

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال پنجم، شماره بیستم، پائیز ۱۳۹۲

ص ص ۹۷-۱۱۴

بررسی رابطه بین عوامل اجتماعی با میزان وجود
ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب

پروین جوادی^۱

دکتر ربابه پورجلی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۲۰

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۴/۵/۱۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین عوامل اجتماعی با میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر قلب می‌باشد. روش تحقیق حاضر توصیفی پیمایشی و از لحاظ هدف کاربردی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی شهید مدنی تبریز می‌باشد که تعداد آنان ۱۳۴۷۹ نفر بود که حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۷۳ نفر به دست آمد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. برای پاسخگویی به سؤالات از شاخص‌های آمار توصیفی و نیز برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون‌های T و F، آزمون همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس استفاده شده است. نتایج حاصله نشان داد میزان ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر قلب در بین پاسخگویان بالاتر از حد متوسط بوده و شاخص‌های سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی پاسخگویان کمتر از متوسط و نیز رابطه معنی‌داری بین سن، الگوی تغذیه، میزان تحصیلات و نمایه توده بدنی با وجود ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر وجود دارد. همچنین نتایج به دست آمده نشان داد بین وضعیت اشتغال، درآمد، وضعیت تاهل، محل سکونت، بعدخانوار و جنس با میزان وجود ریسک فاکتور تفاوت وجود ندارد.

واژگان کلیدی: سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، الگوی تغذیه، ریسک فاکتور، بیماری قلبی.

بیان مسئله

سلامتی و بیماری، دو واژه‌ای هستند که جدای ازهم نیستند و شاید بتوان عبارت عوامل اجتماعی موثر بر بیماری را مترادف عوامل اجتماعی موثر بر سلامتی به کاربرد. آن‌چه که جامعه‌شناسی پزشکی بدان

E- mail: tbz.meduni@yahoo.com

۱. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز - ایران.

۲. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، گروه علوم اجتماعی، زنجان - ایران (نویسنده مسئول).

E- mail: pour_13@yao.com

می‌پردازد در راستای پاسخگویی به این سوال‌ها است چرا در دوران‌های گذشته تنوع بیماری‌ها کم بوده است؟ چرا با پیشرفت تکنولوژیکی انواع بیماری‌های جدید سر برمی‌آورند؟ چرا افراد فقیر نسبت به ثروت-مندان در معرض بیماری‌های بیشتری قرار دارند؟ تفکر به این سوال‌ها ما را خواه ناخواه به ریشه‌های اجتماعی بیماری‌ها سوق می‌دهد. یعنی حتی بیماری‌های جسمی نیز در بسیاری از مواقع در جامعه ریشه دارد. در گذشته و در فقدان فن‌آوری‌های تکنولوژیکی آن‌چه که مردم با آن دست به‌گریبان بودند، شامل بیماری‌های عفونی بود که ریشه در عدم توسعه پزشکی داشت. با توسعه پزشکی مرزهای دانش در این حوزه شکافته شد و لذا از میزان بیماری‌های عفونی نیز کاسته شد؛ تکنولوژی در ابعاد گوناگون توسعه یافت، زندگی آسوده‌تر از قبل شد، در یک کلام ما وارد عصر فرازمانی و فرامکانی شدیم و این همه را وامدار پیشرفت تکنولوژی هستیم. سبک زندگی انسان‌ها تغییر نمود، ساعت‌های حضور طولانی در آشپزخانه‌ها به پایان رسید، فست‌فودها جانشین غذاهای پر زحمت گذشته شد، انسان‌ها خواستار سبک زندگی مدرن‌تر شدند، اما این همه، هزینه فرصت بالایی را به جوامع تحمیل نمود، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی، ایدز و بسیاری از بیماری‌های دیگر گویی زائیده عصر جدید هستند و این است که نمی‌توان بیماری را فارغ از زمینه اجتماعی آن بررسی نمود. بیماری‌های قلبی بنا به آمارهای اعلام شده روند رو به رشدی را طی می‌نماید. سبک زندگی بدون تحرک، انواع فشارهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی همه و همه نقش موثری در آن دارند. این همه مقدمه‌ای بود برای واکاوی ریشه‌های اجتماعی بیماری عروق کرونر قلبی. اما در طرح موضوع سلامت، پیوسته باید تامین، حفظ و ارتقاء سلامت منظور نظر و هدف باشد، یعنی همیشه باید نسبت به سلامت نگاهی جامع و همه‌جانبه داشت. متأسفانه اغلب این گونه نیست و در اکثر موارد تمرکز بر بعد بیولوژیک است، آن هم در قالب بیماری‌ها و از دیدگاه فوق تخصصی و باز با کمال تأسف عین همین مطلب را در آموزش پزشکی، پژوهش، ارائه خدمات و تامین و توزیع اعتبارات می‌توان مشاهده کرد. این درحالی است که در بین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، نقش عوامل بیولوژیک و ژنتیک فقط در حدود ۱۵ درصد، سهم مجموع خدمات پزشکان، گروه پزشکی، سیستم ارائه خدمات بهداشتی-درمانی کشورها اعم از خصوصی و دولتی، دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت حدود ۲۵ درصد است و در صورتی که نقش عوامل اجتماعی را تا ۷۵ درصد ذکر می‌کنند. منظور از عوامل اجتماعی اعم از عوامل اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی، اجتماعی و سیاسی است. از جمله عوامل اجتماعی می‌توان از تکامل سال‌های اول زندگی (ECD) نام برد و نیز میزان تحصیلات افراد، اشتغال، محیط کار، جنسیت، فقر، تغذیه، مسکن، محل سکونت (همسایگی، محله، روستا، شهر، حاشیه شهر)، محیط زیست، حمل و نقل، تردد، تفریح، میزان نفوذ اجتماعی نام برد (مردی، بی‌تا: ۲۱۷).

با توجه به تاثیر عوامل اجتماعی در سلامت، می‌توان به این نتیجه رسید که بیماری‌ها نیز متأثر از عوامل اجتماعی و اقتصادی می‌باشند، از جمله مهم‌ترین بیماری‌ها که درمان قطعی برای آن وجود ندارد

و سالانه شمار زیادی از افراد را در جهان به کام مرگ می‌فرستد، بیماری‌های قلبی می‌باشد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیشتر افراد سالانه از بیماری‌های قلبی - عروقی بیش از هر علت دیگری می‌میرند. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به طور تقریبی ۲۳/۶ میلیون نفر از بیماران قلبی - عروقی به ویژه بیماری‌های عروق کرونر و سکته از بین خواهند رفت. در ایران نیز بیماری‌های قلبی - عروقی علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی با هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند (سبزمکان، ۱۳۹۲: ۲۹۲).

عوامل خطر ساز قابل تغییر در بیماری‌های قلبی شامل عوامل مربوط به سبک زندگی از جمله فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، مصرف سیگار، الکل، عوامل فیزیولوژی و بیوشیمی شامل فشار خون، وزن، قند خون و کلسترول خون می‌باشند. با حذف هر یک از عوامل یاد شده شانس بروز و ظهور بیماری‌های قلبی - عروقی کاهش می‌یابد. شواهد نشان می‌دهد عوامل خطر ساز قابل تغییر و رفتارهای سبک زندگی ناسالم به عنوان تعیین کننده‌های مهم ناتوانی و مرگ و میر بیماری قلبی - عروقی می‌باشند. (همان).

