

مقایسه سبک زندگی سلامت‌محور دو گروه از سالمندان ایرانی و افغانستانی

(مورد مطالعه: سالمندان شهر قرچک)^۱

بهناز نوری کورعباس‌لو*، نادر مطیع حق‌شناس**، سیدرضا معینی***

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۱)

چکیده

در دنیای کنونی، سلامت تبدیل موضوعی مهم و محوری در مطالعات اجتماعی و جمعیتی شده است. هدف این مقاله شناخت تفاوت‌های بومی-مهاجر الگوی سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان شهر قرچک در سال ۱۳۹۸ است. روش تحقیق پیمایشی بوده و داده‌ها به کمک پرسشنامه محقق ساخته از ۳۸۳ نفر از سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر بومی و مهاجر شهر قرچک گردآوری شده است. نتایج نشان داد ۱۶/۷ درصد از بومیان و ۱۸/۴ درصد از مهاجران سبک زندگی سلامت‌محور پایینی دارند. اکثر بومیان (۶۹/۵ درصد) و مهاجران (۶۶/۵ درصد) سالمندان سبک زندگی سلامت‌محور در حد متوسط دارند. طبق نتایج تحلیل دو متغیره، سالمندان مرد، سالمندان دارای تحصیلات بالا، سالمندان شاغل، و همچنین سالمندان دارای همسر از سبک زندگی سلامت‌محور مطلوب‌تری برخوردارند. بین نحوه گذران اوقات فراغت، مصرف دخانیات و تغذیه در بین سالمندان ایرانی و افغانستانی از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد که متغیر تابعیت با کنترل سایر متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای تأثیر معنی‌داری بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان ندارد؛ اما متغیرهای سال‌های تحصیل، جنس و تعداد فرزندان سالمندان دارای اثر مثبت بر سبک زندگی سلامت‌محور هستند. طبق نتایج، سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان، فارغ از تابعیت معطوف به همبسته‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی است.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، سبک زندگی سلامت‌محور، مهاجرین افغانستانی، شهر قرچک.

۱. این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری نویسنده نخست می‌باشد.

* دانشجوی دوره دکتری رشته جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

samira_marvi@yahoo.com

** استادیار جمعیت‌شناسی، گروه اقتصاد جمعیت و سرمایه انسانی، مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

nader.haghshenas@nipr.ac.ir

*** استادیار جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

rezamoini43@yahoo.com

مقدمه

امروزه، در جامعه جهانی، بررسی رفتارهای افراد، به ویژه رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی آنان، امری ضروری است و سلامتی انسان‌ها با عوامل اجتماعی و اقتصادی ارتباط دارد (آدینوس و استیفن^۱، ۲۰۱۰). در این میان، الگوهای رفتاری سالم بسیار مهم و تأثیرگذار هستند و بررسی مفهوم سبک زندگی سلامت‌محور، به مسائل تهدیدکننده سلامت افراد می‌پردازد تا از طریق شناسایی مشکلات بتواند تضمین‌کننده سلامت افراد جامعه باشد (محمدنابی^۲، ۲۰۰۸).

یکی از مهمترین پیشرفت‌ها در نظریه‌های جمعیت‌شناختی افزایش توجه به سبک زندگی به‌عنوان یک مفهوم کلیدی در تبیین رفتار اجتماعی بشر است و 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 مؤلفه‌های ویژه آن قابل فهم نیست و طیف وسیعی از امور را دربرمی‌گیرد (کاکرهم^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). سبک زندگی سلامت‌محور، به‌عنوان یک پدیده چند علتی، چندبعدی و چنددلالتی به الگوهای جمعی رفتار برای جلوگیری از مشکلات تضمین‌کننده سلامت مربوط می‌شود و با ارزیابی سبک زندگی افراد می‌توان از بروز بیماری‌ها پیشگیری کرد که این امر موجب بهبود کیفیت زندگی و پیشرفت سلامتی افراد جامعه می‌شود و از اهمیت زیاد برخوردار است (آبل^۴، ۱۹۹۱).

اگرچه سالمندی جمعیت یک دستاورد بشری است، هنوز چالش‌های زیادی در زمینه سیاست‌های بهداشتی وجود دارد که باید برطرف شود (کراچ^۵، ۲۰۱۸). افزایش امید زندگی با افزایش سال‌های عاری از بیماری توأم نشده است، به این معنی که مردم بیشتر عمر می‌کنند، اما سال‌های بیشتری را با بیماری سپری می‌کنند (مورای و همکاران^۶، ۲۰۱۵). زندگی طولانی‌تر اما در شرایط نامناسب می‌تواند منجر به تقاضای شدید منابع عمومی و مراقبت‌های بهداشتی شود (پرینا^۷، ۲۰۱۷). از آنجاکه افراد ناهمگونی زیادی در مسیرهای سلامتی خود تجربه می‌کنند

-
1. Adonis & Stephen
 2. Mohammad Nabi
 3. Cockerham
 4. Abel
 5. Kralj
 6. Murray
 7. Prina

(لوسکی^۱، ۲۰۱۴)، شناسایی رفتارهایی که با روند سالمندی کندتر و سالم‌تر مرتبط باشند، بسیار مهم است.

براین اساس، سبک زندگی سلامت‌محور یک ابزار مهم برای جلوگیری از بیماری‌های مزمن در افراد مسن محسوب می‌شود. افراد سالمند، بیشترین میزان بیماری‌ها و شرایط مزمن را تجربه می‌کنند و در مقایسه با سایر گروه‌های سنی به بالاترین هزینه‌های مراقبت طولانی‌مدت نیاز دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). بنابراین، در این دوره، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، با توجه به پیشگیری و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها، اهمیت فراوانی پیدا می‌کند که سبک زندگی سلامت‌محور می‌تواند یک راهبرد کلیدی برای حفظ سلامت و ارتقای سطح امید زندگی همراه با سلامت سالمندان باشد (ژوو^۲ و همکاران، ۲۰۱۱).

رفتارهای سبک زندگی سلامت‌محور (به‌عنوان مثال، استعمال نکردن دخانیات، مصرف نکردن الکل، فعالیت بدنی، مصرف روزانه میوه و سبزیجات و...) به‌طور مداوم با پیامدهای سلامتی بهتر در افراد مسن همراه بوده است: افزایش سن موفق (سایبا و سینگ^۳، ۲۰۱۲)، افزایش سال‌های عمر مفید (استنهلیم^۴ و همکاران، ۲۰۱۶)، کاهش خطر مرگ و میر و ضعف عملکرد شناختی (کانوپس^۵ و همکاران، ۲۰۰۴؛ کوواویک^۶ و همکاران، ۲۰۱۰ و سایبا و همکاران، ۲۰۰۹). بررسی‌های نظام‌مند اخیر همچنین نشان‌دهنده اثرات مفید فعالیت بدنی، سیگار نکشیدن، و رژیم غذایی سالم بر سالمندی سالم است (داسکاپولو^۷ و همکاران، ۲۰۱۸).

اگرچه افراد اغلب در زمینه سبک زندگی خود دست به انتخاب می‌زنند، اما انتخاب‌های بسیاری از آنها محدود است. در تنظیم انتخاب‌های در دسترس عواملی مانند آموزش، روابط بین فردی و اجتماعی، جامعه‌پذیری، فردیت، توانایی‌های جسمی و روانی، عوامل موقعیتی و اهداف نهایی و مالی و سایر منابع درگیرند. این موضوع در کشورهایی همچون ایران که مراحل مختلف گذار جمعیتی را گذرانده و از طرفی در مراحل پایانی گذار اپیدمیولوژیک قرار دارد، بسیار با اهمیت است (جهانبخش و هاشمی، ۱۳۹۳: ۸۵).

1. Lowsky
2. Xo
3. Sabia & Singh-Manoux
4. Stenholm
5. Knoops
6. Kvaavik
7. Daskalopoulou

در حال حاضر، ایران در مرحله گذار ساختار سنی قرار دارد و انتظار می‌رود در دهه‌های بعد، پدیده سالخوردگی جمعیت را تجربه نماید. بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، جمعیت ۶۰ سال و بیشتر کشور ۹/۳ درصد و جمعیت ۶۵ سال و بیشتر ۶/۱ درصد از کل جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). مطالعه سالمندی به دلایل متعددی اهمیت بسیار دارد؛ زیرا باتوجه به ساختار سنی جمعیت ایران - که اکنون مورد توجه بسیاری از محافل علمی است - در آینده‌ای نه‌چندان دور، بخش شایان‌توجهی از جمعیت را جمعیت سالمند دربر خواهد گرفت. بررسی شیوه زندگی سالمندان از جنبه عملی نیز حائز اهمیت است و در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد؛ چراکه می‌توان با شناخت متغیرهای جمعیتی - اجتماعی مؤثر بر سبک زندگی سالمندان، از نتایج آن در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، جمعیتی و شهری بهره برد. بروز بیماری‌های مزمنی چون سرطان، سکتو و بیماری‌های قلبی که با سبک زندگی افراد ارتباطی مستقیم دارد، هزینه‌های سنگین مراقبتی و دارویی را برای کشور به بار می‌آورد که آگاهی از عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی سالم تا حدودی به جبران آن کمک می‌کند.

با افزایش مهاجرت، ادغام مهاجران به موضوع مهمی تبدیل شده است و سبک زندگی سلامت‌محور یک حوزه مهم در زمینه ادغام است (ریچل^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). البته، سبک زندگی سلامت‌محور نیز به امید زندگی و وضعیت سلامت مهاجران کمک می‌کند و ممکن است فشار بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی در کشور مقصد را کاهش دهد (آرسنجویک و گروت^۲، ۲۰۱۸). باتوجه به مطالعات اولیه، به نظر می‌رسد که وضعیت کیفیت و سبک زندگی شهری مهاجران افغانستانی متفاوت از بومیان است. شواهد مختلف اقتصادی و اجتماعی مهاجران افغانستانی حاکی از سطح پایین کیفیت زندگی آنها (به‌ویژه به لحاظ اقتصادی و محرومیت‌های اجتماعی) است. زیرا افرادی که مهاجرت می‌کنند موقعیت‌هایی به دست می‌آورند که با عوامل مختلفی که بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد، مرتبط است و این امر می‌تواند اثرات نامطلوبی بر وضعیت سلامت فعلی و آینده آنها داشته باشد (سوارز^۳، ۲۰۲۱).

در حال حاضر، کلانشهر تهران به دلیل مهاجرپذیری زیاد نمی‌تواند برای همه جمعیت

-
1. Rechel
 2. Arsenijevic & Groot
 3. Suárez

افزوده شده فضای حیاتی مناسبی فراهم کند؛ به همین دلیل، بخشی از جمعیت اضافه شده به این شهر، به پیرامون آن رانده می‌شود. شهر قرچک به دلیل نزدیکی به تهران و دسترسی آسان به راه‌های ارتباطی آن مورد توجه مهاجرین قرار گرفته است. به نظر می‌رسد این شهرنشینی پیرامونی نه تنها با گذشت زمان گسترش می‌یابد، بلکه موجب ناهمگنی در داخل شهر هم می‌شود. علی‌رغم ادغام برخی مهاجران در رفتار و سبک زندگی محل مقصد، ماندگاری لایه‌های فرهنگی مبدأ در مهاجرین منجر به شکل‌گیری خرده‌فرهنگ‌های گوناگون در منطقه مهاجرپذیر می‌شود.

