

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره بیست‌وهفتم و بیست‌وهشتم - بهار و تابستان ۱۳۸۵

صص ۶۹-۹۴

مقایسه عوامل مرتبط با امید به زندگی در افراد

۲۰ تا ۶۰ ساله شهر اصفهان

مریم روح‌الامین^۱ - حسین مولوی^۲ - اصغر آقایی^۳
سید حمید آتش‌پور^۴ - لاله عاطف^۵

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش مقایسه عوامل مؤثر بر امید به زندگی در افراد ۲۰ تا ۶۰ ساله شهر اصفهان در سال ۱۳۸۳ بود. بدین منظور ۳۵۰ مورد فوت ثبت شده در اداره ثبت احوال شهر اصفهان در طول سال ۱۳۸۲ به‌طور تصادفی ساده انتخاب و اطلاعاتی از قبیل تاریخ تولد و مرگ، جنسیت و علت مرگ جمع‌آوری و درصد مرگ و میر گروه‌های سنی محاسبه شد. همچنین ۱۳۵ نفر از افراد ۲۰ تا ۶۰ ساله ساکن در شهر اصفهان (نمونه اصلی) از بین سه منطقه مختلف که تمام طبقات اقتصادی - اجتماعی شهر را پوشش می‌داد، در دو مرحله خوشه‌ای و تصادفی ساده انتخاب شدند و درصد مرگ و میر فوت‌شدگان در هر سن محاسبه و رابطه این درصدها با جنسیت و سن گروه

-
- ۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی ۲- استاد زوان‌شناسی دانشگاه اصفهان
۳- استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی ۴- استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان
۵- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

دوم بررسی شد و پرسشنامه محقق ساخته عوامل مؤثر بر امید به زندگی برگرفته از متون مختلف تهیه و همراه با پرسشنامه ویژگیهای جمعیت‌شناختی در اختیار آنها قرار داده شد. سوالات پرسشنامه عوامل مؤثر بر امید به زندگی از نظر عاملی و پایایی تحلیل شدند. ضریب پایایی شش خرده مقیاس به دست آمده پرسشنامه عوامل مؤثر بر امید به زندگی، بالاتر از 0.9 محاسبه شد. در این پژوهش فرض گردید که بین میانگین نمرات کل عوامل مؤثر بر امید به زندگی و زیرمقیاس‌های آن با گروههای سنی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های نمرات کل عوامل مؤثر بر امید به زندگی با گروههای سنی وجود ندارد، ولی گروههای سنی 30 تا 34 و 55 تا 59 گرایش بیشتری به مصرف دخانیات نسبت به سایر گروهها داشتند. همچنین گروههای سنی 40 تا 44 به بالا در مقایسه با گروههای زیر 40 تا 44 سال گرایش کمتری نسبت به ورزش داشتند. همچنین گروههای سنی 20 تا 24 ، 30 تا 34 و 50 تا 54 ویژگیهای روان‌شناختی بالاتری نسبت به سایر گروهها داشتند. در ضمن گروههای سنی 20 تا 24 و 55 تا 59 و 60 به بالا ویژگیهای عمومی بالاتری نسبت به سایر گروهها داشتند. همچنین گروههای سنی 20 تا 24 و 60 به بالا، درصد خطر مرگ و میر بالاتری نسبت به سایر گروهها داشتند، ولی بین میانگین نمرات مراقبتهای پزشکی و سبک تغذیه گروههای سنی، تفاوتی مشاهده نشد. همچنین در گروه سنی 20 تا 24 درصد خطر مرگ و میر مردان بیشتر و در گروه سنی 60 به بالا درصد خطر مرگ و میر زنان نسبت به مردان بیشتر بود. در نهایت با توجه به یافته‌ها، پیشنهادهایی برای پژوهشگران آینده ارائه گردیده است.

کلید واژه‌ها: امید به زندگی، عوامل مؤثر بر امید به زندگی.

مقدمه

امید به زندگی به معنی طول عمر فرد در یک جامعه مشخص با توجه به الگوی مرگ و میر آن جامعه است. بدین ترتیب امید به زندگی یکی از مهمترین شاخص‌های شناخته شده بقای انسان و سلامتی وی در نظر گرفته شده است. از آنجاکه همواره بشر علاقه به

جاودانگی و افزایش طول عمر داشته است، در جست‌وجوی راههای افزایش امید به زندگی برآمده و به عواملی دست یافته که بر طول عمر وی تأثیرگذار بوده است. متخصصان مختلف هر کدام از جنبه خاصی این موضوع را بررسی کرده‌اند (دمکو، ۲۰۰۳، ص ۵-۱).

عوامل بی‌شماری بر امید به زندگی بر روی فرد تأثیر می‌گذارد. این عوامل شامل تندرستی، سبک زندگی، ایجاد شیوه‌های سالم در زندگی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی می‌شود. افزایش امید به زندگی در جوامع، تأثیر زیادی بر عرصه بهداشت گذاشته است از جمله باعث تغییر سیاستهای بهداشتی در عرصه صنعتی و اقتصادی و همچنین تغییر بافت جامعه و خانواده‌ها شده است. این پدیده همچنین باعث تغییر در منحنی توزیع سنی افراد در جامعه و تغییر آن به طرف سنین بالاتر در کشورهایی شده که از امید به زندگی بالایی برخوردارند (لی و هاردی، ۱۹۹۹؛ ص ۸۹۸-۸۹۴).

بیشتر پژوهش‌های انجام شده در کشورهای توسعه یافته به منظور افزایش امید به زندگی بر پیشگیری عوامل خطری که باعث مرگ و میر در افراد مسن می‌شود، تمرکز دارد. بهداشت دوران سالمندی، ارتقای کیفیت و کمیت طول عمر در سالمندان و... موضوعاتی است که در این‌گونه کشورها بررسی می‌شود. در کشور ما نیز به پیروی از ارتقای سطح بهداشت عمومی، خطر بیماریهای واگیردار و انواع عفونتها رو به کاهش است و برای تغییر الگوی مرگ و میر در افراد مسن توجه به بیماریهای غیر واگیر مثل بیماریهای قلبی - عروقی، سرطان و بیماریهای مزمن ریه معطوف شده است. بنابراین سبک زندگی به‌عنوان عامل مؤثر بر این بیماریها لازم است مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

روند آشکار افزایش طول عمر در قرن اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به علل افزایش امید به زندگی در قرن بیستم و بیست و یکم و عوامل مؤثر در مرگ و میر بشر معطوف کرده است. با حذف بیماریهای واگیردار به‌عنوان یکی از علل مرگ، توجه دانشمندان به جنبه‌های دیگری از سلامتی که امروزه بیشتر مطرح می‌باشد جلب شده است. شناسایی این عوامل، با توجه به الگوهای مرگ و میر، سبک زندگی و عادات بهداشتی در هر جامعه‌ای متفاوت است. برای انجام اقدامات بهداشتی تأثیرگذار، شناسایی این عوامل، چگونگی تأثیرگذاری این عوامل بر امید به زندگی و تأثیرپذیری

آنها امری ضروری و حیاتی به نظر می‌رسد. مسلم است که بدون شناسایی عوامل تهدیدکننده سلامتی زنان و مردان در سنین مختلف، این‌گونه سیاست‌گذاریها بجز تلف کردن وقت و هزینه نتیجه‌ای در پی نخواهد داشت. در حال حاضر مطالعات پراکنده‌ای در مناطق مختلف کشور در حال انجام است، ولی تا به حال مطالعه‌ای به منظور شناسایی عوامل مؤثر در امید به زندگی در شهر اصفهان انجام نشده یا پژوهشگر با آن برخورد نکرده است. این مطالعه با بررسی نمونه‌های مرگ و میر در بین فوت‌شدگان شهر اصفهان در طول سال ۱۳۸۲ و بررسی عوامل تهدیدکننده، به تفکیک موقعیت اجتماعی-اقتصادی و جمعیت‌شناختی، به شناسایی عوامل تهدیدکننده می‌پردازد و اطلاعاتی در زمینه نحوه پیشگیری از این عوامل ارائه می‌کند.

بنت و مورفی (۱۹۹۷) معتقدند افراد سیگاری به طور متوسط امید به زندگی خود را در حدود ۵ سال کاهش می‌دهند و اشخاصی که شیوه و سبک زندگی ثابت و غیرفعال دارند و خانه‌نشین می‌شوند، امید به زندگی خود را ۲ تا ۳ سال کاهش می‌دهند. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) گزارش داده است که هنوز نمی‌توان علت افزایش امید به زندگی در ۱۰۰ سال اخیر را به طور دقیق بیان کرد یا یک عامل خاص را سبب این پدیده دانست. بی‌شک بهبود وضعیت بهداشتی و پزشکی نقش مهمی در کاهش مرگ و میر کودکان بر عهده دارد. روشهای پیشرفته‌تر در طب زنان و زایمان و مراقبتهای زمان تولد و پس از تولد و افزایش واکسیناسیون کودکان بر ضد بیماریهایی مثل سرخک، دیفتی، فلج اطفال و سیاه سرفه در بهبود کلی افزایش امید به زندگی نقش عمده‌ای دارند.