با توجه به این که بیماری‌های قلبی در حال حاضر شایع‌ترین علل مرگ را در اکثر نقاط جهان و ایران تشکیل می‌دهند و ۴۰ درصد تمام موارد را شامل می‌شوند و از طرفی ۲۵ درصد افراد مبتلا به این بیماری بدون هیچگونه علامت قلبی به صورت مرگ ناگهانی یا سکته قلبی حاد از بین می‌روند (سالاری فر و همکاران، ۱۳۸۶: ۴۹)، و با توجه به مطالعات صورت گرفته که عوامل اجتماعی نظیر سبک زندگی، تحصیلات از یک طرف و عوامل اقتصادی نظیر سرمایه اقتصادی و درآمد از طرف دیگر می‌توانند در ظهور و بروز بیماری‌های قلبی عروق کرونر نقش داشته باشند و از طرفی از آنجا که گسترش بیماری‌های مزمنی چون بیماری قلبی در جامعه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی زیادی را به بار خواهد آورد و لازم است تحقیقاتی که صورت می‌گیرد بیشتر در حوزه پیشگیری از بیماری‌ها باشد، از این روی در این تحقیق برآنیم تا رابطه عوامل اجتماعی را در بروز ریسک فاکتورهای بیماری قلبی عروق کرونر مورد بررسی قرار دهیم و در پی پاسخ به این سوال هستیم که چه رابطه‌ای بین عوامل اجتماعی و بروز ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر قلبی وجود دارد؟

مبانی نظری

تئوری علل اساسی لینک و فلن

آن‌ها بیان نموده‌اند که شرایط اجتماعی علل اصلی و بنیادی بیماری‌ها می‌باشند. لینک و فلن تئوری علل اساسی را برای تبیین و توضیح این که چرا ارتباط بین فاکتورهای اجتماعی مثل پایگاه اقتصادی - اجتماعی و پیامدهای سلامتی در طول زمان پایدار بوده است، توسعه دادند؟ آن‌ها شرایط اجتماعی را به عنوان فاکتورهایی که روابط یک شخص را به اشخاص دیگر درگیر می‌کند و این در بر گیرنده هر چیزی است؛ از روابط ابتدایی تا موقعیت‌هایی که با ساختارهای اقتصادی و اجتماعی جامعه مرتبط هستند، تعریف

می‌کنند. به نظر آن‌ها قدرت اجتماعی فرد باعث می‌شود که او احساس کند کنترل می‌شود و این حس در کنترل بودن نوعی احساس امنیت و بهزیستی را برای وی به ارمغان می‌آورد (Link & Phelan, 1995: 81).

افراد طبقه پایین کمتر قادر به کنترل زندگی‌شان هستند. آن‌ها به منابع کمی جهت رویارویی با استرس دسترسی دارند و در یک چرخه غیر سالم زندگی می‌کنند و با انواع محدودیت‌ها در جهت اتخاذ یک سبک زندگی سالم مواجه هستند بنابراین زودتر نیز می‌میرند. یکی از متغیرهای بنیانی در تاثیرگذاری بر بیماری‌ها موقعیت اجتماعی- اقتصادی فرد است که این رابطه در طول قرن‌ها توانسته پایدار بماند و مطالعات گوناگون در طول سال‌ها به ارتباط بین طبقه اجتماعی و سطح سلامتی و در نتیجه طول عمر اشاره می‌نمایند (Cockerham, 2007).

بورديو

از نظر بورديو ساخت طبقاتی افراد و تمایز اجتماعی آن‌ها از نحوه ترکیب سرمایه‌های آن‌ها ناشی می‌شود. به طوری که منش و عملکرد افراد تحت تاثیر انتخاب و انتخاب هم تحت تاثیر سرمایه آن‌ها می‌باشد و نوع انتخاب باعث تمایز افراد می‌شود. امروزه مردم با انتخاب‌های مصرفی‌شان شناخته می‌شوند و این هویت‌شان را شکل می‌دهد (علیزاده، ۱۳۸۹: ۲۹۲). مطابق مدلی که او ارائه کرده است شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید منش خاص منجر می‌شود و منش دو دسته نظام است: نظامی برای طبقه‌بندی اعمال و نظامی برای ادراکات و شناخت‌ها (قریحه‌ها). نتیجه نهایی تعامل این دو نظام سبک زندگی است. سبک زندگی همان اعمال و کارهایی است که به شیوه‌ای خاص طبقه‌بندی شده و حاصل ادراکات خاص هستند. عمده‌ترین میراث اندیشه بورديو برای جامعه‌شناسی مصرف و تحلیل سبک-های زندگی، تحلیل ترکیب انواع سرمایه برای تبیین الگوهای مصرف، بررسی فرضیه تمایز یافتن طبقات از طریق الگوهای مصرف و مبنای طبقاتی قریب و مصرف فرهنگی است (خواجه‌سروری و دیگری، ۱۳۹۲).

توزیع این سرمایه‌ها تعیین کننده موقعیت طبقاتی عینی فرد در نظام اجتماعی است. به عبارت دیگر ساخت طبقاتی از طریق ترکیب انواع این سرمایه‌ها به وسیله گروه‌ها روشن می‌شود. طبقات بالا بیشترین میزان سرمایه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نمادین را دارد. طبقه متوسط مقدار کمتری از این انواع را در اختیار دارد و طبقه پایین کمترین مقدار این ترکیب از منابع را مورد بهره‌برداری قرار می‌دهد. بورديو نشان می‌دهد، در گذشته روش‌های تمایز اجتماعی براساس طبقه بوده است، ولی امروزه موضوعات غذایی و تمایزات اجتماعی ناشی از عادات‌های غذایی که تحت تاثیر شکل‌های گوناگون عضویت گروهی است، آن را تحت تاثیر قرار داده است.

