نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۳۶۷ تا ۳۷۷

مروری

فراتحلیل مطالعات درباره رابطه سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور در ایران

امین حیدریان[۱]، محمد گنجی[۲*]

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران
۲. *نویسنده مسئول: دانشیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران، m.ganji@kashanu.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: روند مطالعات پیشین در ایران نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر پرداختن به موضوع رفتارهای سلامت‌محور و عوامل مرتبط با آن از رشد چشمگیری برخوردار بوده است. از جمله این عوامل، می‌توان به مفهوم کلیدی سرمایه فرهنگی اشاره کرد. هدف اصلی تحقیق حاضر، برآورد اندازه اثر رابطه سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور در میان مطالعات تجربی انجام شده در ایران است.

روش: این مطالعه با استفاده از روش فراتحلیل انجام شده است. بدین منظور کلیدواژه‌های مرتبط با موضوع در سه پایگاه Irandoc، Magiran و SID جست‌وجو شدند. برای بررسی پیش‌فرض خطای انتشار نیز از نمودار قیفی و آزمون همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار استفاده شد.

یافته‌ها: با جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، تعداد ۲۳ مطالعه که مطابق با معیارهای ورودی بودند به فراتحلیل وارد شدند. یافته‌ها نشان دادند که اندازه اثر ترکیبی سرمایه فرهنگی بر رفتارهای سلامت‌محور برابر با ۰/۳۳۰ بوده که بر مبنای معیار کوهن، در سطح متوسط ارزیابی می‌شود. همچنین، بر مبنای تحلیل تعدیل‌گری متغیر کمی سال انتشار پژوهش‌ها و متغیرهای کیفی دوره زمانی انتشار، موقعیت جغرافیایی، جامعه آماری، شیوه نمونه‌گیری، جنسیت و سن پاسخگویان می‌توانند به عنوان منبع ناهمگنی تحقیقات در نظر گرفته شوند.

نتیجه‌گیری: مبتنی بر نتایج این فراتحلیل، متغیر سرمایه فرهنگی می‌تواند تأثیری در حد متوسط بر رفتارهای سلامت‌محور داشته باشد. این تأثیر از طریق متغیرهای مداخله‌گر تعدیل می‌شود که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به سال انتشار پژوهش‌ها اشاره کرد. این متغیر بیان‌گر تأثیر تغییرات شرایط اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد بررسی بر رابطه مذکور است.

کلیدواژه‌ها: رفتارها بهداشتی، سبک زندگی سالم، فراتحلیل، فرهنگ

مقدمه

در طول سه دهه اخیر، مطالعات تجربی متعددی به عوامل مؤثر بر رفتارهای سلامت‌محور (Health Behaviors) پرداخته‌اند. ضرورت انجام این تحقیقات از آن رو بوده که رفتارهای سلامت‌محور همواره به عنوان یک متغیر واسط در تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظر گرفته می‌شد؛ اما با تمرکز بر وجوه این نوع از رفتارها نقش سایر عوامل، به‌ویژه تعیین‌کننده‌های فرهنگی بیش از پیش نمود می‌یابد. از جمله این عوامل می‌توان به منابع فرهنگی در اختیار افراد (همچون مهارت‌ها آموزشی و فرهنگی هر فرد) و به‌خصوص مفهوم سرمایه فرهنگی (Cultural Capital) اشاره کرد.

رفتارهای سلامت‌محور شامل هر نوع فعالیتی است که به منظور پیشگیری یا تشخیص بیماری و یا در جهت بهبود و ارتقاء سلامت انجام می‌شود و دربردارنده رفتارهای گوناگونی همچون مصرف خدمات پزشکی (مانند ویزیت پزشک، واکسیناسیون و غربالگری)، پیروی از رژیم‌های درمانی (مانند رژیم غذایی، رژیم دیابت و رژیم ضدفشار خون) و رفتارهای سلامت‌محور خودمدیریتی (مانند تغذیه، ورزش و عدم مصرف سیگار) هستند (۱). در بعدی وسیع‌تر، می‌توان رفتارهای مرتبط با سلامت را ذیل مفهوم سبک زندگی سلامت‌محور در نظر گرفت که در آن صورت، سبک زندگی سالم، دربردارنده الگوهای جمعی رفتارهای مرتبط با سلامتی است که براساس انتخاب از میان گزینه‌های در اختیار افراد و با توجه به فرصت‌های زندگی شکل می‌گیرد (۲).

Copyright: © Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]

از نظر پی‌یر بوردیو سرمایه فرهنگی، شامل تحصیلات، سلیقه‌ها و دانش فرهنگی است و نقش مهمی در تعیین اولویت‌های سبک زندگی فرد ایفا می‌کند. افرادی که سرمایه فرهنگی بالاتری دارند، بیشتر احتمال دارد در فعالیت‌های فرهنگی شرکت کنند و سلیقه‌هایی را اتخاذ کنند که با طبقه اجتماعی‌شان هماهنگ است و بدین ترتیب، وضعیت اجتماعی خود را تقویت می‌کنند (۳). به‌طورکلی، سرمایه فرهنگی طیف وسیعی از منابع غیر اقتصادی را در بر می‌گیرد که افراد می‌توانند برای کسب مزیت اجتماعی از آن‌ها استفاده کنند.

سه بعد متمایز سرمایه فرهنگی از نظر بوردیو عبارت‌اند از:

۱. **سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته (Embodied cultural capital):** این بعد به گرایش‌های پایدار ذهن و بدن اشاره دارد که افراد از طریق جامعه‌پذیری و آموزش به دست می‌آورند.
۲. **سرمایه فرهنگی عینیت‌یافته (Objective cultural capital):** مجموعه کالاهای فرهنگی ملموسی است که فرد می‌تواند مالک آن‌ها باشد (مانند کتاب‌ها، آثار هنری، ابزارآلات و سایر مصنوعات فرهنگی).
۳. **سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده (Institutionalized cultural capital):** اعتباربخشی رسمی به سرمایه فرهنگی از طریق ابزارهای نهادی مانند مدارک تحصیلی و گواهینامه‌ها (۳).

همزمان با رشد تحقیقات درباره رفتارهای سلامت‌محور و شناسایی عوامل مرتبط با آن در سال‌های اخیر، فضایی جهت انجام مطالعات مروری و فراتحلیل‌ها در حوزه‌های علوم سلامت و جامعه‌شناسی سلامت فراهم شده است. برای نمونه، یافته‌های یک تحقیق مروری که تنها بر انتخاب‌های غذایی به عنوان یکی از ابعاد رفتارهای سلامت‌محور در میان ۱۱۳ مطالعه دست اول انگلیسی‌زبان در فاصله سال‌های ۱۹۷۹ تا ۲۰۱۰ تمرکز داشته، نشان می‌دهد که شاخص‌های سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده خانوادگی (مانند تحصیلات والدین) و سرمایه فرهنگی عینیت‌یافته (نظیر برخورداری از کتاب، آثار هنری و...) به طور مداوم در تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته‌اند. سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته نیز با انواع مختلفی از شاخص‌ها (مانند مشارکت فرهنگی، مهارت‌ها و...) اندازه‌گیری شده است. نتایج این مرور نظام‌مند حاکی از آن بود که بین سرمایه فرهنگی و انتخاب‌های غذایی سالم رابطه مستقیمی برقرار است (۴).

نتایج یک مرور نظام‌مند دیگر نیز بر روی ۱۸ مطالعه در بازه زمانی ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۷ نشان می‌دهد که رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سبک زندگی در مطالعاتی که سرمایه فرهنگی نهادی را اندازه‌گیری می‌کردند، تأیید شد و در مطالعاتی که سرمایه فرهنگی عینی و تجسم‌یافته را می‌سنجیدند، عمدتاً مورد حمایت قرار گرفت. همچنین، در حالی که سرمایه فرهنگی رابطه معناداری با برخی از رفتارهای سبک زندگی داشت، با برخی دیگر رابطه‌ای نداشت. ضعف‌های مهم روش‌شناسی در ادبیات نظری، امکان بیان قاطعانه این ارتباطات را منتفی می‌کنند (۵).