مطالعات نشان می‌دهند که شیوه زندگی، مشکلات مربوط به سلامت و دسترسی به امکانات پزشکی و مراقبت‌های پزشکی سالمندان در شهرهای مهاجرپذیر مطلوب نیست. لذا بررسی ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان در کشور به‌ویژه در شهرهای مهاجرپذیر، از حیث علمی و به لحاظ اولویت‌های سیاست‌گذاری اجتماعی و جمعیت‌شناختی حائز اهمیت است. به عبارت روشن، در شهر قرچک، مواردی از قبیل مطلوب نبودن شیوه زندگی و مشکلات مربوط به سلامت و دسترسی به امکانات و مراقبت‌های پزشکی سالمندان، مهاجرپذیر بودن شهر و مشکلات ناشی از افزایش جمعیت، وجود تابعیت‌های ایرانی و افغانستانی (نسل اول) و لزوم ترسیم خط‌مشی جمعیت سالمندان این شهر با توجه به شیوه زندگی و سطح کفایت شاخص‌های سلامت سالمندان (جلالی و همکاران، ۱۳۹۵؛ عربی، ۱۳۹۸)، ضرورت این مطالعه را ایجاب می‌کند. بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر به دنبال بررسی تفاوت‌های بومی-مهاجر الگوی سبک زندگی سلامت‌جویانه سالمندان با تأکید بر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنها در شهر قرچک است.

چارچوب نظری

یکی از نکات مورد توجه اخیر این است که سلامت نه تنها مربوط به پزشکی، دارو و واکسیناسیون بلکه بیشتر منوط به آن چیزی است که مردم برای خود انجام می‌دهند. به بیان دیگر، اگر مردم شیوه‌ای از زندگی را انتخاب کنند که موجب بهبود وضعیت سلامت آنها شود، در این صورت بیماری‌های مزمن و سایر بیماری‌ها تا حد چشم‌گیری کاهش پیدا می‌کند. رفتارهای حافظ سلامت مفهومی جدید برای بیان چنین شیوه‌ای از زندگی است. در ارتباط با سبک زندگی به صورت عام و سبک زندگی سلامت‌محور نظریه‌های مختلف مطرح شده است. ماکس وبر (۱۹۶۸) بیش از

هر جامعه‌شناس کلاسیک وارد بحث‌های مربوط به سبک زندگی شده است. به نظر وبر سلوک زندگی و فرصت‌های زندگی، دو مؤلفه اساسی سبک زندگی است. سلوک زندگی به انتخاب‌هایی که افراد در گزینش سبک زندگی‌شان دارند اشاره دارد (کاکرهام، ۲۰۰۰: ۱۶۱). وبر فرصت‌های زندگی را به‌عنوان فرصت مطلق مورد توجه قرار نمی‌دهد. بلکه آن‌ها را فرصت‌هایی می‌داند که افراد به‌دلیل موقعیت اجتماعی‌شان از آنها برخوردار می‌شوند (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۶۶). مهم‌ترین سهم وبر از مفهوم‌سازی سبک زندگی، تقابل دیالکتیک بین انتخاب‌ها و فرصت‌ها است. به‌طوری‌که اگر هر یک از اینها دیگری را از بین ببرد، می‌تواند در نتیجه سبک زندگی مؤثر باشد. این بدین معنا است که افراد سبک زندگی خود را انتخاب می‌کنند و فعالیت‌هایی را که مشخصه آن است انجام می‌دهند. اما انتخاب‌های آن‌ها به‌وسیله موقعیت اجتماعی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد (کاکرام و همکاران، ۲۰۰۸: ۳۲۴). به نظر وبر سبک‌های زندگی سلامت‌محور، الگوهایی جمعی از رفتار مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخاب‌هایی که طبق فرصت‌های زندگی در دسترس مردم است، متکی هستند. این فرصت‌ها عبارتند از: طبقه اجتماعی، سن، جنس، قومیت و دیگر متغیرهای ساختاری که انتخاب‌های سبک زندگی را شکل می‌دهند. این انتخاب‌ها، برای نمونه، شامل تصمیم در مورد سیگار کشیدن، مصرف الکل، رژیم غذایی، ورزش و اموری مشابه این‌ها هستند. رفتارهای منتج از کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌ها می‌توانند نتایج بهداشتی مثبت و یا منفی داشته باشند (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۶۷).

آنتونی گیدنز در مورد مدرنیته صحبت می‌کند که سبک‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر وی مدرنیته احتمال خطر را در بعضی از حوزه‌ها و سبک‌های زندگی کاهش می‌دهد (مثل پیشرفت علم پزشکی و تکنولوژی‌های بهداشتی و از بین رفتن بیماری‌های عفونی واگیردار)؛ ولی درعین حال، پارامترهای خطرآفرین نوین و کاملاً ناشناخته‌ای را نیز به همان حوزه‌ها وارد می‌کند (مانند بیماری‌های مزمن و غیرواگیردار، ایدز، اعتیاد، سکتته و سرطان). این پارامترها خطرهای احتمالی بدفرجامی را نیز در بر دارند. دنیای متجدد کنونی آکنده از تهدیدها و خطرات هول‌انگیز است، نه به‌دلیل آنکه به‌طرزی اجتناب‌ناپذیر به‌سوی مصیبت و فاجعه پیش می‌رود، بلکه بدان‌سبب که خطرهای احتمالی بی‌سابقه‌ای را وارد میدان می‌کند که نسل‌های پیشین به هیچ وجه با آنها سرو کار نداشتند (گیدنز، ۱۳۹۳: ۱۹). او توصیف می‌کند که مدرنیته به‌دلیل پویایی و تأثیر جهانی‌اش و درجه‌ای از عادات و آداب و رسوم سنتی از بین رفته، متفاوت‌تر از اشکال

قبلی و یک حالت اجتماعی است. در نتیجه مدرنیته، در نهایت به تنوعی از فرصت‌ها و انتخاب‌های زندگی ارتقاء می‌یابد که هیچ فرهنگی چنین فرصت و انتخابی را در کل از بین نمی‌برد (کاکرهم، ۲۰۰۰: ۱۶۳). با این وصف، سنت یا عادات و رسوم جاافتاده، بر حسب تعریف، زندگی را در محدوده شبکه‌هایی تقریباً از پیش تعیین شده به جریان می‌اندازند. مدرنیته، اما فرد را رُو در روی تنوعی از انتخاب‌های ممکن قرار می‌دهد و به دلیل آنکه دارای کیفیت غیرشالوده‌ای است، چندان کمکی به فرد ارائه نمی‌دهد تا وی را در گزینش‌هایی که باید به عمل بیاورد یاری کند. این امر پیامدهای گوناگونی به دنبال دارد که یکی از این پیامدها به اهمیت یافتن سبک زندگی و اجتناب ناپذیر بودن آن برای فرد عامل مربوط می‌شود. البته سخن گفتن از کثرت انتخاب‌ها نباید به این پندار بینجامد که در همه انتخاب‌ها به روی همه افراد باز است، یا اینکه مردم همه تصمیم‌های مربوط به انتخاب‌های خویش را با آگاهی کامل از کلیه امکانات موجود اتخاذ می‌کنند. گزینش یا ایجاد سبک‌های زندگی تحت تأثیر فشار گروه‌ها و الگوهای رفتاری آنها، و همچنین زیر نفوذ اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی صورت می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۹۳: ۱۱۹). بدین ترتیب، گیدنز از تأثیر منابع خارجی بر روی افراد و گزینه‌های سبک زندگی آنها غفلت نمی‌کند و نقش و مسئولیت‌ها و فشارهای گروهی را تحت شرایط اجتماعی-اقتصادی مورد انتقاد قرار می‌دهد. سبک‌های زندگی نه تنها نیازهای ضروری را کامل می‌کنند، بلکه اطلاعاتی را در مورد هویت فرد از خود شکل می‌بخشند. لذا گیدنز وضعیتی را انتخاب می‌کند که در آن سبک‌های زندگی در بین محدودیت‌ها و سازگار کردن خود با ساختار انعطاف‌پذیر سبک‌های زندگی و خود هویتی‌اش است. این انعطاف‌پذیری در وضعیت تغییر حاصل از انقلاب و رشد اجتماعی، در مرحله بعدی مدرنیته گنجانیده شده است (کاکرهم، ۲۰۰۰: ۱۶۳).

در کل، می‌توان گفت که سبک زندگی فرد، انعکاسی از تجربیات زندگی، موقعیت، ارزش‌ها، نگرش‌ها و انتظارات او است. در جوامع سنتی، به‌ویژه در کشورهایی که فرهنگ جمع‌گرایی در آنها غالب است، گزینه‌های مصرف‌افراد به شدت تحت تأثیر طبقه اجتماعی، خانواده و اطرافیان است. اما در جوامع مدرن، مصرف‌کنندگان در انتخاب کالاها، خدمات و فعالیت‌هایی که به واسطه آن خود را تعریف می‌کنند آزاد هستند. یک فرد با انتخاب مجموعه کالا و خدمات در واقع، ابراز می‌دارد که چه کسی است، چه ماهیتی دارد، به چه چیزی علاقه دارد و جزء کدام گروه از افراد شناخته و دسته‌بندی می‌شود (فتح‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶).

بورديو نیز همانند گیدنز معتقد است که با اینکه افراد سبک‌های زندگی خود را خود انتخاب می‌کنند، اما در اجرای این سبک‌ها آزادی کامل را ندارند. آنها در راستای اصلاح چنین گزینه‌هایی می‌باشند. ولی بورديو طوری روند کنترل را انتخاب کرده که گزینه‌های یک عامل، در کل، ملازم با عادات افراد باشد. سبک زندگی تحت نفوذ قوی ساختار (فرصت زندگی) بر روی عادت‌واره است که انتخاب‌های سبک زندگی از آن مشتق می‌شوند. انتخاب و مشارکت در یک سبک زندگی ویژه، تحت تأثیر فرصت‌های زندگی است. بنابراین، کار بورديو نشان می‌دهد که انتخاب‌های سبک‌های زندگی نه تنها محدود می‌شوند، بلکه حتی به وسیله فرصت‌های زندگی نیز شکل می‌گیرند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۵).