رهیافت نظری بورديو به معنای انتخاب‌های سبک زندگی از این جهت دارای اهمیت آشکاری است که به ما کمک می‌کند بفهمیم چرا تمایزات اجتماعی- ساختاری در مراحل اخیر مدرنیته به صورت روز-افزون از رهگذر صور فرهنگی بیان می‌شوند. به خصوص هر تعبیری از قدرت و تبیین امتیازات ساخت

یافته در جوامع پسا صنعتی ناگزیر از به کار بستن مفاهیم خشونت نمادین و سرمایه نمادین بورديو می‌باشد. بورديو با استفاده از این چهارچوب می‌تواند توضیح دهد که چرا شیوه‌های مختلف تملک سرمایه (چه اقتصادی و چه فرهنگی) در داخل یک طبقه، منظومه‌های متفاوتی از ذوق و قریحه به بار می‌آورد که همراه است با توقعات متفاوت بسیار تمایز یافته‌ای نسبت به ورزش، رژیم غذایی، هنرها، اثاثیه و دکوراسیون منزل و فعالیت‌های فراغتی (چنی دیوید، ۱۹۹۶). بورديو در تمایز، بر این نکته تأکید می‌ورزد که هر چه قدر سرمایه کنشگران بیشتر باشد، در فضای اجتماعی در موقعیت بالاتری قرار می‌گیرند (گیدنز و دیگران، ۱۳۸۱: ۱۱۶)

دیدگاه فرآوری مواد غذایی بیکر

نظر او تهیه مواد غذایی خانگی، مثل تهیه غذا برای خانواده تابعی از سرمایه و زمان موجود برای هر خانواده است. از نظر او علاوه بر زمان و سرمایه، مشارکت زنان در بازار کار، ابعاد خانواده یا خانواده تک نفره و چند نفره در انتخاب غذاهای خانگی و آماده تاثیرگذار است. و مطرح می‌کند که گرایش به غذاهای آماده، ریشه در تغییر ارزش‌های مصرف‌کنندگان دارد و رشد ارزش‌هایی مانند فردگرایی و خود اجرایی با ارزش‌های سنتی که توقف بیشتر در آشپزخانه را نیاز داشت متفاوت می‌باشد (علیزاده مقدم، ۱۳۸۹: ۲۸۷).

گیدنز

گیدنز سبک زندگی را مجموعه‌ای نسبتاً منسجم از همه رفتارها و فعالیت‌های یک فرد معین در جریان زندگی روزمره خود می‌داند که مستلزم مجموعه‌ای از عادات و جهت‌گیری‌هاست و بر همین اساس از نوعی وحدت برخوردار است. گیدنز انسان را به عنوان عامل در شکل‌گیری هویتش موثر می‌داند و معتقد است که انسان تحت فشار ساختار اجتماعی، سبک زندگی را بیشتر تقلید می‌کند. لذا گیدنز وضعیت را انتخاب می‌کند که در آن سبک‌های زندگی در بین محدودیت‌ها و فرصت‌های ارائه شده توسط موقعیت اجتماعی فرد بیان شده است و فرد مجبور به سازگار کردن خود با ساختار انعطاف‌پذیر سبک‌های زندگی و خود هویتی‌اش است. این انعطاف‌پذیری در وضعیت تغییر حاصل از انقلاب و رشد اجتماعی، در مرحله بعدی مدرنیته گنجانیده شده است (گیدنز، ۱۳۹۱: ۱۲۰).

ماکس وبر

وبر بیش از هر جامعه‌شناس کلاسیک وارد بحث‌های سبک زندگی شده است. به نظر وبر سلوک زندگی و فرصت‌های زندگی دو مولفه اساسی سبک زندگی‌اند. سلوک زندگی به انتخاب‌هایی اشاره دارد که افراد در گزینش سبک زندگی‌شان دارند. وبر فرصت‌های زندگی را به عنوان مطلق فرصت مورد توجه قرار نمی‌دهد، بلکه آن‌ها را فرصت‌هایی می‌داند که افراد به دلیل موقعیت اجتماعی‌شان از آن‌ها برخوردار می‌شوند. مهم‌ترین سهم وبر از مفهوم سبک زندگی، تقابل دیالکتیک بین «انتخاب‌ها» و «فرصت‌ها»

است، به طوری که اگر هر یک از این‌ها دیگری را از بین ببرد، می‌تواند در نتیجه سبک زندگی موثر باشد (خواج‌سروری و دیگری، ۱۳۹۲).

پیشینه تجربی

حسینی و همکاران در پژوهشی با عنوان «شیوع عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی در سالمندان امیر شهر در سال ۱۳۸۶» نشان دادند که شیوع عوامل خطر قلبی و عروقی در افراد مسن بود. جمشیدی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «رابطه ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی عروقی با چاقی شکمی و عمومی» نشان دادند که شیوع بالای چاقی و ارتباط آن با برخی ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی و عروقی است.

بیرنگ و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «مقایسه میانگین CBC و CRP و فاکتورهای انعقادی به عنوان ریسک فاکتورهای احتمالی بیماری‌های قلبی - عروقی در بیماران مبتلا به ژنژیویت نسبت به گروه کنترل» مهم‌ترین ریسک فاکتورهای قلبی را سیگار کشیدن، دیابت، ملیتوس، سن و جنس معرفی نموده‌اند.

سالاریفر، کاظمینی و حاجی زینلی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «شیوع و ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر در بستگان درجه اول افراد با بیماری زودرس عروق کرونر» نشان دادند که علت ریسک فاکتورهای قلبی عروقی را شامل دیابت، مصرف سیگار، پرفشاری خون، کلسترول، LDL و TG بالا و HDL پایین است.

طل و همکارانش (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل اقتصادی - اجتماعی در بیماران دیابتی نوع ۲ و پیامدهای مرتبط با بیماری در بیمارستان‌ها تابعه دانشگاه در سال ۱۳۸۹» نشان دادند که بین وقوع پیامد دیابت و متغیرهای جمعیت‌شناختی و عوامل اجتماعی - اقتصادی از نظر آماری ارتباط معنی‌داری مشاهده شد.

میرمیران و همکارانش (۱۳۸۲) در تحقیقی با عنوان «تعیین شاخص‌های پیش‌بینی کننده عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در افراد بزرگسال تهرانی» نشان دادند که تعدادی از عوامل تغذیه‌ای و غیرتغذیه‌ای با بعضی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی در جامعه مورد بررسی در ارتباط هستند. نجیبی و همکارانش (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان «بررسی وضعیت ناامنی غذایی و برخی عوامل اجتماعی - اقتصادی موثر در بیماران تازه تشخیص داده شده مبتلا به دیابت نوع ۲ در شیراز ۱۳۹۰» نشان دادند که ناامنی غذایی با سطح اقتصادی، تحصیلات، میزان درآمد، داشتن فرزندان زیر ۱۸ سال، بعد خانوار و تعداد فرزندان ارتباط معنی‌داری داشت.

سبزمکان و همکارانش (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان «تجارب بیماران دارای عوامل خطرناک بیماری قلبی- عروقی و کارکنان بهداشتی از تعیین‌کننده‌های رفتار تغذیه‌ای: یک آنالیز محتوای کیفی هدایت شده» نشان دادند که مشکل عمده بیماران این بود که نمی‌توانستند به طور منظم رژیم غذایی را رعایت نمایند.

فرضیه‌های تحقیق

۱. بین سن و میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب رابطه وجود دارد.
۲. میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تفکیک جنس متفاوت است.
۳. میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تفکیک وضعیت تاهل متفاوت است.
۴. میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تفکیک وضعیت اشتغال متفاوت است.
۵. میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تفکیک محل سکونت متفاوت است.
۶. میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تفکیک سطح تحصیلات متفاوت است.
۷. بین متغیرهای بعدخانوار و میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب رابطه وجود دارد.
۸. بین متغیرهای درآمد و میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب رابطه وجود دارد.
۹. میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تفکیک حجم توده بدنی (BMI) متفاوت است.
۱۰. بین میزان سرمایه اجتماعی و میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب رابطه وجود دارد.
۱۱. بین میزان سرمایه فرهنگی و میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب رابطه وجود دارد.
۱۲. بین الگوی تغذیه و میزان ریسک فاکتورهای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب رابطه وجود دارد.