سیسکوز (۲۰۰۱) بیان کرد که اختلاف امید به زندگی در زن و مرد با بهبود وضعیت مردان بعد از سال ۱۹۷۰ کمتر شده و این اختلاف از ۸ سال به ۵ سال رسیده است. طبق آمارهای به دست آمده دولینگ (۲۰۰۲) در ایران و به طور کلی طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۹ امید به زندگی، ۶۹/۷۶ سال بود. میزان رشد جمعیت در سال ۱۹۹۹، ۱/۰۷ درصد، میزان مولید ۲۰/۷۱ در هزار نفر جمعیت و میزان مرگ ۵/۳۹ در ۱۰۰ نفر بوده است. پراکندگی جنسی جمعیت به نسبت ۱/۰۵ مرد به ازای ۱ زن است.

در پژوهش‌های پیترز و همکارانش (۲۰۰۳) چاقی و ازدیاد وزن در دوران بزرگسالی عامل عمده‌ای در افت وضعیت سلامتی و کاهش امید به زندگی معرفی شده است. در این مطالعه از داده‌های پژوهشی در مورد بیماری‌های قلبی استفاده شده که بین سالهای ۱۹۴۸ تا ۱۹۹۰ انجام شده و تحلیل داده‌ها نشان داده است که بین چاقی و کاهش امید به زندگی نتایج معنادار وجود دارد. همچنین گزارش شده است نسبت قد به وزن بین ۳۰ تا ۴۹ سالگی عامل مهمی در پیش‌بینی مرگ و میر در سالهای ۵۰ تا ۶۹ سالگی می‌باشد.

در پژوهش‌های سینگ، سیات و فراسر (۲۰۰۳) در مورد تأثیر خوردن گوشت بر امید به زندگی با این فرض که میزان کمتر مصرف گوشت توأم با افزایش طول عمر می‌باشد، ۶ مطالعه آینده‌نگر بر روی افرادی که گیاه‌خوار بودند انجام شد. در چهار مطالعه از این شش مطالعه دیده شد که میزان مصرف خیلی کم گوشت توأم با افزایش امید به زندگی بوده است، اما در مطالعه پنجم نتایج معنادار نبود و در مطالعه ششم هیچ ارتباطی بین خوردن کم گوشت و افزایش امید به زندگی پیدا نشد. با این حال در مجموع از این شش مطالعه که در آمریکای شمالی و اروپا انجام شد، نتیجه‌گیری شد که میزان مصرف کم گوشت بر افزایش طول عمر تأثیرگذار است.

در پژوهش‌های رولاند و تورپ (۲۰۰۴) که به منظور بررسی تأثیر چاقی بر امید به زندگی انجام شد با این تصور که افزایش نسبت وزن به قد خطر بیماری را افزایش می‌دهد، نشان داده شد که ازدیاد وزن در حد نسبتاً کم باعث افزایش خطر بیماری نمی‌شود، اما چاقی باعث کاهش قطعی امید به زندگی به خصوص در افراد زیر ۵۰ سال می‌شود.

لولاند (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای که درباره تأثیرات ورزش و برنامه‌های ورزشی در افراد مسن در نروژ بر روی ۳۷۷۰ نفر انجام داد، نتیجه گرفت که افراد بالای ۸۰ سال متعلق به سطح اجتماعی پایین، دارای درآمد پایین‌تر و بیماری‌های جسمی شدیدتری بودند و این افراد که دارو مصرف می‌کردند حداقل ورزش توصیه شده را انجام می‌دادند. پس از همسان‌سازی عواملی چون درآمد، وضعیت تأهل، جنسیت و سن این نتیجه به دست آمد که برای حفظ سلامتی، انجام سه تا چهار روز ورزش متوسط در هفته ضروری است. حصاری (۱۳۸۱) در پژوهشی با عنوان برآورد تأثیر مرگ و میرهای ناشی

از سوانح و حوادث رانندگی بر امید به زندگی و بار اقتصادی ناشی از آن به یافته‌های زیر دست یافت:

در حال حاضر بیشترین عامل مرگ و میر زود هنگام در کشور ما ناشی از سوانح و حوادث رانندگی است. با توجه به تأثیر انکارناپذیر مرگ و میرهای ناشی از سوانح و حوادث رانندگی بر امید به زندگی و اقتصاد کشور، توجه به این مرگ و میرها از اهمیت خاصی برخوردار است. براساس گزارش پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۱ ۲۱۸۷۳ نفر بر اثر سوانح و حوادث رانندگی جان باخته‌اند. از این تعداد ۱۷۷۸۵ نفر (۸۱/۳ درصد کل مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث رانندگی) مرد و ۴۰۸۸ نفر (۱۸/۷ درصد) زن بوده‌اند. ۶۳۴۶ نفر در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال که به اصطلاح جمعیت جوان نامیده می‌شود بر اثر سوانح و حوادث رانندگی جان داده‌اند. این تعداد ۲۹ درصد کل مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث رانندگی در کشور بوده است. این مرگ و میرها باعث ایجاد ۱/۳۸ سال کاهش در امید به زندگی در مردان و ۰/۳۴ سال کاهش در امید به زندگی در زنان شده است.

فرضیه اصلی این پژوهش عبارت بود از اینکه بین میانگین نمرات کل عوامل مؤثر بر امید به زندگی در گروه‌های سنی، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین فرض شد که بین میانگین نمرات زیرمقیاس‌های عوامل مؤثر بر امید به زندگی (اجتناب از دخانیات، گرایش به ورزش، مراقبت‌های پزشکی، ویژگی‌های روان‌شناختی، ویژگی‌های عمومی و سبک تغذیه) در گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر گروه‌های سنی و درصد خطر مرگ و میر زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

روش این پژوهش توصیفی و طرح آن از نوع پس‌رویدادی بوده است. برای اجرای این پژوهش از دو گروه یکی موارد فوت ثبت شده در اداره ثبت احوال شهر اصفهان از سال ۸۲ تا فروردین ۸۳ و دیگری افراد ۲۰ تا ۶۰ ساله ساکن در شهر اصفهان بودند. به‌منظور نمونه‌گیری برای گروه اول ابتدا فهرست کلیه موارد فوت ثبت شده در اداره ثبت احوال شهر اصفهان براساس پرونده‌های موجود در طول سال ۱۳۸۲ گرفته

شد که ۲۲۳۰ مورد بود. سپس از بین آنها به صورت تصادفی ساده ۳۵۰ مورد انتخاب شد. موارد انتخاب شده بالاتر از ۴۰ نفرند و جزء نمونه‌های بزرگ محسوب می‌شوند و کمترین خطای نمونه‌گیری را دارند (مولوی، ۱۳۷۹). در روش نمونه‌گیری برای گروه دوم گزینش به صورت خوشه‌ای و تصادفی انجام شد. به این منظور ۱۱ منطقه مختلف شهر اصفهان که تمامی طبقات اقتصادی و اجتماعی شهر را پوشش می‌داد، در نظر گرفته شد که از بین آنها سه منطقه به طور تصادفی انتخاب و از هر منطقه به روش تصادفی ساده، ۴۵ نفر (در مجموع ۱۳۵ نفر) از زنان و مردان انتخاب شدند. در این نمونه‌گیری گروه‌های سنی به منظور مقایسه از ۹ گروه تشکیل شدند: ۲۰ تا ۲۴، ۲۵ تا ۲۹، ۳۰ تا ۳۴، ۳۵ تا ۳۹، ۴۰ تا ۴۴، ۴۵ تا ۴۹، ۵۰ تا ۵۴، ۵۵ تا ۵۹ و ۶۰ سال به بالا که فراوانی هر گروه ۱۵ نفر بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استفاده شد.

الف - پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته که شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، قد، وزن، وضعیت تأهل، تعداد اعضای خانواده، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات و میزان درآمد ماهانه) بود.