در نظر بورديو، جامعه با عنوان فضای اجتماعی که جایگاه رقابت شدید و بی‌پایان است بازنمایی می‌شود که در جریان این رقابت‌ها تفاوت‌هایی ظهور می‌کند که ماده و چارچوب لازم برای هستی اجتماعی را فراهم می‌کند. او جامعه را موجودیتی غیریکپارچه می‌داند که در آن مدل‌های کوچک متمایزی از قواعد، مقررات و اشکال قدرت وجود دارد که میدان خوانده می‌شود. هر میدان یا حوزه‌ای به کنشگران و عاملان خود، فضایی از امکانات عرضه می‌کند که سبب می‌شود آفرینشگران در عمل هماهنگی یابند (بورديو، ۱۳۸۱: ۸۷). از این رو، میدان بیان‌گر شرایط اجتماعی عاملان است و در ساختارگرایی تکوینی بورديو نقش مهمی در تبیین ساختارهای اجتماعی دارد.

بورديو بر این موضوع تأکید می‌کند که چگونه اعمال افراد به وسیله ساخت جهان اجتماعی آنها تحت نفوذ و تأثیر قرار می‌گیرد و در مقابل، چگونه این اعمال، آن ساخت را مجدد تولید می‌کنند. بورديو با بهره‌گیری از مفاهیم سرمایه اقتصادی و فرهنگی و استفاده از مفهوم منش که از آن به مثابه الگوهای اندیشه، درک، مصرف و سبک زندگی تعبیر می‌کند، به تبیین مدلی جهت ساختار طبقاتی و بازتولید طبقه دست زد و معتقد بود که افراد موقعیت طبقاتی خود را درونی می‌کنند و آن را از طریق انتخاب‌های فرهنگی خویش بیان می‌کنند (بورديو، ۱۳۹۱). منش هسته اصلی تبیین بورديو برای کنش‌های انسان را شکل می‌دهد. بورديو منش را نظامی از تمایلات با دوام و قابل انتقال می‌داند که مولد اعمال ساخت‌یافته و به شکل عینی مجسم شده است. از نظر بورديو منش محصول تمایل‌های عینی و تاریخی شخص شده و قادر است محدودیت‌های ادراکی ناشی از ترکیب انواع سرمایه در نزد هر کنشگر را تبیین کند و نیز می‌تواند ویژگی مصرف نزد

هر طبقه را تبیین نماید (فاضلی، ۱۳۸۲: ۳۹). او از طریق مفهوم منش و ساختار ذهنی، اعمال اجتماعی را به فرهنگ، ساخت و قدرت مرتبط می‌سازد و به مدد این مفاهیم، نظریه‌ای منسجم درباره شکل‌گیری سبک‌های زندگی ارائه کرده است. طبق مدل بوردیو برای سبک زندگی، شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید منش‌های خاص منجر می‌شود که مولد دو دسته نظام، یعنی نظام طبقه‌بندی اعمال و نظام ادراکات و شناخت‌ها، است. سبک زندگی، در واقع، تعامل این دو نظام می‌باشد. از نظر وی سبک زندگی الگویی غیرتصادفی است و ماهیت طبقاتی دارد و در واقع همان اعمال و کارهایی است که به شیوه‌ای خاص طبقه‌بندی شده و حاصل ادراکات خاصی است. وی سبک زندگی را محصول منش‌ها و تجسم‌یافته ترجیحات افراد می‌داند که به‌صورت عمل درآمد و قابل مشاهده است (کلدی و همکاران، ۱۳۹۳).

از نظر کاکرهام سلامت به‌مثابه یک دستاورد دیده می‌شود. عواملی که مردم باید به‌کار گیرند تا کیفیت زندگی خود را بالا ببرند؛ در غیر این صورت، آنها با خطر بیماری مزمن روبرو می‌شوند و مرگ نابهنگام زندگی آنها را تهدید می‌کند. انسان‌ها زندگی سالمی را آغاز می‌کنند؛ اما شرایط زندگی آنها و عملکردهای مرتبط با سبک زندگی با شرایطی در ارتباط است که بر یک زندگی سالم و تلاششان برای حفظ سلامتی اثر می‌گذارد. او بیان می‌دارد افراد در جوامع پیشرفته مسئولیت بیشتری برای سلامتی دارند و حتی طرح بدن‌هایشان به آنها واگذار شده است. نتیجه این برای افراد مواجه شدن با درجات متنوعی از برچسب‌ها است و در سطح وسیع‌تر اجتماعی هرگاه متناسب با سن خود، به‌طور سالمی عمل نکنند، با بی‌ارزشی اجتماعی همراه می‌شوند (کاکرهام، ۲۰۰۴).

کاکرهام سه تغییر در دنیای امروز را بر روی نگاه جدید به سلامت اثرگذار می‌داند:

۱) انتقال اپیدمیولوژیک در قرن بیستم از بیماری‌های حاد به مزمن به‌عنوان علت عمده مرگ در اکثر جهان. نتیجه این امر آن بود که دیگر پزشکی نمی‌تواند پاسخ خودبه‌خودی به تمام وضعیت‌های پزشکی بدهد. برای مثال اگر فردی به‌علت استفاده زیاد از سیگار دچار سرطان شود، این فرد از بی‌توجهی به آنچه که پزشک برای ممانعت از این احتمال انجام می‌دهد، خواهد مُرد. پس افراد مسئولیت بیشتری در قبال سلامتی خود دارند.

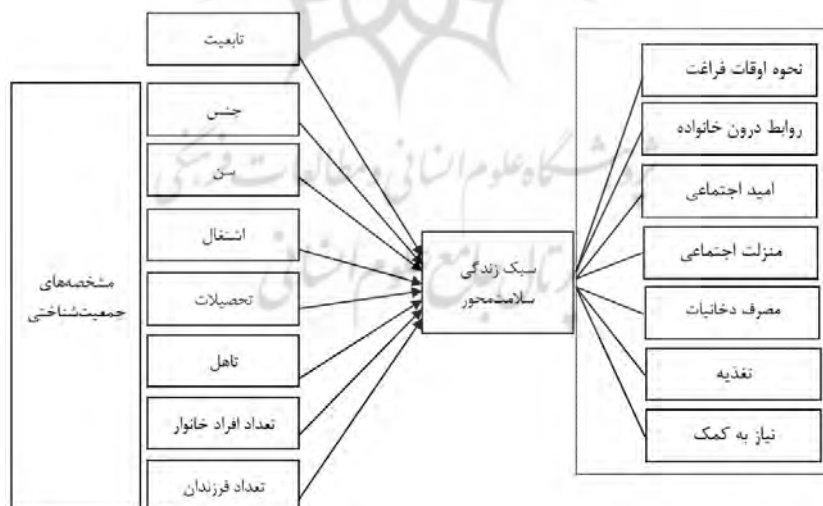
۲) پس از فروپاشی کمونیسم و پیشرفت چین به‌عنوان کشور تولیدکننده کالاهای ارزان، گسترش یافتن فرهنگ اروپایی و آمریکایی، به‌وجود آمدن سیاست‌های فرهنگی و جنسیتی، اشکال

خانواده، الگوهای متغیر قشربندی اجتماعی و استفاده فزاینده از دانش به‌عنوان کالا، ما شاهد نظم جدیدی در جهان هستیم. این تغییرات در حوزه سلامت و پزشکی هم اثرگذار بوده است که نمونه آن کاهش اقتدار پزشکان و افزایش الگوی مشارکتی متقابل روابط بیمار - پزشک است. در جامعه مدرن اخیر، مراکز اقتدار و قدرت دوره صنعتی شدن مانند پزشکی سنتی در حال تضعیف هستند و این امر داشتن سبک زندگی سالم و کنترل سلامت توسط فرد را واجب می‌سازد.

۳) تا چند دهه قبل، حرفه و اشتغال، وضعیت طبقه اجتماعی افراد جامعه را مشخص می‌کرد و شیوه زندگی فرد به اشتغال و وضعیت کار او وابسته بود؛ اما از نیمه دوم قرن بیستم عادات مصرفی و سبک زندگی جای کار و اشتغال را در قشربندی اجتماعی گرفت. به این معنا که مصرف مردم بیان‌کننده سبک زندگی و پایگاه اقتصادی اجتماعی آنهاست. یکی از مصادیق این مصرف در رعایت سبک زندگی سلامت است (منصوریان و همکاران، ۱۳۸۸).

بنابر آنچه گفته شد، رویکردها و نظریه‌های مختلف، هر کدام از دیدگاه خاصی به تبیین سبک زندگی سلامت‌محور، علل، ابعاد و پیامدهای آنها پرداخته‌اند. در مطالعه پیش رو، از مجموعه‌ای از نظریه‌ها برای ترسیم مدل مفهومی استفاده شده است.

نمودار ۱: مدل مفهومی تحقیق



پیشینه تحقیق

الماسی (۱۳۹۷) در نتایج پژوهش خود بیان می‌کند که پاسخگویان از سبک زندگی مطلوبی برخوردار بوده‌اند و بین عوامل سرمایه اجتماعی و سازگاری با سبک زندگی سالمندان، همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. رابطه متغیرهای از خودبیگانگی، پرخاشگری و محرومیت نسبی با سبک زندگی معنی‌دار اما معکوس است. متغیرهای پرخاشگری، از خودبیگانگی و سازگاری طی سه مرحله وارد معادله شده و تقریباً ۲۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته، یعنی سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان مورد بررسی را تبیین نموده‌اند. توانایی سازگاری با شرایط، حمایت شبکه خویشاوندی و داشتن سرمایه اجتماعی باعث خودمراقبتی و کاهش احساس محرومیت در سالمند می‌شود و سبک زندگی وی را مطلوب‌تر می‌سازد. همچنین یادآوری تلاش‌ها و دستاورد گذشته سالمند، به وی حس مفید بودن می‌دهد و بهاء‌دادن به آن برای حفظ توانایی‌های سالمند مفید است.

زارع و همکارانش (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی» به این نتیجه رسیدند که تقریباً دوسوم سالمندان مورد بررسی، از سبک زندگی متوسطی برخوردارند. با در نظر گرفتن انواع سرمایه، ۵۶/۶ درصد نمونه تحقیق از سرمایه اقتصادی متوسط و ۶۲/۲ درصد آنها از سرمایه اجتماعی متوسطی برخوردارند. مهمتر آنکه، ۷۴/۷ درصد سالمندان مورد بررسی از سرمایه فرهنگی پایینی برخوردارند. نتایج مطالعه زارع و همکارانش نشان داد که سرمایه اجتماعی و اقتصادی با سبک زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان رابطه معنی‌داری دارند؛ درحالی‌که، سرمایه فرهنگی بر سبک زندگی بی‌تأثیر است. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون نیز ۱۶ درصد تغییرات سبک زندگی سالمندان تابع سرمایه اجتماعی و اقتصادی است و در بین انواع سرمایه، سرمایه اجتماعی و سپس سرمایه اقتصادی با ضرایب بتای ۰/۱۸۶ و ۰/۱۳۶ بیشترین اثر را بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان دارد.