روش تحقیق و تعریف مفاهیم

این پژوهش از لحاظ اجرایی، تحقیق کاربردی، از لحاظ زمانی، جزء تحقیقات مقطعی و با توجه به میزان ژرفایی در زمره مطالعات پهنانگر است. برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه به کار رفته و روش تحقیق پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش را بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی قلب و عروق شهیدمدنی تبریز تشکیل می‌دهند که تعداد آن‌ها در سال گذشته ۱۳۵۰۰ نفر بوده است. برای

تعیین حجم نمونه با یک مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه کوکران، برابر ۳۷۳ نفر انتخاب شد.

متغیرهای پیش‌بین

جنس: منظور از جنس، مرد یا زن بودن فرد پاسخگو است.

سن: منظور از سن تعداد سال‌هایی است که از تولد فرد می‌گذرد. سن در این تحقیق به عنوان یک متغیر کمی در ارتباط با متغیر وابسته، در سطح سنجش فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفت. وضعیت تاهل: مربوط به مجرد و متاهل بودن فرد پاسخگو است. این متغیر در چهار مقوله مجرد (زن یا مرد ازدواج نکرده)، متاهل (زن یا مرد ازدواج کرده)، مطلقه (زن یا مرد جدا شده از همسر)، و بدون همسر به دلیل فوت همسر بررسی شد. بعد خانوار: منظور از آن تعداد اعضای خانواده فرد می‌باشد. چنانچه ازدواج نکرده باشد بعد خانوار پدری و در صورت ازدواج بعد خانوار خود فرد پرسیده خواهد شد. بعد خانوار در سطح فاصله‌ای در ارتباط با متغیر وابسته سنجیده شد.

شغل: عبارت است از هرگونه فعالیت مربوط به کسب درآمد که در آن فرد به طور منظم کار می‌کند. در این تحقیق از پاسخگویان خواسته شد که شغل دقیق خود را ذکر نمایند. این متغیر در سطح اسمی چندگانه و در قالب طیف ۹ مقوله بیکار، شاغل بخش خصوصی، شاغل بخش دولتی، شغل آزاد، بازنشسته، از کار افتاده، خانه‌دار، دانشجو و سایر موارد مورد بررسی قرار گرفت (پورمحمد، ۱۳۹۰: ۳۶). میزان تحصیلات: میزان تحصیلات به سال‌های تحصیل فرد اطلاق می‌شود. در این تحقیق جهت سنجش این متغیر از سطح سنجش اسمی چندگانه استفاده شده است. بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، متوسطه، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکترا.

شاخص توده بدنی (BMI): این شاخص در واقع وزن متناسب با قد را می‌سنجد و می‌توان به عنوان مناسب‌ترین شاخص در حیطه وزن از آن استفاده کرد. شاخص توده بدنی از تقسیم وزن به توان دوم قد محاسبه می‌شود. در این فرمول وزن بر حسب کیلوگرم و قد بر حسب متر استفاده می‌شود (همان). این شاخص از طریق سوالاتی که به طور مستقیم قد و وزن را می‌سنجد محاسبه شد. در این تحقیق قد و وزن در سطح سنجش فاصله‌ای سنجیده شد و بعد از Compute کردن آن‌ها، BMI در سطح رتبه‌ای محاسبه شد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) ۴ طبقه را برای BMI^۱ تعیین کرده است: کم وزن = کمتر از $18/5 \text{ kg/m}^2$; نرمال = $18/5 - 24/9 \text{ kg/m}^2$; بیش وزن = $25 - 29/9 \text{ kg/m}^2$ و چاق = بالاتر از 30 kg/m^2 (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰). در تحقیق حاضر نیز از این تقسیم‌بندی پیروی شده است.

^۱ Body Mass Index

سرمایه فرهنگی: سرمایه فرهنگی همان مصرف کالاها و خدمات فرهنگی است. در این تحقیق جهت سنجش سرمایه فرهنگی از سه بعد سرمایه فرهنگی عینی، سرمایه فرهنگی ذهنی و سرمایه فرهنگی نهادی استفاده شد. جهت سنجش سرمایه فرهنگی عینی از گویه‌هایی چون «خریدن تابلوهای نقاشی، خریدن مجسمه‌ها و اشیای قدیمی، خریدن کتابهای درسی و ...» استفاده نمودیم.

در سنجش سرمایه فرهنگی ذهنی از گویه‌هایی چون «میزان علاقه به رفتن به سینما و تئاتر، میزان علاقه به موسیقی کلاسیک، میزان یادگیری هنر، میزان علاقه به کتابخانه و ...» استفاده شد. و در نهایت برای سنجش بعد نهادی سرمایه فرهنگی از گویه‌هایی چون «داشتن مدرک فنی و حرفه‌ای، مسلط بودن به زبان‌های خارجی، برنده شدن در مسابقات علمی، فرهنگی» استفاده شد (پورمحمد، ۱۳۹۰: ۳۸). لازم به یادآوری است که تمامی گویه‌های مربوط به متغیر سرمایه فرهنگی از پایان نامه پورمحمد (۱۳۹۰) اخذ شده است.

سرمایه اجتماعی: مفهوم سرمایه اجتماعی به مقامات و روابط گروهی یا شبکه اجتماعی (دوستی و نظیر آن) مربوط می‌گردد که فرد در درون آن قرار گرفته است و می‌تواند به نفع خود از آن استفاده کند (ممتاز، ۱۳۸۳: ۱۵۰). جهت سنجش این متغیر از شاخص‌هایی چون مشارکت، حمایت، اعتماد استفاده شد. لازم به یادآوری است که تمامی گویه‌ها از مقاله علیزاده با عنوان «تحلیل جامعه‌شناختی سبک غذایی شهروندان تبریزی» اخذ گردیده است.

الگوی تغذیه‌ای: سبک زندگی سلامت محور به عنوان پدیده‌ای چند علتی، چند بعدی و چند دلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که به مسائل تهدید کننده سلامت افراد می‌پردازد تا از این طریق بتواند تضمین کننده سلامت ایشان باشد (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۸۱). از آن جا که سبک زندگی مقوله‌ای گسترده می‌باشد، جهت بررسی آن در این پایان نامه به مهم‌ترین بعد سبک زندگی یعنی سبک تغذیه‌ای که همان انتخاب غذایی مصرف کنندگان است و تاثیر زیادی بر روی وضعیت سلامتی به صورت کلی و بروز ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر قلبی به طور خاص دارد پرداخته شد. جهت سنجش سبک تغذیه از دو بعد تغذیه سالم و تغذیه ناسالم استفاده شد. تغذیه ناسالم به گویه‌هایی چون غذاهای سریع‌الحاضر (ساندویچ، پیتزا و ...)، غذاهای سرخ کردنی، مصرف شیرینی‌جات به ویژه شکلات و قند، نوشابه‌های گازدار، غذاهای چربی‌دار، غذاهای کنسروی، غذاهای آماده در فریز خانه و تغذیه سالم با خوردن میوه در طول هفته، خوردن سبزیجات در طول هفته، خوردن لبنیات در طول هفته، مصرف کالری به حد کافی سنجیده شد.