ب - پرسشنامه محقق ساخته عوامل مؤثر بر امید به زندگی که سؤالات آن با استفاده از منابع مختلف طرح و گردآوری شد. این پرسشنامه یک ابزار ۶۳ سؤالی بود که زیرمقیاس‌های؛ سبک زندگی (پرسشهای ۱ تا ۱۴)، تغذیه و ورزش (پرسشهای ۱۵ تا ۲۹)، معاینه و آزمایشهای پزشکی (پرسشهای ۳۰ تا ۳۴)، تاریخچه خانوادگی (پرسشهای ۴۴ تا ۵۱)، روان‌شناختی (پرسشهای ۵۲ تا ۵۹) و ایمنی (پرسشهای ۶۰ تا ۶۳) را بررسی می‌کرد. سپس سؤالات این پرسشنامه از نظر پایایی تجزیه و تحلیل شد و سؤالاتی که با نمره کل رابطه منفی داشت، حذف و سپس پرسشنامه از نظر عاملی تحلیل شد. در نتیجه زیرمقیاس‌های آن تغییر یافت و زیرمقیاس‌های (سبک زندگی، تغذیه و ورزش، معاینه و آزمایشهای پزشکی، تاریخچه خانوادگی، روان‌شناختی و ایمنی) به شش زیرمقیاس تغییر کرد که از آن ۴۷/۸ درصد واریانس سؤالات استخراج شد. اسامی هر زیرمقیاس به شرح زیر تعیین شد: اجتناب از دخانیات، گرایش به ورزش، مراقبتهای پزشکی، ویژگیهای روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی و ارتباط با مردم)، ویژگیهای عمومی (سلامت، بیماری و ایمنی) و سبک تغذیه. همچنین ضریب پایایی هر کدام از این زیرمقیاسها بالاتر از ۰/۹ به دست آمد که برای محاسبه پایایی اولیه از گروه اصلی استفاده شد.

درصد خطر مرگ و میر براساس میزان مرگ و میر گروه فوت‌شدگان به دست آمد

و همبستگی آن با زیرمقیاس‌های پرسشنامه نمونه اصلی (گروه زندگان) محاسبه شد. روایی همزمان (سازه) این زیرمقیاسها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی و درصد خطر مرگ و میر در جدول ۱ ارائه شده است. هدف این بود که معلوم شود آیا متغیرهای جمعیت‌شناختی با زیرمقیاس‌های عوامل مؤثر بر امید به زندگی به‌عنوان ملاک سازه‌ای وابستگی دارند.

جدول ۱- ضرایب روایی همزمان زیرمقیاس‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی و درصد خطر مرگ و میر

سبک تغذیه	ریزگیهای عمومی	ریزگیهای روان‌شناختی	مراقبتهای پزشکی	گرایش به ورزش	اجتناب از دخانیات	روایی	درصد خطر مرگ و میر
۰/۲۲۶	۰/۳۴۵	-۰/۰۴۶	-۰/۰۹۷	-۰/۰۴۷	۰/۱۴۳	روایی	درصد خطر مرگ و میر
۰/۰۰۹**	۰**	۰/۵۹۶	۰/۲۶۳	۰/۵۸۹	۰/۰۹۷	معنادار بودن	مرگ و میر
-۰/۰۵۱	۰/۰۰۲	۰/۰۷۶	-۰/۳۴۲	-۰/۱۴۶	۰/۰۰۷	روایی	تحصیلات
۰/۵۵۶	۰/۹۸۲	۰/۳۸۲	۰/۰۰۱**	۰/۰۹۰	۰/۹۳۴	معنادار بودن	تحصیلات
-۰/۳۱۱	-۰/۲۷۵	۰/۱۷۶	-۰/۰۹۳	-۰/۰۴۴	-۰/۲۱۹	روایی	درآمد ماهانه
۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۴۱*	۰/۲۸۴	۰/۶۱۰	۰/۰۱۱*	معنادار بودن	درآمد ماهانه
-۰/۱۷۴	-۰/۰۸۹	۰/۱۰۱	-۰/۰۰۶	-۰/۱۲۲	۰/۳۷۵	روایی	تعداد اعضای خانواده
۰/۰۴۳*	۰/۳۰۷	۰/۲۴۵	۰/۹۹۴	۰/۱۶۰	۰/۰۰۱**	معنادار بودن	تعداد اعضای خانواده
-۰/۰۷۸	۰/۰۴۵	۰/۱۰۷	۰/۳۳۹	۰/۱۶۴	۰/۱۵۹	روایی	تعداد فرزندان
۰/۳۱۷	۰/۶۰۷	۰/۲۱۶	۰/۰۰۱**	۰/۰۵۷	۰/۰۶۶	معنادار بودن	تعداد فرزندان
-۰/۲۳۵	-۰/۰۰۹	۰/۰۴۲	۰/۲۳۲	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱	روایی	نسبت قد به وزن
۰/۰۰۶**	۰/۹۱۶	۰/۶۳۱	۰/۰۰۷**	۰/۱۱۵	۰/۹۹۰	معنادار بودن	نسبت قد به وزن
-۰/۱۴۵	-۰/۱۰۷	۰/۴۳۸	۰/۰۱۹	-۰/۱۸۶	۰/۱۳۰	روایی	وضعیت تأهل
۰/۱۹۳	۰/۲۱۵	۰/۰۰۱**	۰/۸۳۱	۰/۰۳۱*	۰/۱۳۳	معنادار بودن	وضعیت تأهل
۰/۱۰۰	۰/۰۷۹	-۰/۰۵۶	۰/۲۴۴	-۰/۰۵۰	۰/۳۱۶	روایی	جنسیت
۰/۲۴۷	۰/۳۶۰	۰/۵۲۱	۰/۰۰۴**	۰/۵۶۳	۰/۰۰۱**	معنادار بودن	جنسیت

** معناداری در سطح ۰/۰۱

* معناداری در سطح ۰/۰۵

شیوه نمره گذاری پرسشنامه محقق ساخته عوامل مؤثر بر امید به زندگی: در پرسشنامه این پژوهش سعی شده دو نوع سؤال در اختیار پاسخ دهندگان قرار گیرد که به صورت دو گزینه‌ای و چهار گزینه‌ای طراحی شده است که سؤالات دو گزینه‌ای از ۱ تا ۲ و سؤالات ۴ گزینه‌ای از ۱ تا ۴ نمره گذاری شده‌اند. در این شیوه نمره گذاری کسب نمره بالاتر نشان دهنده سلامت بیشتر است.

یافته‌ها

درصد علل مرگ و میر در زنان و مردان نمونه ثبت احوال در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲- درصد علت مرگ و میر در زنان و مردان نمونه ثبت احوال

جنس	علت مرگ و میر	
	درصد زن	درصد مرد
ایست قلبی	۳۷/۵	۶۲/۵
آسیبهای مغزی	۲۰/۷	۷۹/۳
حادثه	۲۵/۹	۷۴/۱
سوختگی	۱۰۰	-
سرطان	۳۱/۸	۶۸/۲
ایدز	۱۰۰	-
کهنوت سن	۴۲/۴	۵۷/۶
تصادف	۵۶/۳	۴۳/۸
بیماری داخلی	۶۰/۷	۳۹/۳
عفونت ریه	۶۰	۴۰
بیماری نوزادی	۲۴	۷۶
بیماری مادرزادی	۶۰	۴۰
تشنج کودکان	۷۰	۳۰

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ایست قلبی، آسیب‌های مغزی، حادثه، سرطان و بیماری نوزادی در مردان درصد بالاتری از مرگ و میر را سبب شده‌اند و کهولت سن، تصادفات، بیماری داخلی، عفونت ریه، بیماری مادرزادی و تشنج کودکان در زنان درصد بالاتری را به خود اختصاص داده است. در تحلیل کوواریانس، متغیرهای مختلف بررسی و سپس تفاوت‌های سنی با متغیرهای وابسته مقایسه شدند. نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر نمرات کل عوامل مؤثر بر امید به زندگی در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر نمرات کل عوامل مؤثر بر امید به زندگی

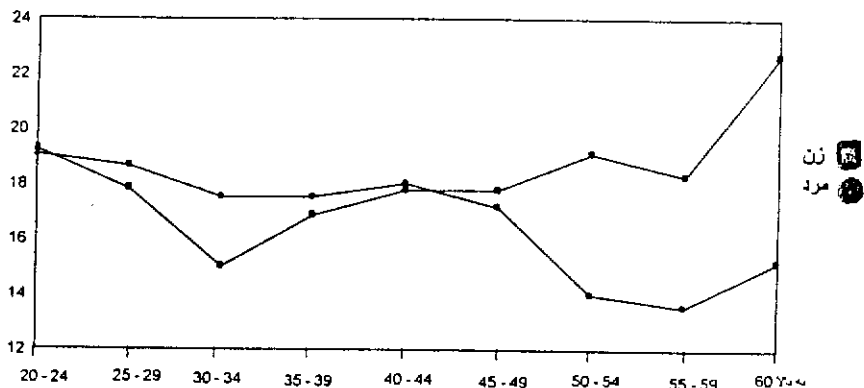
متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان رابطه	توان آماری
درآمد ماهانه	۳۶۷/۳۲۵	۱	۳۶۷/۳۲۵	۷/۵۴۱	۰/۰۰۷	۰/۰۷۰	۰/۷۷۶
تعداد فرزندان	۵۷۰/۷۳۷	۱	۵۷۰/۷۳۷	۱۱/۷۱۷	۰/۰۰۱	۰/۱۰۵	۰/۹۲۴
جنسیت	۲۵۲/۶۰۹	۱	۲۵۲/۶۰۹	۵/۱۸۶	۰/۰۲۵	۰/۰۴۹	۰/۶۱۶
گروه‌های سنی	۳۱۷/۷۱۴	۸	۳۹/۷۱۴	۰/۸۱۵	۰/۵۹۱	۰/۰۶۱	۰/۳۶۰
برهمکنش جنسیت و گروه‌های سنی	۳۲۰/۵۳۴	۸	۴۰/۰۶۷	۰/۸۲۳	۰/۵۸۵	۰/۰۶۲	۰/۳۶۳

