Research Article

Sociological Analysis of Determinants of High Blood Cholesterol in the Contemporary Industrialized World

Ebrahim Irannejad [1]

Assistant Professor, Department of Social Sciences, Academic Center for Education, Culture and Research, Tabriz, Iran.

Recievied:2025/12/28 Accepted: 2026/02/12

https://doi.org/10.22034/jis.2026.2081378.1048

Extended Abstract

Introduction: High blood cholesterol is a rapidly growing social and health problem all over the world. It is estimated that it affects 39% of the global adult population. Although, genetic and biological factors play an important role in the development of high blood cholesterol, the main factor is the conditions of modern industrial society and the lifestyle changes it brings, such as inactivity. Given that the prevalence rate of high blood cholesterol in Iran is near the global average, and this disease is closely tied to social factors, this research aims to examine the impact of economic capital, social capital, and cultural capital on high blood cholesterol from a sociological point of view.

Method: This quantitative study was conducted using a survey method. Based on the mechanism of doing the research, the selected individuals were asked, through an invitation, to refer to a contracted laboratory in Tabriz city for a blood test. Within a month of receiving invitations, 385 people who visited the laboratory for the medical test, were given research questionnaires including social capital, cultural capital, and economic capital and were asked to answer the questions. The collected data were analyzed by means of the logistic regression test in SPSS software.

Findings: On the basis of the descriptive findings of the study, 304 respondents had normal blood cholesterol levels, and 81 had abnormal blood cholesterol levels. This means that the prevalence rate of this harmful disease among Tabriz citizens is 21% or one out of five. The analytical findings of the research indicate that there is a significant relationship between social capital, cultural capital, and economic capital with membership in the normal blood cholesterol group. In other words, as social, cultural, and economic capitals increase, the likelihood of membership in the normal blood cholesterol group goes up. The findings of the study show that the economic, social, and cultural capital variables are able to explain 0.43 of the changes in the dependent variable of being involved in high blood cholesterol.

Conclusion: High blood cholesterol is becoming increasingly prevalent as a significant social and health problem in Iran. Given its harmful consequences on one hand and its close connection with social determinants on the other, the findings of this study are of great importance. The conclusion of the present study is that high blood cholesterol can be reduced modifying social capital, cultural capital, and economic capital.

Keywords: Blood cholesterol, Social capital, Cultural capital, Economic capital, Physical health.

Citation: Irannejad, E. (2025). Sociological Analysis of Determinants of High Blood Cholestrol in the Contemporary Industrialized World. *Journal of Industrial Sociology*, 2(1), 185-205.

1.Corresponding author, E-mail: irannejad@acecr.ac.ir

مقاله پژوهشی

تحلیل جامعه شناختی تعیین کننده های ابتلا به کلسترول بالای خون در دنیای صنعتی معاصر

ابراهیم ایران نژاد[۱]

استادیار، گروه علوم اجتماعی، پژوهشکده توسعه و برنامه ریزی جهاد دانشگاهی، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱٤۰٤/۱۰/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱٤۰٤/۱۱/۲۳

https://doi.org/10.22034/jis.2026.2081378.1048

چکیده مبسوط

مقدمه: کلسترول بالای خون به عنوان یک مساله حاد اجتماعی و بهداشتی به سرعت در سراسر جهان درحال گسترش است، به طوری که برآورد میشود ۳۹٪ جمعیت بزرگسال جهان درگیر این بیماری هستند. اگرچه، کلسترول بالای خون ناشی از عوامل متعدد «ژنتیکی» و «زیستی» است اما عامل اصلی آن، شرایط جامعه نوین صنعتی و تغییرات گسترده «سبک زندگی» ناشی از آن مانند «بی تحرکی» است. با توجه به اینکه، نرخ شیوع کلسترول بالای خون، در ایران نزدیک به میانگین جهانی است، و این بیماری پیوند نزدیکی با عوامل اجتماعی دارد، پژوهش حاضر به دنبال آن است که از چشم‌اندازی جامعه شناختی اثر سرمایه های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر ابتلا به کلسترول بالای خون را بررسی کند.

روش: این مطالعه از نوع کمّی است و به روش پیمایشی انجام شده است. فرآیند انجام تحقیق به این صورت بود که از افراد منتخب طی دعوت نامه ای خواسته شد جهت انجام آزمایش خون به آزمایشگاه طرف قرارداد در شهر تبریز مراجعه نمایند. در دوره زمانی یک ماهه از تحویل دعوت نامه ها، ۳۸۵ نفر از افرادی که به آزمایشگاه مراجعه کردند، پس از انجام آزمایش خون، پرسشنامه‌های تحقیق شامل سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، و سرمایه اقتصادی در اختیار شان قرار داده شد و از آنها خواسته شد به سئوالات آن جواب بدهند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون رگرسیون لجستیک در نرم افزار SPSS استفاده گردید.

یافته ها: براساس یافته های توصیفی تحقیق، ۳۰٤ نفر از پاسخگویان دارای کلسترول خون نرمال و ۸۱ نفر دارای کلسترول خون غیرنرمال بودند که نشان می دهد، نرخ شیوع ابتلا به این بیماری در بین شهروندان تبریزی برابر با ۲۱٪ است. یافته های تحقیق نشان می دهد، رابطه معناداری بین سرمایهٔ اجتماعی، سرمایه فرهنگی، و سرمایه اقتصادی با عضویت در گروه کلسترول خون نرمال وجود دارد و با بالا رفتن سرمایه های سه گانه اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی، شانس عضویت در گروه کلسترول خون نرمال افزایش می یابد. یافته ها نشان میدهد، متغیرهای سرمایه اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی قادرند ٤۳٪ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: ابتلا به کلسترول بالای خون به عنوان یک مساله حاد اجتماعی و بهداشتی در ایران درحال شیوع است. با توجه به پیامدهای زیانبار آن از یک سو و پیوند نزدیک آن با تعیین کننده های اجتماعی، یافته های این پژوهش حایز اهمیت است. بر اساس نتیجه پژوهش حاضر، با تغییر در میزان سرمایه های اجتماعی، فرهنگی، و اقتصادی می توان ابتلا به کلسترول بالای خون را کاهش داد.

کلیدواژه ها: کلسترول خون، سرمایهٔ اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، سلامت جسمی.

ارجاع: ایران نژاد، ابراهیم. (۱٤۰٤). تحلیل جامعه شناختی تعیین کننده های ابتلا به کلسترول خون بالای خون در دنیای صنعتی معاصر. *مجله جامعه شناسی صنعتی*، ۲(۲)، ۲۰۱-۱۸۵.

