

نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران / سال دوازدهم، شماره ۲۳، بهار و تابستان ۱۳۷۷، ۲۰۵-

مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل و غیرشاغل شهر شیراز با تاکید بر متغیرهای جمعیتی

زینب کاوه فیروز^۱

اعظم صارم^۲

نورالدین فراش^۳

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل و غیرشاغل شهر شیراز و شناسایی تاثیر متغیرهای جمعیتی بر آن انجام شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه زنان ۱۵ سال به بالای ساکن شهر شیراز تشکیل داده‌اند. با استفاده از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه تعداد ۲۷۴ نفر از زنان شاغل و غیرشاغل شهر شیراز مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها بیانگر میزان سبک زندگی سلامت‌محور بالاتر زنان شاغل در مقایسه با زنان غیرشاغل است. نتایج نشان داد بین سبک زندگی سلامت‌محور زنان براساس تحصیلات و سن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. هرچه سطح تحصیلات بالاتر باشد گرایش به سبک زندگی سلامت‌محور زنان افزایش می‌یابد. زنان گروه‌های سنی پایین‌تر از سبک زندگی سلامت‌محور بهتری برخوردار بوده و به سلامت خود

۱ استادیار جمعیت‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی، z.kavehfiroz@gmail.com

۲ کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه خوارزمی، (نویسنده مسئول) a.sarem@gmail.com

۳ دانشجوی دکترای جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، n_farrash@yahoo.com

اهمیت بیشتری می‌دهند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که متغیر تحصیلات با ضریب بتای ۰/۲۵۲ دارای بیش‌ترین تأثیر کل بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان می‌باشد. **واژگان کلیدی:** زنان، سبک زندگی سلامت‌محور، وضع فعالیت، سطح تحصیلات، سن.

مقدمه و بیان مساله

اشتغال برای زنان از جنبه‌های مختلفی همچون درآمدزایی، تولید و کارآفرینی اهمیت دارد و از دیدگاه اجتماعی نیز به آنها منزلت، جایگاه و موقعیت اجتماعی و حس اعتماد به نفس می‌بخشد (کریمی‌موغاری، نظیفی‌نائینی و عباس‌پور، ۱۳۹۲: ۵۵). از سوی دیگر طبق نتایج تحقیقات انجام شده، ارتباطات اجتماعی ناشی از شغل و فرهنگ شغلی، منزلت شغلی، درآمد، میزان دسترسی به برخی امکانات، تاثیر قابل توجهی بر سبک زندگی زنان شاغل دارند. با توجه به عوامل ذکرشده به نظر می‌رسد شیوه زندگی زنان شاغل و خانه‌دار متفاوت بوده و تجربه زندگی، امکانات و چگونگی زیستن را به گونه‌ای متفاوت از هم گذرانده‌اند. با ورود زنان به نهادهای شغلی، آموزشی و سایر نهادهای اجتماعی، سبک زندگی آنان تعدد و تکثر یافته است (ازکیا و عبدالهی، ۱۳۹۰: ۸-۹).

سبک زندگی مفهومی است که با انتخابی شدن زندگی روزمره معنا می‌یابد. سبک زندگی در واقع مجموعه‌ای از عملکردها، نگرش‌ها، رفتارها، بینش‌ها، سلیقه‌ها، انتخاب‌ها و فعالیت‌های یک فرد را دربر می‌گیرد. در کل، شناخت سبک زندگی؛ یعنی تلاش برای درک تعاملات بین محیط، نظام‌ها و فرد که بر رشد و تکامل فرد تأثیر می‌گذارد (جهانبخش و هاشمی، ۱۳۹۳: ۶۳) و از جهات مختلف قابل بررسی است. از جمله می‌توان به بررسی رفتارهای بهداشتی و زندگی سلامت‌محور افراد جامعه اشاره کرد که در تحقیق حاضر این مقوله در بین زنان شاغل و غیرشاغل صورت پذیرفته است. سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل از این جهت می‌تواند حائز اهمیت باشد که زنان نیمی از جمعیت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند و بدون حضور آنها در عرصه‌های گوناگون اجتماعی، توسعه پایدار در هیچ جامعه‌ای رخ نمی‌دهد. بنابراین بهره‌برداری مناسب از این منابع انسانی که تامین سلامت جسمی و روانی آنان شرط اصلی آن است،

هدف‌های راهبردی توسعه را هموار می‌سازد. بررسی سبک زندگی زنان غیرشاغل نیز به این دلیل که جمعیت قابل ملاحظه‌ای از جامعه ایران را به خود اختصاص داده و اکثر آنها مدیریت خانه و خانواده را برعهده دارند و از همه مهمتر نقش مادر بودن را پذیرفته‌اند، مهم و ضروری بنظر می‌آید.

بررسی سبک زندگی سلامت‌محور و تعیین مولفه‌های سلامت شغلی نیز می‌تواند در راستای این اهداف باشد. ایران از سال ۲۰۰۵ به عضویت کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت درآمد و برنامه‌های متعددی در راستای بهبود شاخص‌های اقتصادی اجتماعی - جمعیت شناختی صورت گرفته است تا از این رهگذر، شاخص‌های سلامت در جامعه ارتقا یابد و در این زمینه موفقیت‌هایی نیز به دست آمده است (بنی فاطمه، شهامفر، علیزاده اقدم و عبدی، ۱۳۹۳: ۸۶). طبق گزارش سازمان سلامت جهان^۱ در سال ۲۰۱۰ حدود ۵/۶ درصد از تولید ناخالص داخلی ایران در بخش سلامت هزینه شده و دولت برای هر ایرانی در بخش سلامت ۳۳۶ دلار آمریکا هزینه نموده است. با توجه به اهمیت پیشگیری در مدیریت مناسب حوزه سلامت، لازم است تا شاخص‌های اقتصادی اجتماعی و جمعیتی تاثیرگذار در وضعیت سلامت افراد و در میان گروه‌های مختلف اجتماعی شناسایی و بار تاثیرگذاری آن‌ها مشخص شود (بنی فاطمه، شهامفر، علیزاده اقدم و عبدی، ۱۳۹۳: ۸۶).

با توجه به اطلاعات سازمان بهداشت جهانی^۲ ۷۰ الی ۸۰ درصد موارد مرگ و میر در اثر بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی در کشورهای توسعه یافته و ۴۰ الی ۵۰ درصد در کشورهای توسعه نیافته است. بیماری‌های عفونی که در گذشته علت اصلی مرگ و میر بوده، جای خود را به بیماری‌های مزمن نشات گرفته از سبک زندگی مانند فشار خون بالا، چاقی، دیابت، بیماری‌های عروق کرونری قلب و غیره داده است (کاراداغ و همکاران، ۲۰۱۳: ۴۸۶). با تغییر علل مرگ و میر از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن، توجه مراقبان بهداشتی به سرچشمه این بیماری‌ها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان‌ها معطوف گشته است. عواملی مانند استعمال سیگار، الگوی تغذیه نامناسب، نداشتن فعالیت جسمی، صدمه دیدن و غیره از مهم ترین عوامل

1 World Health Organization

2 WHO

مرگ و میر بوده‌اند (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۸۴). در ایران نیز براساس بررسی‌های انجام شده شیوع بیماری‌های قلبی عروقی و نیز سرطان تفاوت چندانی با جوامع غربی ندارد و به نظر می‌رسد ایران اکنون در دوره‌ای به سر می‌برد که در آن سبک‌های زندگی نقش عمده‌ای را در چگونگی مرگ و میر ایفا می‌کنند. در این دوره اگرچه پیشرفت‌های پزشکی در کاهش مرگ و میر مؤثرند ولی عموماً علل و سن مرگ و میر افراد از عواملی مانند شغل، اعتیاد به دخانیات، مصرف دارو، ورزش، رژیم غذایی، استرس و استفاده از وسایل موتوری تأثیرپذیر است (جهانبخش و هاشمی، ۱۳۹۳: ۸۳).

اگرچه افراد اغلب در زمینه سبک زندگی خود دست به انتخاب می‌زنند اما انتخاب‌های بسیاری از آنها محدود است. در تنظیم انتخاب‌های در دسترس عواملی مانند آموزش، روابط بین فردی و اجتماعی، جامعه‌پذیری، فردیت، توانایی‌های جسمی و روانی، عوامل موقعیتی و اهداف نهایی و مالی و سایر منابع درگیرند. این موضوع در کشورهای همچون ایران که مراحل مختلف گذار دموگرافیک را گذرانده و از طرفی در مراحل پایانی گذار اپیدمیولوژیک قرار دارد، بسیار با اهمیت است (جهانبخش و هاشمی، ۱۳۹۳: ۸۵). مردم در متن‌های اجتماعی در گستره جامعه و با شرایط اقتصادی متعدد دست به انتخاب می‌زنند. با توجه به این مطلب می‌توان گفت افرادی که دارای مشاغل و موقعیت‌های اجتماعی هستند، انتخاب‌های متفاوت‌تری نسبت به بقیه دارند. اشخاصی که به محیط‌های مرفه تعلق دارند از آنجا که بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند و سطح بالایی از معلومات را دارند، از این رو بهتر مفاهیم دانش پزشکی را درونی می‌کنند (کرمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۹۸). یک محیط کار سالم می‌تواند هم در پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب‌های مرتبط با کار و هم به ارتقاء و ترویج سبک زندگی سلامت محور کمک کند که لازمه آن به رسمیت شناختن رفاه کارمندان است (آدلی، مک کیولان و رادلف^۱، ۲۰۰۱: ۳۲۸). با این وجود، فشار ناشی از کارهای خانگی و وظایف شغلی بویژه برای مادرانی که فرزندان خردسال دارند و بر زمین ماندن کارهای خانگی که نسبتاً وظیفه زنان بوده، از پیامدهای منفی اشتغال زنان دانسته می‌شود. همچنین استرس شغلی می‌تواند سلامت عمومی را به مخاطره بیندازد

(کاستا ۲۰۱۰: ۳۷۶). بررسی حاضر به دنبال شناخت وضعیت سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل و خانه‌دار با در نظر گرفتن متغیرهای جمعیتی می‌باشد. به عبارتی محقق درصدد است تا ضمن مطالعه تطبیقی زنان شاغل و خانه‌دار شهر شیراز، تاثیر وضع فعالیت، تحصیلات و سن را بر ابعاد ده‌گانه سبک زندگی مبتنی بر سلامت مشخص نماید.

