نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹٤
Cardiovascular Nursing Journal, 4(2), Summer 2015

مقاله پژوهشی اصیل

نقش سرمایه اجتماعی در ارتقاء سبک زندگی سالم میان افراد مبتلاء به بیماری عروق کرونر

*** مهدی قادری[۱]، دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی**
امیر ملکی[۲]، دکترای جامعه‌شناسی
مجید حق‌جو[۳]، متخصص قلب و عروق و فلوشیپ الکتروفیزیولوژی

خلاصه

هدف. هدف از این پژوهش، بررسی نقش سرمایه اجتماعی و اثرات آن بر سبک زندگی سالم در افراد با بیماری عروق کرونر بود.

زمینه. سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، نقش مهمی در ارتقاء سبک‌زندگی سالم در افراد دارد. با توجه به رشد چشمگیر بیماری عروق کرونر، مطالعه در مورد اثرات سرمایه اجتماعی بر سبک زندگی سالم در افراد با بیماری عروق کرونر ضروری است.

روش کار. این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۴۱۲ فرد (۲۳۹ مرد و ۱۷۳ زن) دارای بیماری عروق کرونر که در چهار بخش داخلی مردان، داخلی زنان، دیپلمات و VIP، بستری بودند از اوایل بهمن‌ماه ۱۳۹۳ تا اواخر اردیبهشت ماه ۱۳۹۴، در مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی انجام شد. داده ها از طریق فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه سرمایه اجتماعی میاموتو و همکاران و پرسشنامه محقق ساخته سبک زندگی سالم گردآوری شد. برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و برای اطمینان از پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها نیز از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری متناسب استفاده شد.

یافته‌ها. میانگین نمره سرمایه اجتماعی مردان و زنان از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی‌داری بود (p=۰/۰۱۵). همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری بین سرمایه اجتماعی و سبک‌زندگی سالم مشاهده شد (p<۰/۰۱، r=۰/۴۱۸). بیشترین میزان همبستگی سرمایه اجتماعی با بعد "مسئولیت‌پذیری سلامت" (p<۰/۰۱، r=۰/۳۸۴) و کمترین میزان همبستگی با بعد "پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی" (r=۰/۱۰۷، p<۰/۰۵) بود. از میان ابعاد سرمایه اجتماعی، بعد "روابط اجتماعی" بیشترین ضریب همبستگی را با سبک زندگی سالم داشت (r=۰/۵۱۱، p<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری. سرمایه اجتماعی و مولفه‌های آن اثرات مثبت و مهمی بر سبک‌زندگی سالم و خرده مقیاس‌های آن دارند. بنابراین، تأکید بر برنامه های اجتماع‌محور، همچون تقویت این نوع سرمایه‌ها در جامعه با هدف مقابله و پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌های مزمن، به ویژه بیماری‌های قلبی امری لازم و ضروری است.

کلیدواژه‌ها: سرمایه اجتماعی، محیط‌های حمایتی، روابط اجتماعی، سبک‌زندگی سالم، بیماری عروق کرونر

۱ دانشجوی دکتری جامعه شناسی و عضو هیأت علمی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ص. پ. ۳۶۹۷- ۱۹۳۹۵، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: M_Ghaderi@pnu.ac.ir
۲ دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ص. پ. ۳۶۹۷– ۱۹۳۹۵، تهران، ایران، پست اکترونیک: a_maleki@pnu.ac.ir
۳ استاد بیماری های قلب و عروق، مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

مقدمه

سرمایه اجتماعی امروزه در ادبیات جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص داده و باعث تحریک فزاینده ادبیات تحقیقی میان رشته‌ای سلامت در سراسر جوامع در طول دو دهه گذشته شده است (کاکرهام، ۲۰۱۳). این مفهوم، نگرشی نو در مورد اثرگذاری فرایندهای مهم بر تعاملات انسانی، همکاری و عملکرد جامعه برای ایجاد ارتقاء سلامت در زمینه‌های مختلف فراهم می‌کند (اریکسون، ۲۰۱۰)، به طوری که از آن به عنوان یکی از عوامل اصلی تعیین کننده سلامت نیز یاد می‌کنند (کاواچی و همکاران، ۱۹۹۷؛ دسیلوا و همکاران، ۲۰۰۵؛ کارپیانو، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷).

مطالعات سرمایه اجتماعی و سلامت اغلب به کار امیل دورکیم (۱۸۷۹) بر می‌گردد، هنگامی که وی نشان داد همبستگی اجتماعی به طور معکوسی با نرخ خودکشی در جوامع ارتباط دارد. از آن پس، محققان به مطالعه سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با ابعاد مختلفی همچون سلامت فیزیکی و روانی (آلمدوم، ۲۰۰۵؛ اسلام و همکاران، ۲۰۰۶)، بررسی سرمایه اجتماعی در سطح فردی (رز، ۲۰۰۰؛ هیپا و ماکی، ۲۰۰۱) و همچنین، مطالعه سرمایه اجتماعی در سطح جمعی پرداخته‌اند (ویلکنسن، ۱۹۹۶؛ کاواچی و همکاران، ۱۹۹۹؛ پاتنام، ۲۰۰۰). با این وجود، مفهوم سرمایهٔ اجتماعی توسط ویلکینسون در سال ۱۹۹۶ وارد حوزهٔ سلامت عمومی شد (کاواچی، ۲۰۰۶). وی و همکارانش دریافتند که بین اعتماد اجتماعی و مرگ و میر در ایالات متحده ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (ویلکنسون و همکاران، ۱۹۸۸).

تعاریف متعددی از سرمایه اجتماعی مطرح شده است. بوردیو (۱۹۸۶) آن را به عنوان سرمایه ارتباطات اجتماعی، آشنایی متقابل، و شناخت اجتماعی تعریف می‌کند. لینچ و کاپلان (۱۹۹۷) سرمایه اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه معرفی کرده‌اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی، و در نتیجه نوعی عزت نفس و سلامتی را در افراد به وجود می‌آورد. رز (۲۰۰۰) معتقد است که سرمایه اجتماعی تنها به وسیله عضویت در نهادها به دست می‌آید و شبکه‌های سرمایه اجتماعی به طور ویژه نقش مؤثری در ارتقاء سلامت روانی افراد از طریق فراهم آوردن حمایت عاطفی و روانی دارند. ویلکنسون (۱۹۹۹) بر این باور است که عواملی اجتماعی همانند بی‌عدالتی‌ها، سرخوردگی‌ها و بی‌احترامی‌ها سلامت افراد را به خطر می‌اندازند. هارفام و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند که سرمایه اجتماعی عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش می دهد و خطر این عوامل را کم می‌کند، همچنین سرمایه اجتماعی می‌تواند حوداث منفی زندگی همانند از دست دادن شغل را در زندگی کاهش دهد.