شمس‌الدینی و همکارانش (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی سطح سبک زندگی سالمندان شهر شیراز» نشان داد که بین حیطه روابط فردی، اجتماعی سبک زندگی و جنس رابطه معنادار وجود دارد. او همچنین نشان داد که بین حیطه پیشگیری و متغیر جنس رابطه معنادار وجود دارد. وی بیان می‌کند: با وجود اینکه سبک زندگی سالمندان در سطح مطلوب قرار دارد، مداخلاتی با هدف افزایش آگاهی سالمندان در خصوص بهبود وضعیت سبک زندگی،

به‌خصوص در حیطه تغذیه، امری ضروری است. همچنین افزایش آگاهی افراد سالمند در رابطه با بیماری‌های مزمن می‌تواند به آنها در درک پیامدهای بالقوه ناشی از عملکرد خود و نیز در تشویق آنها به تغییر در شیوه زندگی کمک نماید.

ویزرا^۱ و همکارانش (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط بین سبک زندگی سلامت‌محور در دوران سالمندی و کاهش عملکرد جسمی، روانی، شناختی و اجتماعی» نشان دادند در افراد دارای سبک زندگی سلامت‌محور سرعت راه رفتن آنها کندتر کاهش می‌یابد. همچنین علائم افسردگی، کاهش عملکرد شناختی، و کاهش روابط اجتماعی در آنها کمتر است. بنابراین، سبک زندگی سلامت‌محور برای بهبود عملکرد جسمی، روانی، شناختی و اجتماعی مفید است.

داسکالوپولو^۲ و همکارانش (۲۰۱۸) در پژوهش خود بیان کردند از آنجایی که امروزه افراد بیشتر عمر می‌کنند و امید زندگی بالاتری دارند، مهم است که فرصت سالمندی سالم را به حداکثر برسانیم. بررسی ارتباط رفتارهای سبک زندگی با سالمندی سالم در کوبا، جمهوری دومینیکن، پرو، مکزیک و پورتوریکو نشان داد احتمال سالمند شدن سالم در سالمندانی که مشغول فعالیت بدنی بودند، در مقایسه با افرادی که هیچ یا یک رفتار سالم انجام نمی‌دهند و از میوه‌ها یا سبزیجات استفاده می‌کردند، بیشتر است. همچنین احتمال سیگار نکشیدن سالمندانی که مشغول فعالیت بدنی بودند نیز به‌صورت خطی افزایش یافته است. یافته‌های این پژوهش اهمیت آگاهی از شیوه زندگی سالم در میان افراد مسن را نشان می‌دهد.

آرسنجویک و گروت (۲۰۱۸) در پژوهشی بیان کردند مهاجران سالمند از کشورهای اروپای جنوبی بیشتر از غیرمهاجران در کشور مبدأ سیگار می‌کشند. آنها دریافتند مهاجران سالمند از آفریقا و خاورمیانه بیشتر از غیرمهاجران در کشور مقصد خود سیگار می‌کشند. همچنین برخی از گروه‌های نسل دوم مهاجران سالمند نسبت به غیرمهاجران در کشور مقصد، احتمال بیشتری برای مصرف الکل و سطح فعالیت بدنی پایین‌تر دارند. آنها نشان دادند که تفاوت‌هایی در سبک زندگی بین مهاجران و غیرمهاجران وجود دارد؛ اما این تفاوت‌ها صرفاً به وضعیت مهاجرت آنها مربوط نمی‌شود و ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی-جمعیتی نیز در این زمینه نقش دارند.

1. Visser

2. Daskalopoulou

سینگ و میلر (۲۰۰۴) در پژوهش خود بیان کردند که چاقی مهاجران با افزایش مدت اقامت آنها در ایالات متحده تغییر می‌کند؛ به نحوی که خطر چاقی در میان آنها با افزایش مدت اقامت افزایش می‌یابد. همچنین مهاجران زن و مرد به ترتیب در عرض ۱۰ و ۱۵ سال پس از ورود، به اندازه کافی وزن اضافه می‌کنند تا میزان چاقی مهاجران مشابه با نرخ چاقی افراد بومی آمریکایی در آمریکا باشد.

به‌طور کلی، می‌توان گفت تحقیقات تجربی که به‌طور روشنی متکی بر پایه چارچوب نظری باشند، در زمینه الگوهای سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان کمیاب هستند. مرور بخش پیشینه تحقیقات انجام‌شده در این حوزه نشان می‌دهد که علی‌رغم اهمیت و جایگاهی که سبک زندگی سلامت‌محور در حوزه مطالعات علوم اجتماعی خارج از کشور دارد و کارهای گسترده‌ای که در زمینه سبک زندگی سلامت‌محور بومیان و مهاجران انجام شده است، در ایران چندان به این موضوع به‌طور خاص پرداخته نشده است. بررسی‌های تحلیلی اندکی با بهره‌گیری از تبیین اجتماعی - جمعیتی در مورد سبک زندگی سلامت‌محور انجام شده است. با این حال، این مطالعات بر یک عامل خاص شیوه زندگی متمرکز شده‌اند و از این رو، امکان مقایسه بین عوامل سبک زندگی را با توجه به ارتباط آنها با عملکرد بومیان و مهاجران ندارند. این اطلاعات می‌تواند توصیه‌های مربوط به شیوه زندگی را برای گروه‌های خاصی از افراد مسن که در خطر افت عملکرد قرار دارند، پشتیبانی کند.

روش تحقیق و داده‌ها

روش مورد استفاده در این مطالعه، پیمایشی بوده و داده‌ها با استفاده از ابزار پرسشنامه و با حجم نمونه ۴۰۰ نفر از افراد ۶۰ ساله و بیشتر بومی و مهاجر در شهر قرچک، بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، گردآوری شده است. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر شهر قرچک در سال ۱۳۹۵ می‌باشد که طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵، ۱۶۱۳۲ نفر برآورد شده است. حجم نمونه بر اساس جداول تیپ استاندارد لی، تعیین شد. برای تعیین واحدهای نمونه از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای طبقه‌ای استفاده گردید. در مرحله اول، مناطق سه‌گانه شهر قرچک از نظر سطح توسعه اقتصادی - اجتماعی ساکنین به ۳ طبقه (بالا، متوسط و پایین) تقسیم شد. سپس از هر طبقه، بسته به تراکم جمعیت سالمند، یک منطقه به‌عنوان معرف و

نمونه طبقه انتخاب شد. در مرحله بعد، به طور تصادفی بلوک‌هایی از منطقه نمونه انتخاب شدند. سپس با مراجعه به افراد سالمند ساکن در هر بلوک، طبق نظم و ترتیبی مشخص، پرسشنامه‌ها توزیع و داده‌ها جمع‌آوری گردید.

در این مطالعه، شاخص سبک زندگی سلامت‌محور از ترکیب معرف‌ها و متغیرهای نحوه گذران اوقات فراغت، روابط درون خانواده، منزلت سالمندان، امید اجتماعی، مصرف دخانیات، سبک تغذیه، فعالیت‌های ورزشی، مراقبت سالمندان که هر کدام شامل چند گویه بودند، ساخته شد. در مجموع، شاخص سبک زندگی سلامت‌محور دارای ۲۹ گویه می‌باشد. با توجه به سطح سنجش گویه‌ها که ترتیبی بودند و بر اساس وزن و نمره هر گویه، نمره نهایی محاسبه و تغییرات دامنه شاخص مشخص و در سه قالب سطح سبک زندگی با سلامت بالا، سبک زندگی با سلامت متوسط و سبک زندگی با سلامت پایین دسته‌بندی شد. آلفای کل محاسبه‌شده، رقم ۰/۷۸۱ به دست آمد که نشان می‌دهد پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور طراحی شده از پایایی قابل قبولی برخوردار بوده است. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS توصیف و تحلیل شد.

جدول ۱: نتایج آزمون آلفای کرونباخ متغیر سبک زندگی سلامت‌محور

| مقدار آلفا | مؤلفه‌ها | ردیف |
|------------|-------------------------------|------|
| ۰/۷۳۲ | اوقات فراغت | ۱ |
| ۰/۸۷۵ | روابط درون خانواده | ۲ |
| ۰/۸۱۲ | امید اجتماعی | ۳ |
| ۰/۷۳۳ | منزلت اجتماعی | ۴ |
| ۰/۷۴۵ | مصرف دخانیات | ۵ |
| ۰/۷۹۲ | تغذیه | ۶ |
| ۰/۷۰۹ | نیاز به کمک | ۷ |
| ۰/۷۸۱ | شاخص کلی سبک زندگی سلامت‌محور | |

یافته‌ها

در این قسمت، ابتدا به بررسی ویژگی‌های جمعیتی نمونه آماری پژوهش نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل و... به صورت کل و به تفکیک بومیان و مهاجران سالمند پرداخته شده است. جدول ۲، ویژگی‌های جمعیتی نمونه آماری پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیتی نمونه پژوهش

| ویژگی‌های جمعیت شناختی | طبقات | کل | | تابعیت | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------|------|--------|------|------------|------|
| | | تعداد | درصد | ایرانی | | افغانستانی | |
| | | | | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| جنس | زن | ۱۵۲ | ۳۹/۷ | ۸۱ | ۳۹/۹ | ۷۱ | ۳۹/۴ |
| | مرد | ۲۳۱ | ۶۰/۳ | ۱۲۲ | ۶۰/۱ | ۱۰۹ | ۶۰/۶ |
| سن | ۶۰-۶۴ | ۱۶۶ | ۴۳/۳ | ۸۹ | ۴۳/۸ | ۷۷ | ۴۲/۸ |
| | ۶۵-۶۹ | ۱۲۴ | ۳۲/۴ | ۶۷ | ۳۳/۰ | ۵۷ | ۳۱/۷ |
| | ۷۰-۷۴ | ۴۷ | ۱۲/۳ | ۲۴ | ۱۱/۸ | ۲۳ | ۱۲/۸ |
| | ۷۵-۷۹ | ۲۶ | ۶/۸ | ۱۱ | ۵/۴ | ۱۵ | ۸/۳ |
| | ۸۰ سال و بالاتر | ۲۰ | ۵/۳ | ۱۲ | ۵/۹ | ۸ | ۴/۵ |
| | بی‌سواد | ۴۷ | ۱۲/۸ | ۱۷ | ۸/۴ | ۳۰ | ۱۶/۷ |
| سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی | دبیرستان و دیپلم | ۳۶ | ۹/۴ | ۳۳ | ۱۶/۳ | ۳ | ۱/۷ |
| | فوق دیپلم و بالاتر | ۱۳ | ۳/۶ | ۱۱ | ۵/۵ | ۲ | ۱/۱ |
| | دارای همسر | ۳۰۳ | ۷۹/۱ | ۱۶۱ | ۷۹/۳ | ۱۴۲ | ۷۸/۹ |
| وضعیت تأهل | هرگز ازدواج نکرده | ۸ | ۲/۱۰ | ۴ | ۲/۰ | ۴ | ۲/۲ |
| | بدون همسر بر اثر فوت | ۶۲ | ۱۶/۲ | ۳۳ | ۱۶/۳ | ۲۹ | ۱۶/۱ |
| | بدون همسر بر اثر طلاق | ۱۰ | ۲/۶ | ۵ | ۵/۲ | ۵ | ۲/۸ |
| اشتغال | شاغل | ۱۰۷ | ۲۷/۹ | ۵۹ | ۲۹/۱ | ۴۸ | ۲۶/۷ |
| | غیر شاغل | ۲۷۶ | ۷۲/۱ | ۱۴۴ | ۷۰/۹ | ۱۳۲ | ۷۳/۳ |
| تعداد افراد خانوار دو نفر | سه نفر و بیشتر | ۴۳ | ۱۱/۲ | ۵ | ۲/۵ | ۳۸ | ۲۱/۱ |
| | ۱ | ۸ | ۲/۱۰ | ۶ | ۳/۰ | ۲ | ۱/۱ |
| تعداد فرزندان | ۲ | ۶۸ | ۱۷/۸ | ۶۵ | ۳۲/۰ | ۳ | ۱/۷ |
| | ۳ | ۶۰ | ۱۵/۷ | ۴۳ | ۲۱/۲ | ۱۷ | ۹/۴ |
| | ۴ | ۶۷ | ۱۷/۵ | ۲۹ | ۱۴/۳ | ۳۸ | ۲۱/۱ |
| | ۵ | ۷۳ | ۱۹/۱ | ۲۳ | ۱۱/۳ | ۵۰ | ۲۷/۸ |
| | ۶ و بالاتر | ۱۰۷ | ۳۷/۹ | ۳۷ | ۱۸/۳ | ۷۰ | ۳۸/۹ |
| | میانگین تعداد فرزندان | ۴/۴۲ | ۳/۶ | ۵/۳ | | | |