پیشینه تحقیق

زارع شاه‌آبادی و خالویی (۱۳۹۳) در پژوهشی به مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور بین زنان غیرشاغل و زنان شاغل در آموزش و پرورش پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان داد که سبک زندگی سلامت‌محور در بین زنان شاغل مناسب‌تر از سبک زندگی زنان غیرشاغل است.

عابدی، جرفی و افشاری (۱۳۹۴) نشان دادند بیشترین میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با در نظر گرفتن ابعاد آن، مربوط به ابعاد مسئولیت‌پذیری در سلامت و خودشکوفایی و کمترین میانگین مربوط به بعد ورزش بوده است. نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که تعداد فرزند، تحصیلات و شغل زن و تحصیلات و شغل همسر از عوامل مؤثر بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بوده است.

رفیعی و همکاران (۱۳۹۳) بیان کردند بین سبک زندگی با قومیت، وضعیت تأهل، شغل و درآمد ارتباط معناداری وجود داشت. در زمینه کیفیت خواب (۲۹/۹ درصد)، گذراندن اوقات فراغت (۴۹/۷ درصد)، وضعیت تغذیه (۵۴/۷ درصد) و وضعیت بهداشت فردی (۴۸/۲ درصد) دارای سبک زندگی متوسطی بودند. در کل ۵۰/۳ درصد از زنان دارای سبک زندگی متوسطی بودند.

کردی و هادیزاده (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند، اکثر زنان دارای سبک زندگی سستی بوده و آزمونهای مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد بین سبک زندگی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنادار وجود دارد، این تفاوت در ابعاد سبک زندگی (روابط اجتماعی، مدیریت بدن، الگوی خرید) کاملاً مشهود است. دیگر نتایج ناشی از تحلیل همبستگی پژوهش نشان می‌دهد بین سن، تحصیلات، درآمد خانواده با سبک زندگی، رابطه معناداری وجود داشته و منزلت شغلی زنان شاغل از عوامل تاثیر گذار بر نوع سبک زندگی آنان است. تحلیل رگرسیون

چند متغیری نشان داد به ترتیب سن افراد و سپس نوع فعالیت و در رتبه بعدی درآمد خانواده و تحصیلات به گونه نسبی قدرت تبیین نوع سبک زندگی را دارند. در نهایت، بر اساس نمودار تحلیل مسیر، تحصیلات زنان نقش اصلی را در نوع سبک زندگی دارا می‌باشد.

ازکیا و عبدالهی (۱۳۹۰) تاثیر شغل بر مولفه‌های روابط اجتماعی، مدیریت بدن، سلیقه و نحوه گذران اوقات فراغت سبک زندگی را بررسی کردند. نتایج بررسی حاکی از این است که زنان شاغل روابط اجتماعی گسترده تری دارند اما مدیریت بدن یکسانی دارند. از نظر سلیقه، زنان شاغل از سلیقه بالاتری برخوردار بوده و زنان خانه دار اوقات فراغت متنوع تری داشته‌اند. جواهری، سراج زاده و رحمانی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که تنوع پذیری و تناسب شغل دارای مهارت و تخصص با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد. یعنی زنانی که وضعیت شغلی مناسبتری دارند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. همچنین رضایت و خشنودی از شغل با کیفیت زندگی زنان در ارتباط است.

هاکیم^۱ (۲۰۰۲) نشان داد ترجیحات سبک زندگی تاثیر بسزایی بر انتخاب نوع شغل زنان دارد و تنوع در سبک زندگی در میان کارمندان زن در مشاغل خاص (پاره وقت و نیمه وقت) قابل ملاحظه است.

اندرسون و همکاران^۲ (۲۰۱۰) در مطالعه ای که در استرالیا انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که سنین میانسالی برای زنان در ایجاد تغییرات رفتار بهداشتی مثبت، زمان مناسبی است. بر اساس نتایج این مطالعه، یک سوم از جمعیت مورد مطالعه (۳۴ درصد) در انجام تمرینات ورزشی افزایش داشتند و نزدیک به ۶۰ درصد از افراد سعی داشتند که رژیم غذایی مناسب از سن ۴۰ سالگی داشته باشند.

کینگ و همکاران^۳ (۲۰۰۹) در خصوص سبک زندگی نشان دادند که عوامل مرتبط با سبک زندگی سالم در این مطالعات در جمعیت مورد پژوهش در طول چند سال تغییراتی داشته؛ به طوری که فعالیت بدنی از ۵۳ درصد به ۴۳ درصد و مصرف سبزیجات و میوه جات ۵ بار در

1 Hakim

2 Anderson & et al

3 King & et al

روز از ۴۲ درصد به ۲۶ درصد کاهش و شاخص توده بدنی از ۲۸ درصد به ۳۶ درصد و مصرف الکل از ۴۰ درصد به ۵۱ درصد افزایش داشته است،

با توجه به مطالعات انجام شده در مجموع می‌توان گفت مطالعات اندکی در حوزه سبک زندگی سلامت‌محور زنان به انجام رسیده است ضمن آنکه غالب مطالعاتی که در زمینه سبک زندگی مبتنی بر سلامت در بین زنان انجام شده، مطالعاتی بوده که در حیطه پزشکی انجام شده که فاقد پشتوانه نظری بوده اند. ضمن آنکه مطالعات انجام شده در حوزه علوم انسانی و اجتماعی به جز یک پژوهش (زارع شاه آبادی و خالویی، ۱۳۹۳) نیز سبک زندگی را به صورت عام مدنظر قرار داده اند. تحقیق حاضر جزو معدود مطالعاتی است که ابعاد سبک زندگی مبتنی بر سلامت را در بین زنان شاغل و غیرشاغل با در نظر گرفتن تاثیر متغیرهای جمعیتی مورد مذاقه قرار داده است.

مبانی نظری

از نظر گیدنز^۱ (۱۹۹۱) سبک زندگی را می‌توان مجموعه ای کم و بیش جامع از عملکردها تعبیر کرد که فرد آنها را به کار می‌گیرد. این عملکردها نه فقط نیازهای جاری او را برآورده می‌سازد بلکه روایت خاصی را هم که وی برای هویت خویش بر می‌گزیند، در برابر دیگران مجسم می‌سازد. سبک زندگی مجموعه‌ای نسبتاً منسجم از همه رفتارها و فعالیت‌های یک فرد معین در جریان زندگی روزمره است (به نقل از کرمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۰۱).

به اعتقاد گیدنز (۱۹۹۱)، عصری که ما در آن زندگی می‌کنیم، عصری است که نمادها و علائم مربوط به مصرف، نقش بیشتری در زندگی روزمره ایفا می‌کنند و هویت‌های فردی، بیشتر گرداگرد انتخاب‌های سبک زندگی ساخته می‌شوند؛ مانند چگونگی لباس پوشیدن، چگونگی مراقبت و رسیدگی به بدن و چگونگی استراحت و تفریح؛ و کمتر براساس معرف‌های سنتی تر طبقه، مثل اشتغال شکل می‌گیرد. کسانی که زمینه‌های طبقاتی متفاوتی دارند، برنامه‌های تلویزیونی یکسانی تماشا می‌کنند یا لباس خود را از بوتیک‌های یکسانی می‌خرند و در کل این نوع مصرف است که سبک‌های متنوع زندگی را پدید آورده است، اما توجه به این تغییر و تحول‌ها، نقش مهم

عوامل اقتصادی چون نوع شغل و درآمد را در بروز نابرابری و تمایز کم‌رنگ نمی‌کند (زارع، کاوه فیروز و سلطانی، ۱۳۹۴:۱۲۲). بنابراین از نظر گیدنز شغل یکی از عوامل تاثیرگذار بر سبک زندگی و از جمله سبک زندگی سلامت محور می‌باشد.

گیدنز همچنین در زمینه اهمیت زنان به مسئله سلامت، مقایسه‌ای را بین زنان و مردان انجام داده است. به طور کلی، تقریباً در همه کشورهای جهان، امید زندگی زنان بیشتر از مردان است. درعین حال، میزان ابتلا به بیماری نیز در بین زنان، به ویژه در اواخر عمر، بیش از مردان است. زنان بیشتر به دنبال درمان می‌روند و بیش از مردان بیماری خود را گزارش می‌کنند. در کشورهای صنعتی، زنان دو برابر مردان اظهار می‌کنند که اضطراب و افسردگی دارند. تصویر کلی سلامت زنان در دنیای درحال توسعه چنین است که زنان بیش از مردان عمر می‌کنند، اما بیمارترند و عجز و ناتوانی بیشتری را تجربه می‌کنند. علت‌های مرگ و الگوهای بیماری نیز تفاوت‌هایی را میان مردان و زنان نشان می‌دهند. بیماری قلبی مهم‌ترین عامل مرگ مردان و زنان است، اما میزان مرگ و میر در اثر تصادف و خشونت، بین مردان بیشتر است. همچنین مردان به مواد مخدر و الکل، گرایش بیشتری دارند. به طور کلی نسبت ابتلا به بیماری بین مردان کمتر است، اما بیماری‌هایی که مردان به آنها مبتلا می‌شوند، بیش از بیماری‌های زنان، زندگی آنها را در معرض تهدید قرار می‌دهند (گیدنز، ۱۳۸۶:۴۳۱).