سانگ (۲۰۱۱) مکانسیم‌های ده‌گانه‌ای را شناسایی می‌کند که از طریق آن سرمایه اجتماعی می‌تواند به صورت مستقیم بر سلامت تأثیر داشته باشد. این مکانیسم‌ها از کاهش استرس و انزوا گرفته تا به کارگیری هنجارها و رفتارهای سلامت‌محور به منظور دستیابی بیشتر به اطلاعات و امکانات سلامت را شامل می‌شوند. شواهد نشان می‌دهند که سرمایه اجتماعی ممکن است نقش مهمی در ارتقاء سبک‌زندگی سالم بازی کند. از لحاظ نظری منافع سرمایه اجتماعی برای سلامت افراد از چندین طریق امکان‌پذیر است: الف) سرمایه اجتماعی باعث انتشار فزاینده اطلاعاتی می‌شود که پیامد آن بهبود سلامت می‌باشد (کاواچی و برگمن، ۲۰۰۰؛ مک کینزی، ۲۰۰۶)؛ ب) به منظور حمایت روانی افراد، سرمایه اجتماعی قادر به ایجاد فرصت‌هایی است که اغلب به سمت کاهش استرس و بهبود سلامت متمایل است (کاواچی و برکمن، ۲۰۰۱)؛ ج) سرمایه اجتماعی اغلب به ایجاد سازماندهی سیاسی بیشتر متمایل است که ممکن است نتایج آن تخصیص منابع بیشتر سلامت برای یک منطقه باشد. منابع سلامت بیشتر باعث بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و در نتیجه بهبود سلامت خواهد شد (کاواچی و برگمن، ۲۰۰۰).

در سطح تجربی نیز ارتباط سرمایه اجتماعی با سبک‌زندگی سالم تأیید شده است. مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه اجتماعی سطح فردی و جمعی با مصرف سیگار رابطه منفی دارد (لیندستروم و اسکاکسون، ۲۰۰۲؛ لیندستروم، ۲۰۰۴؛ براون و همکاران، ۲۰۰۶). سرمایه اجتماعی سطح جمعی نیز با مصرف مشروبات الکلی دارای ارتباط منفی می‌باشد (ویتزمن و کاواچی، ۲۰۰۰). با این وجود، شواهد بیانگر این است که نتایج بستگی به چگونگی سنجش سرمایه اجتماعی دارد. یک مطالعه در کشور سوئد نشان داد که سطح پایین مشارکت اجتماعی به همراه اعتماد اجتماعی پایین با مصرف الکل بالا در میان مردان رابطه مثبت دارد (لیندستروم، ۲۰۰۵). همچنین، سایر مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه اجتماعی سطح جمعی رابطه مثبتی با ورزش (ون و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیشر و همکاران، ۲۰۰۴) و سرمایه اجتماعی فردی (مشارکت اجتماعی) ارتباط منفی با مصرف میوه و سبزیجات دارد (لیندستروم و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات متعددی به اثرات مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت، هم در جهان توسعه‌یافته و هم در جهان در حال توسعه، تأکید کرده‌اند (رامالگان و همکاران ۲۰۱۳؛ کولا و آبل ۲۰۱۳؛ اسلام و همکاران، ۲۰۰۶). با این وجود، انتظار می‌رود این گونه آثار در

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

کشورهای در حال توسعه که در آن اکثریت جمعیت با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین زندگی می‌کنند و با منابع (رسمی) سلامت بسیار کم و ناکافی مواجه هستند بیشتر باشد.

بیماری‌های قلبی عروقی و در رأس آنها بیماری عروق کرونر یکی از دلایل عمده مرگ و میر و ناتوانی محسوب می شود و در حال حاضر اولین علت مرگ در افراد بالای ۳۵ سال هستند (واحدیان عظیمی و همکاران، ۱۳۸۸). این دسته از بیماری‌ها رابطه تنگاتنگی به ویژه با سبک‌زندگی دارند و به عبارتی سبک‌زندگی از عوامل تعیین کننده مهم در سلامت و بیماری فرد محسوب می‌شود (تاشیرو، ۲۰۰۲). پژوهش در زمینه سرمایه اجتماعی و سبک زندگی از اهمیت و ضرورت برخوردار است. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی با سبک‌زندگی سالم در افراد دارای بیماری عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی مقطعی که در مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی انجام شد، ۴۱۲ بیمار زن و مرد دارای بیماری عروق کرونر از چهار بخش (داخلی مردان، داخلی زنان، VIP و دیپلمات) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مواردی همچون سن بالای ۵۰ سال، انسداد (تنگی) بالای ۷۰ درصد حداقل یک رگ، و همکاری فرد بیمار بودند. نمونه گیری به روش آسان انجام شد. دوره زمانی جمع‌آوری داده‌ها از اوایل بهمن ماه ۱۳۹۳ تا اواخر اردیبهشت ماه ۱۳۹۴، جمعاً حدود ۴ ماه طول کشید. شیوه جمع‌آوری داده‌ها از طریق مراجعه به پرونده بیمار و مصاحبه بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی، پرسشنامه سبک‌زندگی سالم، و فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی بود.

برای سنجش سرمایه اجتماعی در این پژوهش از پرسشنامه میاموتو و همکاران (۲۰۱۴) استفاده شد. این پرسش‌نامه برای سنجش سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت در میان سالمندان ژاپنی طراحی شده است که مجموعاً شامل ۱۲ سوال است و در قالب دو بعد اصلی محیط های حمایتی (شامل ۶ سوال) و روابط اجتماعی (شامل ۶ سوال) سازمان دهی شده است. پس از ترجمه ابزار مورد نظر، اعتبار آن توسط متخصصان بررسی و اصلاحات نهایی در مورد آن صورت گرفت. سپس برای مطالعه اولیه، پرسش‌نامه در اختیار ۳۰ نفر از بیماران قرار گرفت (این افراد در مطالعه شرکت داده نشدند). در نهایت برای محاسبه پایایی ابزار مورد نظر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برابر ۰/۷۶۷ بود. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای بعد "محیط‌های حمایتی" برابر ۰/۷۶۴ و برای بعد "روابط اجتماعی" برابر ۰/۷۲۰ به دست آمد.