لذا از پاسخگویان پرسیده شد که تا چه حد هر کدام از موارد فوق‌الذکر را در رژیم غذایی خود دارند. لازم به ذکر است که سوالات در قالب طیف لیکرت، به صورت ۶ گزینه‌ای و در سطح سنجش رتبه‌ای می‌باشد.

نیز تمامی گویه‌های مورد استفاده جهت سنجش سبک زندگی سلامت محور از مقاله‌ای که توسط قاسمی و همکارانش (۱۳۸۷) نگاشته شده است اخذ شد.

متغیر ملاک

ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر قلبی: منظور از ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر قلبی، عوامل خطر موثر بر بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد. جهت بررسی متغیر وابسته براساس پیشینه تجربی تحقیق مهم‌ترین ریسک فاکتورها و به عبارتی عوامل خطرآفرین بیماری عروق کرونر قلبی که تا به حال مورد بررسی قرار گرفته است را انتخاب نمودیم. این ریسک فاکتورها عبارتند از سابقه مصرف سیگار، سابقه مصرف الکل به صورت طولانی مدت، سابقه بیماری پر فشاری خون، سابقه بیماری دیابت، کلسترول، سابقه بیماری‌های اعصاب و روان. لازم به ذکر است که این مقوله‌های به شکل سطح سنجش اسمی دو حالتی و به شکل «بلی یا خیر» خواهد بود.

یافته‌های تحقیق

با توجه به جدول شماره (۱)، ضریب همبستگی بین سن و میزان بروز ریسک فاکتورهای بیماری قلبی $r=0/28$ با سطح معنی‌داری $p=0/000$ نشان می‌دهد بین متغیرهای ذکر شده همبستگی متوسط، و رابطه معنی‌دار و مستقیم وجود دارد. یعنی با بالا رفتن سن افراد میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری-های قلبی افزایش می‌یابد. نتایج این فرضیه همسو با تحقیقات انجام شده توسط جلالی فراهانی و همکارانش، میرمیران و همکارانش، طل و همکارانش، بیرنگ و همکاران و هم‌چنین حسینی، ذبیحی و بیژنی می‌باشد.

جدول شماره (۱): همبستگی بین سن و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

تعداد	مقدار پیرسون	سطح معنی‌داری
۳۷۳	۰/۲۸	۰/۰۰۰

چنانچه جدول شماره (۲)، نشان می‌دهد، هیچ تفاوت معنی‌داری بین جنسیت و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیمار قلبی وجود ندارد. نتایج این فرضیه مغایر با تئوری علل اساسی لینک و فلمن که جنسیت را نیز در کنار موقعیت اجتماعی و دیگر عوامل به عنوان یکی از فاکتورهای ابتلا به بیماری می‌دانستند و نیز با عقیده ماکس وبر که جنسیت را یکی از شانس‌های زندگی جهت انتخاب سبک زندگی می‌داند همخوانی نداشته و با تحقیقات جمشیدی، سیف و شعبانی و هم‌چنین بیرنگ و همکاران نیز همسویی ندارد.

جدول شماره (۲): تفاوت بین جنسیت و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

جنسیت	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معنی داری
زن	۱۶۵	۰/۹۹۵۶۷	۰/۹۰۵	۰/۳۶۶
مرد	۲۰۸	۱/۰۴۴۸۴		

با توجه به جدول شماره (۳)، بین وضعیت تأهل و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی تفاوت معنادار وجود ندارد. و نتایج به دست آمده مغایر با تحقیقات انجام شده توسط طل و همکارانش و نیز نجیبی و همکارانش بود.

جدول شماره (۳): تفاوت بین وضعیت تأهل و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

واریانس	مقدار واریانس	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی داری
واریانس برون گروهی	۲/۴۲۵	۲	۰/۱۵۹	۰/۳۱۵
واریانس درون گروهی	۳۸۶/۹۸۵	۳۷۰		
جمع	۳۸۹/۴۱۰	۳۷۲		

بین وضعیت اشتغال و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی تفاوت وجود ندارد. نتایج این فرضیه نیز همسو با تحقیقات طل و همکاران نبوده و نیز با نظریه بوردیو در بیان موقعیت فرد در ساختار اجتماعی و نیز موقعیت اجتماعی در نظریه تئوری علل اساسی لینک و فلن مغایرت دارد. جدول زیر موارد مورد بحث را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۴): تفاوت بین وضعیت اشتغال و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

واریانس	مقدار واریانس	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی داری
واریانس برون گروهی	۹/۳۴۴	۵	۱/۸۰۵	۰/۱۱۱
واریانس درون گروهی	۳۸۰/۰۶۶	۳۶۷		
جمع	۳۸۹/۴۱۰	۳۷۲		

با توجه به جدول شماره (۵)، بین محل سکونت و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری قلبی هیچ رابطه معنی داری ($p=0/۶۸۴$) وجود ندارد. نتایج این فرضیه همسو با هیچ یک از تئوری‌های تحقیق نبوده و احتمالاً علت آن تغییر در فرهنگ و آداب سنتی در روستاها و ارتباط بین همسایه‌ها و هم محله‌ای‌ها و نیز از افزایش امکان دسترسی به امکانات از یک سو و تغییرات سریع زندگی با حضور رسانه‌های جمعی در روستا که هم‌چون شهرها رو به فردگرایی رفته است، می‌باشد.

جدول شماره (۵): تفاوت بین محل سکونت و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

محل سکونت	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معنی‌داری
شهر	۲۶۴	۱/۰۵۸۹۲	-۰/۴۰۸	۰/۶۸۴
روستا	۱۰۹	۰/۹۳۴۵۷		

با توجه به جدول شماره (۶)، میزان ریسک فاکتورهای بیماری قلبی به تفکیک سطح تحصیلات متفاوت نمی‌باشد. و رابطه معنی‌داری بین متغیرهای ذکر شده مشاهده نگردید.