به‌طورکلی، بررسی مطالعات مروری درباره رفتارهای سلامتی در جهان نشان می‌دهد که پیشرفت‌های مطالعات دست اول از طریق دو مؤلفه کلیدی صورت گرفته است: ابعاد رفتارهای سلامت‌محور و جامعه هدف. اگرچه توجه پژوهشگران در دهه‌های پیشین معطوف به رفتار سلامت به عنوان یک مفهوم کلی و دربردارنده وجوه عینی و حتی نگرشی بوده؛ اما به‌تدریج، تحقیقات به سمت ابعاد جزئی‌تر این رفتارها نظیر مصرف سلامت‌محور (رژیم‌های خوراک، مصرف دارو و...)، رفتارهای حفظ و ارتقاء سلامت، آموزش رفتارهای سلامت و... سوق یافته است. از سوی دیگر، به منظور دقیق‌تر و عمیق‌تر شدن هرچه بیشتر این مطالعات، پرداختن به گروه‌های خاص بیماران همچون مبتلایان به انواع سرطان (۶)، بیماران قلبی (۷)، دیابتی‌ها (۸) و... در سنین مختلف در دستور کار برنامه‌های پژوهشی قرار گرفته است.

در ایران نیز اگرچه آغاز پژوهش‌های با موضوع رفتارهای سلامت‌محور به نیمه اول دهه هفتاد برمی‌گردد؛ اما بررسی روند تحقیقات تجربی صورت گرفته نشان می‌دهد که تنها در دو دهه اخیر است که توجه به سنجش رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارها و سبک زندگی سلامت‌محور از رشد چشمگیری برخوردار بوده است. به طوری که از فقط یک پژوهش در دهه ۸۰ (۹)، به ۱۷ مطالعه در دهه ۹۰ و پنج پژوهش تنها در دو سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ افزایش یافته است. با وجود اینکه هریک از این پژوهش‌ها، ممکن است در پرداختن ابعاد خاصی از مفهوم رفتارهای سلامت‌محور موفق و راهگشا باشند، اما با توجه به محدودیت در قلمرو زمانی، مکانی و جامعه آماری، نمی‌توانند ترجمان تصویری کامل از موضوع تحت بررسی خود به شمار روند. به ویژه آن‌که به نظر می‌رسد نتایج تعدادی از این پژوهش‌ها تنها تکراری از یافته‌های پیش از خود بوده و در نتیجه خلأهای علمی و تحقیقاتی خاصی را پوشش نمی‌دهند. حتی مطابق با نتایج برخی پژوهش‌های دست اول (۱۰، ۱۱) و مطالعات مروری (۱۲) رابطه معناداری بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای مرتبط با سلامت مشاهده نشده است. از این رو، فراتحلیل مطالعات گذشته در خصوص ارتباط میان این دو متغیر، از یک سو موجب یکپارچه شدن نتایج تحقیقات صورت گرفته در این حوزه شده و از سوی دیگر، با ارائه نمایی از روند انتشار مطالعات در طول زمان، می‌تواند علاوه بر ارزیابی و تحلیل کلی از آن‌ها، پژوهشگران را در انجام پژوهش‌های آینده یاری رساند.

در همین راستا، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش فراتحلیل در پی پاسخ‌گویی به این پرسش‌ها است که ضریب تأثیر یا اندازه اثر سرمایه فرهنگی بر رفتارهای سلامت‌محور در ایران به چه میزانی است؟ و در این میان، کدام متغیرهای تعدیل‌گر نقش‌آفرینی می‌کنند؟

روش

به منظور بررسی مطالعات داخلی درباره رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور از روش فراتحلیل (Meta-Analysis Method) استفاده شده است. این روش، به توصیف مجموعه‌ای از تکنیک‌های نظام‌مند

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]
[DOI: 0.22034/8.4.367]

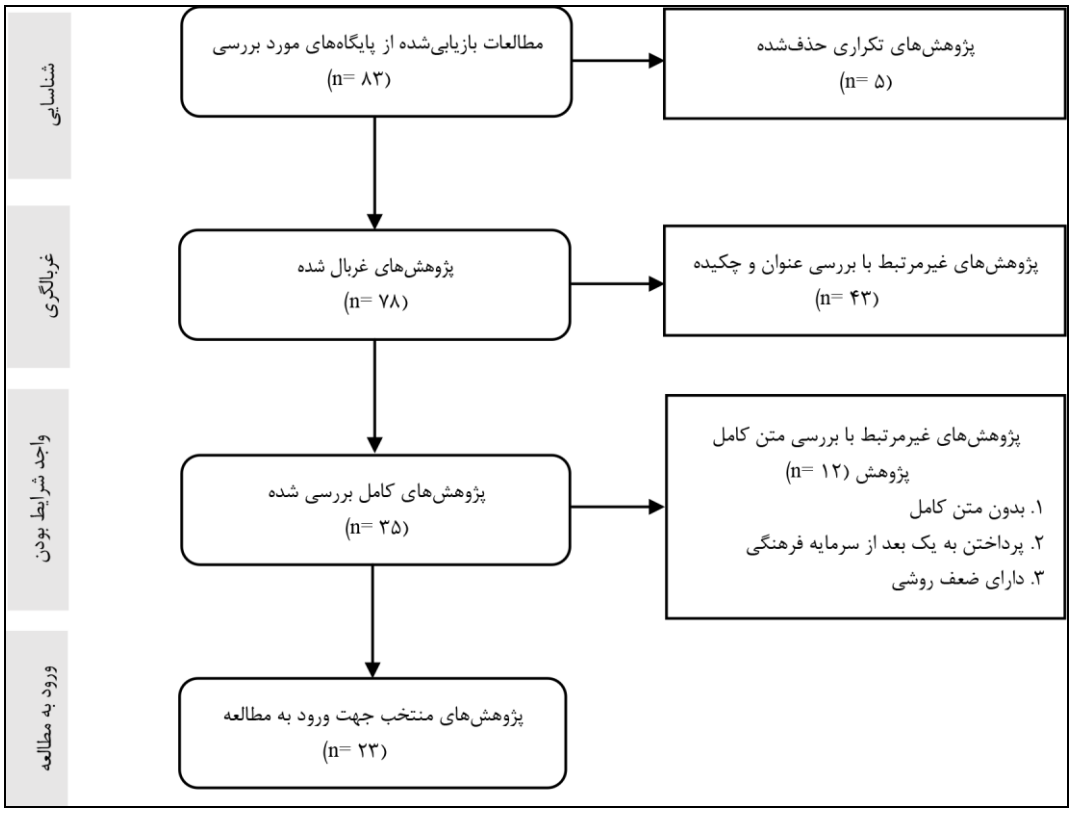
پرداخته و به منظور برآورد اندازه اثر در جامعه، نتایج حاصل از تحقیقات مستقل را بررسی و با یکدیگر ترکیب می‌کند (۱۳). جامعه آماری این پژوهش شامل پایان‌نامه‌ها و مقالات علمی است که در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۴۰۱، در وب‌سایت‌های معتبر داخلی نظیر پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (Irandoc)، مگ‌ایران (Magiran) و پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) نمایه شده‌اند.

با توجه به مفهوم‌شناسی نظری و تعریف ارائه شده از رفتارهای سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور و نزدیکی این دو مفهوم با یکدیگر، کلیدواژه‌های اصلی جست‌وجوی پژوهش‌ها عبارت بودند از «سرمایه فرهنگی + رفتار سلامت»، «سرمایه فرهنگی + رفتار سلامت‌محور»، «سرمایه فرهنگی + رفتار مبتنی بر سلامت»، «سرمایه فرهنگی + سبک زندگی سلامت»، «سرمایه فرهنگی + سبک زندگی سلامت‌محور» و «سرمایه فرهنگی + سبک زندگی سالم». نتیجه جست‌وجوی اولیه در وب‌سایت‌های مذکور حاکی از وجود ۸۳ مقاله علمی و پایان‌نامه بود.