برای تهیه و طراحی مقیاس سبک‌زندگی سالم، پس از مطالعه، بررسی و ارزیابی مقیاس‌های سنجش سبک‌زندگی از جمله والکر و همکاران (۱۹۸۷)، چن و همکاران (۲۰۰۳)، لعلی و همکاران (۱۳۹۱)، کاکرهام (۲۰۰۴)، واحدیان عظیمی و همکاران (۱۳۸۸)، قاسمی و همکاران(۱۳۸۷)، اسحاقی و همکاران (۱۳۸۸) و محمدی زیدی و همکاران (۱۳۸۴؛ ۱۳۹۰)، ابعاد و مؤلفه‌های مورد نظر انتخاب شدند. سپس با تغییر و دستکاری گویه‌ها به منظور انطباق آنها با اهداف تحقیق، مقیاس مورد نظر تدوین شد. این مقیاس، شامل ۴۴ گویه در قالب شش بعد (تغذیه ۱۲ گویه؛ مدیریت استرس ۷ گویه؛ پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی ۶ گویه؛ ورزش و فعالیت بدنی ۷ گویه؛ مسئولیت‌پذیری سلامت ۸ گویه؛ و بهداشت خرید ۴ گویه) طراحی شد. سنجش سوالات بر اساس طیف چهار گزینه‌ای (اصلاً =۱، کم=۲، گاهی اوقات=۳، و همیشه=۴) انجام شد. نمره گویه‌های هر کدام از ابعاد به طور جداگانه با هم جمع می شوند و از این طریق امتیاز مربوط به هر کدام از ابعاد به دست می آید. در مرحله بعد امتیازات کل هر کدام از ابعاد به پنج دسته مساوی (از خیلی‌کم تا خیلی‌زیاد) تقسیم‌بندی شدند، سپس مجموع آنها به عنوان امتیاز کلی سبک زندگی در نظر گرفته شد. دامنه امتیازات کل این مقیاس بین ۶ تا ۳۰ در نظر گرفته شد. امتیاز بالاتر نشان دهنده سبک‌زندگی سالم‌تر در میان بیماران است. روایی محتوای این پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان صاحب صلاحیت بررسی گردید، نظرات آنان در پرسش‌نامه اعمال شد و در نهایت پس از رفع برخی از اشکالات و ابهامات، مورد تأیید واقع شد. همچنین، برای حصول اطمینان از قابل استفاده بودن این ابزار، در یک مطالعه پایلوت، پرسش‌نامه توسط ۳۰ نفر از بیماران تکمیل شد. سپس آلفای کرونباخ برای قسمت نهایی پرسشنامه مورد بررسی واقع شد که میزان آن ۰/۹۱۹ محاسبه گردید. در میان ابعاد مورد مطالعه، کمترین ضریب آلفای کرونباخ مربوط به بعد "پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی" برابر ۰/۸۰۵ و بیشترین ضریب مربوط به بعد "ورزش و فعالیت‌بدنی" برابر با ۰/۹۳۰ بود. ضرایب سایر ابعاد نیز در محدوده ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ قرار گرفتند. در نهایت، به منظور کاهش گویه‌ها به ابعاد کمتر، از روش تحلیل عاملی اکتشافی بر اساس روش تجزیه به مؤلفه‌های اصلی استفاده شد.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به صورت کسب اجازه از مسئولین بیمارستان جهت انجام تحقیق، معرفی پژوهشگر به نمونه‌های پژوهش و توضیح اهداف و نحوه انجام کار برای هر یک از افراد مورد مطالعه، اخذ رضایت از افراد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش و آزاد بودن جهت انصراف از ادامه پژوهش بود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ استفاده شد. داده‌ها توسط جداول توزیع فراوانی، میانگین، و انحراف معیار توصیف شدند. آزمون‌های تی و ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی فرضیه‌ها به کار گرفته شدند. روش‌های متعارف آزمون‌سازی از جمله تعیین روایی، تحلیل عوامل، و محاسبه ضرایب پایایی نیز مورد استفاده واقع شد.

نتایج تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که مقیاس سبک‌زندگی سالم ابزاری چندبعدی و دارای ۶ عامل است که عوامل آن به ترتیب درصد واریانس ارزش ویژه در تبیین سبک‌زندگی سالم عبارتند از: ۱) مسئولیت‌پذیری سلامت؛ ۲) ورزش و فعالیت بدنی؛ ۳) تغذیه؛ ۴) مدیریت استرس؛ ۵) پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی؛ و ۶) بهداشت خرید. مقدار KMO برابر ۰/۸۶۱به دست آمد. با توجه به این که این مقدار از ۰/۵ بزرگتر است، می‌توان ادعا کرد که تعداد نمونه‌ها برای اجرای تحلیل عاملی بسیار مناسب هستند. همچنین، مقدار BTS برابر ۱۳۰۶۴/۱۹۱ با سطح معنی‌داری $p<۰/۰۰۰۱$ نشان دهنده است این است که تفکیک عامل‌ها به درستی انجام شده است و سوالات مندرج در هر عامل، همبستگی ریشه‌ایی بالایی با هم دارند. بر اساس نتایج تحلیل عاملی، بیشترین مقادیر ویژه به ترتیب با ۱۰/۴۳۴ و ۵/۳۴۳ مربوط به عامل‌های اول و دوم بوده است. با عامل اول (مسئولیت پذیری سلامت) حدود ۲۳/۷۱۴ درصد و با عامل دوم (ورزش و فعالیت‌بدنی) ۱۲/۱۴۲ درصد از واریانس کل عامل‌بندی‌ها قابل تبیین است. همچنین، کمترین مقدار ویژه مربوط به عامل "بهداشت خرید" می‌باشد که برابر ۱/۶۸۶ می‌باشد. این عامل، تنها ۳/۸۳۱ درصد از واریانس کل عامل‌بندی‌ها را تبیین می‌کند. در مجموع ۶۱/۳۸۱ درصد از واریانس کل عامل‌بندی و کاهش گویه‌های ۴۴ گانه با ۶ عامل اصلی انجام شده است که بیانگر معیار مطلوبی است.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. بیشترین درصد افراد شرکت کننده مرد (۵۸ درصد)، دارای تحصیلات در مقطع راهنمایی (۲۹/۶ درصد)، و شاغل (۴۳ درصد) بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان برابر با ۶۰/۸۳ سال با انحراف معیار ۷/۱۰ بود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس		**سابقه بیماری قلبی در افراد خانواده**	
مرد	۲۳۹ (۵۸)	**دارد**	۱۷۶ (۴۲/۷)
زن	۱۷۳ (۴۲)	**ندارد**	۲۳۶(۵۷/۳)
تحصیلات		**سابقه بیماری جسمی**	
بی سواد	۷۸ (۱۸/۹)	**دارد**	۱۰۶ (۲۵/۷)
ابتدایی	۶۳ (۱۵/۳)	**ندارد**	۳۰۶ (۷۴/۳)
راهنمایی	۱۲۲ (۲۹/۶)	**سابقه بیماری روحی روانی**	
متوسطه	۸۱ (۱۹/۷)	**دارد**	۳۱ (۷/۵)
دانشگاهی	۶۸ (۱۶/۵)	**ندارد**	۳۸۱ (۹۲/۵)
وضعیت اشتغال		**سابقه عمل جراحی**	
شاغل	۱۷۷ (۴۳)	**دارد**	۲۵۲ (۶۰/۷)
بیکار	۲۳ (۵/۶)	**ندارد**	۱۶۲ (۳۹/۳)
بازنشسته	۶۴ (۱۵/۵)		
خانه دار	۱۴۸ (۳۵/۹)		

