

فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی، سال اول، شماره اول، بهار ۹۴، صفحات ۲۹-۶۶

تاریخ پذیرش نهایی: ۹۴/۰۶/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۸

بررسی تعیین‌کننده‌های ساختاری و رفتاری سبک زندگی سلامت‌محور با تأکید بر تفاوت‌های جنسیتی (مورد مطالعه: افراد بیش از ۴۰ سال شهر کرمانشاه)

جواد افشارکهن^۱

اسماعیل بلالی^۲

پرومند شرفی^۳

چکیده

سبک زندگی سلامت‌محور، به عنوان مفهومی کلیدی در توضیح رفتارهای مرتبط با سلامت، می‌تواند درک بهتری از شیوه انتخاب رفتار و عوامل تأثیرگذار بر این انتخاب را برای ما فراهم سازد. در کنار توجه به نظریات اندیشمندان چون وبر، گیدنز و کاکرهام، متغیرهای ساختاری مانند تفاوت‌های جنسیتی، موقعیتی و سنی، نقش مهمی در انتخاب رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور افراد دارد. در پژوهش حاضر، سعی بر آن است تا با تأکید بر تفاوت‌های جنسیتی، اثر مستقیم و تعاملی سه متغیر جنسیت، موقعیت اجتماعی - اقتصادی و سن افراد بر سبک زندگی سلامت‌محور آنان مورد مطالعه قرار گیرد.

j.afsharkohan@yahoo.com

balali_e@yahoo.com

m.mahdavidrad60@gmail.com

۱ - دانشیار دانشگاه بوعلی همدان

۲ - دانشیار دانشگاه بوعلی همدان

۳ - کارشناسی ارشد علوم اجتماعی

روش تحقیق در این مطالعه، پیمایشی است. در بررسی پایایی پرسش‌نامه نیز از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج تحقیق، در بین ۴۰۰ نفر از افراد ۴۰ سال به بالای شهر کرمانشاه، ارتباط مستقیم معناداری میان سه متغیر مذکور با رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور افراد وجود دارد. به عبارتی دیگر، زنان (با موقعیت اجتماعی - اقتصادی بالاتر و گروه‌های سنی پایین‌تر) نسبت به مردان (با موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر و گروه‌های سنی بالاتر) از سبک زندگی سالم‌تری برخوردارند. همچنین، تفاوت در رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور میان زنان و مردان، در موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی و نیز گروه‌های سنی مختلف، معنادار است.

کلیدواژه‌ها: تفاوت‌های جنسیتی، سبک زندگی سلامت‌محور، موقعیت اجتماعی - اقتصادی، گروه سنی.

مقدمه

سلامت، به دلیل تأثیر فراوان بر کیفیت و طول عمر انسان، همیشه یکی از دغدغه‌های مهم انسان بوده است. این مفهوم توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ نه صرفاً عدم ناخوشی یا ناتوانی بلکه به عنوان وضعیتی از تندرستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی تعریف شده است (WHO: 2001). در گذشته، عمده بیماری‌ها، امراض عفونی مانند سل، طاعون، وبا و... بوده‌اند. این بیماری‌ها، غالباً سرایت عمومی یافته و می‌توانستند کل یک جمعیت را تهدید کنند. در کشورهای صنعتی امروزی، این امراض و خیم عفونی جزء علل فرعی مرگ و میر هستند. رایج‌ترین علل مرگ و میر در این کشورها، در زمان حاضر، بیماری‌های مزمن غیر عفونی مانند سرطان، ناراحتی قلبی و دیابت یا بیماری‌های دوره‌ای است. به این تحول، گذار سلامتی^۲ می‌گویند (گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۳۰).

بر اساس گزارشات سازمان بهداشت جهانی، ۶۰٪ علل مرگ و میر و ۴۳٪ بار جهانی بیماری‌ها، مربوط به بیماری‌های عمده غیر واگیر است. در ایران نیز این نوع از بیماری‌ها، علت ۷۰٪ از مرگ و میرها را به خود اختصاص می‌دهند (WHO: 2006). در ایران، بیماری‌های قلبی-عروقی رتبه اول را با ۵۰٪ از مرگ و میرهای سالیانه به خود اختصاص داده است (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۸۹). سرطان نیز یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و تمام دنیا است، به طوری که سومین علت شایع مرگ و میر است و هر ساله بیش از ۷۰ هزار مورد جدید سرطان در کشور ما

1. World Health Organization.

2. Health Transition.

اتفاق می‌افتد (MUS: 2011). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که افراد می‌توانند با داشتن رژیم‌های غذایی سالم‌تر، حفظ تناسب اندام و عدم استعمال دخانیات، به میزان ۸۰٪ از وقوع بیماری‌های قلبی و دیابت نوع ۲ پیش‌گیری نمایند. همچنین گفته شده است که ۴۰٪ سرطان‌ها با داشتن سبک زندگی سالم‌تر قابل پیشگیری هستند (WHO: 2006). بنابراین، یکی از مباحث مهم در حوزه سلامت، مدیریت سلامت^۱ است، که اشاره به مسئول بودن فرد در قبال سلامتی و بهداشت خود دارد. یعنی فرد باید در مدیریت سلامت خود نقش مهمی را اجرا کند و درباره تندرستی خود بتواند تصمیم‌گیری نماید.

یکی از مفاهیم کلیدی، در توضیح رفتار اجتماعی انسان، مفهوم سبک زندگی است که از جمله مهم‌ترین توسعه‌های نوین در نظریه جامعه‌شناختی است. سبک زندگی را می‌توان به مجموعه‌ای کم و بیش جامع از عمل‌کردها تعبیر کرد که فرد آنها را به کار می‌گیرد چون نه فقط نیازهای جاری او را برآورده می‌سازند بلکه روایت خاصی را هم که وی برای هویت شخصی خود برگزیده است، در برابر دیگران مجسم می‌کنند. شیوه‌های زندگی به شکل عمل‌کردهای روزمره درمی‌آیند، عمل‌کردهایی که در نوع پوشش، خوراک، طرز کار و محیط‌های مطلوب برای ملاقات با دیگران تجسم می‌یابند (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۲۰). سبک زندگی^۲ را می‌توان در زیرشاخه‌ها و انواع گوناگونی تعریف و تقسیم‌بندی نمود؛ یکی از این زیرشاخه‌ها

1 . Health Management.

2 . Lifestyle.

سبک زندگی سلامت‌محور^۱ است. کاکرهام در تعریفی کلی، می‌گوید: این دسته از سبک‌های زندگی را می‌توان به عنوان شیوه‌های زندگی اتخاذ شده‌ای از سوی افراد سالم تصور نمود که می‌خواهند سلامت‌شان را حفظ کنند و یا ارتقاء دهند و خود را از آسیب و بیماری دور نگه دارند (Cockerham et al., 1997: 57-58).

سبک زندگی سلامت‌محور، دارای دو جنبه مثبت و منفی است که در پی انتخاب افراد شکل می‌یابد و وضعیت سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تفاوت در این سبک از زندگی که حاصل آن نابرابری سلامت^۲ است، ریشه در سه دسته از عوامل ساختاری، رفتاری و روان‌شناختی دارد (Denton et al., 2004: 2585-2600). از جمله متغیرهای ساختاری مهم در این تأثیرگذاری، تفاوت‌های جنسیتی است، چرا که در تحقیقات پیشین، از وضعیت سلامت افراد به عنوان کارکردی حاصل از عوامل ساختاری مانند حمایت اجتماعی، وضعیت تأهل، سن و جنس یاد شده است (Walters, 2002; Arber et al., 1999; House et al., 1994). بر این اساس، مطابق نظریاتی که در ادامه خواهد آمد، جنس در کنار دیگر عوامل ساختاری مانند موقعیت اجتماعی - اقتصادی، قومیت، سن و... فرصت‌هایی برای افراد فراهم می‌نماید که انتخاب آنان در ارتباط با سبک زندگی سلامت‌محور را تسهیل یا محدود می‌سازد.

تحقیق حاضر نیز سعی دارد تا موضوع پژوهش خود را تحت عنوان «تعیین-کننده‌های ساختاری و رفتاری سبک زندگی سلامت‌محور با تأکید بر تفاوت‌های جنسیتی» در میان افراد بیش از ۴۰ سال شهر کرمانشاه، مورد بررسی قرار دهد. دلیل

1 . Healthy lifestyle.

2 . Health inequality.

انتخاب این بخش از جمعیت به عنوان جامعه مورد مطالعه تحقیق، از یک سو ابتدای بیشتر به بیماری‌های مزمن و غیرمسری و از سوی دیگر نرخ بالاتر مرگ و میر در میان افراد مذکور است. زیرا همان گونه که بحث گردید، طی «گذار سلامتی» در جوامع بشری دو اتفاق مهم رخ داده است. نخست، شیوع بیشتر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر به جای بیماری‌های عفونی و مسری و دوم، جایگزینی نرخ بالاتر مرگ و میر نوزادان و خردسالان توسط مرگ و میر بالا در میان سال‌خوردگان.