در مرحله بعد، به منظور انتخاب مرتبط‌ترین و باکیفیت‌ترین تحقیقات از معیارهای ورودی (Inclusive criteria) فرایند فراتحلیل استفاده شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱. تحقیق در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۴۰۱ انجام شده باشد، ۲. فایل اصلی و کامل مطالعه در دسترس باشد، ۳. مطالعه به زبان فارسی انجام شده باشد، ۴. پژوهش در داخل کشور انجام شده باشد، ۵. پژوهش با روش تجربی کمی (پیمایشی) انجام شده باشد، و ۶. در تحقیق به نوع روش، جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری و آزمون همبستگی اشاره شده باشد. پس از بررسی پژوهش‌ها با استفاده از این معیارها، در نهایت تعداد ۲۳ سند به فرایند فراتحلیل وارد شدند. شکل ۱، مراحل غربال مطالعات را نشان می‌دهد.

ابزار سنجش این پژوهش، بازبینه فراتحلیل است که برای سهولت در دسترسی به مهم‌ترین اطلاعات و داده‌های هر مطالعه تنظیم می‌شود. اطلاعات مندرج در بازبینه فراتحلیل حاضر عبارت‌اند از: عنوان پژوهش، نام پژوهشگران، سال انتشار، جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری و میزان همبستگی.

به‌طورکلی مراحل اجرای این فراتحلیل عبارت بود از: ۱. تعریف موضوع و مسئله اصلی پژوهش (رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور)، ۲. جست و جوی مطالعات نمایه‌شده در پایگاه‌های اینترنتی معتبر در راستای موضوع فراتحلیل (به وسیله نزدیک‌ترین کلیدواژه‌ها به عنوان پژوهش حاضر)، ۳. ارزیابی و گزینش مطالعات مناسب براساس معیارهای ورودی، ۴. تهیه بازبینه مطالعاتی، ۵. تلخیص و توصیف مطالعات براساس ویژگی‌های مشترک و ۶. وارد کردن هریک از مطالعات به نرم‌افزار CMA 3 و انجام محاسبات آماری (از قبیل محاسبه اندازه اثر (Effect Size)، تعیین مدل اثرات و تفسیر اندازه اثر، بررسی مفروضه خطای انتشار و شناسایی متغیرهای تعدیل‌گر) آماره‌های پژوهشی این فراتحلیل، برای برآورد اندازه اثر، با استفاده از رویکرد هانتر و اشمیت (Hunter and Schmidt)، به شاخص r تبدیل شدند و سپس اندازه‌های اثر محاسبه‌شده با استفاده از جدول راهنمای تفسیر اندازه اثر کوهن (Cohen) برای شاخص r تفسیر شدند.



شکل ۱. نمودار فرایند ورود مطالعات به فرایند فراتحلیل

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]

یافته‌های پژوهش

جدول ۱، بر مبنای بازبینه اولیه، به خلاصه‌ای از اطلاعات هریک از مطالعات درباره رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور پرداخته است. در اکثر این پژوهش‌ها فرض صفر رد شده اما توانایی رد فرض صفر در هریک از آن‌ها متفاوت بوده است.

توصیف مطالعات منتخب نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی پژوهش‌ها در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۴۰۰ (هر کدام با ۴ مورد)، در حیطه مطالعاتی جامعه‌شناسی (با ۱۷ مورد)، در شهر تهران (با ۴ مورد)، در میان شهروندان (با ۷ مورد) و با شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای (با ۱۰ مورد) انجام شده است (جدول ۱).

اکثر پژوهش‌های منتخب، از رویکرد نظری پی‌یر بوردیو در مفهوم‌شناسی نظری سرمایه فرهنگی و نظریه سبک زندگی سلامت‌محور ویلیام کاکرهام در ارائه فرضیه‌های خود استفاده کرده‌اند. در ادامه، ضمن برآورد اندازه اثر تفکیکی پژوهش‌های منتخب، اثرات ترکیبی ثابت و تصادفی مجموع مطالعات نیز تعیین شده است. در اکثر پژوهش‌ها، رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. بزرگ‌ترین اندازه اثر به تحقیق سرحدی (۱۳۹۸) با ۰/۶۰۹ و کوچک‌ترین اندازه اثر معنادار به مطالعه دارایی‌زاده (۱۳۹۳) با ۰/۱۱۵ تعلق داشته است. همچنین هر دو اثرات ثابت و تصادفی در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار بوده‌اند (جدول ۲)

در اولین مرحله فراتحلیل، به بررسی خطای انتشار و همگن بودن پژوهش‌ها، پرداخته شده است. به منظور بررسی پیش‌فرض خطای انتشار (خطای ناشی از انتشار تحقیقات چاپ شده و عدم انتشار پژوهش‌های چاپ نشده) و احتمال کاهش اعتبار فراتحلیل به سبب وجود این خطا، از نمودار قیفی (شکل ۱) و آزمون همبستگی رتبه‌ای بِگ و مزومدار (Begg and Mazumdar rank correlation) استفاده شده است (جدول ۳).

در نمودار قیفی محور افقی بیان‌گر مقادیر اندازه اثر و محور عمودی خطای معیار آن‌ها را نشان می‌دهد. براساس این نمودار، مطالعاتی که دارای خطای استاندارد پایین بوده و در بالای قیف تجمع دارند، دارای سوگیری انتشار نیستند و هرچه به سمت پایین کشیده شوند، دارای خطای استاندارد بیشتر و درنتیجه سوگیری انتشار بیشتری هستند. در این روش، فرض صفر (H0) بیانگر متقارن بودن نمودار و عدم سوگیری انتشار و فرض خلاف (H1) حاکی از عدم تقارن نمودار قیفی و سوگیری انتشار است. مطابق با شکل ۱، مطالعات منتخب در این فراتحلیل دارای سوگیری انتشار کم است.

جدول ۱. تلخیص اطلاعات مطالعات منتب

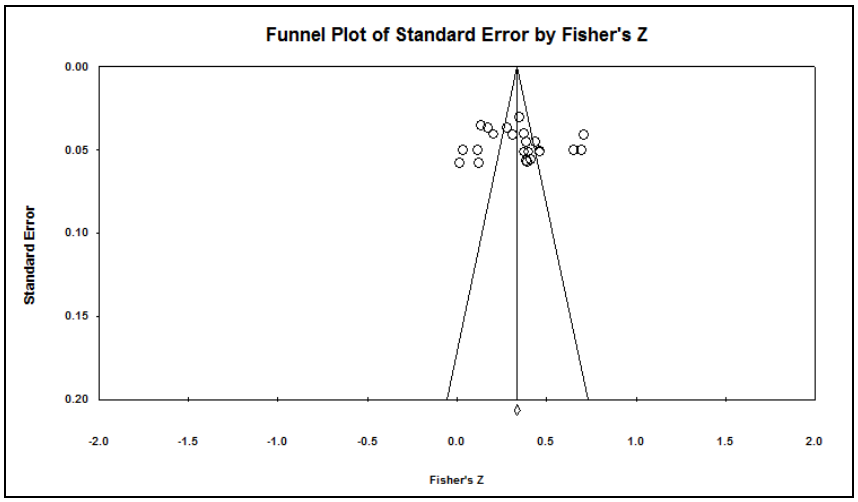
نویسنده	سال انتشار	حیطه مطالعاتی	موقعیت	جامعه آماری	نمونه	شیوه نمونه‌گیری
علیزاده اقدم (۹)	۱۳۸۸	جامعه‌شناسی	تبریز	شهروندان	۷۵۲	تصادفی ساده
قاسمی پاکرو (۱۴)	۱۳۹۱	پژوهش علوم اجتماعی	تهران	شهروندان	۶۰۶	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
سلطانی (۱۵)	۱۳۹۱	پژوهش علوم اجتماعی	تهران	سالمندان	۳۰۰	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
عباس‌زاده (۱۶)	۱۳۹۱	جامعه‌شناسی	تبریز	شهروندان	۷۵۲	خوشه‌ای
زارع (۱۰)	۱۳۹۲	جامعه‌شناسی	تهران	سالمندان	۳۰۰	طبقه‌ای چندمرحله‌ای
خاتمی سروی (۱۷)	۱۳۹۳	جامعه‌شناسی	یزد	دانشجویان	۶۲۰	طبقه‌ای
دارایی‌زاده (۱۸)	۱۳۹۳	جامعه‌شناسی	لرستان	جوانان	۴۰۰	خوشه‌ای
حسن‌زاده (۱۹)	۱۳۹۳	جامعه‌شناسی	آذربایجان شرقی	دانشجویان	۳۱۷	طبقه‌ای
عباس‌زاده (۲۰)	۱۳۹۳	جامعه‌شناسی	ارومیه	شهروندان	۴۸۶	طبقه‌ای
کوچانی (۲۱)	۱۳۹۴	جمعیت‌شناسی	شیراز	دانش‌آموزان	۳۹۱	طبقه‌ای چندمرحله‌ای
میرخانی (۲۲)	۱۳۹۴	جمعیت‌شناسی	تهران و البرز	بازنشستگان	۳۲۱	طبقه‌ای
کرمی (۲۳)	۱۳۹۴	جامعه‌شناسی	اهواز	دانشجویان	۸۰۰	خوشه‌ای
انتشاری (۱۱)	۱۳۹۵	پژوهش علوم اجتماعی	اصفهان	سالمندان	۳۹۸	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
احمدی (۲۴)	۱۳۹۵	جامعه‌شناسی	سنندج	زنان	۳۱۰	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
پارسامهر (۲۵)	۱۳۹۶	جامعه‌شناسی	یزد	زنان	۴۸۵	خوشه‌ای
سرحدی (۲۶)	۱۳۹۸	جامعه‌شناسی	کرمانشاه	شهروندان	۶۰۰	طبقه‌ای
فتاحی (۲۷)	۱۳۹۸	جامعه‌شناسی	اصفهان	جوانان	۶۰۰	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
زارع (۲۸)	۱۳۹۹	جامعه‌شناسی	مشهد	زنان	۳۸۴	طبقه‌ای
یعقوبی (۲۹)	۱۴۰۰	جامعه‌شناسی	خراسان رضوی	شهروندان	۴۰۰	خوشه‌ای
دامنی (۳۰)	۱۴۰۰	جامعه‌شناسی	زاهدان	شهروندان	۳۸۳	خوشه‌ای
اکبرپور (۳۱)	۱۴۰۰	مطالعات زنان	کرمان	زنان	۳۸۴	سهمیه‌ای
البرزی (۳۲)	۱۴۰۰	جامعه‌شناسی	شیراز	زنان	۴۰۰	طبقه‌ای چندمرحله‌ای
البرزی (۳۳)	۱۴۰۱	جامعه‌شناسی	شیراز	جوانان	۱۰۶۵	طبقه‌ای چندمرحله‌ای