ویلیام کاکرهام^۱ (۲۰۰۸) نیز از جمله افرادی است که در دوره اخیر به بسط مفهوم سبک زندگی در حوزه سلامت پرداخته است. او نیاز به تئوری "سبک زندگی سلامت" را با این حقیقت توجیه می‌کند که بسیاری از عادات سبک زندگی روزمره درگیر توجه به نتایج سلامت است و همچنین بر این نکته تأکید دارد که برخلاف دوران تاریخی قبل، در دوران معاصر به دلیل تغییرات ایجاد شده در الگوهای بیماری، مدرنیته و هویت‌های اجتماعی، سلامتی بعنوان یک دستاورد در نظر گرفته می‌شود. چیزی که افراد خود را موظف می‌دانند تا با ارتقای کیفیت زندگیشان، آن را به دست آورند، چه در غیراینصورت متحمل مرگ زودرس و یا ابتلا به بیماری‌های سخت و مزمن خواهند شد (کاکرهام، ۲۰۰۸). در این رابطه گیدنز (۱۹۹۱) و ترنر^۲

1 Cockerham

2 Turner

(۱۹۹۲)، نیز با تأکید بر این امر معتقدند که انتخابهای سبک زندگی در دوران مدرنیته متأخر افراد را در برابر سلامتی و بطور کلی بدن‌هایشان بیشتر مسئول کرده است. کاکرهام در طرح مدل سبک زندگی سلامت از مباحث وبر، گیدنز و بوردیو در حوزه سبک زندگی متأثر بوده است. وی در پژوهشی میدانی با استفاده از چارچوب نظریه بوردیو نشان می‌دهد که سبکهای زندگی منفی بعنوان اجبارهای اجتماعی اولیه، در اواخر قرن بیستم در روسیه و اروپای شرقی باعث کاهش امید زندگی شد. بر اساس یافته‌های پژوهش وی، گروهی که بیشتر در معرض کاهش طول عمر بودند را افراد میانسال و مردان طبقه کارگر تشکیل می‌دادند. اوضاع زندگی و موقعیت نسبتاً پایین و ضعیف آنها در ساخت اجتماعی، عاداتی را پرورش می‌داد که مبتنی بر اعمال غیر بهداشتی بود (مانند مصرف زیاد مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش). این نوع سبک زندگی باعث بالا رفتن میزان بیماریهای قلبی، تصادفات و دیگر مشکلات بهداشتی بود و نهایتاً منجر به کوتاهی طول عمر می‌شد. این رفتارها، هنجارهای ایجاد شده از طریق تعامل گروهی بودند که به واسطه فرصتهایی که آنها در اختیار داشتند، شکل گرفته و به وسیله این ساختار ذهنی درونی شده بود. ساخت زندگی روزانه هم انتخاب‌های بهداشتی مرتبط را محدود می‌سازد و هم آن را به سمتی سوق می‌دهد که به سبکهای زندگی منتهی شود که مرگهای نابهنگام نتیجه آن است (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۷۳). ویلیام کاکرهام بحث عاملیت و ساختار را بعنوان چارچوبی برای ساخت تئوری سبک زندگی سلامت به کار گرفته و در این رابطه معتقد است که چشم انداز نظری معاصر اهمیت عاملیت و ساختار را انکار نمی‌کند، بلکه مباحث نظری در این رابطه بر میزان برتری یکی نسبت به دیگری تمرکز یافته است؛ بطوری که طرفداران ساختار بر موقعیتهای ساختاری در ترسیم تمایلات و رفتار فردی تأکید می‌کنند، اما طرفداران عاملیت با صرف‌نظر از تأثیرات ساختار بر ظرفیت کنشگران فردی در انتخاب رفتارهایشان تأکید دارند. از نظر کاکرهام سبک زندگی مبتنی بر سلامت بعنوان الگوهای جمعی مرتبط با سلامتی بر اساس انتخابهایی از گزینه‌های در دسترس مردم تعریف شده است که با فرصتهای زندگی آنها مطابقت دارد و هنگامی که این مفهوم بکار برده می‌شود، سؤال این است که آیا تصمیمات افراد در رابطه با رژیم غذایی، ورزش، سیگار کشیدن و غیره یک مسأله انتخاب شخصی است یا این که اساساً توسط موقعیتهای ساختاری همچون موقعیت طبقه اجتماعی، یا جنسیت شکل گرفته است

(کاکرهام، ۲۰۰۴: ۵۱). این تعریف شامل رابطه دیالکتیک بین فرصت‌های زندگی ارائه شده توسط وبر در مفهوم سبک زندگی او می‌شود. در یک زمینه وبری انتخاب‌های زندگی نماینده‌ای برای عاملیت است و فرصت‌های زندگی شکلی از ساختار می‌باشد که اصولاً نشان دهنده جایگاه طبقه اجتماعی‌اند، انتخاب‌ها را هم تضعیف می‌کند و هم محدود می‌کند. در حالی که سلامتی و دیگر انتخاب‌های سبک زندگی اختیاری‌اند (کاکرهام، ۲۰۰۴: ۵۵).

کاکرهام در مقاله خود تحت عنوان "تئوری سبک زندگی سلامت و همگرایی عاملیت و ساختار" دریافت که رفتارهای سلامتی مثبت در دو بعد دسته‌بندی می‌شود: یکی پافشاری در رفتارهای مناسب و دیگری در اجتناب از خطر. همچنین تحقیقات دیگری در رابطه با سبک زندگی مبتنی بر سلامت، شواهد قوی ارائه می‌کند که عملکردهای ناسالم بیشتر در میان گروه‌های اقتصادی- اجتماعی پایین‌تر متداول است. بخش مهمی از این تحقیقات عملکردهای مثبت تر سبک زندگی را با لایه‌های اجتماعی بالاتر و زنان، و در مقابل منفی‌ترین آنها را به عملکردها و رفتارهای مردان و طبقات پایین‌تر مرتبط می‌کنند (کاکرهام، ۲۰۰۴: ۵۶)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که سبک‌های زندگی سالم، رفتارهای ناهماهنگی از افراد مجزا نیست، بلکه عادات شخصی هستند که به اشکال توده ای که بیانگر گروه‌ها و طبقات خاصی است، تبدیل شده‌اند (کرمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۰۴).

کاکرهام همچنین به نتایج تحقیق بلاکستر^۱ (۲۰۰۱) در انگلستان اشاره می‌کند. او دریافت که تفاوت‌های مهمی در سبک‌های زندگی سلامتی بین طبقات بالا و طبقات کارگری وجود دارد که بر اساس آن طبقات بالا نسبت به طبقات کارگری بیشتر مراقب خودشان هستند و نتیجه می‌گیرد که شرایط اقتصادی اجتماعی و محیطی تعیین می‌کند که تا چه حد سبک زندگی سلامت بطور مؤثرتری عمل می‌کند. به این ترتیب تمام مطالعات این مطلب را تأیید می‌کنند که طبقات مرفه‌ترین میزان مشارکت را در ورزش، رژیم‌های غذایی سالمتر، استعمال کمتر دخانیات، معاینات پزشکی منظم و فرصت بیشتر برای آرامش و استراحت، و غلبه بر استرس دارند. کاکرهام همچنین تأکید می‌کند که طبقات بالا و متوسط رو به بالا اولین کسانی هستند که به دلیل دسترسی به منابع

1 Blackster

بیشتر، دانش بیشتری در حوزه سلامت داشته و نیز توانایی بیشتری جهت تطابق با استراتژی‌های جدید سلامتی را دارند.

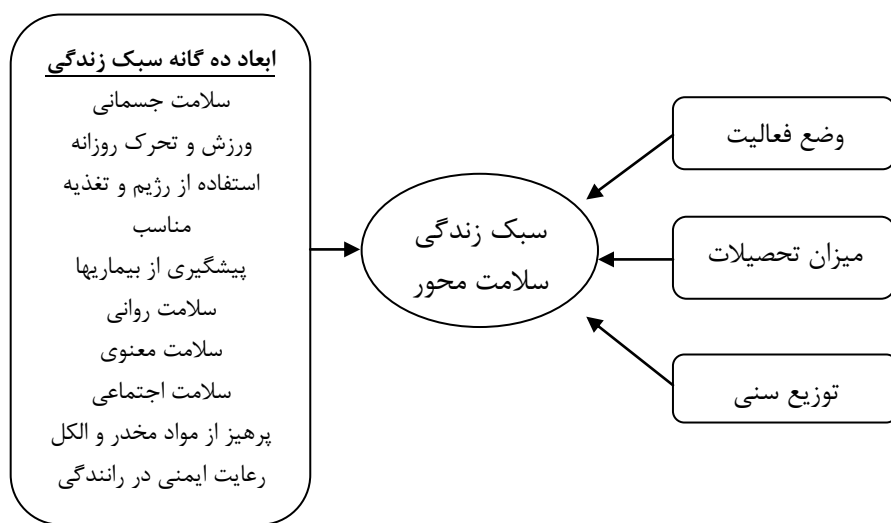
دی‌مگیو و اوسیم^۱ (۲۰۰۱)، تحصیلات را مهمترین عامل ارتقای مصرف فرهنگی و به عبارتی سبک زندگی می‌دانند. تحصیلات سبب افزایش قوه‌ی شناختی می‌شود و تأثیر شبکه‌ای نیز دارد؛ یعنی فرد به شبکه‌ای از افراد وارد می‌شود که الگوی مصرف فرهنگی مشابهی دارند. بالارفتن سطح تحصیلات، به افزایش مصرف محصولات فرهنگی مشابه می‌انجامد. همچنین افراد تحصیل‌کرده سبک زندگی بهداشتی‌تری دارند. بورديو تحصیلات را نمودی از سرمایه‌ی فرهنگی می‌داند (فاضلی، ۱۳۸۹: ۶۱). پارکر کوشیده است که الگوی فراغت و تفریح افراد را براساس کار و شغل آنها توضیح دهد. ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کار، همزمان بر سبک زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. بعد درآمدی کار نیز بر سبک زندگی مؤثر است. در بعد اجتماعی، کار وسیله‌ای برای ایجاد ارتباط‌های اجتماعی و ورود به بعضی از شبکه‌های اجتماعی است. کار، زمان افراد را محدود می‌کند. در نتیجه، شاغل بودن زن و مرد، الزام‌های جدیدی برای سبک زندگی آنان پدید می‌آورد. همچنین بعضی از نظریه پردازان چون ویلنسکی به مفهوم فرهنگ شغلی به عنوان محصول وظایف شغلی اشاره می‌کنند که به صورت الگوی حرفه‌ای مشترک، میان شاغلان یک حوزه تعریف می‌شود (فاضلی، ۱۳۸۹: ۶۴).