۱.ایمیل نویسنده مسؤول: irannejad@acecr.ac.ir

مقدمه

کلسترول[1]، به عنوان ماده‌ای چربی در خون، برای ساخت سلول‌ها، هورمونها، ویتامین دی، و کمک به فرآیند هضم، ضروری است و به صورت «اچ دی ال[2]» یا کلسترول خوب، «ال دی ال[3]» یا کلسترول بد، و «تری گلیسیرید[4]»، اندازه گیری می شود (فرخ و همکاران، ۱٤۰۰). سطح کلسترول خون، معمولا برحسبِ سن، متفاوت است و براساس میزان «اچ دی ال» و «ال دی ال» در دامنه های خاصی تعریف می شود اما در نتایج آزمایشات خونی، به صورت «کلسترول کل[5]» نمایش داده می شود که مقدار بالای آن، بیانگر ظهور یک عارضه جدی در بدن است. حسب شواهد و مستندات، کلسترول بالای خون در بین افراد بزرگسال به سرعت در حال شیوع است. برآورد می شود، بالغ بر ۳۹٪ جمعیت بزرگسال جهان درگیر کلسترول بالای خون هستند و سالانه ٤/٤ میلیون نفر در نتیجه کلسترول بالای خون، جان خود را از دست میدهند (فدراسیون جهانی قلب[6]، ۲۰۲۱). نرخ شیوع کلسترول بالای خون، در ایران نیز نزدیک میانگین جهانی است. در حالیکه در سال ۱۳۹۷ نرخ شیوع کلسترول بالا در بین بزرگسالان ایرانی، ۲۲/٦٪ بود این میزان در سال ۱٤۰۱ به ۳۰/٦٪ افزایش یافته است که نشان می دهد تقریبا از هر سه نفر بزرگسال ایرانی، یک نفر گرفتار کلسترول بالای خون است (آمارفکت، ۱٤۰۳). افزایش کلسترول پیامدهای زیانباری به دنبال دارد. کلسترول بالای خون باعث اختلال در عملکرد بدن، بیماری-های قلبی و عروقی، سنگ کیسه صفرا، فشار خون، و مرگ میشود (توکوسوگلو[7]، ۲۰۲۰). اگرچه، کلسترول بالای خون می تواند ناشی از عوامل متعدد «ژنتیکی» و «زیستی» باشد اما بخش اعظم این بیماری ناشی از شرایط جامعه نوین صنعتی و تغییرات گسترده «سبک زندگی» ناشی از آن است. برآورد می شود یک عامل مهم کلسترول بالای خون، «بی تحرکی» و «چاقی» است که مشخصه اساسی دنیای صنعتی است که در نتیجه گسترش «خودکاری[8]» و کاربرد «هوش مصنوعی[9]» در حالِ افزایش است. حسب گزارش سازمان بهداشت جهانی[10] (۲۰۲۱) بالغ بر ۱/۹ میلیارد نفر دچار اضافه وزن و ٦۵۰ میلیون گرفتار چاقی هستند که پیش بینی می شود این رقم در سال ۲۰۳۰ به ترتیب به ۲/۲ میلیارد نفر و ۱/۱ میلیارد نفر برسد. به علاوه، برآورد می شود ۳۱٪ جمعیت بزرگسال جهان که بالغ بر ۱/۸ میلیارد نفر است، دچار کم تحرکی هستند و این نرخ در سال ۲۰۳۰ به ۳۵٪ افزایش خواهد یافت و سهم زنان در این امر بیش از مردان است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲٤). اینها از زمره کسانی هستند که قادر به انجام ۲۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در طی روز نیستند. رژیم غذایی حاوی چربی های اشباع شده، و استعمال مواد مخدر برخی از دیگر عوامل مهم کلسترول بالای خون است (منسینک[11]، ۲۰۱٦) که در دنیای صنعتی معاصر بیش از همیشه، شیوع داشته است. افزایش در میزان شیوع ابتلا به کلسترول بالای خون با عوامل اجتماعی پیوند نزدیکی دارد (پوراس بوئنو[12] و همکاران، ۲۰۲۵). به نظر می‌رسد، میزان سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی نیز می‌تواند در بروز یا کاهش کلسترول بالای خون نقش داشته باشد. اما این امر چندان مورد توجه و بررسی قرار نگرفته است. بر این اساس، و با توجه به شیوع گسترده کلسترول بالای خون در ایران، به ویژه جامعه شهری، پژوهش حاضر به دنبال آن است

1. Cholesterol
2.HDL
3.LDL
4.Triglyceride
5.Total cholesterol
6.World Heart Federation
7. Tokusoglu
8. Automation
9. Artificial Intelligent
10. World Health Organization
11. Mensink
12.Porras Bueno

که اثر سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی را بر احتمال ابتلا به کلسترول بالای خون مورد بررسی قرار دهد. به عبارتی پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که اثر سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بر احتمال ابتلا به کلسترول بالای خون به چه میزان است؟

پیشینه پژوهش

در بخش تحقیقات داخلی، زنجانیان و همکاران (۱٤۰۱) در پژوهشی به بررسی جامعه‌شناختی بار اقتصادی بیماری قلبی و عروقی بر اساس رویکرد تغییر سبک رفتاری در بیماران قلبی-عروقی بیمارستان قلب جوادالائمه شهر مشهد پرداختند. روش این پژوهش، پیمایشی و از نوع مقطعی بوده است. جامعه آماری این پژوهش، ۳۸۵ نفر از افراد مبتلا به بیماری قلبی وعروقی بالای ۵۰ سال بوده‌اند که به مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب جوادالائمه مشهد مراجعه کرده‌اند. نتایج تحقیق فوق حاکی از روابط مثبت و معنی‌دار آماری بین موقعیت اقتصادی اجتماعی، شرایط زندگی و سرمایه مرتبط با سلامت با سبک رفتاری و بار اقتصادی بیماران بود. در پژوهشی دیگر، هوشمند و همکاران (۱۳۹۹) به بررسی شیوع اختلال چربی خون و تعیین کننده های آن در شهر جهرم پرداخته اند. این مطالعه مقطعی- تحلیلی که برروی ۸۹۱ نفر از افراد ۳۰ سال به بالا انجام شد نشان داد، اختلال چربی خون در جنوب ایران از مشکلات عمده سلامت است و توجه به چاقی و اضافه وزن برای تغییر سبک زندگی افراد مبتلا به اختلال چربی خون ضروری است. در همین زمینه، احمدی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی کمی برروی ۳۸۵ نفر شهروندان تبریزی نشان دادند، سرمایه های اجتماعی، فرهنگی، و اقتصادی اثر معناداری بر ابتلا به قندخون دارند. هرچه سرمایه های سه گانه بیشتر افزایش یابند، شانس قرار گرفتن در ردیف افراد مبتلا به قندخون غیرنرمال کمتر می شود. اما در بخش تحقیقات خارجی تحقیقات متعددی به تعیین کننده های اجتماعی کلسترول بالای خون پرداخته اند. بوئنو و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی در کلمبیا به بررسی اثر تعیین کننده های اجتماعی بر احتمال ابتلا به کلسترول بالای خون پرداختند. این پژوهش که برروی بزرگسالان بالای ٦۰ سال انجام شد نشان داد، جنسیت، عدم وابستگی به نظام سلامت، و بی تحرکی همبستگی معناداری با ابتلا به «ال دی ال» و عدم تحرک فیزیکی همبستگی معناداری با ابتلا به «اچ دی ال» دارد. بیلوبرک[1] و همکاران (۲۰۲٤) در پژوهشی در کرواسی به بررسی رابطه عوامل اجتماعی و سطح کلسترول خون پرداختند. یافته ها نشان داد، بخش عمده ای از پاسخگویان دارای سطح بالای کلسترول بودند و درصد پایینی از آنها از این امر اطلاع داشتند. به علاوه یافته ها نشان داد متغیرهای درآمد ماهانه، تحصیلات تخصصی، نوع شغل، و سبک زندگی ناسالم رابطه معناداری با کلسترول بالای خون دارند. در تحقیق برندیت[2] و همکاران (۲۰۲۳) بر نقش عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت بر روی سلامتی(بیماری قلبی-عروقی) افراد پرداخته شده است. در این تحقیق به ۵ تعیین کننده اساسی از جمله ثبات اقتصادی، آموزش، دسترسی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، زمینه اجتماعی و محیط محلی پردخته شده است و نشان داده شده متغییرهای فوق رابطه معناداری با ابتلا افراد با بیماری های قلبی-عروقی دارد.

