

تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت محور در شهر تهران

محمد میرزائی^۱

جعفر کردزنگنه^۲

چکیده

رفتارهایی که افراد در طول زندگی روزمره انتخاب می‌کنند بازتاب سبک زندگی شان بوده، به طوری که این سبک‌ها زائیده انتخاب‌های مردم در میان محدودیت‌های ساختاری شان است. پژوهش حاضر با استفاده از روش پیمایشی، نمونه‌ای به حجم ۶۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از جمعیت ۶۵-۱۸ ساله شهر تهران را مورد بررسی قرار داده است. داده‌ها با پرسشنامه ساخت یافته جمع‌آوری شده و تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت محور مورد تحلیل قرار گرفته است. از میان ابعاد متفاوت سبک زندگی سلامت محور ابعادی نظیر کشیدن سیگار، مصرف الکل، فعالیت بدنی و ورزش در بین زنان کمتر مشاهده گردید. ابعادی نظیر

۱. استاد گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران: mmirzaie@ut.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران: jkzanganeh@ut.ac.ir

فعالیت جسمانی و ورزش و اهمیت دادن به آراستگی ظاهری و تناسب اندام در بین جوانان و ابعادی نظیر عادات خواب و تغذیه سالم در بین میانسالان و سنین بعد از میانسالی بیشتر دیده شد. در مجموع زنان نسبت به مردان و افراد واقع در سنین میانسالی و بعد از آن نسبت به جوانان در ابعاد متفاوت به استثنای فعالیت بدنی و ورزش دارای سبک زندگی سالم‌تری بودند.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، سلامت، سن، جنس، عادات

مقدمه

شاید هیچ‌کدام از تحولات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی دو قرن گذشته به اندازه گذار جمعیتی^۱ و گذار اپیدمیولوژیک^۲، زندگی روزانه جمعیت‌های انسانی را تحت تاثیر خود قرار نداده باشند. دو گذاری که اگر چه برای حوزه‌های مختلف از مطالعات جمعیتی ابداع شده اند، لیکن بدلیل شرایط و عوامل خاصی که جمعیت‌ها را به دوره‌های مختلف حرکت می دهند، ممکن است این دوره‌ها بر هم منطبق شوند. دو گذاری که هم‌گام با خود و بدنبال خود بسیاری از جنبه‌های زندگی انسان از قبیل: مرگ و میر، باروری، مهاجرت، سلامت، سبک زندگی^۳ و... را دچار تغییر و تحول کرده‌اند. کشور ایران نیز این قاعده مستثنی نبوده است.

روند تغییر و تحولات اخیر جمعیت در ایران خاص و استثنایی بوده است. از نقطه نظر تاریخی تا اوایل قرن چهاردهم هجری شمسی همواره رشد جمعیت در ایران بطئی و ناچیز بود، چنین رشدی برآیند سطح بالایی از باروری و مرگ و میر، دو مولفه تشکیل دهنده رشد طبیعی جمعیت، تا آن زمان بوده است. با کاهش اساسی و مستمر مرگ و میر از دهه ۱۳۲۰ به بعد آهنگ رشد جمعیت در ایران شتاب بی سابقه‌ای گرفت به طوری که میانگین رشد سالانه جمعیت ایران طی سی ساله ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۵ به سه

1. demographic transition,
2. epidemiological transition
3. lifestyle

درصد بالغ می‌شد که چنین حد بالایی از آهنگ رشد از نظر تاریخی بی‌سابقه و استثنایی بوده است. به دنبال کاهش اساسی و مستمر مرگ و میر و شتاب رشد جمعیت، و در واقع در پاسخ به به چنین روندی، از اواسط دهه ۱۳۶۰ اتفاق جمعیت‌شناختی مهم دیگری در ایران رخ داد و آن کاهش اساسی و مستمر زاد و ولد و باروری و در نتیجه تعدیل میزان رشد سالانه جمعیت بود (میرزائی، ۱۳۸۲).

با توجه به آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که ایران در ۷۰ سال اخیر مراحل انتقال جمعیتی را یکی پس از دیگری پشت سر گذاشته است. یکی از پیامدهای کاهش اساسی و مستمر زاد و ولد و باروری تغییر بنیادی در ساختار و هرم سنی جمعیت ایران بود. با کاهش اساسی و مستمر زاد و ولد و باروری در ایران، که از اواسط دهه ۱۳۶۰ شروع شد، هرم سنی جمعیت کشور دست‌خوش تغییر بنیادی شده و شکل تاریخی خود را از دست داد. هرم سنی جمعیت ایران در سال ۱۳۷۵ و به خصوص ۱۳۸۵ به وضوح نشان از تغییر بنیادی دارد بطوریکه قاعده پهن و گسترده آن جمع شده و گسترده‌گی به تدریج به سنین بالاتر منتقل شده است. بدین ترتیب می‌توان گفت کشور ایران در حال حاضر در مرحله انتقال ساختار سنی قرار دارد و در دهه سوم قرن پانزدهم هجری شمسی کاملاً شکل یک جمعیت سالخورده را پیدا خواهد کرد (همان).

از سوی دیگر تغییر در توزیع سنی جمعیت، طی تغییراتی که در مراحل گذار جمعیتی و به واسطه کاهش سطوح مرگ و میر و باروری به وقوع پیوسته، اغلب با تغییراتی که جمعیت‌ها را به مراحل پایانی و دوره پس از گذار جمعیتی در حوزه ی کاهش مرگ و میر رهنمون کرده، همراه شده است. محققان و به ویژه جمعیت‌شناسان این تغییرات را تحت عنوان دوره‌های گذار اپیدمیولوژیک مفهوم سازی کرده‌اند که به نام تئوری گذار اپیدمیولوژیک شهرت یافته است. تغییر جهت الگوهای مرگ و میر از دوره دوم به دوره سوم گذار جمعیتی که معمولاً با بزرگ شدن نسبی جمعیت در سنین بالاتر همراه بوده، به افزایش نسبت مرگ و میرهای این سنین منجر شده است، این

افزایش به این علت اتفاق افتاده که بیماری‌های کشنده و غیر واگیر عموماً با افزایش سن شایع‌تر می‌شوند (کوششی، ۱۳۷۸: ۵۰).

در ایران، میزان مرگ و میر و باروری در تعامل با افزایش درآمد سرانه، افزایش شهرنشینی، صنعتی شدن، ارتقای فن آوری در جهان و افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و ... کاهش یافته و با تغییر ترکیب سنی جمعیت، جامعه در مرحله‌ی خروج از سن نوجوانی و در مسیر انتقال به جمعیتی سالخورده قرار گرفته است. بنابراین تغییر جهت در الگوهای مرگ و میر جمعیت به سمت الگوی بیماری‌های غیر واگیر در جمعیت‌هایی که هم‌گذار دموگرافیک و هم‌گذار اپیدمیولوژیک را سپری کرده‌اند، توجه به الگوهای اجتماعی سلامت و سبک زندگی را بیش از پیش ضروری ساخته است. نتایج مطالعات اخیر در ایران (میرزائی و همکاران ۱۳۸۴؛ عباسی و همکاران ۲۰۰۵؛ نقوی ۱۳۸۵؛ عزیزی ۱۳۷۸؛ شریفی ۱۳۸۵؛ کاظمی پور ۱۳۷۵) نشان می‌دهد که بیماری‌های غیر واگیر از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی به شمار می‌روند. با گسترش شهرنشینی و شیوه زندگی صنعتی و نیز تغییر هرم سنی جامعه و پیر شدن جمعیت جوان امروزی ایران، در آینده‌ای نزدیک بر شیوع این بیماری‌ها افزوده خواهد شد. شیوع بیماری‌های قلبی عروقی و نیز سرطان بر اساس محدود بررسی‌های مقطعی انجام شده، تفاوت چندانی با جوامع غربی ندارد، و به نظر می‌رسد ایران اکنون در دوره هیپرپرستیک^۱، که در آن سبک‌های زندگی نقش عمده‌ای را در چگونگی مرگ و میر ایفا می‌کنند قرار دارد.

امروزه علوم پزشکی قادر به درمان بسیاری از بیماری‌های مزمن از قبیل فشار خون، دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و ... نیستند، و در واقع سبک زندگی افراد است که می‌تواند آنان را سالم نگه دارد یا به بیماری مبتلا کند. از طرفی باید گفت اگر چه 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. مردم در متن هنجارهای اجتماعی، در گستره جامعه و با شرایط اقتصادی متعدد، دست به انتخاب می‌زنند. 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.

بنابراین مسأله محوری پژوهش حاضر این است که آیا سن و جنس به عنوان دو متغیر مهم جمعیت‌شناختی و ساختاری از پیش موجود، می‌توانند بازگو کننده تفاوت انتخاب فعالیت‌های گوناگون در حوزه سبک زندگی سلامت محور، در درون محدودیت‌های ساختاری باشند؟

پیشینه پژوهش

کاکرهام در سال ۲۰۰۰ در مقاله‌ای تحت عنوان «شیوه زندگی سالم در روسیه»، اصلی‌ترین عامل کاهنده امید زندگی در اواخر قرن بیستم در روسیه را شیوه‌های ناسالم زندگی شامل: آشامیدن الکل، استعمال دخانیات، مصرف رژیم‌های غذایی پرچرب و نداشتن فعالیت بدنی مناسب می‌داند. کاکرهام در این مطالعه، با الهام از کار ماکس وبر و به ویژه بوردیو، عنوان می‌کند که شیوه‌های ناسالم زندگی در روسیه تا حدود زیادی متأثر از شرایط ساختاری (فرصت‌های زندگی) هستند نه شرایط فردی (انتخاب‌های زندگی). وی همچنین نتیجه‌گیری می‌کند که، شیوه‌های ناسالم زندگی مردان، در واقع منعکس کننده عادت‌های زندگی مردان است که این عادت‌ها خود ریشه در تجارب زندگی‌شان و جامعه‌پذیری‌شان در یک جامعه کمونیست دارد. اگرچه دیگر متغیرها نظیر جنسیت، سن و پایگاه اقتصادی-اجتماعی افراد نیز در تعیین شیوه زندگی آنها نقش مؤثری داشته‌اند. کاکرهام به این نتیجه کلی می‌رسد که، شیوه‌های ناسالم زندگی در میان مردان میانسال و طبقه کارگر در روسیه اولین تعیین‌کننده کاهش امید زندگی

است. در واقع در روسیه عوامل ساختاری (فرصت‌های زندگی) در تعیین شیوه زندگی سالم نقش به مراتب مؤثرتری از عوامل غیرساختاری (انتخاب‌های زندگی) داشته‌اند که این عوامل ساختاری پی‌آمدهای منفی برای سلامتی افراد دربرداشته‌اند.