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، از نظر وضعیت تابعیت، ۵۳ درصد افراد نمونه ایرانی بوده و ۴۷ درصد نیز دارای تابعیت افغانستانی هستند. ۶۰/۳ درصد نمونه آماری را مردان و ۳۹/۷ درصد را نیز زنان به خود اختصاص داده‌اند. به لحاظ توزیع سنی، ۴۳/۳ درصد سالمندان مورد بررسی در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال و ۳۲/۴ درصد در گروه سنی ۶۹-۶۵ سال قرار دارند که بیشترین نسبت را در بین بومیان و مهاجران به خود اختصاص داده‌اند. مهاجران بی‌سواد حدود ۸ درصد بیشتر از مهاجران بومی هستند. در مقابل، بومیان سالمند ۴/۴ درصد بیشتر از مهاجران سالمند تحصیلات دانشگاهی دارند. از نظر وضعیت تأهل، بیش از سه‌چهارم سالمندان مورد بررسی (۷۹/۱ درصد) دارای همسر بودند. این میزان در بین سالمندان بومی ۷۹/۳ درصد و در بین سالمندان مهاجر ۷۸/۹ درصد بود. حدود ۲۸ درصد افراد نمونه مورد مطالعه شاغل بودند که این نسبت در بین سالمندان بومی ۲۹/۱ درصد و در بین سالمندان مهاجر ۲۶/۷ درصد بود. همچنین بعد خانوار در ۸۸/۸ درصد از سالمندان دو نفر بود. مهاجران سالمند در مقایسه با بومیان سالمند از میانگین تعداد فرزندان بیشتری برخوردار بودند (۵/۳ فرزند در مقابل ۳/۶ فرزند).

جدول ۳، توزیع نمونه آماری پژوهش برحسب سطوح سبک زندگی سلامت‌محور را نشان می‌دهد. بر این اساس ۱۶/۷ درصد از بومیان و ۱۸/۴ درصد از مهاجران سبک زندگی سلامت‌محور پایینی دارند. در مقابل، مهاجران در مقایسه با بومیان به میزان ۱/۱ درصد سبک زندگی سلامت‌محور بالاتری دارند. در کل، سبک زندگی سلامت‌محور اکثر بومیان سالمند (۶۹/۵ درصد) و مهاجران سالمند (۶۶/۵ درصد) در حد متوسط قرار داشت. در زیرمؤلفه‌های شیوه گذران اوقات فراغت و مصرف دخانیات بومیان در مقایسه با سالمندان مهاجر، سبک زندگی سلامت‌محور پایین‌تری داشتند، اما در زیرمؤلفه‌های روابط درون خانواده، امید اجتماعی، منزلت اجتماعی، تغذیه و نیاز به کمک، سالمندان بومی در مقایسه با هم‌تایان مهاجر از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار بودند.

جدول ۳: توزیع نمونه آماری پژوهش بر حسب سطوح سبک زندگی سلامت‌محور

| تابعیت | | | | طبقات | مولفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور |
|------------|-------|--------|-------|-------|--------------------------------|
| افغانستانی | | ایرانی | | | |
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| ۸/۳ | ۱۵ | ۲۳/۲ | ۴۷ | پایین | اوقات فراغت |
| ۸۱/۷ | ۱۴۷ | ۷۳/۴ | ۱۴۹ | متوسط | |
| ۱۰/۰ | ۱۸ | ۳/۴ | ۷ | بالا | |
| ۵/۰ | ۹ | ۲/۵ | ۵ | پایین | روابط درون خانواده |
| ۷۳/۹ | ۱۳۳ | ۷۱/۴ | ۱۴۵ | متوسط | |
| ۲۱/۱ | ۳۸ | ۲۶/۱ | ۵۳ | بالا | |
| ۲۹/۶ | ۵۳ | ۲۶/۱ | ۵۳ | پایین | امید اجتماعی |
| ۶۶/۵ | ۱۱۹ | ۴/۹ | ۱۴۰ | متوسط | |
| ۳/۹ | ۷ | ۴/۹ | ۱۰ | بالا | |
| ۵/۶ | ۱۰ | ۴/۹ | ۱۰ | پایین | منزلت اجتماعی |
| ۵۴/۴ | ۹۸ | ۵۳/۲ | ۱۰۸ | متوسط | |
| ۴۰/۰ | ۷۲ | ۴۱/۹ | ۸۵ | بالا | |
| ۸۲/۸ | ۱۴۹ | ۹۱/۶ | ۱۸۶ | پایین | مصرف دخانیات |
| ۱۲/۸ | ۲۳ | ۶/۴ | ۱۳ | متوسط | |
| ۴/۴ | ۸ | ۲/۰ | ۴ | بالا | |
| ۲۳/۳ | ۴۲ | ۳/۴ | ۷ | پایین | تغذیه |
| ۵۶/۱ | ۱۰۱ | ۷۲/۹ | ۱۴۸ | متوسط | |
| ۲۰/۶ | ۳۷ | ۲۳/۶ | ۴۸ | بالا | |
| ۵۷/۲ | ۱۰۳ | ۵۲/۲ | ۱۰۶ | پایین | نیاز به کمک |
| ۴۰/۰ | ۷۲ | ۴۲/۴ | ۸۶ | متوسط | |
| ۲/۸ | ۵ | ۵/۴ | ۱۱ | بالا | |
| ۱۸/۴ | ۳۳ | ۱۶/۷ | ۳۴ | پایین | شاخص کلی سبک زندگی سلامت‌محور |
| ۶۶/۵ | ۱۱۹ | ۶۹/۵ | ۱۴۱ | متوسط | |
| ۱۵/۱ | ۲۷ | ۱۳/۸ | ۲۸ | بالا | |

جدول ۴، نتایج آزمون کای اسکور رابطه متغیرهای زمینه‌ای با سبک زندگی سلامت‌محور را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، بین جنس، اشتغال، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان با سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان در سطح اطمینان ۹۵ درصد رابطه معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که مردان و افراد دارای تحصیلات بالا و افراد شاغل، سبک

زندگی سلامت محور بالاتری در مقایسه با زنان، افراد دارای تحصیلات پایین و افراد غیر شاغل دارند. همچنین افراد دارای همسر در مقایسه با افراد هرگز ازدواج نکرده، سبک زندگی سلامت محور مطلوب تری دارند. از سوی دیگر، با افزایش تعداد فرزندان، سبک زندگی سلامت محور افراد بالاتر رفته است. بدین صورت که افرادی که ۳ فرزند و بیشتر دارند در مقایسه با افرادی که تنها یک فرزند دارند، سبک زندگی سلامت محور بالاتری را ابراز کردند.

جدول ۴: بررسی رابطه متغیرهای زمینه‌ای با سبک زندگی سلامت محور

| ویژگی‌های جمعیت شناختی | طبقات | سبک زندگی سلامت محور | | |
|------------------------|-----------------------|----------------------|-------|------|
| | | پایین | متوسط | بالا |
| جنس | زن | ۲۸/۵ | ۶۰/۳ | ۱۱/۳ |
| | مرد | ۱۰/۴ | ۷۳/۲ | ۱۶/۵ |
| سن | ۶۰-۶۴ | ۱۳/۹ | ۷۱/۷ | ۱۴/۵ |
| | ۶۵-۶۹ | ۱۷/۱ | ۶۹/۱ | ۱۳/۸ |
| | ۷۰-۷۴ | ۲۵/۵ | ۵۹/۶ | ۱۴/۹ |
| | ۷۵-۷۹ | ۲۶/۹ | ۵۳/۸ | ۱۹/۲ |
| | ۸۰ سال و بالاتر | ۲۳/۱ | ۶۱/۵ | ۱۵/۴ |
| اشتغال | شاغل | ۹/۳ | ۶۹/۲ | ۲۱/۵ |
| | غیر شاغل | ۲۰/۷ | ۶۷/۶ | ۱۱/۶ |
| سطح تحصیلات | ابتدایی و راهنمایی | ۲۵/۷ | ۶۳/۷ | ۱۰/۶ |
| | دیپلم و دیپلم | ۲۵/۰ | ۶۹/۲ | ۵/۸ |
| | فوق دیپلم و بالاتر | ۲۵/۰ | ۵۰/۰ | ۲۵/۰ |
| وضعیت تاهل | دارای همسر | ۱۳/۹ | ۷۱/۶ | ۱۴/۵ |
| | هرگز ازدواج نکرده | ۵۰/۰ | ۵۰/۰ | ۰/۰ |
| | بدون همسر بر اثر فوت | ۲۷/۴ | ۵۴/۸ | ۱۷/۷ |
| تعداد افراد خانوار | بدون همسر بر اثر طلاق | ۴۴/۴ | ۵۵/۶ | ۰/۰ |
| | دو نفر | ۱۶/۵ | ۶۹/۰ | ۱۴/۵ |
| تعداد فرزندان | سه نفر و بیشتر | ۲۵/۶ | ۶۰/۵ | ۱۴/۰ |
| | ۱ | ۱۴/۳ | ۸۵/۷ | ۰/۰ |
| | ۲ | ۴/۴ | ۸۲/۴ | ۱۳/۲ |
| | ۳ | ۱۰/۰ | ۷۵/۰ | ۱۵/۰ |
| | ۴ | ۱۴/۹ | ۶۵/۷ | ۱۹/۴ |
| | ۵ | ۲۶/۰ | ۵۸/۹ | ۱۵/۱ |
| ۶ و بالاتر | ۲۴/۲ | ۶۲/۱ | ۱۳/۶ | |

جدول ۵: بررسی مقایسه‌ای سطوح مختلف سبک زندگی سلامت‌محور بر اساس تابعیت

| مؤلفه‌ها | طبقات | تعداد | میانگین | انحراف معیار | مقدار آماره t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|--------------------|------------|-------|---------|--------------|---------------|------------|--------------|
| نحوه اوقات فراغت | ایرانی | ۲۰۳ | ۲۵/۱ | ۶/۹ | -۵/۰۹ | ۳۸۱ | ۰/۰۰۱ |
| | افغانستانی | ۱۸۰ | ۲۹/۰ | ۷/۹ | | | |
| روابط درون خانواده | ایرانی | ۲۰۳ | ۱۴/۶ | ۳/۰ | ۱/۱۵ | ۳۸۱ | ۰/۲۴۸ |
| | افغانستانی | ۱۸۰ | ۱۴/۲ | ۳/۰ | | | |
| امید اجتماعی | ایرانی | ۲۰۲ | ۲۳/۲ | ۴/۵ | ۰/۸۸۹ | ۳۸۰ | ۰/۳۷۴ |
| | افغانستانی | ۱۷۹ | ۲۲/۸ | ۴/۶ | | | |
| منزلت اجتماعی | ایرانی | ۲۰۳ | ۱۱/۵ | ۲/۰ | ۲/۶۱ | ۳۸۱ | ۰/۰۶۹ |
| | افغانستانی | ۱۸۰ | ۱۱/۰ | ۱/۸ | | | |
| مصرف دخانیات | ایرانی | ۲۰۳ | ۵/۱ | ۱/۷ | -۳/۵۵ | ۳۸۱ | ۰/۰۰۱ |
| | افغانستانی | ۱۸۰ | ۵/۸ | ۲/۱ | | | |
| تغذیه | ایرانی | ۲۰۳ | ۲۲/۳ | ۳/۸ | ۳/۹۱ | ۳۸۱ | ۰/۰۰۱ |
| | افغانستانی | ۱۸۰ | ۲۰/۳ | ۵/۹ | | | |
| نیاز به کمک | ایرانی | ۲۰۳ | ۱۲/۲ | ۵/۵ | ۰/۲۹۲ | ۳۸۱ | ۰/۷۷۱ |
| | افغانستانی | ۱۸۰ | ۱۲/۰ | ۵/۱ | | | |
| شاخص کلی | ایرانی | ۲۰۲ | ۱۳/۰ | ۱/۴ | ۰/۸۸۴ | ۳۸۰ | ۰/۳۷۷ |
| | افغانستانی | ۱۷۹ | ۱۲/۹ | ۱/۶ | | | |

در جدول ۵، نتایج آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین زیرمؤلفه‌های شاخص سبک زندگی سلامت‌محور بر حسب تابعیت آمده است. نتایج آزمون تی نشان داد بین نحوه گذران اوقات فراغت، مصرف دخانیات و تغذیه در بین سالمندان ایرانی و افغانستانی از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد (سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است). اما بین منزلت اجتماعی، روابط درون خانواده و نیاز به کمک و شاخص کلی سبک زندگی سلامت‌محور تفاوت معنادار وجود ندارد (سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است).

در ادامه، با استفاده از آزمون رگرسیون چندمتغیره به بررسی میزان تأثیر تابعیت سالمندان بر شاخص سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان شهر قرچک با کنترل اثر متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای می‌پردازیم. همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد. متغیر تابعیت با کنترل سایر متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای تأثیر معنی‌داری بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان ندارد. علاوه بر این، در مدل نهایی متغیرهای سال‌های تحصیل، جنس و تعداد فرزندان سالمندان به ترتیب دارای اثر مثبت بر سبک زندگی سلامت‌محور هستند. در مقابل، سایر متغیرها همراه با تابعیت در مدل نهایی تأثیر معنی‌داری بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان ندارند. در مجموع این متغیرها حدود ۱۱ درصد واریانس متغیر وابسته (سبک زندگی سلامت‌محور) را تبیین کرده‌اند.

جدول ۶: نتایج رگرسیون چندمتغیره تأثیر تابعیت سالمندان و متغیرهای زمینه‌ای بر سبک زندگی سلامت محور

| متغیرها | مدل ۱ | مدل ۲ | مدل ۳ | مدل ۴ | مدل ۵ | مدل ۶ | مدل ۷ | مدل ۸ | مدل ۹ | |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | sig | Beta | sig | Beta | sig | Beta | sig | Beta | sig | Beta |
| تابعیت (بومیان=۱ افغانستانی=۰) | ۰/۰۴۵ | ۰/۳۷۷ | ۰/۰۴۷ | ۰/۳۴۶ | ۰/۰۴۵ | ۰/۳۵۸ | ۰/۰۴۵ | ۰/۳۵۸ | ۰/۰۴۵ | ۰/۳۵۸ |
| جنس (مردان=۱ زنان=۰) | ۰/۲۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۸۴ | ۰/۰۰۱ |
| سن | ۰/۰۸۵ | ۰/۰۹۲ | ۰/۰۹۷ | ۰/۰۶۶ | ۰/۰۸۲ | ۰/۱۱۸ | ۰/۰۶۹ | ۰/۱۹۵ | ۰/۰۷۱ | ۰/۱۹۵ |
| وضع سواد (باسواد=۱ بی سواد=۰) | ۰/۰۴۱ | ۰/۴۳۵ | ۰/۰۹۹ | ۰/۱۳۳ | ۰/۰۹۳ | ۰/۱۶۱ | ۰/۰۹۵ | ۰/۱۵۳ | ۰/۰۹۱ | ۰/۱۶۷ |
| سال‌های تحصیل | ۰/۲۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۹۳ | ۰/۰۰۳ |
| وضع زناشویی (دارای همسر=۱ سایر=۰) | ۰/۰۵۹ | ۰/۲۷۲ | ۰/۰۶۰ | ۰/۲۶۲ | ۰/۰۵۸ | ۰/۲۷۵ | ۰/۰۴۹ | ۰/۳۶۰ | ۰/۰۴۹ | ۰/۳۶۰ |
| بعد خانوار | ۰/۰۴۶ | ۰/۳۷۰ | ۰/۰۴۷ | ۰/۳۶۳ | ۰/۰۱۷ | ۰/۷۵۰ | ۰/۰۱۷ | ۰/۳۶۳ | ۰/۰۱۷ | ۰/۷۵۰ |
| شغل (شاغل=۱ غیرشاغل=۰) | ۰/۰۸۸ | ۰/۱۰۱ | ۰/۰۸۱ | ۰/۱۳۱ | ۰/۰۸۱ | ۰/۱۳۱ | ۰/۰۸۱ | ۰/۱۳۱ | ۰/۰۸۱ | ۰/۱۳۱ |
| تعداد فرزند | ۰/۰۴۹ | ۰/۱۰۸ | ۰/۰۴۹ | ۰/۱۰۸ | ۰/۰۴۹ | ۰/۱۰۸ | ۰/۰۴۹ | ۰/۱۰۸ | ۰/۰۴۹ | ۰/۱۰۸ |
| R | ۰/۰۴۵ | ۰/۲۳۰ | ۰/۲۴۵ | ۰/۲۴۸ | ۰/۳۰۱ | ۰/۳۰۵ | ۰/۳۰۹ | ۰/۳۱۹ | ۰/۳۳۱ | ۰/۳۳۱ |
| Adjusted R²(%) | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۵۳ | ۰/۰۶۰ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۹۰ | ۰/۰۹۳ | ۰/۰۹۵ | ۰/۱۰۲ | ۰/۱۱۰ | ۰/۱۱۰ |
| F | ۱/۷۸ | ۱۰/۶۳ | ۸/۰۷ | ۶/۲۰ | ۷/۴۷ | ۶/۴۳ | ۵/۶۲ | ۵/۲۸ | ۵/۰۹ | ۵/۰۹ |
| Sig | ۰/۰۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی تعیین‌کننده‌های جمعیت‌شناختی الگوی سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان بومی و مهاجر شهر قرچک در سال ۱۳۹۸ بود. یافته‌ها نشان داد که افراد نمونه مورد مطالعه از نظر وضعیت تابعیت ۵۳ درصد ایرانی و ۴۷ درصد دارای تابعیت افغانستانی هستند. ۶۰/۳ درصد نمونه را مردان و ۳۹/۷ درصد را نیز زنان به خود اختصاص داده‌اند. از نظر وضعیت تأهل، در بین سالمندان بومی ۷۹/۳ درصد و در بین سالمندان مهاجر ۷۸/۹ درصد دارای همسر بودند. مهاجران سالمند در مقایسه با بومیان سالمند از میانگین تعداد فرزندان بیشتری برخوردار بودند (۵/۳ فرزند در مقابل ۳/۶ فرزند). ۱۶/۷ درصد از بومیان و ۱۸/۴ درصد از مهاجران سبک زندگی سلامت‌محور پایینی دارند. در کل، اکثر بومیان (۶۹/۵ درصد) و مهاجران (۶۶/۵ درصد) سالمند سبک زندگی سلامت‌محور در حد متوسط دارند. همچنین میانگین مولفه‌های اوقات فراغت ۲۶/۹، روابط درون خانواده ۱۴/۴۱، امید اجتماعی ۲۲/۹۹، منزلت اجتماعی ۱۱/۲۴، مصرف دخانیات ۵/۴۵، تغذیه ۲۱/۳۴، نیاز به کمک ۱۲/۱۱ و شاخص کلی سبک زندگی سلامت‌محور ۴۶/۳ به دست آمد.

نتایج تحلیل دومتغیره نشان داد که مردان در مقایسه با زنان، از سبک زندگی سلامت‌محور بالاتری برخوردارند. این نتیجه مطابق با یافته‌های زارع و همکارانش (۱۳۹۳) و واحدیان و همکارانش (۱۴۰۰) است. بنابراین، تفاوت در سلامت مردان و زنان نیز در پژوهش‌ها مورد توجه بوده است. به‌طور کلی، تقریباً در همه کشورهای جهان، امید زندگی زنان بیشتر از مردان است. در عین حال، میزان ابتلا به بیماری نیز در بین زنان، به‌ویژه در اواخر عمر، بیش از مردان است. زنان بیشتر به دنبال دارو و درمان می‌روند و بیش از مردان بیماری خود را گزارش می‌کنند. در کشورهای توسعه‌یافته، زنان دوبرابر مردان اظهار می‌کنند که اضطراب و افسردگی دارند. تصویر کلی سلامتی زنان در دنیای در حال توسعه چنین است که زنان بیش از مردان عمر می‌کنند، اما بیمارترند و ناتوانی بیشتری را تجربه می‌کنند (دویل، ۱۹۹۵؛ به نقل از زارع و همکاران، ۱۳۹۳). بر اساس یافته‌ها، سالمندان دارای تحصیلات بالا، و شاغل سبک زندگی سلامت‌محور بالاتری دارند. هم راستا با نظر وبر- مبنی بر تعیین‌کننده بودن میزان تحصیلات فرد در انتخاب سبک زندگی - پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که متغیر تحصیلات، از عوامل تعیین‌کننده سبک زندگی سلامت‌محور در سالمندان است. با بالارفتن تحصیلات افراد، پایگاه اقتصادی- اجتماعی آنان

افزایش می‌یابد. تحصیلات بر شغل و طبیعتاً بر جایگاه اقتصادی و منزلتی افراد تأثیرگذار است. شغل به دلیل زمان‌بندی زندگی، ایجاد روابط اجتماعی خاص به اقتضای شغل، داشتن بعضی مزایای مادی، القای جهان‌بینی و ایجاد فضای عاطفی خاص حائز اهمیت است. همچنین پژوهش‌های دیگر در این زمینه بیانگر این نکته هستند که عملکرد افراد در حیطه عملکرد سلامت با در نظرگیری متغیر تحصیلات، تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد، چراکه افراد با تحصیلات پایین‌تر، آگاهی بهداشتی کمتری دارند و مهارت کمتری در رفتارهای سلامت‌محور و اجتناب از رفتارهای پرخطر دارند (لینک و فلمن، ۲۰۰۵ و فلمن و لینک، ۲۰۱۰).

طبق نتایج، افراد دارای همسر در مقایسه با سالمندان مجرد سبک زندگی سلامت‌محور مطلوب‌تری دارند. این نتیجه مطابق با یافته‌های الماسی (۱۳۹۷) است. می‌توان گفت در زمینه وضعیت تأهل نیز متأهلان بیش از افراد مجرد و مطلقه سبک زندگی سالم دارند. اینکه متأهلان بیش از مجردان از سبک زندگی سلامت‌محور برخوردارند با یافته‌های کرمی و همکاران (۱۳۹۴) مطابقت دارد. در این زمینه، حمایت اجتماعی برای متأهلان و تغذیه مناسب دخالت دارد که بایستی مورد توجه قرار گیرد تا زمینه را برای ازدواج جوانان و پایداری نهاد خانواده فراهم کند. همچنین مدل منابع مادی مطرح می‌کند که وضعیت متفاوت سلامت در بین متأهلین از منافع مادی بیشتر، حمایت اجتماعی و تنظیم رفتار بهداشتی ناشی می‌شود که متأهلین از آن لذت می‌برند.

یافته‌ها نشان داد که با افزایش تعداد فرزندان، سبک زندگی سلامت‌محور افراد نیز بالاتر می‌رود. از آنجا که اکثر سالمندان فرزندآوری خود را دوره پیش‌فرزندی تکمیل کرده‌اند و فرزندان بیشتری در آن دوره به دنیا آورده‌اند، به نظر می‌رسد این فرزندان در زمینه سلامت، مراقبت بیشتری نسبت به والدین سالمند خود دارند. از سوی دیگر، در بین سالمندان ایرانی و افغانستانی، بین نحوه گذران اوقات فراغت، مصرف دخانیات و تغذیه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج حاکی از آن بود که مهاجران سالمند افغانستانی در مقایسه با مهاجران سالمند بومی از نظر نحوه گذران اوقات فراغت، مصرف دخانیات و تغذیه دارای وضعیت نامطلوب‌تری هستند.

مهاجرت نتیجه مجموعه پیچیده‌ای از عوامل اجتماعی، جمعیت‌شناختی، روان‌شناختی، اقتصادی و سیاسی است. مهاجرت را می‌توان یک نوع تطبیق و سازگاری اجتماعی در پاسخ به نیازهای اقتصادی، اجتماعی و نیازهای فرهنگی به حساب آورد. بنابراین، مهاجران عمدتاً برای

بهبود زندگی خود مهاجرت می‌کنند. می‌توان گفت ثبات و پویایی هر جامعه‌ای تا حد زیادی به این امر وابسته است که تا چه حد نیازهای اساسی افراد ارضاء شده و یا موانع عمده‌ای در راه ارضاء آنها وجود نداشته باشد. بی‌توجهی به نیازها و تمایلات انسان‌ها و برقرار نبودن عدالت اجتماعی و در نتیجه راضی نبودن مردم از جنبه‌های مختلف زندگی، علاوه بر اینکه پیامدهای غیرمنتظره و ناگواری به همراه دارد، سبک زندگی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد که متغیر تابعیت با کنترل سایر متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای تأثیر معنی‌داری بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان ندارد. اما متغیرهای سال‌های تحصیل، جنس و تعداد فرزندان سالمندان به ترتیب دارای اثر مثبت بر سبک زندگی سلامت‌محور هستند. با در نظر گرفتن میزان تحصیلات می‌توان گفت هر قدر بر میزان تحصیلات سالمندان افزوده می‌شود، شیوه زندگی سلامت‌محورتری را انتخاب کرده‌اند. این نتیجه‌گیری، نظریه دیمگیو و اوسیم را تأیید می‌کند که تحصیلات را مهمترین عامل در ارتقای مصرف فرهنگی می‌دانند. به عقیده پیترسون، گانزبوم و اوسیم، تحصیلات در پیدایش سبک‌های مختلف زندگی تأثیرگذار است. پیترسون تحصیلات را عامل مهمی در تحرک اجتماعی و اوسیم و گانزبوم آن را عامل ارتقای مصرف فرهنگی و ایجاد سبک‌های مختلف زندگی می‌دانند (مطابق با یافته‌های چاوشیان، ۱۳۸۱ و شفر، ۲۰۰۶).

مفهوم سبک زندگی می‌تواند یک ابزار تحلیلی مفید برای درک تفاوت‌های جنسیتی باشد؛ چرا که اکثر تحقیقات انجام‌شده در این زمینه جنسیت را یک متغیر تأثیرگذار و مهم دانسته‌اند (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۸۹). مطابق با پارادایم کاکرهام، جنسیت نوعی ساختار اجتماعی است که به استنباط جامعه از رفتار، ویژگی‌ها و نقش‌های مناسب برای مردان و زنان مربوط می‌شود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد میزان سبک زندگی سلامت‌محور مردان از زنان بیشتر است. تفاوت سبک زندگی مردان و زنان را تحقیقات بسیاری تأیید کرده‌اند. برای مثال، یافته‌های قاسمی و همکارانش (۱۳۸۷) نشان داد که جنسیت، در سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان مؤثر بوده است. در رابطه با تفاوت سبک زندگی زنان و مردان، پژوهش شارع‌پور و همکارانش (۱۳۸۹) نشان داد که اعمال مذهبی که بخشی از مفهوم سبک زندگی را تشکیل می‌دهند در میان زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود. رضایی و همکارانش (۱۳۹۲) نیز به این نتیجه رسیدند که مردان نسبت به زنان شاخص سبک زندگی بالاتری دارند. در کل می‌توان گفت که سبک زندگی فرد،

انعکاسی از تجربیات زندگی، موقعیت، ارزش‌ها، نگرش‌ها و انتظارات او است. در جوامع سنتی، به‌ویژه در کشورهایایی که فرهنگ جمع‌گرایی در آنها غالب است، گزینه‌های مصرف‌افراد به‌شدت تحت تأثیر طبقه اجتماعی، خانواده و اطرافیان است. اما در جوامع مدرن، مصرف‌کنندگان در انتخاب کالاها، خدمات و فعالیت‌هایی که به‌واسطه آن خود را تعریف می‌کنند آزاد هستند. یک فرد با انتخاب مجموعه کالا و خدمات، در واقع، ابراز می‌دارد که چه کسی است، چه ماهیتی دارد، به چه چیزی علاقه دارد و جزء کدام گروه از افراد شناخته و دسته‌بندی می‌شود (فتح‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان پیشینه کافی پیرامون رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با تعیین‌کننده‌های جمعیتی بومیان و مهاجران به‌طور خاص اشاره نمود؛ چرا که بیشتر تحقیقات صورت‌گرفته در این زمینه، به رابطه سبک زندگی با سلامت جسمی یا روانی پرداخته‌اند. به همین منظور، پیشنهاد می‌گردد که تحقیقاتی پیرامون سبک زندگی سلامت‌محور و ارتباط آن با سایر متغیرهای اجتماعی-جمعیتی و در بین گروه‌های مختلف انجام گیرد. با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش که حاکی از اهمیت و ضرورت سبک زندگی سلامت‌محور برای فرد و جامعه می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد جهت آشنایی بیشتر با سبک زندگی سلامت‌محور در حوزه‌های تخصصی زندگی فردی و اجتماعی، کارگاه‌های آموزشی در این زمینه برای گروه‌های مختلف مردم توسط سازمان‌های مسئول برگزار گردد. در نهایت با اتکا به یافته‌های این پژوهش، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری لازم برای برآورده کردن انتظارات و دغدغه‌های اساسی سالمندان در جهت دستیابی به دوره سالمندی سالم اتخاذ شود.

منابع

- احمدی، یعقوب، حسین محمدزاده و سیمین علی‌رمانی (۱۳۹۵). رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت‌محور در زنان شهر سنندج، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۶۱، صص ۱۳۹ - ۱۰۷.
- بورديو، پیر (۱۳۹۱). تمایز؛ نقد اجتماعی قضاوت‌های ذوقی، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: ثالث.
- جلالیان، حمید، اصغر پاشازاده و فریوش نامداری (۱۳۹۵). عوامل مؤثر در تحولات جمعیتی و کالبدی سکونتگاه‌های پیرامون کلان‌شهرها و پیامدهای آن، پژوهش موردی: شهر قرچک، پژوهش‌های بوم‌شناسی شهری، شماره ۱۳، صص ۵۰-۳۳.
- جهانبخش اسماعیل و منصور هاشمی (۱۳۹۳). سبک زندگی زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی

شهرستان الیگودرز، نشریه پژوهشی-تحلیلی دانشکده پرستاری الیگودرز، شماره ۸ و ۹، صص ۸۹-

۸۳

چاوشیان، حسن (۱۳۸۱). سبک زندگی و هویت اجتماعی؛ مصرف و انتخاب‌های ذوقی به‌عنوان وجه تمایز و تشابه در دوران مدرنیته اخیر، رساله‌ دوره دکتری، دانشگاه تهران.

رضایی، زینب، رمضان حسنزاده و بهرام میرزاییان (۱۳۹۲). مقایسه رضایت زناشویی، سبک زندگی و سلامت روان در مردان و زنان بازنشسته و غیربازنشسته، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، شماره ۴، صص ۶۱-۵۴.

زارع، بیژن، زینب کاوه فیروز و محمدرسول سلطانی (۱۳۹۳). تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهران، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، شماره ۱۶، صص ۱۳۸-۱۱۷.

شارع پور، محمود، ابوعلی و دادهیر و سکینه قربانزاده (۱۳۸۹). تحلیل جنسیتی تصادف با تأکید بر مفهوم سبک زندگی سالم: مطالعه موردی جوانان شهر تهران، زن در توسعه و سیاست، شماره ۸، صص ۳۷-۱۲.

شمس‌الدینی لری عباس، کیمیا پورمحمدی، ویدا کشتکاران، صادق احمدی کشکولی و محمدرضا پوراحمدی (۱۳۹۴). بررسی سطح سبک زندگی سالمندان شهر شیراز، پژوهش‌های سلامت‌محور، شماره ۱، صص ۸۴-۷۵.

عربی، سیداکبر (۱۳۹۷). تأثیر مهاجرت بر جرم در شرق استان تهران: مطالعه مورد سرقت منازل سال ۹۴ (ورامین)، دانش انتظامی شرق استان تهران، شماره ۱۸، صص ۲۶-۱.

فتح‌آبادی جلیل، سعید صادقی، فرهاد جمهری و آزاده طلا نشان (۱۳۹۶). نقش سبک زندگی سلامت‌محور و مکان کنترل سلامت در پیش‌بینی ابتلا به اضافه وزن، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، شماره ۵، صص ۲۸۷-۲۸۰.

قاسمی، وحید، رسول ربانی، علی ربانی خوراسگانی، محمدباقر علی‌زاده اقدم (۱۳۸۷). تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور، مسائل اجتماعی ایران، شماره ۶۳، صص ۲۱۳-۱۸۱. کرمی، خدابخش، کریم رضادوست، سیما عبدیزاده و فرات چپیشه (۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز، توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، دوره ۱۰، شماره ۱، صص ۹۷-۱۲۶.

کلدی، علیرضا، حمیده کبیران عین‌الدین، سیدحسین محقق‌کیمال و پوریا رضا سلطانی (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با کیفیت زندگی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۹۲)، مطالعات توسعه اجتماعی ایران، شماره ۶، صص ۹۵-۸۷.

- کیوان آرا، محمود (۱۳۸۶). اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۹۳). تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه: ناصر موفقیان، تهران: نشر نی، چاپ نهم.
- الماسی مسعود (۱۳۹۷). تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت‌محور در سالمندان شهر ایلام، نشریه پرستاری ایران، جلد ۳۱، شماره ۱۱۱، صص ۸۵-۷۵.
- منصوریان مرتضی، مصطفی قربانی، محمدعلی سلیمانی، رضا مسعودی، ابراهیم رحیمی و حمید آسایش (۱۳۸۸). بررسی سبک زندگی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشگاه‌های شهر گرگان، مجله دانشگاه علوم پزشکی پارس (جهرم)، شماره ۲، صص ۷۲-۶۱.
- واحدیان مرتضی، اسداله بابایی فرد و محمدگنجی (۱۴۰۰). فراتحلیل مطالعات عوامل موثر بر سبک زندگی سلامت‌محور در ایران، دوماه‌نامه علمی پژوهشی فیض، شماره ۲۵، صص ۹۰۰-۸۹۱.
- Abel, T. (1991). Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis, *Soc, Sci Med*, 32: 899-908.
- Adonis, A., & P. Stephen (2010). *The Myth of Britain' Classless Society*. 2th ed. London: Penguin, P.11-15.
- Arsenijevic, J., & W. Groot (2018). Lifestyle Differences between Older Migrants and Non-Migrants in 14 European Countries using Propensity Score Matching Method, *Int J Public Health*, 63: 337-347.
- Cockerham, D., P. William, G. Hinotea, A. Pamela, & H. Christian (2012). Health lifestyles in Central Asia: the Case of Kazakhstan and Kyrgyzstan, *Sci & Med*, 4(7): 1409-1421.
- Cockerham, W. (2000). *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles*, London: Prentice Hall College.
- Cockerham, W. (2004). Medical Sociology. *JAMA* 292. No. 13: 1615-1621.
- Cockerham, W. C. (2008). *Social Causes of Health and Disease*, London: Polity Press.
- Daskalopoulou, C., A. Koukounari, J. Ayuso-Mateos, M. Prince, & A. Prina (2018). Associations of Lifestyle Behaviour and Healthy Ageing in Five Latin American and the Caribbean Countries—A 10/66 Population-Based Cohort Study, *Nutrients*, 10(11): 1593. doi:10.3390/nu10111593
- Daskalopoulou, C., B. Stubbs, C. Kralj, A. Koukounari, M. Prince, & A.M. (2018). Prina Associations of smoking and alcohol consumption with healthy ageing: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *BMJ Open*. 2018;8:e019540. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019540.
- Knoops K. T., L. C. de Groot, D. Kromhout, A. E. Perrin, O. Moreiras-Varela, A. Menotti, & W. A. van Staveren (2004). Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-year Mortality in Elderly European Men and Women: The HALE project. *JAMA*. 2004;292:1433-1439. doi: 10.1001/jama.292.12.1433.
- Kralj, C., C. Daskalopoulou, F. Rodríguez-Artalejo, E. García-Esquinas, T. D. Cosco, M. Prince, & A. M. Prina (2018). Healthy Ageing: A Systematic Review of Risk

- Factors. ATHLOS Consortium; London, UK: 2018.
- Kvaavik E., G. D. Batty, G. Ursin, R. Huxley, & C. R. (2010). Gale Influence of Individual and Combined Health Behaviors on Total and Cause-Specific Mortality in Men and Women: The United Kingdom Health and Lifestyle Survey. *Arch. Intern. Med.* 2010;170:711–718. doi: 10.1001/archinternmed.2010.76.
- Link B. G., & J. O. Phelan (2005). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease, *J Health Soc Behav*, 36: 80-94.
- Lowsky D. J., S. J. Olshansky, J. Bhattacharya, & D. P. Goldman (2014). Heterogeneity in Healthy Aging. *J. Gerontol. Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2014;69:640–649. doi: 10.1093/gerona/glt162.
- Mohammad Nabi, M. (2008). Social Health and its Domains: Social Health With Individuals-Oriented in Society. The Institute of Improving of Women's Life, Available from: [www.riwl.org/farsi/faeducation/social health](http://www.riwl.org/farsi/faeducation/social%20health). Accessed 3 April 2013. [In Persian]
- Murray C. J., R. M. Barber K. J., Foreman, A. Abbasoglu Ozgoren, F. Abd-Allah, S. F. Abera, V. Aboyans, J. P. Abraham, Abubakar I. (2015). Global regional, and National Disability-Adjusted Life Years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: Quantifying the epidemiological transition. *Lancet*, 386: 2145–2191.
- Phelan J. C, B. G. Link, & P. Tehranifar (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav*, 51: 28-40.
- Prina, A. M. (2017). Ageing, Resilience and Depression: Adding Life to Years as well as Years to Life, *Epidemiol Psychiatr Sci*, 26: 571–573.
- Rechel, B., P. Mladovsky, D. Ingleby, J. P. Mackenbach, M. McKee (2013). Migration and Health in an Increasingly Diverse Europe, *The Lancet*, 381: 1235–1245.
- Sabia S., A. Singh-Manoux, G. Hagger-Johnson, E. Cambois, E. J. Brunner, & M. Kivimaki (2012). Influence of Individual and Combined Healthy Behaviours on Successful Aging, *CMAJ*, 184: 1985–1992.
- Sabia, S., H. Nabi, M. Kivimaki, M. J. Shipley, M.G. Marmot, & A. Singh-Manoux (2009). Health Behaviors from Early to Late Midlife as Predictors of Cognitive Function: The Whitehall II study. *Am. J. Epidemiol*, 170: 428–437
- Singh, G. K., & B. A. Miller (2004). Health, Life Expectancy, and Mortality Patterns among Immigrant Populations in the United States, *Can J Public Health*, 95: 14–121.
- Spencer, C. A., K. Jamrozik, P. E. Norman, & M. Lawrence-Brown (2005). A simple lifestyle score predicts survival in healthy elderly men, *Elsevier Preventive Medicine*, 40: 712-717.
- Stenholm, S., J. Head, M. Kivimaki, I. Kawachi, V. Aalto, M. Zins, M. Goldberg, P. Zaninotto, L. Magnuson Hanson, & H. Westerlund (2016). Smoking, Physical Inactivity and Obesity as Predictors of Healthy and Disease-Free Life Expectancy Between Ages 50 and 75: A multicohort study. *Int. J. Epidemiol*; 45:1260–1270. doi: 10.1093/ije/dyw126.
- Suárez-Reyes, M., D. Quintiliano-Scarpelli, A.P. Fernandes, C. Cofré-Bolados, & T. Pizarro (2021). Lifestyle Habits and Health Indicators in Migrants and Native

- Schoolchildren in Chile. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18 (11): 5855.
- Visser, M., H. A. H. Wijnhoven, H. C. Comijs, F. G. C. F. Thomése, J.W.R. Twisk, D. J. H. Deeg (2018). A Healthy Lifestyle in Old Age and Prospective Change in Four Domains of Functioning, *Journal of Aging and Health*, 31(7): 1297-1314.
- Xo, Q., D. Anderson, M. Country (2011). A Longitudinal Study of the Relationship Between Lifestyle and Mental Health among Midlife and Older Women in Australia, *Health Care for Woman International*, 13(12):1082-1096.



A Comparison of Health-Oriented Lifestyle of Two Groups of Iranian and Afghan Elderly (Case Study: Qarchak Elderly)

Behnaz Nouri Kourabbaslou*, Nader Motie Haghshenas**,
Seyed Reza Moeini***

Abstract

In today's world, health has become an important issue in social and demographic studies. The main purpose of this paper is to identify the indigenous-immigrant differences in the health-oriented lifestyle pattern of the elderly in Qarchak city, 2020. The research method is survey and the data were collected from 383 elderly people aged 60 and older using a researcher-made questionnaire technique. The results showed that 16.7 % of the natives and 18.4 % of the immigrants have a low health-oriented lifestyle. Overall, the majority of Indigenous people (69.5%) and immigrants (66.5%) have a moderately healthy elderly lifestyle. According to the results of bivariate analysis, men have a higher health-oriented lifestyle compared to women. Elderly people with higher education and those with a spouse has a higher health-oriented life style. There is a statistically significant difference between leisure activities, smoking and nutrition among Iranian and Afghan seniors. The results of multivariate analysis showed that the citizenship does not have a significant effect on the health-oriented lifestyle of the elderly by controlling other demographic and contextual variables. But the years of education, gender and number of children of the elderly have a positive effect on health-oriented lifestyle, respectively. The health-oriented lifestyle of the elderly depend to the social, cultural and economic conditions regardless of nationality.

Keywords: Elderly, Health-Based Lifestyle, Afghan Immigrants, Qarchak City.

* Ph.D Student in Demography, Department of Social Science, Faculty of Social Sciences and Communication, Tehran Central Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mai: samira_marvi@yahoo.com

** Assistant Professor of Demography, Department of Population Economics and Human Capital, National Institute for Population Research, (Corresponding Author). E-mai: nader.haghshenas@nipr.ac.ir

*** Associate professor of Demography, Department of Social Science, Faculty of Social Sciences and Communication, Tehran Central Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mai: rezamoini43@yahoo.com