از سوی دیگر مطالعات تجربی اخیر نشان می‌دهند که متغیرهای دیگری نیز همچون جنسیت، نژاد و قومیت سبک زندگی سلامت‌محور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. براساس این مطالعات، زنان سبک زندگی سالمتری نسبت به مردان دارند؛ اما در مورد تأثیر نژاد و قومیت بر سبک زندگی سلامت‌محور شرایط متفاوتی وجود دارد (کرمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۰۸). در مطالعات مربوط به قومیت و نژاد بیشتر سطح کلی سلامتی مورد توجه بوده تا سبک زندگی سلامت و رفتارهای مرتبط با آن. در مدلی که کاکرهام برای سبک زندگی مبتنی بر سلامت ترسیم می‌کند، "جماعت‌ها" و "شبکه‌های اجتماعی" از جمله دیگر عوامل ساختاری مؤثر در سبک زندگی سلامت‌محور است. کاکرهام جماعت و شبکه‌های اجتماعی را گروه‌هایی از کنشگران می‌داند که توسط روابط

اجتماعی خاصی همچون خویشاوند، کار، مذهب و سیاست‌ها به هم مرتبط شده اند و هنجارها، ارزش‌ها، ایده‌آل‌ها و دیدگاه‌های اجتماعی مشترک آنها، اجتماع فکری چندفاعلی را ایجاد می‌کند که فراتر از فردیت افراد بوده و انعکاس‌دهنده یک دیدگاه جمعی خاص است. در این رابطه مذهب و ایدئولوژی هم می‌توانند نمونه‌هایی از دیدگاه‌های جمعی باشند که اشاراتی به انتخاب-های سبک زندگی سلامت دارند.

آخرین متغیر ساختاری که کاکرهام در رابطه با سبک زندگی سلامت به آن اشاره می‌کند، "شرایط زندگی" است. شرایط زندگی آن دسته از متغیرهای ساختاری است که مرتبط با تفاوت-هایی در زمینه کیفیت مسکن و دسترسی به امکانات اولیه مانند برق، گاز، گرما، آب لوله کشی سالم، فاضلاب، امکانات مجاورتی مانند سوپرمارکت، پارک و امکانات سرگرمی و اوقات فراغتی و امنیت شخصی است. در این ارتباط بلاکستر (۲۰۰۱) در بررسی گسترده‌ای که در انگلستان انجام داد دریافت که شرایطی که افراد در آن زندگی می‌کنند اشارات مهمی به رفتارهای مرتبط با سلامتی دارد؛ بطوری که شرایط مناسب زندگی منجر به کنش‌ها و رفتارهای مثبت در ارتباط با سلامت می‌شود، در حالی که زندگی در شرایط نامناسب تأثیر منفی بر سبک زندگی سلامت دارد. بر اساس مدل سبک زندگی مبتنی بر سلامت کاکرهام، متغیرهای مختلف عوامل ساختاری از سویی "فرصت‌های زندگی" را می‌سازند، و از سوی دیگر زمینه اجتماعی شدن و تجارب مختلفی را برای افراد ایجاد می‌کند. این حالت با دیدگاه بوردیو (۱۹۸۴) مبنی بر اینکه گرایش آن افراد بر اساس تجربه و اجتماعی شدن ساخته می‌شوند و جایگاه اجتماعی افراد شرایط اجتماعی را برای این فرایند فراهم می‌کند، مطابقت می‌کند. نوع تجارب و فرایند اجتماعی شدن افراد ظرفیت‌هایی را برای انتخاب‌های زندگی فراهم می‌کند که در نتیجه آن افراد مسیر عملشان را انتخاب و ارزیابی می‌کنند. اصطلاح انتخاب‌های زندگی توسط وبر (۱۹۸۴) معرفی شد. او در این باره معتقد است که افراد قابلیت‌هایی دارند تا شرایطشان را تفسیر کنند، دست به انتخاب‌های عمدی بزنند و براساس معانی ذهنی خود اعمالشان را تنظیم کنند؛ لذا تمام اعمال اجتماعی در نظر او در بافت‌هایی رخ می‌دهد که هم به محدودیت‌ها و هم به فرصت‌ها اشاره می‌کند و معتقد است که فهم تفسیری کنشگر از شرایط، انتخاب‌های رفتاری او را هدایت می‌کند. مدلی که کاکرهام ترسیم کرده

است نشان می‌دهد که کنش متقابل انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی تمایلات افراد را به عمل تولید می‌کند. این تمایلات عادت واره‌ها را می‌سازند. ادموند هوسرل^۱ (۱۹۱۲) این اصطلاح را برای توصیف عمل عادت‌ی که بطور شهودی یا غریزی پیش‌بینی و دنبال می‌شود، به کار می‌برد. این مفهوم توسط بوردیو گسترش یافت تا بعنوان جوهره توضیحاتش در زمینه رابطه ساختار و عاملیت در تمایلات سبک زندگی به کار گرفته شود. او عادت واره را بعنوان اصولی که اعمال و بازنمایی‌ها را تولید و سازماندهی می‌کند، در نظر می‌گیرد. به عبارت دیگر عادت واره‌ها بعنوان نقش‌های شناختی یا مجموعه‌ای از ادراک‌ها بکار گرفته می‌شود که بطور معمول انتخاب‌ها و اختیارات فرد را ارزیابی و هدایت می‌کند. به این ترتیب عادت واره‌هایی که در چنین فرایندی شکل گرفته‌اند، عملکردها و کنش‌های افراد را در حوزه‌های مختلف شکل می‌دهند که در مجموع منجر به سبک‌های زندگی سلامت‌محور می‌شوند (به نقل از کرمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۰۸).



نمودار ۱- مدل نظری تحقیق

روش تحقیق

روش بررسی حاضر، روش پیمایش و ابزار جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پرسشنامه بوده است. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه زنان ۱۵ سال به بالای ساکن شهر شیراز تشکیل داده‌اند. با استفاده از فرمول کوکران، ۲۷۴ نفر از زنان جامعه آماری به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. از آنجا که بررسی حاضر به دنبال مقایسه سبک زندگی زنان شاغل و غیرشاغل شهر شیراز بوده است، ۱۳۷ پرسشنامه به زنان شاغل و ۱۳۷ پرسشنامه به زنان خانه‌دار اختصاص یافت.

جدول ۱- آلفای کرونباخ محاسبه شده بر حسب ابعاد سبک زندگی سلامت محور

ابعاد	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ	ابعاد	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ
سلامت جسمانی	۶	۰/۸۳۴	سلامت معنوی	۷	۰/۸۳۴
ورزش و تحرک روزانه	۵	۰/۷۶۸	سلامت اجتماعی	۶	۰/۷۶۸
استفاده از رژیم و تغذیه مناسب	۱۰	۰/۷۷۰	پرهیز از مواد مخدر و الکل	۴	۰/۷۷۰
پیشگیری از بیماریها	۱۰	۰/۶۹۶	رعایت ایمنی در رانندگی	۵	۰/۶۹۶
سلامت روانی	۱۱	۰/۷۵۹	سلامت محیطی	۶	۰/۷۵۹
سبک زندگی کل	۷۰	۰/۹۱۵			

در این پژوهش برای سنجش سبک زندگی سلامت محور از پرسشنامه استاندارد^۱ LSQ که دارای ۷۰ گویه می‌باشد، استفاده شده است. این پرسشنامه استاندارد ده بعد سبک زندگی سلامت محور را مورد سنجش قرار داده است که عبارتند از: سلامت جسمانی، ورزش و تحرک روزانه، استفاده از رژیم و تغذیه مناسب، پیشگیری از بیماریها، سلامت روانی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، پرهیز از مواد مخدر و الکل، رعایت ایمنی در رانندگی و سلامت محیطی.

1 Life Style Questionnaire

جدول ۱ آلفای کرونباخ گویه های سبک زندگی را در مجموع و نیز به تفکیک ابعاد سبک زندگی سلامت محور نشان می دهد. براساس نتایج جدول مذکور می توان گفت تمامی ابعاد سبک زندگی و نیز سبک زندگی کل، از آلفای قابل قبولی برخوردار بوده است.

یافته های تحقیق

در این قسمت، ابتدا در جدول ۲ اطلاعات دموگرافیک نمونه تحقیق را توصیف نموده و سپس با استفاده از آزمون‌های آماری به مقایسه معناداری سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل و غیر شاغل و نیز با تاکید بر متغیرهای جمعیتی نظیر سن، سطح تحصیلات پرداخته شده است.