سوئیت و دینسون^۱ در مطالعه اثرات ساختاری بر روی شیوه زندگی سالم در ایالات متحده به این نتیجه رسیدند که، اگرچه به مدت دو سال تلاش‌های زیادی در ایالات متحده صورت گرفت تا از طریق مبارزه با استعمال دخانیات، مصرف سیگار را به وسیله برنامه‌های آموزشی در مورد خطرات سیگار کشیدن کاهش دهند، اما این برنامه‌ها فقط زمانی موفقیت چشم‌گیری بدست آوردند که سیگار کشیدن در مکان‌های عمومی ممنوع اعلام شد. به عبارتی اگرچه رویکردهای فردگرایانه، موجب شد بسیاری از افراد سیگار کشیدن را کنار بگذارند، اما تا زمانی که سیگار کشیدن در مکان‌های عمومی منع نشد، این برنامه موفقیت چندانی بدست نیاورد. درواقع این ممنوعیت موجب شد، سیگاری‌ها برچسب منحرفان و آوارگان اجتماعی بخورند. قوانین ضد استعمال دخانیات، انزوای اجتماعی و ننگ و بدنامی، خیلی بیشتر از نتایج رویکردهای صرفاً فردگرایانه، ترک سیگار را توسط افراد افزایش داد.

بلاکستر^۲ (۱۹۹۰) در مطالعه خود در بریتانیای کبیر دریافت که تفاوت‌های عمده‌ای در شیوه زندگی سالم بین طبقات اجتماعی وجود دارد به طوری که طبقات بالا و متوسط به بالا نسبت به طبقات پائین‌تر مراقبت بیشتری از سلامت خود می‌کنند. بلاکستر به این نتیجه می‌رسد که وضعیت اقتصادی-اجتماعی و شرایط محیطی عوامل مؤثر و تعیین‌کننده شیوه زندگی سالم هستند. در نتیجه می‌توان گفت شیوه زندگی سالم تنها یک موضوع صرفاً فردی نیست بلکه تا حد زیادی به محیط مادی و اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند، بستگی دارد.

2. Sweat, Michael D. and Julie A. Denison

3. Blaxter

تحقیقات دیگر در بریتانیا نیز تمایزات عمده‌ای در شیوه‌های زندگی سالم بین طبقات مختلف را گزارش نموده‌اند، به طوری که هرچه پله‌ای که شخص در نردبان اجتماعی در آن قرار دارد پایین‌تر باشد، شیوه زندگی ناسالم‌تری برگزیده می‌شود (آدونیس و پولارد^۱، ۱۹۹۷؛ جارویس و واردل^۲، ۱۹۹۸).

نتایج تحقیقات در نقاط دیگر جهان شامل روسیه و اروپای شرقی نشان می‌دهد که مردان میان‌سال طبقه کارگر به عنوان مهمترین حاملان اجتماعی شیوه زندگی ناسالم هستند که مصرف بالای الکل، استعمال دخانیات، رژیم غذایی پرچرب و نداشتن فعالیت بدنی منظم و مناسب از مشخصه‌های آنان است (کاکرهام، ۱۹۹۷، ۱۹۹۹، 2000b؛ جانکووا^۳ و اوستروسکا^۴، ۲۰۰۱). این شیوه زندگی که همبسته با فرایند جامعه‌پذیری سنتی مردان و فرصت‌های محدود زندگی است، برای بسیاری از مردان به صورت هنجار درآمده است. نتیجه اینکه این شیوه زندگی، باعث سطوح بالای مرگ و میر زودرس مردان به علت بیماری‌های قلبی، سوانح مرتبط با آشامیدن الکل و مسمومیت با الکل است.

کاکرهام و همکاران در سال ۲۰۰۴ در مقاله‌ای تحت عنوان «شیوه‌های زندگی سالم در آسیای مرکزی: مطالعه موردی قرقیزستان و قزاقستان» به نقش مهم شیوه زندگی سالم به عنوان مهمترین تعیین‌کننده اجتماعی بحران مرگ و میر در شوروی سابق می‌پردازد و تصریح می‌دارد که اگرچه قرقیزستان وضعیت اقتصادی بهتری نسبت به قزاقستان دارد، اما شیوه زندگی سالم و مثبت در جمعیت قزاقستان باعث شده امید زندگی در این کشور بیشتر از قرقیزستان باشد و بحران مرگ و میر در کشور قرقیزستان علی‌رغم وضعیت اقتصادی بهتر نسبت به قزاقستان ادامه داشته باشد (کاکرهام و همکاران، ۲۰۰۴: ۱۴۰۹).

1. Adonis, Andrew and Stephen Pollard
2. Jarvis, Martin J. and Jane Wardle
3. Janekovi
4. Ostrowska

کاکرهام و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان «شیوه زندگی سالم و ایدئولوژی سیاسی در بلاروس، روسیه و اکراین»، به بررسی رابطه بین باورهای ایدئولوژیکی به عنوان یک عامل ساختاری و شیوه زندگی سالم پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد، افرادی که مخالف بازگشت ایدئولوژی کمونیستی هستند شیوه زندگی سالم‌تری از طرفداران بازگشت کمونیست دارند. نتایج این مطالعه نشان داد که گروه اول همچنین سلامت خود ادراک بهتری نسبت به گروه دوم دارند. کاکرهام و همکاران به این نتیجه کلی رسیدند که، باورها و اعتقادات فرد در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه مانند رفتارهای مرتبط با سلامت شان مهم می‌باشند (کاکرهام، ۲۰۰۵؛ کاکرهام، دی‌وال، ۲۰۰۲؛ فرانکو، آوارز و روئیز، ۲۰۰۴؛ اسمیت، ۲۰۰۴).

ریاحی در تحقیقی تحت عنوان «بررسی تطبیقی تفاوت جنسیتی در عادات‌های غذایی دانشجویان ایرانی و هندی» برای تبیین عوامل مؤثر بر عادات‌های غذایی دانشجویان ایرانی و هندی هم به عوامل روانی-اجتماعی و فرهنگی و هم به عوامل فردی توجه کرده و از تئوری‌های یادگیری اجتماعی، نظریه نقش، دیدگاه ستیز (تضاد) و دیدگاه فمینیستی استفاده نمود. در سطح فردی به بررسی ویژگی‌های روانشناختی افراد، دانش و باورهای مرتبط با سلامتی، میزان توجه به سلامتی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی خانواده پرداخته شد که تمامی این متغیرها رابطه معناداری با عادات غذایی دانشجویان نشان دادند. در سطح کلان (ساختار اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی)، برای تبیین مسئله تحقیق به بررسی متغیرهای فرهنگ و ملیت پرداخته شده بود، که بین فرهنگ و ملیت با عادات غذایی رابطه کاملاً معناداری بدست آمد. از بررسی سهم نسبی عوامل مؤثر بر عادات غذایی که با استفاده از رگرسیون چند متغیره انجام گردیده بود مشخص شد که فرهنگ با ضریب رگرسیونی ۰/۵۵۶ بیشترین تاثیر را بر عادات غذایی

دارد و متغیرهای بعدی به ترتیب میزان اثرگذاری؛ جنسیت، تحصیلات مادر، توجه به سلامتی و باورهای مرتبط با سلامتی بودند (ریاحی، ۱۳۸۴: ۱۱۸).

صمیمی و همکاران در تحقیق خودشان ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان را سنجیده‌اند. در این مطالعه سبک زندگی دانشجویان در پنج بعد: ورزش، تغذیه، استعمال دخانیات، کنترل استرس و رعایت اصول ایمنی اندازه‌گیری شد. نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت عمومی با ابعاد ورزش، تغذیه، سیگار کشیدن، رعایت اصول ایمنی، کنترل استرس و جنس دانشجویان رابطه معنی‌داری داشت و با سن دانشجویان، دانشکده محل تحصیل و وضعیت سکونت ارتباط نداشته است. نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت عمومی دانشجویان با ابعاد سبک زندگی ارتباط معکوس معنی‌دار داشت (صمیمی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱).

مطالعه دیگری تحت عنوان بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار توسط زهرا استاجی و همکارانش در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت. در این مطالعه که از پرسشنامه محقق ساخته جهت سنجش سبک زندگی استفاده گردید ابعادی همچون تغذیه، عادات خواب، استعمال دخانیات و فعالیت بدنی در نمونه مورد مطالعه بررسی شد. نتایج نشان داد که ۱۲/۲ درصد استعمال دخانیات، ۳۷/۸ درصد فعالیت بدنی، ۵۴/۶ درصد اختلالات خواب دارند. ۴۳/۳ درصد از مردم سبزوار از روغن جامد استفاده می‌کردند و ۱۴/۴ درصد میوه و سبزیجات مصرف می‌کردند (استاجی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۴).

تحقیقی تحت عنوان ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی توسط آریتا گشتاسبی و همکارانش در سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است. نتایج آن نشان داد ارزیابی سطح سلامتی به میزان زیادی تحت تاثیر عوامل جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی قرار دارد. زنان سطح سلامتی خود را پایین تر از مردان و افراد با سطح تحصیلی بالا تر سطح سلامتی خود را بیشتر از دیگران ارزیابی می‌کنند (گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۸۷).

بطور کلی می توان گفت تحقیقات تجربی که بطور روشنی متکی بر پایه چارچوب تئوریکی باشد، در زمینه الگوهای سبک زندگی سلامت محور کمیاب هستند. مروری به بخش پیشینه تحقیقات نشان می دهد که علیرغم اهمیت و جایگاهی که سبک زندگی سلامت محور در حوزه مطالعات علوم اجتماعی خارج کشور دارد و کارهای گسترده‌ای که در این زمینه انجام داده اند، در ایران چندان جدی به این موضوع پرداخته نشده است. اکثر بررسی‌های انجام شده در این باره در ایران در حوزه پزشکی و بهداشت انجام شده و به مقتضی رشته خود بیشتر پرداختی توصیفی داشته است. بررسی‌های تحلیلی اندکی با بهره گیری از تبیین‌های اجتماعی-جمعیتی در مورد سبک زندگی سلامت محور انجام شده و همین امر باعث شده که بخش تئوریکی مساله در این پژوهش‌ها در محاق افتد.

چارچوب نظری

سبک زندگی سلامت محور یکی از ابعاد سبک زندگی است و شامل اشکال خود انتخابی مصرف گرایی نظیر انتخاب‌های ویژه در غذا، لباس، ظاهر، اتومبیل، اشکال اوقات فراغت و... است، در حالی که کاکرهام از این موارد فراتر می رود و تصمیم گیری درباره‌ی مصرف غذا، بستن کمربند ایمنی، بهداشت فردی، عادات خواب، مسواک زدن و... را جزئی از سبک زندگی سلامت محور محسوب می کند.