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]

جدول ۲. آماره‌های پایه برای مطالعات تحت بررسی

ردیف	پژوهشگر (سال انتشار)	اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	مقدار آزمون (Z-Value)	سطح معناداری (P-Value)
۱	علیزاده اقدم (۱۳۸۸)	۰/۲۷۱	۰/۲۰۳	۰/۳۳۶	۷/۶۰۷	۰/۰۰۰
۲	قاسمی پاکرو (۱۳۹۱)	۰/۲۰۳	۰/۱۲۵	۰/۲۷۸	۵/۰۵۵	۰/۰۰۰
۳	سلطانی (۱۳۹۱)	۰/۱۲۰	۰/۰۰۷	۰/۲۳۰	۲/۰۷۸	۰/۰۳۸
۴	عباس‌زاده (۱۳۹۱)	۰/۱۷۰	۰/۱۰۰	۰/۲۳۹	۴/۶۹۸	۰/۰۰۰
۵	زارع (۱۳۹۲)	۰/۰۱۵	-۰/۰۹۸	۰/۱۲۸	۰/۲۵۹	۰/۷۹۶
۶	خاتمی سروی (۱۳۹۳)	۰/۳۵۸	۰/۲۸۷	۰/۴۲۵	۹/۳۰۵	۰/۰۰۰
۷	دارایی‌زاده (۱۳۹۳)	۰/۱۱۵	۰/۰۱۷	۰/۲۱۱	۲/۳۰۲	۰/۰۲۱
۸	حسن‌زاده (۱۳۹۳)	۰/۳۷۱	۰/۲۷۲	۰/۴۶۲	۶/۹۰۳	۰/۰۰۰
۹	عباس‌زاده (۱۳۹۳)	۰/۴۱۴	۰/۳۳۷	۰/۴۸۵	۹/۶۷۹	۰/۰۰۰
۱۰	کوچانی (۱۳۹۴)	۰/۴۳۳	۰/۳۴۹	۰/۵۱۰	۹/۱۳۲	۰/۰۰۰
۱۱	میرخانی (۱۳۹۴)	۰/۳۹۰	۰/۲۹۳	۰/۴۷۹	۷/۳۴۳	۰/۰۰۰
۱۲	کرمی (۱۳۹۴)	۰/۱۳۳	۰/۰۶۴	۰/۲۰۰	۳/۷۷۷	۰/۰۰۰
۱۳	انتشاری (۱۳۹۵)	۰/۰۳۴	-۰/۰۶۵	۰/۱۳۲	۰/۶۷۶	۰/۴۹۹
۱۴	احمدی (۱۳۹۵)	۰/۳۷۳	۰/۲۷۳	۰/۴۶۵	۶/۸۶۷	۰/۰۰۰
۱۵	پارسامهر (۱۳۹۶)	۰/۳۶۸	۰/۲۸۸	۰/۴۴۳	۸/۴۷۷	۰/۰۰۰
۱۶	سرحدی (۱۳۹۸)	۰/۶۰۹	۰/۵۵۶	۰/۶۵۷	۱۷/۲۸۳	۰/۰۰۰
۱۷	فتاحی (۱۳۹۸)	۰/۳۰۳	۰/۲۲۸	۰/۳۷۴	۷/۶۴۳	۰/۰۰۰
۱۸	زارع (۱۳۹۹)	۰/۴۳۲	۰/۳۴۷	۰/۵۱۰	۹/۰۲۵	۰/۰۰۰
۱۹	یعقوبی (۱۴۰۰)	۰/۶۰۴	۰/۵۳۸	۰/۶۶۳	۱۳/۹۳۶	۰/۰۰۰
۲۰	دامنی (۱۴۰۰)	۰/۳۸۰	۰/۲۹۱	۰/۴۶۳	۷/۷۹۹	۰/۰۰۰
۲۱	اکبرپور (۱۴۰۰)	۰/۳۶۰	۰/۲۷۰	۰/۴۴۴	۷/۳۵۷	۰/۰۰۰
۲۲	البرزی (۱۴۰۰)	۰/۵۷۵	۰/۵۰۵	۰/۶۳۷	۱۳/۰۵۰	۰/۰۰۰
۲۳	البرزی (۱۴۰۱)	۰/۳۳۴	۰/۲۸۰	۰/۳۸۶	۱۱/۳۱۹	۰/۰۰۰
	اثرات ترکیبی ثابت	۰/۳۲۵	۰/۳۰۸	۰/۳۴۱	۳۵/۹۶۸	۰/۰۰۰
	اثرات ترکیبی تصادفی	۰/۳۳۰	۰/۲۶۲	۰/۳۹۶	۸/۹۱۱	۰/۰۰۰



شکل ۱. نمودار قیفی اندازه اثر مطالعات در برابر خطای استاندارد

جدول ۳. نتایج همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار

Tau	Z-Value	P-value
۰/۰۶۳	۰/۴۲۲	۰/۶۷۲

آزمون بگ و مزومدار، همبستگی رتبه‌ای (تائو کندال) بین اندازه اثر استاندارد و واریانس این اثرات را نمایان می‌سازد. در این آزمون، مقدار صفر به معنای نبود رابطه بین اندازه اثر و دقت است و انحراف از صفر،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]
[DOI: 0.22034/8.4.367]

حکایت از وجود رابطه دارد. مطابق با یافته‌های جدول ۳، مقدار تائو کندال برابر با ۰/۰۶۳ بوده و با توجه به میزان معناداری آن (۰/۶۷۲)، فرض صفر مبنی بر عدم سوگیری انتشار تأیید می‌گردد.