مروری بر تحقیقات پیشین نشان می دهد، اگرچه، عوامل اجتماعی نقش مهمی در سلامت جسمی دارند، و تعیین کننده های اجتماعی ابتلا به کلسترول بالای خون به ویژه در

1. Bilobrk

2. Brandt

تحقیقات خارجی مورد توجه بوده اند اما در داخل کشور علیرغم حاد بودن مساله ابتلا به کلسترول بالای خون، کمتر به اثر سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی، و اقتصادی در شانس ابتلا به کلسترول بالای خون، پرداخته شده است.

چارچوب نظری

مطالعات مربوط به سرمایهٔ اجتماعی و سلامت اغلب با کار امیل دورکیم (۱۴۰۲) مرتبط است که نشان داد همبستگی اجتماعی به طور معکوسی با خودکشی ارتباط دارد. بحث محوری دورکیم در این مطالعه این است که نیروی تعیین کنندهٔ خودکشی روانشناختی نیست، بلکه نیرویی اجتماعی است. به اعتقاد دورکیم، به هر اندازه همبستگی اجتماعی سست گردد و ارتباط و تعلق سنتی فرد به گروه کاسته شود آمادگی بیشتری برای پایان دادن به زندگی پدید می آید. از آن موقع، ارتباط بین سرمایهٔ اجتماعی با سلامت جسمی (آلمدو[1]، ۲۰۰۵؛ نکویست[2]، ۲۰۰۵، ایشام[3]، ۲۰۰۱) در دو سطح فردی (رُز[4]، ۲۰۰۰؛ هایپا و میکی[5]، ۲۰۰۱) و اجتماعی (پاتنام[6]، ۲۰۰۰؛ ویلکنسون[7]، ۱۹۹۶؛ کاواچی و همکاران[8]، ۱۹۹۹) مورد بررسی قرار گرفت. مفهوم سرمایهٔ اجتماعی توسط ویلکینسون و همکاران (۱۹۹۸) وارد حوزهٔ سلامت عمومی شد (فرلاندر[9]، ۲۰۰۷). ویلکینسون و همکاران (۱۹۹۸) دریافتند که ارتباط تنگاتنگی بین اعتماد اجتماعی و مرگ و میر در ایالات متحده وجود دارد. کاواچی و همکاران (۱۹۹۷) به ارتباط بین سرمایهٔ اجتماعی در سطح کلی و سلامت در ایالات متحده پی بردند. آن ها نشان دادند، نابرابری، اعتماد و مشارکت در انجمن های داوطلبانه را کاهش می دهد که کاهش هر دوی آن ها به طور معکوسی سلامت را تحت تأثیر قرار می دهد. در سال های اخیر، برخی محققان، تمرکز ویژه ای بر اهمیت سرمایهٔ اجتماعی آوندی و هم آوندی بر سلامت مبذول داشته اند (نریان[10]، ۲۰۰۰؛ وایتهد و دیدرچسن[11]، ۲۰۰۱؛ مک کنزی و همکاران[12]، ۲۰۰۲). پیوندهای بین و فراگروهی سرمایهٔ اجتماعی درون گروه و برون گروه ممکن است شانس داشتن ارتباطات صحیح برای اهداف متنوع را افزایش دهد و بنابراین دسترسی به اطلاعات و منابع جدید را فراهم آورد و توانایی حل مشکلات گوناگون توسط مردم افزایش یابد (فرلاندر، ۲۰۰۷) اجتماعاتی که متشکل از انواع و اقسام شبکه های اجتماعی و انجمن های مدنی هستند در رویارویی با فقر و ضعف اجتماعی در موقعیت بهتری قرار دارند (موزر[13]، ۱۹۹۶؛ نریان، ۲۰۰۰؛ جردن[14]، ۲۰۰۸)، دعواها را حل می کنند (آشتوش[15]، ۲۰۰۰) و از فرصت های تازه بهره می گیرند (ایشام، ۲۰۰۱).

از نظر بوردیو انتقال سرمایه اقتصادی از نسلی به نسل دیگر و از طریق ارث و میراث صورت میگیرد، در حالیکه انتقال سرمایه فرهنگی امری پیچیده تر است. مفهوم کلیدی این فرآیند، مفهومی است که او عادت‌واره می‌نامد (فلورا[16]، ۱۹۹۵). عادت واره شامل تمایز میان سلیقه خوب و بد، فرهنگ والا و روشنفکرانه و فرهنگ پست و عوامانه و از این قبیل است. در این فرآیند، کودکان طبقه حاکم فرا

1 . Almedom
2. Nyqvist
3. Isham
4. Rose
5. Hayyppa and maki
6. Putnam
7. Wilkinson
8. Kawachi
9. Ferlander
10. Narayan
11. Whitehead and Diderichsen
12. McKenzie
13. Moser
14. Jordan
15. Ashutosh
16. Flora

می گیرند که بـه فرهنـگ طبقه خویش ارج نهند و فرهنگ عامه پسند طبقه کارگری را به مثابـه امـری پـست و فرومایـه بنگرند. والدین طبقه متوسـط سـعی میکنند تا کودکان خود را به خواندن کتابهای «خوب» و تماشای برنامه های «مناسب» تلویزیون سـوق دهنـد. کودکـان طبقه متوسـط نیز بیشـتر به سـمت بازدید از گالری های هنری و ابنیه تاریخی و یا تماشـای تئـاتر تمایل دارند (تیلور[1]، ۱۹۹۷). بنابراین، سـرمایه فرهنگی، مجموعه ای از دانش و مهارتهای شـناختی اسـت که در شـکل کالاها و ابزارهای فرهنگی نمایان می شـود. به عبارت دیگر، سـرمایه فرهنگی، تمام آن چیزی اسـت که امروزه به عنوان کالای فرهنگی شـناخته می شـود (شـارع پور و خوش فر، ۱۳۸۱). نخسـتین بار، بوردیو در بررسی موفقیت تحصیلی دانشجویان، متوجه شـد عادت واره های فرهنگی و خصـلت های به ارث برده شـده از خانواده، بیش از عوامل اقتصـادی بر موفقیت تاثیر گذارند. به اعتقاد بوردیو و پسرون[2] (۱۹۹۰) سرمایه فرهنگی به سه شکل تجسم یافته (که بیانگر توانایی های بالقوه است مانند مهارت زبانی، دانش فرهنگی، قدرت حافظه که اساساً قابل انتقال نیسـتند)، عینی (که در تملک اختصـاصـی افراد قرار دارد مانند کتب، تابلوهای نقاشی، آلات موسیقی و غیره که قابل انتقال به دیگران است) و نهادینه شده (مانند مدارک و مدارج تحصیلی و حرف های که همچون سرمایه فرهنگی تجسـم یافته، قابل انتقال به دیگران نیسـت) نمود می یابد. از نظر آنها دانشـجویانی که از سـطوح بالاتر سـرمایه فرهنگی برخوردارند، توان شـناختی بالاتری دارند و قادر هسـتند ارتبـاطات موثرتری بـا معلّمـان بـه عنوان ارزیـابی کننـدگـان اصـلی نظام های آموزشـی برقرار نمایند و در نتیجه، موفقیت تحصـیلی بیشـتری به دسـت آورند (ریتزر و ریان[3]، ۲۰۱۰). براین اسـاس، سـرمایه فرهنگی باعث افزایش اطّلاعات و توانایی شـناختی میشـود و افرادی که از اطّلاعات و توانایی شـناختی بالاتری برخوردارند، حساسیت بیشـتری نسبت به سلامت جسمی خواهند داشت. زیرا میتوانند تشخیص دهند، عدم رعایت متغیرهای مهم در سلامت، در نهایت دامان شان را می گیرد و از پیامدهای منفی آن رنج خواهند برد.