جدول شماره (۶): تفاوت بین وضعیت تحصیلات و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

مقدار واریانس	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی‌داری	تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از آزمون Lsd	میزان تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
۲۷/۱۱۱	۶	۴/۵۶۵	۰/۰۰۰	لیسانس - ابتدایی	۰/۴۷۵۸۸	۰/۰۱۶
۳۶۲/۲۹۹	۳۶۶			لیسانس - راهنمایی	۰/۵۹۱۱۳	۰/۰۰۶
۳۸۹/۴۱۰	۳۷۲			لیسانس - متوسطه	۰/۶۵۵۸۸	۰/۰۰۵
				بیسواد - فوق دیپلم	۰/۶۶۶۶۷	۰/۰۰۳
				ابتدایی - فوق دیپلم	۰/۵۲۱۶۷	۰/۰۲۲
				لیسانس - فوق دیپلم	۰/۹۹۷۵۵	۰/۰۰۰
				ابتدایی - فوق لیسانس	۰/۹۳۰۰۰	۰/۰۰۵
				راهنمایی - فوق لیسانس	۰/۸۱۴۷۵	۰/۰۱۷
				متوسطه - فوق لیسانس	۰/۷۵۰۰۰	۰/۰۳۴
				لیسانس - فوق لیسانس	۱/۴۰۵۸۸	۰/۰۰۰

مطابق آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده در جدول شماره (۷)، ملاحظه می‌شود که بین بعد خانوار و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی شدت همبستگی برابر با $r=0/096$ با سطح معنی‌داری $p=0/065$ بین بعد خانوار و میزان ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی رابطه معنی‌دار وجود ندارد. می‌توان بیان کرد بین تعداد اعضای خانواده و میزان وجود ریسک فاکتور بیماری قلبی هیچ رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره (۷): همبستگی پیرسون بین بعد خانوار و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

تعداد	مقدار پیرسون	سطح معنی‌داری
۳۷۳	۰/۰۹۶	۰/۰۶۵

بین میزان درآمد و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی رابطه معنی‌داری ($p=0/529$) وجود ندارد. جدول شماره (۸)، مباحث مورد بحث را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۸): همبستگی پیرسون بین درآمد و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

تعداد	مقدار پیرسون	سطح معنی‌داری
۳۷۳	-۰/۰۳۳	۰/۵۲۹

همان‌طور که جدول شماره (۹) نشان می‌دهد، میزان ریسک فاکتورهای بیماری قلبی به تفکیک نمایه توده بدنی متفاوت است. به طوری که با توجه به تفاوت میانگین‌ها و سطح معنی‌داری $p=0/000$ تفاوت معنی‌داری بین متغیرهای ذکر شده وجود دارد.

جدول شماره (۹): تفاوت بین نمایه توده بدنی و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

واریانس	مقدار	درجه	مقدار F	سطح معنی‌داری	تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از آزمون Lsd	میزان تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
واریانس برون گروهی	۱۹/۴۷۰	۳	۶/۴۴۰	۰/۰۰۰	بالاتر از ۳۰- کمتر از ۱۸/۵	۱/۵۳۵۲۱	۰/۰۳۴
واریانس درون گروهی	۳۶۹/۸۴۵	۳۶۷			۲۵ الی ۲۹/۹- ۲۴/۹	۰/۳۳۱۷۷	۰/۰۰۵
جمع	۳۸۹/۳۱۵	۳۷۰			بالاتر از ۳۰- ۲۴/۹- ۱۸/۵	۰/۵۷۴۵۸	۰/۰۰۰

بین سرمایه اجتماعی و میزان ریسک فاکتورهای بیماری قلبی رابطه معنادار و مستقیم مشاهده شد. با توجه به ضریب همبستگی $r=0/28$ و سطح معنی‌داری $p=0/000$ بین سرمایه فرهنگی و میزان ریسک فاکتورهای بیماری قلبی همبستگی متوسط و رابطه معنادار و معکوس مشاهده گردید، به طوری که با افزایش سرمایه فرهنگی میزان وجود ریسک بیماری‌های قلبی کاهش می‌یابد. گفتنی است هر یک از شاخص‌های سرمایه فرهنگی با میزان ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی رابطه معنی‌دار و معکوس دارد. جدول شماره (۱۰)، موارد مورد بحث را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱۰): همبستگی پیرسون بین میزان سرمایه فرهنگی و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

متغیر	تعداد	مقدار پیرسون	سطح معنی‌داری
سرمایه فرهنگی (ذهنی) و وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی	۳۷۳	-۰/۲۱	۰/۰۰۰
سرمایه فرهنگی (عینی) و وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی	۳۷۳	-۰/۱۹	۰/۰۰۰
سرمایه فرهنگی (نهادی) و وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی	۳۷۳	-۰/۱۴	۰/۰۰۰
سرمایه فرهنگی و وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی	۳۷۳	-۰/۲۸	۰/۰۰۰

با توجه به ضریب همبستگی $r = -0/16$ و سطح معنی‌داری $p = 0/01$ ، بین سبک تغذیه سالم و میزان ریسک فاکتورهای بیماری قلبی همبستگی ضعیف و رابطه معنادار و معکوس مشاهده گردید به طوری که هر قدر افراد سبک تغذیه سالمی داشته باشند، میزان ریسک فاکتورهای قلبی کاهش می‌یابد. هم‌چنین با توجه به ضریب همبستگی $r = 0/18$ و سطح معنی‌داری $p = 0/000$ ، بین سبک تغذیه ناسالم و میزان ریسک فاکتورهای بیماری قلبی همبستگی ضعیف و رابطه معنادار و مستقیم مشاهده گردید به طوری که هر قدر افراد الگوی تغذیه ناسالمی داشته باشند، میزان ریسک فاکتورهای قلبی افزایش می‌یابد. مباحث مورد بحث را جدول شماره ۱۱ نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱۱): همبستگی بین میزان الگوهای تغذیه و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی

متغیر الگوی تغذیه	تعداد	مقدار پیرسون	سطح معنی‌داری
الگوی ناسالم تغذیه و وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی	۳۷۳	۰/۱۸	۰/۰۰۰
الگوی سالم تغذیه و وجود ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی	۳۷۳	-۰/۱۶	۰/۰۱

نتیجه‌گیری و بحث

بر اساس تئوری علل اساسی، طبقه اجتماعی بر نوع بیماری‌هایی که افراد به آن دچار می‌شوند عامل تاثیرگذار است. این تئوری به طور کلی موقعیت اجتماعی-اقتصادی را علل اساسی نابرابری‌های سلامتی مطرح می‌کند. در این راستا بود که لینک و فلن از جامعه‌شناسان پزشکی خواستند که ریسک فاکتورهای مبتنی بر فرد را زمینه‌مند کنند و آنچه را که مردم را در معرض خطر ریسک فاکتورهای بیماری قرار می‌دهد را آزمون نمایند و در این روند شرایط اجتماعی را به عنوان علل اساسی و بنیادی در نظر بگیرند. آنچه که باعث می‌شود تئوری علل بنیادی، پایگاه اقتصادی و اجتماعی را عاملی تعیین کننده در ابتلای به بیماری‌ها عنوان کند این است که؛ توانایی یک شخص برای سود بردن از چیزی که با آن از بیماری و مرگ اجتناب کند به وسیله منابعی چون دانش، پول، قدرت، پرستیژ و ارتباطات اجتماعی تحقق می‌یابد و افرادی که چنین منابعی را در اختیار دارند از مزایای سلامتی نیز برخوردار می‌شوند؛ از آنجایی که طبقات پایین از چنین امکاناتی برخوردار نیستند بنابراین از حمایت لازم در مواجهه با بیماری‌ها نیز برخوردار نمی‌باشند.