فرضیه اصلی - بین میانگین نمرات کل عوامل مؤثر بر امید به زندگی گروه‌های سنی تفاوت وجود دارد. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار نیست. بنابراین فرضیه اصلی تأیید نمی‌شود. ($P = ۰/۵۹$). همچنین مشاهده می‌شود که تفاوت بین نمرات کل زنان و مردان معنادار است ($P = ۰/۰۲$). میزان تفاوت زنان و مردان از نظر عوامل مؤثر بر امید به زندگی ۴ درصد است. میانگین کل عوامل مؤثر بر امید به زندگی زنان بالاتر از میانگین کل مردان است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تعداد فرزندان نیز رابطه مثبت و معناداری با نمرات عوامل مؤثر بر امید به زندگی داشت ($P = ۰/۰۰۱$) و همچنین میزان درآمد رابطه منفی معناداری با نمرات عوامل مؤثر بر امید به زندگی داشت ($P = ۰/۰۰۷$) که میزان رابطه آنها ۷ درصد بود. نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر اجتناب از دخانیات در جدول ۴ ارائه شده است:

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر اجتناب از دخانیات

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان رابطه	توان آماری
تعداد اعضای خانواده	۳۳/۳۳۲	۱	۳۳/۳۳۲	۵/۹۴۸	۰/۰۱۶	۰/۰۵۶	۰/۶۷۶
تعداد فرزندان	۴۷/۵۱۳	۱	۴۷/۵۱۳	۰/۴۷۸	۰/۰۰۴	۰/۰۷۵	۰/۸۲۲
جنسیت	۳۰/۷۸۴	۱	۳۰/۷۸۴	۵/۴۹۳	۰/۰۲۱	۰/۰۵۲	۰/۶۴۱
گروههای سنی	۱۰۴/۴۹۸	۸	۱۳/۰۶۲	۲/۳۳۱	۰/۰۲۴	۰/۱۵۷	۰/۸۶۲
برهمکنش جنسیت و گروههای سنی	۱۰۹/۹۳۹	۸	۱۳/۷۴۲	۲/۴۵۲	۰/۰۱۸	۰/۱۶۴	۰/۸۸۲

فرضیه فرعی ۱- بین میانگین‌های نمرات اجتناب از دخانیات گروههای سنی تفاوت معناداری وجود دارد. چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار است ($P = 0/02$). بنابراین فرضیه فرعی ۱ تأیید می‌شود. میزان رابطه ۱۵ درصد واریانس نمرات اجتناب از دخانیات به گروههای سنی اختصاص دارد. همچنین برهمکنش بین جنس و گروههای سنی معنادار است ($P = 0/01$). میزان تأثیر برهمکنشی آنها ۱۶ درصد است. همچنین بین میانگین نمرات اجتناب از دخانیات در زنان و مردان تفاوت معنادار وجود دارد ($P = 0/02$) که میزان رابطه آن ۵ درصد است.



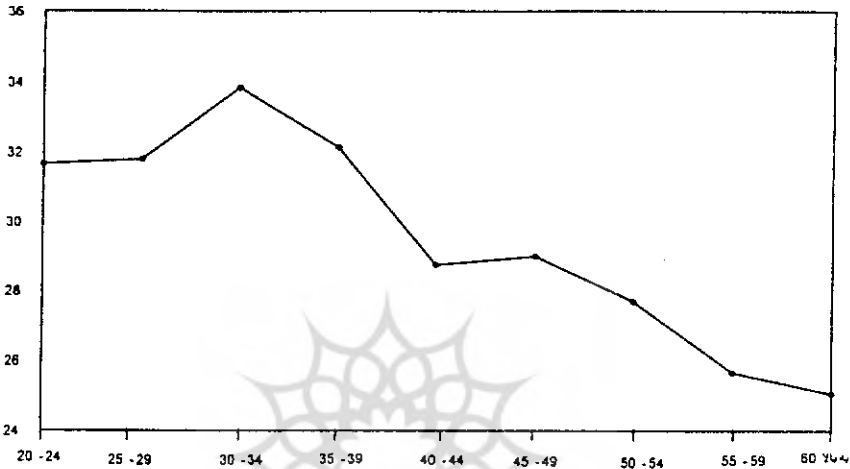
نمودار ۱- میانگین نمرات اجتناب از دخانیات در گروههای سنی زنان و مردان

چنانکه در نمودار ۱ مشاهده می‌شود میانگین اجتناب از دخانیات مردان در گروه ۳۰ تا ۳۴ سال بیشتر از زنان است، ولی در گروه‌های ۵۰ تا ۵۴، ۵۵ تا ۵۹ و ۶۰ به بالا اجتناب زنان از دخانیات بیشتر از مردان است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تعداد اعضای خانواده نیز رابطه مثبت و معناداری با اجتناب از دخانیات دارد ($P = 0/01$) که میزان رابطه آن ۵ درصد است. همچنین تعداد فرزندان رابطه مثبت و معناداری با اجتناب از دخانیات دارد ($P = 0/004$) که میزان رابطه آن ۷ درصد است. نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر گرایش به ورزش در جدول ۵ ارائه شده است:

جدول ۵- نتایج کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر گرایش به ورزش

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان رابطه	توان آماری
تعداد فرزندان	۱۸۰/۳۴۰	۱	۱۸۰/۳۴۰	۱۴/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۱۲۳	۰/۹۶۰
گروه‌های سنی	۲۰۷/۳۹۷	۸	۲۵/۹۲۵	۲/۰۱۳	۰/۰۵۲	۰/۱۳۹	۰/۷۹۷
تأهل	۶۸/۹۴۲	۱	۶۸/۹۴۲	۵/۳۵۴	۰/۰۲۳	۰/۰۵۱	۰/۶۳۰
برهمکنش جنسیت و گروه‌های سنی	۱۲۸/۰۵۲	۸	۱۶/۰۰۷	۱/۱۴۳	۰/۲۸۲	۰/۰۹۰	۰/۵۴۶

فرضیه فرعی ۲- بین میانگین نمرات گرایش به ورزش گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود این تفاوت معنادار است ($P = 0/05$). بنابراین فرضیه فرعی ۲ تأیید می‌شود. میزان رابطه ۱۳ درصد واریانس نمرات گرایش به ورزش به گروه‌های سنی اختصاص دارد. تفاوت بین گرایش به ورزش زنان و مردان معنادار نبود، ولی بین افراد متأهل و مجرد تفاوت وجود داشت ($P = 0/02$) که میزان رابطه آن ۵ درصد بود.