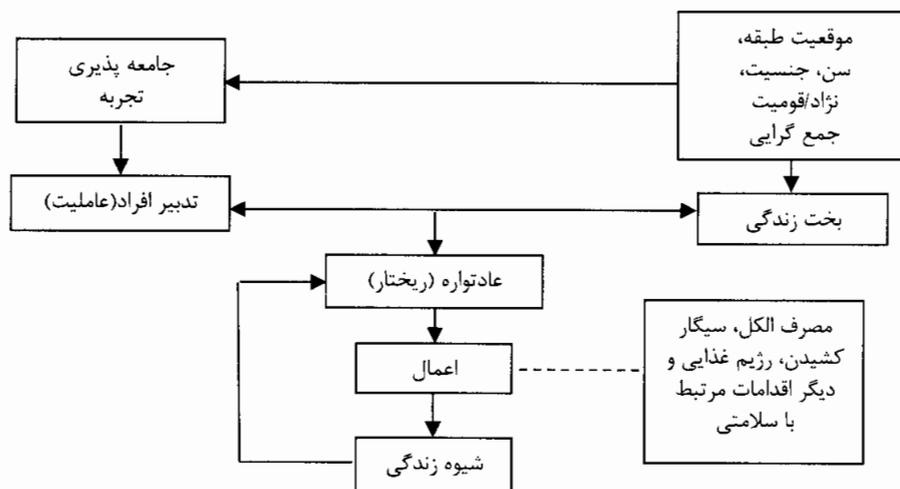
از نظر کاکرهام سبک‌های زندگی سلامت محور الگوهای تجمعی رفتارهای مرتبط با سلامت هستند که بر اساس انتخاب از گزینه‌های در دسترس افراد بر اساس فرصت‌های زندگی شان بنا نهاده شده‌اند. این فرصت‌ها شامل تاثیرات جنس، سن، نژاد/قومیت و دیگر متغیرهای هستند که بر انتخاب‌های شیوه زندگی تاثیر می گذارند. رفتارهایی که از این انتخاب‌ها حاصل می شوند می توانند عواقب مثبت و منفی از نظر جسمی و روحی داشته باشند. کاکرهام مطرح می کند که تقدم وجودی ساختار اجتماعی، زمینه‌ای را برای جامعه پذیری و تجربه فراهم می کند، که آن هم انتخاب‌های

سبک زندگی سلامت محور را تحت تاثیر قرار می دهد و جمعاً این‌ها شانس‌های زندگی است که چنین انتخاب‌هایی را سبب می شود. مدل ارائه شده توسط کاکرهام در نمودار شماره ۲ نشان داده شده است. به نظر وی ساختار اجتماعی از چهار دسته متغیر شامل (۱) (الف) شرایط طبقه اجتماعی و همچنین (ب) سن، جنسیت و نژاد / قومیت (ج) جمع گرایی و (د) شرایط زندگی تشکیل می شود، که بستر اجتماعی برای (۲) جامعه پذیری و تجربه را فراهم می کنند که این فرایندها نیز پتانسیل و ظرفیت لازم برای (۳) تدبیر افراد (عاملیت) را فراهم می کنند. شرایط طبقه و تا حد کمتری دیگر متغیرهای ساختاری (۴) بخت زندگی (ساختار) را تشکیل می دهند. تدبیر افراد و بخت‌های زندگی با یکدیگر تعامل دارند و در شکل‌گیری (۵) تمایلات افراد برای عمل یا عادتواره (ریختار) (ساختمان ذهنی) سهم هستند که به (۶) تولید اعمالی از قبیل (۷) مصرف الکل، سیگار کشیدن، رژیم غذایی و دیگر اقدامات مرتبط با سلامتی منجر می شود. این اعمال در واقع الگوهای (۸) شیوه زندگی سالم را تشکیل می دهد که اجرای مجدد آنها منجر به باز تولید (یا اصلاح) آنها از طریق بازخورد به عادتواره می شود (کاکرهام، ۲۰۰۹: ۵۷).

اگر چه شرایط طبقه تاثیر گذار است با این حال کاکرهام جمع گرایی را نیز مهم می داند. در اینجا کاکرهام از نظریه دیگری تعمیم یافته مید استفاده می کند. بر اساس نظر مید دیگری تعمیم یافته نگرش‌های سازمان یافته‌ای از یک گروه، اجتماع را به عنوان یک کل منعکس می کند که به عنوان یک فرایند اجتماعی، اجتماع یا گروه، رفتار اعضای خود را تحت کنترل قرار می دهد. افراد در چنین مواقعی ممکن است در انتخاب یا رد بعضی از اعمال خود بر اساس گرایش‌های جمعی عمل کنند (کاکرهام، ۲۰۰۵، ۶۴-۵۱).

ایدئولوژی و مذهب دو مثال از تفکرات جمع گرایی برای تاثیرگذاری بر انتخاب‌های سبک زندگی سلامت محور می باشند. چرا که وقتی در یک دین یا مذهب مثل اسلام، مصرف الکل و استعمال دخانیات امری مذموم می شود، خود در انتخاب

سبک زندگی سلامت محور تاثیر بسزائی دارد. به هر حال از نظر کاکرهام بین سبک زندگی سلامت محور و ایدئولوژی سیاسی حاکم رابطه معنی دار وجود دارد. بیشتر تحقیقات در زمینه سبک زندگی سلامت محور تاثیر رفتارهای فردی را بر روی سلامت مورد مطالعه قرار می دهند و از بررسی ویژگی‌های جمعی (ساختاری) غفلت می کنند. در حالی که نیاز است هم متغیرهای فردی و هم ساختار در نظر گرفته شوند (کاکرهام، ۲۰۰۰: ۱۳۱۴).



نمودار ۱. پارادایم شیوه زندگی سالم

بنابراین موقعیت‌های اجتماعی و انتخاب‌های عامل، هر دو در مفهوم سبک زندگی سلامت محور نقش اساسی دارند. از نظر کاکرهام در انتخاب سبک‌های زندگی مثبت و منفی، مردمی که در طبقات بالای جامعه قرار دارند انتخاب‌های سالم‌تر و منابع بیشتری در حمایت از تصمیم‌گیری خود دارند، اما بر عکس مردمی که در رده‌ی پایین اجتماعی قرار دارند فشارهای اقتصادی-اجتماعی بیشتری بر انتخاب‌هایشان احساس می‌کنند و انتخاب‌های قابل دسترسی کمتری نسبت به طبقات بالا دارند (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۳).

یکی از مفاهیم اصلی در پارادیم مطرح شده توسط کاکرهام منش (ریختار^۱) (عادتواره) یا (ساختمان ذهنی است). این مفهوم هسته اصلی تبیین بوردیو برای کنش‌های انسان را شکل می‌دهد. منش «... نظامی از تمایلات بادوام و قابل انتقال که به عنوان مولد ساخت یافته و به شکل عینی مجسم شده، عمل می‌کند». منش محصول تعامل ساختارهای عینی و تاریخ شخصی است. ساختارهایی که سازنده محیطی خاص هستند (مثلا شرایط مادی موجود که مشخصه شرایط طبقاتی‌اند) منش را تولید می‌کنند. منش واسطه تبدیل ساختارهای مادی تجربه زندگی به انباشته‌های ذهنی است که کنش را جهت می‌دهد. منش یعنی نظام‌هایی از تمایلات بادوام^۲ و قابل تغییر و قابل انتقال؛ ساختارهای، ساختاردهنده‌ای که استعداد آن را دارند تا به مثابه ساختارهای ساختاردهنده عمل کنند، به عبارتی، همچون اصول تولید و ساختاردهی کردارها و بازنمایی‌هایی که می‌توانند به صورت عینی «قاعده‌مند» و «قاعده» شده بدون آن که حاصل تبعیت از قواعد باشند، به صورت عینی با برخی اهداف منطبق شوند بدون آن که از ابتدا یا آگاهانه به سوی اهدافی؛ یا صورتی از اعمال لازم برای وصول به آن اهداف، نشانه گرفته شوند؛ و علاوه بر همه این‌ها، بدون آن که عمل جمعی تحت رهبری یک رهبر باشد، به صورت جمعی هماهنگ شده هستند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۹).

در نظر بوردیو منش مولد و انسجام بخش اعمال و صورت درونی شده شرایط طبقاتی است. منش به صورت اصولی درمی‌آید که مردم را قادر می‌سازد بر کنش‌های خود کنترل داشته باشند بدون آن که بر شرایط شکل‌گیری این اصول کنترل داشته یا از وجود آن‌ها آگاه باشند. به اعتقاد بوردیو تمامی میدان‌ها از کنشگران فعال در خود می‌خواهند که به قوانین عمل در میدان تسلط عملی داشته باشند و این را به صورت استعداد گنجیدن در شبکه روابط، تسلط عملی بر قوانین نانوشته طرز عمل میدان، و

1.Habitus
2.Durable dispositions

مقولات درک و داوری که زمینه ساز فهم مسائل مهم هستند از خود بروز دهند (همان: ۴۰).

منش نقشه شناختی دنیای اجتماعی و مسیرهای از پیش تعیین شده است که عمل مناسب هر وضعیتی را نشان می‌دهد (کاکرهام، ۱۹۹۷: ۳۲۷). مطابق مدلی که بورديو ارائه می‌دهد:

شرایط عین موجود در ترکیب با ساختار اجتماعی منشی تولید می‌کنند که شامل سیستمی از طرحواره‌های قابل دسته‌بندی مولد اعمال و کارها و همچنین سیستمی از طرحواره‌های ادراکی و ذائقه‌ای که با هم عملکردها و کارهای قابل دسته‌بندی خاصی را تولید می‌کنند و در نهایت سبک زندگی را تشکیل می‌دهند (کاکرهام، ۱۹۹۹: ۶۴).

انتخاب‌های زندگی (عاملیت) و سبک زندگی سلامت محور

امیبیاز معتقد است که عاملیت می‌تواند فرایندی در نظر گرفته شود که در آن گذشته افراد بر آنها تاثیر می‌گذارد اما به سوی آینده و حال جهت می‌گیرند. انتخاب شکلی از مصرف یا مسولیت فردی است. طرفداران عاملیت بر ظرفیت افراد در انتخاب رفتارشان صرفنظر از اثرات ساختاری تاکید دارند (کاکرهام، ۲۰۰۹: ۵۱).

تصمیم برای انجام هر نوع فعالیت یک انتخاب است، و الگوهای اجتماعی حاکم بر این فعالیت‌ها، بازتاب این واقعیت‌اند که انتخاب‌ها امری تصادی نبوده، بلکه به ساختارها یا موقعیت‌های زندگی کاملاً وابسته‌اند.

(موقعیت‌های زندگی) ساختار و سبک زندگی سلامت محور

تحقیقات سلامت عمومی اغلب تاکیدشان بر روی رفتارهای فردی سلامتی و مستقل از زمینه اجتماعی آنها می‌باشد. کاکرهام استدلال می‌کند، تحقیق روی سبک زندگی سلامت محور نیاز است اما اندازه گیری و تجزیه و تحلیل نباید در سطح فردی متوقف شود، بلکه بایستی تا در نظر گرفتن، الگوهای جمعی رفتار مربوط به سلامتی که سبک زندگی سلامت محور را تشکیل می‌دهد، گسترش یابد. سبک‌های زندگی مختلف باید

در ارتباط با زمینه اجتماعی که در آن رخ می‌دهند، مورد توجه قرار گیرند (کاکرهام، ۲۰۰۶: ۱۸۰۲).