جدول ۲ - توزیع فراوانی و درصدی نمونه تحقیق برحسب متغیرهای جمعیتی به تفکیک شاغل

و غیرشاغل

زنان غیرشاغل		زنان شاغل		متغیر
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۳۳/۶	۴۶	۲۱/۲	۲۹	زیر ۳۰ سال
۲۵/۶	۳۵	۵۵/۶	۷۶	۳۰-۳۹
۲۰/۴	۲۸	۲۱/۲	۲۹	۴۰-۴۹
۲۰/۴	۲۸	۲/۲	۳	۵۰ سال و بیشتر
۳/۰	۴	۳۸/۱	۵۱	هرگز ازدواج نکرده
۶۵/۷	۸۸	۵۸/۲	۷۸	دارای همسر
۸/۲	۱۱	۳/۲	۵	بدون همسر در اثر فوت
۴/۵	۶	-	-	بدون همسر در اثر طلاق
۱۷/۵	۲۴	۰/۷	۱	ابتدایی و راهنمایی
۵/۸	۸	۱/۵	۲	متوسطه
۴۲/۳	۵۸	۱۳/۱	۱۸	دیپلم
۹/۵	۱۳	۱۴/۶	۲۰	فوق دیپلم
۲۱/۲	۲۹	۴۵/۳	۶۲	لیسانس
۳/۷	۵	۲۴/۸	۳۴	فوق لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۱۳۷	۱۰۰	۱۳۷	جمع کل

طبق نتایج جدول ۲، در مورد ترکیب سنی نمونه تحقیق به تفکیک زنان شاغل و غیرشاغل می‌توان گفت تقریباً ۵۶ درصد زنان شاغل در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال قرار دارند و در بین زنان غیرشاغل، یک سوم زنان مورد بررسی کمتر از ۳۰ سال دارند. همچنین به لحاظ وضعیت تاهل از بین زنان شاغل، ۳۸/۱ درصد هرگز ازدواج نکرده، ۵۸/۲ درصد دارای همسر و نیز ۳/۲ درصد بدون همسر در اثر طلاق هستند و در میان زنان خانه‌دار، ۳ درصد هرگز ازدواج نکرده، ۶۵/۷ درصد دارای همسر، ۸/۲ بدون همسر در اثر فوت و ۴/۵ درصد بدون همسر در اثر طلاق هستند. بر این اساس می‌توان گفت درصد قابل توجهی از زنان شاغل (۳۸/۱ درصد) هرگز ازدواج نکرده‌اند و این در حالی است که در بین زنان خانه‌دار تنها ۳ درصد تا کنون ازدواج نکرده‌اند. به لحاظ درصد همسررداری تقریباً دو سوم زنان خانه‌دار (۶۵/۷ درصد) در زمان تحقیق، همسر دار بوده‌اند، در صورتی که ۵۸/۲ درصد زنان شاغل دارای همسر بوده‌اند. به عبارتی می‌توان گفت در بین زنان غیرشاغل، درصد همسررداری و یا عمومیت ازدواج بیشتر از عمومیت ازدواج در بین زنان شاغل نمونه تحقیق بوده است و اختلاف بسیاری از این نظر با هم دارند. در مورد تحصیلات نیز می‌توان گفت، سطح تحصیلات زنان شاغل بیشتر از غیرشاغل بوده است. ۴۵ درصد زنان شاغل تحصیلات لیسانس داشته‌اند در حالی که ۲۱ درصد زنان غیرشاغل در این سطح تحصیلی بوده‌اند. حدود ۸۵ درصد زنان شاغل نمونه تحقیق دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند و این در حالی است که حدود ۳۴ درصد زنان خانه‌دار دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. همچنین درصد قابل توجهی از زنان غیرشاغل (۱۷/۵ درصد) تحصیلات ابتدایی داشته‌اند.

جدول ۳. توزیع درصدی نمونه تحقیق براساس مولفه‌های مربوط به سبک زندگی

سلامت محوره تفکیک وضعیت اشتغال

سبک زندگی و ابعاد آن	شاغل			غیرشاغل		
	پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا
سبک زندگی سلامت محور	۱۰/۱	۷۰/۸	۱۹/۱	۱۵/۳	۶۹/۳	۱۵/۳
سلامت جسمانی	۳/۶	۴۶/۷	۴۹/۶	۵/۸	۵۱/۱	۴۳/۱
ورزش و تحرک روزانه	۵۳/۳	۴۰/۱	۶/۶	۵۱/۱	۴۰/۹	۸/۰
استفاده از رژیم و تغذیه مناسب	۸/۸	۶۷/۲	۲۴/۱	۱۶/۱	۶۱/۳	۲۲/۶

ادامه جدول ۳. توزیع درصدی نمونه تحقیق براساس مولفه‌های مربوط به سبک زندگی

سلامت‌محور به تفکیک وضعیت اشتغال

غیرشاغل			شاغل			سبک زندگی و ابعاد آن
پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا	
۱۷/۵	۵۹/۱	۲۳/۴	۲۶/۸	۵۸/۶	۱۴/۶	مراقبت از خود در برابر بیماری
۵/۸	۵۶/۹	۳۷/۲	۳۹/۷	۵۴/۱	۵/۲	سلامت روانی
۱۷/۵	۵۰/۴	۳۲/۱	۳۶/۱	۵۲/۹	۱۰/۹	سلامت معنوی
۱۸/۲	۴۸/۹	۳۲/۸	۳۶/۷	۴۵/۸	۱۷/۴	سلامت اجتماعی
۵/۱	۱۲/۴	۸۲/۵	۸۹/۱	۸/۸	۲/۲	پرهیز از مواد مخدر و الکل
۱۳/۱	۵۱/۸	۳۵/۰	۳۶/۸	۵۸/۰	۵/۱	رعایت ایمنی در رانندگی
۵/۸	۴۲/۳	۵۱/۸	۴۹/۵	۴۵/۴	۵/۱	سلامت محیطی

جدول ۳، توزیع درصدی پاسخگویان برحسب مولفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور را نشان می‌دهد. ۱۹ درصد از زنان شاغل و ۱۵ درصد از زنان غیرشاغل سبک زندگی سلامت‌محور بالایی داشتند. به غیر از مولفه‌های ورزش و تحرک روزانه و سلامت محیطی در سایر ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل در مقایسه با زنان غیرشاغل از سلامت بالاتری برخوردار بودند. فرضیه اصلی این بررسی، وجود تفاوت بین سبک زندگی زنان شاغل و غیرشاغل در شهر شیراز بوده است. جدول ۴ نتایج آزمون تی را بین سبک زندگی و وضع فعالیت زنان مورد بررسی را به صورت کلی و به تفکیک ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون تی برای مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن در بین زنان

شاغل و غیرشاغل

سطح معناداری	آزمون تی	میانگین		ابعاد
		غیرشاغل	شاغل	
۰/۰۰۰	۵/۲۸۳	۲۲۶/۹	۲۴۴/۸	سبک زندگی سلامت‌محور
۰/۰۰۰	۷/۱۱۲	۱۷/۹	۲۲/۱	سلامت جسمانی
۰/۰۲۷	۲/۲۲۶	۱۰/۳	۱۱/۴	ورزش و تحرک روزانه

ادامه جدول ۴. نتایج آزمون تی برای مقایسه سبک زندگی سلامت محور و ابعاد آن در بین زنان

شاغل و غیرشاغل

سطح معناداری	آزمون تی	میانگین		ابعاد
		غیرشاغل	شاغل	
۰/۰۰۰	۵/۶۶۱	۳۰/۳	۳۴/۳	استفاده از رژیم و تغذیه مناسب
۰/۰۰۰	۵/۰۱۹	۲۹/۴	۳۲/۷	مراقبت از خود در برابر بیماری
۰/۰۲۱	۲/۳۲۴	۳۶/۷	۳۸/۴	سلامت روانی
۰/۰۴۶	۲/۰۰۵	۲۵/۷	۲۶/۸	سلامت معنوی
۰/۰۱۷	۲/۳۹۵	۱۹/۸	۲۱/۰	سلامت اجتماعی
۰/۰۰۲	۳/۰۶۱	۱۶/۶	۱۷/۶	پرهیز از مواد مخدر و الکل
۰/۰۸۰	۱/۷۵۸	۱۷/۹	۱۸/۵	رعایت ایمنی در رانندگی
۰/۴۲۸	۰/۷۹۴	۲۲/۱	۲۲/۴	سلامت محیطی

براساس نتایج جدول ۴ می‌توان گفت بین سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل و غیرشاغل مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل در وضعیت بهتری از زنان شاغل است، به طوری که میانگین سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل ۲۴۴/۸ بوده درحالی‌که میانگین سبک زندگی سلامت‌محور زنان خانه‌دار ۲۲۶/۹ می‌باشد. با در نظر گرفتن مولفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور می‌توان نتیجه گرفت زنان شاغل در همه ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور به غیر از بعد رعایت ایمنی در رانندگی و سلامت محیطی از سبک زندگی سلامت‌محور بالاتری نسبت به زنان خانه‌دار برخوردارند به طوری که میانگین ابعاد سبک زندگی مبتنی بر سلامت زنان شاغل به غیر از دو بعد ذکر شده در سطحی بالاتر قرار دارد. در دو بعد رعایت ایمنی در رانندگی و سلامت محیطی، نتایج آزمون تی به ترتیب در سطح معنی‌داری ۰/۰۸ و ۰/۴۲۸ تفاوت معنی‌داری را بین زنان شاغل و غیرشاغل مورد بررسی نشان داد و به عبارتی زنان شاغل و غیرشاغل مورد بررسی در بعد پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی تقریباً دارای میانگین‌های یکسانی هستند.