نمودار ۲- میانگین‌های نمرات گرایش به ورزش در گروه‌های سنی مختلف

چنانکه در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، گروه‌های ۴۰ تا ۴۴ سال به بالا در مقایسه با گروه‌های زیر ۴۰ تا ۴۴ سال گرایش کمتری نسبت به ورزش نشان می‌دهند. در جدول ۵ مشاهده می‌شود که تعداد فرزندان رابطه مثبت و معناداری با گرایش به ورزش داشت ($P = /0.01$). میزان رابطه گرایش به ورزش و تعداد فرزندان برابر با ۱۲ درصد بود. نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر مراقبت‌های پزشکی در جدول ۶ ارائه شده است:

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر مراقبت‌های پزشکی

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان رابطه	توان آماری
تحصیلات	۴۱/۳۸۰	۱	۴۱/۳۸۰	۷/۰۵۸	۰/۰۰۹	۰/۰۶۶	۰/۷۴۹
جنسیت	۶/۶۵۴	۱	۶/۶۵۴	۱/۱۳۵	۰/۲۸۹	۰/۰۱۱	۰/۱۸۴
گروه‌های سنی	۷۹/۳۵۴	۸	۹/۹۱۹	۱/۶۹۲	۰/۱۱۰	۰/۱۱۹	۰/۷۰۸
تأهل	۲۲/۰۶۲	۱	۲۲/۰۶۲	۳/۷۶۳	۰/۰۵۵	۰/۰۳۶	۰/۴۸۵
برهمکنش جنسیت و گروه‌های سنی	۱۵۶/۹۹۰	۸	۱۹/۶۲۴	۳/۳۴۷	۰/۰۰۲	۰/۲۱۱	۰/۹۶۷

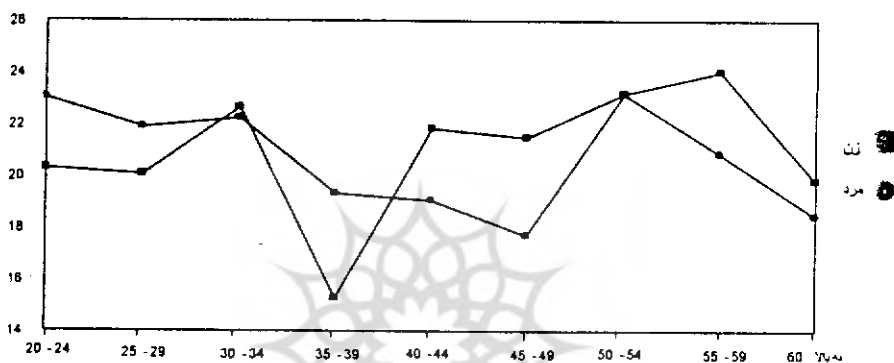
فرضیه فرعی ۳- بین میانگین نمرات مراقبت‌های پزشکی گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. چنانکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار نبوده است. بنابراین فرضیه فرعی ۳ تأیید نمی‌شود، ولی برهمکنش بین جنس و گروه‌های سنی معنادار بوده ($P = 0/002$) و میزان برهمکنش آنها ۲۱ درصد بوده است. یعنی ۲۱ درصد واریانس نمرات مراقبت‌های پزشکی به برهمکنش بین جنس و گروه‌های سنی اختصاص داشته است. در ضمن در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ و تا ۴۰ تا ۴۴ سال زنان مراقبت‌های پزشکی بالاتری دارند، ولی در گروه‌های ۴۵ تا ۴۹ و تا ۶۰ سال به بالا مراقبت‌های پزشکی مردان بالاتر از زنان بوده است. همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، میزان تحصیلات رابطه منفی و معناداری با مراقبت‌های پزشکی داشته است ($P = 0/009$) که میزان رابطه آن ۶ درصد بوده است. میزان رابطه تأهل و مراقبت‌های پزشکی نیز معنادار بوده ($P = 0/005$) و میزان رابطه آن ۳ درصد بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر ویژگی‌های روان‌شناختی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷- نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر ویژگی‌های روان‌شناختی

تغییرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان رابطه	توان آماری
تعداد اعضای خانواده	۷۲/۵۶۴	۱	۷۲/۵۶۴	۱۵/۵۰۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳۴	۰/۹۷۴
گروه‌های سنی	۱۶۵/۸۲۲	۸	۲۰/۷۲۸	۴/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶۲	۰/۹۹۴
تأهل	۳۳/۸۰۱	۱	۳۳/۸۰۱	۷/۲۲۳	۰/۰۰۸	۰/۰۶۷	۰/۷۵۹
برهمکنش جنسیت و گروه‌های سنی	۱۰۵/۳۸۷	۸	۱۳/۱۷۳	۲/۸۱۵	۰/۰۰۷	۰/۱۸۴	۰/۹۲۸
گروه‌های سنی و تأهل	۱۳۶/۹۷۳	۷	۱۹/۵۶۸	۴/۱۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲۶	۰/۹۸۴

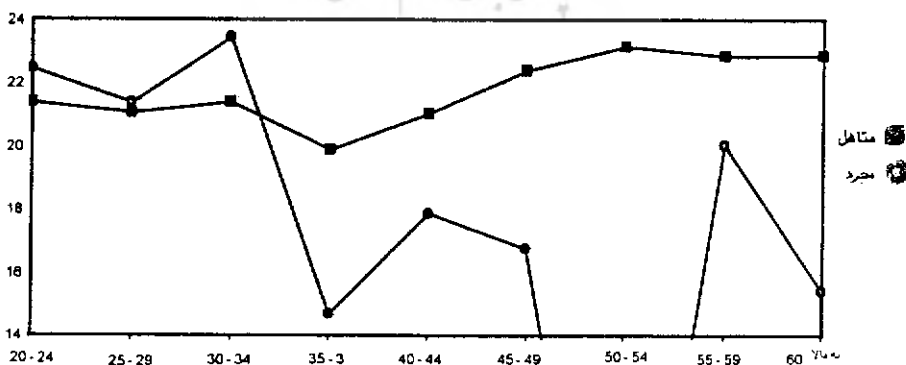
فرضیه فرعی ۴- بین میانگین نمرات ویژگی‌های روان‌شناختی گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. چنانکه در جدول ۷ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار نبوده است ($P = 0/001$)، بنابراین فرضیه فرعی ۴ تأیید شده است. همچنین مشاهده می‌شود که برهمکنش بین سن و جنس معنادار بوده ($P = 0/007$) و میزان برهمکنش آنها معادل

۱۸ درصد بوده است. برهمکنش سن و تأهل نیز معنادار بوده ($P = 0/001$) و میزان برهمکنش آنها ۲۲ درصد بوده است.



نمودار ۳- میانگین نمرات ویژگی‌های روان‌شناختی در گروه‌های سنی زنان و مردان

چنانکه در نمودار ۳ مشاهده می‌شود، در گروه‌های ۲۰ تا ۲۴ و ۲۵ تا ۲۹ و ۳۵ تا ۳۹ تا ۳۹ مردان ویژگی‌های روان‌شناختی بالاتری داشته‌اند، ولی در گروه‌های ۴۰ تا ۴۴، ۴۴ تا ۴۹ و ۵۵ تا ۵۹ و ۶۰ به بالا زنان در سطح بالاتری قرار دارند.



نمودار ۴- میانگین نمرات ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مجرد و متأهل در گروه‌های سنی مختلف

چنانکه در نمودار ۴ مشاهده می‌شود، در گروه‌های سنی ۳۵ - ۳۹ به بالا افراد متأهل از نظر ویژگی‌های روان‌شناختی در سطح بالاتری قرار داشته‌اند. همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، تعداد اعضای خانواده رابطه منفی و معناداری با ویژگی‌های

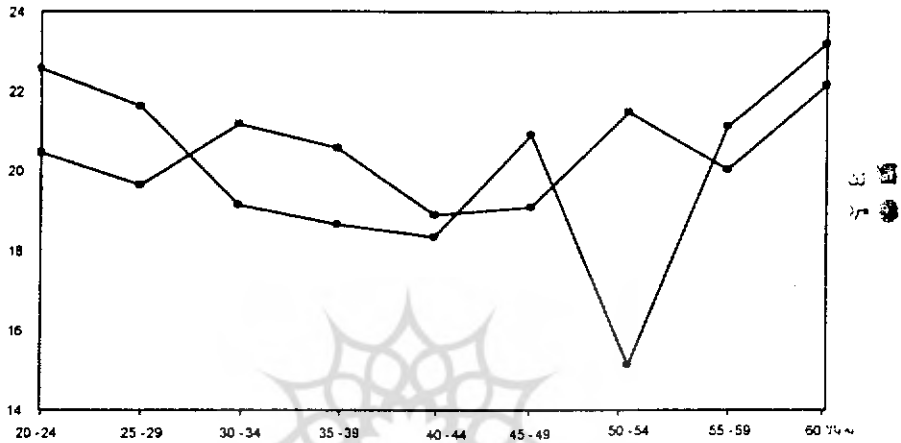
روان‌شناختی دارد ($P = 0/001$) و میزان رابطه آن ۱۳ درصد است. تأهل نیز رابطه معناداری با ویژگیهای روان‌شناختی داشته ($P = 0/008$) و میزان رابطه آن ۶ درصد بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر ویژگیهای عمومی در جدول ۸ ارائه شده است:

جدول ۸- نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر ویژگیهای عمومی

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان رابطه	توان آماری
تحصیلات	۶۱/۵۹۹	۱	۶۱/۵۹۹	۸/۸۶۲	۰/۰۰۴	۰/۰۸۱	۰/۸۳۸
جنسیت	۸/۲۸۸	۱	۷/۲۸۸	۱/۱۹۲	۰/۲۷۷	۰/۰۱۲	۰/۱۹۱
گروههای سنی	۱۲۳/۲۷۳	۸	۱۵/۴۰۹	۲/۲۱۷	۰/۰۳۲	۰/۱۵۱	۰/۸۴۱
برهمکنش جنسیت و گروههای سنی	۱۱۶/۷۲۸	۸	۱۴/۵۹۱	۲/۰۹۹	۰/۰۴۳	۰/۱۴۴	۰/۸۱۷

فرضیه فرعی ۵- بین میانگین نمرات ویژگیهای عمومی گروههای سنی تفاوت معناداری وجود دارد. چنانکه در جدول ۸ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار بوده است ($P = 0/03$)، بنابراین فرضیه فرعی ۵ تأیید می‌شود. میزان تفاوت ۰/۱۵ است؛ یعنی ۱۵ درصد واریانس نمرات ویژگیهای عمومی به گروههای سنی اختصاص دارد. برهمکنش بین تأثیر جنسیت و گروههای سنی معنادار بوده است ($P = 0/04$) و میزان برهمکنش آنها معادل ۱۴ درصد بوده است.