جامعه شـناسـان با طرح مفهوم پایگاه اقتصـادی – اجتماعی، ملاک هـای اصـلی رتبـه بنـدی مردم از بـالا تـا پـایین را تحصـیلات، شـغل و درآمد میدانند (برینکرهوف و همکاران، ۲۰۱۱). در حالی که تحصیلات و شغل شاخصهای اجتماعی اند، درآمد شـاخصـی اقتصـادی محسـوب میشـود. درآمد، پول ناشـی از شـغل یا سـرمایه گذاری اسـت (ماشـونیس[4]، ۲۰۱۷) که به طور طبیعی به فرد اجازه میدهد نیازهای اسـاسـی اش همچون غذا، لباس، مسـکن و غیره را تامین و سـرمایه اقتصـادی فرد را مشـخص کند. سـرمایه اقتصـادی پیوند نزدیکی بـا امیـد زنـدگی (لیچر و کراولی[5]، ۲۰۰۲)، جایگـاه اجتماعی فرد (اندرسـون و تیلور[6]، ۲۰۱۲)، فعالیت سـیاسـی (کنـدال[7]، ۲۰۱۱)، ازدواج و رفتـارهـای جنسـی (کیمـل، و آرونسـون[8]، ۲۰۱۲)، بهره هوشـی (کارپون و دیوم[9]، ۱۹۸۹)، اوقات فراغت (بردج[10]، ۱۹٦۹)، کالای مصـرفی (مارتینو[11]، ۱۹۸۵)، پیشـرفـت تحصـیلی (نیـلـز[12]، ۱۹۸۱)، و سلامت(ویلکینسون و مارموت[13]،۲۰۰٦).

1. Taylor
2. Bourdieu & Passeron
3- Ritzer & Ryan
4. Macionis
5 . Lichter & Crowley
6. Anderson & Taylor
7.Kendal
8. Kimmel & Aronson
9. Capron & Duyme
10. Burdge
11. Martineao
12. Niles
13. Wilkinson & Marmot

در تبیین اینکه چگونه سرمایه اقتصادی بر سلامت تاثیر می گذارد، میتوان به سازوکار مادی، شیوه های راونی- اجتماعی و روش های رفتاری اشاره کرد. در قالب سازوکار مادی، سرمایه اقتصادی به فرد امکان برآورده کردن نیازهای ضروری خود را می دهد. به طور طبیعی، هرچه فرد غذا و مسکن مناسبتری (به دور از آلودگی و سر و صدا) داشته باشد، سلامت جسمانی بیشتری خواهد داشت. در چارچوب شیوه های روانی اجتماعی، فرض بر این است که سرمایه اقتصادی به فرد امکان می دهد بهتر از عهده مشکلاتش برآید، استرس کمتری داشته باشد و با مقایسه خود با دیگران، احساس مطلوبی پیدا کند که همه این موارد بر سلامت تأثیر مستقیم میگذارند. درنهایت، در قالب روش های رفتاری، برخورداری از سرمایه اقتصادی این امکان را به فرد می دهد که دسترسی بیشتری به خدمات بهداشت و درمان داشته باشد و برخی رفتارهای مرتبط با سلامت مانند رژیم های غذایی، ورزش و غیره، را بیشتر انجام دهد. با این تفاصیل، فرضیه های پژوهش حاضر به شرح زیر است:

- بین سرمایه اجتماعی و ابتلا به کلسترول بالای خون رابطه معناداری وجود دارد.
- بین سرمایه فرهنگی و ابتلا به کلسترول بالای خون رابطه معناداری وجود دارد.
- بین سرمایه اقتصادی و ابتلا به کلسترول بالای خون رابطه معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش در چارچوب رویکرد کمی و به روش پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری تحقیق، شهروندان ۶۰-۴۰ سال در شهر تبریز هستند که جمعیت آنان بالغ بر ۵۴۰۳۳۶ نفر است (مرکز آمار ایران،۱۳۹۶). از این جامعه آماری، تعداد ۳۸۵ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای، در مناطق ۱۰ گانه شهر تبریز انتخاب شدند. با توجه به شیوه خاص انجام تحقیق که طی آن باید نمونه های انتخاب شده به آزمایشگاه جهاد دانشگاهی تبریز مراجعه می کردند، در این مرحله، مجموعا به ۴۸۰ نفر از شهروندان تبریزی مراجعه و با تحویل دعوت نامه هایی به آنها، از آنان خواسته شد در تاریخ های مشخص شده به آزمایشگاه مذکور مراجعه کنند. در مجموع، در بازه زمانی یک ماهه، ۳۸۵ نفر به آزمایشگاه مراجعه و پس از انجام آزمایش، پرسشنامه های تحقیق، در اختیار آنان گذارده شد و از آنان خواسته شد با دقت به سئوالات آن پاسخ دهند. لازم به ذکر است، کلیه مواردی که بعد از دوره یک ماهه به آزمایشگاه مراجعه کردند، مورد آزمایش قرار گرفتند اما جمع آوری اطلاعات از آنان صورت نگرفت و در تحقیق مشارکت داده نشدند. در تمامی موارد، هنگام جمع آوری اطلاعات پرسشنامه، شماره نوبت مراجعه به آزمایشگاه برروی پرسشنامه ها درج می شد و به پاسخگویان گفته می شد که علاوه بر نتایج کلی آزمایش که به خود آنها تحویل داده می شود، نسخه دیگری از آزمایش که صرفا مشتمل بر نتایج کلسترول خون بیماران است جهت انجام پژوهش، در اختیار پژوهشگران قرار می گیرد و هیچ یک از پاسخگویان نسبت به این امر اعتراضی نداشتند و با رضایت خاطر پذیرا بودند. در این پژوهش،ابزار تحقیق جهت سنجش متغیر وابسته ابتلا به کلسترول بالای خون، نتایج آزمایش کلسترول خون بود که توسط آزمایشگاه اندازه گیری شد. براساس نتایج آزمایش ها، دامنه کلسترول خون به طور کلی برای افراد سنین مختلف متفاوت است. مثلا برای افراد ۱۶-۱۸، ۱۷۰ میلی گرم در دسی لیتر یا کمتر کلسترول خون نرمال است، اما برای سنین بالای ۴۰سال دامنه ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا کمتر نرمال به حساب می آید. خط مرزی ۲۰۰ تا ۲۳۹ میلی گرم در دسی لیتر و بیش از ۲۴۰ میلی گرم در