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

میانگین نمره سرمایه اجتماعی برای گروه مردان ۳۶/۱۴ با انحراف معیار ۴/۶ و برای زنان ۳۵/۰۱ با انحراف معیار ۴/۱ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره سرمایه اجتماعی بین مردان و زنان دارای تفاوت معنی‌دار آماری است (p=۰/۰۱۵). یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره سرمایه اجتماعی بر حسب سابقه بیماری قلبی در میان اعضای خانواده دارای تفاوت معنی‌دار آماری است (p=۰/۰۰۲). همچنین، اختلاف معنی‌دار آماری در میانگین نمره سرمایه اجتماعی بیماران بر حسب سابقه بیماری جسمی آنان مشاهده شد (p=۰/۰۳۲). آن دسته از بیمارانی که دارای سرمایه اجتماعی بالاتری بودند فاقد سابقه بیماری روحی روانی بودند و تفاوت معنی‌دار آماری میان این دو گروه مشاهده شد (p=۰/۰۳۰). با این وجود، میانگین سرمایه اجتماعی در بیماران بر حسب سابقه عمل جراحی متفاوت نبود و اختلاف معنی‌دار آماری میان این دو گروه مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین سرمایه اجتماعی بر حسب برخی متغیرهای دموگرافیک

متغیر	میانگین (انحراف معیار	آزمون تی مستقل
جنس		df=۴۱۰, t= ۲/۴۹۷, P=۰/۰۱۵
مرد	(۴/۶) ۳۶/۱۴	
زن	(۴/۱) ۳۵/۰۱	
سابقه بیماری قلبی در افراد خانواده		df=۴۱۰, t= ۳/۰۸۷, P=۰/۰۰۲
دارد	(۴/۴) ۳۴/۹۱	
ندارد	(۴/۴)۳۶/۳۶	
سابقه بیماری جسمی		df=۴۱۰, t= ۲/۱۵۷, P=۰/۰۳۲
دارد	(۴/۳) ۳۴/۸۱	
ندارد	(۴/۴) ۳۵/۹۷	
سابقه بیماری روحی روانی		df=۴۱۰, t= ۲/۱۸۱, P=۰/۰۳۰
دارد	(۲/۷) ۳۴/۰۳	
ندارد	(۴/۵) ۳۵/۸۲	
سابقه عمل جراحی		df=۴۱۰, t= ۱/۳۱۴, P=۰/۱۹۰
دارد	(۳/۸) ۳۷/۱۷	
ندارد	(۴/۱) ۳۶/۴۵	

جدول شماره ۳ نتایج آزمون همبستگی پیرسون را بین متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد. یافته‌ها بیانگر این است که همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری بین میزان سرمایه اجتماعی بیماران با سبک‌زندگی سالم آنها وجود دارد (p<۰/۰۱، r=۰/۴۱۸)، به عبارت دیگر، هر قدر سرمایه اجتماعی بیماران افزایش یابد به همان اندازه نیز سبک‌زندگی سالم‌تری خواهند داشت. سرمایه اجتماعی دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری با کلیه ابعاد سبک زندگی سالم بود. بیشترین ضریب همبستگی سرمایه اجتماعی با بعد "مسئولیت‌پذیری سلامت" (p<۰/۰۱، r=۰/۳۸۴) و کمترین ضریب همبستگی با بعد "پرهیز از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی" (p<۰/۰۵، r=۰/۱۰۷) بود. اگر چه همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری بین ابعاد سرمایه اجتماعی با سبک‌زندگی سالم مشاهده شد، اما شدت رابطه بعد "روابط اجتماعی" با سبک‌زندگی سالم (r=۰/۵۱۱) به مراتب بیشتر از بعد "محیط‌های حمایتی" (r=۰/۱۷۶) بود. روابط مثبت و معنی‌دار آماری بین مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (محیط‌های حمایتی و روابط اجتماعی) با کلیه ابعاد سبک‌زندگی سالم مشاهده شد که جزئیات آن را می‌توان در جدول شماره ۳ مشاهده کرد.

بحث

مطالعات متعددی به تبیین اثرات مثبت سرمایه اجتماعی بر رفتارهای سلامت محور پرداخته‌اند (کاواچی و برگمن، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱؛ شفلر و همکاران، ۲۰۰۷؛ لیندستروم، ۲۰۰۵)، با این وجود، تحقیقاتی که به بررسی سرمایه اجتماعی و سبک‌زندگی سالم در بیماران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

پرداخته باشند، کم شمار هستند. این مطالعه با هدف بررسی اثرات سرمایه اجتماعی بر سبک‌زندگی سالم در افراد مبتلاء به بیماری عروق کرونر انجام شد. همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری بین سرمایه اجتماعی بیماران و سبک‌زندگی سالم آنها یافت شد. این یافته‌ها نشان دهنده اثرات مثبت و تعیین‌کننده سرمایه اجتماعی بر سبک‌زندگی سالم در بیماران می‌باشد، به طوری که با افزایش میزان سرمایه اجتماعی می‌توان شاهد تقویت رفتارها و هنجارهای سالم بود. نتایج این پژوهش منعکس کننده نتایج تحقیقات قبلی (کاواچی و همکاران ۱۹۹۷؛ دسیلوا و همکاران ۲۰۰۵؛ کارپیانو، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷؛ سانگ ۲۰۱۱) مبنی بر اثرات مثبت سرمایه اجتماعی بر تقویت رفتارهای سلامت‌بخش بود.

