود. ایـن امـر نشـان می‌دهـد کـه هـر انـدازه افـراد در طـول زندگـی از منابـع فرهنگـی مرتبـط بـا سـلامت بیشـتری بهره‌منـد باشـند، بـه همـان انـدازه نیـز می‌تـوان انتظـار داشـت کـه سـبکهای زندگـی سـالم‌تری از خـود بـه نمایـش بگذارنـد.

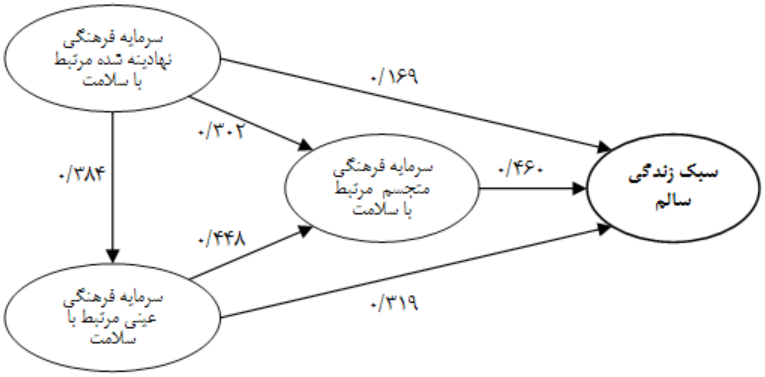
جدول (۷) آزمون همبستگی بین ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت با ابعاد سبک زندگی سالم

ابعاد سبک زندگی سالم	ابعاد سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت		
	سرمایه فرهنگی متجسم	سرمایه فرهنگی عینی	سرمایه‌فرهنگی‌نهادینه‌شده
تغذیه	۰/٤۱۹**	۰/۱٤۸**	۰/۳٦٦**
مدیریت استرس	۰/٤۳۱**	۰/۲٤۷**	۰/۲۸۳**
پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی	۰/۲۳۲**	۰/۱۰۵*	۰/۱۱۵*
ورزش و فعالیت بدنی	۰/٤۳۷**	۰/۵۱۱ **	۰/٤۳۱**
مسئولیت‌پذیری سلامت	۰/٦٦۰**	۰/٦۸۰ **	۰/۳۸۲**
بهداشت خرید	۰/۵۲۹**	۰/۵۹۷ **	۰/۲۸۹**

p>۰/۰۵* p >۰/۰۱ **

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 سه‌گانه سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، بعد سرمایه فرهنگی متجسم با بیشترین ضریب (β=۰/٤٦۰)، 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 ۰/٤٦۰ انحراق استاندارد تغییر می‌کند. بعد سرمایه فرهنگی عینی نیز با ضریب (β=۰/۳۱۹)، 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 (β=۰/۱٦۹) 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 (β=۰/۲۰٦) 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 (β=۰/۳۳۹) بر سبک زندگی سالم اثر دارد. در مجموع ٦۲/٤٪ 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 رابطهٔ 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 سلامت‌محوری به‌طور کلی در سطح مطلوبی گزارش نشده است. به‌طوری‌که میانگین نمره مقیاس کل سبک زندگی آنها در حد «متوسط» بوده است. نتایج تحقیق حاضر، با یافته‌های محسنی پویا و همکاران (۱۳۹٤)، محمدی زیدی و همکاران (۱۳۸٤) و رشیدی و بهرامی (۱۳۹٤) 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 فعالیت‌بدنی» در وضعیت «نامطلوب» گزارش شده بود. در ابعاد «تغذیه» و «مدیریت استرس» میانگین نمرات بیماران