دسی لیتر بالا محسوب می شود. براین اساس، نتایج به دست آمده از آزمایشات پاسخگویان، با مشورت همکاران متخصص در آزمایشگاه، برحسب سن افراد ملاحظه گردید و آزمایش شوندگان در دو گروه «کلسترول خون نرمال» و «کلسترول خون بالا» دسته بندی شدند. ابزار تحقیق جهت سنجش سرمایه اجتماعی، پرسشنامه سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن[1] (۲۰۰۰) است که مشتمل بر هفت بعد ارزش زندگی، عاملیت اجتماعی، احساس امنیت و اعتماد، مشارکت در جامعه، تعاملات با اطرافیان، تحمل تنوع و روابط کاری است. این پرسشنامه داری ۳٤ گویه است که در سطح ترتیبی ۵ گزینه ای (از خیلی زیاد ۵ تا خیلی کم ۱) سنجیده شده است و دامنه نمرات آن از ۳٤ تا ۱۷۰ است. این پرسشنامه توسط باقری یزدی(۱۳۹۰) و رجبی گیلان و همکاران (۱۳۹۲) مورد استفاده قرار گرفته و ویژگی های روانسنجی آن در شرایط جامعه ایران مورد بررسی قرار گرفته است. جهت تعیین پایایی این پرسشنامه از همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که مقدار آن برابر با ۰/۸۷۵ می باشد. جهت سنجش سرمایه فرهنگی، از پرسشنامه پژوهشگر ساخته و مشتمل بر سه بعد نهادی، تجسمی و عینی استفاده شد. این پرسشنامه داری ۱۵ گویه و سطح سنجش اسمی دو گزینه ای (بلی=۱ و خیر=۰) است و دامنه نمرات آن از ۰ تا ۱۵ است. برای سنجش سرمایه اقتصادی نیز از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده گردید که دارای ۱۰ گویه است. سطح سنجش آن به صورت اسمی دوگزینه ای (بلی=۱، خیر=۰) است و دامنه نمرات آن از ۰ تا ۱۰ می باشد. نظر به اینکه، گویه های هردو پرسشنامه سرمایه فرهنگی و اقتصادی مبتنی بر سنجش واقعیات عینی می باشند، جهت تعیین اعتبار آنها از اعتبار صوری و اعتبار استفاده گردید و به داوران متخصص مراجعه شد. به علاوه، جهت سنجش پایایی این ابزار از ضریب کودر-ریچاردسون استفاده شد که مقدار آن برای سرمایه فرهنگی ۰/۷٦٦ و برای سرمایه اقتصادی ۰/۷۸۰ است. با توجه به نحوه سنجش متغیر وابسته که افراد به دو گروه «کلسترول نرمال» و «کلسترول بالا» دسته بندی می شوند، جهت بررسی روابط متغیرهای مستقل با وابسته از تحلیل رگرسیون لجستیک در نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها

بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی پاسخگویان بیانگر آن است که به تفکیک جسیت، ۱۹۰ نفر (٤۹/٤٪) نفر را مردان، و ۱۹۵ نفر (۵۰/٦٪) را زنان تشکیل داده اند. ۳٦۷ نفر (۹۵٪/۳) متاهل و ۱۸ نفر (٤/۷٪) مجردند. به لحاظ قومیت، ۳٦۷ نفر (۹۸/۲٪) ترک، ۵ نفر (۱/۲٪) فارس، و یک نفر کرد و یک نفر لر زبان بودند. از لحاظ تحصیلات، ۲۰٤ نفر (۵۳٪) زیر دیپلم، ۹۹ نفر (۲۵/۷٪) دیپلم، و ۸۲ نفر (۲۱/۳٪) تحصیلات دانشگاهی داشته اند. براساس یافته های توصیفی تحقیق، در مجموع، ۳۰٤ نفر (۷۹٪) دارای کلسترول خون نرمال و ۸۱ نفر (۲۱٪) دارای کلسترول خون بالا بوده اند. جهت آزمونِ تفاوت میانگین سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، و سرمایه اقتصادی در دو گروه کلسترول خون نرمال و بالا، از آزمون تی مستقل استفاده گردید که نتایج در جدول ۱ منعکس شده است. بر اساس داده های جدول، میانگین نمره سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی در گروه کلسترول نرمال به طور معناداری بیتر از گروه کلسترول بالا است اما میانگین نمره سرمایه اجتماعی در دو گروه کلسترول نرمال و کلسترول بالا، تفاوت معناداری نشان نمی دهد.

1. Onyx & Bullen

جدول ۱. تفاوت میانگین سرمایه ها در شهروندان دارای کلسترول خون نرمال و غیرنرمال

	کلسترول خون نرمال	کلسترول خون بالا	T	Df	Sig
	تعداد= ۳۰٤	تعداد= ۸۱			
سرمایه اجتماعی	۱۰۰/۳	۸۳/۹	۹/۲	۳۸۳	۰/۰٦۵
سرمایه فرهنگی	۲۲/٦	۱۹/۵	۷/۲	۳۸۳	۰/۰۲۱
سرمایه اقتصادی	۱۲/۳	۱۰/۹	۵/٦	۳۸۳	۰/۰۰۰

جهت پیش بینی عضویت افراد در گروه کلسترول خون نرمال برحسب سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده گردید. ابتدا در قالب جدول ۲، متغیرهای اصلی وارد مدل شدند که نتایج در جدول ۲ اراده شده است. بر اساس داده های جدول ۲، متغیر سرمایه اجتماعی (Wald=۳۱/۷ , Sig= ۰/۰۰۰)، سرمایه فرهنگی (Wald=۱۷/۱۱ , Sig=۰/۰۰۰) و سرمایه اقتصادی (Wald=٤/۱۲ , Sig=۰/۰٤۲) رابطه معناداری با نرمال بودن کلسترول خون دارند، به گونه ای که به ازای یک واحد افزایش در سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی، شانس عضویت در گروه کلسترول نرمال به ترتیب ۱/۰۹، ۱/۳، ۱/۳ برابر می شود. در مجموع، بر اساس شاخص های کاکس و اسنل[1] و نگلکرک[2]، متغیرهای سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی قادر هستند به ترتیب ۰/۲٦۳ و ۰/٤۰۹ درصد از واریانس را تبیین نمایند. به علاوه، بر اساس داده های جدول ۳، حساسیت مدل در تشخیص افراد دارای کلسترول خون نرمال ۹٦/۱ درصد، در تشخیص افراد دارای کلسترول خون غیرنرمال، ٤۳/۲ درصد و در مجموع، ۸٤/۹ درصد می باشد.

جدول ۲. تحلیل رگرسیون لجستیک نرمال بودن کلسترول خون بر اساس سرمایه ها

	B	S.E	Wald	Df	Sig	Exp(B)
سرمایه اجتماعی	۰/۰۸۳	۰/۰۱۵	۳۱/۷	۱	۰/۰۰۰	۱/۰۹
سرمایه فرهنگی	۰/۲٦	۰/۰٦۳	۱۷/۱۱	۱	۰/۰۰۰	۱/۳
سرمایه اقتصادی	۰/۲٤	۰/۱۲	٤/۱۲	۱	۰/۰٤۲	۱/۳
مقدار ثابت	-۱٤/٤۲	۲/۰۰٤	۵۰/۱۲	۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول ۳. مدل رگرسیون لجستیک در تشخیص افراد با کلسترول خون نرمال از کلسترول بالا

مشاهده شده	مورد انتظار		درصد پیش بینی صحیح
	کلسترول خون نرمال	کلسترول خون بالا	
کلسترول خون نرمال	۲۹۲	۱۲	۹٦/۱
کلسترول خون غیرنرمال	٤٦	۳۵	٤۳/۲
درصد پیش بینی کل			۸٤/۹

1. Cox & Snell

2. Nagelkerke R

جهت کنترل اثر متغیرهای زمینه ای (قومیت، تحصیلات، جنسیت، وضع تاهل، محل تولد) بر شانس عضویت در گروه کلسترول نرمال و نیز تصریح رابطه سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی با عضویت در گروه کلسترول نرمال، از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد و طی آن علاوه بر سرمایه‌های سه گانه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، متغیرهای جمعیت شناختی نیز در مدل وارد شدند که نتایج در جدول ٤ ارائه شده اند. بر اساس جدول ٤، در مجموع، چهار متغییر سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی و تحصیلات دانشگاهی با شانس عضویت در گروه کلسترول نرمال رابطه معناداری دارند اما جنسیت و وضعیت تاهل، تحصیلات دیپلم و قومیت رابطه معناداری نشان نمی دهند. بر اساس داده های جدول ٤، متغیر سرمایه اجتماعی (Wald=۳۱/۹۸ , Sig=۰/۰۰۰)، سرمایه فرهنگی (Sig=۰/۰۰۰ , Wald=۱۵/۳۹)، سرمایه اقتصادی(Sig=۰/۰۲۵ , Wald=۵/۰٦) و تحصیلات دانشگاهی (Sig=۰/۰۱۰ , Wald=٦/٦۲) رابطه معناداری با نرمال بودن کلسترول خون شهروندان دارند؛ به گونه ای که به ازای یک واحد افزایش در سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی و تحصیلات دانشگاهی شانس عضویت در گروه کلسترول نرمال به ترتیب، ۱/۱۱، ۱/۳۳، ۱/۳۱ و ۱/٦۱ برابر می شود. بر اساس شاخص های کاکس و اسنل و نگلکرک متغیرهای سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی و تحصیلات دانشگاهی میزان تبیین متغیر وابسته را به ترتیب به ۰/٤۳۵ و ۰/۲۸ افزایش می دهند که نشان می دهد، تحصیلات بر قدرت تبیین کنندگی افزوده است. همچنین، بر اساس داده های جدول ۵، حساسیت مدل در تشخیص افراد دارای کلسترول خون نرمال ۹٤/۱ درصد، در تشخیص افراد دارای کلسترول بالا ٤٤/٤ درصد و در مجموع، ۸۳/٦ درصد می باشد.