یکی از فرضیاتی که در مورد سبک زندگی زنان شاغل و غیرشاغل می‌تواند محل بحث باشد، تاثیر میزان تحصیلات بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان است. براین اساس، سبک زندگی زنان مورد بررسی با در نظر گرفتن میزان تحصیلات مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آزمون در جدول ۵ منعکس شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن براساس

میزان تحصیلات

ابعاد	ابتدایی و راهنمایی	متوسطه	دیپلم	میانگین			آزمون اف	سطح معناداری
				فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس و بالاتر		
سبک زندگی سلامت‌محور	۲۳۶/۶	۲۳۴/۳۰	۲۴۲/۱۷	۲۴۵/۶۰	۲۴۸/۰۵	۲۵۵/۰۷	۳/۴۵	۰/۰۰۲
سلامت جسمانی	۱۸/۰۴	۲۰/۳۰	۲۰/۷۶	۲۲/۱۵	۲۲/۲۶	۲۳/۰۵	۲/۷۴	۰/۰۱۰
ورزش و تحرک روزانه	۱۰/۵۶	۱۱/۷۰	۱۱/۴۲	۱۲/۱۷	۱۱/۳۲	۱۲/۷۹	۱/۰۵	۰/۳۸۶
استفاده از رژیم و تغذیه مناسب	۲۳/۲۰	۲۴/۱۰	۳۱/۰۲	۳۳/۲۱	۳۳/۲۸	۳۵/۶۴	۲/۷۱	۰/۰۱۱
مراقبت از خود در برابر بیماری	۲۴/۰۸	۳۰/۷۰	۳۱/۲۱	۳۱/۵۴	۳۳/۶۰	۳۴/۶۹	۲/۷۸	۰/۰۳۴
سلامت روانی	۳۸/۰۸	۳۷/۷۰	۳۹/۶۹	۳۸/۵۱	۳۹/۲۱	۳۹/۲۸	۰/۳۴	۰/۸۸۴
سلامت معنوی	۲۴/۱۶	۲۵/۱۰	۲۶/۲۲	۲۷/۱۲	۲۷/۰۱	۲۹/۰۷	۲/۲۶	۰/۰۴۱
سلامت اجتماعی	۲۰/۷۲	۱۹/۶۰	۲۱/۲۱	۲۱/۶۳	۲۱/۲۸	۲۱/۶۹	۰/۵۵	۰/۷۳۶
پرهیز از مواد مخدر و الکل	۱۵/۶۰	۱۷/۲۰	۱۶/۶۸	۱۷/۴۵	۱۷/۵۲	۲۰/۳۰	۲/۱۱	۰/۰۲۲
رعایت ایمنی در رانندگی	۱۶/۶۴	۱۷/۷۰	۱۷/۷۲	۱۸/۶۳	۱۹/۵۶	۲۳/۳۳	۲/۱۴	۰/۰۱۶
سلامت محیطی	۲۲/۲۰	۲۲/۰۰	۲۲/۱۰	۲۲/۱۸	۲۲/۴۸	۲۳/۲۵	۰/۵۱	۰/۷۶۴

همانطور که نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد بین سبک زندگی سلامت‌محور زنان براساس تحصیلات در سطح معنی داری ۰/۰۰۲ تفاوت وجود دارد و زنان دارای تحصیلات

دانشگاهی از میانگین سبک زندگی سلامت‌محور بالاتری نسبت به زنان با تحصیلات غیردانشگاهی برخوردار هستند.

با در نظر گرفتن مولفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور طبق نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول ۵ می‌توان گفت زنانی که دارای تحصیلات بالاتر و دانشگاهی هستند، در بعد سلامت جسمانی، استفاده از رژیم و تغذیه مناسب، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت معنوی، پرهیز از مواد مخدر و الکل و رعایت ایمنی در رانندگی در سطحی بالاتر از زنان با تحصیلات پایین تر قرار دارند در حالی که زنان نمونه مورد مطالعه از نظر ورزش و تحرک روزانه، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی براساس سطح تحصیلات تفاوت معنی داری با هم ندارند و در این مولفه‌ها دارای میانگین‌های تقریباً یکسان هستند.

علاوه بر احتمال تأثیرپذیری سبک زندگی سلامت‌محور زنان از وضع فعالیت و میزان تحصیلات، به نظر می‌رسد سبک زندگی سلامت‌محور زنان تابع سن نیز است. به همین جهت زنان مورد بررسی، در چهار گروه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۳۰ تا ۳۹ سال، ۴۰ تا ۴۹ سال، و ۵۰ سال و بیشتر دسته بندی شدند و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس رابطه میان سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن با گروه‌های سنی مورد آزمون قرار گرفت که نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور زنان و ابعاد آن با چهار گروه سنی در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس مقایسه سبک زندگی بر حسب گروه‌های سنی

ابعاد	میانگین				سطح معناداری
	زیر ۳۰ سال	۳۰-۳۹ سال	۴۰-۴۹ سال	۵۰ سال و بیشتر	
سبک زندگی کل	۲۳۹/۹	۲۳۶/۷	۲۳۶/۹	۲۲۸/۰	۰/۰۰۰
سلامت جسمانی	۲۱/۹	۲۱/۰	۱۹/۷	۱۶/۲	۰/۰۰۰
ورزش و تحرک روزانه	۱۲/۲	۱۰/۵	۱۱/۲	۹/۶	۰/۰۰۵
استفاده از رژیم و تغذیه مناسب	۳۱/۹	۳۲/۶	۳۳/۸	۳۰/۷	۰/۰۶۳
مراقبت از خود در برابر بیماری	۳۱/۷	۳۱/۹	۳۰/۸	۲۹/۱	۰/۰۲۸

ادامه جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس مقایسه سبک زندگی بر حسب گروه‌های سنی

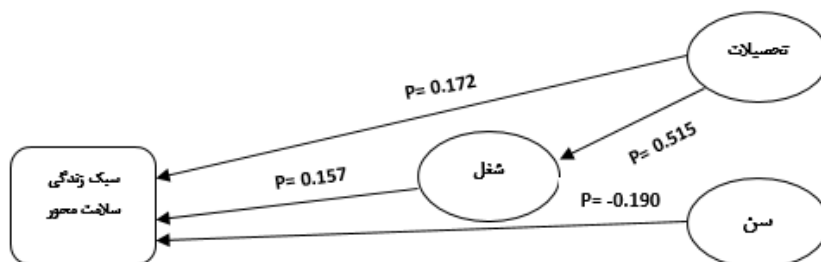
ابعاد	زیر ۳۰ سال	میانگین		آزمون اف	سطح معناداری
		۳۹- سال	۴۹- سال		
سلامت روانی	۳۷/۳	۳۶/۹	۳۷/۱	۱/۵۱۸	۰/۲۱۰
سلامت معنوی	۲۶/۲	۲۶/۱	۲۶/۲	۰/۰۸۳	۰/۹۶۹
سلامت اجتماعی	۲۰/۲	۱۹/۶	۱۹/۸	۵/۰۴۱	۰/۰۰۲
پرهیز از مواد مخدر و الکل	۱۷/۲	۱۷/۴	۱۷/۱	۱/۲۴۶	۰/۲۹۳
رعایت ایمنی در رانندگی	۱۸/۱	۱۸/۵	۱۸/۵	۱/۱۷۹	۰/۳۱۸
سلامت محیطی	۲۱/۹	۲۳/۱	۲۳/۳	۴/۷۴۹	۰/۰۰۳

طبق نتایج جدول ۶ می‌توان گفت سبک زندگی سلامت‌محور زنان مورد بررسی در چهار گروه سنی براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس و در سطح معنی داری ۰/۰۰۰ با هم تفاوت معنی‌داری دارند. نتایج آزمون تام هن^۱ نیز این معناداری تفاوت‌ها را تایید می‌کند و زنان نمونه تحقیق را به لحاظ سبک زندگی سلامت‌محور در سه دسته قرار می‌دهد. زنان کمتر از ۳۹ سال در یک گروه، زنان ۴۰ تا ۴۹ سال با میانگین سبک زندگی سلامت‌محور ۲۳۹/۹ و زنان ۵۰ ساله و بیشتر با میانگین سبک زندگی سلامت‌محور ۰/۲۲ در مجموع می‌توان گفت زنان گروه‌های سنی پایین‌تر از سبک زندگی سلامت‌محور بهتری برخوردار بوده و به سلامت خود اهمیت بیشتری می‌دهند.

با در نظر گرفتن ابعاد و مولفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور و رابطه آن با گروه‌های سنی، همان‌گونه که ملاحظه می‌شود زنان مورد بررسی در بعد سلامت جسمانی، ورزش و تحرک روزانه، مراقبت از خود در برابر بیماری، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی در گروه‌های سنی مختلف با هم تفاوت معنی‌دار دارند. به عبارتی زنان نمونه تحقیق در ابعاد ذکر شده در گروه‌های سنی با هم متفاوت بوده و نتایج آزمون‌های تام هن و شفه نیز زنان را در مولفه‌های سبک زندگی فوق در سه دسته و یا چهار دسته جای داده است. نتایج میانگین مولفه‌های سبک زندگی در ابعاد فوق نشان می‌دهد زنان جوانتر به لحاظ سلامت جسمانی، ورزش و تحرک روزانه،

مراقبت از خود در برابر بیماری، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی به سلامت خود اهمیت بیشتری می‌دهند و در این ابعاد از وضعیت بهتری برخوردارند. در حالی که زنان در ابعاد استفاده از رژیم و تغذیه مناسب، سلامت روانی، سلامت معنوی، اجتناب از داورها و مواد مخدر و رعایت ایمنی در رانندگی تقریباً وضعیت یکسانی دارند و نمی‌توان آنها را در گروه‌های سنی بالا جای داد.

با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر متغیرهای اشتغال، تحصیلات، سن و وضعیت تاهل به عنوان متغیرهای مستقل وارد معادله شده و اثرات مستقیم و غیر مستقیم آن‌ها بر متغیر وابسته سبک زندگی سلامت‌محور زنان بررسی شده است. همچنین متغیر وضعیت تاهل به دلیل نداشتن تاثیر معنی دار بر روی متغیر وابسته، در مدل نهایی حذف شد. نمودار ۱ و جدول ۷ تاثیرات مستقیم و غیرمستقیم و اثر کل متغیرهای مستقل (سن، تحصیلات و شغل) را بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان مورد بررسی نشان می‌دهد.