ساختار اجتماعی به نحوه موثری بر شانس‌های زندگی افراد تأثیر گذار می‌باشد و این امر می‌تواند فرصت‌های انتخابی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارتی شانس‌های زندگی افراد و فرصت‌های انتخابی آنها بیشتر تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی و زمینه‌ای است که افراد در آن قرار گرفته‌اند. به عنوان مثال سن و جنس به عنوان متغیرهای ساختاری در دستیابی افراد به فرصت‌های انتخابی و شانس‌های زندگی تأثیر مهمی دارند. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که محیط اجتماعی رواج رفتارهای سلامتی را در جوامع مختلف و جمعیت‌های فرعی (زیر گروه) تحت تأثیر قرار می‌دهند. در برخی جوامع مثل ایران که افراد کنترل کمتری بر رژیم غذایی و آلودگی‌های اکولوژیکی دارند و همچنین نوع محیط اجتماعی که استعمال دخانیات در آن به عنوان یک رویه رفتاری پذیرفته شده، احتمال بروز سبک زندگی ناسالم بسیار بالاتر است. در ایران استعمال دخانیات بالا، رژیم غذایی سرشار از چربی‌ها، و سیگار بسادگی در دسترس افراد است و شهروندان انتخاب‌های اندکی در مورد نوع غذاهایی که تهیه و مصرف می‌کنند دارند، که این امر نتیجه طبیعی ضعف سیستم حکومتی است که با بی‌اعتنایی به خطرات همبسته با سیگار کشیدن، رژیم‌های ناسالم غذایی و ... برخورد می‌کند. در بسیاری از حکومت‌های امروزی وقتی افراد سلامتی ضعیفی دارند یا دچار مرگ و میر زودرس می‌شوند، علت این امر را بی‌اعتنایی افراد نسبت به انتخاب‌هایشان می‌دانند. این تبیین به سیستم‌های حکومتی این اجازه را می‌دهد که نسبت به شرایط ناسالم اجتماعی یا اشتباهات پزشکی شانه خالی کنند. متعاقباً تبیین سبک زندگی به عنوان شکلی از مقصر دانستن قربانی است، که در این شکل به دولت‌ها اجازه داده می‌شود تا از زیر بار مسئولیت‌پذیری شانه خالی کنند. این در حالی است که شواهد تجربی اندکی نشان داده‌اند که سبک زندگی فقط محصول انتخاب فردی است. بنابراین

فرصت‌های زندگی که تحت تاثیر ساختارهای اجتماعی - سیاسی قرار دارند به مراتب نقش مهم تری در سبک زندگی افراد دارند (کاکرهام و همکاران، ۱۹۹۷).
بطور کلی باید گفت که انتخاب‌های افراد محدود به زمینه و بستر اجتماعی و سیاسی خاص خود می‌شوند. به عبارتی انتخاب‌ها بوسیله ساختاری که در آن به وقوع می‌پیوندند شکل می‌گیرند. ساختار، به الگوهای تجمعی زندگی اشاره دارد که همبسته با جوامع، نهادها، طبقات اجتماعی، گروه‌ها و نقش‌های افراد می‌باشند و نمایانگر موجودیت اجتماعی مستقل گروه‌های مختلف است. رهیافت اجتماعی-جمعیتی به سبک زندگی به ما این اجازه را می‌دهد که سبک زندگی سلامت محور را به عنوان فعالیت جمعی که ورای روانشناسی فرد می‌باشد تجزیه و تحلیل کنیم که این فعالیت جمعی خود در دل هنجارها، ارزش‌ها، اعمال گروهی و طبقات اجتماعی جای دارد که محدودیت‌هایی را بر رفتارهای اعمال می‌کنند.

روش پژوهش

روش پژوهش مورد استفاده در این بررسی پیمایش بوده و جهت بررسی تاثیر تفاوت‌های سنی و جنسی سبک زندگی سلامت محور از پرسشنامه ساخت یافته استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش را جمعیت ۶۵-۱۸ ساله شهر تهران تشکیل می‌دهند (۵۶۱۰۶۲۷ نفر). با در نظر گرفتن شاخص‌های پنج گانه، نرخ اشتغال، هزینه ناخالص خانوار، اشتغال زنان، نسبت شاغلین به کل، نرخ رشد خانوار و شاخص‌های فقر، مناطق ۲۲ گانه شهر تهران در سه پهنه توسعه ایی پایین شامل مناطق: ۹، ۱۸، ۱۲، ۱۷، ۱۶، ۱۹، ۱۰، متوسط شامل مناطق: ۱۴، ۷، ۲۰، ۸، ۱۵، ۱۱، ۲۱، ۱۳ و بالا شامل مناطق: ۲۲، ۶، ۴، ۵، ۱، ۲ و ۳ تقسیم بندی گردید. با توجه به اینکه مناطق هر پهنه از نظر توسعه یافتگی همسان هستند از هر پهنه بطور تصادفی یک منطقه برگزیده شد. بدین ترتیب منطقه ۳ از پهنه بیشتر توسعه یافته، منطقه ۱۶ از پهنه کمتر توسعه یافته و منطقه ۱۱ از پهنه با توسعه متوسط برگزیده شدند. جمعیت ۶۵-۱۸ ساله مناطق

مذکور برابر ۶۰۲۵۲۷ نفر بوده است که بر اساس جدول تعیین تعداد نمونه لین (Line, 1978)، در سطح اطمینان ۹۶ درصد و با پایایی ۴ درصد تعداد ۶۰۰ نفر از جامعه آماری به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. قابل ذکر است که جمعیت ۶۵-۱۸ ساله ساکن در این مناطق، معادل ۱۰/۷ درصد از کل جمعیت ۶۵-۱۸ ساله شهر تهران است. در پژوهش حاضر برای آزمون پایایی شاخص‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردیم. تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهایی که در این بررسی مورد استفاده قرار گرفتند به شرح زیر است:

سبک زندگی: یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌ها در تئوری‌های جامعه‌شناسی، افزایش توجه به سبک زندگی به‌عنوان یک مفهوم کلیدی در تبیین رفتار اجتماعی بشر است (ابل، ۱۹۹۱، چانی، ۱۹۹۶، گیدنز، ۱۹۹۱، مافسولی، ۱۹۹۶)^۱. سبک زندگی به‌عنوان یکی از مفاهیم مرتبط با زندگی روزمره مفهوم وسیع و گسترده‌ای است که بدون مشخص کردن و متمرکز شدن بر شاخص‌ها و مولفه‌های ویژه آن قابل فهم نیست. سبک زندگی در واقع طیف وسیعی از عملکردها، نگرش‌ها، رفتارها، بینش‌ها، سلائق و ترجیحات و فعالیت‌ها را در بر می‌گیرد. به گفته گیدنز:

«سبک زندگی مجموعه نسبتاً منسجم از همه رفتارها و فعالیت‌ها ی یک فرد معین در جریان زندگی روزمره است» (گیدنز، ۱۳۸۷: ۳۲۵).

به بیان ساده، سبک زندگی به ما کمک می‌کند تا آنچه را مردم انجام می‌دهند، دلیل انجام دادنش، و معنی عمل‌شان برای خودشان و دیگران را درک می‌کنیم (چانی، ۱۹۹۶)^۲. سبک‌های زندگی اساساً اشکالی از مصرف‌گرایی شامل ترجیحات غذایی، بدنی و ظاهری، مسکن، عادات کاری، اوقات فراغت و ... هستند که مردم را از هم متمایز می‌کنند. سبک زندگی سلامت محور برای مثال یکی از شاخه‌های سبک زندگی

1. Abel
1. Chaney

است که می‌توانند سالم یا ناسالم باشند و شامل اعمالی از قبیل: رژیم غذایی، آشامیدن الکل، استعمال دخانیات، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، بهداشت شخصی و دیگر اعمال و رفتارهای مرتبط با سلامت است. اگرچه برخی از سبک‌های زندگی در جهت تولید سلامت هستند، تمام افراد، گروه‌ها و طبقات اجتماعی سبک زندگی خاص خود را دارند که الگوی مصرف‌شان را نشان می‌کند (چانی، ۱۹۹۶، گیدنز، ۱۹۹۱). سازمان جهانی بهداشت تعریف وسیع تری از سبک زندگی دارد: اصطلاح سبک زندگی به روش زندگی مردم و بازتابی کامل از ارزش‌های اجتماعی، طرز برخورد و فعالیت‌ها اشاره دارد. همچنین ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در برآوردن سبک زندگی (فعالیت بدنی، تغذیه، اعتیاد به الکل و دخانیات و...) است که در پی فرایند جامعه پذیری به وجود آمده است (استاجی، ۱۳۸۵: ۱۳۴).

سبک زندگی سلامت محور: در هر زمینه مطالعاتی بنا به ماهیت موضوع، تعاریفی برای سبک زندگی ارائه شده است که با اصول همان تعریف مطابقت دارد. در زمینه سبک زندگی سلامت محور، انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی، جوهره تعریف سبک زندگی سلامت محور است.

اصطلاح سبک زندگی در پزشکی، دال بر استفاده از مواردی نظیر الکل، سیگار یا انواع خاصی از غذاهاست که برای سلامتی فرد مضر هستند (ویل، ۲۰۰۰: ۱۰).^۱ اگرچه این تعریف در پژوهش‌های جامعه‌شناسی پزشکی غالب بوده، اما تعریفی بسیار محدودتر است. آبل این تعریف و شاخص‌های ارائه شده در آن را به انجام فعالیت‌های ورزشی و بهره‌گیری از خدمات پزشکی نیز بسط می‌دهد (آبل، ۱۹۹۱: ۹۰۲). وکاکرهمام تصمیم‌گیری درباره مصرف غذا، ورزش کردن، مراعات بهداشت فردی، مقابله با استرس، استعمال سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر، بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن

و انجام دادن معاینات دوره‌ای پزشکی را اجزاء سبک زندگی سلامت محور می‌خوانند (کاکرهام و همکاران، ۱۹۹۹: ۱۹).

همه رفتارهایی که به آن‌ها اشاره شد شاخص‌های سبک زندگی سلامت محور هستند. وقتی فرد مجموعه‌ای از این رفتارها را براساس گزینش از میان انتخاب‌های ممکن برای خود برمی‌گزیند و انجام می‌دهد، سبک زندگی سلامت محور شکل می‌گیرد. به گفته کاکرهام سبک زندگی سلامت محور:

«الگوهای تجمعی رفتارهای مرتبط با سلامت هستند که بر اساس انتخاب از گزینه‌های در دسترس افراد با توجه فرصت‌های زندگی شان بنا نهاده شده‌اند. این فرصت‌ها شامل تاثیرات جنس، سن، نژاد/قومیت و دیگر متغیرهایی هستند که بر انتخاب‌های سبک زندگی تاثیر می‌گذارند» (کاکرهام، ۱۹۹۷).

از نظر آبل سبک زندگی سلامت محور الگوهایی از رفتارهای مرتبط با سلامتی، ارزش‌ها و نگرش‌های پذیرفته شده توسط گروه‌هایی از افراد هستند که در پاسخ به محیط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرند (آبل، ۱۹۹۱).

ویلی و کاماچو سبک زندگی سلامت محور را بصورت مجموعه‌ای از فعالیت‌های مشخص که اثر مهمی بر وضعیت سلامتی می‌گذارند و بخش عمده‌ای از الگوهای زندگی فرد را می‌سازند تعریف می‌کنند (نجاریون و عارفی، ۱۳۸۵: ۳).