جدول شماره ۳: همبستگی سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با سبک زندگی سالم و خرده‌مقیاس های آن

	روابط اجتماعی		محیط های حمایتی		سرمایه اجتماعی	
	r	p	r	p	r	p
تغذیه	۰/۱۷۷	۰/۰۳۱	۰/۱۲۲	۰/۰۱۳	۰/۱۲۱	۰/۰۱۴
مدیریت استرس	۰/۳۴۴	۰/۰۰۰	۰/۱۱۹	۰/۰۱۶	۰/۲۹۵	۰/۰۰۰
پرهیز از مصرف دخانیات و الکل	۰/۱۵۴	۰/۰۲۳	۰/۱۲۴	۰/۰۱۲	۰/۱۰۷	۰/۰۲۹
فعالیت بدنی	۰/۳۵۵	۰/۰۰۰	۰/۱۱۳	۰/۰۲۲	۰/۲۹۸	۰/۰۰۰
مسئولیت پذیری سلامت	۰/۵۷۳	۰/۰۰۰	۰/۲۱۶	۰/۰۲۱	۰/۳۸۴	۰/۰۰۰
بهداشت خرید	۰/۴۶۸	۰/۰۰۰	۰/۱۲۲	۰/۰۲۳	۰/۳۱۹	۰/۰۰۰
سبک زندگی سالم	۰/۵۱۱	۰/۰۰۰	۰/۱۷۶	۰/۰۰۳	۰/۴۱۸	۰/۰۰۰

تحقیقات متعددی ارتباط مثبت حمایت اجتماعی با میزان مرگ و همچنین سبک‌های زندگی سالم را نشان داده‌اند (آدامز و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلن و همکاران، ۲۰۰۸؛ جکسون، ۲۰۰۶؛ ماهون و همکاران، ۲۰۰۴؛ بیل و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج سایر تحقیقات بیانگر این است که حمایت اجتماعی به همراه متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنسیت، درآمد، تحصیلات، پایگاه طبقاتی) اثرات پایداری بر سبک‌های زندگی سالم دارند (دی ماتیو، ۲۰۰۴؛ ایمونز و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش حاضر نیز هم‌جهت با یافته‌های مطالعات قبلی بود، به طوری که همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری بین بعد "محیطهای حمایتی" با سبک‌زندگی سالم و ابعاد آن یافت شد.

نتایج پژوهش آمبرسون و مونتز (۲۰۱۰) حاکی از این بود که "روابط اجتماعی" چه به صورت کمی و چه به صور کیفی اثرات مثبت و مهمی بر سبک‌زندگی سالم، سلامت روانی، سلامت فیزیکی و میزان خطر مرگ در افراد دارد. همچنین، دارا بودن روابط اجتماعی بالای رسمی (همانند ارتباط با سازمان‌های مذهبی) و غیررسمی (همانند ارتباط با دوستان و بستگان) به تقویت رفتارهای ارتقاء بخش سلامت می‌انجامد (برکمن و برسلاو، ۱۹۸۳). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری بین میزان روابط اجتماعی بیماران با سبک زندگی سالم آنها وجود دارد، لذا این نتایج تأیید کننده یافته‌های تحقیقات قلبی می‌باشد.

مصرف سیگار و مشروبات الکلی از جمله عوامل خطرآفرینی هستند که سلامت افراد را تهدید می‌کنند. یافته‌های تحقیقات پیشین (لیندستروم و اسکاکسون، ۲۰۰۲؛ لیندستروم، ۲۰۰۴؛ براون و همکاران، ۲۰۰۶؛ بال و همکاران، ۲۰۱۰) نشان دادند که بین مصرف سیگار و سرمایه اجتماعی ارتباط منفی وجود دارد. سایر تحقیقات (ون و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیشر و همکاران، ۲۰۰۴) نیز نشان دادند که سرمایه اجتماعی با میزان مصرف مشروبات الکلی رابطه منفی دارد. می‌توان تصور کرد که سطح بالای اعتماد در جامعه می‌تواند به تسهیل و توزیع گسترده اطلاعات منجر شود، که در حقیقت ممکن است مشوق رفتارهای سالم باشد (یپ و همکاران، ۲۰۰۷) و رفتارهای ناسالم همچون مصرف الکل و سیگار را کنترل کند (سابرامانیان و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با نتایج تحقیقات پیشین بود، به طوری که رابطه مثبت و معناداری بین سرمایه اجتماعی بیماران و میزان پرهیز آنها از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی یافت شد.

یافته‌های حاضر حاکی از ارتباط مثبت و معنی‌دار آماری سرمایه اجتماعی با میزان ورزش و فعالیت‌بدنی بیماران بود. این امر بیانگر تأیید نتایج مطالعات پیشین مبنی بر اثرات مثبت سرمایه اجتماعی بر میزان تحرک و فعالیت بدنی افراد می‌باشد (ون و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیشر و همکاران، ۲۰۰۴؛ بال و همکاران، ۲۰۱۰).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

عادات تغذیه و رژیم غذایی سالم نیز از جمله ابعاد مهم سبک‌زندگی سالم است که متاثر از عوامل مختلفی می‌باشد. نتایج تحقیقات قبلی نشان داد که تعامل با افراد و دسترسی به شبکه‌های دوستان زمینه‌های را برای تبادل اطلاعات و دانش تغذیه سالم فراهم می کند که به تقویت هنجارهای رژیم غذایی سالم می‌انجامد (بال و همکاران، ۲۰۱۰). در این زمینه نتایج پژوهش حاضر نیز هم جهت با نتایج تحقیقات پیشین بود و بین سرمایه اجتماعی بیماران و تغذیه سالم همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری مشاهده شد.

شواهد بیانگر این است که حمایت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سرمایه اجتماعی می‌تواند شبکه‌هایی را برای بهبود سلامت ایجاد کند. این موارد شامل ترغیب و تشویق سبک‌های زندگی سالم، مشارکت در برنامه‌های توانبخشی، و ایجاد حلقه‌های حمایتی به عنوان یک سپر دفاعی در برابر اثرات استرس بر بدن (مک نیل و همکاران، ۲۰۰۶؛ پورتینج، ۲۰۰۶) هستند. همچنین، سرمایه اجتماعی فراهم کننده نوعی حمایت اجتماعی روانی است که باعث کاهش استرس و بهبود سلامت روانی خواهد شد (سیروان و دبرند، ۲۰۱۲). نتایج این پژوهش نیز بیانگر این است که آن دسته از افرادی که دسترسی بیشتری به منابع سرمایه اجتماعی داشتند به مراتب از مهارت‌های مناسب‌تری برای مدیریت و کنترل استرس‌های روزمره برخوردار بوده‌اند.

"مسئولیت‌پذیری سلامت" نیز یکی از مهم‌ترین ابعاد سبک‌زندگی سالم است که نقش مهمی در تضمین سلامت افراد ایفا می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان داد بین سرمایه اجتماعی و مسئولیت‌پذیری سلامت بیماران نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری آماری وجود دارد، به طوری که با افزایش دسترسی به مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی میزان احساس مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامتی نیز تقویت می شود.

بین سرمایه اجتماعی و "بهداشت خرید" از لحاظ آماری رابطه معنی‌دار یافت شد و همبستگی میان این دو متغیر، مثبت و در حد متوسط بود. می‌توان استدلال کرد که روابط اجتماعی گسترده بین افراد، دسترسی وسیع به شبکه‌های اطلاعاتی و مشارکت فعالانه در انواع گروه‌ها و تشکل‌ها، منابع بالقوه مناسب و قابل اعتمادی را برای افراد فراهم می‌کند که از طریق آن قادر به تهیه مواد سالم و باکیفیت و همچنین تأمین مایحتاج اساسی همچون (مواد خوراکی، آرایشی و بهداشتی، پوشاک و ...) خواهند بود، و بدین ترتیب موجبات تندرسی و سلامت افراد ایجاد خواهد شد.