هم‌چنین نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری قلبی به تفکیک جنسیت متفاوت از هم نمی‌باشد. نتایج توصیفی نیز نشان داد که میانگین میزان ریسک فاکتورهای قلبی در بین زنان و مردان تقریباً برابر می‌باشد اما نکته‌ای که لازم است بدان توجه شود این است که میانگین میزان ریسک فاکتورهای قلبی در جمعیت مورد مطالعه بالاتر از حد متوسط می‌باشد، هم در بین زنان و هم

در بین مردان. آنچه که لینک و فلمن بدان اذعان نموده بودند این است که بین جنسیت و بیماری رابطه وجود دارد و مردان بیشتر در معرض بیماری‌ها قرار دارد بنابراین نتیجه این تحقیق در خلاف جهت نظر این دو اندیشمند می‌باشد. به عبارت بهتر عصر مدرن همان گونه که گیدنز بیان می‌کند دارای مخاطراتی است و این مخاطرات فرای جنسیت بر همه افراد تاثیر می‌گذارد. در دنیای جدید به دلیل مشارکت زنان در امور اقتصادی و اجتماعی در واقع آنان نیز در معرض آسیب‌های گوناگون در جامعه قرار دارند. فشارهای کاری، مسائل عاطفی و ... همه و همه آنان را نیز مانند مردان درگیر نموده است؛ در چنین شرایطی زنان نیز مانند مردان در معرض بیماری‌های گوناگون قرار می‌گیرند و نتیجه تحقیق نیز به این امر معترف است.

از نظر بوردیو هر فردی به میزان خاصی از سرمایه فرهنگی و اجتماعی دسترسی دارد که سبک زندگی و انتخاب‌های وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از نظر وی اگر در گذشته تمایز اجتماعی براساس طبقه بود، امروزه موضوعات غذایی و تمایزات اجتماعی ناشی از عادات‌های غذایی که متاثر از شکل‌های گوناگون عضویت گروهی است آن را تحت تاثیر قرار داده است. گیدنز و وبر نیز همسو با بوردیو معتقدند که طبقه اجتماعی فرد انتخاب‌های وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. هر فردی با توجه به طبقه اجتماعی و اقتصادی به میزان خاصی از سرمایه اجتماعی و فرهنگی دسترسی دارد، هر چه سرمایه اجتماعی فرد بالاتر باشد از حمایت‌های بیشتری در وضعیت‌های بحرانی زندگی برخوردار می‌شود. شبکه روابط فرد و افرادی که داخل در این شبکه هستند وی را مورد حمایت عاطفی و حتی مادی قرار می‌دهند. از طرفی هر چه سرمایه فرهنگی فرد بیشتر باشد از آگاهی بیشتری در رابطه با مسایل از جمله بیماری‌ها برخوردار می‌باشند و لذا در سایه همین آگاهی انتخاب‌های سالم‌تری در تمامی ابعاد زندگی خواهند داشت.

نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد که بین سرمایه اجتماعی و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری قلبی رابطه معنادار و منفی وجود دارد. این نتیجه همسو با نتایج تحقیق طل و همکاران (۱۳۸۹) است که ارتباط با اعضای خانواده و تعداد دفعات ارتباط را در بروز بیماری دیابت تاثیرگذار ارزیابی نموده‌اند. دنیای امروز عصر تکنولوژی می‌باشد و این تکنولوژی‌ها چنان در روابط انسان‌ها رسوخ نموده‌اند که روابط چهر به چهره را به حاشیه رانده‌اند، دنیای امروز عصر انسان‌های جدا از هم می‌باشد، عصر فشارهای روانی فزاینده. در چنین شرایطی به میزانی که فرد شبکه روابط چهره به چهره خود را با اطرافیان بیشتر نماید به همان میزان نیز از حمایت‌های عاطفی و نيزمادی بیشتری از جانب آن‌ها برخوردار خواهد شد. شبکه روابط اجتماعی فرد او را از تنهایی و انزوا و افسردگی می‌رهاند، ارتباط با انسان‌ها، مشارکت در امور اجتماعی، یاری نمودن دیگران همگی آثار مثبتی بر روح و جسم فرد دارد که کمترین اثر آن وجود انرژی و شادی در زندگی فرد خواهد بود.

بر اساس نتایج تحقیق بین سرمایه فرهنگی و میزان وجود ریسک فاکتورهای بیماری قلبی رابطه معنی‌دار و منفی وجود دارد. همان گونه که بوردیو و همسو با وی وبر و گیدنز بیان می‌کنند شیوه زیست

فرد در رابطه مستقیم با طبقه اجتماعی او می‌باشد. هر فردی با توجه به طبقه اجتماعی خود به میزان خاصی از سرمایه فرهنگی دسترسی دارد. سرمایه فرهنگی آگاهی و دانشی به فرد می‌دهد که روش زیست سالمتری برای خود در زندگی برگزیند، این آگاهی به وی کمک می‌کند که در شرایط بحرانی زندگی مدیریت لازم را انجام دهد و کمترین ضربه‌ها از شرایط بحران‌زا نصیب وی شود. بنابراین فردی که سرمایه فرهنگی بالایی دارد در رابطه با بیماری‌ها نیز خود را مصون نگه می‌دارد البته تا حدی که به عاملیت وی مربوط می‌شود چرا که برخی از شرایط از عهده کنترل فرد خارج است. از همین رو است که رابطه معنی‌دار بین سطح تحصیلات و میزان بروز ریسک فاکتورهای قلبی نیز قابل تبیین است. افرادی که سطح تحصیلات فوق لیسانس دارند از میانگین کمتری نسبت به سایر گروه‌های تحصیلی در رابطه با میزان ریسک فاکتور-های قلبی برخوردار می‌باشند. طل و همکارانش (۱۳۸۹) نیز به وجود رابطه بین بیماری دیابت و سطح تحصیلات اذعان نموده‌اند.

عبارتی به میزانی که فرد دارای الگوی تغذیه‌ای سالمی باشد نسبت به بیماری‌های قلبی مصونیت بیشتری خواهد داشت و بالعکس گرایش به تغذیه ناسالم فرد را در دامن بیماری‌های قلبی می‌تواند گرفتار نماید. میرمیران و همکارانش (۱۳۸۲) و نیز سبزمکان و همکارانش (۱۳۹۲) هم عوامل تغذیه‌ای را دارای رابطه معنادار با بیماری قلبی گزارش کرده بودند.

الگوی تغذیه‌ای از طریق تأثیری که بر حجم توده بدنی می‌گذارد می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع ریسک فاکتورهای قلبی در فرد شود. متغیر حجم توده بدنی از جمله متغیرهایی است که به کرات توسط محققان در رابطه با انواع بیماری‌ها مورد بررسی قرار گرفته و در بسیاری از موارد نیز به تأثیرگذاری آن پی برده شده است. در این تحقیق نیز متغیر حجم توده بدنی دارای رابطه معنادار با میزان بروز ریسک فاکتورهای بیماری قلبی بود. از جمله محققینی که به چنین رابطه‌ای در تحقیقات خود دست یافته‌اند می‌توان از حسینی، ذبیحی، بیشه‌ای (۱۳۸۸)، جمشیدی، سیف و شعبانی (۱۳۹۰)، میرمیران و همکاران (۱۳۸۲) نام برد.