به منظور بررسی فرضیه همگنی مطالعات، از آزمون Q استفاده شده است (جدول ۴). با توجه به نتایج حاصل از آزمون (Q = ۳۶۶/۵۳۳ ، P < ۰/۰۱)، می‌توان بیان نمود که با اطمینان ۹۹ درصد، فرض صفر مبنی بر همگنی مطالعات رد و فرض ناهمگنی میان تحقیقات تأیید می‌شود. به بیان دیگر، معنادار بودن شاخص Q نشان از وجود ناهمگنی در اندازه اثر مطالعات اولیه دارد. نتایج حاصل از مجذور I نیز مؤید این مطلب است که ۹۳ درصد از تغییرات کل مطالعات به ناهمگنی آن‌ها مربوط است؛ بنابراین ضرورت دارد تا ترکیب نتایج آن‌ها با مدل آثار تصادفی صورت گیرد.

مطابق با سطر پایانی جدول ۲، میانگین اثرات ترکیبی تصادفی سرمایه فرهنگی بر رفتارهای سلامت‌محور در نمونه مورد پژوهش معادل ۰/۳۳۰ است. از آنجا که اندازه برآورد شده در محدوده اطمینان قرار دارد، بنابراین رابطه سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور تأیید می‌شود. همچنین، برآورد نقطه‌ای به دست آمده (۰/۳۳۰) بر مبنای معیار کوهن، حاکی از اندازه اثر در سطح متوسط قرار دارد.

بخش پایانی یافته‌های فراتحلیل، سعی در مشخص ساختن منشأ ناهمگنی در میان مطالعات دارد. همچنان که اشاره شد، مبتنی بر نتایج آزمون Q، رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور به لحاظ ویژگی‌های مطالعات، متفاوت و ناهمگن است. در این شرایط باید از متغیرهای تعدیل‌گر جهت مشخص ساختن عامل یا عوامل این تفاوت‌ها بهره گرفت. بدین منظور، متغیر سال انتشار تحقیقات به عنوان یک متغیر تعدیل‌گر کمی مورد بررسی قرار گرفته است.

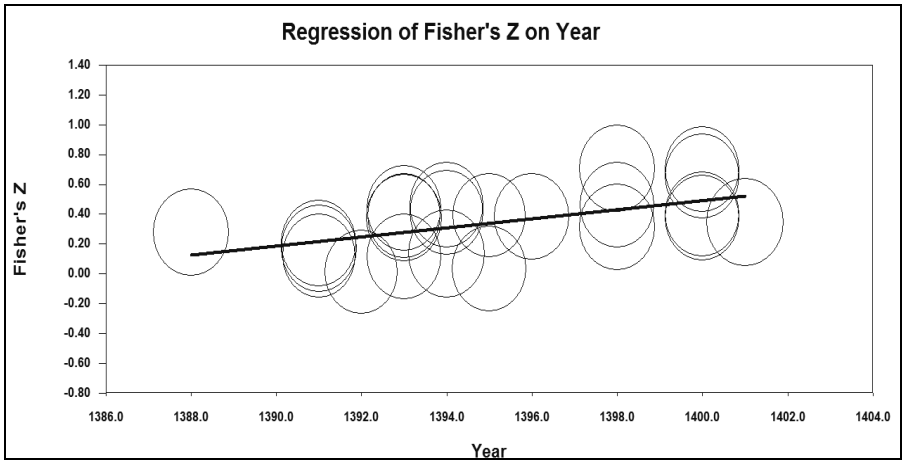
به منظور تحلیل الگوی فرارگرسیون (شکل ۲)، از آزمون Q استفاده شده است. با توجه به نتایج حاصل از آزمون (Q = ۲۶۲/۸۳ ، P < ۰/۰۱)، می‌توان بیان کرد که با اطمینان ۹۹ درصد، متغیر سال انتشار مطالعات به عنوان یک تعدیل‌کننده در رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون Q

I^2	P-Value	df	Q-Value
۹۳/۹۹۸	۰/۰۰۰	۲۲	۳۶۶/۵۲۳

سلامت‌محور به شمار می‌رود. این میزان، در مقایسه با آزمون Q در شرایطی که متغیر تعدیل‌گر سال انتشار در نظر گرفته نشده بود (۳۶۶/۵۳۳)، به طور چشمگیری کاهش یافته است. به این معنا که متغیر سال انتشار قادر است به میزان ۱۰۳/۷۰۳ واحد از ناهمگنی میان مطالعات کاهش داده و ترکیب نتایج را به اندازه اثرات ثابت نزدیک نماید. در ادامه، متغیرهای دوره زمانی انتشار، موقعیت جغرافیایی، جامعه آماری، شیوه نمونه‌گیری و متغیرهای زمینه‌ای جنسیت و سن پاسخگویان به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر کیفی مورد توجه قرار گرفته‌اند. از آن‌جا که متغیرهای مذکور از نوع کیفی هستند، تفسیر نقش آن‌ها در ناهمگنی بین پژوهش‌ها، توسط اندازه اثر ترکیبی در مدل اثرات تصادفی صورت می‌گیرد (جدول ۵)

بر مبنای نتایج حاصل از نقش متغیرهای تعدیل‌گر کیفی (جدول ۵)، با وجود اینکه بیشترین میزان اندازه اثر به تحقیقاتی اختصاص داشته که در فاصله سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ انجام شده‌اند، اما اندازه اثر ترکیبی در بازه زمانی ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۱ در سطح بالاتری (۰/۴۵۸) قرار داشته است. از نظر موقعیت جغرافیایی، اگرچه بیشترین تعداد اندازه اثر به منطقه مرکزی کشور تعلق داشته؛ اما منطقه جنوب کشور (با تنها سه پژوهش) بالاترین میزان اندازه اثر (۰/۴۵۱) را دارا بوده است. به لحاظ جامعه آماری، اکثر تحقیقات (۷ پژوهش) به بررسی رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور در میان شهروندان پرداخته‌اند، اما بیشترین میزان اندازه اثر ترکیبی به گروه زنان (۰/۴۲۶) اختصاص داشته است. با وجود آن‌که بیشترین شیوه نمونه‌گیری مورد استفاده به شیوه خوشه‌ای (۱۱ پژوهش) مربوط بوده، اما بالاترین میزان اندازه اثر ترکیبی به شیوه طبقه‌ای (۰/۴۰۴) تعلق داشته است. همچنین بالاترین اندازه اثر ترکیبی دو متغیر زمینه‌ای جنس و سن، به ترتیب در گروه زنان (۰/۴۱۸) و طبقه سنی ۳۰ تا ۴۹ سال (۰/۳۹۰) جای گرفته است.



شکل ۲. رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور برحسب متغیر تعدیل‌گر سال انتشار

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]

جدول ۵. اندازه‌های اثر ترکیبی به تفکیک متغیرهای تعدیل‌گر

متغیرها	مؤلفه‌ها	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر ترکیبی	Z-Value	P-Value
دوره زمانی انتشار	۹۳-۸۸	۵	۰/۱۶۵	۴/۱۰۵	۰/۰۰۰
	۹۸-۹۴	۱۰	۰/۳۰۳	۶/۲۵۹	۰/۰۰۰
	۰۱-۹۹	۸	۰/۴۵۸	۸/۱۷۳	۰/۰۰۰
	کل	۲۳	۰/۲۷۵	۱۰/۰۹۸	۰/۰۰۰
موقعیت جغرافیایی	جنوب	۳	۰/۴۵۱	۵/۲۱۸	۰/۰۰۰
	شرق	۴	۰/۴۵۰	۶/۵۰۷	۰/۰۰۰
	غرب	۴	۰/۳۲۵	۲/۲۴۹	۰/۰۲۵
	شمال	۴	۰/۳۰۶	۵/۱۷۲	۰/۰۰۰
	مرکز	۸	۰/۲۳۱	۴/۴۱۲	۰/۰۰۰
	کل	۲۳	۰/۳۲۷	۱۰/۵۱۵	۰/۰۰۰
جامعه آماری	زنان	۵	۰/۴۲۶	۸/۵۸۰	۰/۰۰۰
	شهروندان	۷	۰/۳۹۲	۴/۹۳۳	۰/۰۰۰
	دانشجویان	۴	۰/۳۲۵	۴/۲۳۷	۰/۰۰۰
	جوانان	۳	۰/۲۵۷	۴/۰۴۵	۰/۰۰۰
	سالمندان	۴	۰/۱۴۴	۱/۵۸۵	۰/۱۱۳
	کل	۲۳	۰/۳۳۶	۱۱/۱۱۲	۰/۰۰۰
شیوه نمونه‌گیری	طبقه‌ای	۱۰	۰/۴۰۴	۷/۷۹۵	۰/۰۰۰
	سهمیه‌ای	۱	۰/۳۶۰	۷/۳۵۷	۰/۰۰۰
	تصادفی	۱	۰/۲۷۱	۷/۶۰۷	۰/۰۰۰
	خوشه‌ای	۱۱	۰/۲۶۳	۵/۰۱۷	۰/۰۰۰
	کل	۲۳	۰/۳۱۴	۱۳/۸۰۷	۰/۰۰۰
جنسیت	زن	۶	۰/۴۱۸	۱۰/۰۶۷	۰/۰۰۰
	مرد و زن	۱۷	۰/۲۹۸	۶/۶۰۵	۰/۰۰۰
	کل	۲۳	۰/۳۶۳	۱۱/۸۴۶	۰/۰۰۰
سن	۱۵ تا ۲۹	۱۳	۰/۳۳۵	۹/۰۹۹	۰/۰۰۰
	۳۰ تا ۴۹	۷	۰/۳۹۰	۴/۶۵۷	۰/۰۰۰
	۵۰ تا ۶۹	۳	۰/۱۵۲	۱/۲۰۳	۰/۲۲۹
	کل	۲۳	۰/۳۳۱	۱۰/۱۵۴	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