از طرف دیگر، یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که گروه مردان نسبت به زنان میانگین نمره سرمایه اجتماعی بیشتری داشتند. نتایج این پژوهش موید نتایج تحقیقات پیشین (آلمدوم، ۲۰۰۵؛ اسلام و همکاران، ۲۰۰۶؛ رز، ۲۰۰۰؛ هیپا و ماکی، ۲۰۰۱؛ والکر و همکاران، ۱۹۸۷)، مبنی بر میزان برخورداری پایین زنان از برخی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (همانند اعتماد و مشارکت اجتماعی) در مقایسه با مردان بود.

مطالعات درباره سرمایه اجتماعی در سطح فردی نشان داده اند آن دسته از افراد که از سطوح بالای سرمایه اجتماعی برخوردار هستند نسبت به افرادی که از سرمایه اجتماعی اندکی برخوردار می‌باشند، احتمال کمتری دارد دچار اختلالات روانی گردند (دسیلوا و همکاران، ۲۰۰۵؛ آلمدوم، ۲۰۰۵). همچنین، نتایج مطالعات سرمایه اجتماعی در سطح جمعی بیانگر این بودند که وجود سرمایه اجتماعی در سطح بالا باعث کاهش مواردی همچون پریشانی روانی (میلر و همکاران، ۲۰۰۶)، بستری شدن در بیمارستان به علت بیماری روانی (لوفورس و ساندکویست، ۲۰۰۶)؛ و بروز اختلالات روانی (ساترونا و همکاران، ۲۰۰۰) می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز همسو با نتایج تحقیقات قبلی بود، به طوری که آن دسته از افراد که دارای سابقه بیماری روحی روانی بودند، از سطوح پایین‌تر سرمایه اجتماعی برخوردار بودند.

میانگین نمره سرمایه اجتماعی بیماران بر حسب سابقه بیماری جسمی دارای تفاوت معنی‌دار آماری بود. این امر بیانگر این است که آن دسته از افرادی که دسترسی بیشتری به اعضای شبکه داشتند، دارای سبک‌های زندگی سالم‌تری بودند، به طوری که این اتصالات به منظور کسب اطلاعات ممکن است خود به خود به تقویت رفتارهای سالم مثبت منجر شود (هاینس، ۲۰۱۱) و باعث ارتقاء سلامت جسمانی شود. میانگین نمره سرمایه اجتماعی بیماران بر حسب سابقه عمل جراحی متفاوت نبود و در این زمینه اختلاف معنی‌داری آماری بین دو گروه افراد با و بدون سابقه عمل جراحی مشاهده نشد. این امر به احتمال قوی ناشی از این است که وجود بعضی از بیماری‌ها و ناراحتی‌ها ارتباط آنچنانی با وضعیت سرمایه اجتماعی افراد ندارند و متأثر از عوامل مختلف دیگری هستند.

پژوهش حاضر علیرغم نتایج مناسب و قابل توجه، با محدودیت‌های نیز مواجه بوده است. با توجه به فقدان ابزارها و مقیاس‌های استاندارد و متناسب در این حوزه (هر چند که در این پژوهش با نهایت دقت سعی شد که ابزارهای متناسب و دقیق انتخاب و طراحی شوند)، محدودیت زمانی به منظور گردآوری داده‌های بیشتر، و ماهیت تحقیق حاضر با توجه به اینکه از نوع مطالعه مقطعی بوده است،

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

تعمیم نتایج آن بایستی با احتیاط صورت گیرد. در مطالعات بعدی به منظور افزایش میزان تعمیم‌دهی و تبیین بهتر مسایل مربوط به سبک زندگی، به کارگیری روش‌های پژوهش ترکیبی (روش کیفی و کمی)، انجام مطالعات طولی و انتخاب نمونه‌های افراد سالم و مقایسه ویژگی‌های آنها با افراد بیمار پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از علل تعیین کننده اجتماعی سلامت نقش مؤثری در چگونگی سبک‌زندگی افراد دارد. با این وجود، نحوه اثرگذاری آن بر سلامت و سبک‌های زندگی سلامت‌محور به شیوه‌های متفاوتی (مستقیم و غیرمستقیم) امکان‌پذیر است. با توجه به این که منابع سرمایه اجتماعی ناهمگن هستند و دسترسی افراد به این منابع به عوامل متعددی همانند شرایط زندگی، جنسیت، قومیت، و پایگاه طبقاتی وابسته است، بنابراین، تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور و تقویت مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (همانند ایجاد اعتماد، فراهم نمودن محیط‌های حمایتی، مهیا ساختن زمینه‌های مشارکت و حذف موانع فرهنگی برای حضور فعال و گسترده) در میان اقشار مختلف جامعه (به ویژه اقشار آسیب‌پذیر همچون زنان و گروه‌های کم‌درآمد) دارای ضرورت اساسی است. این امر، از یک طرف، باعث کاهش شکاف در دسترسی به خدمات مناسب سلامت، شبکه‌های انتشار اطلاعات بهداشتی و حمایت اجتماعی می شود و از طرف دیگر، بسترهای مناسب را برای کنترل و پیشگیری رفتارهای مخاطره‌آمیز و ارتقاء سبک‌های زندگی سالم در ابعاد وسیع فراهم خواهد ساخت که مهم‌ترین پیامد آن پیشگیری و کاهش ابتلاء به بیماری‌های مزمن (بیماری‌های قلبی، سرطان، دیابت و ...) خواهد بود.

تقدیر و تشکر

این مقاله، بخشی از نتایج رساله مقطع دکتری مصوب دانشگاه پیام نور به شماره ۹۲/د/۶۴۸ مورخ ۵/۸/۱۳۹۲ می‌باشد. بدینوسیله، محققان از خانم دکتر شیرین احمدنیا استاد مشاور رساله به خاطر همکاری و راهنمایی‌های مناسب در طول تحقیق، و همچنین همکاری صمیمانه کلیه مسئولین مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی کمال تقدیر و تشکر را دارند.

منابع فارسی

اسحاقی سیدرضا، فرج زادگان زیبا، بابک آناهیتا (۱۳۸۸). طراحی پرسشنامه سنجش سبک زندگی در سالمندان. فصلنامه پایش، ۹ (۱): ۹۹-۹۱.

قاسمی وحید، ربانی، رسول، ربانی خوراسگانی علی، علیزاده اقدم محمدباقر (۱۳۸۷). تعیین کنندهای ساختاری و سرمایه ای سبک زندگی سلامت محور. مجله پژوهشی مسایل اجتماعی ایران، ۱۶(۶۳): ۲۱۳-۱۸۱.