جدول ٦. تحلیل رگرسیون لجستیک نرمال بودن کلسترول خون بر اساس مجموع متغیرهای مستقل

	B	S.E	Wald	Df	Sig	Exp(B)
سرمایه اجتماعی	۰/۱۱	۰/۰۲	۳۵/۹۸	۱	۰/۰۰۰	۱/۱۱
سرمایه فرهنگی	۰/۲۸	۰/۰۷	۱۵/۳۹	۱	۰/۰۰۰	۱/۳۳
سرمایه اقتصادی	۰/۲۷	۰/۱۲	۵/۰٦	۱	۰/۰۲۵	۱/۳۱
تحصیلات دیپلم	۰/۳۷	۰/٤	۰/۷۱	۱	۰/۰۷۵	۱/۱
تحصیلات دانشگاهی	۲/۰۲	۰/۷۸	٦/٦۲	۱	۰/۰۱۰	۱/٦۱
وضعیت تاهل	۰/٦۹	۰/۷۷	۰/۸	۱	۰/۷۹۲	۰/۵۱
جنسیت	۰/۰٦	۰/۳۳	۰/۰۳	۱	۰/۸٦۷	۰/۹۵
قومیت	۰/۵۲	۰/۹٦	۰/۳	۱	۰/۵۸۳	۱/٦۸
مقدار ثابت	-۱٦/۰۵	۳/۲٦	۲٤/۹۳	۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول ۷. مدل رگرسیون لجستیک در تشخیص افراد با کلسترول خون نرمال از غیرنرمال

مشاهده شده	مورد انتظار		درصد پیش بینی صحیح
	کلسترول خون نرمال	کلسترول خون بالا	
کلسترول خون نرمال	۲۸٦	۱۸	۹٤/۱
کلسترول خون غیرنرمال	٤۵	۳٦	٤٤/٤
درصد پیش بینی کل			۸۳/٦

بحث و نتیجه گیری

کلسترول بالای خون به عنوان یک مساله حاد بهداشتی و اجتماعی در بین افراد بزرگسال در حال شیوع است و در ایران نیز شیوع بالایی یافته است. کلسترول بالای خون می تواند تحت تاثیر عوامل «ژنتیکی» و «زیستی» باشد اما این بیماری اساسا ناشی از شرایط جامعه نوین صنعتی و تغییرات گسترده «سبک زندگی» ناشی از آن است. «بی تحرکی» و «چاقی» به عنوان ویژگیهای اساسی دنیای صنعتی، که ماحصل توسعه فناوری می باشند، نقش مهمی در این زمینه دارند. حسب شواهد، ابتلا به کلسترول بالای خون می تواند پیوند نزدیکی با عوامل اجتماعی داشته باشد. بر این اساس، با توجه به شیوع گسترده کلسترول بالای خون در ایران، پژوهش حاضر به دنبال آن است که اثر سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی را بر احتمال ابتلا به کلسترول بالای خون در شهر تبریز مورد بررسی قرار دهد که نتایج به شرح ذیل می باشند. براساس یافته های توصیفی تحقیق، میزان ابتلا به کلسترول خون بالا در بین شهروندان تبریزی برابر با ۲۱٪ است. این یافته توصیفی تحقیق، با آمار رسمی بیماری های قلبی-عروقی در ایران که نرخ آن در بین جمعیت بالای ۱۸ سال برابر با ۲۰٪ است منطبق است و آن را تایید می کند. لازم به ذکر است، اندک تفاوت آمار رسمی ابتلاء به بیماری های قلبی-عروقی در ایران با یافته های توصیفی تحقیق حاضر شاید ناشی از این باشد که خارج از محدوده نرمال بودن کلسترول خون برای پاسخگویان تحقیق حاضر لزوما به معنای ابتلا به مشکلات قلبی-عروقی نیست و می تواند ناشی از برخی عادات و رویه ها و رفتارها در ساعات قبل از خون گیری بوده باشد.

یافته های تحقیق نشان می دهد، با افزایش سرمایه اجتماعی، نسبت شانس عضویت در گروه کلسترول خون نرمال افزایش می یابد. این یافته های تحقیق، به لحاظ نظری با مطالعات مربوط به سرمایهٔ اجتماعی و سلامت دورکیم (۱۴۰۲) مطرح کرده مرتبط است. در واقع، دورکیم نشان داد همبستگی اجتماعی با میزان خودکشی به طور معکوسی در ارتباط است. به عبارتی، هرچقدر همبستگی اجتماعی بالاتر می رود میزان وقوع خودکشی کاهش پیدا می‌کند. در این تحقیق نیز نشان داده شده که با افزایش سرمایه اجتماعی افراد تغییری عمده در عضویت در گروه کلسترول خون نرمال رخ می دهد و به نسبت شانس سلامتی بالاتر می رود. به علاوه به لحاظ تجربی، یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۹)، رارانی و همکاران (۱۳۹۰)، کاواچی و همکاران (۱۹۹۷)، نارایان[1] (۲۰۰۰)، موزر (۱۹۹۶) و جوردن (۲۰۰۸) که هرکدام به نوعی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت را مورد تاکید قرار دادند و نشان دادند با افزایش سرمایه اجتماعی سلامت جسمی تقویت می شود، همسو است و آنها را تایید می کند.

با استناد به یافته های پژوهش، سرمایه فرهنگی تاثیر معناداری بر سلامت جسمی دارد و طی آن، با افزایش سرمایه فرهنگی، نسبت شانس عضویت در گروه کلسترول خون نرمال افزایش می یابد. این یافته تحقیق به لحاظ نظری با نظریه سرمایه فرهنگی بوردیو و پسرون (۱۹۹۰) در یک راستا قرار می گیرد. به اعتقاد آنها سرمایه فرهنگی باعث افزایش اطّلاعات و توانایی شناختی شهروندان می شود و افرادی که از اطّلاعات و توانایی شناختی بالاتری برخوردار باشند، موفقیت تحصیلی بیشتری کسب می کنند. این امر در مورد سلامت جسمی نیز می تواند صدق کند به این معنا که افرادی که دارای سرمایه

1. Narayan

فرهنگی بیشتری هستند و از توان شناختی بالاتری برخوردارند، حساسیت بیشتری نسبت به سلامت جسمی خود دارند و از سلامت بیشتری برخوردارند. یافته های این پژوهش به لحاظ تجربی با نتایج پژوهش عباس زاده و همکاران (۱۳۹۲) که نشان دادند سرمایه فرهنگی سبب بهبود و تقویت سلامت بدن می شود و نیز نتایج پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۹) که نشان دادند سرمایه فرهنگی شانس عضویت در گروه دارای قند خون نرمال را افزایش می دهد، منطبق است و آنها را تایید می نماید.