با رشد روزافزون بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، توجه به مطالعات تجربی با موضوع رفتارها و سبک زندگی سلامت‌محور اهمیت بسیاری یافته است. تحقیقات نشان داده‌اند که این نوع از رفتارها چه به عنوان متغیر میانی و چه در جایگاه متغیر وابسته، تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار دارند. بخشی از این عوامل، همان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت هستند که از گذشته همواره مورد بررسی بوده‌اند. اما بخشی دیگر به عوامل فرهنگی نظیر سرمایه فرهنگی در اختیار افراد مربوط می‌شود که در دو دهه اخیر مد نظر پژوهشگران در جهان و ایران قرار گرفته است. این پژوهش با بهره‌مندی از رویکرد نظری پی‌یر بوردیو و ویلیام کاکرهام و با هدف پاسخگویی به دو پرسش کلیدی انجام شده است: ۱. ضریب تأثیر یا اندازه اثر سرمایه فرهنگی بر رفتارهای سلامت‌محور بر مبنای مطالعات انجام شده در ایران به چه میزانی است؟ و ۲. در این میان، کدام متغیرهای تعدیل‌گر نقش‌آفرینی می‌کنند؟

از میان مطالعاتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم، در ارتباط با بحث رابطه سرمایه فرهنگی با رفتارهای سلامت‌محور (و سبک زندگی سلامت‌محور) بوده‌اند، تعداد ۲۳ تحقیق با توجه به معیارهای ورودی حائز شرایط لازم شناخته شدند. بررسی نخستین مفروضه فراتحلیل نشان داد که فرض ناهمگنی اندازه اثر پژوهش‌ها مورد تأیید بوده و در نتیجه رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور از منظر ویژگی‌ها، شرایط و مختصات مطالعات، از تفاوت و تنوع بسیاری برخوردار است و بنابراین ضرورت دارد تا از مدل اثرات تصادفی در انجام محاسبات استنباطی فراتحلیل استفاده شود. یافته‌های حاصل از ارزیابی مفروضه دوم یا خطای انتشار مطالعات نیز نشان داد که فرض صفر مبنی بر عدم خطا یا سوگیری انتشار تأیید می‌شود.

نتایج برآمده از بخش استنباطی فراتحلیل حاضر نیز حاکی از این امر بودند که میانگین اندازه اثر ترکیبی سرمایه فرهنگی بر رفتارهای سلامت‌محور برابر با ۰/۳۳۰ بوده که بر اساس معیار کوهن در سطح

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]

متوسط قرار دارد. این میزان بیان‌گر کیفیت ارتباط بین دو متغیر اصلی در تحقیقات به صورت ترکیبی است. به طوری که اندازه اثر در مطالعات خاتمی سروی (۱۳۹۳)، حسن‌زاده (۱۳۹۳)، عباس‌زاده (۱۳۹۳)، کوچانی (۱۳۹۴)، میرخانی (۱۳۹۴)، احمدی (۱۳۹۵)، پارسامهر (۱۳۹۶)، سرحدی (۱۳۹۸)، زارع (۱۳۹۹)، یعقوبی (۱۴۰۰)، دامنی (۱۴۰۰)، اکبرپور (۱۴۰۰)، البرزی (۱۴۰۰) و البرزی (۱۴۰۱) بالاتر از میانگین اندازه‌های اثر ترکیبی قرار داشته و در پژوهش‌های علیزاده اقدم (۱۳۸۸)، قاسمی پاکرو (۱۳۹۱)، سلطانی (۱۳۹۱)، عباس‌زاده (۱۳۹۱)، دارایی‌زاده (۱۳۹۳)، کرمی (۱۳۹۴) و فتاحی (۱۳۹۸) اندازه اثر کمتر از حد میانگین گزارش شده است. در این میان، نتایج دو تحقیق زارع (۱۳۹۲) و انتشاری (۱۳۹۵) معنادار نبوده که بررسی آن خود از دلایل انجام این فراتحلیل ذکر شده است. در مجموع، بزرگ‌ترین اندازه اثر به تحقیق سرحدی (۱۳۹۸) با ۰/۶۰۹ و کوچک‌ترین اندازه اثر معنادار به مطالعه دارایی‌زاده (۱۳۹۳) با ۰/۱۱۵ تعلق داشته است.

از آن‌جا که ناهمگنی میان مطالعات منتخب در فراتحلیل مورد تأیید قرار گرفت، در گام بعد، به بررسی منبع این ناهمگنی و تفاوت از طریق متغیرهای تعدیل‌گر پرداخته شد. نتایج این بخش نیز نشان داد که یک متغیر کمی (سال انتشار) و شش متغیر کیفی (دوره زمانی انتشار، موقعیت جغرافیایی، جامعه آماری، شیوه نمونه‌گیری، جنسیت و سن پاسخگویان)، نقشی تعدیل‌کننده در ارتباط بین دو متغیر اصلی ایفا می‌کنند.

نتایج بررسی سال انتشار پژوهش‌ها، نشان می‌دهد که این متغیر توان تعدیل‌گری اندازه اثر رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور را داراست. به طوری که پس از ورود عامل سال انتشار، به میزان قابل توجهی از مقدار Q کاسته شده است. همچنین، دقت در روند زمانی انجام مطالعات نشان می‌دهد که با گذشت زمان، بر تعداد تحقیقات در این حوزه افزوده شده و از سوی دیگر، به طور متوسط سطح اندازه اثر در پژوهش‌ها افزایش داشته است. اگرچه این متغیر به صورت کمی در نظر گرفته شده؛ اما به منظور بررسی دوره‌های زمانی مختلف سعی شده تا متغیر سال انتشار به صورت کیفی و دسته‌بندی شده و با عنوان «دوره زمانی انتشار» در نظر گرفته شود. با ایجاد این متغیر، یافته‌های به دست آمده نشان دادند که اگرچه بیشترین تعداد مطالعات در فاصله سال‌های ۹۳ تا ۹۷ منتشر گردیده‌اند، اما تحقیقات انجام شده در سال‌های پس از آن، اندازه اثر قوی‌تری را گزارش کرده‌اند. دلیل این امر را می‌توان با شیوع کووید-۱۹ مرتبط دانست. به طوری که اهمیت عامل سرمایه فرهنگی چه به صورت مستقیم و چه به طور غیر مستقیم و از طریق متغیر سواد سلامت در پایبندی به شیوه‌نامه‌های بهداشتی و رفتارهای مبتنی بر پیشگیری و عدم سرایت بیماری بیش از پیش نمایان شد.