لعلی محسن، عابدی احمد، کجباف محمدباقر (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسش نامه سبک زندگی (LSQ). مجله پژوهش های روانشناختی، ۱۵(۱): ۸۰-۶۴.

محمدی زیدی عیسی، حیدرنیا علیرضا، حاجی زاده ابراهیم (۱۳۸۴). بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی. دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی، دانشگاه شاهد، ۱۳(۶۱): ۵۶-۴۹.

محمدی زیدی عیسی، پاکپور حاجی آقا امیر، محمدی زیدی بنفشه (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۱: ۱۱۳-۱۰۳.

واحدیان عظیمی، امیر، الحانی فاطمه، احمدی فضل الله، کاظم نژاد انوشیروان (۱۳۸۸). تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران مبتلاء به انفارکتوس قلبی، مجله پرستاری مراقبت ویژه، ۲(۴): ۱۳۲-۱۲۷.

منابع انگلیسی

Allen, J. D., Stoddard, A. M. & Sorensen, G. 2008. Do social network characteristics predict mammography screening practices? Health, Education & Behavior, 35(6): 763-776.

Almedom, A. M. 2005. Social Capital and Mental Health: An interdisciplinary review of primary evidence. Social Science and Medicine, 61(5): 943-64.

Adams, M. H., Bowden, A.G., Humphrey, D.S. & McAdams, L.B. 2000. Social support and health promotion lifestyles of rural women. Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 1(1): 28-40.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

Ball, K., Cleland, V. J., Timperio, A.F., Salmon, J., Giles-Corti, B. & Crawford, D. A. 2010. Love thy neighbor? Associations of social capital and crime with physical activity amongst women. Soc Sci Med, 71(4): 807-14.

Campbell, C. & McLean. C. 2004. Social capital, social exclusion and health: Factors shaping African-Caribbean participation in local community networks. In C. Swann & A. Morgan (Eds.), Social capital for health: Insights from qualitative research. London: NHS, Health Development Agency; pp 29–46.

Berkman, L. F. & Breslow. L. 1983. Health and Ways of Living: The Alameda County Study. New York: Oxford University Press.

Ball, K., Jeffery, R.W., Abbott, G., McNaughton, S. A., Crawford, D. 2010. Is healthy behavior contagious: as-sociations of social norms with physical activity and healthy eating? Int J Behav Nutr Phys Act, 7(86): 1-9.

Brown, T. T., Scheffler, R. M., Seo, S. & Reed, M. 2006. The Empirical Relationship between Community Social Capital and the Demand for Cigarettes, Health Economics, 15 (11):1159-72.

Beal, C. C., Stuifbergen, A.K. & Brown A. 2009. Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome. Psychology, Health & Medicine, 14 (3): 343-353.

Bourdieu, P. 1986.The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), Handbook of theory and research for the sociology of education .Westport: Greenwood Press, pp 241-258.

Carpiano, R. M. 2006. Toward a neighborhood resource based theory of social capital for health: Can Bour-dieu and sociology help? Social science & medicine, 62(1): 165-175., 2006

Carpiano, RM. 2007. Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-Based Model. Health and Place, 13(3): 639–655.

Chola, L. & Alaba, O. 2013. Association of neighbourhood and individual social capital, neighbourhood economic deprivation and self-rated health in South Africa a multi-level analysis. PLoS ONE, 8(7): e71085.

Chen, M., Wang, E., Yang, R. & Liou Y. 2003. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. Public Health Nurse, 20(2):104-10.

Cockerham, W. C., Hinote, B. P., Abbott, P & Haerpfer, C. 2004. Health lifestyles in central asia: The case of kazakhstan and kyrgyzstan. Social Science and Medicine, 59(7): 1409- 1421.

Cockerham, W. C. 2005. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. Journal of Health and Social Behavior, 46(1): 51–67.

Cutrona, C. E., Russell, D. W., Hessling, R.M., Brown, P. A. & Murry, V. 2000. Direct and moderating effects of community context on the psychological well-being of African American women. J Pers Soc Psychol, 79(6): 1088–1101.

De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T. & Huttly, S. R. 2005. Social Capital and mental illness: A systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health, 59(8): 619-627.

Durkheim, E. 1897. Suicide: a study in sociology. Glencoe, IL: Free Press.

DiMatteo, M. R. 2004. Social support and patient adherence to medical treatment: a Meta analysis. Health Psychology, 23(2): 207-218.

Emmons, K. M., Barbeau, E.M., Gutheil, C., Stryker, J. & Stoddard, A.M. 2007. Social influences, social context and health behaviors among working class, multi-ethnic adults. Health, Education & Behavior, 34 (2): 315-334.

Eriksson, M. 2011. Social capital and health-implications for health promotion. Glob Health Action, 8:4: 5611.

Fisher, K. J., Li, F., Michael, Y. & Cleveland, M. 2004. Neighborhood Influences on Physical Activity among Older Adults: A Multilevel Analysis. Journal of Aging and Physical Activity, 12(1):45-63.

Haines, V.A., Beggs, J.J. & Hurlbert, J.S. 2011. Neighborhood disadvantage, network social capital, and depressive symptoms. Journal of Health and Social Behavior, 52(1): 58-73.

Harpham, T., Grant, E. & Rodriguez, C. 2004. Mental health and social capital in Cali, Colombia. Social Science and Medicine, 58 (11): 2267–2278.

Hyyppa, M. T. & Maki, J. 2001. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. Prev Med, 32 (2):148–55.

Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, L., Lindstrom, M. & Gerdtham, U. G. 2006. Social Capital and Health: Does Egalitarianism Matter? A Literature Review. International Journal for Equity in Health, 5(3): 1-28.