با توجه به یافته های پژوهش، سرمایه اقتصادی رابطه معناداری با چربی خون نرمال دارد. به عبارت دیگر با افزایش سرمایه اقتصادی، شانس عضویت در گروه چربی خون نرمال بیشتر می شود. این یافته تحقیق به لحاظ نظری منطبق با مباحث نظری مطرح شده است. به طور طبیعی، سرمایه اقتصادی یا برخورداری از توان مالی به فرد اجازه میدهد نیازهای اساسی اش همچون غذا، لباس، مسکن و غیره، را تامین کند و پیوند نزدیکی با جنبه های مختلف زندگی از جمله سلامت دارد (ویلکینسون و مارموت، ۲۰۰٦). سرمایه اقتصادی به فرد امکان برآورده کردن نیازهای ضروری خود را می دهد. به طور طبیعی، هرچه فرد غذا و مسکن مناسبتری داشته باشد، سلامت جسمانی بیشتری خواهد داشت. سرمایه اقتصادی به فرد امکان می دهد بهتر از عهده مشکلاتش برآید، استرس کمتری داشته باشد و با مقایسه خود با دیگران، احساس مطلوبی پیدا کند که همه این موارد بر سلامت تأثیر مستقیم میگذارند. یافته پژوهش حاضر مبنی بر رابطه معنادار سرمایه اقتصادی و شانس قرار گرفتن در گروه کلسترول نرمال به لحاظ تجربی با نتایج پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۸) که نشان دادند، سرمایه اقتصادی رابطه معناداری با عدم ابتلا به قندخون دارد، منطبق است و آن را تایید می کند.

در پایان، براساس یافته های تحقیق، پیشنهاد می شود تقویت سرمایه های فرهنگی و اجتماعی مطمح نظر مدیران و برنامه ریزان کشور باشد. اگرچه، توسعه فناوری ها از طریق تضعیف روابط رو در رو باعث کاهش سرمایه اجتماعی شده اند اما همچنان راهکارهای موثری برای تقویت سرمایه های اجتماعی وجود دارند که می توان از آنها استفاده کرد. سرمایه فرهنگی به عنوان یک مهارت، لازم است در بین مردم تقویت شود. راهکارهای متعددی در این زمینه وجود دارد. از آموزش آن به کودکان و نوجوانان در مدارس تا سرمایه گذاری توسط دولت و ایجاد زمینه ها برای تعمیق فعالیت های فرهنگی در خانواده ها. و بالاخره اینکه، پیشنهاد می شود، بسترهای اقتصادی جامعه مورد بازنگری قرار گیرند. تورم های گسترده و ناگهانی در ساختار اقتصادی کشور باعث تضعیف توان مالی و مادی بسیاری از مردم و خانواده ها می شود. این امر آنها را در مواجهه با چالش های سلامت و بیماری دچار مشکل می کند. وضعیت نابسامان اقتصادی باعث می شود سبک زندگی بسیاری از مردم تغییر و زمینه برای پدیدار شدن بیماری ها مانند کلسترول بالا فراهم شود.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش کلیه موازین اخلاقی پژوهش مورد نظر پژوهشگران بوده اند. تمامی افراد مشارکت کننده در پژوهش با رضایت خاطر در پژوهش شرکت کرده اند و داده های حاصل از پژوهش با رعایت اخلاق بدون هیچ سوگیری، گزارش شده اند.

تقدیر تشکر: از کارکنان محترم آزمایشگاه جهاددانشگاهی تبریز باید نهایت تقدیر و تشکر را داشت که در طول فرآیند انجام آزمایشات و نیز تکمیل پرسشنامه ها با تیم تحقیق نهایت همکاری و همدلی را داشتند.

تضاد منافع: تعارض منافع وجود ندارد.

منابع فارسی

احمدی، سیروس.، ایران نژاد، ابراهیم.، حیدری، آرمان. (۱۳۹۸). پیش بینی سلامت جسمی، احتمال ابتلا به بیماری قندخون، براساس سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در شهر تبریز. *پژوهشهای راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، ۸(۲۶)، ۳۴-۱۹.

https://doi.org/10.22108/srspi.2020.121073.1490

آمارفکت. (۱۴۰۳). آمار شیوع کلسترول خون در افراد ۲۵ سال و بالاتر (۱۳۹۷ -۱۴۰۱). قابل دسترس در: https://amarfact.com/statistics/prevalence-blood-cholesterol-in-people

امین رارانی، مصطفی.، موسوی، میرطاهر.، رفیعی، حسن. (۱۳۹۰). رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران. *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۲)، ۲۲۸-۲۰۳.

http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-734-fa.html

باقری یزدی، هانیه السادات. (۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی با خطر پذیری در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران. *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۱)، ۲۵۰-۲۲۳.

http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-718-fa.html

شارع پور، محمود.، خوش فر، غلامرضا .(۱۳۸۱). رابطه سرمایه فرهنگی با هویت اجتماعی جوانان در شهر تهران. *نامه علوم اجتماعی*، ۴۴۵، ۱۳۳-۱۴۷.

دورکیم، امیل. (۱۴۰۲). خودکشی. ترجمه نادر سالارزاده امیری. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

رجبی گیلان، نادر.، قاسمی، رامین.، رشادت، سهیلا.، رجبی، سجاد. (۱۳۹۲). بررسی رابطه ی بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در معلمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۱(۸۸)، ۱۰۷-۹۵.

زنجانیان، مهسا.، موسائی، میثم.، قاسمی، زهرا. (۱۴۰۱). سبک رفتار اقتصادی بیماران قلبی-عروقی در بیمارستان قلب جوادالائمه (ع) مشهد. رفاه اجتماعی،۲۲(۸۶)، ۱۹۴-۱۵۱.

http://dx.doi.org/10.32598/refahj.22.86.3913.1

فرخ، علیرضا.، فرخ، هادی.، آقازادگان، پروین.، فرخ، محمدرضا. (۱۴۰۰). کلیاتی در مورد کلسترول. *تشخیص آزمایشگاهی*، ۲۴(۱۹۱)، ۲۵-۲۱.

عباس زاده، محمد.، اقدسی علمداری، فرانک.، کوهی، کمال.، سعادتی، موسی. (۱۳۹۲). تأثیر سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و سلامت روانی بر مدیریت بدن در بین زنان شهر تبریز. *مجله علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱۰(۲۲)، ۲۲۳-۱۹۷.

https://doi.org/10.22067/jss.v0i0.38467

مرکز آمار ایران. (۱۳۹۶). *نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن*. تهران: انتشارات مرکز آمار ایران.

هوشمند، فرهنگ.، شجاعی، محمد.، رحمانیان، کرامت اله. (۱۳۹۹). شیوع اختلال چربی خون و تعیین کننده های آن در شهر جهرم: یک مطالعه مقطعی- تحلیلی جمعیتی. *مجله علوم پزشکی پارس*، ۱۸(۳)،۵۶-۴۹.

https://doi.org/10.52547/jmj.18.3.49

References

Ahmadi, S., Irannejad, E. & Heidari, A. (2020). Prediction of physical health (the risk of developing diabetes) based on social, cultural, and economic capitals in Tabriz. *Strategic Research on Social Problems*, 8(26), 19-34. [In Persian]
https://doi.org/10.22108/srspi.2020.121073.1490

Abbaszadeh, M., Aghdasi Alamdari, F., Kuhi, K. & Saadati, M. (2014). The effect of social, cultural and economical capitals and mental health on body management among Tabriz women. *Journal of Social Sciences*, 2(22), 197-223. [In Persian]
https://doi.org/10.22067/jss.v0i0.38467

Almedom, A. M. (2005), Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science and Medicine*, 61(5), 943–964.
https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.025

Amarfact. (2024). Statistics on the prevalence of blood cholesterol in people aged 25 and older (2018-2022). Available at: https://amarfact.com/statistics/prevalence-blood-cholesterol-in-people [In Persian]

Amin Rarani, M., Mousavi, M. T. & Rafiei, H. (2011). Correlation of social capital with social health in Iran. *Social Welfare*, 11(42), 203-228. [In Persian]
http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-734-fa.html

Anderson, M. L. & Taylor, H. F. (2012). *Sociology: The essentials*. United States: Wadsworth Cengage Learning.