چنانکه در نمودار ۵ مشاهده می‌شود، در گروههای سنی ۲۰ تا ۲۴، ۲۵ تا ۲۹ و ۶۰ به بالا مردان ویژگیهای عمومی بالاتری داشته‌اند، ولی در گروههای سنی ۵۰ تا ۵۴ زنان در سطح بالاتری قرار داشته‌اند. در جدول ۸ مشاهده می‌شود که تحصیلات نیز رابطه مثبت و معناداری با ویژگیهای عمومی داشته است ($P = 0/004$) که میزان رابطه آن معادل ۸ درصد بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر سبک تغذیه در جدول ۹ ارائه شده است:



نمودار ۵- میانگین نمرات ویژگیهای عمومی در گروههای سنی زنان و مردان

جدول ۹- نتایج تحلیل کوواریانس رابطه سن، جنس و تأهل بر سبک تغذیه

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان رابطه	توان آماری
درآمد ماهانه	۹۴/۶۹۸	۱	۹۴/۶۹۸	۱۶/۳۵۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴۱	۰/۹۸۰
نسبت قده به وزن	۳۲/۳۰۸	۱	۳۲/۳۰۸	۵/۵۷۸	۰/۰۲۰	۰/۰۵۳	۰/۶۴۸
جنسیت	۶/۷۲۴	۱	۶/۷۲۴	۱/۱۶۱	۰/۲۸۴	۰/۰۱۱	۰/۱۸۷
گروههای سنی	۶۵/۵۳۱	۸	۸/۱۹۱	۱/۴۱۴	۰/۲۰۰	۰/۱۰۲	۰/۶۱۳
تأهل	۷/۳۸۸	۱	۷/۳۸۸	۱/۲۷۶	۰/۲۶۱	۰/۰۱۳	۰/۲۰۱
برهمکنش جنسیت و گروههای سنی	۹۴/۱۱۹	۸	۱۱/۷۶۵	۲/۰۳۱	۰/۰۵۰	۰/۱۴۰	۰/۸۰۱

فرضیه فرعی ۶- بین میانگین نمرات سبک تغذیه گروههای سنی، تفاوت معناداری وجود دارد. چنانکه در جدول ۹ مشاهده می شود، این تفاوت معنادار نبوده، بنابراین فرضیه فرعی ۶ تأیید نشده است، ولی برهمکنش بین جنس و گروههای سنی معنادار بوده ($P = 0/05$) و میزان برهمکنش آنها ۱۴ درصد بوده است یعنی ۱۴ درصد واریانس

نمرات شیوه تغذیه به برهمکنش بین جنس و گروه‌های سنی اختصاص دارد. همچنین در گروه‌های سنی ۳۰ تا ۳۴ و ۳۵ تا ۳۹ زنان شیوه تغذیه بهتری داشته‌اند، ولی در گروه سنی ۵۰ تا ۵۴ سبک تغذیه مردان بهتر بوده است. در جدول ۹ مشاهده می‌شود میزان درآمد نیز رابطه منفی و معناداری با سبک تغذیه داشته است ($P = 0/001$). میزان رابطه آنها ۱۴ درصد بوده و همچنین نسبت قد به وزن رابطه معناداری با سبک تغذیه داشته است ($P = 0/02$) که میزان رابطه آنها معادل ۵ درصد بوده است.

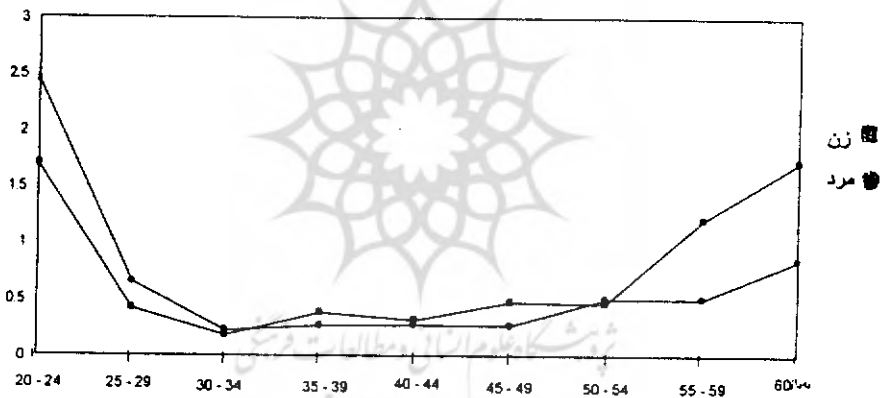
در این قسمت مقایسه درصد خطر مرگ و میر که از گروه ثبت احوال به دست آمده بود، در گروه نمونه اصلی بررسی گردید؛ به این ترتیب که میزان خطر مرگ و میر گروه‌های سنی با استفاده از تحلیل واریانس مقایسه و درصد مرگ و میر که به عنوان متغیر پیوسته در نظر گرفته شد در گروه فوت‌شدگان در هر سنی محاسبه شد. همچنین درصد مرگ و میر به عنوان ملاک در گروه‌های سنی نمونه زندگان به کار برده شد که نتایج آن در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰- نتایج تحلیل واریانس رابطه گروه‌های سنی و جنسیت بر درصد خطر مرگ و میر نمونه اصلی (زندگان)

متغیرهای مستقل و وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معنادار بودن	میزان رابطه	توان آماری
گروه‌های سنی	۳۹/۰۶	۸	۴/۸۸۴	۲۱/۹۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰	۱
جنسیت	۰/۰۰۸	۱	۰/۰۰۸	۰/۳۸۴	۰/۵۳۸	۰/۰۰۳	۰/۰۹۴
برهمکنش جنسیت و گروه‌های سنی	۵/۴۸۷	۸	۰/۶۸۶	۳/۰۸۰	۰/۰۰۳	۰/۱۷۴	۰/۹۵۳

فرضیه فرعی ۷- بین میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر گروه‌های سنی افراد زنده تفاوت معناداری وجود دارد. چنانکه در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار است ($P = 0/001$)، بنابراین فرضیه فرعی ۷ تأیید می‌شود. میزان رابطه آن معادل ۰/۶۰ بوده است؛ یعنی ۶۰ درصد واریانس نمرات درصد خطر مرگ و میر به گروه‌های سنی اختصاص داشته است.

فرضیه فرعی ۸- بین میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد. چنانکه در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، این تفاوت معنادار نبوده است، بنابراین فرضیه فرعی ۸ تأیید نمی‌شود، ولی برهمکنش بین سن و جنس معنادار بوده است ($P = 0/003$). میزان تأثیر برهمکنشی آنها معادل $0/17$ بوده است، یعنی ۱۷ درصد واریانس نمرات درصد خطر مرگ و میر به برهمکنش بین سن و جنس اختصاص داشته است.