Jackson, T. 2006. Relationships between perceived close social support and health practices within community samples of American men and women. The Journal of Psychology, 140(3): 229-246.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

Kawachi, I. Kennedy, B.P., Lochner, K. & Prothrow-Smith, D. 1997. Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health, 87(9):1491-8.
Kawachi, I. & Kennedy, B. P. 1999. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. American journal of public health, 89(8):1187- 93.
Kawachi, I. 2006. Commentary: social capital and health: making the connections one step at a time. Int J Epidemiol, 35(4): 989-93.
Kawachi, I. & Berkman, L. 2000. Social cohesion, social capital and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology.* New York, NY: Oxford University Press, pp174–190.
Kawachi, I & Berkman, L.F. 2001, Social ties and mental health. Journal of Urban Health, 78(3): 458-467.
Lindström, M., Isacsson, S.O. & the *Malmö Shoulder–Neck Study Group*. 2002. Smoking cessation among daily smokers aged 45-69 years: A longitudinal study in Malmö, Sweden. Addiction, 97(2): 205-215.
Lindstrom, M. 2004, Social capital, the miniaturization of community and self-reported global and psychological health, Social Science & Medicine, 59 (3): 595-607.
Lindström, M. 2005, Social capital, the miniaturization of community and high alcohol consumption: A population-based study. Alcohol and Alcoholism, 40 (6): 556-562.
Lindström, M., Hanson, B. S., Wirfält, E. & Ostergren, P. O. 2001. Socioeconomic differences in the consumption of vegetables, fruit and fruit juices. the influence of psychosocial factors. European Journal of Public Health, 11(1): 51-59.
Lofors, J. & Sundquist, K. 2006. Low-Linking Social Capital as a Predictor of Mental Disorders: A cohort study of 4.5 million Swedes. Social Science & Medicine, 64(1): 21-34.
Lynch, J. & Kaplan, G. 1997. Understanding how inequalities in the distribution of income affect health. Journal of Health Psychology, 2(3): 297–314.
Mahon, N. E., Yarcheski, A. & Yarcheski, T. J. 2004. Social support and positive health practices in young adolescents: a test of mediating variables. Clinical Nursing Research, 13(3): 216-236
McNeil, L.H., Kreuter, M. & Subramanian, S. V. 2006. Social environment and physical activity: A review of concepts and evidence. In Social Science & Medicine, 63(4): 1011–1022.
Miller, D., Lam, S., Scheffler, R. M., Rosenberg, R. & Rupp, A. 2006. Social capital and health in indonesia. World Development, 34(6):1084-1098.
Miyamoto, K., Iwakuma, M. & Nakayama, T. 2014. Social capital and health: implication for health promotion by lay citizens in Japan. Glob Health Promot, 0(0): 1–15.
McKenzie, K. 2006. Social risk, mental health, and social capital in K. McKenzie and T.Harpham (eds.), Social capital and mental health, Jessica Kingsley Publishers, London.
Putnam, R. 2002. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon Schuster.
Poortinga, W. 2006. Perceptions of the Environment, Physical Activity and Obesity, Social Science and Medicine, 63(11): 2835-46.
Ramlagan, S., Peltzer, K. & Phaswana-Mafuya, N. 2013. Social capital and health among older adults in South Africa. BMC BMC *Geriatrics,* 28,13:100
Rose, R. 2000. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians Soc Sci Med, 51(9):1421-35.
Song, L. 2011. Social capital and psychological distress. Journal of Health and Social Behavior, 52(4): 478 –92.
Shortt, S. E .D. 2004. Making sense of social capital, health and policy. Health Policy, 70(1): 11-22.
Sirven, N. & Debrand, T. 2012. Social capital and health of older Europeans: causal pathways and health inequalities. Soc Sci Med, 75(7):1288-95.
Subramanian, S.V., Kim, D. J. & Kawachi I. 2002. Social Trust and Self-Rated Health in US Community ties: A Multilevel Analysis. Journal of Urban Health, 79(1): 21-34.
Tashiro, J. 2002. Exploring health promoting lifestyle behaviors of Japanese college women: perceptions, practices and issues. Health Care Women Int, 23(1): 59-70.
Umberson, D. & Montez, J. K. 2010. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. J Health Soc Behav, 51)Suppl(:S 54-66.
Walker, S.N., Sechrist, K. R. & Pender, N.J. 1987. The health promotion lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing research, 36(2):76-81.
Wilkinson, R. 1996. Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. London: Routledge.
Wilkinson, R., Kawachi, I. & Kennedy, B. P. 1998. mortality, the social environment, crime and violence. Sociology of Health & Illness, 20(5): 578-97.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

Wilkinson, R. 1999. Income inequality, social cohesion and health. International Journal of Health Services, 29 (4): 699–732.

Weitzman, E. R. & Kawachi, I. 2000. Giving means receiving: The protective effect of social capital on binge drinking on college campuses. American Journal of Public Health, 90(12) 1936-1939.

Wen, M., Browning, C. R. & Cagney, K. A. 2007. Neighborhood deprivation, social capital and regular rxercise during adulthood: A multilevel study in Chicago. Urban Studies, 44(13) 2651-2671.

Yip, W., Subramanian, S. V., Mitchell, A. D., Lee, D. T., Wang, J. & Kawachi, I. 2007. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from Rural China. Social Science and Medicine, 64(1): 35-49.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹٤
Cardiovascular Nursing Journal, 4(2), Summer 2015

Original Article

The role of social capital in healthy lifestyle promotion among people with coronary artery disease

*Mehdi Ghaderi[1], PhD Candidate
Amir Maleki[2], Ph.D
Majid Haghjoo[3], MD

Abstract

Aim. The aim of this study was to investigate the role of social capital in healthy lifestyle promotion among people with Coronary Artery Disease (CAD).

Background. Social capital, one of the social determinants of health, plays an important role in promoting healthy lifestyle among people. Due to increasing incidence of CAD, research is needed about social capital and its relationship with healthy lifestyle among people with CAD.

Method. This cross-sectional study was conducted on 412 patients with CAD, including 239 men and 173 women, in 4 different wards (i.e. men and women internal wards, Diplomat and VIP wards**)** in Shahid Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center from January 2015 to June 2015. Data were collected by demographic characteristic form, Miyamoto et al. social capital questionnaire and researcher-made questionnaire of healthy lifestyle. Validity and reliability were confirmed by content analysis and Cronbach's alpha methods. The data were analyzed using SPSS with appropriate statistical tests.

Findings. There was a statistically significant difference between social capital in terms of gender (p=0.015). A statistically ssignificant correlation was found between social capital and healthy lifestyle (r=0.418, P<0.01). The highest correlation was observed between social capital and "health responsibility" component (r=0.384, P<0.01) and the lowest correlation was observed between social capital and "abstain from tobacco and alcohol'' (r=0.107, P<0.01). Among social capital components, "social relationships" had the highest correlation with healthy lifestyle (r=0.511, P<0.01).

Conclusion. Social capital and its components have positive and important effects on healthy lifestyle and its subscales. It is necessary to emphasize community-based programs, such as strengthening social capital in the society to prevent and control chronic diseases, especially heart disease.

Keywords: Social capital, Social relationship, Supportive environment, Healthy lifestyle, Coronary artery Disease

1 Academic Staff and Ph.D. Student, Department of Social Science, Payame Noor University, P. O. Box 19395-3697, Tehran, Iran (*Corresponding Author), Email: M_Ghaderi@pnu.ac.ir
2 Associated Professor, Department of Social Science, Payame Noor University, P. O. Box 19395-3697, Tehran, Iran, E-mail: a_maleki@pnu.ac.ir
3 Professor, Cardiac Electrophysiology Research Center, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-29]