«کمی پایین‌تر از حد متوسط» بود. سطح «مسئولیت‌پذیری سلامت» نزدیک به حد «متوسط» و وضعیت «بهداشت خرید» «بالاتر از حد متوسط» به‌دست آمد. تنها در بعد «پرهیز از مصرف مواد دخانی و مشروبات الکلی»، میانگین نمره بیماران در وضعیت «مطلوب» قرار داشت، به‌طوری‌که، 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 (۱۳۸٤)، عابدی و همکاران (۱۳۹۲) و رشیدی و بهرامی (۱۳۹٤) 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 (۱۳۹٤) هم‌سو و با یافته‌های رشیدی و بهرامی (۱۳۹٤) 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 (۱۳۹٤) و محمدی زیدی و همکاران (۱۳۸٤) مغایرت داشت. این امر به معنای این است که افراد مطالعه شونده برخلاف انتظار در طول زندگی گرایشات 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 شوندگان از این مقیاس، «پایین‌تر 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 آنجایی‌که 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 ٤) می‌توان ادعا کرد که اغلب مطالعه‌شوندگان در طول زندگی با موانع و مشکلات عمده‌ای مواجه بوده و بدین ترتیب فرصتها و شانسهای 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، به‌طوری‌که 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 آنجایی‌که 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 موقعیتها 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 معنی دار 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 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 جهت‌گیریها 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 ٦٢/٤٪ 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 (β=٠/٤٦٠)، در پیش‌بینی سبک زندگی سالم از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است که با نظریه آبل (۲۰۰۷) هم‌راستاست. 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 سوادِ 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 ازجمله عوامل تعیین‌کننده کنشهای افراد و پیش‌شرط‌های اساسی برای جهت‌گیریهای رفتار عاملان در محدوده‌های ساختاری هستند. این منابع از طریق فرایند

جامعه‌پذیری، گرایشها و سلایق افراد را درون هر طبقه اجتماعی و نسل خاص، به وجود می‌آورند، به‌طوری‌که 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، به‌طوری‌که 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 محدودیتها شامل مورد زیر بوده‌اند: ۱) نو بودن 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 مقایسهای کاربردی‌تر در این پژوهش نیازمند تخصیص وقت و زمان بیشتری بود. ۳) از آنجایی‌که مطالعه حاضر نوعی مطالعه گذشته‌نگر بوده است، ممکن است افراد مطالعه شونده در اثر گذشت زمان و حساس‌شدن نسبت به سبک زندگی خود تا حدودی سبک زندگی خود را سالم‌تر ارزیابی کرده باشند. ٤) مقطعی بودن مطالعه حاضر از لحاظ زمانی، تاحدودی باعث کاهش قدرت تعمیم یافته‌ها شده است. ۵) دشواریهای انجام مصاحبه به‌ویژه با آن دسته از بیمارانی که دارای درد و ناراحتی بیشتری بودند. ٦) ناهماهنگی در میان نهادها و ارگانهای ذیربط همراه با وجود فرایندهای بوروکراتیک و طولانی‌مدت 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 پیشنهادات 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.

٤. 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.

٦. 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***، ۲(۱)، ۲٤-۱۹.
- 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)، ٤۳ (۷)، ۱٦۸-۱۵۳.
- رشیدی، س. و بهرامی، م. (۱۳۹٤). 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.
- خادمیان، ط. (۱۳۹۰). ***سبک زندگی و مصرف فرهنگی، مطالعه‌ای در حوزه جامعه‌شناسی فرهنگی و دیباچه‌ای بر سبک زندگی فرهنگی ایرانیان***. تهران: انتشارات جهان کتاب، چاپ سوم.
- عابدی، ح. ع.، بیک‌محمدی، 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)، ۹٥٤-۹٤٤.
- عباس‌زاده، م.، علیزاده اقدم، م. ب. و رحیمی‌دهگلان، ن. (۱۳۹۳). سنجش میزان تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور بین شهروندان شهر ارومیه. ***مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران***، ۳(۲)، ۲٦۰-۲۳۹.
- عباس‌زاده، 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)، ۱٤۱-۱۱۹.
- علی‌پور، ا. (۱۳۹۰). ***مقدمات روانشناسی سلامت***. تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.
- فاضلی، م. (۱۳۸۲). ***مصرف و سبک زندگی***. تهران: نشر صبح صادق.
- قاسمی، و.، ربانی، ر.، ربانی‌خوراسگانی، ع. و علیزاده اقدم، م. ب. (۱۳۸۷). تعیین‌کنندهای ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سالم. ***مسائل اجتماعی ایران***، ۱٦(٦۳)،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(٤)،۲۳-۱.
- محمدی‌زیدی، ع.، حیدرنیا، ع. ر. و حاجی‌زاده، ا. (۱۳۸٤). بررسی سبک‌زندگی بیماران قلبی و عروقی. ***دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی***، ۱۳(٦۱)، ٥٦-٤۹.

- 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 theJudgemant 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 Rrelationship 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 Ggood Health: A Propensity Sscore 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. ***Sociol 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 Sself-rated Health of Young Men: Results From a Ccross-sectional Study in Switzerland. ***International Journal for Equity in Health***, 14, 38.