پیشنهاد‌های پژوهشی

بیکر فردگرایی را در گرایش به غذاهای آماده عامل موثری عنوان کرده بود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به این متغیر نیز پرداخته شود.

از نظر گیدنز، مدرنیته از جمله عواملی است که بر سبک زندگی تأثیرگذار بوده و پارامترهای خطرآفرینی از جمله انواع بیماری‌ها را وارد زندگی مردم نموده است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی این دو متغیر نیز در رابطه با ریسک فاکتورهای بیماری قلبی مورد بررسی قرار گیرند.

هم‌چنین چنین تحقیقی را می‌توان در رابطه با سایر بیماری‌ها نیز انجام داد. تأثیر عوامل اجتماعی بر بیماری‌ها قابل بررسی در اکثریت بیماری‌ها می‌باشد.

منابع

- باقری‌لنکرانی، ل؛ و دیگری. (۱۳۸۹). **درآمدی بر عدالت در نظام سلامت**. مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شیراز.
- بیرنگ، ر. (۱۳۸۶). مقایسه میانگین CBC و CRP و فاکتورهای انعقادی به عنوان ریسک فاکتورهای احتمالی بیماری‌های قلبی-عروقی در بیماران مبتلا به ژنوتیپ نسبت به گروه کنترل. **مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**. دوره ۲۵، شماره ۳، صص ۲۶۰-۲۵۵.
- بازرگان، ع؛ و دیگران. (۱۳۸۵). **روش‌های تحقیق در علوم رفتاری**. تهران: انتشارات آگه.
- پورمحمد، ر. (۱۳۹۰). **بررسی جامعه‌شناختی تصور بدنی و عوامل مرتبط با آن: مورد مطالعه شهروندان بالای ۱۵ سال شهر تبریز**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- جلالی‌فراهانی، ع. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای عوامل خطر بیماری‌های قلبی در بیماران نظامی و غیر نظامی که تحت آنژیوپلاستی قرار گرفته‌اند در بیمارستان‌های بقیه‌الله اعظم «عج» و شهید رجایی تهران. **طب نظامی**. شماره ۱۰ (۲)، صص ۱۴۲-۱۳۷.
- حسینی، ر؛ و دیگری. (۱۳۸۸). شیوع عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی در سالمندان امیر شهر در سال ۱۳۸۶. **مجله سالمندی ایران**. سال چهارم، شماره یازدهم.
- جمشیدی، ل؛ و دیگران. (۱۳۹۰). رابطه ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی عروقی با چاقی شکمی و عمومی. **مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان**.
- خواجه سروری، غ؛ و دیگری. (۱۳۹۲). جهانی شدن سبک زندگی و تقاضای دگرگونی سیاسی. **مطالعات راهبردی جهانی شدن**. دوره ۴، شماره ۱۰.
- سبزمکان، ل. (۱۳۹۲). تجارب بیماران دارای عوامل خطر ساز بیماری قلبی-عروقی و کارکنان بهداشتی از تعیین‌کننده‌های رفتار تغذیه‌ای: یک آنالیز محتوای کیفی هدایت شده. **مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران**. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات پزشکی-درمانی شهید بهشتی، دوره پانزدهم، شماره ۳، صص ۳۰۲-۲۹۲.
- سالاری‌فر، م؛ و دیگران. (۱۳۸۶). شیوع ریسک فاکتورهای بیماری عروق کرونر در بستگان درجه اول با بیماریز و درس کرونر. **مجله دانشکده پزشکی**. دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۵، شماره ۱، صص ۵۴-۴۹.
- طل، آ. (۱۳۹۰). بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی در بیماران دیابتی نوع ۲ و پیامدهای مرتبط با بیماری در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه در سال ۱۳۸۹. **فصلنامه بیمارستان**. سال دهم، شماره ۲، شماره مسلسل ۳۷، صص ۹-۱.
- عباس‌زاده، م. (۱۳۹۱). بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر سبک زندگی خود مراقبتی شهروندان. **فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی**. صص ۱۴۱-۱۱۹.
- عباس‌زاده، م؛ و دیگران. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین عوامل دموگرافیک و شاخص توده بدنی در بین شهروندان بالای ۱۵ سال شهر تبریز. **نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران**. دوره ۶، مسلسل ۱۱.
- علیزاده‌اقدم، م. (۱۳۸۹). تحلیل جامعه‌شناختی سبک غذایی شهروندان تبریزی. **فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی**. سال دوازدهم، شماره ۴۴، صص ۳۱۸-۲۸۵.
- قاسمی، و. (۱۳۸۷). تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌های سبک زندگی سلامت محور. **ادبیات و زبان‌ها**. شماره ۶۳، صص ۲۱۴-۱۸۱.
- گیدنز، آ. (۱۳۹۱). **تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید**. ترجمه: ن، موققیان. تهران: نشر نی.
- گبینز، ج، آ؛ و دیگری. (۱۳۸۱). **سیاست پست مدرنیته**. تهران: نشر گام نو.
- میرمیران. (۱۳۸۲). تعیین شاخص‌های پیش‌بینی کننده عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی در افراد بزرگسال تهرانی. **مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران**. سال دهم، شماره ۳۷، صص ۷۹۸-۷۸۹.

- مرندی، ع. (بی‌تا). **کتاب جامع بهداشت عمومی**. فصل ۱۴، گفتار ۳، عوامل اجتماعی سلامت. ممتاز، ف. (۱۳۸۳). معرفی مفهوم طبقه از دیدگاه بوردیو. **پژوهشنامه علوم انسانی**. شماره ۴۲-۴۱، صص ۱۶۰-۱۴۹.
- مطلق، م؛ و دیگران. (۱۳۸۷). **سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن**. انتشارات موفق، چاپ دوم.
- نجیبی، ن. (۱۳۹۲). بررسی وضعیت ناامنی غذایی و برخی عوامل اجتماعی اقتصادی موثر در بیماران تازه تشخیص داده شده مبتلا به دیابت نوع ۲ در شیراز-۱۳۹۰. **مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردک**. سال ۱۶، شماره ۱ (شماره پیاپی ۷۰)، ۹۸-۱۰۶.
- نادری، غ؛ و دیگران. (۱۳۸۲). وضعیت ریسک فاکتورهای جدید بیماری‌های قلبی و عروقی در جامعه شهری اصفهان. **مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان**. دوره یازدهم، شماره ۱، صص ۳۵-۲۸.
- رفیع‌پور، ف. (۱۳۸۷). **تکنیک‌های خاص تحقیق در علوم اجتماعی**. تهران: شرکت سهامی انتشار.
- The Fundamental Cause Theory in haping Persistent Health disparities.**
vanessaoliveira.myefolio.com
- Phelan. J. C, Link. B.G, & et al. (2002). Fundamental Causes of Social Inequalities in Mortality: A Test of the theory. **Journal of health and Social behavior**. Vol. 45, P.p: 265- 285.
- Link. B. G & Phelan., J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. **Journal of Health and Social Behavior**. Vol.35, pp: 80-94.
- Cockerham.W. C. (2007). **Social Causes of health and disease**. polity press.