از نظر عملیاتی سبک زندگی سلامت محور به عنوان یک پدیده چند علتی و چند بعدی، از ابعاد متنوعی چون، ورزش، تغذیه مناسب و نامناسب، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه، عدم مصرف دخانیات و الکل، سلامت روانی، سلامت محیطی، بهداشت فردی، رفتار ترافیکی، کنترل بدن، عادات غذایی، تحرک روزانه و قرار گرفتن در مقابل نور آفتاب تشکیل شده است. با توجه به ویژگی‌های سبک زندگی سلامت محور، سنجش آن با گویه‌های اندک میسر نبوده است، بنابراین با استفاده از روش لیکرت از ۳۰ گویه برای اندازه‌گیری آن استفاده شد. گویه‌ها از چهار درجه (اصلاً، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) تشکیل شده‌اند و در بخش یافته‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

یافته‌های پژوهش

نتایج به دست آمده از این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های حاصل در بخش توصیفی نشان می‌دهند که از مجموع کل پاسخگویان مورد مطالعه ۲۹۱ نفر (۴۸ درصد) زن و ۳۱۵ نفر (۵۲ درصد) مرد بوده‌اند. ۲۴۶ نفر (۴۰/۶ درصد) بین ۱۸-۲۹ سال ۲۵۷ نفر (۴۲/۴ درصد) بین ۳۰-۴۹ سال و ۱۰۲ نفر (۱۶/۸ درصد) بین ۵۰-۶۵ سال بوده‌اند. میانگین سنی پاسخگویان ۳۴/۴ سال بوده است. از نظر تحصیلات ۱/۳ درصد بی‌سواد، ۱۲/۷ درصد ابتدایی و راهنمایی، ۳۵/۳ درصد متوسطه و دیپلم، ۴۰/۱ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۹/۷ درصد فوق لیسانس و دکترا بوده‌اند. همچنین به لحاظ شغلی ۲۲ درصد کارمند، ۲۰/۶ درصد خانه‌دار، ۱۵/۲ درصد دانشجو، ۶ درصد محصل و بقیه هم دارای سایر مشاغل چون فروشنده‌گی، معلمی، کارگری، آرایشگری و... بوده‌اند. از نظر قومیت بیشترین درصد پاسخگویان (۵۶/۹ درصد) را افرادی با قومیت فارس تشکیل می‌دهند، ۲۳/۱ درصد ترک، ۷/۸ درصد لر، ۵/۸ درصد گیلک و ۶/۴ درصد باقی مانده به سایر اقوام تعلق داشته‌اند. ۶۳/۲ درصد از پاسخگویان متأهل، ۳۵/۵ درصد مجرد و ۱/۳ درصد مطلقه بودند. حداقل میزان درآمد ماهیانه اظهار شده توسط پاسخگویان جهت کفاف کلیه مخارج زندگی روزانه‌شان ۱۵۰ هزار تومان و حداکثر آن ۱۰ میلیون تومان و میانگین آن ۱/۵ میلیون تومان بوده است. ۴۵/۴ درصد از پاسخگویان اظهار کردند که در طول یک روز معمولی فعالیت ورزشی دارند و ۵۴/۶ درصد اظهار کردند که فعالیت ورزشی خاصی در طول روز ندارند. بیش از ۵۰ درصد از پاسخگویانی که اعلام کردند در طول روز فعالیت ورزشی خاصی دارند، نوع فعالیت خود را پیاده روی، ۹ درصد بدنسازی، ۶/۲ درصد شنا و بقیه سایر فعالیت‌ها از قبیل دو، بدنمیتون، کوه‌نوردی و... را شامل می‌شوند. ۴۹/۱ درصد از پاسخگویان وضعیت سلامتی‌شان را خوب، ۲۶/۲ درصد خیلی خوب، ۱۷/۸ درصد عالی، ۵/۸ درصد بد و ۱/۱ درصد خیلی بد توصیف کردند.

توصیف عامل‌های به‌دست آمده از تحلیل عاملی

در پژوهش حاضر مفهوم سبک زندگی سلامت محور ابتدا به‌صورت مفهوم کلی سنجیده شده تا بتوان با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی ابعاد متفاوت آن را به‌دست آورد. ابتدا به منظور بررسی قابلیت اعتماد داده‌ها جهت انجام تحلیل عاملی اکتشافی، آزمون کیزر میر اولکین^۱ انجام شد که ضریب به دست آمده رضایت‌بخش بود (KMO=۰/۸۱۱). در واقع این آزمون مناسب بودن داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی را تایید کرد. آزمون آماری نسبتاً متداول دیگر برای تشخیص مناسب بودن داده‌ها جهت انجام تحلیل عاملی، آزمون کرویت بارتلت^۲ است. در صورت معناداری آماری این آزمون می‌توان گفت داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب است. نتایج آزمون مذکور (Approx. Chi-Square = ۴۸۸۵/۶۵۵) در سطح $p \leq 0/001$ معنادار است. بعد از استفاده از تکنیک تحلیل عاملی بر روی گویه‌های در نظر گرفته شده برای سنجش سبک زندگی سلامت محور ۹ عامل با مقدار ویژه^۳ بالاتر از یک به‌دست آمد، که عامل‌های شماره هفت و هشت از نظر مفهومی معنای خاصی نداشتند و در واقع برخی از گویه‌های سایر عامل‌ها بر روی این دو عامل دارای بار بودند، با توجه به اهمیت گویه‌ها برای هر عامل و همچنین با توجه به پیشینه پژوهش، در این پژوهش ۷ عامل جهت انجام تجزیه و تحلیل مورد تایید قرار گرفت. با توجه به واریانس به‌دست آمده از تحلیل عاملی، عامل‌های مذکور به ترتیب عبارتند از: خود مراقبتی، ورزش و فعالیت جسمانی، توجه به ظاهر (آراستگی ظاهری)، رعایت رفتار ترافیکی، عادات خواب، انتخاب‌های غذایی و تغذیه، استعمال دخانیات و نوشیدن الکل. عامل‌های استخراج شده در مجموع ۵۱/۰۰۳ درصد از واریانس مشترک را تبیین کردند.

1. Kaiser-Meyer Olkin
2. Bartlett's test of Sphericity
3. Eigenvalue

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود عامل اول خود مراقبتی است. این عامل دارای شش ماده است که بر روی عامل مربوطه بار شده‌اند. این عامل ۱۲/۴ درصد از واریانس مشترک را تبیین می‌کند. عامل دوم ورزش و فعالیت جسمانی است، که ۷/۷ درصد از واریانس مشترک را تبیین می‌کند و دارای شش آیتم می‌باشد. عامل سوم توجه به ظاهر یا آراستگی ظاهر است که با داشتن سه گویه ۷/۵ درصد از واریانس مشترک را تبیین می‌کند. عامل چهارم رعایت رفتار ترافیکی (سلامت رانندگی) است که ۶/۹ درصد از واریانس مشترک را تبیین می‌کند و دارای ۳ ماده نیز می‌باشد. عامل پنجم عادات خواب است که ۶/۲ درصد از واریانس مشترک را نیز تبیین کردند. عامل انتخاب‌های غذایی و تغذیه با داشتن هشت ماده ۵/۵ درصد از واریانس مشترک را تبیین می‌کند. و در نهایت عامل هفتم تحت عنوان استعمال دخانیات و نوشیدن الکل با داشتن دو ماده ۴/۵ درصد از واریانس مشترک را تبیین کرده است.

در مجموع می‌توان گفت که گویه‌های مربوط به بعد تناسب اندام، خود مراقبتی، عادات خواب، رانندگی و استعمال سیگار و مصرف الکل به طور کامل بر روی عامل‌های مربوط به خود بار شده‌اند. اما یک گویه از بعد فعالیت جسمانی و ورزش و سه گویه از بعد تغذیه دارای بار ضعیفی بر عامل‌های مربوط به خود بوده‌اند، ولی با توجه به اهمیت این گویه‌ها برای عامل‌های مربوطه و همچنین با توجه به پیشینه مطرح شده، تمامی این گویه‌ها در عامل‌های مربوط حفظ شدند و در نهایت ۷ عامل موردتأیید قرار گرفت.

جدول ۱. نتایج تحلیل عاملی گویه‌های سبک زندگی سلامت محور

ایماد متغیر وابسته	گویه‌ها و سوالات	بارهای عاملی	مقلدبر ویژه	درصد واریانس تبیین شده
خود مراقبتی	به هنگام استفاده از ظروف به دستوره‌های نوشته شده بروی برجسب آنها دقت می‌کنم. /۷۰		۵/۱۱۷	۱۲/۲۱۱
	وقتی که بیمار می‌شوم سعی می‌کنم اطلاعاتی را در زمینه آن بیماری به دست نیآورم. /۶۹			
	برای تصمیم گیری در زمینه رفتارهای سلامتی سعی می‌کنم با پزشک مشورت کنم. /۶۷			
	برای سلامتی خود و خانواده ام به اطلاعاتی در زمینه موضوعات سلامتی نیاز دارم. /۸۰			
	اگر توصیه ای یا دستور المصلی توسط پزشک به من داده می‌شود سعی می‌کنم به طور دقیق مراعات کنم. /۶۸			
	چکاپ به مراکز درمانی مراجعه می‌کنم. /۶۳			
ورزش و فعالیت جسمانی	از یک برنامه ورزشی منظم پیروی می‌کنم. /۷۶		۳/۱۱۶	۷/۷۲۱
	برای ۲۰ دقیقه یا بیشتر، حداقل ۲ بار در هفته ورزش سنگین انجام می‌دهم. (مثل: دو، نوجوخه سواری، گوهنوردی و ورزش‌های هوازی). /۷۸			
	در اوقات فراغت فعالیت‌های جسمانی انجام می‌دهم. /۵۶			
	ورزش‌های کششی را حداقل ۲ بار در هفته انجام می‌دهم. /۶۱			
	در بین فعالیت‌های معمول روزمره خود ورزش‌هایی مثل: پیاده روی بعد از نهار، استفاده از پله بجای آسانسور، پیاده شدن از ماشین قبل از رسیدن به مقصد را انجام می‌دهم. /۱۷			
	در فعالیت‌های جسمانی سبک تا متوسط شرکت می‌کنم. /۲۰			
توجه به ظاهر	تاسب اندام جذاب بنظر رسیدن (آراستگی ظاهری)	/۸۲ /۸۳ /۸۲	۲/۱۶۵	۷/۵۵۸
	وقتی سوار ماشین می‌شوم کمربند ایمنی را می‌بندم. /۶۷		۲	۶/۹۶۸
	علایم رانندگی را رتندی (چراغ قرمز، خط کنی مابر پیاده و...) را رعایت می‌کنم. /۶۳			
موقع رانندگی سرعت مجاز را رعایت می‌کنم. /۶۴				
عادات خواب	در شبانه روز به میزان کافی می‌خوابم. (حدود ۸-۶ ساعت) هر شب در ساعات معینی می‌خوابم. /۶۷ /۵۶		۱/۳۴۸	۶/۳۳۷
	رژیم غذایی کم چرب، فاقد چربی‌های اشباع شده و کلسترول را انتخاب می‌کنم. (مثل روغن مایع) هر روز به اندازه کافی: نان، غلات، برنج و ماکارونی می‌خورم. هر روز به اندازه کافی میوه می‌خورم. هر روز سه وعده غذا می‌خورم. هر روز صبحانه می‌خورم. هر روز به اندازه کافی سبزیجات می‌خورم. هر روز به اندازه کافی شیر، ماست یا پنیر می‌خورم. هرروز به اندازه کافی گوشت، مرغ، ماهی، حبوبات و تخم مرغ می‌خورم. /۰۰۱ /۷۳ /۲۰ /۱۵۲ /۰۹۱ /۶۷ /۵۱ /۶۳		۱/۳۶۶	۵/۵۲۶
استعمال دخانیات و نوشیدن الکل	نوشیدنی الکلی سیگار		۷۴ /۶۶	۳/۵۶۱

جنسیت و سبک زندگی سلامت محور

در این پژوهش جنسیت به عنوان یک متغیر تبیین کننده و همچنین بر اساس نظریه کاکرهام به عنوان یکی از ساختارهای از پیش موجود تاثیر گذار بر سبک زندگی سلامت محور مورد توجه قرار گرفته است.