ادبیات تحقیق

۱. پیشینه نظری

همراه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی، تکنولوژیکی و سیاسی مهمی که در آغاز قرن بیستم اتفاق افتاده است، سبک‌های زندگی نیز، به عنوان موضوعاتی فردی و جمعی که بیانگر تفاوت‌ها و شباهت است، اهمیت ویژه‌ای یافته است (Cockerham, 1999: 55). ماکس وبر نظریه‌پرداز است که در جامعه‌شناسی زیر بنای کلی درک اخیر از سبک زندگی و سبک سلامت‌محور را به شکل خاص فراهم کرده است (۱۹۲۰-۱۸۶۴). وبر در میان نظریه‌پردازان کلاسیک، عمیق‌ترین درک را از مفهوم سبک زندگی فراهم ساخته و آن را با پایگاه پیوند زده است؛ با اشاره به این که ویژگی‌های بارز یک پایگاه، امتیاز یا اعتبار موقعیتی است که با آن پایگاه برجستگی می‌یابد و یک سبک زندگی را از دیگر سبک‌ها متمایز می‌سازد.

اگرچه وبر به شکل مستقیم به سبک زندگی سلامت‌محور نپرداخته و سبک‌های زندگی را به طور کلی مورد توجه قرار داده است، اما نشان داده است که سبک‌های

زندگی برای ایجاد سلامت برای افراد، جهت‌دار هستند و در نهایت افزایش مصرف را به دنبال دارند؛ چنان که افراد سالم باقی بمانند و زندگی طولانی لذت‌بخشی را داشته باشند و به فعالیت و کار خود در جامعه ادامه دهند (Cockerham et al., 1997: 58).

ماکس وبر، برای بیان نظریاتش درباره سبک‌های زندگی، سه اصطلاح را به کار برده است: ایجاد سبک زندگی^۱، اداره زندگی^۲ و فرصت‌های زندگی^۳. اداره زندگی و فرصت‌های زندگی دو مؤلفه ایجاد سبک زندگی هستند. اداره زندگی به انتخاب‌هایی اشاره دارد که افراد در سبک‌های زندگی خود انجام می‌دهند. اما، تحقق بخشیدن به این انتخاب‌ها تحت تأثیر فرصت‌های زندگی است (Cockerham et al., 1997: 59).

رالف دارندورف^۴، درباره فرصت‌های زندگی، معتقد است: در حالی که مفهوم فرصت‌های زندگی از سوی وبر مبهم است، بهترین تفسیر از این اصطلاح آن است که فرصت‌های زندگی امکانات متبلور شده‌ای هستند، جهت ارضاء علایق، خواسته‌ها و نیازهای افراد، به گونه‌ای که امکانات وقوع رویدادها موجب خشنودی گردد. هرچند امکانات کسب خشنودی ریشه در شرایط ساختاری‌ای دارند که عمدتاً اقتصادی‌اند، اما دارندورف بیان می‌کند که مفهوم فرصت، حقوق، هنجارها و روابط اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد (Dahrendorf, 1979: 73). وبر، فرصت‌های افراد در زندگی‌شان را، از لحاظ شرایط اجتماعی که در آن قرار دارند، در نظر می‌گیرد. از دیدگاه وی، ساختار اجتماعی نیز ترتیبی از فرصت‌ها است. از این رو، سبک‌های زندگی، رفتارهای تصادفی و اتفاقی بی‌ارتباط با ساختار نیستند، بلکه انتخاب‌هایی عمدی هستند که تحت

1. Stylization of life.

2. Life conduct.

3. Life chances.

4. Dahrendorf.

تأثیر فرصت‌ها شکل می‌گیرند. بر این اساس، انتخاب‌ها و حدود فرصت‌های زندگی، در تعیین سبک زندگی جداگانه‌ای برای افراد و گروه‌ها، بر یکدیگر اثر می‌گذارند (Cockerham, 1999: 58-59).

علاوه بر ویر، از دیگر کسانی که به نظریه‌پردازی در زمینه سبک زندگی می‌پردازد، آنتونی گیدنز است. او در نظریات خود، بحث می‌کند که چگونه مدرنیته (شکلی از زندگی اجتماعی ناشی از انقلاب صنعتی)، سبک‌های زندگی معاصر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در دنیای آکنده از امکانات گوناگون، برای گزینش شیوه زندگی، برنامه‌های استراتژیکی از اهمیتی خاص برخوردار است (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۲۴). انتخاب شیوه زندگی و برنامه‌ریزی زندگی، صرفاً در بین عامل‌های اجتماعی زندگی روزمره یا عناصر تشکیل دهنده آن قرار ندارند، بلکه مرتبط با موقعیت‌های نهادینی هستند که به افراد کمک می‌کنند تا به کنش‌های خود شکل دهند (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۲۶). در دیدگاه گیدنز، در جوامع امروزی، افراد حتی اگر در پایین‌ترین موقعیت اجتماعی قرار گرفته باشند، از میان انتخاب‌های متنوع محلی و حتی جهانی، انتخاب‌های زندگی بیشتری دارند. زیرا در نظر او، هیچ فرهنگی، انتخاب در کارهای روزمره را به طور کامل حذف نمی‌کند. اما گیدنز، تأثیر منابع و امکانات خارجی بر انتخاب‌های زندگی فرد را نادیده نمی‌گیرد. وی در «نظریه ساختاربندی» خود، به دو مقوله عامل بودن و ساختار می‌پردازد. به نظر گیدنز، کنش‌گران در جست‌وجوی احساس امنیت، جهان‌شان را عقلانی می‌سازند. منظور او از عقلانیت، تحول رویه‌های روزمره‌ای است که نه تنها به کنش‌گران احساس امنیت می‌بخشد، بلکه آنها را قادر می‌سازد تا به گونه‌ای کارآمدتر با جهان اجتماعی‌شان برخورد کنند (ریتزر، ۱۳۸۲: ۷۰۳).

در کانون مفهوم نظریه ساختار‌بندی، مفاهیم ساختار، نظام و دوگانگی ساختار جای می‌گیرند. ساختار، به عنوان صفات ساختار دهنده‌ای (قواعد و منابع) تعریف شده است که اجازه می‌دهد عمل کردهای اجتماعی مشابه و قابل تشخیص در مسیر پهنه‌های متغیر زمان و مکان وجود داشته باشند و به این عمل کردها شکل نظام‌داری می‌بخشند. وجود قواعد و منابع است که ساختار را امکان‌پذیر می‌سازد. گیدنز، این واقعیت را انکار نمی‌کند که ساختار می‌تواند کنش را تحت الزام قرار دهد، اما تأکید می‌کند که ساختار از یک سو الزام آور و از سوی دیگر، توانایی‌بخش است (ریتزر، ۱۳۸۲: ۷۰۵-۷۰۴). در دیدگاه گیدنز، انتخاب سبک زندگی از سوی عاملان در محدودیت‌ها و فرصت‌هایی اتفاق می‌افتد که به واسطه موقعیت اجتماعی فرد فراهم شده است، اما هر کسی تا حدودی با پذیرش انفعالی روبه‌رو است (Cockerham, 1999: 60).

بخش دیگری از کار گیدنز، در ارتباط با سبک زندگی، تصور او از ثنویت ساختار است. وی توضیح می‌دهد که با توجه به وابستگی عامل بودن و ساختار به یکدیگر، ساختار بدون کنش ممکن نمی‌گردد. زیرا کنش، ساختار را بازتولید می‌کند. کنش نیز بدون ساختار امکان نمی‌یابد، زیرا کنش با یک ساختار معین که از کنش‌های پیشین سرچشمه می‌گیرد، آغاز می‌شود. عامل بودن، فردی است که رفتار اجتماعی را ایجاد می‌کند. آن رفتار نیز در یک ساختار جای گرفته است و در تداوم یا تغییر ساختار شرکت می‌کند (Cockerham, 1999: 60). ساختارها از پیش تعیین شده و مقرر نیستند، بلکه از طریق تعامل اجتماعی شکل می‌یابند. از آن جا که ساختارها، هم وسایل و هم پیامدهای کنش هستند، ابعادی دوگانه دارند؛ به عبارتی دیگر، ساختارها هم منفعل (تحت فشار) و هم فاعل (توانا) هستند. گیدنز، تأکید می‌کند که موقعیت

ساختارها، دامنه انتخاب‌های آزاد برای کنش‌گران و یا تعدد عاملان را در شرایط ویژه محدود می‌سازند. در نگاه گیدنز، سبک‌های زندگی، الگوهای ساختاریافته‌ای از رفتار به وسیلهٔ هنجارها، ارزش‌ها و محدودیت‌ها هستند، اما در عین حال از طریق فرآیندهای بازخورد عاملان اجتماعی آنها، در هر زمانی بازتولید یا تغییر می‌یابند، آن چنان که افراد آنها را به کار گیرند.

در این بین، نظریه پردازانی که به شکل مستقیم به پژوهش دربارهٔ سبک زندگی سلامت محور پرداخته، کاکرهام است. او بحث عامل بودن و ساختار را در امتداد رابطهٔ دیالکتیک فرصت - انتخاب، که در حوزهٔ سبک‌های زندگی، از وبر، گیدنز و سپس پیر بوردیو به جای مانده است، به عنوان چارچوبی برای ساخت نظریهٔ سبک زندگی سلامت محور به کار می‌گیرد. نیاز به چنین نظریه‌ای، به واسطهٔ این واقعیت که بسیاری از رفتارهای سبک زندگی روزانه، توجه را به پیامدهای سلامت جلب می‌کنند، ضرورت می‌یابد. کاکرهام، در تعریف سبک زندگی سلامت محور می‌گوید: «سبک زندگی سلامت محور، الگوهای تجمعی از رفتار مرتبط با سلامت هستند، مبتنی بر انتخاب‌های ممکن برای افراد، بنابر فرصت‌هایی که در زندگی دارند. این رفتارها، که سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند - به گونه‌ای مثبت یا منفی - کنش‌های تصادفی افراد نیستند، بلکه الگوهای قابل شناختی از فعالیت‌های ویژه برای گروه‌ها، موقعیت‌های اجتماعی و جوامع را تشکیل می‌دهند» (Cockerham, 1999: 53).

او در ادامهٔ این بحث معتقد است: سبک‌های زندگی سلامت محور که زیرمجموعه‌ای از سبک‌های زندگی به طور کلی هستند، می‌توانند سالم یا ناسالم باشند و عبارتند از: کنش‌هایی در ارتباط با عادت‌های غذایی، نوشیدنی‌ها، سیگار کشیدن،

ورزش، شرایط استرس‌زا، استراحت کافی، بهداشت فردی و دیگر رفتارهای مرتبط با سلامت. همان‌گونه که از این تعاریف برداشت می‌شود، این تعریف، رابطه دیالکتیکی انتخاب‌های زندگی و فرصت‌های زندگی را که توسط وبر در مفهوم سبک زندگی ارائه شده است، با هم در می‌آمیزد. در بیان وبر، انتخاب‌های زندگی، نماینده نقش‌عاملی و فرصت‌های زندگی شکلی از ساختار هستند (Cockerham, 1999: 51-67). کاکرهام، سبک‌های زندگی سلامت‌محور را رفتارهای ناهماهنگ افراد جدا از هم نمی‌داند، بلکه آنها را عادت‌های شخصی‌ای می‌داند که در شکلی متراکم، گروه‌ها و طبقات خاصی را به نمایش می‌گذارند.

کاکرهام، با الهام از نظریه پردازانی همچون وبر، گیدنز و بوردیو، سعی می‌کند نظریه پردازی در زمینه سبک زندگی سلامت‌محور را توسعه دهد. بنابراین مدل نظری‌ای را برای سبک زندگی سلامت‌محور ارائه می‌کند که حالاتی را در دسته‌های چهارگانه شامل می‌شود: متغیرهای ساختاری (۱)، به طور ویژه شرایط طبقاتی، سن، جنس، نژاد/قومیت، اجتماعات و شرایط زندگی، زمینه‌ای اجتماعی را فراهم می‌سازند، برای جامعه‌پذیری و تجربه (۲)، که بر انتخاب‌های زندگی (۳) یعنی نقش‌عاملی تأثیر می‌گذارد. این متغیرهای ساختاری، همچنین به شکل جمعی، فرصت‌های زندگی (۴) یعنی ساختار را به وجود می‌آورند. انتخاب‌ها و فرصت‌ها، شرایط برای کنش (عادت‌واره) را تحت تأثیر قرار می‌دهند، که منجر به رفتارها (کنش) در ارتباط با مصرف دخانیات، الکل، رژیم غذایی و دیگر کنش‌های مرتبط با سلامت می‌شوند (Cockerham, 1999: 51-67).

۲. پیشینه تجربی

برخی از تحقیقاتی که در ارتباط با موضوع پژوهش حاضر انجام گرفته است، در ذیل به آنها اشاره خواهد شد. اما، محدودیت و نیاز مطالعاتی در این بخش از تحقیقات (به‌ویژه در پژوهش‌های داخلی) اهمیت مطالعات جدید را مضاعف می‌سازد:

- در مطالعه‌ای توسط شارع‌پور و همکاران (۱۳۸۹) مشخص گردیده است که جنسیت، به عنوان عاملی مهم در تحلیل سوانح رانندگی، انتخاب‌های افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس نتایج این پژوهش که بر روی ۴۵۰ نفر از جوانان شهر تهران انجام گرفته است، میانگین میزان تصادفات در بین زنان به مراتب کمتر بوده و نیز زنان در مقایسه با مردان تمایل کمتری به رانندگی پرخطر و مصرف مشروبات الکلی دارند. در مقابل، آنها علاقه بیشتری به مصارف فرهنگی و فعالیت‌های زیبایی- لذت نشان می‌دهند (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۸۹).

- در مطالعه علیزاده اقدم و همکاران (۱۳۸۷)، با هدف بررسی سبک زندگی سلامت‌محور و تعیین‌کننده‌های آن، یافته‌های تحقیق نشان داد که سه نوع سرمایه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نیز متغیرهای ساختاری در اثرگذاری خود، ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور را تحت تأثیر قرار می‌دهند. نتایج آزمون‌های این تحقیق نشان می‌دهد که با بالا رفتن میزان سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی افراد، سبک زندگی آنها سالم‌تر می‌شود. همچنین، محققان دریافته‌اند که طبقه، اشتغال، وضعیت تأهل و جنسیت افراد با سبک زندگی سالم آنان در ارتباط است (علیزاده اقدم و همکاران، ۱۳۸۷).

- کاکرهام^۱ (۲۰۰۰) در بررسی خود تحت عنوان «سبک‌های زندگی سالم در روسیه» رفتارهایی چون مصرف بیش از حد الکل، کشیدن سیگار، رژیم غذایی پرچرب و عدم فعالیت ورزشی منظم را به عنوان علل اصلی نرخ بالای بیماری‌های قلبی و مرگ و میر پیش از موعد، برای مردان میان‌سال طبقه کارگر، معرفی می‌نماید. وی معتقد است که سبک زندگی ناسالم رایج در بین این افراد، توسط عادت‌واره‌های مشتق شده از تجربه، جامعه‌پذیری و شرایط طبقاتی جهت‌داری است و از طریق تعاملات گروهی نیز تقویت می‌گردد. به طور کلی، در روسیه فرصت‌های زندگی، مسلط بر انتخاب‌های زندگی در رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم هستند و این فرصت‌ها پیامدهایی منفی برای سلامت مردان کارگر یقه‌آبی دارند (Cockerham, 2000).

- در یک بررسی، مک نیل و همکارانش^۲ (۲۰۰۶)، با مطالعه تأثیر شرایط اجتماعی بر سلامت افراد، از نظر فعالیت بدنی، به این نتیجه دست یافته‌اند که پنج بُعد از شرایط اجتماعی، هر یک به واسطه مکانیسم خاص خود، سلامت و فعالیت بدنی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این ابعاد اجتماعی عبارتند از: حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و نابرابری در آمد، تبعیض نژادی و انسجام و سرمایه اجتماعی و عوامل محلی. بر پایه این مطالعه، رابطه معناداری میان شرایط اجتماعی و سلامت افراد وجود دارد، به گونه‌ای که همراه با افزایش میزان هر یک از ابعاد ذکر شده، سلامت افراد نیز ارتقاء می‌یابد (McNeill et al., 2006).

1. Cockerham.

2. McNeill & et al.

- در مطالعه‌ای توسط دانا و همکارانش^۱ (۲۰۱۲) بر روی افراد ۴۵-۶۴ سال، یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که گروه‌های سنی ۴۵-۵۴، مردان، آمریکاییان آفریقایی تبار، افراد دارای تحصیلات کمتر و کسانی که درآمد خانوادگی پایین‌تر از ۳۵ هزار دلار دارند، کمتر سبک زندگی خود را در جهت سلامت جهت‌دهی نموده‌اند. در مقابل، افراد مسن‌تر، زنان، غیرآفریقاییان، افراد تحصیل کرده و کسانی که درآمد خانوادگی بالاتری دارند، از سبک زندگی سالم‌تری برخوردار هستند. بر اساس این نتایج، عوامل جمعیت‌شناختی و موقعیت اجتماعی - اقتصادی، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی در برخورداری از سبک زندگی سلامت‌محور هستند (Dana et al., 2012).

- در یک بررسی، هارتی و همکارانش^۲ (۲۰۰۷) با مطالعه ارتباط میان عوامل دموگرافیکی، سبک زندگی و نگرش افراد نسبت به رفتار تغذیه‌ای سالم، دریافتند که مردان، طبقات اجتماعی پایین‌تر، جوانان (سنین ۱۸-۳۵ سال)، افراد با تحصیلات کم، سیگاری‌ها و افرادی که چاق هستند، نگرش منفی‌تری نسبت به رفتار تغذیه‌ای سالم دارند. در حالی که، پاسخ‌گویان زن، افراد سنین بالاتر (۵۱-۶۴ ساله)، افراد با تحصیلات عالی، طبقات اجتماعی بالاتر، غیرسیگاری‌ها، افراد متأهل، افراد با وزن کمتر و فعالیت تفریحی بیشتر، زیر گروه‌هایی هستند که به احتمال زیاد از نگرش مثبت‌تری نسبت به رفتار تغذیه‌ای سالم برخوردار هستند (Hearty et al., 2007).

همان‌طور که بحث شد، سبک‌های زندگی به شکل کلی، به واسطه فرصت‌های زندگی شکل می‌یابند. این فرصت‌ها نیز خود حاصل حوزه توانایی‌های اجتماعی است.

1. Dana & et al.

2. Hearty & et al.

افراد، در یک زمینه اجتماعی، دست به انتخاب می‌زنند و نیروهای اجتماعی نیز مجموعه‌ای از انتخاب‌های مرتبط با سبک زندگی افراد را درباره رفتارهایی چون رژیم غذایی، ورزش، مصرف مواد و ... تحت تأثیر قرار می‌دهند (Freudenberg, 2007: 1-2). همچنین آن‌چه را که از پیشینه نظری و تجربی موضوع تحقیق می‌توان برداشت نمود، این نکته است که رفتارهایی مانند تغذیه سالم یا ناسالم، ورزش و فعالیت جسمانی، مصرف دخانیات و مشروبات الکلی، ایمنی در رانندگی و... به عنوان شاخص‌های سبک زندگی سلامت‌محور، متأثر از فرصت‌ها و موقعیت‌هایی هستند که افراد از آنها برخوردارند. به این معنا که سالم یا ناسالم بودن سبک زندگی افراد، از شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و جمعیت‌شناختی آنان تأثیر می‌پذیرد. تحقیق حاضر، در این مسیر، با توجه به پیشینه ادبی موضوع خود و اعتقاد به نقش مهم سه متغیر ساختاری جنس، موقعیت اجتماعی-اقتصادی و سن، در برخورداری از یک سبک زندگی سالم، سعی می‌نماید از یک سو، اثر مستقیم سه متغیر مذکور بر رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور را مورد مطالعه قرار دهد و از سوی دیگر، اثرات تعاملی آنها را نیز بررسی نماید.

فرضیه‌های تحقیق

- میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور، در بین زنان و مردان متفاوت است.
- بین موقعیت اجتماعی-اقتصادی افراد و رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور آنها، ارتباط وجود دارد.

- رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور افراد، بر حسب گروه‌های سنی آنان، متفاوت است.

- میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور زنان و مردان، در موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی مختلف، متفاوت است.

- میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور زنان و مردان، در گروه‌های سنی مختلف، متفاوت است.

روش تحقیق

در پژوهش حاضر، از روش پیمایش و ابزار پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات استفاده شده است. سنجش متغیر سبک زندگی سلامت محور در این پرسش‌نامه با ۲۴ گویه (اقتباس شده از پژوهش عزیزاده اقدم و همکارانش) صورت گرفته است. جامعه آماری این پژوهش، افراد بیش از ۴۰ سال شهر کرمانشاه است. حجم نمونه در این تحقیق نیز با استفاده از فرمول کوکران^۱ (خطای ۰/۰۵) به دست آمده که برحسب جمعیت افراد ۴۰ سال به بالا در شهر کرمانشاه (بر اساس آمارگیری سال ۱۳۹۰، ۲۶۳۶۷۰ نفر)، حجم نمونه ۳۸۴ نفر است. همچنین جهت اطمینان بیشتر، تعداد پرسش‌نامه‌های به کار رفته در تحلیل ۴۰۰ مورد قرار داده شد.

تعریف مفاهیم

سبک زندگی سلامت محور: بلوخ در توضیح مفهوم سبک زندگی سلامت محور، آن را راهنمایی برای جلوگیری از مشکلات بهداشتی و تضمینی برای حد اعلا

1. Cochran.

سلامتی فرد بیان داشته است (Divine et al., 2007: 2). کاکرهام در تعریف خود، شاخص‌های این سبک از زندگی را کنش‌هایی در ارتباط با عادات‌های غذایی، نوشیدنی‌ها، سیگار کشیدن، ورزش، شرایط استرس‌زا، استراحت کافی، بهداشت فردی و دیگر رفتارهای مرتبط با سلامت می‌داند. در تحقیق حاضر نیز سنجش متغیر سبک زندگی سلامت‌محور، با ۲۴ گویه که هفت بُعد را در بر می‌گیرند، انجام شده است. ابعاد این متغیر عبارتند از: ورزش، تغذیه سالم، سلامت روانی، ایمنی در رانندگی، مصرف دخانیات، تغذیه نامناسب و تحرک روزانه.

موقعیت اجتماعی - اقتصادی: موقعیت اجتماعی، مقام و موضعی است که یک فرد در یک جامعه و در زمانی معین اشغال می‌کند. هر موقعیت اجتماعی - اقتصادی، با نمادها یا نشانه‌هایی مشخص می‌شود که موجب تمایز و برتری فرد یا گروهی نسبت به سایرین می‌شود (بیرو، ۱۳۶۶: ۳۷۱). در مطالعه حاضر، این مفهوم با پرسش‌هایی درباره میزان درآمد و هزینه‌های ماهیانه خانوار، سطح تحصیلات فرد، وضعیت شغلی، ارزش، مساحت و نوع مسکن و نیز قیمت خودرو شخصی، طی ۸ گویه مورد سنجش قرار گرفته است.

گروه‌های سنی: در پژوهش حاضر، افراد بیش از ۴۰ سال شهر کرمانشاه در هشت گروه سنی دسته‌بندی شده‌اند. این گروه‌ها عبارتند از: ۴۰-۴۴ سال، ۴۵-۴۹ سال، ۵۰-۵۴ سال، ۵۵-۵۹ سال، ۶۰-۶۴ سال، ۶۵-۶۹ سال، ۷۰-۷۴ سال و ۷۵ سال به بالا.

در این تحقیق، جهت سنجش پایایی پرسش‌نامه، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج حاصل از این آزمون، پس از دو پیش‌آزمون و حذف و اصلاح

گویه‌ها به شرح زیر است:

جدول ۱: میزان پایایی شاخص‌های متغیر سبک زندگی سلامت محور بر اساس آلفای کرونباخ

متغیر	نام شاخص	تعداد گویه	مقدار آلفا	توضیح
سبک زندگی سلامت محور	ورزش	۵	۰/۹۳۱	-----
	تغذیه سالم	۴	۰/۹۰۰	-----
	سلامت روانی	۴	۰/۸۸۰	-----
	تغذیه نامناسب	۴	۰/۸۶۵	-----
	ایمنی در رانندگی	۳	۰/۹۲۰	-----
	تحرک روزانه	۲	۰/۸۶۸	حذف گویه*
	مصرف دخانیات	۲	۰/۸۶۵	حذف گویه*

* در این بُعد، گویه یا گویه‌هایی جهت ارتقای مقدار آلفا، در پیش آزمون حذف گردیده است.

یافته‌های تحقیق

۱. نتایج توصیفی تحقیق

از کل جمعیت نمونه که ۴۰۰ نفر هستند، ۵۶/۸ درصد مردان (۲۲۷ نفر) و ۴۳/۲ درصد را زنان (۱۷۳ نفر) تشکیل می‌دهند. در بین مردان ۸۷/۲ درصد متأهل و ۱۲/۸ درصد مجرد هستند. در میان زنان نیز ۸۷/۳ درصد از افراد متأهل و ۱۲/۷ درصد مجرد هستند. در هر یک از گروه‌های سنی ۴۰-۴۴ سال ۲۱/۵ درصد، ۴۵-۴۹ سال ۱۸ درصد، ۵۰-۵۴ سال ۱۸/۵ درصد، ۵۵-۵۹ سال ۱۳ درصد، ۶۰-۶۴ سال ۱۲/۵ درصد، ۶۵-۶۹ سال ۵/۸ درصد، ۷۰-۷۴ سال ۶/۸ درصد و ۷۵ سال به بالا ۴ درصد از جمعیت نمونه را تشکیل می‌دهند. همچنین، در بین این جمعیت، ۲/۶ درصد از افراد در موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، ۳۰/۸ درصد در موقعیت متوسط رو به پایین، ۳۴/۸ درصد

در موقعیت متوسط، ۲۷/۸ درصد در موقعیت متوسط رو به بالا و ۴ درصد از آنان در موقعیت اجتماعی-اقتصادی بالا قرار دارند.

وضعیت افراد در برخورداری از سبک زندگی سلامت‌محور نیز در سطوح بسیار ناسالم، ناسالم، تا حدودی سالم، سالم و کاملاً سالم، به این شرح است: ۱/۸ درصد از افراد در سطح بسیار ناسالم، ۲۸/۲ درصد در سطح ناسالم، ۳۶/۶ درصد در سطح تا حدودی سالم، ۳۰ درصد در سطح سالم و ۳/۵ درصد در سطح کاملاً سالم قرار دارند. میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور برای افراد ۴۰ سال به بالای شهر کرمانشاه، ۶۵/۴۳ است (در سطح متوسط). واریانس و انحراف استاندارد این متغیر نیز به ترتیب ۴۱۹/۴۴۲ و ۲۰/۴۶ است. همچنین، کشیدگی و چولگی متغیر وابسته سبک زندگی سلامت‌محور با مقادیر $-۰/۸۸۵$ و $-۰/۲۵$ ، در بازه (۲ و -۲) قرار دارد. این مقادیر نشان می‌دهند که توزیع داده‌های متغیر وابسته از کشیدگی و چولگی نرمال برخوردار است. البته، همان‌گونه که در جدول شماره ۲ آمده است، توزیع داده‌ها در ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور نیز نرمال است.

جدول ۲: آماره‌های گرایش به مرکز و پراکندگی برای سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن

ابعاد	میانگین	واریانس	انحراف استاندارد	نما	کشیدگی (Kurtosis)	چولگی (skewness)
سبک زندگی سلامت‌محور	۶۵/۴۳	۴۱۹/۴۴۲	۲۰/۴۶	متوسط	-۰/۸۸۵	-۰/۲۵
تغذیه سالم	۱۲/۷۳	۱۶/۳۴۸	۴/۰۴۳	مناسب	-۰/۲۰۰	-۰/۷۳۵
ورزش	۸/۶۳	۴۶/۷۴۴	۶/۸۳۷	بسیار ضعیف	-۰/۸۲۴	۰/۵۳۹

ادامه جدول ۲: آماره‌های گرایش به مرکز و پراکندگی برای سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن

۰/۲۶۳	-۰/۶۱۵	ضعیف	۴/۳۲۰	۱۸/۶۵۸	۷/۹۷	سلامت روانی
-۰/۲۱۴	-۰/۶۳۲	متوسط	۲/۴۹۷	۶/۲۳۴	۵/۴۶	تحرک روزانه
۰/۲۶۷	۰/۴۹۱	اصلاً	۱/۶۵۷	۲/۷۴۵	۰/۷۲	مصرف دخانیات
-۰/۷۳۵	-۰/۵۸۳	خوب	۴/۰۱۳	۱۶/۱۰۴	۱۰/۴۶	ایمنی در رانندگی
۰/۳۷۸	-۰/۳۲۱	سالم	۳/۷۵۳	۱۴/۰۸۸	۷/۵۴	تغذیه ناسالم

۲. توصیف ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور

تغذیه سالم: میانگین نمره تغذیه سالم، برای افراد ۴۰ سال به بالای شهر کرمانشاه ۱۲/۷۳ است (سطح مناسب). واریانس و انحراف معیار این بُعد از سبک زندگی، به ترتیب ۱۶/۳۴۸ و ۴/۰۴۳ است. نتایج حاصل، به تفکیک جنسیت نشان می‌دهند که در میان زنان، هیچ فردی در سطح بسیار نامناسبی از شیوه تغذیه سالم قرار نگرفته است. اما، ۵/۲٪ از زنان در سطح نامناسب، ۲۶٪ در سطح تا حدودی مناسب، ۴۷/۴٪ در سطح مناسب و ۲۱/۴٪ در سطح بسیار مناسبی از تغذیه سالم قرار دارند. در مقابل، تغذیه سالم ۷٪ از مردان در سطح بسیار نامناسب، ۱۷/۲٪ در سطح نامناسب، ۳۱/۷٪ در سطح تا حدودی مناسب، ۳۱/۳٪ در سطح مناسب و ۱۲/۸٪ در سطح بسیار مناسبی بوده است.

ورزش: انجام فعالیت‌های ورزشی در بین جمعیت نمونه، با میانگین ۸/۶۳ در سطح بسیار ضعیفی است. واریانس بُعد ورزش ۴۶/۷۴ و انحراف استاندارد آن ۶/۸۳ است. نتایج تحقیق، گویای آن است که فعالیت ورزشی ۴۴/۵ درصد از زنان در سطح بسیار ضعیف، ۲۰/۸٪ در سطح ضعیف، ۱۷/۳٪ در سطح متوسط، ۱۵٪ در سطح خوب و ۲/۳٪ در سطح بسیار خوبی قرار دارد. در مقابل، ۴۰/۵٪ از مردان در سطح بسیار

ضعیف، ۲۲/۹٪ در سطح ضعیف، ۱۵٪ در سطح متوسط، ۱۳/۲٪ در سطح خوب و ۸/۴٪ در سطح بسیار خوبی فعالیت ورزشی انجام می‌دهند.

سلامت روانی: وضعیت سلامت روانی شهروندان بیش از ۴۰ سال کرمانشاهی، با میانگین ۷/۹۷ در سطح ضعیفی است. واریانس این بُعد از سبک زندگی سلامت‌محور ۱۸/۶۵ و انحراف استاندارد آن نیز ۴/۳۲ است. در بُعد سلامت روانی، ۲۳/۷٪ از زنان در سطح بسیار ضعیف، ۲۶/۶٪ در سطح ضعیف، ۲۹/۵٪ در سطح متوسط، ۱۷/۹٪ در سطح خوب، ۲/۳٪ در سطح بسیار خوبی از سلامت قرار گرفته‌اند. در مقابل، ۲۶/۴٪ از مردان در سطح بسیار ضعیف، ۳۳٪ در سطح ضعیف، ۲۶/۹٪ در سطح متوسط، ۱۰/۶٪ در سطح خوب و ۳/۱٪ در سطح بسیار خوبی از سلامت روانی هستند.

تحرك روزانه: میانگین نمره افراد در بُعد تحرك روزانه ۵/۴۶ است (سطح متوسط). واریانس این بُعد ۶/۲۳ و انحراف استاندارد آن ۲/۴۹ است. در بُعد تحرك روزانه، ۶/۹٪ از زنان در سطح بسیار ضعیف، ۱۰/۴٪ در سطح ضعیف، ۲۴/۳٪ در سطح متوسط، ۳۸/۲٪ در سطح خوب و ۲۰/۲٪ در سطح بسیار خوب قرار گرفته‌اند. در مقابل، ۲۰/۷٪ از مردان سطح بسیار ضعیف، ۲۴/۷٪ سطح ضعیف، ۳۳/۵٪ سطح متوسط، ۱۷/۲٪ سطح خوب و ۴٪ سطح بسیار خوبی از تحرك روزانه دارند.

مصرف دخانیات: نتایج به دست آمده از تحقیق، نشان دهنده آن است که میانگین مصرف دخانیات افراد بیش از ۴۰ سال شهر کرمانشاه با مقدار ۰/۷۲، در سطح بسیار کمی است. واریانس بُعد مصرف دخانیات ۲/۷۴۵ و انحراف استاندارد آن ۱/۶۵۷ است. نتایج حاصل، به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد که ۹۱/۳٪ از زنان در سطح بسیار

کمی مصرف دخانیات داشته‌اند، ۴/۶٪ از آنان کم، ۲/۹٪ متوسط، ۰/۶٪ زیاد و ۰/۶٪ خیلی زیاد مصرف نموده‌اند. اما در مقابل، مصرف دخانیات ۶۹/۶٪ از مردان در سطح بسیار کم، ۱۰/۶٪ در سطح کم، ۱۱/۹٪ در سطح متوسط، ۵/۷٪ در سطح زیاد و ۲/۲٪ در سطح خیلی زیاد بوده است.

ایمنی در رانندگی: در بُعد ایمنی در رانندگی، میانگین نمره افراد ۱۰/۴۶ (سطح خوب)، واریانس ۱۶/۱۰۴ و انحراف استاندارد ۴/۰۱۳ است. نتایج نشان می‌دهد که ۹/۸٪ از زنان در سطح بسیار ضعیف، ۱۶/۸٪ در سطح ضعیف، ۱۱٪ در سطح متوسط، ۲۴/۳٪ در سطح خوب و ۳۸/۲٪ در سطح بسیار خوبی از ایمنی قرار داشته‌اند. اما مردان در هنگام رانندگی، ۴/۸٪ در سطح بسیار ضعیف، ۱۳/۷٪ در سطح ضعیف، ۱۴/۱٪ در سطح متوسط، ۲۶/۹٪ در سطح خوب و ۴۰/۵٪ در سطح بسیار خوبی امنیت داشته‌اند.

تغذیه نامناسب: میانگین نمره تغذیه نامناسب شهروندان بیش از ۴۰ سال کرمانشاهی، ۷/۵۴ است (سطح سالم). واریانس این بُعد ۱۴/۰۸ و انحراف استاندارد آن ۳/۷۵ است. در بُعد تغذیه نامناسب، سبک تغذیه‌ای ۰/۶٪ از زنان در سطح بسیار ناسالم، ۳/۵٪ در سطح ناسالم، ۲۲/۵٪ در سطح تا حدودی سالم، ۴۱٪ در سطح سالم و ۳۲/۴٪ در سطح بسیار سالمی قرار داشته است. همچنین، تغذیه ۲/۲٪ از مردان در سطح بسیار ناسالم، ۱۴/۵٪ در سطح ناسالم، ۲۷/۳٪ در سطح تا حدودی سالم، ۴۱/۹٪ در سطح سالم و ۱۴/۱٪ از آنان در سطح بسیار سالم بوده است.

۳. نتایج استنباطی تحقیق

جنس و سبک زندگی سلامت‌محور: در بررسی فرضیه شماره ۱، از آن جا که سعی

بر مقایسه میانگین نمره رفتار مردان و زنان با یکدیگر است، از آزمون T با دو متغیر مستقل استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور در بین مردان، با تعداد ۲۲۷ نفر، ۶۱/۵۸ و در بین زنان، با تعداد ۱۷۳ نفر، ۷۰/۴۷ است. حداقل و حداکثر نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور، برای مردان به ترتیب ۱۹ و ۱۰۷، برای زنان ۲۹ و ۱۰۸ است. انحراف معیار نیز برای مردان ۱۹/۹۳ و برای زنان ۱۹/۲۱ است. همچنین، میانگین خطای استاندارد برای مردان ۱/۳۲۳ و برای زنان ۱/۴۶۱ است.

بر اساس نتایج آزمون، با توجه به این که سطح معناداری آزمون لون^۱ (۰/۵۴۵) بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، فرض برابری واریانس نمرات در بین دو گروه مورد بررسی، پذیرفته می‌شود. در تفسیر آزمون T، می‌توان بیان داشت که تفاوت معناداری میان میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور، برای مردان و زنان وجود دارد ($t = -۴/۴۸۸$ و $sig = ۰/۰۰۰$). همان گونه که گذشت، میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور زنان بیش از ۴۰ سال شهر کرمانشاه، با رقم ۷۰/۴۷ بیشتر از نمره میانگین مردان است. یعنی فرض H_0 رد و H_1 پذیرفته می‌شود؛ به عبارت دیگر با سطح اطمینان ۹۹ درصد و اختلاف ۸/۸۹۱ نمره، زنان از سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان برخوردار هستند.

1. Levene.

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور بر حسب جنس

T-Test						
میانگین		انحراف معیار	اختلاف	سطح	درجه	ت
مردان	زنان	اختلاف میانگین	میانگین	معناداری	آزادی	آماره t
۶۱/۵۸	۷۰/۴۷	۱/۹۸۱	-۸/۸۹۱	۰/۰۰۰	۳۹۸	-۴/۴۸۸

موقعیت اجتماعی - اقتصادی و سبک زندگی سلامت محور: در سنجش رابطه موقعیت اجتماعی - اقتصادی افراد و رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور آنان، آزمون F مورد استفاده قرار گرفته است. بر اساس نتایج توصیفی حاصل، تعداد ۹ نفر از افراد با موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین دارای میانگین نمره رفتار سلامت ۴۲/۶۷ هستند، ۱۱۸ نفر با موقعیت متوسط رو به پایین دارای میانگین ۵۰/۸۶، ۱۶۰ نفر با موقعیت متوسط دارای میانگین ۶۶/۸۷، ۹۷ نفر با موقعیت متوسط رو به بالا دارای میانگین ۷۸/۷۰ و ۱۶ نفر با موقعیت بالا، دارای میانگین ۹۰/۷۵ هستند. با توجه به نتایج بالا و آن چه از جدول شماره ۴ استنباط می گردد، تفاوت میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور، در بین موقعیت های اجتماعی - اقتصادی افراد، معنادار است (F=۳۲/۱۴۴ و Sig=۰/۰۰۰). به عبارت دیگر، هرچه موقعیت اجتماعی - اقتصادی افراد بیش از ۴۰ سال شهر کرمانشاه بالا می رود، سبک زندگی آنان سالم تر می گردد.

جدول ۴: تحلیل واریانس رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور بر حسب موقعیت اجتماعی - اقتصادی

سطح معناداری	F	مربع میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	
		۹۸۹۰/۰۱۰	۴	۳۹۵۶۰/۰۳۹	بین‌گروهی
۰/۰۰۰	۳۲/۱۴۴	۳۰۷/۶۷۵	۳۹۵	۱۲۱۵۳۱/۵۵۸	درون‌گروهی
			۳۹۹	۱۶۱۰۹۱/۵۹۸	کل

بر اساس جدول فوق، با توجه به معناداری نسبت F در سطح ۰/۹۵، برای توضیح اختلاف میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور افراد در موقعیت‌های مختلف، از آزمون توکی^۱ استفاده شده است (جدول شماره ۵). طبق نتایج حاصله، میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور افراد در موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، با نمره کسانی که در موقعیت‌های متوسط، متوسط رو به بالا و بالا هستند، از تفاوت معناداری برخوردار است. اما، این اختلاف معنادار، در میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور، میان دو موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و متوسط رو به بالا وجود ندارد. همچنین، میانگین نمره افراد در موقعیت اجتماعی - اقتصادی متوسط رو به پایین با موقعیت‌های متوسط، متوسط رو به بالا و بالا معنادار است. تفاوت میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور در موقعیت اجتماعی - اقتصادی متوسط نیز با موقعیت‌های متوسط رو به بالا و بالا معنی‌دار است.

1. Tukey.

موقعیت اجتماعی - اقتصادی متوسط رو به بالا هم با موقعیت اجتماعی - اقتصادی بالا، نمره میانگین متفاوتی دارد.

جدول ۵: بررسی تفاوت میانگین رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور بین موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی مختلف

موقعیت اجتماعی-اقتصادی (i)	موقعیت اجتماعی-اقتصادی (j)	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پایین	متوسط رو به پایین	-۸/۱۸۹	۵/۶۰۷	۰/۵۸۹
	متوسط	-۲۴/۲۰۸	۵/۵۵۵	۰/۰۰۰
	متوسط رو به بالا	-۳۶/۰۳۴	۵/۶۵۰	۰/۰۰۰
متوسط رو به پایین	بالا	-۴۸/۰۸۳	۶/۷۵۶	۰/۰۰۰
	متوسط	-۱۶/۰۱۹	۱/۹۶۷	۰/۰۰۰
	متوسط رو به بالا	-۲۷/۸۴۵	۲/۲۲۲	۰/۰۰۰
متوسط	بالا	-۳۹/۸۹۴	۴/۳۲۰	۰/۰۰۰
	متوسط رو به بالا	-۱۱/۸۲۶	۲/۰۸۶	۰/۰۰۰
	بالا	-۲۳/۸۷۵	۴/۲۵۱	۰/۰۰۰
متوسط رو به بالا	بالا	-۱۲/۰۴۹	۴/۳۷۵	۰/۰۴۸

سن و سبک زندگی سلامت محور: بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون F، میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور برای هریک از گروه‌های سنی ۴۰ سال به بالا در شهر کرمانشاه، عبارت است از: افراد ۴۴-۴۰ سال ۶۹/۱۲، ۴۹-۴۵ سال ۷۱/۶۷، ۵۴-۵۰ سال ۶۵/۴۰، ۵۹-۵۵ سال ۶۸/۷۹، ۶۴-۶۰ سال ۵۷/۸۷، ۶۹-۶۵ سال ۶۷/۳۶، ۷۴-۷۰ سال ۵۷/۸۴ و ۷۵ سال به بالا ۴۲/۸۱. با توجه به این داده‌ها، می‌توان دریافت که با افزایش سن، نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سالم افراد سیر

نزولی می‌یابد. در جدول شماره ۶ نیز معناداری تفاوت میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سالم در بین گروه‌های سنی مختلف، نشان داده شده است ($F = ۸/۴۳۸$ و $Sig = ۰/۰۰۰$). در تفسیر این رابطه، می‌توان گفت که نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور افراد، بر حسب گروه‌های سنی آنها متفاوت بوده، به گونه‌ای که با افزایش سن، سبک زندگی آنها ناسالم‌تر می‌گردد.

جدول شماره ۶: تحلیل واریانس رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور بر حسب گروه سنی

سطح معنی داری	F	مربع میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	
		۳۰۱۳/۵۳۴	۷	۲۱۰۹۴/۷۳۶	بین گروهی
۰/۰۰۰	۸/۴۳۸	۳۵۷/۱۳۵	۳۹۲	۱۳۹۹۹۶/۸۶۱	درون گروهی
			۳۹۹	۱۶۱۰۹۱/۵۹۸	کل

بر اساس نتایج آزمون توکی، در گزارش تفاوت میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور در بین گروه‌های سنی مختلف باید اظهار داشت که میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور گروه سنی ۴۰-۴۴ سال با دو گروه سنی ۶۰-۶۴ سال و ۷۵ سال به بالا، اختلاف معناداری دارد، اما این تفاوت با دیگر گروه‌های سنی معنی‌دار نیست. گروه سنی ۴۵-۴۹ سال با سه گروه ۶۰-۶۴ سال، ۶۴-۷۴-۷۰ سال و ۷۵ سال به بالا، میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور متفاوتی دارد. تفاوت میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور برای دو گروه سنی ۵۰-۵۴ سال و ۵۵-۵۹ سال، تنها با گروه سنی ۷۵ سال به بالا معنی‌دار است.

همچنین میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور گروه سنی ۶۴-۶۰ سال، همان طور که بحث شد، با دو گروه ۴۴-۴۰ سال و ۴۹-۴۵ سال تفاوت معناداری دارد. گروه سنی ۶۹-۶۵ سال نیز تنها با گروه سنی ۷۵ سال به بالا، از تفاوت میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور معناداری برخوردار است. گروه سنی ۷۴-۷۰ سال، همان طور که ذکر گردید، تنها با گروه سنی ۴۹-۴۵ سال اختلاف میانگین معنی داری در نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور دارد. اما، تفاوت میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور گروه سنی ۷۵ سال به بالا، با همه ۷ گروه سنی حاضر در آزمون، معنادار است.

جدول شماره ۷: بررسی تفاوت میانگین رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور بین گروه‌های سنی مختلف

گروه سنی (i)	گروه سنی (j)	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
۴۵-۴۹	۴۵-۴۹	-۲/۱۱۲	۳/۰۶۶	۰/۹۹۷
۵۰-۵۴	۴۵-۴۹	۴/۱۵۷	۲/۹۷۹	۰/۸۵۹
۵۵-۵۹	۴۵-۴۹	۰/۷۶۶	۳/۲۹۸	۱/۰۰۰
۶۰-۶۴	۴۵-۴۹	۱۱/۶۸۵	۳/۴۳۲	۰/۰۱۷
۶۵-۶۹	۴۵-۴۹	۲/۱۹۴	۴/۲۸۷	۱/۰۰۰
۷۰-۷۴	۴۵-۴۹	۱۱/۷۱۴	۴/۲۸۷	۰/۱۱۶
۷۵ سال به بالا	۴۵-۴۹	۲۶/۷۴۵	۴/۵۹۷	۰/۰۰۰
۵۰-۵۴	۵۵-۵۹	۶/۲۶۹	۳/۲۲۸	۰/۵۲۳
۵۵-۵۹	۵۵-۵۹	۲/۸۷۸	۳/۵۲۴	۰/۹۹۲
۶۰-۶۴	۵۵-۵۹	۱۳/۷۹۷	۳/۶۵۱	۰/۰۰۴
۶۵-۶۹	۵۵-۵۹	۴/۳۰۷	۴/۴۶۴	۰/۹۷۹

۴۰-۴۴ سال

۴۵-۴۹ سال

۰/۰۴۳	۴/۴۶۴	۱۳/۸۲۷	۷۰-۷۴	
۰/۰۰۰	۴/۷۶۲	۲۸/۸۵۷	۷۵ سال به بالا	
۰/۹۷۷	۳/۴۴۹	-۳/۳۹۱	۵۵-۵۹	
۰/۴۱۴	۳/۵۷۸	۷/۵۲۸	۶۰-۶۴	
۱/۰۰۰	۴/۴۰۵	-۱/۹۶۳	۶۵-۶۹	سال ۵۰-۵۴
۰/۶۷۷	۴/۴۰۵	۷/۵۵۷	۷۰-۷۴	
۰/۰۰۰	۴/۷۰۷	۲۲/۵۸۸	۷۵ سال به بالا	
۰/۰۸۹	۳/۸۴۷	۱۰/۹۱۹	۶۰-۶۴	
۱/۰۰۰	۴/۶۲۶	۱/۴۲۸	۶۵-۶۹	سال ۵۵-۵۹
۰/۲۶۱	۴/۶۲۶	۱۰/۹۴۸	۷۰-۷۴	
۰/۰۰۰	۴/۹۱۴	۲۵/۹۷۹	۷۵ سال به بالا	
۰/۴۷۷	۴/۷۲۳	-۹/۴۹۰	۶۵-۶۹	
۱/۰۰۰	۴/۷۲۳	۰/۰۳۰	۷۰-۷۴	سال ۶۰-۶۴
۰/۰۵۶	۵/۰۰۶	۱۵/۰۶۰	۷۵ سال به بالا	
۰/۶۴۰	۵/۳۷۶	۹/۵۲۰	۷۰-۷۴	سال ۶۵-۶۹
۰/۰۰۰	۵/۶۲۶	۲۴/۵۵۰	۷۵ سال به بالا	
۰/۱۳۵	۵/۶۲۶	۱۵/۰۳۰	۷۵ سال به بالا	سال ۷۰-۷۴

جنس، موقعیت اجتماعی - اقتصادی و سبک زندگی سلامت‌محور: در بررسی فرضیه‌های شماره ۴ و ۵ از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره^۱ استفاده شده است. بر این اساس، جهت ارزیابی دقیق‌تر آثار مستقیم و تعاملی سه متغیر جنس، موقعیت

اجتماعی - اقتصادی و سن، همه تأثیرات اصلی، تعاملی مرتبه دوم (جنس - پایگاه، جنس - سن، پایگاه - سن) و تعاملی مرتبه سوم (جنس - پایگاه - سن)، توأمان در یک مدل بررسی و نتیجه تحلیل‌های چندمتغیره نیز در جدول شماره ۸ آمده است. مقدار ضریب تعیین تعدیل شده در این آزمون، $0/473$ است؛ یعنی مجموعه متغیرهای مستقل (جنس، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سن) به طور مشترک توانسته‌اند $47/3$ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند.

این نکته از نتایج توصیفی آزمون به دست می‌آید که میانگین نمرات مردان در موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی پایین، متوسط رو به پایین، متوسط، متوسط رو به بالا و بالا، به ترتیب عبارتند از: $31/17$ ، $50/06$ ، $65/24$ ، $67/68$ و $96/56$. این نمرات برای زنان، در پنج موقعیت مذکور $45/75$ ، $62/03$ ، $69/94$ ، $84/31$ و $85/67$ به دست آمده است. بر اساس جدول شماره ۸، که معنی‌داری تأثیرات را نشان می‌دهد، هم تأثیر متغیر جنس ($F = 5/641$ و $Sig = 0/018$) و هم تأثیر متغیر موقعیت اجتماعی - اقتصادی ($F = 43/877$ و $Sig = 0/000$) افراد بر رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور آنان معنی‌دار است. این معناداری، همچنین در تعامل بین جنس و موقعیت اجتماعی - اقتصادی و تأثیر هم‌زمان این دو متغیر مستقل بر رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور افراد نیز برقرار است ($F = 2/808$ و $Sig = 0/026$). به عبارت دیگر، میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور مردان و زنان بیش از ۴۰ سال شهر کرمانشاه، در هر یک از موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی یکسان و برابر نیست (تأیید فرضیه ۴).

جنس، سن و سبک زندگی سلامت‌محور: بر اساس مطالب مذکور، جمعیت مورد

مطالعه پژوهش حاضر در هشت گروه سنی دسته‌بندی شده است. مقایسه میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور برای مردان ۴۴ و زنان، در هر یک از گروه‌های سنی نشان می‌دهد بر اساس آن چه که از آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره، در جدول شماره ۸ به دست آمده است، علاوه بر تأثیر معنادار دو متغیر جنس ($F = ۰/۰۱۸$) و سن افراد ($F = ۵/۶۴۱$ و $Sig = ۰/۰۱۷$) و موقعیت اجتماعی - اقتصادی ($F = ۴۳/۸۷۷$ و $Sig = ۰/۰۰۰$)، تأثیر معنادار آنان معنی‌دار است. این معناداری، همچنین در تعامل بین دو متغیر جنس و گروه سنی افراد برقرار است ($F = ۲/۱۸۱$ و $Sig = ۰/۰۳۵$). یعنی میانگین نمره رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور مردان و زنان ۴۰ سال به بالای شهر کرمانشاه، در هر یک از گروه‌های سنی یکسان و برابر نیست (تأیید فرضیه ۵).

جدول شماره ۸: تحلیل واریانس اثرات مستقیم و تعاملی متغیرهای مستقل بر رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور

منابع	نوع ۳ مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معناداری
مدل تصحیح شده	۸۹۸۲/۹۵۷	۶۰	۱۴۸۳/۰۴۹	۶/۹۵۷	۰/۰۰۰
intercept	۴۴۰۲۶۲/۸۶۷	۱	۴۴۰۲۶۲/۸۶۷	۲/۰۶۵	۰/۰۰۰
جنس	۱۲۰۲/۳۸۴	۱	۱۲۰۲/۳۸۴	۵/۶۴۱	۰/۰۱۸
موقعیت اجتماعی - اقتصادی	۳۷۴۱۲/۲۸۶	۴	۹۳۵۳/۰۷۱	۴۳/۸۷۷	۰/۰۰۰
سن	۳۷۱۴/۰۱۴	۷	۵۳۰/۵۷۳	۲/۴۸۹	۰/۰۱۷
جنس * موقعیت	۲۳۹۴/۰۰۳	۴	۵۹۸/۵۰۱	۲/۸۰۸	۰/۰۲۶
جنس * سن	۳۲۵۳/۹۷۷	۷	۴۶۴/۸۵۴	۲/۱۸۱	۰/۰۳۵

۰/۵۰۸	۰/۹۶۶	۲۰۵/۸۳۱	۲۲	۴۵۲۸/۲۸۷	موقعیت*سن
۰/۳۷۳	۱/۰۸۱	۲۳۰/۴۴۷	۱۵	۳۴۵۶/۷۰۳	جنس*موقعیت*سن
		۲۱۳/۱۶۵	۳۳۹	۷۲۲۶۲/۹۴۰	خطا
			۴۰۰	۱۸۷۳۵۴۹/۰۰۰	کل
			۳۹۹	۱۶۱۲۴۵/۸۹۷	کل تصحیح شده

مقدار ضریب تعیین = ۰/۵۵۲ (ضریب تعیین تعدیل شده = ۰/۴۷۳)

با وجود معناداری اثر مستقیم سه متغیر جنس، موقعیت اجتماعی - اقتصادی و سن، تأثیر تعاملی متغیرهای موقعیت اجتماعی - اقتصادی/سن در مرحله دوم و نیز متغیرهای جنس/موقعیت اجتماعی - اقتصادی/سن در مرحله سوم، بر رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت محور افراد ۴۰ سال به بالای شهر کرمانشاه، معنی دار نیست.

نتیجه گیری و بحث

بر اساس نکات مذکور، می توان گفت که میان فرصت‌ها و انتخاب رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت محور ارتباط وجود دارد. فرصت‌های زندگی همان امکانات متبلور شده جهت ارضاء علایق، خواسته‌ها و نیازهای افراد هستند که خشنودی آنان را فراهم می سازند. امروزه، شکل جدید زندگی اجتماعی، تنوعی از این امکانات و برنامه‌ها را برای گزینش شیوه زندگی فراهم نموده است؛ البته، مرتبط با موقعیت‌های نهادینی که به افراد در شکل‌دهی کنش‌های خود کمک می نمایند. در واقع، می توان بیان داشت که امکانات کسب خشنودی، ریشه در شرایط ساختاری کنش‌گران دارد و این شرایط، خود از یک سو الزام آور و از سوی دیگر، توانایی بخش است. بر این اساس، انتخاب سبک زندگی سلامت محور، در

محدودیت‌ها و فرصت‌هایی اتفاق می‌افتد که به واسطهٔ موقعیت اجتماعی فرد فراهم شده است. این موقعیت‌های ساختاری، دامنهٔ انتخاب‌های آزاد برای کنش‌گران و یا تعدد عاملان را در شرایط ویژه محدود می‌سازند.

به عبارت دیگر، افراد در یک زمینهٔ اجتماعی دست به انتخاب می‌زنند و نیروهای اجتماعی نیز مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این باره، کاکرهام نظریهٔ خود را در قالب مدل منسجمی از روابط میان متغیرهای ساختاری و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور، چنین ارائه نموده است: متغیرهای ساختاری مانند موقعیت طبقاتی، جنس، سن و نژاد/قومیت، زمینه‌ای اجتماعی را برای جامعه‌پذیری و تجربه فراهم می‌سازند. این متغیرهای ساختاری که انتخاب‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، به شکل کلی فرصت‌ها و شرایطی برای کنش فراهم می‌سازند که منجر به رفتارهایی در ارتباط با مصرف دخانیات، الکل، رژیم غذایی و دیگر کنش‌های مرتبط با سلامت می‌شوند.

در پژوهش حاضر، علاوه بر آثار مستقیم سه دسته متغیرهای ساختاری شامل جنس، موقعیت اجتماعی - اقتصادی و سن افراد، تأثیر تعاملی تفاوت‌های جنسیتی با دو متغیر دیگر، بر رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور آنان مورد مطالعه قرار گرفته است. بر اساس نتایج این تحقیق، جنسیت به عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرهای ساختاری، از رابطهٔ معناداری با رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور برخوردار است. به عبارت دیگر، زنان از سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان برخوردار هستند. از دیگر متغیرهای ساختاری مؤثر بر رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور، موقعیت اجتماعی - اقتصادی افراد است. جایگاه‌ها با فراهم

نمودن فرصت، انتخاب افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، به گونه‌ای که همراه با بالا رفتن موقعیت اجتماعی-اقتصادی، رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور افراد نیز ارتقاء می‌یابد. به بیانی دیگر، افرادی که از بالاترین موقعیت اجتماعی-اقتصادی برخوردارند، نسبت به دیگران در جایگاه‌های پایین‌تر، سبک زندگی سالم‌تری دارند. برعکس، سبک زندگی کسانی که در پایین‌ترین موقعیت اجتماعی-اقتصادی قرار گرفته‌اند، نسبت به دیگر افراد در جایگاه‌های متوسط و بالا، ناسالم‌تر است.

علاوه بر دو متغیر جنس و موقعیت اجتماعی-اقتصادی، عامل دیگری که بر رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور افراد تأثیر دارد، مسأله سن است. یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که رابطه معنادار معکوسی میان گروه سنی افراد و سبک زندگی سلامت‌محورشان وجود دارد؛ افرادی که در گروه‌های سنی پایین‌تر قرار دارند، از سبک زندگی سالم‌تری نسبت به گروه‌های سنی بالاتر برخوردار هستند (لازم به ذکر است که جمعیت مورد مطالعه پژوهش حاضر، افراد ۴۰ سال به بالا است). از دیگر روابطی که در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفته است، تأثیر تعاملی جنس با دو متغیر موقعیت اجتماعی-اقتصادی و گروه سنی بر رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور است. همان گونه که بحث شد، تفاوت در جنس افراد، رفتار مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور آنان را متفاوت می‌سازد، اما این رابطه، در تعامل با موقعیت اجتماعی-اقتصادی افراد نیز معنادار است. یعنی رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور، میان زنان و مردان با موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی مختلف نیز متفاوت است و در هر یک از پنج موقعیت پایین، متوسط و به پایین، متوسط، متوسط رو به بالا و بالا، زنان از سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان بهره‌مند هستند.

همچنین نتایج تحقیق نشان می‌دهد که تأثیر تعاملی دو متغیر جنس و گروه سنی با رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور نیز از لحاظ آماری معنادار است. به عبارتی دیگر، سبک زندگی سلامت‌محور زنان و مردان در هر یک از گروه‌های سنی جداگانه، متفاوت است و زنان در گروه‌های سنی مختلف از سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان، برخوردارند. البته باید توجه داشت که این تفاوت و امتیاز در شکل کلی سبک زندگی سلامت‌محور است. با دقت در ابعاد مختلف این متغیر، می‌توان مشاهده نمود که زنان در پنج بُعد تغذیه سالم، سلامت روانی، مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم و تحرک روزانه، رفتارهای سالم‌تری نسبت به مردان دارند. اما در دو بُعد ورزش و ایمنی در رانندگی، مردان از وضعیت مناسب‌تری برخوردار هستند.

پیشنهادها

می‌توان به عنوان پیشنهادات کاربردی پژوهش حاضر ارائه نمود، عبارتند از: الف) تهیه برنامه و راه‌کارهای تشویقی جهت برخورداری از سبک زندگی سلامت‌محور از سوی مردان و گروه‌های سنی بالا. ب) توجه ویژه به زیرگروه‌های سنی و موقعیتی به هنگام اجرای برنامه‌های مذکور. ج) فراهم‌سازی مراکز ورزشی مساعد حال سالمندان، همراه با ترغیب آنان به داشتن فعالیت‌های جسمانی و برنامه‌های ورزشی مناسب.

منابع

- بیرو، آلن (۱۳۶۶)، *فرهنگ علوم اجتماعی*، ترجمه باقر ساروخانی، تهران: کیهان.
- جوادی، مرضیه؛ کریمی، سعید؛ جعفرزاده، فاطمه (۱۳۹۰)، «بار اقتصادی و هزینه‌های سلامت ناشی از بیماری‌های مزمن در ایران و جهان». *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۸، شماره ۷، ویژه‌نامه اقتصاد سلامت: ۹۹۵-۹۸۴.
- ریترز، جورج (۱۳۸۲)، *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: علمی، چاپ هفتم.
- شارع‌پور، محمود؛ ودادهیر، ابوعلی؛ قربان‌زاده، سکینه (۱۳۸۹)، «تحلیل جنسیتی تصادف با تأکید بر مفهوم سبک زندگی سالم (مطالعه موردی: جوانان شهر تهران)». *فصل‌نامه زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، دوره ۸، شماره ۲: ۹۲-۶۹.
- قاسمی، وحید؛ ربانی، رسول؛ ربانی خوراسگانی، علی؛ علیزاده اقدم، محمدباقر (۱۳۸۷)، «تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور». *فصل‌نامه مسائل اجتماعی ایران*، سال ۱۶، شماره ۶۳.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۸)، *تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید*، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نشر نی، چاپ ششم.
- _____ (۱۳۸۷)، *جامعه‌شناسی*، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشرنی.
- Arber, S. & Cooper, H.(1999) "Gender Differences in Health in Later Life: The New Paradox?". *Social Science & Medicine*, vol. 48, pp: 61-76.
- Cockerham, W. C.(2000) *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles*. London: Prentice Hall College.
- Cockerham, W. C.(1999) *Health and Social Change in Russia and*

Eastern Europe. New York, NY: Routledge 29 west 35th street.

- Cockerham, W. C. & Ritchey, F. J.(1997) *Dictionary of Medical Sociology*. United states of America: Greenwood Press.
- Denton, M.; Steven, P.; Vivienne, W.(2004) “Gender Differences in Health: A Canadian Study of the Psychosocial, structural and Behavioural Determinants of Health”. *Social Science & Medicine*, vol. 58, pp: 2585-2600.
- Dahrendorf, R.(1979) *Life Chances*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dana, E.; King, M.D.; Arch, M. S.; Mainous, G.; Mark, E.; Geesey, M. S.(2012) “Turning Back the Clock: Adopting a Healthy Lifestyle in Middle Age” *The American Journal of Medicine*, vol. 120, pp: 598-603.
- Divine, R. L. & Lepisto, L.(2007) *Analysis of the Healthy Lifestyle Consumer*. Michigan: Central Michigan University.
- Freudenberg, N.(2007) “From Lifestyle to Social Determinants: New Directions for Community Health Promotion Research and Practice”. *Preventing Chronic Diseases*, vol. 4, 3, pp: 1-2. serial online: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06-0194.htm>.
- Hearty, A. P.; McCarthy, S. N.; Kearney, J. M.; Gibney, M. J.(2007) “Relationship Between Attitudes Towards Healthy Eating and Dietary Behaviour, Lifestyle and Demographic Factors in a Representative Sample of Irish Adults”. *Appetite*, vol. 48, pp: 1–11 .
- House, J. S.; Landis, K. R.; Umberson, D.(1994) Social Relationships and Health. In Conrad, P. & Kern, R. (Eds.) (1994) *The Sociology of Health and Illness*. New York: St. Martin’s Press, pp: 83–92.
- Medical University of Shiraz(2011) *Shiraz City Health Center Department of to Combat Non-communicable Diseases*. Online Serial: <http://shc.sums.ac.ir/inex.htm/>.

- McNeill, L. H.; Kreuter, M. W.; Subramanian, S. V.(2006) “Social Environment and Physical Activity : A Review of Concepts and Evidence”. *Social Science & Medicine*, vol. 63, pp: 1011-1022.
- World Health Organization(2006) *The Impact of Chronic Disease in the Islamic Republic of Iran. Online Serial:* www.who.int/entity/chp/chronic_disease_report.
- World Health Organization Report (2001) *Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Walters, V.; McDonough, P.; Strohschein, L. (2002) “The Influence of Work,Household Structure, and Social,Personal and Material Resources on Gender Differences in Health: An Analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey”. *Social Science & Medicine*, vol. 54, 5, pp: 677-692.