مدل ۱. تحلیل مسیر روابط علی مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرها

جدول ۷. میزان تأثیرات مستقیم، غیر مستقیم و اثر کل متغیرهای مستقل وارد شده

در مدل بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	متغیرهای مستقل
۰/۲۵۲	۰/۰۸۰	۰/۱۷۲	تحصیلات
۰/۱۹۰	-	۰/۱۹۰	سن
۰/۱۵۷	-	۰/۱۵۷	شغل

همانطور که جدول ۷ نشان می‌دهد به جز متغیر وضعیت تاهل تمامی متغیرهای مستقل وارد شده در مدل، بر متغیر وابسته اثرگذارند. اثر مستقیم تحصیلات، سن و شغل بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان نمونه مورد مطالعه به ترتیب ۰/۱۷۰، ۰/۱۹۰ و ۰/۱۵۷ می‌باشد. براین اساس متغیر سن بیش‌ترین اثر مستقیم بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان را دارد. از بین سه متغیر اثر گذار بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان، تنها متغیر تحصیلات دارای اثر غیرمستقیم (۰/۰۸۰) است. نکته قابل توجه آنکه متغیر تحصیلات در میان سایر متغیرهای مستقل دارای بیش‌ترین تأثیر بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان می‌باشد و نقش بسیار مهمی بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

باتوجه به افزایش روزافزون زنان ایرانی در عرصه‌های اجتماعی و اقتصادی، هدف بررسی حاضر، مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور این دسته از زنان و مقایسه آن با زنان غیرشاغل بوده است. این بررسی با روش پیمایش انجام شده و ابزار مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بوده است. با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۲۷۴ نفر از زنان شهر شیراز مورد بررسی قرار گرفتند. از آنجا که هدف بررسی، مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل و غیرشاغل بوده است، تعداد ۱۳۷ پرسشنامه به زنان شاغل و نیز ۱۳۷ پرسشنامه به زنان غیرشاغل اختصاص یافت. فرضیه اصلی این بررسی، رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور و وضع فعالیت زنان بوده است. همچنین رابطه بین مولفه‌های سبک زندگی و وضع فعالیت زنان نیز مورد آزمون قرار گرفت. علاوه بر آن، رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن با تحصیلات و سن نیز مورد آزمون قرار گرفت.

نتایج بررسی‌ها نشان داد: بین سبک زندگی سلامت‌محور و وضع فعالیت (شاغل و غیرشاغل)، سطح تحصیلات (دانشگاهی و غیردانشگاهی)، گروه‌های سنی (کمتر از ۳۰ سال، ۳۰-۳۹، ۴۰-۴۹ و ۵۰ سال و بالاتر) رابطه معنادار وجود دارد. به طوری که زنان شاغل نسبت به زنان غیرشاغل از سبک زندگی سلامت‌محور بهتری برخوردارند. همچنین از بین ده بعد سبک زندگی سلامت‌محور و رابطه آن و مقایسه آن در بین زنان شاغل و غیرشاغل طبق نتایج آزمون

تی می‌توان گفت زنان شاغل در هشت بعد سلامت جسمانی، ورزش و تحرک روزانه، استفاده از رژیم و تغذیه مناسب، مراقبت از خود در برابر بیماری، سلامت روانی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، پرهیز از مواد مخدر و الکل از میانگین سبک زندگی بهتری نسبت به زنان غیرشاغل و در دو بعد رعایت ایمنی در رانندگی و سلامت محیطی تفاوت معنی‌داری با هم ندارند.

با در نظر گرفتن سطح تحصیلات، زنانی که دارای تحصیلات بالاتر و دانشگاهی هستند، در بعد سلامت جسمانی، استفاده از رژیم و تغذیه مناسب، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت معنوی، پرهیز از مواد مخدر و الکل و رعایت ایمنی در رانندگی در وضعیت بهتری نسبت به زنان با تحصیلات پایین‌تر قرار دارند در حالی‌که از نظر ورزش و تحرک روزانه، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی با هم تفاوتی ندارند و میانگین‌های سبک زندگی سلامت محور تقریباً یکسانی با هم دارند.

نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد رابطه سبک زندگی سلامت محور و گروه‌های سنی نیز نشان داد که زنان واقع در گروه‌های سنی پایین‌تر از میانگین سبک زندگی سلامت محور بالاتری برخوردارند. به عبارتی، با ورود متغیر سن، زنان واقع در گروه‌های سنی پایین‌تر و به عبارتی زنان جوان‌تر از سبک زندگی سلامت‌محور بهتری برخوردار بوده و با در نظر گرفتن مولفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور، زنان واقع در گروه‌های سنی پایین‌تر در ابعاد سلامت جسمانی، ورزش و تحرک روزانه، مراقبت از خود در برابر بیماری، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی از سبک زندگی بهتری برخوردار بوده و در ابعاد استفاده از رژیم و تغذیه مناسب، سلامت روانی، سلامت معنوی، پرهیز از مواد مخدر و الکل و رعایت ایمنی در رانندگی زنان همه گروه‌های سنی از سبک زندگی سلامت محور یکسانی برخوردارند.

نتایج تحلیل مسیر نشان داد که متغیر تحصیلات (۰/۲۵۲)، سن (۰/۱۹۰) و اشتغال (۰/۱۵۷) به ترتیب دارای بیش‌ترین تأثیر کل بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان می‌باشند. براین اساس، می‌توان گفت تحصیلات یکی از مولفه‌های مهم اثر گذار بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان است.

با در نظر گرفتن متغیر تحصیلات می‌توان گفت هر قدر بر سطح تحصیلات زنان افزوده شده است، شیوه زندگی سلامت‌محورتری را انتخاب کرده‌اند. این نتیجه‌گیری، نظریه دی مگیو و اوسیم (۲۰۰۱) را تأیید می‌کند که تحصیلات را مهمترین عامل در ارتقای مصرف فرهنگی می‌دانند. تحصیلات سبب افزایش قوه شناختی می‌شود و تأثیر شبکه‌ای نیز دارد؛ یعنی فرد به شبکه‌ای از افراد وارد می‌شود که الگوی مصرف فرهنگی مشابهی دارند. بالا رفتن سطح تحصیلات، به افزایش مصرف محصول‌های فرهنگی مشابه می‌انجامد. همچنین افراد تحصیل کرده سبک زندگی بهداشتی‌تری دارند. تحصیلات همراه با اشتغال، امکان تحرک اجتماعی، بهبود منزلت و پایگاه افراد را فراهم می‌کند و منجر به ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور آن نیز می‌شود (به نقل از: نبوی و عزیز، ۱۳۹۳: ۲۳). می‌توان اذعان داشت نتایج نشان می‌دهد که الگوهای رفتاری مربوط به انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور زنان به طور مشخص به وسیله زمینه‌های آموزشی، سن و وضعیت اشتغال متمایز می‌شوند.

با توجه به نتایج بررسی حاضر می‌توان گفت هر چند زنان خانه‌دار در برخی ابعاد سبک زندگی مبتنی بر سلامت زنان، در وضعیتی مشابه با زنان شاغل بوده و یا در برخی از ابعاد در وضعیت بهتری قرار دارند، اما در غالب ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور و در مجموع با در نظر گرفتن نمره کل سبک زندگی زنان شاغل نسبت به زنان غیرشاغل می‌توان گفت زنان شاغل به لحاظ ابعاد سبک زندگی در وضعیتی بهتر از زنان خانه‌دار به سر می‌برند و به سلامت خود اهمیت بیشتری می‌دهند. نتایج این پژوهش با نتایج برخی تحقیقات پیشین مطابقت و همخوانی دارد به عنوان مثال برحسب یافته‌های پژوهش زارع شاه آبادی و همکاران (۱۳۹۳) بین سبک زندگی سلامت‌محور زنان شاغل و غیر شاغل رابطه معنادار وجود دارد. اما بین این سبک زندگی و وضعیت سکونت رابطه معناداری مشاهده نشد. بین سن و بعد خانوار با سبک زندگی رابطه معناداری وجود ندارد. اما بین تحصیلات و سبک زندگی رابطه معنادار وجود دارد. تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد به ترتیب تحصیلات و سن، ۱۰ درصد تغییرات سبک زندگی سلامت‌محور را تبیین می‌کند. یافته‌های تحقیق کاکرهام، اسنید و دی ویل (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان سبک زندگی سالمتری دارند، مثلاً مردان ۲۱/۲ بار بیشتر از زنان الکل مصرف می‌کنند و ۱۶ برابر بیشتر از زنان سیگار می‌کشند. کاکرهام (۲۰۰۴)

نیز به این نتیجه دست یافت که از میان ابعاد متفاوت سبک زندگی ابعادی نظیر رانندگی پرخطر در میان زنان کمتر دیده می‌شود. تحقیق وی نشان داد که زنان معمولاً الکل کمتری در مقایسه با مردان مصرف می‌کنند و سبک زندگی سالمتری دارند.

براین اساس سبک زندگی سلامت‌محور به عنوان یک پدیده‌ی چندعلتی، چندبعدی و چنددلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که می‌تواند مانعی در مشکلات مربوط به سلامت و تضمین‌کننده سلامت برای فرد باشند (چانی، ۲۰۰۲). بنابراین، انتخاب نوع سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با آن، نه تنها نقشی اساسی در سلامت افراد دارد، بلکه پیامدها و نتایجی خواهد داشت که می‌تواند بر عملکرد، بهزیستی و سلامت جسمی، روانی - ذهنی، و اجتماعی آنها مؤثر باشد. یکی از کارکردهای مثبت سبک زندگی سالم، ارتقای سطح سلامت افراد و جوامع است. هرچند گیدنز سبک زندگی را نوعی انتخاب فردی و کمتر بر اساس معرف‌های سنتی تر طبقه مثل شغل می‌داند اما نقش عوامل اقتصادی از جمله درآمد حاصل از شغل را نادیده نمی‌گیرد و آن را عاملی در بروز نابرابری و تمایز در سبک زندگی که یکی از مولفه‌های آن چگونگی مراقبت و رسیدگی به بدن است، می‌داند. بنابراین زنان شاغل به واسطه درآمدی که از شغلشان دریافت می‌کنند می‌توانند وضعیت مناسب‌تری از مراقبت خود در جهت سلامت، نسبت به زنان با شرایط خانوادگی مشابه خود داشته باشند. اگر چه زنان خانه‌دار نیز، وام دار درآمد حاصل از شغل سرپرست خانوار خود می‌باشند اما اقتدار و اختیاری که زنان شاغل در خرج کردن پول خود و در واقع انتخاب نوع مصرف و سبک زندگی خود دارند، به مراتب بیشتر است. همان طور که گیدنز (۱۹۹۱) تاکید می‌کند انتخاب‌های سبک زندگی در دوران مدرنیته متاخر، افراد را در برابر سلامتی و به طور کلی بدن‌هایشان بیشتر مسئول کرده است و اساساً متغیرهای مثل سن، نقش تعیین‌کننده‌ای در سبک زندگی افراد دارند. هر چه سن بالاتر می‌رود، تجربه سال‌های گذشته به منبعی برای شکل دادن به سبک زندگی و الگوی مصرف و فعالیت فرد تبدیل می‌شود.