نمودار ۶- میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر در گروه‌های سنی زنان و مردان

نتایج در نمودار ۶ برهمکنش بین سن و جنسیت را نشان می‌دهد. چنانکه مشاهده می‌شود در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ مردان با خطر مرگ و میر بیشتری روبه‌رو هستند ولی در گروه‌های سنی ۵۵ تا ۵۹ و ۶۰ به بالا زنان با خطر مرگ و میر بیشتری روبه‌رو هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان داد بین میانگین نمرات عوامل مؤثر بر امید به زندگی گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود نداشته است. نتیجه این مطالعه با مطالعه بنت و مورفی (۱۹۹۷) همخوانی دارد. همان‌طور که مشاهده شد میانگین امید به زندگی کل زنان بالاتر از میانگین امید به زندگی کل مردان است. این نتیجه در مطالعات سیسکوز (۲۰۰۱) نیز دیده می‌شود. استعمال بیشتر دخانیات در مردان باعث کمتر شدن امید به

زندگی آنها نسبت به زنان می‌شود. طبق بررسی‌های سیسکوز بالاتر بودن میزان سکتۀ قلبی در مردان نسبت به زنان قبل از سن یائسگی و انجام فعالیتهای خطرناکتر و مصرف بیشتر الکل و دخانیات باعث کاهش امید به زندگی مردان نسبت به زنان می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۴ و نمودار ۱ مشاهده شد، بین میانگین نمرات اجتناب از دخانیات گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه این مطالعه با آرای بنت و مورفی (۱۹۹۷) همخوانی دارد. در مردان تقریباً با افزایش سن میزان اجتناب از سیگار کمتر مشاهده شد. این کاهش در گروه سنی ۴۵ تا ۴۹ سال شروع می‌شود و در گروه‌های ۵۰ تا ۵۴ سال و ۵۵ تا ۵۹ سال به کمترین حد می‌رسد. این کاهش شاید به علت افزایش استرس و فشار روانی است که بر مردان جامعه در این سنین وارد می‌شود و در نتیجه تمایل بیشتری به مصرف دخانیات پیدا می‌کنند. یکی از علل این گرایش و افزایش استرس و فشار روانی ناشی از تأمین نیازمندیهای خانواده و کفایت نداشتن نظام تأمین اجتماعی در جامعه ایران است که افراد حتی بعد از بازنشستگی نیازمند به پیدا کردن کار مجدد برای تأمین احتیاجات خود و خانواده می‌باشند.

در زنان الگوی اجتناب از دخانیات در گروه‌های سنی متفاوت است، به طوری که در زنان با افزایش سن، میانگین نمرات اجتناب از دخانیات افزایش می‌یابد؛ به طوری که در گروه سنی ۵۰ تا ۵۴ و ۵۵ تا ۶۰ این افزایش شروع و در گروه سنی ۶۰ به بالا به اوج خود می‌رسد. این امر شاید یکی از علل توجیه‌کننده افزایش امید به زندگی زنان نسبت به مردان نیز باشد. افزایش میانگین نمرات اجتناب از دخانیات در بین زنان در گروه‌های سنی نامبرده شاید به علت افزایش توجه و دقت زنان به امر سلامتی و عوارض ناشی از دخانیات باشد. از آنجا که زنان بیشتر از مردان به سلامتی و بهداشت توجه دارند و با افزایش سن این حساسیت بیشتر می‌شود و نیز زنان فشار روانی ناشی از تأمین نیازمندیهای زندگی و غیره را ندارند، این نتیجه طبیعی به نظر می‌رسد. این تفاوتها در بین گروه‌های مختلف سنی در رابطه با اجتناب از دخانیات تأکیدکننده معنادار بودن تفاوت میانگین نمرات اجتناب از دخانیات گروه‌های سنی است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده شد، بین میانگین‌های نمرات گرایش به ورزش گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. این مطالعه با مطالعات بنت و مورفی (۱۹۹۷) و لولاند (۲۰۰۴) همخوانی دارد. از آنجایی که افراد با کهنلت سن و

بازنشستگی میزان فعالیتشان کم می‌شود و اغلب زندگی خانه‌نشینی و غیرفعال پیدا می‌کنند و از طرفی با افزایش سن و افزایش ابتلای به بیماریهای محدودکننده و ناتوان‌کننده مثل بیماریهای قلب و عروق و آرتروز، فعالیت آنها کم می‌شود و به اجبار خانه‌نشین می‌شوند، بنابراین طبیعی است که با افزایش سن میزان گرایش به ورزش و امید به زندگی کاهش می‌یابد. این نظریه با مطالعه لولاند (۲۰۰۴) نیز تأیید می‌شود، زیرا در مطالعه لولاند (۲۰۰۴)، افراد بالای ۸۰ سالگی که فعالیت ورزشی را به‌طور منظم شروع کردند، امید به زندگی آنها افزایش یافت.

همان‌طور که در نمودار ۲ نیز مشاهده شد؛ گروههای سنی ۲۰ تا ۲۴، ۲۵ تا ۲۹، ۳۰ تا ۳۴ و ۳۵ تا ۳۹ بیشترین گرایش را به ورزش دارند و بعد از این سنین گرایش به ورزش کاهش می‌یابد؛ به طوری که در گروه ۳۰ تا ۳۴ سالگی بیشترین گرایش به ورزش و در گروه سنی ۶۰ به بالا کمترین گرایش به ورزش مشاهده شد و همان‌طور که بیان شد در مطالعات دیگر پژوهشگران نیز به تأیید رسید، با افزایش سن و افزایش ناتوانیها و مشکلات جسمانی تمایل به ورزش و فعالیت بدنی کاهش یافته است.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده شد، بین میانگین نمرات مراقبتهای پزشکی گروههای سنی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این مطالعه با مطالعات سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) همخوانی دارد. در این مطالعات میزان اطلاع مردم از نقش مشکلات بهداشتی و بیماریها در کاهش امید به زندگی مشخص شد و نشان داد که باورهای مردم چقدر در پذیرش بهداشت و مراقبتهای بهداشتی نقش دارند و بنابراین طبیعی است که اگر این باورها در همه سنین رواج داشته باشد، در همه گروههای سنی مراقبتهای پزشکی نیز نتیجه یکسان خواهد داشت. در نهایت، نبودن تفاوت معنادار بین میانگین نمرات مراقبتهای پزشکی در گروههای سنی مختلف شاید به فرهنگ و باورها و شیوه آموزش جامعه مورد مطالعه برگردد.

در ایران بسیاری از آموخته‌ها و باورهای مردم جامعه در زمینه مراقبتهای پزشکی و بیماریها، طول عمر و مرگ و میرگه خلاف واقعیت است؛ به طوری که بعضی از افراد مرگ و بیماری را از مقدرات می‌دانند نه عاملی که باعث مرگ و یا بیماری شده است. از طرف دیگر در ایران به نقش مراقبتهای پزشکی در پیشگیری از بیماریها و حوادث کمتر توجه می‌شود و بیشتر افراد وقتی دچار بیماری و یا مشکلی می‌شوند به فکر چاره

می‌افتند. با وجود این فرهنگ و منتقل شدن آن به فرزندان، طبیعی به نظر می‌رسد که در همه گروه‌های سنی تقریباً این باورها یکسان باشند. چنانکه در جدول ۷ مشاهده شد بین میانگین نمرات ویژگی‌های روان‌شناختی گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. لولاند (۲۰۰۴) نتایج این مطالعه را تأیید می‌کند.

استرس با گستره‌ای از بیماری‌های جسمی نظیر سردرد، بیماری‌های عفونی مثل آنفولانزا، بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و آسم ارتباط دارند. به علاوه استرس، ارتباطی با خلق منفی و اختلالات خلقی مثل افسردگی و اختلالات اضطرابی، نشان می‌دهد. همچنین استرس و فشار روانی با تأثیر بر دستگاه ایمنی باعث افزایش استعداد فرد به بیماری می‌شود و وی را آسیب‌پذیر می‌کند. انسانها با یکدیگر متفاوت‌اند و سبک زندگی و تحمل و ظرفیت هر یک در برابر فشارها متفاوت است.

افراد با توجه به سبک زندگی بهداشتی خود برای مقابله با استرس، راههایی مثل استعمال دخانیات و مصرف الکل و مواد مخدر و غیره را انتخاب می‌کنند. این موارد باعث آسیب جسمی و عوارض ناشی از آن و کاهش امید به زندگی می‌شود و از آنجایی که به مقتضای هر سنی، تنش‌ها و فشارهای روانی خاص وجود دارد و در بعضی از سنین این فشارهای روانی بیشتر و یا کمتر می‌شود، طبیعی به نظر می‌رسد که میانگین نمرات ویژگی‌های روان‌شناختی گروه‌های سنی مختلف تفاوت معناداری با هم داشته باشند. به این مسأله از جنبه دیگری نیز می‌توان نگرست. در سنین مختلف ویژگی‌های فرهنگ مقدار خواب، تغذیه، ورزش، استعمال دخانیات و... متفاوت‌اند. این عوامل می‌توانند بر وضعیت سلامت فرد و امید به زندگی تأثیر بگذارند. از آنجایی که این ویژگی‌ها وابسته به ویژگی‌های روان‌شناختی فرد هستند، بنابراین توجیه‌کننده فرضیه بالا است.

چنانکه در نمودار ۴ مشاهده شد، در گروه‌های سنی ۳۵ تا ۳۹ سال به بالا افراد متأهل از نظر ویژگی‌های روان‌شناختی در سطح بالاتری قرار دارند. شاید این امر به این دلیل باشد که افراد مجرد در سنین میانسالی پس از گذراندن دوران جوانی بیشتر در معرض تنها ماندن، نداشتن پشتیبانی خانواده و احساس پوچی‌اند.