دومین متغیر تعدیل‌گر، موقعیت جغرافیایی انجام پژوهش‌ها بوده است. یافته‌ها بیان‌گر این بودند که اندازه اثر سرمایه فرهنگی بر رفتارهای سلامت‌محور در سه تحقیقی که در منطقه جنوب کشور (به ویژه شهرهای شیراز و کرمان) انجام شده‌اند، به طور معناداری بزرگتر از سایر مناطق بوده‌اند (۰/۴۵۱). کمترین اندازه اثر به منطقه مرکزی کشور (تهران، البرز، اصفهان و یزد) با هشت تحقیق تعلق داشته است (۰/۲۳۱). این یافته بیان می‌دارد که جدا از در نظر گرفتن سایر عوامل، موقعیت جغرافیایی می‌تواند به عنوان یک تعدیل‌گر قوی ظاهر شود.

اهمیت توجه به متغیر موقعیت جغرافیایی تحقیقات پیشین، در چارچوب تنوع قومیتی جامعه ایرانی معنا می‌یابد. اگرچه در تمامی تحقیقات به متغیر قومیت پاسخگویان اشاره نشده تا بتوان این متغیر را نیز به عنوان یکی دیگر از تعدیل‌کننده‌های این فراتحلیل در نظر گرفت، اما به طور ضمنی می‌توان تأیید متغیر موقعیت جغرافیایی را به منزله پذیرش عامل قومیت در رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور به شمار آورد. نکته دیگر، تراکم قومیت‌ها (آذری، کرد، لر و عرب) در منطقه غرب و شمال‌غرب کشور است. این امر می‌تواند به طور خاص به پیشنهاد موضوع پژوهشی جداگانه‌ای درباره رابطه بین قومیت و پایبندی به رفتارهای سلامت‌محور در منطقه غرب و مال‌غرب کشور بیانجامد.

جامعه آماری مورد بررسی مطالعات را نیز می‌توان به عنوان یک متغیر تعدیل‌گر در نظر گرفت. به طور کلی انواع گروه‌های جامعه آماری عبارت‌اند از زنان، شهروندان، دانشجویان، جوانان و سالمندان. نتایج بررسی مقایسه‌ای این گروه‌ها بیان‌گر آن است که با وجود آنکه تنها پنج پژوهش به موضوع رفتارهای سلامت‌محور در میان گروه زنان پرداخته‌اند، اما بیشترین اندازه اثر ترکیبی در رابطه بین دو متغیر اصلی را از آن خود کرده‌اند (۰/۴۲۶). اگرچه می‌توان تمامی جوامع آماری مطالعات پیشین را در گروه شهروندان جای داد، اما ویژگی خاص هریک از این اقشار و گروه‌ها است که در اینجا مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال انتظار می‌رود دانشجویان و جوانان به سبب میزان تحصیلات و برخورداری از سرمایه فرهنگی بالاتر، پایبندی بیشتری نسبت به رفتارهای مرتبط با حفظ و ارتقاء سلامت داشته باشند.

چهارمین متغیر، شیوه‌های نمونه‌گیری گوناگون و متنوع مورد استفاده در تحقیقات پیشین است. مبنای در نظر گرفتن این متغیر، آن بوده که حتی یک آیتم روشی نظیر نوع نمونه‌گیری نیز می‌تواند به عنوان یکی از منابع ناهمگنی مطالعات با یکدیگر عمل کند. یافته‌ها حاکی از آن است که شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای چه به لحاظ تعداد مطالعات (۱۰ مورد) و چه میزان اندازه اثر ترکیبی (۰/۴۰۴)، در صدر سایر شیوه‌ها قرار گرفته است. این نکته نشان می‌دهد که توجه به یک شیوه نمونه‌گیری احتمالی و نیز در نظر گرفتن طبقات و قشرهای اجتماعی در سنجش رفتارهای سلامت‌محور همواره مورد توجه پژوهشگران قرار داشته است.

دو متغیر زمینه‌ای جنس و سن نیز می‌توانند به عنوان منشأ ناهمگنی مطالعات به شمار آیند. نتایج گویای آن است که شش تحقیق با تمرکز بر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]

پاسخگویان زن توانسته‌اند اندازه اثر بزرگتری (۰/۴۱۸) نسبت به سایر تحقیقات داشته باشند. به این معنا که رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور در میان زنان قوی‌تر از زمانی است که هر دو جنس در نظر گرفته می‌شوند. درنتیجه دقت بالاتر پژوهش‌ها در متغیر جنسیت، باعث می‌شود که آن‌ها از توان تبیین‌کنندگی بالاتری برخوردار باشند.

در نهایت، بررسی متغیر سن نشان داد که این متغیر نیز قادر است در نقش یک تعدیل‌گر ظاهر شده و یکی از منابع ناهمگنی بین مطالعات قلمداد شود. بر این اساس، پاسخگویان هفت مطالعه در سنین ۳۰ تا ۴۹ سال قرار داشته و بزرگترین اندازه اثر ترکیبی را به خود اختصاص داده‌اند (۰/۳۹۰). در حالی که سنین بالای پنجاه سال از کمترین اندازه اثر برخوردار بوده‌اند (۰/۱۵۲). در تبیین این امر می‌توان به ارتقاء سطح سرمایه فرهنگی به سبب افزایش سطح تحصیلات در گروه سنی ۳۰ تا ۴۹ سال اشاره نمود. به طوری که با بالا رفتن میزان سرمایه فرهنگی، می‌توان انتظار داشت که سطح آگاهی‌ها و سواد سلامت آن‌ها نیز ارتقاء یافته و در نهایت به پایبندی بیشتر آن‌ها نسبت به رفتارهای سلامت‌محور منجر شود.

در مجموع نتایج فراتحلیل حاضر، علاوه بر تأکید مجدد بر رویکرد نظری بوردیو و کاکرهام، یافته‌های حاصل از مطالعات مروری انجام شده در جهان (۴, ۵) مبنی بر وجود رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارهای سلامت‌محور را مورد تأیید قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، اگرچه رابطه بین این دو متغیر در دو مورد از تحقیقات تأیید نشده، اما ترکیب نتایج مطالعات حاکی از تأیید مباحث نظری و نقش سرمایه فرهنگی در رفتارهای سلامت‌محور است. در بخش تحلیل تعدیل‌گری نیز با شناسایی یک متغیر کمی و شش متغیر کیفی، به تبیین منبع ومنشأ ناهمگنی در میان تحقیقات فارسی‌زبان می‌پردازد. موضوعی که تا پیش از این و با تمرکز بر رابطه بین این دو متغیر انجام نشده بود. از این رو، پیشنهاد می‌شود تا مطالعات آینده با تمرکز و دقت بالاتری به بررسی تجربی رابطه هرکدام از ابعاد (تجسمی، عینی و نهادی) سرمایه فرهنگی با رفتارها و سبک زندگی سلامت‌محور بپردازند. همچنین، بهره‌مندی از متغیرهای واسطی نظیر سواد سلامت و سواد سلامت الکترونیک می‌تواند به تبیین تغییرات رفتارهای سلامت‌محور یاری رساند. به‌علاوه، توجه به موقعیت جغرافیایی، زمینه اجتماعی و فرهنگی جامعه آماری مد نظر، انتخاب شیوه نمونه‌گیری متناسب با گروه پاسخگویان و تمرکز بر جنسیت و سن پاسخگویان در پژوهش‌های آینده از اهمیت بسیاری برخوردار است. برای مثال مقایسه جوامع آماری شهری و روستایی (به‌ویژه در استان‌هایی که تاکنون کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند) و با تمرکز بر جوانان و دانشجویان که از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردارند، می‌تواند مسیر جدیدی را برای مطالعات آینده ترسیم نماید.

به لحاظ اجرایی نیز ضرورت دارد تا نهادهای مرتبط با سلامت، با استفاده از فضای همکاری‌های بین‌سازمانی، تمرکز بیشتری بر افزایش سطح سرمایه فرهنگی مرتبط با حفظ و ارتقاء سلامت شهروندان (همچون ارتقاء مهارت‌های فرهنگی و دسترسی به امکانات و کالاهای فرهنگی) داشته باشند.