بحث عاملیت و ساختار کاکرهم نیز می‌تواند نتیجه تحقیق را تبیین کند. به این صورت که موقعیت ساختاری زنان شاغل در ترسیم تمایلات و رفتار فردی آنها (عاملیت) موثر است. در

واقع شغل از فرصت‌های زندگی هر شخص می‌باشد و طبق نظر کاکرهام، فرصت‌های زندگی افراد با سبک زندگی سلامت‌محور بعنوان الگوی جمعی مرتبط با سلامتی مطابقت دارد. اشتغال، زمینه اجتماعی شدن و تجارب مختلفی برای زنان ایجاد می‌کند و ظرفیت‌هایی را برای انتخاب سبک زندگی فراهم می‌کند. همچنین وی اشاره می‌کند که عملکردهای ناسالم در حوزه سبک زندگی سلامت‌محور بیشتر در میان گروه‌های اقتصادی اجتماعی پایین‌تر متداول است و اگر شغل را عاملی برای ارتقا شرایط اقتصادی و اجتماعی زنان بدانیم، نتیجه تحقیق حاضر قابل پیش بینی می‌باشد. در مدل کاکرهام جماعت‌ها و شبکه‌های اجتماعی از جمله دیگر عوامل ساختاری مؤثر در سبک زندگی سلامت‌محور مؤثر است. کاکرهام جماعت و شبکه‌های اجتماعی را گروه‌هایی از کنشگران می‌داند که توسط روابط اجتماعی خاصی همچون کار و اشتغال، بهم مرتبط شده‌اند و هنجارها، ارزش‌ها، ایده‌آل‌ها و دیدگاه‌های اجتماعی مشترک آنها، اجتماع فکری چندفاعلی را ایجاد می‌کند که فراتر از فردیت افراد بوده و انعکاس دهنده یک دیدگاه جمعی خاص است.

بنابراین می‌توان گفت زنان شاغل نسبت به زنان غیرشاغل دارای فرصت‌ها و موقعیت‌های بیشتری بوده و به لحاظ سلايق و علايق و شرايط و نیازهای‌شان، سبک‌ها و شیوه‌های زندگی متفاوتی را در پیش می‌گیرند به گونه‌ای که می‌توان ادعا کرد امروزه زنان با استقرار در موقعیت‌های اجتماعی جدید و دستیابی به سرمایه‌های اقتصادی و فرهنگی بیشتر به سبک‌های زندگی و سلايق خاصی رو آورده‌اند. در پایان و با احتیاط می‌توان اظهار داشت که عضویت زنان غیرشاغل در نهادهای مردم نهاد باعث تغییر در سبک زندگی‌شان خواهد شد، نوعی سبک زندگی که در خدمت سلامت بیشتر آنان است.

منابع

- ازکیا، مصطفی و راشین عبدالهی (۱۳۹۰). «بررسی جامعه‌شناختی سبک زندگی در میان دو گروه از زنان شاغل و خانه‌دار»، *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۴. صص ۲۳-۷.
- بنی‌فاطمه، حسین، جعفر شهامفر، محمدباقر علیزاده اقدم و بهمن عبدی (۱۳۹۳). «سنجش سطح سلامت شهروندان تبریزی و بررسی تاثیر تحصیلات و جنسیت بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت‌محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت»، *پایش*، سال چهاردهم، شماره ۱، صص ۹۲-۸۵.

- جواهری فاطمه، سیدحسین سراج زاده و ریتا رحمانی (۱۳۸۹). «تحلیل اثرات اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان»، *زن در توسعه و سیاست*، دوره ۸، شماره ۲، صص ۱۶۲-۱۴۳.
- جهانبخش اسماعیل و منصور هاشمی (۱۳۹۳). «سبک زندگی زنان مراجعه کننده به پایگاههای بهداشتی شهرستان الیگودرز»، *نشریه پژوهشی-تحلیلی دانشکده پرستاری الیگودرز*، دوره پنجم، شماره ۸، صص ۸۹-۸۳.
- رفیعی، آذر، کبری دوستی فر، الهه توسلی، فاطمه عالی پور، حمیده حسینی، طاهره دارابی، اصغر اشرفی حافظ، نسرین سهام خدم و سحر حسینی (۱۳۹۳). «بررسی سبک زندگی زنان همسرदार مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی غرب شهر اهواز»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره ۲۲، شماره ۲۳، صص ۹-۱.
- زارع بیژن، زینب کاوه فیروز و محمدرسول سلطانی (۱۳۹۴). «عوامل جمعیتی اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، دوره چهارم، شماره ۱، صص ۱۱۹-۱۴۴.
- زارع شاه آبادی، اکبر و زهرا خالویی (۱۳۹۳). «مقایسه سبک زندگی سلامت محور در بین گروه‌های مختلف زنان شهر یزد»، *فصلنامه زن و جامعه*، سال ششم، شماره ۴، صص ۱۸-۱.
- عابدی پروین، مریم جرفی و پوراندخت افشاری (۱۳۹۴). «بررسی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در زنان سنین باروری»، *سلامت جامعه*، دوره نهم، شماره ۱، صص ۶۸-۷۴.
- فاضلی، محمد (۱۳۸۹). *مصرف و سبک زندگی*، قم، صبح صادق
- قاسمی وحید، رسول ربانی، علی ربانی خوراسگانی و محمدباقر علیزاده اقدم (۱۳۸۸). «تعیین کننده های ساختاری و سرمایه ای سبک زندگی سلامت محور»، *مسائل اجتماعی ایران*، سال شانزدهم، شماره ۶۳، صص ۲۱۳-۱۸۱.
- کردی، حسین و سکینه هادیزاده (۱۳۹۱). «بررسی سبک زندگی زنان شاغل و غیرشاغل»، *زن و جامعه*، سال سوم، شماره ۴، صص ۲۱-۴۱.
- کرمی خدابخش، کریم رضادوست، سیما عبدی زاده، فرات چیشه (۱۳۹۴). «بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز»، *توسعه اجتماعی*، دوره دهم، شماره ۱، صص ۹۷-۱۲۶.

- کریمی موغاری زهرا، مینو نظیفی نایینی و سحر عباسپور (۱۳۹۲). «عوامل اقتصادی موثر بر اشتغال زنان در ایران»، *مطالعات روانشناختی اجتماعی زنان*، سال یازدهم، شماره ۳، صص ۵۳-۸۰
- کیوان آرا، محمود (۱۳۸۶). *اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی*، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶) *جامعه‌شناسی*، ترجمه حسن چاوشیان، تهران، نشر نی
- نبوی، ابوالحسین و علی عزیز (۱۳۹۳) «بررسی علل جامعه‌شناختی موثر بر سبک زندگی جوانان: مطالعه موردی جوانان ۲۵-۱۸ سال شهر اهواز»، *فصلنامه دانش انتظامی خوزستان*، شماره ۷، ۴۱-۴۱

۱۳

- Addley, K., McQuillan P, Ruddle M.(2001) Creating healthy workplaces in Northern Ireland: evaluation of a lifestyle and physical activity assessment programme, *Occupational Medicine*. 51(7):439-49.
- Anderson A, Anderson D, Hurst C. (2010). "Modeling factors that influence exercise and dietary change among midlife Australian women: Results from the Healthy Aging of Women Study". *Maturitas* 67(2): 151-8.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*, (Translated by Richard Nice), Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Chaney, D. (2002). "Comopolitan art and cultural citizenship", *Theory, Culture and Society*, 19(1-2): 157-74.
- Cockerham, C. (2008). *Social Causes of Health and Disease*, London: Polity press.
- Cockerham, W. C. (2004). *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle*, London: Prentice Hall College.
- Cockerham, W. C., Snead, C. S., & Dewaal, D. F. (2002). "Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage", *Journal of Health and Social Behavior*, 43(1): 42-55.
- Costa, S., M.Rodrigues, M. J. Centeno, A. Martins, A. Vilan, O. Brandão, & H. Guimarães, (2010). "Diagnosis and cause of death in a neonatal intensive care unit – How important is autopsy?" *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(5): 760-763.
- DiMarco, N. (1975). "Life style, work group structure, compatibility, and job satisfaction". *Academy of Management Journal*, 18(2), 313-322.
- Dimaggio, P. and Ossim. J (2001), "Social Implication of the Internet", *Annual Review of Sociology*. 27: 307-337.
- Giddens A. (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press.
- Hakim, C. (2002). "Lifestyle Preferences as Determinants of Women's Differentiated Labor Market Careers". *Work and Occupations*, 29(4): 428-459.
- King DE, A.G. Mainous, M.Carnemolla, C.J. Everett (2009). "Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults, 1988-2006". *The American Journal of Medicine*, 122(6): 528-534.
- Turner, J. (1992), *The Structure of Sociological Theory*, Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.