Ashutosh, V. (2000). *Ethnic conflict and civic life: Hindus and Muslims in India*. New Haven, Conn: Yale University Press.

Bagheri Yazdi, H. S. (2011). The relationship between social capital and risk-taking in students of Allameh Tabataba'i University, Tehran. *Social Welfare Quarterly*,11(41),223-250. [In Persian]
http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-718-fa.html

Bilobrk, M., Bilajac, L., Glavic, M. Marinovic., Jelakovic, A. & et al. (2024). Association of socioeconomic factors, lifestyle, with cholesterol in general adult population. *Journal of Hypertension*, 42(1), 1-10.
https://doi.org/10.1097/01.hjh.0001021724.96939.ba

Bourdieu, P. & Passeron, J. C. (1990). Reproduction in education, society and culture. SAGE Publication.

Brandt, E. J., Tobb, K., Cambron, H.C., Ferdinand, K., Douglass, P. & et al. (2023). Assessing and addressing social determinants of cardiovascular health. *Journal of American College of Cardiology,* 81(14), 1-10.
https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.01.042

Brinkerhof, D. B. White, L. K. Ortega, S. T. & Weitz, R. (2011). *Essentials of sociology*. United States: Wadsworth Cengage Learning.

Burdge, R. J. (1969). Levels of occupational prestige and leisure activity. *Journal of Leisure Research*, 1, 262-274.
https://doi.org/10.1080/00222216.1969.11969738

Capron, C. & Duyme, M. (1989). Assessment of effects of socioeconomic status on IQ in a full cross-fostering study. *Nature*, 17, 552- 553.
https://doi.org/10.1038/340552a0

Durkhime, E. (2023). *Suicide*. (N. Salarzadeh, Trans.). Tehran: Allameh Tabatabaee University Publication. [In Persian]

Farrokh, A., Farrokh, H., Aghazadegan, P. & Farrokh, M. R. (2021). Generalities about cholesterol. *Laboratory Diagnosis*, 24(191), 21-25. [In Persian]

Ferlander, S. (2007). The importance of different forms of social capital for health, sage publication. *Acta Sociologica*, 50(2),115–128.
https://doi.org/10.1177/0001699307077654

Flora, C. B. (1995). Social capital and sustainability: Agriculture and communities in the great plains and the corn belt. Research in Rural Sociology and Development, 6, 227-246.

Hooshmand, F., Shojaei, M. & Rahmanian, K. (2020). Prevalence of dyslipidemia and its determinants in Jahrom: a population-based cross-sectional study. *Pars Journal of Medical Sciences*, 18(3), 49-56. [In Persian]
https://doi.org/10.52547/jmj.18.3.49

Hyyppä, M. T. & Mäki, J. (2001). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in bilingual community. *Preventive Medicine*, 32(2), 148–155.
https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0782

Isham, J. (2001), *The effect of social capital on technology adoption*. Universitv of Marvland. Collerze Park.

Jordan, B. (2008). The place of 'place' in theories of poverty: mobility, social capital and well-being. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 1(1), 115–129.
https://doi.org/10.1093/cjres/rsm002

Kawachi, I. Kennedy, B. P. Lochner, K. & ProthrowSmith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9),1491–1498.
https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1491

Kawachi, I. Kennedy, B. P. & Glass, R. (1999). Social capital and self rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187-1193.
https://doi.org/10.2105/ajph.89.8.1187

Kendal, D. (2011) Sociology in over times, The essentials. United States: Wadsworth Cengage Learning.

Kimmel, M. & Aronson, A. (2012). *Sociology now*. United States: Wadsworth Cengage Learning.

Lichter, D. T. & Crowley, M. L. (2002). Poverty in America: Beyond welfare reform. *Population Referenve Bureau*, 57(2),1-36.

Macionis, J. (2017). *Sociology*. NewYork: Pearson.

Martineao, P. (1985). Social class and spending behavior. *Journal of Marketing*, 23, 121- 130.
https://doi.org/10.2307/1247828

McKenzie, K., Whitley, R. & Weich, S. (2002). Social capital and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 181, 280–283.
https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.280

Mensink, R. P. (2016). *Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a systematic review and regression analysis*. Geneva: World Health Organization.

Moser, C. (1996). Confronting crisis: A comparative study of household responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities. Environmentally sustainable development studies and monographs series 8, Washington D. C: World Bank.

Narayan, D. (2000). *Voices of the poor*. New York: Oxford University Press.

Niles, F. S. (1981). Social class and academic achievement: A third world reinterpretation. *Comparative Education Review*, 25 (3), 419-430.

Nyqvist, F. (2005). Social capital and health, A research overview. *Social Vetenskaplig Tidskrift*, 12(1), 75–89.

Onyx, J. & Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 36 (1), 23-42.
https://doi.org/10.1177/0021886300361002

Porras Bueno, C.O., Beltran Espana, J.A., Brochero, C.D. & Guzman, C.M. (2025). Lipid control and social determinants: Their association with LDL and non-HDL cholesterol goals in older adults: A population-based study. *Clinical Cardiology*, 48(5), 1-10.
http://dx.doi.org/10.1002/clc.70146

Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*, New York: Simon and Schuster.

Rajabi Gilan, N., Ghasemi, R., Rashadat, S. & Rajabi, S. (2013). Investigating the relationship between social capital and health-related quality of life in teachers. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*, 21(88), 95-107. [In Persian]

Ritzer, G. & Ryan, M. (2010). *The concise encyclopedia of sociology*. West Sussex: Wiley Publishing.

Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine*, 51(9), 1421–1435.
https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00106-4

Sharepour, M. & Khoshfar, G. R. (2002). The relationship between cultural capital and the social identity of youth in Tehran. *Journal of Social Sciences Letter*, 445, 133-147. [In Persian]

Taylor, P. (1997). *Investigating culture and identity*. London: Collins Educational.

Tokusoglu, O. (2020). High cholesterol-risk factors, complications and prevention. *Journal of Food & Clinical Nutrition*, 3(2), 13-14.

Whitehead, M. & Diderichsen, F. (2001). Social capital and health: Tip-toeing through the minefield of evidence. *The Lancet*, 21(258), 165–166.
https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05398-3

Wilkinson, I. & Marmot, M. (2006). Social determinants of health. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 1-10.
https://doi.org/10.1093/ije/dyl121

Wilkinson, R. (1996). Unhealthy societies: The afflictions of inequalities. London: Routledge.

World Health Organization. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO Publication.

World Health Organization. (2024). Physical inactivity. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

World Heart Federation. (2021). Cholesterol. Available at: https://world-heart-federation.org/what-we-do/cholesterol/

Zanjanian, M., Mousaee, M. & Ghasemi, Z. (2022). Behavioral style of economic status of cardiovascular patients in Javad-Al-Aemeh Heart hospital of Mashhad. *Social Welfare*, 22(86), 151-194. [In Persian]

http://dx.doi.org/10.32598/refahj.22.86.3913.1