محدودیت‌ها: با وجود اینکه پژوهش‌های متعددی با موضوع رابطه بین سرمایه فرهنگی و رفتارها و سبک زندگی سلامت‌محور صورت گرفته، اما با توجه به تکرار یافته‌های تحقیقات پیشین، محدودیت‌های زمانی، پراکنش جغرافیایی، تکثر جامعه آماری، تنوع شیوه‌های نمونه‌گیری، جنسیت و سن نمی‌توانند آیینه تمام‌نمایی از موضوع تحت بررسی خود به شمار روند.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در انجام پژوهش و انتشار مقاله حاصل از آن وجود ندارد.

منابع

1. Conner M, Norman P. Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models. 3 ed. Maidenhead: Open University Press; 2015.
2. Cockerham WC. Medical sociology. Fourteenth edition ed. New York, NY: Routledge New York, NY; 2017.
3. Bourdieu P. The Forms of Capital. In: Richardson JG, editor. Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education New York: Greenwood Press; 1986.
4. Kamphuis CB, Jansen T, Mackenbach JP, van Lenthe FJ. Bourdieu's Cultural Capital in Relation to Food Choices: A Systematic Review of Cultural Capital Indicators and an Empirical Proof of Concept. PloS one 2015; 10(8): e0130695.
5. Hashemi N, Sebar B, Harris N. The relationship between cultural capital and lifestyle health behaviours in young people: a systematic review. Public health 2018; 164: 57-67.
6. Brunet J, Wurz A, Nader PA, Bélanger M. A systematic review summarizing the effect of health care provider-delivered physical activity interventions on physical activity behaviour in cancer survivors. Patient education and counseling 2020; 103(7): 1287-301.
7. Ghisi GL, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change? Patient education and counseling 2014; 95(2): 160-74.
8. Karki A, Vandelanotte C, Khalesi S, Dahal P, Rawal LB. The effect of health behavior interventions to manage Type 2 diabetes on the quality of life in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. PloS one 2023; 18(10): e0293028.
9. Alizadeh aghdam MB. The Study of Citizen Health Lifestyle: Hopes and Hesitation. Isfahan: University of Isfahan; 2009.
10. Zare B, Kavehfirouz Z, Soltani MR. Capital-related Determinants of the Elderly's Life Style in the City of Tehran. Journal of Population Association of Iran 2014; 8(16): 117-38.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]

11. Enteshari M. Investigating the relation between types of Capital and Health-oriented Lifestyle of elderly in Isfahan. Tehran: University of Khrazmi; 2016.
12. Vahedian M, Babeifar A, ganji m. Meta-analysis of studies of factors affecting health-oriented lifestyle in Iran (from 2006 to 2019). Feyz Medical Sciences Journal 2021; 25(2): 891-900.
13. Ellis P. The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results. Cambridge Cambridge University Press; 2010.
14. Ghasemipakrou M. Investigating socio-economic and cultural factors affecting lifestyle. Mazandaran: University of Mazandaran; 2012.
15. Soltani M. Social and capital determinants of health-oriented lifestyle of Tehrani elderly. Tehran: University of Khwarazmi; 2012.
16. Abbaszadeh M AaM, Badri Gargari R, Vedadhir A. Investigating the social and cultural factors influencing the self-care lifestyle of citizens. socio-cultural Development Studies 2012; 1(1): 119-41.
17. Khatami Sarvi K. A comparative study of health-oriented lifestyle in Yazd University student and Yazd Religious students. Yazd: University of Yazd; 2014.
18. Dararizadeh A. Sociological study of the effects of structural factors and capital on unhealthy lifestyle among the youth of Delfan city. Mazandaran: University of Mazandaran; 2014.
19. Hasanzadeh D, Alizadeh Aghdam Mb. Examination of the relationship between lifestyle (health-based) and cultural capital among students of Hadishahr Islamic Azad University. Sociological studies 2014; 24(7): 85-98.
20. Abasszadeh M, alizadeh aghdam MB, Rahimidehgolan N. The Measuring The effect of social structures on health behaviors among Citizens of the city of Urmia. Quarterly of Social Studies and Research in Iran 2014; 3(2): 239-60.
21. Kouchani M. Examining capital and behavioral determinants of health. Tehran: University of Tehran; 2015.
22. Mirkhani R. Demographic and Social Components of Health-Centered Lifestyle Among Iran Air's Retrirees. Tehran: University of Tehran; 2016.
23. karami k, rezadoust k, abdizadeh s, chebisheh f. Factors affected Health- oriented life style in students of Jundi Shapur University of Medical Sciences and Shahid Chamran University of Ahvaz. Quarterly Journal of Social Development (Previously Human Development) 2015; 10(1): 97-126.
24. ahmadi y, mohamadzadeh h, aliramaie s. Relationship between Types of Capital and Healthy Lifestyle in Sanandaj Women. Social Welfare 2016; 16(61): 107-39.
25. Parsamehr M, Mirzaeian Monfared H, Niknejad MR, Rasoulinejad P. The relationship between cultural capital and participation in physical activity among women in Yazd. Journal of Sport Management and Motor Behavior 2017; 13(25): 83-99.
26. Sarhadi S. Sociological Analysis of Health Lifestyle in the Social Space. Kashan: University of Kashan; 2019.
27. Fatahi H, Haghighatian M, Hashemianfar A. Investigating the socio-cultural factors associated with life style of youth in Isfahan. Journal of Iranian Social Development Studies 2020; 45(12): 159-72.
28. Zare B, Nikkhah M, Kavehfirouz Z. Investigating relationship between mother's cultural capital with healthy lifestyle of infants and children aged 0-4 years old in Mashhad. Sociological studies 2020; 48(13): 73-92.
29. Yaghoubisangani E. Investigating the effect of different types of capital on the quality of life of people aged 30 to 50 in Khaf city. Mashhad: University of Payame Noor; 2021.
30. Damani H. Study of Demographic, Social, Cultural and Economic factors affecting Women's Health-oriented Behavior 18-65. Zahedan: University of Sistan & Baluchestan; 2021.
31. Akbarpour M. Investigating the Relationship between Social and Cultural Capital and Health-Oriented Lifestyle among Women Aged 20 to 45 Years in Kerman. Kerman: Shahid Bahonar University of Kerman; 2021.
32. Alborzi S, Movahhed M, Mozafari R, Enayat H. Health-Oriented Lifestyle of Young Women & Associated Factors in Shiraz. Iranian Population Studies 2022; 7(1): 319-44.
33. Alborzi S, Movahhed M, Mozafari R. Healthy Behaviors with emphasize on Social and Cultural Capitals among the Youth in the City of Shiraz, Iran. Journal of Social Continuity and Change (JSCC) 2022; 1(1): 113-29

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]

Review

Meta-Analysis of Studies on the Relationship Between Cultural Capital and Health Behaviors in Iran

Amin Heydarian[1], Mohammad Ganjii[2*]

1. PhD student in Sociology, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran
2. ⁎**Corresponding author:** Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran, m.ganji@kashanu.ac.ir

Abstract

Background: The trend of previous studies in Iran indicates that in recent years, the focus on health behaviors and related factors has significantly increased. Among these factors, the key concept of cultural capital can be highlighted. The main objective of the present research is to estimate the effect size of the relationship between cultural capital and health behaviors among empirical studies conducted in Iran.

Methods: This study was conducted using a meta-analysis method. For this purpose, relevant keywords were searched in three databases: Irandoc, Magiran, and SID. To examine the assumption of publication bias, funnel plots and Begg and Mazumdar rank correlation tests were used.

Results: A search in the databases yielded 23 studies that met the inclusion criteria for the meta-analysis. The findings indicated that the combined effect size of cultural capital on health behaviors was 0.330, which is considered moderate according to Cohen's criteria. Additionally, based on moderator analysis, the quantitative variable of the year of publication and qualitative variables such as publication period, geographical location, statistical population, sampling method, gender, and age of respondents can be considered sources of heterogeneity in the research.

Conclusion: Based on the results of this meta-analysis, the variable of cultural capital can have a moderate impact on health behaviors. This impact is moderated by intervening variables, among the most important of which is the year of publication of the studies. This variable reflects the influence of changes in the social and cultural conditions of the studied community on the mentioned relationship.

Keywords: Culture, Health Behavior, Healthy Lifestyle, Meta-Analysis

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 0.22034/8.4.367]