چافتز معتقد است که اگر تقسیم کار در سطح کلان در جامعه جنسیت یافته صورت گیرد، به مرور زمان مردان به منابعی بیش از زنان دست می‌یابند و این مساله باعث می‌شود مردان کمتر در خانه به کار بپردازند و کارهای منزل را جزء وظایف زنان به

حساب آورند، در نتیجه مردان، هم در جایگاه مادی و هم در جایگاه قدرت به صورت نخبه درمی‌آیند و می‌توانند همه‌ی کارهای زنان را در اختیار گیرند. یکی از عوامل تداوم تقسیم کار سنتی جنسیتی، وجود و باز تولید تعاریف جنسیتی تأیید کننده تقسیم کار و نظام نقش‌های جنسیتی است که می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در انجام برخی رفتارهای سبک زندگی سلامت محور داشته باشد (نبوی و احمدی، ۱۳۸۶: ۶۰).

با توجه به سطح معنی‌داری و میانگین گروه‌های مرد و زن در رابطه با ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت محور، بین بعد ورزش و فعالیت جسمانی، آراستگی ظاهر، خود مراقبتی و جنسیت پاسخگویان رابطه معناداری وجود دارد. میانگین نمره ابعاد مذکور به غیر از ورزش و فعالیت جسمانی در زنان بیشتر از مردان است. در واقع می‌توان گفت: زنان به‌طور معناداری کمتر از مردان به ورزش و فعالیت‌های جسمانی می‌پردازند، اما زنان از نظر خود مراقبتی و مراجعه منظم به پزشک و همچنین از نظر آراستگی ظاهر، به‌طور معناداری عملکرد بهتری نسبت به مردان دارند. نتایج به دست آمده به ویژه در زمینه ورزش و فعالیت جسمانی کاملاً منطبق با نتایج مرور شده در پیشینه تحقیق است. تفاوت‌های مهمی هم در مقدار فعالیت و هم نوع فعالیت در بین زنان و مردان وجود دارد. در مقایسه با دیگر فعالیت‌های سبک زندگی که معمولاً زنان سبک زندگی سالم‌تری دارند، در این مورد مردان متحرک‌تر از زنان هستند (کورتینی^۱، ۲۰۰۰).

جدول ۲. آزمون تفاوت میانگین ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت محور بر حسب جنس پاسخگویان

ابعاد سبک زندگی سلامت محور	جنسیت	مشاهدات	میانگین	انحراف معیار	کمیت؛ آزادی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
ورزش و فعالیت جسمانی	مرد	۳۱۵	۱۳/۴	۴	-۱/۹۸	۶۰۴	۰/۰۴۸
	زن	۲۹۱	۱۲/۷۷	۳/۶			
آراستگی ظاهری	مرد	۳۱۵	۹	۲/۲۶	۲/۶۵۶	۶۰۴	۰/۰۰۸
	زن	۲۹۱	۹/۵۶	۲/۱۸			
خود مراقبتی	مرد	۳۱۵	۱۶/۷۵	۴/۴۶	۲/۵۲۷	۶۰۴	۰/۰۱۲
	زن	۲۹۱	۱۷/۶۵	۴/۲۹			
تغذیه و انتخاب‌های غذایی	مرد	۳۱۵	۲۳/۸۷	۳/۶۷	-۰/۴۶۶	۶۰۴	۰/۶۴۱
	زن	۲۹۱	۲۳/۷۳	۴			
رعایت رفتار ترافیکی	مرد	۳۱۴	۹/۳۳	۲/۲۶	-۰/۳۶۵	۶۰۳	۰/۷۱۵
	زن	۲۹۱	۹/۲۶	۲/۲۱			
عادات خواب	مرد	۳۱۵	۵/۷	۱/۵۳	۱/۲۶۹	۶۰۴	۰/۲۰۵
	زن	۲۹۱	۵/۹	۱/۳۹			

مصرف دخانیات یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده بار کلی بیماریها در دنیا خصوصاً در ارتباط با بیماری‌های مزمن و غیرواگیری چون بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های تنفسی، سرطان و سکنه مغزی است. کشیدن سیگار و نوشیدن الکل از مهم‌ترین جنبه‌های منفی سبک زندگی سلامت محور هستند که تحقیقات مختلف تا حدود زیادی تفاوت‌های جنسیتی در مورد این رفتارها را به تصویر کشده‌اند. در سرتاسر جهان مردان بیش از زنان سیگار می‌کشند. در کشورهایی که سیگار کشیدن به شکل اپیدمی درآمده است نسبت مردان و زنان سیگاری تقریباً مشابه می‌باشد، اما در کشورهایی که نسبت سیگاری‌ها هنوز در حال افزایش است مردان به مراتب بیش از زنان سیگار می‌کشند (سازمان بهداشت جهانی، 2002 b).

ارقام جدول شماره ۳ نشان می‌دهد فقط ۱۰ درصد زنان در برابر ۴۲/۸ درصد از مردان سیگاری بودند. آزمون کاسکوئر نشان می‌دهد که رابطه بین دو متغیر جنسیت و استعمال سیگار، از نظر آماری در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. نتایج آزمون وی کرامر

تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت محور در شهر تهران

شدت متوسط این رابطه را نشان می‌دهد. در این زمینه می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مرد بودن احتمال سیگار کشیدن را افزایش می‌دهد.

جدول ۳. توزیع درصد استعمال سیگار در پاسخگویان بر حسب جنسیت

متغیر	استعمال سیگار	عدم استعمال سیگار	کل
زن	۱۰	۹۰	۱۰۰
مرد	۴۲/۸	۵۷/۲	۱۰۰
آزمون آماری	=Sig ۰/۰۰۰	=Cramer, v ۰/۳۷۰	Chi-Square =۸۲/۲۲۸
کل	۲۶/۹	۷۳/۱	۱۰۰

همچنین نتایج آزمون کاسکوئر جدول شماره ۴ حاکی از رابطه معنادار بین مصرف الکل و جنسیت در سطح ۰/۰۱ است. نتایج آزمون وی کرامر شدت کم این رابطه در مورد د متغیر نشان می‌دهد. در این مورد نیز می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مرد بودن احتمال مصرف الکل را افزایش می‌دهد.

جدول ۴. توزیع درصد استفاده از الکل در پاسخگویان بر حسب جنسیت

متغیر	نوشیدن الکل	عدم نوشیدن الکل	کل
زن	۸/۹	۹۱/۱	۱۰۰
مرد	۲۲/۳	۷۷/۷	۱۰۰
آزمون آماری	Sig = ۰/۰۰۰	Cramer, v=۰/۱۸۳	Chi-Square =۲۰/۱۷۹
کل	۱۵/۷	۸۴/۳	

برای بررسی رابطه بین جنس و خود ارزیابی وضعیت سلامت، افراد را از نظر وضعیت سلامتی به دو گروه تقسیم کردیم (عالی، خیلی خوب و خوب=۱، بد و خیلی بد=۰) و سپس با استفاده از آزمون کاسکوئر رابطه بین دو متغیر جنسیت و وضعیت سلامتی را مورد بررسی قرار دادیم. بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۵، ۹۳/۵ درصد زنان در برابر ۸۸/۳ درصد مردان وضعیت سلامتی خود را خوب گزارش کرده‌اند. رابطه بدست آمده در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

جدول ۵. توزیع درصد پاسخگویان بر حسب وضعیت خود ارزیابی سلامت به تفکیک

جنسیت				
کل	وضعیت سلامت		متغیر	جنسیت
	بد	خوب		
۱۰۰	۶/۵	۹۳/۵	زن	
۱۰۰	۱۱/۷	۸۸/۳	مرد	
Chi- = ۴/۹۰۸ Square	Cramer, v = -۰/۰۹	Sig = ۰/۰۲۷	آزمون آماري	جنسیت
	۹/۲	۹۰/۸		کل

برای درک تفاوت‌های جنسیتی در زمینه رفتارهای سبک زندگی سلامت محور تبیین‌های مختلفی می‌توان ارائه کرد. سندرا بم^۱ در خصوص نقش‌پذیری جنسیتی و تشکیل کلیشه‌های جنسیتی مبتنی بر جنس در افراد معتقد است: کودکان در یادگیری نقش‌های جنسیتی فعال هستند، آن‌ها مقوله‌های شناختی موجود در جامعه را برای جنسیت شکل می‌دهند و سپس دانش جنسیتی مربوطه را درباره‌ی این مقوله‌ها بدست می‌آورند. بم استدلال می‌کند نقش‌پذیری جنسیتی به واسطه فرآیند یادگیری تدریجی تشکیل و طرح‌واره‌های جنسیتی اتفاق می‌افتد، وی نقش مهمی برای فرهنگ در تشکیل طرح‌واره‌های جنسیتی قائل است. به نظر بم، طرح‌واره جنسیتی، مجموعه‌ای از تداعی‌های مرتبط با جنسیت است. وجود طرح‌واره‌های جنسیتی شکل‌گیری کلیشه‌سازی جنسیتی را افزایش می‌دهد. کلیشه‌های جنسیتی، باورها و نگرش‌هایی درباره مردانگی و زنانگی است (نبوی و احمدی، ۱۳۸۶؛ خمسه، ۱۳۸۳). بر این اساس می‌توان گفت هنجارهای فرهنگی همانند ایدئولوژی تفکیک جنسیتی به ویژه در ارتباط با دو رفتار کشیدن سیگار و خوردن الکل و حتی ورزش و فعالیت جسمانی، نظام جنسیتی خاصی را تعریف می‌کنند. برای مثال همان‌گونه که نتایج این بررسی نشان داد، کمتر سیگار کشیدن زنان و همچنین استفاده کمتر از الکل توسط آنان و تحرک بدنی کمتر

1. Bem, S.

زنان را می‌توان یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های ساختارهای جامعه ما توصیف کرد که جلوی آنان در کشیدن سیگار را می‌گرفت و آن را عادت مردانه تلقی می‌کرد. نتایج به دست آمده تا حدود زیادی منطبق بر نتایج مرور شده در بخش پیشینه تحقیق است. نتایج تحقیقات کاکرهام و همکاران (۱۹۹۷، ۱۹۹۹، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱) نشان داد که مردان میانسال طبقه کارگر به عنوان مهمترین حاملان اجتماعی شیوه زندگی ناسالم هستند که مصرف بالای الکل، استعمال دخانیات، رژیم غذایی پرچرب و نداشتن فعالیت بدنی منظم و مناسب از مشخصه‌های آنان است (کاکرهام، ۱۹۹۷، ۱۹۹۹، b2000؛ جانکووا ۲۰۰۱؛ اوستروسکا ۲۰۰۱).