چنانکه در جدول ۸ مشاهده شد، بین میانگین نمرات ویژگی‌های عمومی گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حصار (۱۳۸۱) همخوانی دارد. در کلیه این مطالعات تصادفات و حوادث جاده‌ای و نسبتن

کمر بند ایمنی به عنوان جزئی از ویژگیهای عمومی به عنوان عاملی به حساب آمده‌اند که در کاهش امید به زندگی مؤثر بوده‌اند. در این مطالعه بیشتر سوانح رانندگی در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ و ۲۵ تا ۲۹ و ۶۰ به بالا در مردان و گروه سنی ۵۰ تا ۵۴ در زنان بوده است که با مطالعات دیگر پژوهشگران همخوانی دارد. بنابراین به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت بیشتر تصادفات در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ و ۲۵ تا ۲۹ رخ داده است؛ یعنی جوانان عامل بیشتر تصادفات رانندگی‌اند. علت این امر به نظر می‌رسد از یک طرف ورود اتومبیل‌های جدید با ضریب ایمنی کم و سرعت بالا و تمایل جوانان به استفاده از این اتومبیل‌ها و از طرف دیگر رانندگی با سرعت بالا به علت شور و هیجان جوانی و ایمنی نداشتن جاده‌های ایران باشد. علت بالا بودن میزان حوادث رانندگی در گروه سنی ۶۰ به بالا در مردان و زنان شاید اختلال حواس و توجه کافی نداشتن به اطراف و همچنین کاهش بینایی افراد باشد که این دلایل هم در مورد رانندگان و هم در مورد عابران پیاده‌ای که در این دو گروه سنی قرار دارند صادق است. طبق دلایل گفته شده، منطقی به نظر می‌رسد که از مطالعه حاضر چنین نتیجه‌ای به دست آید و بین میانگین نمرات ویژگیهای عمومی گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود داشته باشد.

چنانکه در جدول ۹ مشاهده شد، بین میانگین نمرات سبک تغذیه گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه با نتایج مطالعات پیترز و همکاران (۲۰۰۳)، سینگ و سبات و فراستر (۲۰۰۳) و رولاند و تورپ (۲۰۰۴) همخوانی دارد. آداب غذایی نادرست در کاهش امید به زندگی افراد تأثیر دارد. در سایر مطالعات نامبرده نیز به نحوی به این مطلب اشاره شده است، بنابراین نتیجه می‌گیریم که آداب نادرست سبک تغذیه در بیشتر جوامع و به خصوص جامعه مورد مطالعه در این پژوهش فراوان به چشم می‌خورد. وجود چاقی و اضافه وزن افراد در سنین بالا گواه بر ادعای ماست، زیرا افراد مسن همان سبک تغذیه‌ای را که در جوانی داشته‌اند، دنبال می‌کنند و همان مقدار کالری و انرژی را مصرف می‌کنند؛ در صورتی که با توجه به افزایش سن و کاهش فعالیت فیزیکی بدن، قدرت سلول‌ها و اعضای چون کبد و کلیه‌ها و نظایر آنها برای سوخت و ساز مواد کاهش می‌یابد، بنابراین باید مقدار کالری غذای دریافتی آنها تعدیل شود. علت دیگری که شاید بتوان در نظر گرفت نبود آگاهی کافی در جامعه ایرانی و ماندگاری روشهای تغذیه قدیمی است. تقریباً همه گروه‌های سنی در ایران، بعضی از

غذاهای سنتی و ثابت را مصرف می‌کنند، در دهه‌های اخیر تعداد محدودی از غذاهای خارجی نیز وارد ایران شده که ایرانی‌ها فقط گاهی اوقات آنها را مصرف می‌کنند و بیشتر اوقات همان غذاهای سنتی را تناول می‌کنند. بنابراین با توجه به این دلایل طبیعی به نظر می‌رسد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات سبک تغذیه گروه‌های سنی نباشد.

همان‌طور که در جدول ۱۰ مشاهده شد، بین میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج مطالعات سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) با این مطالعه همخوانی دارد. این مطالعات همگی بیانگر این نکته‌اند که تلاش متخصصان و مسؤولان بهداشت بیشتر جوامع این است که با افزایش سطح بهداشت و انجام اقدامات پیشگیرنده، از مرگ و میر کودکان و کهنسالان جلوگیری کنند، زیرا این دو گروه بیشتر از دیگر گروه‌های سنی در معرض خطر مرگ و میرند.

طبق نمودار ۶ میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ و ۵۵ تا ۵۹ و ۶۰ سال به بالا از سایر گروه‌ها بالاتر است. بالا بودن میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ شاید به علت بالا بودن میزان تصادفات رانندگی، حوادث حین کار و نظایر اینها باشد که در این گروه سنی بیشتر از گروه‌های سنی دیگر رخ می‌دهد. در ضمن بالا بودن میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر گروه‌های سنی ۵۵ تا ۵۹ و ۶۰ به بالا هم به دلیل افزایش وقوع بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطان‌ها و هم به علت از کار افتادگی جسمی و افزایش سوانح در حین کار به سبب کاهش قوای هوشیاری است. عوامل ذکر شده باعث شده که میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر این گروه‌های سنی به حدی بالا رود که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر این گروه و گروه‌های سنی دیگر ایجاد شود.

همان‌طور که در جدول ۱۰ مشاهده شد، بین میانگین‌های نمرات درصد خطر مرگ و میر زنان و مردان تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج این مطالعات با نتایج سیسکوز (۲۰۰۱) همخوانی ندارد. طبق نمودار ۶ میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر در گروه‌های سنی زنان و مردان از الگوی واحد تبعیت می‌کنند؛ به طوری که میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر مردان و زنان در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ و ۲۵ تا ۲۹ و ۵۵ تا ۵۹ و ۶۰ به بالا افزایش نشان می‌دهد و در بقیه گروه‌های سنی یکسان و ثابت است. به نظر می‌رسد بالا بودن میانگین درصد خطر مرگ و میر در گروه‌های سنی ۲۰ تا

۲۴ و ۲۵ تا ۲۹ به افزایش وقوع حوادث حین کار، سوانح رانندگی و حوادث جاده‌ای برمی‌گردد و بالا بودن میانگین نمرات درصد خطر مرگ و میر زنان و مردان در گروه‌های سنی ۵۵ تا ۵۹ و ۶۰ به بالا به سبب بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطان‌هاست که از شایع‌ترین علل مرگ و میر به شمار می‌آیند که در این سنین در هر دو جنس شایع‌اند و حتی در زنان بعد از سن یائسگی، شایع‌تر از مردان است؛ این موضوع به وضوح در نمودار ۶ نشان داده شده است.

منابع

حصاری، علی. (۱۳۸۱)، برآورد تأثیر مرگ و میرهای ناشی از سوانح و تصادفات رانندگی روی امید به زندگی و بار اقتصادی ناشی از آن، تهران، وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، ۱۲.

مولوی، حسین. (۱۳۷۹)، راهنمای علمی SPSS 10 در علوم رفتاری، اصفهان، انتشارات مهر قائم.

BENNETT, P., MURPHY, S. (1997). *Psychology and health promotion*, Buckingham: Open university press.

DEMKO, D.J. (2003). Gene offers long shot for aging. *Age venture news service*, 1-5.

DOWLING, M. (2002). Life expectancy around the world. *CIA world factbook*, 1-30.

LAI, D. & HARDY, R.J. (1999). Potential gains in life expectancy or years of potential life lost: impact of competing risks of death. *International Journal of Epidemiology*. 28(5): 894-898.

LOLAND, N.W. (2004). Exercise, health and aging. *Journal of physical activity*. 12(2), 170-184.

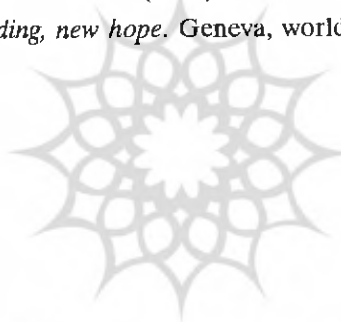
PEETERS, A., BARENDREGT, J.J., LOPEZ, A.D. & WILLEKENS, F. (2003). Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy-a life table analysis. *Annals of internal medicine*. 138(1): 24-32.

ROLAND, J., THORPE, J.R. (2004). Aging obesity and mortality. *Research on aging*. 29(1) 108-129.

SINGH, P.N., SABATE, J., FRASER, G.E. (2003). Does low meat consumption increase life expectancy in humans. *American Journal of clinical nutrition*. 78(3), 5262-5325.

SISKOS, C. (2001). Battle of the sexes how changes in life expectancy affect purchase of different types of insurance. *Kiplingers personal finance magazine*. 36(2), 21-24.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001). *World health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, world health organization.



وصول: ۸۴/۲/۱

پذیرش: ۸۵/۳/۸

شعبه‌شناسی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی