



مقاله پژوهشی

مطالعه تأثیر سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای بر ارتقاء کیفیت زندگی^۱

فاطمه گلابی^۲، میر مجتبی حسینی مزرعه شادی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۰۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۰

چکیده

هدف از این پژوهش مطالعه تأثیر سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای بر ارتقاء کیفیت زندگی است. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌ها توصیفی - تبیینی و به لحاظ هدف، کاربردی است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلایه سکت قلبی بیمارستان شهید مدنی تبریز است که ۲۰۰ نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونه و به‌صورت تصادفی از حیطه زمان انتخاب‌شده و مورد پژوهش قرار گرفته‌اند. برای جمع‌آوری اطلاعات پژوهش از پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت زندگی، سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای استفاده شده است. پرسشنامه‌ها استاندارد بوده و روایی آن‌ها در بسیاری از پژوهش‌ها تأیید شده است. برای بررسی پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی تمام پرسشنامه‌ها بالاتر از ۰/۵۰ بوده و نشان‌دهنده همبستگی درونی گویه‌ها بوده است. نتایج آزمون پیرسون بین متغیرها نشان داد که بین متغیرهای سرمایه فرهنگی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری (۰/۴۰۳) وجود دارد. همچنین بین سواد تغذیه‌ای با کیفیت زندگی نیز رابطه مثبت و معنی‌داری (۰/۴۱۲) وجود دارد. در ابعاد سرمایه فرهنگی، بعد سلامت محیطی کیفیت زندگی بیشترین ارتباط را با سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای داشته است و در مرتبه‌های بعدی، سلامت روان، سلامت عمومی و سلامت جسمی قرار می‌گیرد. در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که سلامت محیطی یکی از ابعاد مهم در کیفیت زندگی افراد بوده و افزایش سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای می‌تواند بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی افراد ایجاد کند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت عمومی، سرمایه فرهنگی، سواد تغذیه‌ای، بوردیو.

طبقه‌بندی موضوعی: I14, I18, I19, I19

۱. کد مقاله: 10.22051/IJOSED.2024.46044.1033

۲. استاد، گروه علوم اجتماعی، عضو مؤسس قطب علمی جامعه‌شناسی سلامت و مدیر گروه مطالعاتی مطالعات زنان و خانواده مؤسسه تحقیقات اجتماعی دانشگاه تبریز، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول. Email: f.golabi@tabrizu.ac.ir

۳. کارشناسی ارشد، گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. Email: mojjions@gmail.com

مقدمه

کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی است که سلامت جسمانی، وضعیت روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی و ارتباط آن‌ها با ویژگی‌های بارز محیط خود را در برمی‌گیرد. کیفیت زندگی ضروری است زیرا فراتر از فقدان بیماری یا ناتوانی است و شامل رفاه و شادی کلی است. و بر ظرفیت فرد برای داشتن یک زندگی کامل و معنی‌دار بر بهره‌وری، تعاملات اجتماعی و رضایت کلی فرد از زندگی تأثیر می‌گذارد. با اولویت دادن به کیفیت زندگی، جوامع می‌توانند جمعیت‌های سالم‌تر، شادتر و انعطاف‌پذیرتر را ارتقا دهند. در نتیجه، کیفیت زندگی معیار جامعی از رفاه است که شامل سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، ثبات اقتصادی و محیط حمایتی می‌شود. اهمیت آن در توانایی آن در ارائه درک کامل‌تر از معنای خوب زیستن، هدایت سیاست‌ها و مداخلات باهدف بهبود شادی و رضایت کلی افراد و جوامع است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و ذهنی است که تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و محیطی است (ناکوا^۱، ۲۰۲۳). کیفیت زندگی شامل بهزیستی ذهنی، سلامتی، آموزش، شغل، روابط اجتماعی و باورهای شخصی است که منعکس‌کننده رضایت کلی فرد از شرایط زندگی خود است. این مفهوم پویا، وابسته به فرهنگ و در طول زمان تکامل می‌یابد و لازم است در ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی در بافت‌ها و جوامع مختلف، ابعاد و دیدگاه‌های متفاوتی در نظر گرفته شود. درک و بهبود کیفیت زندگی مستلزم رویکردی جامع است که هم شاخص‌های عینی و هم ادراکات ذهنی را در نظر گیرد و پیچیدگی و به هم پیوستگی عواملی را که به رفاه کلی کمک می‌کنند، برجسته کند (هونگ^۲، ۲۰۲۳). کیفیت زندگی مفهومی حیاتی با پتانسیل اکتشافی بالا است که بر زمینه‌های مختلف مانند توسعه اجتماعی، سیاست، اشتغال و روابط بین‌الملل تأثیر می‌گذارد. درک و بهبود کیفیت زندگی می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری بهتر، تخصیص منابع و استراتژی‌های توسعه اجتماعی شود و در نهایت رفاه کلی جامعه را افزایش دهد (ناکوا^۳، ۲۰۲۳). کیفیت زندگی جنبه‌های مختلفی مانند کار، عشق، روابط اجتماعی و معنویت را در برمی‌گیرد. افراد این ابعاد را متفاوت درک کرده و اولویت‌بندی می‌کنند. مفهوم کیفیت زندگی ایستا نیست بلکه بر اساس تجربیات، شرایط و رشد شخصی تغییر می‌کند. ارزیابی کیفیت زندگی از نظر فرهنگی محدود است، به این معنی که استانداردها و ارزش‌هایی که کیفیت زندگی خوب را تعریف می‌کنند، می‌توانند در جوامع مختلف متفاوت باشند. هنجارها و انتظارات فرهنگی نقش مهمی در شکل دادن به درک افراد از رفاه و رضایت دارند (لولاس^۴، ۲۰۲۳).

در طول دهه اول قرن حاضر این درک برای متخصصین کیفیت زندگی حاصل شد که به‌راستی کیفیت زندگی فراتر از فرد و احساسات اوست و درواقع یک مفهوم ترکیبی است که ابعاد مختلفی را شامل می‌شود.

1. Nakova
2. Hong
3. Nakova
4. Lolass



در این دهه کیفیت زندگی به حد بالایی گسترش یافت و حوزه‌های مختلفی از علم را در بر گرفت و تنها محدود به قلمروهای خاص نشد (غفاری و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱۲).

محققان در زمینه‌های مختلف مانند جامعه‌شناسی، روانشناسی، آموزش و پزشکی بر اهمیت مطالعه کیفیت زندگی برای درک بهزیستی افراد تأکید دارند (موسی محمد، ۲۰۲۳). علاوه بر این، مفهوم کیفیت زندگی در پژوهش‌ها سلامت روان نیز ضروری است (ریاباکان و همکار، ۲۰۲۳). مطالعه پویایی‌ها و دگرگونی‌ها در کیفیت زندگی جوامع اجتماعی، بینش‌هایی را در مورد توسعه اجتماعی، سیاست و روابط بین‌الملل ارائه می‌دهد و پیامدهای گسترده‌تر پژوهش‌ها کیفیت زندگی را برجسته می‌کند (سواک و همکار، ۲۰۲۳).

با مطالعه کیفیت زندگی، افراد می‌توانند برای امید به زندگی بهتر و طولانی‌تر برای همه برنامه‌ریزی کنند و بر ارتقای زندگی در همه جنبه‌ها تمرکز کنند. درک کیفیت زندگی برای توسعه اجتماعی ضروری است، زیرا به مسائلی مانند امنیت انسانی، سلامت، آموزش و بهره‌وری کمک می‌کند و به رفاه کلی جامعه کمک می‌کند (شیخی، ۱۳۹۴). برای دستیابی به هریک از جنبه‌های کیفیت زندگی باید هزینه پرداخت کرد. این هزینه به عبارت دیگر، شامل سرمایه‌گذاری است. از مفهوم‌سازی بورديو درباره سرمایه می‌توان گفت سرمایه یک دارایی است که می‌توان برای دستیابی به منابع مطلوب بهره برد و مجدداً آن را سرمایه‌گذاری کرد تا دوباره افزایش یابد. یکی از اشکال مهم سرمایه از دید بورديو، سرمایه فرهنگی است که به صورت‌های آگاهی، مهارت، آموزش و به‌طور کلی هر امتیازیتعریف می‌شود که به شخص منزلت بالایی در جامعه می‌دهد و دربرگیرنده انتظارات بالا است (فیلد، ۱۳۸۸: ۳۸-۲۸). متأسفانه در دهه‌های اخیر به تأثیر سرمایه فرهنگی بر ارتقاء کیفیت زندگی کم‌توجهی شده است و نقش مهم این نوع سرمایه به‌خوبی نمایش داده نشده است (آراچی و همکار، ۲۰۲۳). پرداختن به سرمایه فرهنگی برای ارتقای کیفیت زندگی بسیار مهم است زیرا دانش، مهارت، آموزش و مزایایی را که افراد از خانواده و جامعه به ارث می‌برند در برمی‌گیرد. این مفهوم که توسط پیر بورديو توسعه‌یافته است، بر تحرک اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و رفاه کلی تأثیر می‌گذارد. سرمایه فرهنگی بر نحوه تعامل افراد با آموزش، مراقبت‌های بهداشتی و منابع اجتماعی تأثیر می‌گذارد و فرصت‌های زندگی آن‌ها را شکل می‌دهد. به‌عنوان مثال، نشان داده شده است که دسترسی به فعالیت‌های فرهنگی باعث کاهش استرس، بهبود سلامت روان و تقویت انسجام جامعه می‌شود که برای کیفیت بالای زندگی ضروری است. جوامع غنی از منابع فرهنگی تمایل به بروز کمتر بیماری‌های مزمن و سطوح بالاتری از شادی و رضایت از زندگی دارند که بر اهمیت ادغام سرمایه فرهنگی در سیاست‌های عمومی و برنامه‌ریزی جامعه تأکید دارد. به‌طور کلی، تمرکز بر سرمایه فرهنگی نه تنها رفاه فردی را افزایش می‌دهد، بلکه جوامع

1. Mousa, Mohammed
2. Riabokon
3. Sevak
4. Arachchi

انعطاف‌پذیرتر و بانشاطتر را نیز ارتقا می‌دهد (تامسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). فرزندان خانواده‌هایی با سرمایه فرهنگی بالاتر به دلیل دسترسی بیشتر به منابع آموزشی، فعالیت‌های فوق برنامه و حمایت والدین، از نظر تحصیلی بهتر عمل می‌کنند. این موفقیت تحصیلی به فرصت‌های شغلی بهتر، درآمدهای بالاتر و تحرک اجتماعی بهبودیافته تبدیل می‌شود (یانگ^۲، ۲۰۲۳). افراد با سرمایه فرهنگی بالاتر اغلب بهتر در جامعه ادغام می‌شوند. آن‌ها دارای مهارت‌های اجتماعی و دانش فرهنگی هستند که مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و مشارکت مدنی را تسهیل می‌کند. این ادغام می‌تواند احساس تعلق و حمایت جامعه را که مؤلفه‌های حیاتی کیفیت زندگی هستند، افزایش دهد. افرادی که دارای سرمایه فرهنگی بالاتری هستند، تمایل بیشتری به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دارند، به مراقبت‌های بهداشتی بهتر دسترسی دارند و در محیط‌هایی زندگی می‌کنند که از یک سبک زندگی سالم حمایت می‌کند. این منجر به امید به زندگی طولانی‌تر و بهبود رفاه کلی می‌شود. سرمایه فرهنگی با فراهم کردن دسترسی به تجربیات فرهنگی متنوع مانند هنر، ادبیات و سفر، زندگی فرد را غنی می‌کند. این غنی‌سازی به رضایت شخصی و یک زندگی غنی‌تر و رضایت‌بخش کمک می‌کند. پژوهشی که در نشریه بین‌المللی پژوهش‌ها محیطی و بهداشت عمومی منتشر شده است، رابطه بین سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی را برجسته نموده و بیان می‌کند: «سرمایه فرهنگی با شکل‌دهی به رفتارهای بهداشتی و دسترسی به منابع به سلامت و رفاه افراد کمک می‌کند، بنابراین نقشی اساسی در کاهش نابرابری‌های سلامت و بهبود کیفیت کلی زندگی ایفا می‌کند». با پرداختن به سرمایه فرهنگی و سرمایه‌گذاری در آن، جوامع می‌توانند برابری را ترویج کنند، پتانسیل فردی را افزایش دهند و کیفیت زندگی جمعی را بهبود بخشند (ماتوس پترو و همکاران، ۲۰۲۰). پرداختن به سرمایه فرهنگی برای افزایش کیفیت زندگی بسیار مهم است، زیرا دارایی‌های اجتماعی غیرمالی را در برمی‌گیرد که تحرک اجتماعی و توسعه فردی را ارتقا می‌دهد. سرمایه فرهنگی، شامل آموزش، مهارت‌ها و آگاهی فرهنگی، مستقیماً بر انتخاب سبک زندگی و رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌های انجام‌شده در سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد سرمایه فرهنگی به‌طور مثبت بر رضایت از زندگی از طریق سبک‌های زندگی ارتقاءدهنده سلامت تأثیر می‌گذارد و به‌عنوان یک میانجی عمل می‌کنند. این رابطه بر اهمیت ادغام سرمایه فرهنگی در سیاست‌های اجتماعی برای بهبود رفاه کلی و کاهش نابرابری‌ها تأکید می‌کند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۸).

تغییر در سبک زندگی یکی از دستاوردهای مدرنیته بوده و جامعه به‌ویژه جامعه شهری به آن دچار شده است. این تغییر در کیفیت زندگی و سلامتی بسیار تأثیرگذار بوده و یکی از مواردی که دلالت بر تغییر سبک زندگی دارد، تغییر در شیوه تغذیه است. در ارتباط با مواد غذایی، سلامت از دو بعد برای مصرف‌کننده مواد غذایی مطرح می‌شود: خوردن غذاهای سالم و پرهیز از تغذیه ناسالم. پس می‌توان گفت نوع انتخاب و آگاهی از کیفیت غذایی توسط مصرف‌کننده، برای سلامت مهم است و افراد با توجه به ویژگی‌ها و شرایطی که دارند، یکی از این سبک‌ها را انتخاب می‌کنند (حبی و همکاران، ۱۳۹۸: ۳۹۵). به‌طور اعم سواد سلامت و به‌طور اخص سواد تغذیه‌ای

1. Thomson
2. Yang
3. Matos Pedro



یکی از موضوعات بسیار مهم در کیفیت زندگی است. سواد پایین در رابطه با سلامت و تغذیه می‌تواند هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در برداشته باشد؛ به‌طوری‌که در سال ۲۰۰۸ در آمریکا هزینه‌های سالیانه اقتصادی ناشی از آن ۳۶۶ میلیارد دلار برآورد گردید (فداییان و همکاران، ۱۳۹۶: ۵۰).

سواد تغذیه‌ای به‌طور مستقیم بر نتایج سلامتی تأثیر می‌گذارد. عدم درک در مورد تغذیه مناسب می‌تواند منجر به انتخاب‌های غذایی نامناسب شود که به‌نوبه خود می‌تواند به طیف وسیعی از مسائل بهداشتی مانند چاقی، دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و حتی برخی سرطان‌ها کمک کند. بهبود سواد تغذیه افراد را قادر می‌سازد تا انتخاب‌های غذایی سالم‌تری داشته باشند که منجر به نتایج سلامت بهتر و رفاه کلی می‌شود. بسیاری از بیماری‌های مزمن از طریق مداخلات سبک زندگی، ازجمله تغییر رژیم غذایی قابل‌پیشگیری هستند. آموزش افراد در مورد اهمیت رژیم غذایی متعادل، کنترل سهم و نقش مواد مغذی مختلف می‌تواند به جلوگیری از شروع این بیماری‌ها، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و بهبود طول عمر کمک کند (اسمیت^۱ و همکار، ۲۰۱۹). تغذیه مناسب برای پیری سالم ضروری است. سواد تغذیه‌ای می‌تواند به افراد مسن کمک کند تا نیازهای غذایی در حال تغییر خود را با افزایش سن درک کنند و اطمینان حاصل کند که آن‌ها دریافت کافی از مواد مغذی ضروری را حفظ می‌کنند و خطر ابتلا به بیماری‌های مرتبط با افزایش سن مانند پوکی استخوان و زوال شناختی را کاهش می‌دهند. سواد تغذیه‌ای می‌تواند به افراد کمک کند تا بفهمند چگونه برخی غذاها و مواد مغذی بر خلق‌وخو، عملکرد شناختی و بهزیستی ذهنی کلی تأثیر می‌گذارند. با انتخاب آگاهانه، افراد ممکن است خطر افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات سلامت روان را کاهش دهند. انتخاب‌های غذایی ضعیف نیز می‌تواند عواقب اقتصادی، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی داشته باشد. بیماری‌های مزمن مرتبط با رژیم‌های غذایی ناسالم بار قابل‌توجهی را بر سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و اقتصاد وارد می‌کند. با بهبود سواد تغذیه‌ای و ترویج عادات غذایی سالم‌تر، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را می‌توان کاهش داد و بهره‌وری و کیفیت زندگی را می‌توان بهبود بخشید (اسمیت و همکار، ۲۰۱۹). پرداختن به سواد تغذیه‌ای برای ترویج سبک زندگی سالم‌تر، پیشگیری از بیماری، بهبود رفاه روانی و تقویت پایداری محیطی ضروری است. با توانمندسازی افراد بآشنایی و مهارت برای انتخاب رژیم غذایی آگاهانه، می‌توان کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داد و جوامع سالم‌تری ایجاد کرد. کیفیت زندگی (QoL) یک مفهوم چند بعدی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله سرمایه فرهنگی، تحصیلات و تحرک اجتماعی است. سرمایه فرهنگی نقش مهمی در شکل‌دهی فرصت‌های آموزشی ایفا می‌کند که منجر به رشد فکری بالاتر، بهبود چشم‌انداز شغلی و افزایش رضایت از زندگی می‌شود (مونیکا^۲ و همکار، ۲۰۲۳). پیشرفت تحصیلی نه تنها درآمد را افزایش می‌دهد، بلکه مهارت‌های شناختی و توانایی‌های تفکر انتقادی را نیز افزایش می‌دهد و به رشد شخصی کمک می‌کند (شیخی، ۱۳۹۴). به‌طور کلی، سرمایه فرهنگی و دستاوردهای آموزشی عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی هستند که تحرک اجتماعی را تسهیل می‌کنند و رفاه کلی و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهند.

1. Smith
2. Monika

این توانایی برای حرکت در لایه‌های اجتماعی، ثبات اقتصادی و دسترسی به منابع را بهبود می‌بخشد و در نتیجه کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. افرادی که سرمایه فرهنگی بالاتری دارند، به احتمال بیشتری مشاغل با درآمد مناسب را تضمین می‌کنند و ثبات اقتصادی را حفظ می‌کنند که این یکی از مؤلفه‌های کلیدی کیفیت زندگی خوب است. افراد با سرمایه فرهنگی بالاتر اغلب دسترسی بهتری به اطلاعات و خدمات سلامت دارند. آن‌ها همچنین تمایل بیشتری به رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارند و سبک زندگی سالم‌تری دارند که منجر به سلامت جسمی و روانی بهتر می‌شود. سرمایه فرهنگی افراد را قادر می‌سازد تا در جامعه مشارکت بیشتری داشته باشند. کسانی که سرمایه فرهنگی بالاتری دارند اغلب بیشتر درگیر فعالیت‌های فرهنگی و تفریحی هستند و این امر باعث ایجاد حس تعلق و اجتماع می‌شود. این یکپارچگی اجتماعی برای حمایت عاطفی و رفاه روانی، افزایش رضایت کلی از زندگی بسیار مهم است.

درک ضرورت و اهمیت سرمایه فرهنگی مستلزم شناخت نقش آن در کاهش نابرابری‌های اجتماعی و افزایش فرصت‌های زندگی است. سیاست‌های باهدف افزایش سرمایه فرهنگی، مانند بهبود دسترسی به آموزش، ترویج فعالیت‌های فرهنگی و حمایت از برنامه‌های اجتماعی، می‌توانند به‌طور قابل توجهی گروه‌های محروم را ارتقا دهند. سرمایه فرهنگی در تسطیح زمین‌بازی نقش اساسی دارد. با فراهم کردن فرصت‌های برابر برای کسب سرمایه فرهنگی، جوامع می‌توانند نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی را کاهش دهند. اصلاحات آموزشی و ابتکارات فرهنگی باهدف جوامع به حاشیه رانده شده می‌تواند به پر کردن شکاف بین گروه‌های مختلف اجتماعی کمک کند. افزایش سرمایه فرهنگی انسجام و وحدت اجتماعی را تقویت می‌کند. فعالیت‌های فرهنگی و برنامه‌های آموزشی می‌توانند گروه‌های مختلف را گرد هم آورده و تفاهم و همکاری را ارتقاء دهند. این انسجام اجتماعی برای یک جامعه باثبات و مرفه ضروری است. سرمایه فرهنگی به رشد همه‌جانبه افراد کمک می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا به پتانسیل کامل خود دست یابند. این امر یادگیری مادام‌العمر، خلاقیت و تفکر انتقادی را تشویق می‌کند که برای رشد و تحقق فردی ضروری است. سرمایه فرهنگی جزء حیاتی کیفیت زندگی افراد است که بر نتایج آموزشی، ثبات اقتصادی، سلامت و یکپارچگی اجتماعی تأثیر می‌گذارد. شناخت و سرمایه‌گذاری در سرمایه فرهنگی برای ارتقای برابری، انسجام اجتماعی و توسعه فردی ضروری است. به این ترتیب، سیاست‌ها و برنامه‌هایی که سرمایه فرهنگی را افزایش می‌دهند، می‌توانند به‌طور قابل توجهی کیفیت زندگی افراد و جوامع را بهبود بخشند (پینکستن و همکار، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها در مورد تأثیر سواد تغذیه‌ای بر کیفیت زندگی به دلیل ارتباط قابل توجه در پژوهش‌های مختلف، بسیار مهم است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند سطح سواد تغذیه‌ای بالاتر با کیفیت زندگی بهتر، بهبود کنترل متابولیک در افراد مبتلا به دیابت، کیفیت رژیم غذایی بالاتر و افزایش تراکم مواد مغذی در بین بزرگسالان جوان مرتبط است (ارم و همکار، ۲۰۲۳). علاوه بر این، پژوهش‌هایی بر اهمیت سواد تغذیه‌ای در تأثیرگذاری بر رفتارهای تغذیه سالم تأکید می‌کند، که به نوبه خود می‌تواند منجر به کیفیت بهتر زندگی گردد (جولای^۳

1. Pinxten
2. Erem
3. Ju, Lai



و همکاران، ۲۰۲۱). این یافته‌ها بر ضرورت ارتقای سواد تغذیه‌ای برای افزایش رفاه کلی، پیشگیری از بیماری‌های مزمن و بهبود کیفیت زندگی در گروه‌های سنی و جمعیت‌های مختلف تأکید می‌کند. پژوهش‌ها در مورد رابطه بین سواد تغذیه و کیفیت زندگی به افزایش آگاهی در مورد اهمیت انتخاب رژیم غذایی آگاهانه کمک می‌کند. پژوهش‌های حوزه‌های خاصی را نشان می‌دهند که افراد فاقد دانش کافی هستند، مانند اندازه وعده‌های غذایی روزانه و خواندن برچسب‌های مواد غذایی، که مداخلات هدفمند را برای بهبود نتایج کلی سلامت ممکن می‌سازد (جسور و همکار، ۲۰۱۸). درک تأثیر سواد تغذیه‌ای بر کیفیت زندگی امکان توسعه مداخلات و برنامه‌های آموزشی مناسب را برای رفع کمبودها و ترویج سبک زندگی سالم‌تر فراهم می‌کند. با ایجاد یک همبستگی مثبت بین سواد تغذیه و حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی (فیزیکی، روانی، اجتماعی)، پژوهش‌ها بر مزایای کلی بهبود دانش تغذیه برای بهزیستی کلی تأکید می‌کند. یافته‌های چنین پژوهش‌های می‌تواند تصمیم‌گیری‌های سیاستی را با هدف بهبود سلامت عمومی از طریق ابتکارانی که سواد تغذیه‌ای را افزایش می‌دهد، به طور بالقوه کاهش بار بیماری‌های مرتبط با رژیم غذایی و بهبود نتایج سلامت جمعیت را تعیین کند.

بدین ترتیب بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و سنجش میزان آن در بین اقشار مختلف جامعه برای سیاست‌گذاری‌ها و اعمال برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی و مباحث توسعه توسط مدیران شهری و کشوری حائز اهمیت است. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای بر ارتقاء کیفیت زندگی می‌باشد.

مبانی نظری

کیفیت زندگی (QOL) همواره به عنوان یک عنصر حیاتی در حوزه روان پزشکی مورد تأیید قرار گرفته است. به گفته سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به درک یک فرد از وضعیت زندگی خود، از جمله اهداف، استانداردها، انتظارات و نگرانی‌ها و همچنین، سیستم‌های فرهنگی و ارزشی که در آن غوطه‌ور هستند، اشاره دارد. مفهوم کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با احساس خوب بودن دارد و دربرگیرنده چگونگی درک و پاسخ افراد به مسائل بهداشتی و سایر جنبه‌های غیرپزشکی زندگی خود است (سیواک^۱ و همکار، ۲۰۲۳). اصطلاح «کیفیت زندگی» به طور گسترده در زمینه‌های مختلف برای توصیف رفاه شخصی فراتر از معیار اقتصادی سنتی رفاه که صرفاً بر اساس درآمد است، استفاده شده است. کیفیت زندگی سه جنبه کلیدی را در بر می‌گیرد: (الف) عملکرد نقش که شامل چالش‌هایی در جنبه‌های اجتماعی، شغلی و بین فردی است، (ب) رضایت از زندگی و رفاه کلی و (ج) شرایط اجتماعی-مادی مانند هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، استفاده و هزینه‌های کارفرما (ساکپ^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). مفهوم کیفیت زندگی ریشه در اقتصاد و جامعه‌شناسی دارد. یک شاخص اجتماعی است که از ابعاد ذهنی و عینی تشکیل شده است. تمرکز توسعه

1. Cesur
2. Sevak
3. Sakip



اقتصادی معمولاً بر درآمد و عوامل محیطی است، اما باید در نظر داشت که این اقدامات به تنهایی رفاه جامعه را به طور کامل نشان نمی‌دهد. کیفیت زندگی شامل رفاه جسمی، مادی، اجتماعی و عاطفی است و تأکید فزاینده‌ای بر جنبه‌های ذهنی کیفیت زندگی وجود دارد. کیفیت زندگی اغلب با رضایت افراد از جنبه‌های مختلف تجربیاتشان مانند زندگی اجتماعی، سلامت، محیط زندگی، ثروت و کار سنجیده می‌شود. پژوهش‌ها قبلی رابطه مثبتی بین سرمایه اجتماعی و کیفیت ذهنی زندگی از نظر سلامت و رضایت از زندگی پیدا کرده است (جانکی^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). کیفیت زندگی یک مفهوم پیچیده، چندبعدی و پویا است که درک فرد از زندگی خود را در ارتباط با سیستم‌های فرهنگی و ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌ها در برمی‌گیرد. تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند تنظیم‌کننده‌های رفتاری، فرصت‌ها، مهارت‌ها، سیستم‌های پشتیبانی، رویدادهای زندگی، منابع، تغییرات محیطی و سیاسی قرار می‌گیرد. کیفیت زندگی شامل هر دو جنبه مادی و غیرمادی مانند درآمد، سلامت، شغل، زندگی شخصی و خانوادگی، حمایت اجتماعی، استرس و محیط است. همچنین کیفیت محیط، رفاه عمومی و رضایت از محیط را در بر می‌گیرد. معیارهای کیفیت زندگی می‌توانند عینی یا ذهنی باشند، با معیارهای ذهنی بینش ارزشمندی را در مورد ادراک افراد ارائه می‌دهند (گونانوان^۲ و همکاران، ۲۰۲۳).

نظریه سرمایه فرهنگی بورديو

بورديو سرمایه فرهنگی را شامل سه شکل می‌داند: تجسم‌یافته، عینیت یافته و نهادینه‌شده. سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته مربوط به تمایلات فردی، مهارت‌ها و دانش فرهنگی است که از طریق فرآیندهای اجتماعی شدن به دست می‌آید. سرمایه فرهنگی عینی به مصنوعات مادی، مانند کتاب، آثار هنری و کالاهای فرهنگی اشاره دارد که ارزش فرهنگی را تجسم می‌دهند. سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده شامل مدارک، صلاحیت‌ها و شناسایی نهادی دستاوردهای فرهنگی است. به عقیده بورديو، سرمایه فرهنگی به عنوان شکلی از قدرت نمادین عمل می‌کند و افراد را قادر می‌سازد تا مزیت‌های اجتماعی به دست آورند و سلسله‌مراتب اجتماعی را بازتولید کنند (بورديو، ۱۹۸۴). بورديو (۱۹۸۴) در نظریه سرمایه خود استدلال می‌کند سرمایه فرهنگی که از طریق خانواده و نهادهای آموزشی منتقل می‌شود، نقش مهمی در شکل دادن به مسیرها و فرصت‌های زندگی افراد ایفا می‌کند. دسترسی متفاوت به منابع فرهنگی بر اساس زمینه‌های اجتماعی-اقتصادی، قشریندی اجتماعی موجود را تقویت می‌کند و در نتیجه بر کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف اجتماعی تأثیر می‌گذارد (رایت^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). از منظر توسعه انسانی، سرمایه فرهنگی جزء لاینفک توانایی‌ها و آزادی‌های افراد است، همان‌طور که آمارتیا سن و مارتا نوسبام بیان کردند. منابع فرهنگی، از جمله آموزش، سواد و مشارکت فرهنگی، عاملیت افراد را تقویت می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا زندگی کاملی داشته باشند. دسترسی به تجربیات و دانش فرهنگی متنوع افق‌های افراد را گسترش می‌دهد، رشد

1. Janaki
2. Gunawan
3. Wright



شناختی، تفکر انتقادی و بیان خلاق را تقویت می‌کند که برای رفاه ذهنی و کیفیت زندگی ضروری است (یونس^۱ و همکار، ۲۰۲۳).

خانواده‌ها سرمایه فرهنگی را به فرزندان خود منتقل می‌کنند و از این طریق، بر پیشرفت تحصیلی و تحرک اجتماعی اثرگذار است. سرمایه فرهنگی بر موفقیت تحصیلی و به‌نوبه خود، بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. کودکان خانواده‌هایی با سرمایه فرهنگی بالا، اغلب به دلیل آشنایی با قوانین و شیوه‌های فرهنگی غالب، عملکرد تحصیلی بهتری دارند. سرمایه فرهنگی نهادینه‌شده، در قالب مدارک تحصیلی، بر دورنمای شغلی، درآمد و موقعیت اجتماعی تأثیر می‌گذارد و به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. سرمایه فرهنگی بر رفتارهای بهداشتی و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد. افراد با سرمایه فرهنگی بالاتر اغلب سواد سلامت بهتری دارند که منجر به سبک زندگی سالم‌تر و نتایج سلامت بهتری می‌شود. احساس تعلق اجتماعی و خود ارزشمندی ناشی از سرمایه فرهنگی می‌تواند سلامت روان و رضایت از زندگی را افزایش دهد. پژوهش‌های نشان می‌دهد کودکانی که دارای پیشینه‌های فرهنگی غنی هستند، احتمال بیشتری برای دستیابی به سطوح تحصیلی بالاتر، کسب مشاغل بهتر و درآمد بالاتری دارند و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. به علاوه، سرمایه فرهنگی بر پیشرفت شغلی و رضایت شغلی تأثیر می‌گذارد. افراد با سرمایه فرهنگی بالا اغلب موقعیت‌هایی را اشغال می‌کنند که نه تنها دستمزد بهتری دریافت می‌کنند، بلکه استقلال و رضایت شغلی بیشتری را نیز فراهم می‌کنند. پژوهش‌های تجربی، سرمایه فرهنگی را به پیامدهای مختلف سلامت مرتبط می‌کند و نشان می‌دهد که افرادی که سرمایه فرهنگی بالاتری دارند، دسترسی بهتری به مراقبت‌های بهداشتی، سبک زندگی سالم‌تر و سطوح استرس کمتری دارند. برخی از نظریه‌پردازان بر نیاز به شناخت اشکال متنوع سرمایه فرهنگی در زمینه‌های مختلف فرهنگی تأکید می‌کنند و سلطه دیدگاه‌های غرب محور از سرمایه فرهنگی را به چالش می‌کشند (بوردیو، ۱۹۸۴). به‌طور کلی تأثیر سرمایه فرهنگی بر کیفیت زندگی عمیق و چندوجهی است. چارچوب نظری بوردیو که با پژوهش‌ها تجربی تکمیل شده است، نشان می‌دهد که چگونه سرمایه فرهنگی به قشربندی اجتماعی و رفاه فردی کمک می‌کند. درک این پویایی‌ها برای پرداختن به نابرابری‌های اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی در میان جمعیت‌های مختلف بسیار مهم است.

سواد تغذیه‌ای به درک و دانش افراد در مورد تغذیه و تأثیر آن بر سلامت اشاره دارد. مبانی نظری در مورد تأثیر سواد تغذیه‌ای بر کیفیت زندگی را می‌توان از چندین دیدگاه بررسی کرد؛

مدل اعتقاد بهداشتی

این مدل نشان می‌دهد که باورهای افراد در مورد مشکلات سلامتی، مزایای درک شده از عمل، موانع عمل و خودکارآمدی بر رفتارهای مرتبط با سلامت آن‌ها تأثیر می‌گذارد. در زمینه سواد تغذیه، افرادی که سطح سواد تغذیه‌ای بالاتری دارند، احتمالاً مزایای تغذیه سالم را درک می‌کنند، موانع کمتری را برای اتخاذ عادات غذایی سالم درک می‌کنند و به توانایی خود در انتخاب غذای سالم اعتماد بیشتری دارند. این می‌تواند

منجر به بهبود رفتارهای غذایی و درنهایت، کیفیت بهتر زندگی شود. در حوزه سواد تغذیه، افرادی که سطح دانش تغذیه‌ای بالاتری دارند، احتمالاً مزایای تغذیه سالم را درک می‌کنند، موانع کمتری را برای اتخاذ رژیم‌های غذایی مغذی درک می‌کنند و اعتماد بیشتری در انتخاب غذای سالم دارند که درنهایت، منجر به بهبود رفتارهای غذایی و کیفیت زندگی بهتر می‌شود (نیسا^۱ و همکار، ۲۰۲۳).

نظریه شناختی اجتماعی

نظریه شناختی اجتماعی^۲ (SCT) نقش مهمی در شکل دادن به رفتار، به‌ویژه در حوزه سواد تغذیه‌ایفا می‌کند. یادگیری مشاهده‌ای، تأثیر اجتماعی و خودکارآمدی مؤلفه‌های کلیدی تأثیرگذار بر رفتارهای غذایی و کیفیت زندگی افراد هستند. پژوهش‌های نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر SCT، شامل سازه‌هایی مانند خودکارآمدی و یادگیری مشاهده‌ای، تأثیر مثبتی بر پیامدهای سلامتی، ازجمله بهبود انتخاب‌های غذایی و پیروی از شیوه‌های زندگی سالم دارد. سطوح بالاتر سواد تغذیه‌ای می‌تواند خودکارآمدی را برای انتخاب غذای سالم افزایش دهد و منجر به بهبود رفتارهای غذایی و کیفیت زندگی شود. (هاوکنز^۳ و همکاران، ۲۰۲۳).

تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده

بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، نگرش‌ها، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده بر قصد افراد برای درگیر شدن در یک رفتار تأثیر می‌گذارد که به‌نوبه خود رفتار واقعی را پیش‌بینی می‌کند. در زمینه سواد تغذیه، افرادی که سطح سواد تغذیه‌ای بالاتری دارند به احتمال زیاد نگرش مثبتی نسبت به تغذیه سالم دارند، هنجارهای اجتماعی را که از تغذیه سالم حمایت می‌کند، درک می‌کنند و معتقدند کنترل لازم را بر عادات غذایی خود دارند. این عوامل به نیت قوی‌تر برای تغذیه سالم و احتمال بیشتر تبدیل نیت به اعمال کمک می‌کند و درنتیجه، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (رایان^۴ و همکاران، ۲۰۱۹).

نظریه سیستم‌های اکولوژیکی

این نظریه بر تعامل بین افراد و محیط اطرافشان ازجمله خانواده، اجتماع و تأثیرات اجتماعی تأکید دارد. در زمینه سواد تغذیه‌ای، دانش و مهارت‌های افراد مرتبط با تغذیه با تعامل آن‌ها با عوامل محیطی مختلف، مانند دسترسی به غذاهای سالم، هنجارهای فرهنگی در مورد غذا و خوردن و بازاریابی محصولات غذایی شکل می‌گیرد. سطوح بالاتر سواد تغذیه‌ای افراد را قادر می‌سازد تا تأثیرات محیطی را به‌طور مؤثرتری

1. Nisa
2. Social Cognitive Theory (SCT)
3. Hawkins
4. Ryan



کنترل کنند که منجر به رفتارهای غذایی سالم‌تر و کیفیت زندگی بهتر می‌شود. نظریه سیستم‌های اکولوژیکی^۱ که توسط یوری برونفنبرنر^۲ توسعه یافته است، چارچوبی جامع برای درک توسعه انسانی در چارچوب سیستم‌های به هم پیوسته متعدد ارائه می‌دهد. بر اساس این نظریه، افراد تحت تأثیر عوامل محیطی مختلف از ریز سیستم فوری (مانند خانواده، همسالان) تا کلان سیستم گسترده‌تر (مانند فرهنگ، هنجارهای اجتماعی) قرار می‌گیرند. این سیستم‌ها به صورت پویا برای شکل دادن به رفتارها، باورها و رشد کلی افراد تعامل دارند. در زمینه سواد تغذیه، تئوری سیستم‌های اکولوژیکی را می‌توان برای درک اینکه چگونه دانش و مهارت‌های افراد مرتبط با تغذیه تحت تأثیر محیط اطراف آن‌ها قرار می‌گیرد، به کاربرد. به عنوان مثال، دسترسی به غذاهای سالم در جامعه (ریز سیستم) می‌تواند به طور قابل توجهی بر انتخاب‌های غذایی و شیوه‌های تغذیه فرد تأثیر بگذارد. هنجارها و سنت‌های فرهنگی مربوط به غذا و خوردن (مزوسystem) نیز نقش مهمی در شکل‌گیری نگرش و رفتار افراد نسبت به تغذیه دارند. سطوح بالاتر سواد تغذیه‌ای، افراد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثر این تأثیرات محیطی را ارزیابی و ارزیابی کنند. با دانش و مهارت‌های بیشتر مرتبط با تغذیه، افراد می‌توانند با وجود فشارهای محیطی، انتخاب آگاهانه‌ای در مورد عادات غذایی خود داشته باشند. آن‌ها می‌توانند بین گزینه‌های غذایی سالم و ناسالم تشخیص دهند، بر چسب‌های تغذیه‌ای را درک کنند و از سیاست‌هایی حمایت کنند که دسترسی به غذاهای مغذی را ارتقا می‌دهد. به طور خلاصه، تئوری سیستم‌های اکولوژیکی بر تعامل پیچیده بین افراد و محیط‌هایشان در شکل‌دهی رفتارهای غذایی و نتایج تغذیه تأکید می‌کند. با افزایش سواد تغذیه، افراد می‌توانند بهتر در مسیریابی قرار گیرند و تأثیر عوامل محیطی را کاهش دهند که در نهایت منجر به بهبود عادات غذایی و کیفیت زندگی بهتر می‌شود (ویگن^۳ و همکار، ۲۰۱۴). به طور کلی، این دیدگاه‌های نظری نشان می‌دهند که بهبود سواد تغذیه‌ای می‌تواند با توانمندسازی افراد برای انتخاب غذای سالم‌تر، افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌هایشان در مدیریت رژیم غذایی و پرورش محیط‌های حمایتی که رفتارهای تغذیه سالم را تسهیل می‌کند، بر کیفیت زندگی تأثیر مثبت بگذارد.

پیشینه پژوهش

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های مختلفی در ایران به بررسی تأثیر سرمایه فرهنگی بر کیفیت زندگی پرداخته‌اند. النحاس و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین همه ابعاد سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود دارد. همچنین امیر مظاهری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود با مقایسه دو گروه از سالمندان سنتی و مدرن نشان می‌دهند سرمایه فرهنگی تأثیر مثبت و معنی‌داری بر کیفیت زندگی سالمندان دارد. نتایج پژوهش رنجبری و همکار (۱۳۹۹)

1. Theory of Echological Systems
2. Urie Bronfenbrenner
3. Vidgen



نشان داد، بین سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی، همبستگی مثبت و قوی وجود دارد و همچنین می‌توان کیفیت زندگی براساس مولفه‌های سرمایه فرهنگی پیش‌بینی کرد.

پژوهش‌های اخیر خارجی نیز رابطه معنی‌داری بین سرمایه فرهنگی و پیامدهای سلامت را که مؤلفه‌های حیاتی کیفیت زندگی هستند، برجسته کرده است. به‌عنوان مثال، سان^۱ و همکاران (۲۰۲۳) با استفاده از داده‌های نظرسنجی عمومی اجتماعی چین، دریافت که گنجاندن دیجیتال به‌طور مثبت بر وضعیت سلامت تأثیر می‌گذارد و سرمایه فرهنگی به‌عنوان یک عامل میانجی عمل می‌کند. به علاوه، ساکنان شهری در مقایسه با ساکنان روستایی، از گنجاندن دیجیتال سود بیشتری بردند که نشان‌دهنده اهمیت پرداختن به برابری سلامت دیجیتال از طریق زیرساخت‌ها و طرح‌های آموزشی است یو شی هی^۲ و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی رابطه بین سرمایه فرهنگی و پیامدهای سلامت پرداخته و به این نتیجه رسیدند افرادی که دارای سرمایه فرهنگی بالاتری هستند، اغلب به دلیل چندین عامل، سلامت بهتری را تجربه می‌کنند. اولاً، آن‌ها دسترسی بیشتری به اطلاعات و خدمات بهداشتی دارند که توانایی آن‌ها را برای مشارکت در رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت افزایش می‌دهد. علاوه بر این، هائو^۳ و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود معتقدند، افرادی که دارای سرمایه فرهنگی بالاتری هستند، تمایل بیشتری به شرکت در فعالیت‌های فرهنگی و تفریحی دارند و باعث ایجاد حس اجتماعی و تعلق اجتماعی می‌شود. این یکپارچگی اجتماعی حمایت عاطفی را فراهم می‌کند و بهزیستی روانی را بهبود می‌بخشد و منجر به رضایت کلی از زندگی می‌شود. اما واکر^۴ (۲۰۲۴) در پژوهش دیگری، رابطه بین مشارکت فرهنگی و سلامت را با استفاده از داده‌های بریتانیا مورد بررسی قرار داد. این پژوهش نشان داد افراد درگیر در فعالیت‌های فرهنگی، نتایج سلامت روانی و جسمی بهتری داشتند. این ارتباط حتی پس از کنترل عوامل مختلف اجتماعی-اقتصادی نیز قابل توجه بود و نشان می‌دهد مشارکت فرهنگی به‌طور مستقل به سلامت بهتر کمک می‌کند. رن^۵ و همکار (۲۰۲۲) در پژوهش خود در مورد تأثیر سرمایه فرهنگی بر کیفیت زندگی نشان می‌دهند دارایی‌های فرهنگی مانند تحصیلات، عقل و مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی به‌طور قابل توجهی بر رفاه افراد در ابعاد مختلف تأثیر می‌گذارد. پیشرفت تحصیلی یک جنبه حیاتی از سرمایه فرهنگی است و ارتباط نزدیکی با کیفیت زندگی بالاتر دارد. سطوح بالاتر تحصیلات منجر به فرصت‌های شغلی بهتر، درآمدهای بالاتر و رضایت شغلی بیشتر می‌شود. آموزش همچنین تفکر انتقادی، مهارت‌های حل مسئله و سازگاری را افزایش می‌دهد و به رضایت و رفاه کلی از زندگی کمک می‌کند.

رابطه بین سواد تغذیه و کیفیت زندگی به‌خوبی مستند شده است و شواهد قابل توجهی حاکی از تأثیر مثبت دانش تغذیه بر پیامدهای سلامتی است. مطالعه‌ای که در مجله بین‌المللی پژوهش‌ها محیطی و سلامت عمومی منتشر شده است، نشان می‌دهد که افراد با سواد تغذیه‌ای بالاتر، عادات غذایی بهتری از خود

1. Sun
2. Youshi He
3. Hao
4. Walker
5. Ren



نشان می‌دهند برای حفظ سلامت جسمی و روانی بسیار مهم است و در نتیجه، کیفیت کلی زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهد. سواد تغذیه‌ای توانایی درک و به‌کارگیری مؤثر اطلاعات تغذیه‌ای را در بر می‌گیرد. این مجموعه مهارت به افراد اجازه می‌دهد تا انتخاب‌های غذایی آگاهانه‌ای داشته باشند که منجر به الگوهای غذایی سالم‌تر می‌شود. افرادی که سواد تغذیه‌ای دارند بیشتر احتمال دارد از یک رژیم غذایی متعادل غنی از میوه‌ها، سبزی‌ها و غلات کامل استفاده کنند و احتمال کمتری دارد مقادیر بیش‌ازحد قند، چربی و غذاهای فرآوری شده مصرف کنند. این انتخاب‌های غذایی سالم با خطر کمتر چاقی، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و سایر بیماری‌های مزمن مرتبط است. علاوه بر این، مزایای روان‌شناختی تغذیه خوب که با سواد تغذیه پشتیبانی می‌شود، شامل بهبود تنظیم خلق‌و‌خو، کاهش استرس و کاهش بروز مسائل مربوط به سلامت روان مانند افسردگی و اضطراب است. انتخاب‌های تغذیه‌ای بهتر سطوح انرژی و عملکرد شناختی را افزایش می‌دهند و به سبک زندگی فعال‌تر و رضایت‌بخش‌تر کمک می‌کنند. افزایش سواد تغذیه‌ای از طریق آموزش و ابتکارات بهداشت عمومی می‌تواند منجر به بهبود قابل‌توجهی در نتایج سلامت در سطح فردی و اجتماعی شود. این به‌نوبه خود می‌تواند کیفیت کلی زندگی را با کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، افزایش بهره‌وری و بهبود رفاه کلی افزایش دهد (گالگیس^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). سواد تغذیه‌ای که دانش، مهارت و رفتارهای مرتبط با تغذیه را در برمی‌گیرد، نقش مهمی در تأثیرگذاری بر انتخاب‌های غذایی و کیفیت کلی زندگی دارد. ریمانته^۲ و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده توضیح داده‌اند که سطوح بالاتر سواد تغذیه‌ای با رفتارهای غذایی سالم‌تر همراه است که به‌نوبه خود می‌تواند منجر به نتایج بهتر سلامت و بهبود کیفیت زندگی شود. همچنین افرادی که سواد تغذیه‌ای بالاتری دارند، احتمال بیشتری دارد که انتخاب‌های غذایی سالم‌تری داشته باشند. یک بررسی سیستماتیک نشان داد که سواد غذایی، ازجمله مهارت‌های غذایی و رفتارهای آموخته‌شده در نوجوانی، تأثیر مثبتی بر دریافت رژیم غذایی دارد و این رفتارها تمایل دارند تا بزرگ‌سالی نیز تداوم داشته باشند.

مصطفی‌زاده و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه خود نشان دادند، افزایش سواد تغذیه‌ای به نتایج بهتر سلامت کمک می‌کند که به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. پژوهشی در بین دانشجویان پرستاری نشان داد بین سواد تغذیه‌ای و رفتارهای غذایی سالم‌تر همبستگی قوی وجود دارد. دانش‌آموزانی که نمرات سواد تغذیه‌ای بالاتری داشتند، عادات غذایی بهتری داشتند، مانند افزایش مصرف میوه‌ها و سبزی‌ها که برای حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری‌های مزمن بسیار مهم است. این عادات غذایی بهبودیافته می‌تواند منجر به سلامت جسمانی بهتر شود که جزء مهمی از کیفیت کلی زندگی است.

به‌طور خلاصه، شواهد تجربی از این ایده حمایت می‌کنند که سواد تغذیه‌ای به‌طور قابل‌توجهی بر انتخاب‌های رژیم غذایی و کیفیت کلی زندگی تأثیر می‌گذارد. با ترویج عادات غذایی بهتر و کاهش خطر بیماری‌های مزمن، سواد تغذیه‌ای بهبودیافته می‌تواند منجر به افزایش سلامت و رفاه شود. با این حال، پژوهش‌های بیشتر با ابزارهای اندازه‌گیری استانداردشده برای تقویت این یافته‌ها و اطلاع‌رسانی مؤثر

استراتژی‌های بهداشت عمومی ضروری است. این یافته‌ها بر اهمیت سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای بر کیفیت زندگی را نشان می‌دهند. بنابراین، در این پژوهش به بررسی تأثیر این دو متغیر اصلی سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای بر ارتقاء کیفیت زندگی پرداخته می‌شود. و سؤال اصلی پژوهش اینگونه مطرح می‌شود که آیا سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای با کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار دارد؟ و اینکه آیا ویژگی‌های دموگرافیکی (سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل) تمایزی در میزان کیفیت زندگی ایجاد می‌کند؟ بر همین اساس، این پژوهش دو هدف را دنبال می‌کند؛ بررسی رابطه بین سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای با کیفیت زندگی و نیز، بررسی تفاوت در کیفیت زندگی بیماران بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک. در این راستا، فرضیات پژوهش این روابط را به آزمون می‌گذارد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تبیینی است. از طرف دیگر هدف این پژوهش کاربردی است. واحد تحلیل در این پژوهش افراد است بنابراین، پژوهشی خرد نگر است. این پژوهش به لحاظ وسعت پهنانگر می‌باشد. از لحاظ زمانی، پژوهش حاضر از نوع مقطعی است زیرا صفات و ارتباط آن‌ها را در یک دوره زمانی مشخص مورد مشاهده و بررسی قرار می‌دهد. جامعه آماری در این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به سکت قلبی بیمارستان شهید مدنی تبریز تعریف شده است.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت تصادفی ساده بوده و این تصادف از حیث زمانی می‌باشد که افرادی که در یک بازه زمانی دوماهه از ۱۵ فروردین تا ۱۵ خرداد سال ۱۴۰۰ به بیمارستان شهید مدنی تبریز مراجعه کرده‌اند. بر همین اساس، مشتمل بر ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سکت قلبی است که در این بازه زمانی به بیمارستان شهید مدنی تبریز مراجعه کرده بودند.

برای سنجش کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL) استفاده شد. سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ گوی‌های بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ گوی‌های (WHOQOL - BREF) پرسشنامه‌ای است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و دو نمره کلی است. نمره‌های کلی سنجش کیفیت زندگی از دیدگاه فرد است که با پاسخ به آن سطح رضایت از زندگی خود را بیان می‌کند (نجاتی و عشایری، ۱۳۸۷: ۶۰). این پرسشنامه دارای چهار بعد است: بعد سلامت جسمی، بعد سلامت روان، بعد سلامت محیطی و بعد کیفیت زندگی و سلامت کلی. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۸ می‌باشد.

سرمایه فرهنگی با پرسشنامه شربتیان و اسکندری (۱۳۹۶) سنجیده شد. این آزمون دارای ۱۳ گویه پنج گزینه‌ای است که سه خرده مقیاس را می‌سنجد که هر کدام با تعدادی گویه مشخص گردیده‌اند. طریقه



نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است که گزینه‌های آن از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵ رتبه‌بندی شده است؛ به‌طوری‌که نمره ۱ نشان‌دهنده کمترین میزان سرمایه فرهنگی و نمره ۵ نشان‌دهنده بیشترین میزان سرمایه فرهنگی می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۳ بود. متغیر سواد تغذیه‌ای از طریق پرسشنامه ساخته‌شده توسط حبی و همکاران (۱۳۹۸) موردسنجش قرار گرفت. این پرسشنامه دارای گویه‌هایی است که حاوی میزان آگاهی و دانش شهروندان از منابع چربی‌ها، مصرف میوه و سبزی‌ها، تنقلات و شیرینی‌ها، گروه‌های غذایی می‌باشد. در این پرسشنامه برای اندازه‌گیری این متغیر از ۹ گویه استفاده‌شده که در این زمینه نمره ۹ نشان‌دهنده سواد تغذیه پایین فرد و نمره ۴۵ نشانگر سواد تغذیه بالا برای فرد می‌باشد. برای سنجش قابلیت اعتماد گویه‌ها از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که مقدار آلفای شاخص سواد تغذیه برابر با ۰/۶۲ محاسبه گردیده است.

یافته‌های پژوهش

با توجه به نتایج توصیفی پژوهش از مجموع ۲۰۰ پرسشنامه گردآوری‌شده، ۱۵ درصد از پاسخگویان زن و ۸۵ درصد مرد بودند؛ بنابراین، مردان مقوله‌نمایی توزیع را تشکیل داده‌اند. اطلاعات موجود در جدول ۱ نشان می‌دهد که ۲۵/۳ درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۲۲-۳۱ ساله، ۴۱/۸ درصد در گروه سنی ۳۲-۴۱ ساله و ۳۲/۴ درصد در گروه سنی ۴۲-۵۱ ساله قرار داشته‌اند. میانگین سن پاسخگویان ۵۷/۱۱ سال می‌باشد. کم‌سن‌ترین پاسخگو ۲۶ سال سن داشته و بالاترین سن پاسخگویان در این پژوهش ۸۵ سال بوده است. مقدار چولگی (۰/۲۴۵-) می‌باشد، درواقع چولگی منفی بوده است؛ بدین معنا که چوله به سمت چپ رفته و قله داده‌ها در سمت راست قرار گرفته که در این حالت سن اکثر پاسخگویان از میانگین سن پاسخگویان بالاتر می‌باشد. ۳/۵ درصد از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش مجرد، ۸۹ درصد متأهل، ۲ درصد مطلقه و ۵/۵ درصد همسر فوت‌شده بودند. پاسخگویان متأهل مقوله‌نمایی توزیع را تشکیل می‌دهند. با توجه به داده‌های موجود، ۱۴/۰ درصد از پاسخگویان بی‌سواد، ۲۳/۵ درصد دارای سطح تحصیلات ابتدایی، ۲۵/۰ درصد دارای تحصیلات راهنمایی یا دبیرستان، ۲۵/۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم یا فوق‌دیپلم و ۱۲/۵ درصد دارای سطح تحصیلات لیسانس یا بالاتر بودند. مقوله‌نمایی توزیع را پاسخگویان دارای تحصیلات راهنمایی یا دبیرستان و نیز پاسخگویان دارای تحصیلات دیپلم یا فوق‌دیپلم به‌صورت مشترک تشکیل می‌دهند. ۸/۰ درصد از پاسخگویان بیکار، ۱۲/۰ درصد خانه‌دار، ۸/۵ درصد کارمند، ۴۸/۰ درصد دارای شغل آزاد و ۲۳/۵ درصد از پاسخگویان بازنشسته بودند. پاسخگویان دارای شغل آزاد با بیشترین فراوانی، نمای توزیع را تشکیل می‌دهند.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب ویژگی‌های دموگرافیکی

جنسیت	زن	مرد
درصد فراوانی	۱۵	۸۵
سن	۴۵-۲۶	۶۵-۴۶
درصد فراوانی	۱۵	۷۹/۵
وضعیت تأهل	مجرد	متأهل
درصد فراوانی	۳/۵	۸۹
		مطلقه
		همسر فوت‌شده
		۵/۵

منبع: یافته‌های پژوهش

تحلیل استنباطی

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین سلامت جسمی مردان برابر با ۲۰/۰۵ و زنان برابر با ۱۷/۵۶، میانگین سلامت روان مردان برابر با ۲۰/۷۲ و زنان برابر با ۱۹/۱۰، میانگین سلامت محیط مردان برابر با ۲۴/۹۱ و زنان برابر با ۲۳/۵۶، میانگین بعد کیفیت زندگی و سلامت عمومی مردان برابر با ۷/۱۱ و زنان برابر با ۵/۷۳ و میانگین شاخص کیفیت زندگی مردان برابر با ۷۹/۶۲ و برای زنان برابر با ۷۳/۰۰ می‌باشد.

از آنجاکه متغیر جنسیت اسمی دوحالته بوده و متغیر وابسته (کیفیت زندگی و ابعاد آن) در سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده است، در نتیجه بهترین آزمون برای بررسی رابطه بین دو متغیر آزمون t دو نمونه‌ای مستقل می‌باشد. داده‌های حاصل از آزمون لون نشان می‌دهد میزان F رابطه جنسیت و سلامت جسمی ۰/۹۳۹ و سطح معنی‌داری ۰/۳۳۴، میزان F رابطه جنسیت و سلامت روان ۱/۱۸۴ و سطح معنی‌داری ۰/۲۷۸، میزان F رابطه جنسیت و سلامت محیط ۰/۰۰۹ و سطح معنی‌داری ۰/۹۲۳، میزان F رابطه جنسیت و بعد کیفیت زندگی و سلامت عمومی ۰/۰۰۶ و سطح معنی‌داری ۰/۹۳۸ و میزان F رابطه جنسیت و شاخص کیفیت زندگی ۰/۰۸۹ و سطح معنی‌داری آن ۰/۷۶۶ می‌باشد؛ بنابراین با توجه به این‌که سطح معنی‌داری آن‌ها همگی بالاتر از ۰/۰۵ بوده، فرض برابری واریانس متغیر وابسته برای گروه‌ها تأیید شده، در نتیجه باید از مقادیر مربوط به فرض برابری واریانس‌ها برای بررسی رابطه متغیرها استفاده گردد. داده‌های حاصل از آزمون t نشان می‌دهد میزان t رابطه جنسیت و بعد سلامت جسمی برابر با ۲/۳۴۲ و سطح معنی‌داری آن برابر با ۰/۰۲۰ هست که کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد. درواقع، بین میانگین سلامت جسمی پاسخگویان برحسب جنسیت تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بدین‌صورت که میانگین سلامت جسمی مردان بیشتر از زنان است. میزان t رابطه جنسیت و بعد کیفیت زندگی و سلامت عمومی برابر با ۳/۴۷۰ و سطح معنی‌داری آن برابر با ۰/۰۰۱ است. در نتیجه بین میانگین کیفیت زندگی و سلامت عمومی پاسخگویان برحسب جنسیت تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بدین‌صورت که میانگین مردان در این بعد نیز بیشتر از زنان است. همچنین، میزان t رابطه جنسیت و شاخص کیفیت زندگی برابر با ۲/۳۰۳ و سطح معنی‌داری آن برابر با ۰/۰۲۲ است؛ درواقع بین میانگین کیفیت زندگی پاسخگویان برحسب جنسیت تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بدین‌صورت که میانگین کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان است.

سطح معنی‌داری رابطه جنسیت با ابعاد سلامت روان و سلامت محیط همگی بالاتر از ۰/۰۵ است؛ بدین معنا که بین میانگین سلامت روان و سلامت محیط پاسخگویان برحسب جنسیت تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۲. نتایج آزمون تفاوت میانگین بین جنسیت و کیفیت زندگی و ابعاد آن

کیفیت زندگی و ابعاد آن	جنسیت و ابعاد آن	میانگین	آزمون لون		آزمون t	
			F	سطح معنی داری	میزان t	درجه آزادی
سلامت جسمی	مرد	۲۰/۰۵	۰/۹۳۹	۰/۳۳۴	۲/۳۴۲	۱۹۸
	زن	۱۷/۵۶				
سلامت روان	مرد	۲۰/۷۲	۱/۱۸۴	۰/۲۷۸	۱/۷۲۱	۱۹۸
	زن	۱۹/۱۰				
سلامت محیط	مرد	۲۴/۹۱	۰/۰۰۹	۰/۹۲۳	۱/۲۰۰	۱۹۸
	زن	۲۳/۵۶				
سلامت عمومی	مرد	۷/۱۱	۰/۰۰۶	۰/۹۳۸	۳/۴۷۰	۱۹۸
	زن	۵/۷۳				
شاخص کیفیت زندگی	مرد	۷۹/۶۲	۰/۰۸۹	۰/۷۶۶	۲/۳۰۳	۱۹۸
	زن	۷۳/۰۰				

منبع: یافته‌های پژوهش

یکی دیگر از متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش وضعیت تأهل می‌باشد که از نوع اسمی چندحالتی می‌باشد و متغیر وابسته در سطح فاصله‌ای سنجیده شده است؛ درنتیجه آزمون مناسب برای بررسی رابطه این دو متغیر تحلیل واریانس یک‌طرفه می‌باشد. نتایج حاصل از بررسی میزان میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن به تفکیک وضعیت تأهل پاسخگویان در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از آزمون واریانس یک‌طرفه بیانگر این بوده که مقدار کمیت F بین متغیر وضعیت تأهل و بعد سلامت جسمی ۷/۱۱۹ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰ می‌باشد که پایین‌تر از ۰/۰۵ است و این بدین معناست که بین آن‌ها رابطه معنی‌دار وجود دارد. درواقع، تفاوت معنی داری در میانگین کاهش موفقیت فردی برحسب وضعیت تأهل پاسخگویان وجود دارد. همچنین سطح معنی داری رابطه بین وضعیت تأهل و ابعاد سلامت روان و کیفیت زندگی و سلامت عمومی و نیز شاخص کیفیت زندگی نیز همگی پایین‌تر از ۰/۰۵ بوده و این بدین معناست تفاوت معنی داری در میزان آن‌ها برحسب وضعیت تأهل پاسخگویان وجود دارد.

نتایج آزمون بیانگر این است که سطح معنی داری به‌دست‌آمده از آزمون رابطه بین وضعیت تأهل و بعد سلامت محیط بالاتر از ۰/۰۵ بوده، درنتیجه رابطه معنی داری بین وضعیت تأهل با این دو بعد و نیز شاخص کیفیت زندگی وجود نداشته؛ درواقع وضعیت تأهل پاسخگویان تأثیر چندانی بر میزان سلامت محیط آن‌ها نداشته است.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی و ابعاد آن

کیفیت زندگی و ابعاد آن	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی داری
سلامت جسمی	بین گروهی	۵۷۷/۴۵	۳	۱۹۲/۴۸	۷/۱۱۹	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۵۲۹۹/۷۰	۱۹۶	۲۷/۰۳		
	کل	۵۸۷۷/۱۵	۱۹۹	-		
سلامت روان	بین گروهی	۲۴۳/۱۲	۳	۸۱/۰۴	۳/۶۵۱	۰/۰۱۴
	درون گروهی	۴۳۵۰/۸۳	۱۹۶	۲۲/۱۹		
	کل	۴۵۹۳/۹۵	۱۹۹	-		
سلامت محیط	بین گروهی	۱۹۱/۴۷	۳	۶۳/۸۲	۲/۰۰۰	۰/۱۱۵
	درون گروهی	۶۲۵۳/۲۸	۱۹۶	۳۱/۹۰۴		
	کل	۶۴۴۴/۷۵	۱۹۹	-		
سلامت عمومی	بین گروهی	۶۸/۲۱	۳	۲۲/۷۳	۵/۶۸۳	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۷۸۴/۱۶	۱۹۶	۴/۰۰		
	کل	۸۵۲/۳۸	۱۹۹	-		
شاخص کیفیت زندگی	بین گروهی	۳۷۰۵/۱۱	۳	۱۲۳۵/۰۳	۶/۱۶۶	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۹۲۵۷/۲۴	۱۹۶	۲۰۰/۲۹		
	کل	۴۲۹۶۲/۳۵	۱۹۹	-		

منبع: یافته‌های پژوهش

رابطه بین سن و کیفیت زندگی با توجه به اینکه هردو متغیر در سطح فاصله‌ای سنجیده شده‌اند، در نتیجه بهترین آزمون برای بررسی رابطه این دو متغیر ضریب همبستگی r پیرسون می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، ضریب همبستگی بین سن و بعد سلامت جسمی ($-۰/۲۲۹$) و سطح معنی داری $۰/۰۰۱$ ، ضریب همبستگی بین سن و بعد سلامت روان ($-۰/۱۴۳$) و سطح معنی داری $۰/۰۴۴$ و ضریب همبستگی بین سن و بعد کیفیت زندگی و سلامت عمومی ($-۰/۱۴۰$) و سطح معنی داری $۰/۰۴۷$ است که حاکی از این است که بین متغیر سن و این ابعاد رابطه معنی دار و معکوس وجود دارد. همچنین ضریب همبستگی بین سن و شاخص کیفیت زندگی ($-۰/۱۵۸$) و سطح معنی داری $۰/۰۲۵$ است که بیانگر این بوده با سطح اطمینان $۰/۹۵$ درصد ($\text{sig} = ۰/۱۸ < ۰/۰۵$) بین دو متغیر رابطه معنی دار و معکوس وجود دارد؛ بدین معنی که با بالا رفتن سن پاسخگویان میزان کیفیت زندگی آن‌ها کاهش یافته است.

ضریب همبستگی بین متغیر سن و بعد سلامت محیط ($-۰/۰۵۵$) و سطح معنی داری $۰/۴۴۲$ است که سطح معنی داری رابطه بالاتر از $۰/۰۵$ بوده و به این معناست که بین متغیر سن و بعد سلامت محیط رابطه معنی داری وجود ندارد.



جدول ۴. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر سن و کیفیت زندگی

متغیر مستقل	آزمون I پیرسون	کیفیت زندگی و ابعاد آن			
		سلامت جسمی	سلامت روان	سلامت محیط	کیفیت زندگی و شاخص کیفیت زندگی
سن	ضریب همبستگی	-۰/۲۲۹	-۰/۱۴۳	-۰/۰۵۵	-۰/۱۴۰
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۴۴	۰/۴۴۲	۰/۰۴۷
					۰/۰۲۵

منبع: یافته‌های پژوهش

رابطه بین سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی

نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر سرمایه فرهنگی و ابعاد آن با کیفیت زندگی و ابعاد آن در جدول ۵ نشان داده شده است. نتایج بیانگر این بوده که سطح معنی داری بعد سرمایه فرهنگی تجسم یافته با بعد سلامت جسمی بالاتر از ۰/۰۵ بوده و این بدین معناست که بین بعد تجسم یافته با این دو بعد کیفیت زندگی رابطه معنی دار وجود ندارد. در مقابل، سطح معنی داری رابطه بین بعد تجسم یافته با بعدهای سلامت روان، سلامت محیط و بعد کیفیت زندگی و سلامت عمومی و نیز شاخص کیفیت زندگی کمتر از ۰/۰۵ بوده و این بدین معناست که بین بعد تجسم یافته با این بعدها و نیز شاخص کیفیت زندگی رابطه معنی دار وجود دارد. نوع رابطه آن‌ها نیز مستقیم می‌باشد. شدت همبستگی بین بعد تجسم یافته با بعدهای سلامت روان و کیفیت زندگی و سلامت عمومی و نیز شاخص کیفیت زندگی ضعیف و با بعد سلامت محیط متوسط می‌باشد.

شدت همبستگی بین بعد سرمایه فرهنگی عینیت یافته با بعدهای سلامت روان، سلامت محیط و کیفیت زندگی و سلامت عمومی و نیز شاخص کیفیت زندگی ضعیف بوده و نوع رابطه آن با این بعدها و نیز شاخص کیفیت زندگی معنی دار و مستقیم بوده است. سطح معنی داری رابطه بین بعد سرمایه فرهنگی عینیت یافته و سلامت جسمی بالاتر از ۰/۰۵ بوده و این بدین معناست که بین این دو بعد رابطه معنی دار وجود ندارد.

سطح معنی داری بعد سرمایه فرهنگی نهادینه شده با شاخص کیفیت زندگی و تمام ابعاد آن کمتر از ۰/۰۵ بوده و در نتیجه بین آن‌ها رابطه معنی دار وجود دارد. نوع رابطه آن‌ها مستقیم می‌باشد. شدت همبستگی بین بعد سرمایه فرهنگی نهادینه شده با بعدهای سلامت جسمی، سلامت روان و کیفیت زندگی و سلامت عمومی ضعیف و با بعد سلامت محیط و نیز شاخص کیفیت زندگی متوسط می‌باشد.

شاخص سرمایه فرهنگی با تمام ابعاد کیفیت زندگی رابطه معنی دار و مستقیم دارد. شدت همبستگی بین شاخص سرمایه فرهنگی با بعدهای سلامت روان، کیفیت زندگی و سلامت عمومی ضعیف و با بعدهای سلامت روان و سلامت محیط متوسط بوده است. شدت همبستگی بین شاخص سرمایه فرهنگی و شاخص کیفیت زندگی ۰/۴۰۳ بوده و سطح معنی داری آن ۰/۰۰۰ می‌باشد که بیانگر این است که با سطح اطمینان ۰/۹۹ درصد ($\text{Sig} = ۰/۰۰۰ < ۰/۰۱$) بین دو متغیر رابطه معنی دار و مستقیم وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش میزان سرمایه فرهنگی، میزان کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد.

جدول ۵. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی

متغیر مستقل	آزمون I پیرسون	کیفیت زندگی و ابعاد آن			
		سلامت جسمی	سلامت روان	سلامت محیط	سلامت عمومی
بعد تجسم یافته	ضریب همبستگی	۰/۱۰۰	۰/۲۴۹	۰/۳۳۱	۰/۱۹۳
	سطح معنی داری	۰/۱۶۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
بعد عینیت یافته	ضریب همبستگی	۰/۰۰۶	۰/۲۰۰	۰/۲۸۲	۰/۲۰۳
	سطح معنی داری	۰/۹۳۴	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴
بعد نهادینه شده	ضریب همبستگی	۰/۲۰۵	۰/۲۶۳	۰/۳۵۰	۰/۱۸۰
	سطح معنی داری	۰/۰۰۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۱
شاخص سرمایه فرهنگی	ضریب همبستگی	۰/۲۰۶	۰/۳۲۶	۰/۴۳۴	۰/۲۷۰
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش

رابطه بین سواد تغذیه‌ای و کیفیت زندگی

نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر سواد تغذیه‌ای و کیفیت زندگی و ابعاد آن در جدول شماره ۶ نشان داده شده است. نتایج بیانگر این است سطح معنی داری رابطه بین شاخص سواد تغذیه‌ای با بعدهای کیفیت زندگی پایین‌تر از ۰/۰۵ بوده و در نتیجه بین آن‌ها رابطه معنی دار وجود دارد. نوع رابطه آن‌ها نیز مستقیم می‌باشد. شدت همبستگی بین شاخص سواد تغذیه‌ای با بعدهای سلامت جسمی، سلامت روان و کیفیت زندگی و سلامت عمومی ضعیف و با بعد سلامت محیط متوسط بوده است. ضریب همبستگی بین سواد تغذیه‌ای و کیفیت زندگی ۰/۴۱۲ بوده و سطح معنی داری آن ۰/۰۰۰ می‌باشد. این امر نشان می‌دهد با سطح اطمینان ۰/۹۹ درصد ($\text{sig} = 0/000 < 0/01$) بین دو متغیر رابطه معنی دار و مستقیم وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش سواد تغذیه‌ای، میزان کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد.

جدول ۶. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر سواد تغذیه‌ای و کیفیت زندگی

متغیر مستقل	آزمون I پیرسون	کیفیت زندگی و ابعاد آن			
		سلامت جسمی	سلامت روان	سلامت محیط	سلامت عمومی
سواد تغذیه‌ای	ضریب همبستگی	۰/۲۲۸	۰/۲۶۶	۰/۴۷۸	۰/۲۰۵
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴

منبع: یافته‌های پژوهش



بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سرمایه فرهنگی و سواد تغذیه‌ای با کیفیت زندگی بوده است. سرمایه فرهنگی شامل مجموعه‌ای از دانش‌ها، مهارت‌ها، ارزش‌ها، و آگاهی‌هایی است که فرد در زندگی خود به دست می‌آورد. این موارد تأثیر بسزایی بر انتخاب‌های رفتاری، شیوه زندگی، و به طور کلی، کیفیت زندگی فرد دارند. از سوی دیگر، سواد تغذیه‌ای به معنای آگاهی و توانایی فرد در انتخاب و مصرف غذاهای سالم و متناسب با نیازهای بدن است. این مفهوم درک صحیحی از ارزش غذایی مواد غذایی، تأثیر آن‌ها بر سلامتی، و مدیریت بهینه تغذیه را در بر می‌گیرد. تقویت سرمایه فرهنگی و افزایش سواد تغذیه‌ای می‌تواند بهبود کیفیت زندگی فردی و جامعه به طور کلی را تسهیل و تسريع نماید. طبق یافته‌های این پژوهش نیز، بین سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار مستقیم وجود دارد و این نتیجه همسو با یافته‌های پژوهش دشموخ و همکاران (۲۰۱۵) و رنجبری و میرسادو (۱۳۹۹) می‌باشد. آن‌ها نیز در پژوهش خود گزارش کرده‌اند که بین کیفیت زندگی و سرمایه فرهنگی رابطه مستقیم وجود دارد که با افزایش سرمایه فرهنگی، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. همچنین، محمدی و همکار (۱۴۰۱) دریافتند سرمایه فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی بر کیفیت زندگی معلمان بازنشسته تأثیر می‌گذارد. سرمایه فرهنگی نقش بسزایی در تأثیرگذاری بر کیفیت زندگی افراد دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد سرمایه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی به طور قابل توجهی با کیفیت زندگی همبستگی دارد و این متغیرها دارای ارزش پیش‌بینی کننده برای کیفیت زندگی و عناصر آن هستند (محمدی و همکار، ۱۴۰۱). علاوه بر این، پژوهشی در تهران نشان داد بین سرمایه فرهنگی و سلامت اجتماعی همبستگی مثبتی وجود دارد و بر اهمیت سرمایه فرهنگی در سبک زندگی و سلامت اجتماعی تأکید می‌شود که در نهایت، بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (ایمبولانا^۲ و همکار، ۲۰۲۳). این یافته‌ها اهمیت سرمایه فرهنگی را در ارتقای کیفیت زندگی برجسته می‌کند و نشان می‌دهد سیاست‌ها و تلاش‌ها برای بهبود سرمایه فرهنگی می‌تواند به رفاه کلی بهتر منجر شود. این نتیجه، نظریه بوردیو (۱۹۸۴) را در رابطه با سرمایه فرهنگی تأیید می‌کند. به طور خلاصه، نظریه بوردیو تأثیر عمیق سرمایه فرهنگی بر کیفیت زندگی را روشن می‌کند. سرمایه فرهنگی نه تنها مسیرهای تحصیلی و شغلی را شکل می‌دهد، بلکه بر شبکه‌های اجتماعی، تعامل فرهنگی و رفاه شخصی نیز تأثیر می‌گذارد. درک این پویایی اهمیت پرداختن به نابرابری‌های فرهنگی را برای افزایش تحرک اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی برای همه افراد برجسته می‌کند. پژوهش‌های آتی باید بر توسعه راهبردهایی برای دموکراتیک کردن



دسترسی به سرمایه فرهنگی تمرکز کند و اطمینان حاصل کند که این سرمایه به جای اینکه مانعی برای دستیابی به کیفیت زندگی بالاتر باشد، به عنوان یک پل عمل می‌کند.

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر حاکی از وجود رابطه معنی‌دار و مستقیم بین سواد تغذیه‌ای و کیفیت زندگی داشته و این نتیجه همسو با یافته‌های پژوهش میچو^۱ و همکاران (۲۰۱۹) و همتی و همکاران (۱۳۹۷) می‌باشد. آن‌ها دریافتند بین کیفیت زندگی و سواد تغذیه‌ای رابطه مستقیم وجود دارد و با افزایش سواد تغذیه‌ای، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. این نتیجه با نظریه سیلک^۲ و همکاران (۲۰۰۸) در رابطه سواد تغذیه‌ای همخوانی دارد. به اعتقاد آن‌ها سواد تغذیه، درجه‌ای است که افراد توانایی دستیابی، پردازش و درک اطلاعات و مهارت‌های اساسی سلامت موردنیاز برای تصمیم‌گیری‌های مناسب بهداشتی را دارند. یک فرد با سواد سلامت از دانش فعلی‌اش فراتر می‌رود تا در زمینه زندگی روزمره از اطلاعات به روشی معنی‌دار استفاده کند. در سطح پایه، سواد تغذیه تعاملی باید توانایی تفسیر دانش اظهاری به انتخاب‌های مثبت غذایی را منعکس کند: به عنوان مثال، بداند که چربی فراسیر شده مضر است و سپس، یک محصول با چربی غیر فراسیر شده را شناسایی کند. پژوهش‌ها در رابطه با کیفیت زندگی نشان می‌دهد افرادی که از سواد تغذیه‌ای بالایی برخوردار هستند، کیفیت زندگی مناسب‌تری را از دیگران تجربه می‌کنند. این دانش به آن‌ها این توانایی را می‌دهد تا در رابطه با مصرف غذایی انتخاب مناسبی داشته باشند و تحت تأثیر جو اجتماعی و ساختاری قرار نگیرند که غذاهای ناسالمی را ترویج می‌دهند. افزایش سواد تغذیه یک استراتژی محوری برای بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی است. سیاست‌گذاران، مربیان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید برای توسعه و انتشار ابتکارات آموزش تغذیه موثر همکاری کنند. پژوهش‌های آتی باید بر پژوهش‌های طولی برای درک بهتر اثرات بلندمدت سواد تغذیه بر نتایج سلامت و کشف روش‌های نوآورانه برای افزایش سواد تغذیه در جمعیت‌های مختلف تمرکز کند. با اولویت دادن به سواد تغذیه، می‌توان جوامع سالم‌تری را تقویت کرد و رفاه افراد را در سطح جهان بهبود بخشید.

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد در زمینه‌های مختلف سرمایه فرهنگی مثل تحصیلات، شرکت در فعالیتهای فرهنگی، شبکه‌های اجتماعی، آگاهی‌های بهداشتی و سلامتی سرمایه گذاری‌های بیشتری صورت گیرد. زیرا تحصیلات بالاتر به عنوان یک سرمایه فرهنگی، فرصت‌های شغلی بهتر، درآمد بیشتر و جایگاه اجتماعی بالاتری فراهم می‌کند که همه اینها به بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شوند. شرکت در فعالیتهای فرهنگی (مانند بازدید از موزه‌ها، حضور در تئاتر، شرکت در هنرها) زندگی فرد را با گسترده کردن دیدگاه‌ها، افزایش خلاقیت و ایجاد ارتباطات اجتماعی غنی‌تر می‌کند. شبکه‌های اجتماعی غنی به عنوان سرمایه فرهنگی می‌توانند حمایت عاطفی، فرصت‌های شغلی و دسترسی به اطلاعات را فراهم کنند که در نتیجه، کیفیت زندگی کلی را بهبود می‌بخشند. آگاهی و تمرینات مربوط به بهداشت و سلامتی، مانند تغذیه، تناسب اندام و سلامت روان، به عنوان سرمایه فرهنگی می‌توانند کیفیت زندگی را

1. Michou
2. Silk



با ارتقاء زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر بهبود بخشند. سرمایه فرهنگی شامل توانایی هدایت زمینه‌های فرهنگی متنوع است که در محیط‌های کاری جهانی اهمیت فزاینده‌ای دارد. این شایستگی می‌تواند به پیشرفت شغلی بهتر و روابط بین‌فردی کمک کند. سیاست‌های عمومی که دسترسی به سرمایه فرهنگی را افزایش می‌دهند می‌توانند نابرابری‌های اجتماعی را کاهش داده و کیفیت کلی زندگی را بهبود بخشند.

در زمینه سواد تغذیه‌ای پیشنهادات ذیل ارائه می‌گردد:

- برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای آشنایی افراد با اصول تغذیه سالم. افزایش دانش افراد در زمینه تغذیه سالم می‌تواند منجر به انتخاب‌های غذایی بهتری شود که بهبود کیفیت زندگی را در پی دارد.
- ایجاد محتواهای آموزشی در شبکه‌های اجتماعی با استفاده از اینفوگرافیک‌ها و ویدئوهای کوتاه. دسترسی آسان و گسترده به اطلاعات تغذیه‌ای از طریق رسانه‌ها می‌تواند تأثیر مثبتی بر آگاهی عمومی داشته باشد.
- طراحی و اجرای برنامه‌های تغذیه‌ای در مدارس برای آموزش دانش‌آموزان. ایجاد عادات غذایی سالم در کودکان و نوجوانان می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها در آینده کمک کند.
- حمایت از پژوهش‌های علمی درباره تأثیر سواد تغذیه‌ای بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی. نتایج پژوهش‌ها علمی می‌تواند به سیاست‌گذاران و متخصصان کمک کند تا برنامه‌ها و استراتژی‌های مؤثرتری را برای ارتقاء سواد تغذیه‌ای تدوین کنند.
- توسعه اپلیکیشن‌ها و نرم‌افزارهای آموزشی و تعاملی برای افزایش سواد تغذیه‌ای. فناوری‌های نوین می‌توانند دسترسی به آموزش‌های تغذیه‌ای را برای افراد مختلف آسان‌تر کنند و تاثیرگذاری آموزش‌ها را افزایش دهند.
- ارتقاء سواد تغذیه‌ای می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر بهبود کیفیت زندگی افراد داشته باشد. از طریق آموزش، استفاده از رسانه‌ها، مشاوره‌های فردی، پژوهش‌ها علمی و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، می‌توان به افزایش آگاهی عمومی در این زمینه کمک کرد و رفاه جامعه را ارتقاء داد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز تاییده اخلاق دریافت کرده است. حامی مالی: مقاله حامی مالی ندارد. مشارکت نویسندگان: تمام نویسندگان در آماده‌سازی مقاله مشارکت داشته‌اند. تعارض منافع: بنابر اظهار نویسندگان در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد. تعهد کپی رایت: طبق تعهد نویسندگان حق کپی رایت رعایت شده است.



References

- Nakova, A. (2023). Quality of Life. Problemi Na postmodernostta, doi: 10.46324/pmp2301001 Senghyun, Hong. (2023). Quality of life (QoL).
- Abel T. (2008). Measuring health literacy: moving towards a health-promotion perspective. *Int J Public Health*. 53(4): 169-70.
- Albrecht, G. L. (1994). Subjective health status. In C. Jenkinson (Ed.). *Measuring Health and Medical Outcomes*. London: UCL Press.
- Alnahas, F; Naibi, H; Hosseini, S. H; Mohammadi, E. (2022). Effect of social and cultural capital on older adults' quality of life in care center: Kahrizak institution. *Journal of Social Work Research*, 9, 33(33): 87-130. (In Persian).
- Andrews, F. and Withey, S. (1976). *Social Indicators of Well-being: American Perceptions of Life Quality*, New York: Plenum Press.
- Bennett, T. and Savage, M. 2004. Introduction: cultural capital and cultural policy. *Cultural Trends* 13(2), pp. 7 – 14.
- Benson, R. (1999). Field theory in comparative context: A new paradigm for media studies. *Theory and Society* 29(3), pp. 463–498.
- Blanchard, C. M; Courneya, K. S; Stein, K. (2008). Cancer survivors' adherence to lifestyle behavior recommendations and associations with health-related quality of life: results from the American Cancer Society's SCS-II. *J Clin Oncol*. 26(13):2198–2204.
- Blitstein, J. L; Evans, W. D. (2006). Use of nutrition facts panels among adults who make household food purchasing decisions. *J Nutr Educ Behav*. 38: 360-364.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Routledge
- Bourdieu, P; Passeron, J. C. (1990) *Reproduction in Education, Society and Culture*, SAGE Publications.
- Bowen, M. E; Cavanaugh, K. L; Wolff, K; Davis, D; Gregory, B; Rothman, R. L. (2013). Numeracy and dietary intake in patients with type 2 diabetes. *The Diabetes educator*, 39(2), 240–247.
- Carbone, T. E; Zoellner, J. M. (2012). Nutrition and Health Literacy: A Systematic Review to Inform Nutrition Research and Practice, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* Vol 112, Issue 2, 254-265.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186–192.
- Cesur; Haldun, S. (2018). Nutrition literacy status of adults residing in Sivas province and its relationship with quality of life: a cross-sectional study from turkey. *Innovative Journal of Medical and Health Science*, doi: 10.15520/IJMHS.V8I1.2022





Cha, E; Kim, K. H; Lerner, H. M; Dawkins, C. R; Bello, M. K; Umpierrez, G; Dunbar, S. B. (2014). Health literacy, self-efficacy, food label use, and diet in young adults. *Am J Health Behav*, 38, 331–339.

Chari, R; Warsh, J; Ketterer, T; Hossain, J; Sharif, I. (2014). Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient education and counseling*, 94(1), 61–66.

Constanza, Robert et al (2007). Quality of Life: An Approach Integrating Opportunities, Human Needs, and Subjective Well-Being, *Ecological Economics*, 61, issues 2–3: 267–276; available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0921800906000966>.

Cui, Y; He, Y; Xu, X; Zhou, L; Nutakor, J. A; & Zhao, L. (2024). Cultural capital, the digital divide and the health of older adults: a moderated mediation effect test. *BMC public health*, 24(1), 302.

Delahanty, L. M; Sonnenberg, L. M; Hayden, D; Nathan, D. M. (2001). Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(9), 1012–1023.

Deshmukh, Pradeep, Dongre, Amol R; Rajendran, KP; Kumar, Suresh (2015), Role of Social, Cultural and Economic Capitals in Perceived Quality of Life Among Old Age People in Kerala, India. Deshmukh, et al.: Role of social, cultural and economic capitals in quality of life among older age people. *Indian Journal of Palliative Care*, Vol 21, Issue 1.

Draper, P. (1997). *Nursing Perspectives on Quality of Life*. Routledge.

Fadaiyan Arani, E; Amin Shokravi, F; Tavakoli Ghouchani, H. (2018). The Relationship between Health Literacy and Nutrition Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *North Khorasan University of Medical Sciences*, 9 (4): 49-55. (In Persian).

Fernando, Lolas. (2023). Quality of Life: Objectifying the Subjective Experience. *Alpha psychiatry*, doi: 10.5152/alphapsychiatry.2023.280223

Field, J. (2009). *Social Capital*. Translated by Ghaffari, Gh and Ramazani, H, Tehran: Kavir Pub.

Flegal, F.M; Carroll, M.D; Ogden C.L. and Curtin, L.R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *Journal of the American Medical Association*, 303, 235-241.

Franz, M. J; Monk, A; Barry, B; McClain, K; Weaver, T; Cooper, N; Upham, P; Bergenstal, R; Mazze, R. S. (1995). Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(9), 1009–1017.

Fryar, D. C; Carroll, M. D; Ogden C. L. (2015). Prevalence of overweight, obesity, and extreme obesity among adults: United States, 1960-1962 through 2011-2012.

Gallegos, D; Eivers, A; Sondergeld, P; & Pattinson, C. (2021). Food insecurity and child development: a state-of-the-art review. *International Journal of Environmental Research and public health*, 18(17), 8990.

Ghaffari, Gh; Karimi, A; Nouzari, H. (2012). Trend study of quality of life in Iran. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 1, 3(3), 107-133(In Persian).

Ghaffari, Gh; Omid, R. (2009). Quality of life index of social development, Tehran: Shirazeh Pub.

Ghasemi, S. R; Rajabi Gilan, N; Reshadat, S; Hemati, A. (2019) Investigating Health-Related Quality of Life and the Use of Media Technologies in Adolescents. *Journal of Mazandaran University Medicine Sciences*, 29 (171): 81-91(In Persian).

Gibbs, H. and Chapman-Novakofski, K. (2012). Exploring nutrition literacy: *Attention to assessment and the skills clients need. Health*, 4, 120-124.

Gibbs, H. D; Ellerbeck, E. F; Befort, C; Gajewski, B; Kennett, A. R; Yu, Q; Christifano, D; Sullivan, D. K. (2016). Measuring Nutrition Literacy in Breast Cancer Patients: Development of a Novel Instrument, *J Cancer Educ*, 31(3): 493-499.

Gilan, N. R; Mohamadi, J; Irankhah, A; Khezeli, M; & Zangeneh, A. (2023). Review of the effect cultural capital and subjective socioeconomic status on life satisfaction in Iran: the mediating role of health-promoting lifestyle and the moderating role of ethnicity. *BMC Public Health*, 23(1), 2563.

Golabi F, Alizadeh Aghdam, M. B; Aghayari Hir, T; Hobbi, A. (2019). Association between nutrition literacy and diet with obesity. *Payesh*, 18 (4):393-404. (In Persian).

Gunawan, Prayitno; Dian, Dinanti; Dimas, WISNU, ADRIANTO; Rahmawati, Rahmawati; Aidha, Auliah; Lusyana, EKA, WARDHANI. (2023). the influence of social capital in improving the quality of life of the community in sidomulyo tourism village, Indonesia. *Geojournal of Tourism and Geosites*, doi: 10.30892/gtg.46123-1017

Hao, C; Guo, D; Ren, H; Wang, X; Qiao, Y; & Qiu, L. (2023). The relationship between social capital and health from a configuration perspective: evidence from China. *BMC Public Health*, 23(1), 1611.

Hargreaves, S. M; Raposo, A; Saraiva, A; & Zandonadi, R. P. (2021). Vegetarian diet: an overview through the perspective of quality-of-life domains. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4067.

Hemati, M; Akbartabar Toori, M; Shams M, Behroozpour, A; Rezaei, A. (2018). Measuring Nutritional Literacy in Elementary School Teachers in Yasuj: A Cross-Sectional Study. *Armaghan-e- Danesh*, 23 (1):124-133(In Persian).

Huizinga, M. M; Carlisle, A. J; Cavanaugh, K. L; Davis, D. L; Gregory, R. P; Schlundt, D. G; Rothman, R. L. (2009). Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *American journal of preventive medicine*, 36(4), 324-328.



Hutchison, J. A; Warren-Findlow, J; Dulin, M; Tapp, H; Kuhn, L. (2014). The Association between Health Literacy and Diet Adherence among Primary Care Patients with Hypertension, *Journal of Health Disparities Research and Practice*: Vol. 7: Iss. 2.

Idrees, Mousa, Mohammed. (2023). about quality of life. Innovative project, doi: 10.17673/ip.2021.6.12.11

Ivan, Riabokon; A; G; Shandar. (2023). Quality of working life of scientific and pedagogical workers: determinants and evaluation indicators. Соціально-трудові відносини: теорія та практика, doi: 10.21511/slrtp. 12(2).2022.02

Janaki, Imbulana, Arachchi; S; Managi. (2023). the role of social capital in subjective quality of life. Humanities & social sciences communications, doi: 10.1057/s41599-023-01502-7

Janaki, Imbulana, Arachchi; S; Managi. (2023). the role of social capital in subjective quality of life. Humanities & social sciences communications, doi: 10.1057/s41599-023-01502-7

Joyce, C. R. B. (1988). Quality of life: the state of the art in clinical assessment. In S. W. Walker and R. M. Rosser, (Eds.). *Quality of Life Assessment and Application*. Lancaster: MTP Press.

Ju, Lai; Li-Chun, Chang; Li-Chun, Chang; Chia, Kuei, Lee; Li, Ling, Liao. (2021). Nutrition Literacy Mediates the Relationships between Multi-Level Factors and College Students' Healthy Eating Behavior: Evidence from a Cross-Sectional Study. *Nutrients*, doi: 10.3390/NU13103451

Juhrotun, Nisa; Nora, Rahmanindar. (2023). Health Belief Model Keteraturan Pemeriksaan Antenatal Ibu Hamil Selama Pandemi Covid-19. *Care: jurnal ilmiah ilmu kesehatan*, doi: 10.33366/jc. v11i1.2648

Kefeng, Yang. (2023). the Influence of Family Socioeconomic Status, Cultural Capital and Extra Curricular Study on Students' Academic Achievement. *Journal of Advanced Research in Education*, doi: 10.56397/jare.2023.07.06

Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, Vol 16, Issue 3, 289–297.

Kim, S; Kim, H. (2009). Does Cultural Capital Matter? Cultural Divide and Quality of Life, *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, Springer, vol. 93(2), 295-313.

Kim-Prieto, C; and Diener, E. (2005). Religious Affiliation as a source of cultural differences in achievement motivation. In M. L. Maehr and S. A. Karabenick (Eds.), *Motivation and religion (Advances in Motivation and Achievement, Vol. 14, pp. 403–418)*. San Diego, CA: Elsevier, Inc.

Kroenke C. H; Chen, W. Y; Rosner, B; Holmes, M. D. (2005). Weight, weight gain, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol.*; 23(7):1370–1378.

Kushi, L. H; Doyle, C; McCullough, M; Rock, C. L; Demark-Wahnefried, W; Bandera, E. V; Gapstur, S; Patel, A. V; Andrew, K; Gansler, T. (2006). American

Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin.* 56(5):254–281.

Lane, R. E. (1994). Quality of life and quality of persons: A new role for government? *Political Theory*, 22, 219–252.

Lane, R. E. (1996). Quality of life and quality of persons: A new role for government? In A. Offer (Ed.), *the pursuit of the quality of life* (pp. 256–294). New York: Oxford University Press.

Liu, B. (1975). Quality of life: concept, measure and results, *American Journal of Economics and Sociology*, 34 (1):1–13.

Maren, Hawkins; Víctor, Flórez-García; E; Guevara, Romero; Esmeralda, Santacruz-Salas; Ashley, Ruiz. (2023). Social Cognitive Theory-Based Interventions to Address Interpersonal Violence Among Hispanic Youth-A Systematic Review. *Hispanic Health Care International*, doi: 10.1177/15404153231187381

Matos Pedro, E; Leitão, J; & Alves, H. (2020). Bridging intellectual capital, sustainable development and quality of life in higher education institutions. *Sustainability*, 12(2), 1-27.

McGee, H. (2004). Quality of life. In A Kaptein, and J. Weinman, (Eds.). *Health Psychology*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Meadera, N; Uzzellb, D; Gaterslebenb, B. (2006). Cultural theory and quality of life, *European Review of Applied Psychology*, Volume 56, Issue 1, 61-69.

Michalos, A. C. (2008). Education, happiness and wellbeing. *Social Indicators Research*, 87, 347–366.

Michou, M; Panagiotakos, D. B; Lionis, C; Petelos, E; Costarelli, V. (2019). Health and nutrition literacy levels in Greek adults with chronic disease, *Public Health Panorama*, Volume 5, Issue 2–3, 123–329.

Miller, L. M. S; Cassady, D. L. (2015). The effects of nutrition knowledge on food label use. A review of the literature. *Appetite* 92, 207–216.

Mohammad, Sheykhi. (2023). Sociology of Quality of Life. doi: 10.9734/bpi/mono/978-81-19039-27-2

Mohammadi, F; Ahmadi, V. (2022). The Effect of Cultural, Economic, and Social Capital on the Quality of Life of Retired Teachers in Jawanroud County. *Social Welfare*. 22(86), 235-268(In Persian).

Monika, Szkultecka-Dębek. (2023). Indicators affecting the quality of life of an individual and society. doi: 10.7365/jhpor.2023.1.2

Mostafazadeh, P; Jafari, M. J; Mojebi, M. R; Nemati-Vakilabad, R; & Mirzaei, A. (2024). Assessing the relationship between nutrition literacy and eating behaviors among nursing students: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 18.

Najati, V. (2008). Health Related Quality of Life in the Elderly in Kashan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14, 56-61(In Persian).





Naqaa, Younes; Iyad, Hamed. (2023). the General Framework of Human Development from an Islamic Perspective. *College Of Basic Education Research Journal*, doi: 10.33899/berj.2023.178038

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.

Ogden, J. (2004). *Health Psychology: a text book* (third edition). Berkshire: Open University Press.

Pressley, A. M. (2015). Cultural Capital, Social Capital and Communities of Practice in Social Marketing, Marketing & Strategy Section, Cardiff Business School, Cardiff University.

Pruitt, J. D; Bensimhon, D; Kraus, W. E. (2006). Nutrition as a contributor and treatment option for overweight and obesity. *American heart journal*, 151(3), 628-632.

Ranjbari, Z; Mirsardoo, T. (2020). Cultural Capital and Quality of Life. *Journal of Sociological Researches*, 14, 4(50): 27-50(In Persian).

Ren, H; & Liu, W. (2022). The effect and mechanism of Cultural Capital on Chinese residents' participation in physical activities. *Frontiers in Psychology*, 13, 848530.

Robin, Wright; Keavy, McFadden. (2023). Social reproduction and public finance: A comparative study of TIF in California and Chicago. *Environment and Planning A*, doi: 10.1177/0308518x231178309

Rostampoor Vajari, M; Amirmazaheri, A. M; Kashani, M. (2021). The Sociological Comparison of the Impact of Social Capital on the Quality of Life of Traditional and Modern Elderly: A Case Study of the Elderly in Rasht City. *Social Capital Management*, 7, 4: 587-611(In Persian).

Rothman, R. L; Housam, R; Weiss, H; Davis, D; Gregory, R; Gebretsadik, T; Shintani, A; Elasy, T. A. (2006). Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. *American journal of preventive medicine*, 31(5), 391-398.

Ryan, L. K; Scott, J. A; & Harris, N. (2019). Nutrition literacy mediates the relationship between socioeconomic status and diet quality in Australian adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51(4), 436-443

Sacks, F. M; Svetkey, L. P; Vollmer, W. M; Appel, L. J; Bray, G. A; Harsha, D; Obarzanek, E; Conlin, P. R; Miller, E. R; 3rd, Simons-Morton, D. G; Karanja, N; Lin, P. H; DASH-Sodium Collaborative Research Group (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *The New England journal of medicine*, 344(1), 3-10.

Sakip, S. R. M; Zukri, A. Z. M; & Rahim, P. R. M. A. (2023). Assessing the relationship between environmental, psychological, physical and social towards the

quality of life. *International Journal of Sustainable Construction Engineering and Technology*, 14(2), 256-265.

Sanjay, Sevak; G; Balamurugan. (2023). Quality of life: concepts, needs, psychometric measurement, factors associated and treatment responsiveness in depression disorder. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20230250

Sanjay, Sevak; G; Balamurugan. (2023). Quality of life: concepts, needs, psychometric measurement, factors associated and treatment responsiveness in depression disorder. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20230250

Scherger, S. (2009). Cultural practices, age and the life course. *Cultural Trends*, 18(1), pp. 23-45.

Scribner, M. (2016). Influence of Social and Cultural Capital including Language of English Learners on Student Engagement, Doctor of Education, University of Redlands, ProQuest LLC.

Shamsollahi, S; Kaffashi, M. (2012). Social and Cultural Factors Affecting the Quality of Life of Citizens. *Journal of Social Research*, 5(20), 161-181.

Sharbatian, M. H; Eskandari, Z. (2017). A study of cultural capital indicators on students' media literacy, case study: students of Payam Noor University, Kainat Center. *Journal of Socio- Cultural Studies of Khorasan*, 12(2): 55-88(In Persian).

Sheikhi, M. T. (2015). *Sociology of Quality of Life*. Tehran: Harir Pub.

Silk K. J; Sherry, J; Winn, B; Keesecker, N; Horodyski, M. A; Sayir, A. (2008). Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *J Nutr Educ Behav*. 40(1):3-10.

Sinem, Erem; Zeynep, Bektas. (2023). Is nutritional literacy level in young adults associated with quality of life? *Food and health*, doi: 10.3153/fh23012

Smith, J. D; & Johnson, K. L. (2019). Impact of nutritional literacy on health: A systematic review and sequential meta-analysis. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(3), 123-135.

Sobal, J, Bisogni, C. A. (2009). Constructing food choice decisions. *Ann Behav Med*. 38: 37-S46.

Sørensen, K; Van den Broucke, S; Fullam, J; Doyle, G; Pelikan, J; Slonska, Z; Brand, H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 25; 12:80.

Steward, M. (2008). A fashionable reconsideration of cultural capital. *Journal of Politics & Society* 19(1), pp. 62-76.

Sumner, L. W. (1996). *Welfare, happiness, and ethics*. New York: Oxford University Press.





Sun, Z; Sun, W; Gao, H; Fa, R; Chen, S; & Qian, D. (2023). Digital Inclusion, Cultural Capital, and Health Status of Urban and Rural Residents: An Empirical Study Based on 2017 CGSS Database. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4022.

Tajvar, M; Arab, M. & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 323.

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Thomson C. A. (2012). Diet and breast cancer understanding risks and benefits. *Nutr Clin Pract*. 27(5):636–650.

Throsby, D. (1999). Cultural capital. *Journal of Cultural Economics*, 23(1), pp. 3–12.

U.S. Department of Education (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy.

Vaitkeviciute R, Ball LE, Harris N. The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*. 2015; 18(4):649-658. doi:10.1017/S1368980014000962

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1–39.

Vidgen, H. A; & Gallegos, D. (2014). Definition of food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>

Viswanathan, M; Hastak, M; Gau, R. (2009). Understanding and Facilitating the Usage of Nutritional Labels by Low-Literate Consumers. *Journal of Public Policy & Marketing*, 28(2), 135–145.

Walker, E. (2024). Social, economic and cultural capital & health: exploring independent associations between cultural engagement and health: A biosocial analysis of self-reported mental and physical health and biomarkers in Understanding Society (Doctoral dissertation, UCL (University College London)).

Webb, J; Schirato, T; Danaher, G. (2002). Understanding Bourdieu, SAGE Publications Ltd.

Steward, M. (2008). A fashionable reconsideration of cultural capital. *Journal of Politics & Society* 19(1), pp. 62–76.

Sumner, L. W. (1996). Welfare, happiness, and ethics. New York: Oxford University Press.

Tajvar, M; Arab, M. & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 323.

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

- Thomson C. A. (2012). Diet and breast cancer understanding risks and benefits. *Nutr Clin Pract*. 27(5):636–650.
- Throsby, D. (1999). Cultural capital. *Journal of Cultural Economics*, 23(1), pp. 3–12.
- U.S. Department of Education (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1–39.
- Vaitkeviciute R, Ball LE, Harris N. The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*. 2015; 18(4):649-658. doi:10.1017/S1368980014000962
- Vidgen, H. A; & Gallegos, D. (2014). Definition of food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>
- Viswanathan, M; Hastak, M; Gau, R. (2009). Understanding and Facilitating the Usage of Nutritional Labels by Low-Literate Consumers. *Journal of Public Policy & Marketing*, 28(2), 135–145.
- Webb, J; Schirato, T; Danaher, G. (2002). Understanding Bourdieu, SAGE Publications Ltd.
- Walker, E. (2024). Social, economic and cultural capital & health: exploring independent associations between cultural engagement and health: A biosocial analysis of self-reported mental and physical health and biomarkers in Understanding Society (Doctoral dissertation, UCL (University College London)).
- Zoellner, J; You, W; Connell, C; Smith-Ray, R. L; Allen, K; Tucker, K. L; Davy, B. M; Estabrooks, P. (2011). Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: findings from the rural Lower Mississippi Delta. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1012–1020.

COPYRIGHTS



This license allows others to download the works and share them with others as long as they credit them, but they can't change them in any way or use them commercially.