سن و سبک زندگی سلامت محور

در غالب پژوهش‌های اجتماعی از عامل سن برای تبیین برخی پدیده‌ها استفاده می‌شود. طبیعی است که درباره سبک زندگی نیز چنین است. سن به دلایل متعدد می‌توان نقش تعیین کننده‌ای در سبک زندگی افراد داشته باشد. افراد در سنین مختلف نیازمندی‌های متفاوتی دارند و از توان متفاوتی برای برآوردن نیاز خود برخوردارند. قریحه آن‌ها نیز در طول عمر متحول می‌شود و هر چه سن افزایش می‌یابد تجربه سال‌های گذشته به مبنایی برای شکل دادن به سبک زندگی و الگوی مصرف و فعالیت فرد تبدیل می‌شود. در این پژوهش برای بررسی رابطه بین سن و ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت محور از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۶ نشان داده شده است. با افزایش سن، به‌طور معناداری از تحرک و فعالیت جسمانی افراد کاسته می‌شود. رابطه به دست آمده در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. نتایج همچنین نشان داد که هر چه سن افزایش می‌یابد، افراد توجه کمتری به آراستگی ظاهری و تناسب اندام خود نشان می‌دهند. نتایج منعکس در جدول ۶ نشان می‌دهد با افزایش سن، افراد به‌طور معنی‌داری از رژیم‌های غذایی سالم‌تر، عادات خواب بهتر و

همچنین رانندگی سالم‌تری برخوردارند. بین خود مراقبتی و سن رابطه معنی‌داری به دست نیامد.

جدول ۶. رابطه بین ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت محور و سن پاسخگویان

ابعاد سبک زندگی سلامت محور	ورزش و فعالیت جسمانی	رعایت رفتار ترافیکی	آراستگی ظاهری	خود مراقبتی	تغذیه و انتخاب‌های غذایی	خواب
سن	-۰/۱۱۹	۰/۱۱۲	-۰/۲۳۰	۰/۰۳۳	۰/۱۷۴	۰/۰۸۴
ضریب همبستگی سطح معناداری	۰/۰۰۳	۰/۰۰۶	۰/۰۰۰	۰/۴۱۴	۰/۰۰۰	۰/۰۳۸

برای اینکه بهتر بتوانیم اثر متغیر سن بر رفتارهای سبک زندگی سلامت محور را مورد آزمون قرار دهیم، گستره سنی ۱۸-۶۴ سال را به سه گروه سنی ۱۸-۲۹ ساله ۳۰-۴۹ سال و ۵۰ سال و بالاتر تقسیم کردیم. آزمون اف تفاوت معنی‌داری بین فعالیت جسمانی و گروه‌های سنی را در سطح ۰/۰۱ (۴/۰۷۵) نشان داد. مطابق با جدول شماره ۷، بین دو گروه سنی ۱۸-۲۹ و ۳۰-۴۹ ساله تفاوت قابل ملاحظه‌ای از نظر تحرک جسمانی مشاهده نشد اما گروه سنی ۵۰ ساله و بالاتر نسبت به دو گروه قبلی به لحاظ تحرک بدنی و ورزش در سطح پایین‌تری قرار دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از نظر فعالیت بدنی و ورزش می‌توان افراد را به دو گروه سنی زیر ۵۰ سال و بالای ۵۰ تقسیم کرد. نتایج به دست آمده تا حد زیادی منطبق بر نتایج مرور شده در پیشینه تحقیق است. نتایج تحقیق کاکرهام و همکاران (۱۹۹۷ و ۱۹۹۹) نشان داد که افراد میانسال و سنین بعد از آن به خاطر نداشتن فعالیت جسمانی منظم و مناسب مهم‌ترین حاملان شیوه زندگی ناسالم در جامعه هستند.

وضعیت تغذیه همانند سایر مؤلفه‌های شیوه زندگی می‌تواند بر روی مرگ و میر تأثیر بگذارد. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر، گروه سنی ۱۸-۲۹ ساله نسبت به دو گروه سنی دیگر از نظر تغذیه و انتخاب‌های غذایی در سطح پایین‌تری قرار داشت. بر اساس نتایج منعکس در جدول ۷ می‌توان افراد را از نظر تغذیه به دو گروه تقسیم کرد، زیر ۳۰ سال و بالای ۳۰ سال افراد بالای ۳۰ سال که شامل دو گروه سنی

۳۰-۴۹ سال و ۵۰ سال و بالاتر می‌باشند از نظر تغذیه به طور معنی‌داری عملکرد بهتری نسبت به افراد زیر ۳۰ سال داشته‌اند.

هر چه سن افراد افزایش پیدا می‌کند از اهمیت آراستگی ظاهری و تناسب اندام کاسته می‌شود به طوری که گروه سنی ۱۸-۲۹ ساله نسبت به گروه سنی ۳۰-۴۹ ساله و این گروه سنی نسبت به گروه ۵۰ ساله و بالاتر اهمیت بیشتری به تناسب اندام و آراستگی ظاهری خود می‌دهند. تفاوت معنی‌داری از نظر خودمراقبتی و عادات رانندگی بین گروه‌های سنی مورد مطالعه ملاحظه نگردید.

نتایج نشان داد که با افزایش سن احتمال کشیدن سیگار کاهش پیدا می‌کند. در حالی که ۲۷/۵ درصد از افراد ۱۸-۲۹ سیگار می‌کشند، به ترتیب ۲۷ و ۲۴/۸ درصد از افراد واقع در سنین ۳۰-۴۹ ساله و ۵۰ ساله و بالاتر سیگار می‌کشیدند. در مورد استعمال الکل نتایج بدست آمده نشان داد که به ترتیب ۱۷/۹، ۱۵/۲ و ۱۷/۶ درصد از افراد واقع در سنین ۱۸-۲۹ ساله، ۳۰-۴۹ ساله و ۵۰ سال و بالاتر الکل مصرف می‌کنند. در واقع درصد بیشتری از جوانان و سنین بعد از میانسالی نسبت به میانسالان الکل مصرف می‌کنند.

جدول ۷. آزمون تفاوت میانگین ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت محور به تفکیک

گروه‌های سنی

سطح معنی‌داری	ورزش و فعالیت جسمانی			مشاهدات	گروه سنی
	کمیت (F)	انحراف معیار	میانگین		
.۰۱۷	۴/۰۷۵	۳/۵	۱۳/۳۵	۲۴۶	۱۸-۲۹
		۳/۹	۱۳/۱۹	۲۵۷	۳۰-۴۹
		۳/۸	۱۲/۱۱	۱۰۲	۵۰ سال و بالاتر
سطح معنی‌داری	کمیت (F)	خواب		مشاهدات	گروه سنی
		انحراف معیار	میانگین		
		۱/۵	۵/۶		
.۰۸۹	۲/۴۲۵	۱/۴	۵/۹	۲۵۷	۳۰-۴۹
		۱/۳	۵/۸	۱۰۲	۵۰ سال و بالاتر
		اراستگی ظاهری			مشاهدات
انحراف معیار	میانگین				
۲	۹/۸	۲۴۶	۱۸-۲۹		
.۰۰۰	۱۹/۵	۲/۲	۹/۳	۲۵۷	۳۰-۴۹
		۲/۱۹	۸/۲	۱۰۲	۵۰ سال و بالاتر
		تغذیه و انتخاب‌های غذایی			مشاهدات
انحراف معیار	میانگین				
۴	۲۲/۸	۲۴۶	۱۸-۲۹		
.۰/۰۰۰	۱۳/۵۶	۳/۵	۲۴/۵	۲۵۷	۳۰-۴۹
		۳/۶	۲۴/۴	۱۰۲	۵۰ سال و بالاتر
		خود مراقبتی			مشاهدات
انحراف معیار	میانگین				
۴/۴	۱۷/۱	۲۴۶	۱۸-۲۹		
.۰/۶۸۸	.۰/۳۷۴	۴/۳	۱۷/۳	۲۵۷	۳۰-۴۹
		۴/۵	۱۶/۹	۱۰۲	۵۰ سال و بالاتر

نتایج همچنین نشان داد که رابطه معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ بین سن و وضعیت خود ارزیابی سلامت افراد مورد مطالعه وجود دارد. در حالی ۶/۱ درصد از افراد واقع در سنین ۱۸-۲۹ سالگی وضعیت سلامتی خود را بد ارزیابی کردند، به ترتیب ۸/۹ و ۱۷/۶ درصد از افراد واقع در سنین ۳۰-۴۹ و ۵۰ ساله و بالاتر وضعیت سلامتی خود را بد ارزیابی کردند. به عبارتی هر چه سن افراد افزایش پیدا می‌کند درصد بیشتری وضعیت سلامتی خود را بد ارزیابی می‌کنند. قابل ذکر است که در هر سه گروه سنی ذکر شده درصد بیشتری از مردان نسبت به زنان وضعیت سلامتی خود را بد ارزیابی کردند. نتایج

مطالعات در مورد وضعیت سلامت خود ادراک در کشورهای مختلف متفاوت بوده است. برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که زنان اندکی بیش از مردان وضعیت سلامتی خود را بد گزارش می‌کنند و برخی دیگر از مطالعات این نتیجه را تأیید نمی‌کند. برای مثال نتایج مطالعه برنادل و اسپیلر (۲۰۰۴) در ایالات متحده نشان داد که زنان و مردان به یک اندازه وضعیت سلامتی خود را بد و ضعیف گزارش کردند، اگر چه مردان اندکی بیش از زنان وضعیت سلامتی خود را عالی گزارش کردند.

نتیجه گیری

سبک زندگی انتخاب مجموعه‌ای از فعالیت‌ها در درون محدوده‌های ساختاری است. و بنابر تعریف کاکرهام دارای دو عنصر اساسی انتخاب و ساختار (عاملیت و ساختار) است که محدوده‌های ساختاری می‌توانند انتخاب‌های افراد را محدود کنند. به‌طور خلاصه سبک زندگی تلفیقی از عاملیت و ساختار است. به نظر می‌رسد که توان مفهوم سبک زندگی برای چنین تلفیقی بیش از همه از ارتباط آن با مفهوم منش بورديو ناشی می‌شود. منش به طور خلاصه عبارت است از محدودیت‌های اجتماعی درونی شده فرد که حاصل جایگاه ساختاری وی هستند. از سوی دیگر منش، شیوه منحصر به فرد شخص برای تفسیر و دستکاری در واقعیت اجتماعی‌ای است که وی همواره در آن قرار دارد. نکته اصلی اینجاست که منش در اندیشه خود بورديو شیوه بودن در جهان کنشگر است. این شیوه بر اساس همه محدودیت‌های ساختاری و انتخاب‌های فردی شکل گرفته و در سطحی میان خود آگاه و ناخودآگاه فردی جای دارد. سبک زندگی تجلی عینی همین منش است. بدین ترتیب شناخت سبک زندگی فرد به معنای شناخت چگونگی تلفیق الزامات ساختی و انتخاب‌های فردی است. لذا در پژوهش حاضر سن و جنس به‌عنوان دو متغیر ساختاری از پیش موجود در نظر گرفته شده‌اند که محدودیت‌هایی را در انتخاب عواملان (انتخاب فرد زمینه: ورزش، تغذیه، آراستگی ظاهری، خود مراقبتی، استعمال الکل و سیگار، عادات خواب و تغذیه و رانندگی) ایجاد

می‌کنند. به عبارت دیگر انتخاب‌های عاملان در درون این محدوده‌های ساختاری قرار دارند. بدین ترتیب بر اساس پژوهش حاضر، زنان و افراد با سنین بالاتر نسبت به مردان و افراد با سنین پایین‌تر سبک زندگی سالم‌تری دارند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که، زنان کمتر از مردان به ورزش و فعالیت‌های جسمانی می‌پردازند، اما نسبت به مردان از انتخاب‌های غذایی سالم‌تر، خودمراقبتی بیشتر، عادات خواب و تغذیه بهتر و همچنین رانندگی سالم‌تری برخوردارند. همچنین نتایج نشان داد که زنان کمتر از مردان از سیگار و الکل استفاده می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر با دیدگاه کاکرهام مطابق است که می‌گوید زنان فعالیت ورزشی و جسمانی کمتری نسبت به مردان دارند، عادات غذایی سالم‌تری دارند، کمتر از مردان از سیگار و الکل استفاده می‌کنند و همچنین بیشتر از مردان به بهداشت و سلامتی خود و خانواده‌شان اهمیت می‌دهند.

تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که ۳۰ نوع رفتار مغایر با سلامتی را مردان بیشتر از زنان دارا هستند که بیشتر این رفتارها تا حدود زیادی از نظر اجتماعی پذیرفته شده‌اند (کشیدن سیگار، الکل، رانندگی بدون گواهینامه...). بر اساس پارادایم سبک زندگی سلامت محور که توسط کاکرهام مطرح شده می‌توان نتیجه گرفت که فرایند جامعه پذیری جنسیتی، باعث انباشت تجارب گوناگون فردی در افراد گردیده و از این طریق باعث شده تا زنان و مردان با توجه به این فرایند انتخاب‌های متفاوتی داشته باشند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که افراد با افزایش سن، انتخاب‌های غذایی سالم‌تر، عادات خواب و تغذیه بهتر، خودمراقبتی بیشتر و رانندگی سالم‌تری دارند. همچنین کمتر از سیگار و الکل استفاده می‌کنند. اگرچه از نظر فعالیت جسمانی و ورزش و آراستگی ظاهر عکس این قضیه صادق است. این یافته نیز با دیدگاه کاکرهام که می‌گوید هرچه افراد مسن‌تر می‌شوند، از طریق انتخاب غذاهای سالم‌تر، ترک سیگار و ... تلاش بیشتری برای حفظ سلامتی‌شان از خود نشان می‌دهند، کاملاً مطابقت دارد.

در مجموع می‌توان گفت که جنسیت و سن بر اساس دیدگاه کاکرهام به عنوان دو متغیر مهم ساختاری از پیش موجود، که می‌توانند انتخاب‌های عاملان را با محدودیت مواجه سازند، باعث شده‌اند تا زنان نسبت به مردان و همچنین افراد با سنین بالاتر نسبت به جوانان به استثنای فعالیت جسمانی و ورزش، سبک زندگی سالم‌تری داشته باشند.

منابع

- استاجی، زهرا؛ رویا اکبرزاده، موسی الرضا تدین فر، فاطمه رهنما، رقیه زردشت و لادن نجار (۱۳۸۵) "بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار"، *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، دوره ۱۳، شماره ۳، صص حسین خانی، نوابه (۱۳۷۱) "بررسی رفتار بهداشتی دانشجویان سال آخر کارشناسی پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران"، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- خمسه، اکرم (۱۳۸۳) "بررسی طرح واره‌های نقش جنسیتی و کلیشه‌های فرهنگی در دانش‌جویان دختر"، *فصلنامه مطالعات زنان*، شماره ۶، صص ۱۱۵-۱۳۴.
- ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۴) "بررسی تطبیقی تفاوت‌های جنسیتی در عادت‌های غذایی دانشجویان ایرانی و هندی"، *فصلنامه مطالعات زنان*، سال سوم، شماره ۸.
- سرای، حسن (۱۳۷۶) "مرحله اول گذار جمعیتی ایران"، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۹-۱۰، صص ۵۱-۷۶.
- شارع پور، محمود، ابوعلی و دادهیر، سکینه قربات زاده (۱۳۸۹) "تحلیل جنسیتی تصادف با تاکید بر مفهوم سبک زندگی سالم مطالعه موردی: جوانان شهر تهران"، *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، ۸(۲) (پیاپی ۲۹): ۶۹-۹۲.

شریفی، منصور (۱۳۸۵) "مرحله انتقالی مرگ و میر و شواهدی از استمرار انتقال اپیدمیولوژیک ایران در دهه اخیر"، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۲۱ (۱۹۴-۱۷۱):

صمیمی، رقیه، دریادخت مسرور، فاطمه حسینی، و مهرآسا تمدن‌فر (۱۳۸۵) "ارتباط سبک‌زندگی با سلامت عمومی دانشجویان"، *فصلنامه پرستاری ایران*، دوره نوزدهم، شماره ۴۸.

طالبی زاده، نوشین، علی اکبر حقدوست و علی میرزازاده (۱۳۸۸) "مدل اپیدمیولوژی بیماری ایسکمیک قلب در ایران"، *فصلنامه پایش*، سال ۸، شماره دوم، صص ۱۶۳-۱۷۰.

عزیزی، فریدون (۱۳۷۸) "پیش‌بینی مرگ و میر و بار بیماریها در ایران و جهان"، *پژوهش در پزشکی*، دوره ۳۲، شماره ۴، صص ۲۵۹-۲۶۰.

فاضلی، محمد (۱۳۸۲) "مصرف و سبک زندگی"، *قم: صبح صادق*.
فیروز آبادی، احمد و حسین ایمانی جاجرمی (۱۳۸۵) "سرمایه اجتماعی و توسعه اقتصادی-اجتماعی در کلان شهر تهران"، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲۳.

کاظمی پور، شهلا (۱۳۷۵) "بررسی سطح، علل و عوامل تعیین کننده مرگ و میر تهران بزرگ"، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۲۱.

کوششی، مجید (۱۳۸۷) "شبکه حمایت خانوادگی و سلامت سالخوردگان در بستر گذار جمعیتی (مطالعه‌ای در شهر تهران)"، پایان نامه دوره دکتری جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

گشتاسبی، آریتا، علی منتظری، مریم سادات وحدانی نیا، عباس رحیمی و محمد کاظم (۱۳۸۲) "ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه سکونی: یک مطالعه جمعیتی"، *فصلنامه پایش*، ۲(۳): ۱۸۳-۱۸۹.

لوکاس، دیوید و پاول میر (۱۳۸۱) "درآمدی بر مطالعات جمعیتی"، (ترجمه حسین محمودیان)، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

گیدنز، آنتونی (۱۳۷۶) "تجدد و تشخیص، جامعه و هویت شخصی در عصر جدید"، (ترجمه ناصر موفقیان)، تهران، نشرنی.

میرزایی، محمد (۱۳۸۲) "تغییرات ساختار سنی جمعیت ایران و پیامدهای آن، در گزارش بررسی و تحلیل مسائل و چالش‌های جمعیتی ایران و پیامدهای آن"، طرح پژوهشی کمیسیون جمعیت و چالش‌های اجتماعی، شورای عالی انقلاب فرهنگی.

میرزائی، محمد و لیلا علیخانی (۱۳۸۶) "برآورد سطح و بررسی عوامل موثر بر مرگ و میر شهر تهران در سال ۱۳۸۴ و روند تحولات اپیدمیولوژیکی آن در سی ساله اخیر"، *نامه انجمن جمعیت شناسی ایران*، ۲(۳): ۳۰-۶۰.

نبوی، سید عبدالحسین و لیلا احمدی (۱۳۸۶) "بررسی تاثیر عوامل اجتماعی در نابرابری جنسیتی نمادی در خانواده"، *مجله جامعه شناسی ایران*، دوره هشتم، شماره ۲، صص ۵۹-۸۲.

نجاریون، امیر و عارفی، حسین (۱۳۸۵) "مقایسه رفتارهای ارتقای سلامت و وضعیت سلامتی روانی - اجتماعی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و شهید باهنر کرمان در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴"، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

نقوی، محسن (۱۳۸۵) "دگرگونی سیمای سلامت در ایران"، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، دوره ۱، شماره ۳، صص ۲۵-۱۳.

Abbasi-Shavazi, M. J., M. Hosseini-Chavoshi, M. Koosheshi, and M. Naghavi. (2005). "Trends and emerging issues of health and mortality in the Islamic Republic of Iran, " *Emerging Issues of Health in Mortality in the Asia and Pacific Region, United Nation Economic*

- and Social Commission for Asia and the Pacific*, New York. Pp 147-160 .
- Abel, T. (1991). Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings. *Social Science and Medicine* 32:899-908 .
- Abel, T, and William C.Cockerham. (1993). Lifestyle or Lebensführung? Critical Remarks on the Mistranslation of Weber's "Class, Status, Party." *Sociological Quarterly* 34:551-6.
- Adonis, A. and Stephen, P. (1997). *A Class Act: The Myth of Britain's Classless Society*. London: Penguin.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Ross, C. E. and C. E. Bird (1994). Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(2): 161-178.
- Chaney, D. (1996). *Lifestyles*. London: Rutledge.
- Cockerham, W. C., M. Christine Snead, and Derek F. DeWaal. (2002). "Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage." *Journal of Health and Social Behavior* 43:42-55.
- Cockerham, W. C. (1997). "The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation." *Journal of Health and Social Behavior* 38:131-48.
- Cockerham, W. C. (2000b). "Health Lifestyles in Russia." *Social Science and Medicine* 51:1313-24.
- Cockerham, W. C. (2009) "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure" *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1): 51-67.
- Cockerham, W. C. B. P. Hinotea, P.Abbottb, and C. Haerpfer. (2004)." Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan" *Social Science & Medicine* 59: 1409-1421.
- Cockerham, W. C. (2007)" New directions in health lifestyle research". *Int J Public Health* 52: 327-328.

- Cockerham, W. C., B. P. Hinotea, and P. Abbottb (2005). "Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine", *Social Science & Medicine*, 2381–2394.
- Cockerham, W., A. Rutten, and T. Abel (1997) "Conceptualizing contemporary health lifestyle: Moving beyond Weber". *The Sociological Quarterly*, 34(2): 321-342.
- Coutenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 50: 1385-1401.
- Giddens. A. (1991). *Modernity and Self-Identity*. Stanford: Stanford University Press.
- Jamison, DT, et al. (editors), (1993). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press and World Bank.,
- Janekovi, H. (2001). "Transformation of the Health Care System in the Czech Republic-A Sociological Perspective." P p. 347-64 in W. Cockerham (ed.) *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Oxford, United Kingdom: Blackwell.
- Jarvis, M. J. and W. Jane (1999). "Social Patterning of Individual Health Behaviours: The Case of Cigarette Smoking." Pp. 240-56 in M. Marmot and R. G. Wilkinson (ed.s) *Social Determinants of Health*, Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Kay, W. (2000). Determinants of Health Promoting Behaviors in Older Adults. A Thesis Submitted to Grand Valley University in Partial Fulfillment for degree of Master of Science in Nursing.
- Maffesoli, M. (1996). *The Time of Tribes: The Decline of Individualism in Mass Society*. London: Sage.
- Ostrowska, N. (2001). "In and Out of Communism: The Macrosocial Context of Health in Poland." Pp. 334-46 in W. Cockerham (ed.) *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Oxford, UK: Blackwell.
- World Health Organization (2002b). *The second decade: Improving adolescent health and development*, Geneva: WHO.