

نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران / سال پانزدهم، شماره ۳۰، پاییز و زمستان ۱۳۳-۱۰۷-۹۹

مقاله پژوهشی

مطالعه تطبیقی سبک زندگی سلامت محور سالمندان ترک و کرد در

شهر ارومیه

حسین محمودیان^۱، سجاد مقدم‌زاده^۲

چکیده

سلامت به‌عنوان سبک زندگی و پیشگیری در مقابل بیماری مطرح است که تحت تاثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، محیطی و فرهنگی افراد قرار می‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهد شرایط اقتصادی-اجتماعی متفاوت قومیت‌ها می‌تواند در سلامت آنان اثرگذار باشد. در این مطالعه، داده‌ها از تکنیک پیمایش، از طریق پرسشنامه ساختارمند و از افراد ۶۰ سال به بالاتر شهر ارومیه، شامل ۳۸۶ نفر سالمندان کرد و ترک (۲۲۶ نفر ترک، ۱۶۱ نفر کرد) جمع‌آوری گردید. میانگین و انحراف معیار برای نه بُعد مورد مطالعه، برای قومیت ترک به ترتیب ۱۷/۸۳ و ۲/۱۸ و برای قومیت کرد ۱۸/۴۸ و ۲/۱۱ با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۴ بدست آمد. نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد که قومیت بدون کنترل متغیرهای جمعیتی و اقتصادی با ضریب ۰/۱۴۵ تاثیر مثبتی بر سبک زندگی سالمندان دارد که با کنترل همین متغیر به ۰/۱۸۲ افزایش می‌یابد و درآمد ماهیانه و قومیت (یعنی کرد بودن) بیشترین تاثیر مثبت و معنادار را بر آن دارد. یافته‌ها نشان دادند شرایط اجتماعی-جمعیتی و اقتصادی، تفاوت معناداری را در سبک زندگی سلامت محور دو قومیت بوجود می‌آورد. سالمندان قوم کرد سبک زندگی سالم‌تری از سالمندان قوم ترک دارند که می‌تواند بیانگر وضعیت اقتصادی بهتر قومیت کرد در مقایسه با قومیت ترک در شهر ارومیه باشد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی سلامت‌محور، قومیت، سالمندان، ترک و کرد، ارومیه.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۴

۱ دانشیار جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران؛ hmahmoud@ut.ac.ir

۲ دانش‌آموخته کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)؛ sajjad.moghaddamz@ut.ac.ir

DOI: <https://dx.doi.org/10.22034/jpai.2021.528866.1181>

مقدمه و بیان مسئله

قومیت^۱ یا گروه قومی، به اجتماعی از افراد اطلاق می‌شود که برای خود سرگذشت تاریخی (منشأ و نیاکان)، سرزمین، آداب و رسوم، زبان و نهادهای فرهنگی مشترکی قائل‌اند و در برابر آن‌ها احساس تعلق، تعهد و وفاداری کم و بیش مشترکی دارند (عبدالهی و قادرزاده ۱۳۸۲: ۳). به عبارت دیگر، ترکیبی از زبان، دین، نژاد و سرزمین مادری و فرهنگ ملازم آن، عناصر معرف مفهوم قومیت هستند. مطالعات نشان می‌دهد که قومیت‌های مختلف تحت تاثیر شرایط خاص اقتصادی-اجتماعی قرار دارند که می‌تواند در کیفیت و سبک زندگی آن‌ها اثرگذار باشد. همچنین، رفتارهای اجتماعی و فردی قومیت‌ها ارتباط مستقیمی با سبک زندگی آن‌ها دارد و می‌توان گفت تفاوت در سبک زندگی، در میان قومیت‌هایی که در یک منطقه مشترک ساکن هستند نیز وجود دارد. برای نمونه، ممکن است یک قوم در یک منطقه خاص با کمبود سرمایه‌های اقتصادی-اجتماعی روبرو باشد و قوم دیگر در همان منطقه، شرایط را برای ارتقای اجتماعی و امکانات اقتصادی فراهم ببیند. بنابراین، چرایی و تبیین تفاوت در سبک زندگی افراد قومیت ترک و کرد ساکن در شهر ارومیه از اهمیت برخوردار است و اینکه کدام قومیت سبک زندگی‌شان رو به سلامت می‌رود، یا بدتر می‌شود و یا بدون تغییر باقی می‌ماند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار دارد.

امروزه، سبک زندگی در میان گروه‌های اجتماعی و قومیت‌های مختلف مفاهیم گسترده و وسیعی یافته که نیاز به مشخص کردن مولفه‌ها، شاخص‌ها و ابعاد آن است. ارتقای سلامت جسمانی، اجتناب از مصرف دارو و مواد مخدر، فعالیت‌های فیزیکی و جسمانی و مدیریت استرس از جمله اعمال مرتبط با سبک زندگی می‌باشد که با عنوان سبک زندگی سلامت‌محور^۲ شناخته می‌شوند (کرمی و همکاران ۱۳۹۳؛ کاوه‌فیروز ۱۳۹۰؛ پارسامهر و رسولی‌نژاد ۱۳۹۴). در ایران با توسعه تکنولوژی، گسترش زیرساخت‌های صنعتی، افزایش شهرنشینی، کنترل نسبی بیماری‌های عفونی خصوصاً بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، کاهش میزان‌های مرگ و میر

1 Ethnicity

2 Health lifestyle

کودکان، تغییر ساختار سنی جمعیت، افزایش درصد جمعیت سالمندان کشور و افزایش امید زندگی تغییرات گسترده‌ای در سبک زندگی و سیمای علل بیماری‌ها به وقوع پیوسته است (میرزایی و همکاران ۱۳۹۹؛ کردزنگنه ۱۳۸۱؛ خسروی و چمن ۱۳۸۹). به عبارت دیگر، گذار اپیدمیولوژیک با تغییر الگوی علل مرگ و میر و بیماری که همزمان با گذار دموگرافیک و تغییرات آن در ترکیب سنی جمعیت همراه است، اتفاق می‌افتد (میرزایی و علیخانی ۱۳۸۶؛ میرزایی ۱۳۸۴؛ ذکایی، ودادهیر و خاشعی ۱۳۹۵).

تحقیقات صورت گرفته در ایران به صورت دقیق و منحصر رابطه قومیت با سلامت را روشن نمی‌کند؛ چراکه برخی از پژوهش‌ها فقط به بررسی رابطه سلامت با متغیرهای زمینه‌ای (اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی) پرداخته‌اند و قومیت را صرفاً به عنوان یکی از زمینه‌ها در نظر گرفته‌اند. روشن شدن بسیاری از مسائل پنهان سلامت قومیت‌ها می‌تواند اساس توسعه باشد و به سلامت سالمندان و ارتقای امید زندگی آن‌ها منجر شود. با این حال، بیماری‌های مزمن و غیرواگیردار که در سالمندی گریبان‌گیر افراد می‌شود به نوع سبک زندگی افراد و گروه‌های اجتماعی مربوط می‌شود (میرزایی ۱۳۸۴). با اینکه سلامتی سالمندان جز برنامه‌های توسعه است و شاخص‌های سلامتی در بسیاری از متغیرهای جمعیتی مورد بررسی قرار گرفته است، ولی این شاخص‌ها همچنان در میان سالمندان قومیت‌های مختلف بدون مطالعه باقی مانده‌اند. اگر بتوان الگوهای سبک‌زندگی را بر اساس گروه‌بندی‌های اجتماعی تبیین، و توزیع اجتماعی آن را شناسایی کرد می‌توان سیاست‌هایی برای ارتقای سلامت در پیش گرفت. غالب اینگونه سیاست‌ها بسیار کم‌هزینه تر از ارتقای سطح خدمات بهداشتی درمانی در جامعه است و کمتر به توان مدیریتی متمرکز احتیاج دارد. همچنین، شناختن ریشه‌های شکل‌گیری سبک زندگی سالم و مضر می‌تواند در تنظیم برنامه‌های تبلیغاتی بهداشتی کارایی داشته باشد (کاکرهم^۱ ۲۰۰۰:۱۶۹). بندهای «۶» و «۷» سیاست‌های جمعیتی ابلاغ شده از سوی "مقام معظم رهبری" در سال ۱۳۹۳ نشان می‌دهد، ارتقای امیدزندگی، تامین سلامت، احترام و تکریم سالمندان و سلامت آن‌ها یک پارامتر مهم ارزیابی شده که نیازمند سیاست‌گذاری خرد و کلان دارد.

حال این سوالات مطرح می‌شود که " آیا در سبک زندگی سلامت محور، سالمندان دو قوم ترک و کرد تفاوت معناداری وجود دارد؟ و آیا تفاوت‌های سبک‌زندگی سلامت‌محور سالمندان ترک و کرد به دلیل تفاوت‌های قومیتی، شرایط اقتصادی-اجتماعی و جمعیتی آنان است؟ یا خیر؟". مقاله حاضر، کوششی است در جهت پاسخگویی به این سوالات پژوهشی.

پیشینه تحقیق

همان‌گونه که اشاره شد، تحقیقات داخلی که منحصرراً رابطه قومیت و سلامت را بررسی کند بسیار اندک است و فقط برخی از تحقیقات در نتایج تحقیق خود به اثر متغیر قومیت پرداخته‌اند. در واقع پژوهشی که زمینه رفتارهای سلامت محور دو قوم ترک و کرد را مطالعه کند در دست نیست. مرتبط‌ترین پژوهش به موضوع تحقیق حاضر، شاید پژوهشی با عنوان "مقایسه وضعیت اضافه وزن و چاقی در نوجوانان دختر آذری و کرد ساکن شهر ارومیه" باشد (رضازاده ۱۳۹۸). دلیل این مشابهت متغیری است که ما در پژوهش همان را بین دو گروه قومیت سالمند مطالعه کرده‌ایم. این مطالعه با مشارکت ۳۵۰ دانش‌آموز دختر (۲۱۹ آذری و ۱۳۱ کرد) در سنین ۱۶ تا ۱۸ سال بوده است و نتایج آن حاکی از آن است که، فراوانی چاقی و فراوانی اضافه وزن براساس معیار سازمان بهداشت جهانی، در نوجوانان دختر آذری بیشتر از نوجوانان دختر کرد است. با اینحال، مطالعات داخلی مرتبط با این تحقیق را بر اساس عوامل جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی اثرگذار در سبک زندگی سلامت‌محور و کیفیت زندگی (براساس قومیت و سالمندی) ذکر می‌شود.

برخی مطالعات (کاوه‌فیروز ۱۳۹۰؛ زارع و همکاران ۱۳۹۳؛ موحد و همکاران ۱۳۹۴) که به بررسی عوامل جمعیتی و اجتماعی موثر بر سبک زندگی سالمندان پرداخته‌اند، آشکار ساخته‌اند که سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان بر حسب سن، تحصیلات، جنس و شرایط اجتماعی نابرابر تفاوت می‌پذیرد. پژوهش‌های (حسن‌زاده یامچی و همکاران ۱۳۹۳؛ صمیمی و همکاران ۱۳۸۵) به رابطه سبک زندگی با سرمایه فرهنگی و سلامت عمومی دانشجویان پرداختند، دریافتند که سبک زندگی افراد در بُعدهایی مانند: ورزش تندرستی، کنترل وزن و تغذیه،

پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، اجتناب از داروها، مصرف مواد مخدر و الکل و پیشگیری از حوادث از هم تفاوت می‌پذیرد. کرد زنگنه (۱۳۹۱) به عوامل اجتماعی جمعیتی موثر بر سبک زندگی سلامت‌محور پرداخت و نتیجه گرفت، با افزایش سن توجه به تناسب اندام کاهش یافته و از طرف دیگر افراد محتاط‌تر شده و رانندگی کم‌خطری دارند. مطالعه وحدانی‌نیا و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه سلامت از مردم ایران دریافت که عوامل اجتماعی-اقتصادی از قبیل: وضعیت اشتغال، سطح درآمد و شهر محل سکونت تاثیر بسزایی بر سطح سلامت افراد دارد. استاجی و همکاران (۱۳۸۵) تاکید کردند که شیوه زندگی افراد نظیر (کم‌تحرکی، چاقی، مصرف دخانیات) یک مسئله قابل ملاحظه است و ضرورت اجرای برنامه مداخله‌ای مستمر جهت تغییر رفتارهای فردی و شیوه زندگی را ایجاب می‌کند.

در مطالعاتی که قومیت را بصورت ضمنی از عوامل اثرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور افراد دانسته‌اند، می‌توان به مطالعه کرمی و همکاران (۱۳۹۳) اشاره کرد که نشان دادند سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان بر اساس قومیت آنان تفاوت می‌پذیرد؛ همچنین، موحدمجد و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه مشابه دریافتند که متغیرهای جمعیتی مانند قومیت، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان و طبقه اقتصادی-اجتماعی با خودارزیابی سلامت سالمندان رابطه معنی‌داری دارد و افراد طبقه اجتماعی پایین‌تر که درآمد کمتری دارند نسبت به طبقات بالا، سلامت خود ادراک پایینی دارند.

در برخی تحقیقات خارجی در حوزه سلامت، نژاد همراه با قومیت به کار برده شده است. اگرچه این دو مفاهیمی نزدیک به هم هستند اما تفاوت‌هایی دارند؛ نژاد مربوط به مشخصات بیولوژیکی است و قومیت بیشتر برای توصیف گروه‌های اجتماعی به کار برده می‌شود. در واقع اقوام مختلف نه با مشخصات فیزیکی‌شان، بلکه با توجه به مناطق گوناگونی که در آن سکونت دارند مشخص می‌شوند. به عنوان نمونه، مطالعات (ویلت‌شایر^۱ و همکاران ۲۰۰۶؛ ریچارد^۲ ۱۹۹۴؛ بوکا^۳ ۲۰۰۵، ژرانت^۴ و همکاران ۲۰۰۸) در جهت بررسی اطلاعات سلامتی میان

1 Jacqueline Wiltshire
2 Richard S. Cooper
3 Stephen L. Buka
4 Jerant

قومیت‌ها و نژادهای مختلف بوده است که نشانگر تفاوت در سلامت میان اقوام و نژاد سیاه‌پوست و سفید پوست می‌باشد که فاکتورهای اقتصادی-اجتماعی قومیت‌ها نقش اساسی در این تفاوت داشته‌اند. مجاهید^۱ و همکاران (۲۰۰۸) در یک مطالعه چند قومی، به ارتباط بیماری در محیط‌های همسایگی پرداختند و نشان دادند اقوامی که در محله یا محیط بهتر ساکن هستند شاخص‌های سلامت بالاتری دارند. درسلر^۲ و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقی با عنوان "قومیت و نژاد در تحقیقات سلامت عمومی: مدلی برای بیان تفاوت‌های سلامتی" نشان دادند که، تفاوت در سلامتی قومیت‌ها بر اساس پنج مدل نژادی- قومی، رفتار سلامتی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، فشار روانی و ساختاری ناشی از تفاوت در نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی افراد بوده است. همچنین، مطالعه گراووزر^۳ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که تفاوت در مصرف دارو برای مدیریت سلامتی خود، میان سالخورده‌گان و میانسالان قومیت‌های مختلف متفاوت است. در مطالعات صورت گرفته، سبک زندگی سلامت‌محور افراد منحصر بر اساس گروه قومی‌شان مطالعه نشده‌اند. در واقع قومیت به عنوان یکی از متغیرهای اثرگذار بر سلامت افراد و در کنار سایر متغیرها وارد تحقیق شده است. همچنین در تحقیقات داخلی مشخص نیست که تعلق به یک گروه قومی از چه طریقی سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با توجه به اینکه سلامت افراد می‌تواند در درون یک منطقه تحت تاثیر مشخصه‌های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی گروه‌های قومی مختلف آن منطقه باشد؛ نیاز است در مطالعات سبک زندگی توجه بیشتری به تفاوت قومیت‌ها و ویژگی‌های جمعیتی - اجتماعی آن‌ها شود.

مبانی نظری

رویکردهای نظری گوناگونی برای تبیین سبک زندگی گروه‌های اجتماعی و نظریاتی مربوط به مفاهیم قومیتی وجود دارد. باین حال مطالعاتی که صرفاً سلامت گروه‌های قومیتی را تئوریزه کرده باشد، در دسترس نیست. در اینجا ما در ابتدا به نظریه‌های مرتبط با تبیین‌های اجتماعی سبک زندگی و بعد آن به نظریات قومیتی می‌پردازیم.

1 Mujahid MS

2 William W. Dressler

3 Joseph Grzywacz

یکی از پیشگامان نظریه‌پردازی در زمینه سبک زندگی، آنتونی گیدنز^۱ است. در نظر گیدنز، در دنیای آکنده از امکانات گوناگون برای گزینش شیوه زندگی، برنامه‌های استراتژیکی از اهمیتی خاص برخوردار است (گیدنز ۱۳۸۶:۲۲۲). انتخاب شیوه زندگی و برنامه‌ریزی زندگی صرفاً در بین عامل‌های اجتماعی زندگی روزمره یا عناصر تشکیل دهنده آن قرار ندارند، بلکه مرتبط با موقعیت‌های نهادینی هستند که به افراد کمک می‌کنند تا به کنش‌های خود شکل دهند (گیدنز ۱۳۸۶:۲۲۵). در دیدگاه گیدنز، در جوامع امروزی، افراد حتی اگر در پایین‌ترین موقعیت اجتماعی قرار داشته باشند، از میان انتخاب‌های متنوع محلی و حتی جهانی، انتخاب‌های بسیار زیادی دارند. انتخاب سبک زندگی از سوی عاملان در محدودیت‌ها و فرصت‌هایی اتفاق می‌افتد که به واسطه موقعیت اجتماعی فرد فراهم شده است، اما هر کسی تا حدودی با پذیرش انفعالی روبرو است (کاکرهام ۲۰۰۵:۵۷). گیدنز تاکید می‌کند که موقعیت ساختارها، دامنه انتخاب آزاد برای کنشگران و یا تعدد عاملان را در شرایط ویژه محدود می‌سازند.

پیر بوردیو^۲ نیز طرفدار ساختار است (ریترز ۱۳۸۴). تمرکز اصلی بوردیو روی این سوال است، که چگونه اعمال معمول افراد به وسیله ساختار بیرونی جهان اجتماعی‌شان تحت تاثیر قرار می‌گیرد و این اعمال، چگونه بطور معکوس باعث حفظ و بقای این ساختار می‌شوند؟ مفهوم اصلی در این رابطه منش (ریختار یا عادتواره یا ساختمان ذهنی)^۳ است. بوردیو با وارد کردن ساختمان ذهنی در تحلیل خود به بررسی برداشت‌های ذهنی از موقعیت عینی طبقه اجتماعی می‌پردازد. وی اعتقاد دارد که در هر طبقه سبک و سلائق مشخصی ملاحظه می‌گردد که مشخصه پایگاه اجتماعی است. بررسی وی مبین این است که طبقات و گروه‌های شغلی مختلف در فرانسه (مثل کارگران، دانشگاهیان و تکنسین‌ها) تمایل به داشتن سلیقه‌های مختلف در موزیک، غذا و... دارند (سازگارا ۱۳۸۹:۱۲). اعمال سبک زندگی شامل اشکال خاص لباس پوشیدن، انتخاب‌های غذایی، موزیک، هنر، ورزش، فعالیت‌های اوقات فراغت و... می‌شوند.

1 Anthony Giddens

2 Pierre Bourdieu

3 Habitus

اگرچه سبک‌های زندگی شامل سبک‌های زندگی سلامت، می‌توانند به تمامی طبقات، گروه‌های جنسیتی و مرزبندی‌های قومی و نژادی منتشر شوند، اما معمولاً برای هر گروه منزلتی خاص و متمایزند (کاکرهام، کونز و لاسچن^۱؛ ۱۹۹۸).

ماکس وبر^۲ خصیصه اصلی سبک زندگی را انتخابی بودن دانسته است. اما انتخابی که در محدوده مضایق ساختاری است؛ تنگناهای که احتمال تحقق یافتن انتخاب‌ها را محدود می‌کنند. وی این محدودیت‌ها را اقتصادی و اجتماعی می‌داند (کاکرهام و همکاران ۱۹۹۷: ۳۳۱). ایده ماکس وبر این است که سبک‌های زندگی رفتارهای تصادفی غیرمرتبط با ساختار نیستند، بلکه انتخاب‌های آگاهانه و عمدی هستند که به وسیله بخت‌ها تحت تاثیر قرار می‌گیرند. کاکرهام و همکاران (۱۹۹۳) معتقدند که کار مهم ماکس وبر قابل فهم کردن سبک‌های زندگی در اصطلاح جامعه‌شناسی است که در برقرار کردن رابطه دیالکتیکی بین بخت و تدبیر خود را نمایان می‌سازد. بنابراین در چارچوب وبر می‌توان گفت که افراد تا حدی آزادند، اما در انتخاب سبک زندگی‌شان کاملاً آزاد نیستند. محدود کننده‌هایی سبک زندگی در بستر وبری در درجه اول اقتصادی - اجتماعی هستند.

نظریه‌پردازی که به شکل مستقیم به پژوهش درباره سبک زندگی سلامت محور پرداخته، کاکرهام است. او بحث عامل بودن و ساختار را در امتداد رابطه دیالکتیک فرصت-انتخاب، که در حوزه سبک‌های زندگی از وبر، گیدنز و بوردیو به جای مانده است و به عنوان چارچوبی برای ساخت نظریه سبک زندگی سلامت محور به کار می‌گیرد. کاکرهام، در تعریف سبک زندگی سلامت محور می‌گوید: "سبک زندگی سلامت محور، الگوهای تجمعی از رفتارهای مرتبط با سلامت هستند که مبتنی بر انتخاب‌های ممکن برای افراد، بنابر فرصت‌هایی که در زندگی دارند. این رفتارها، که سلامت افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند- به گونه ای مثبت یا منفی- کنش‌های تصادفی افراد نیستند، بلکه الگوهای شناختی از فعالیت‌های ویژه برای گروه‌ها، موقعیت‌های اجتماعی و جوامع را تشکیل می‌دهند (کاکرهام ۲۰۰۰: ۱۵۳). به اعتقاد وی،

1 Cockerham, kunz and Lueschen

2 Max Weber

سبک‌های زندگی سلامت محور که زیر مجموعه‌ای کلی از سبک‌های زندگی هستند و می‌توانند سالم یا ناسالم باشند و شامل: کنش‌هایی در ارتباط با عادت‌هایی غذایی، نوشیدنی‌ها، سیگار کشیدن، ورزش، شرایط استرس‌زا، استراحت کافی، بهداشت فردی و دیگر رفتارهای مرتبط با سلامت هستند. در بیان وبر، انتخاب‌های زندگی نماینده نقش‌عاملی و فرصت‌های زندگی شکلی از ساختار هستند (کاگرهام ۲۰۰۰:۱۵۳).

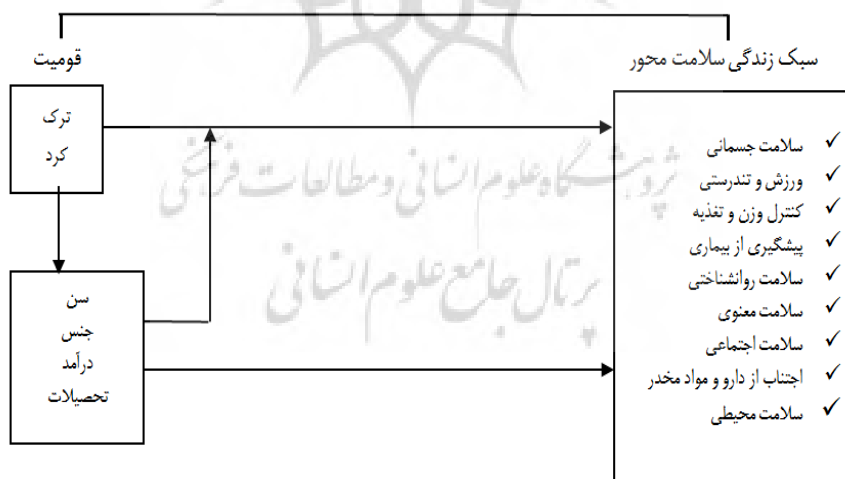
در مباحث مربوط به شکل‌گیری هویت‌های قومی سه رویکرد اصلی را می‌توان از یکدیگر بازشناخت: ۱- رویکرد دیرینه‌گرا^۱، ۲- رویکرد ابزارگرا^۲ و ۳- رویکرد برساخته‌گرا^۳. در رویکرد دیرینه‌گرا هویت قومی اساساً گونه‌ای همانندسازی با گروه است که از لحاظ تعلق خاطر به خانواده شباهت دارد. حس تعلق قومی به طور طبیعی پس از متولد شدن فرد در یک گروه قومی پدید می‌آید. از این‌رو، هویت قومی هویتی "دیرین" تلقی می‌شود که به اعتبار تولد در یک قوم در فرد شکل می‌گیرد. دیرینه‌گرایان حس تعلق به یک گروه قومی را ریشه در تاریخ می‌دانند زیرا پیوندهای خانوادگی یا تبار اعضای گروه است که چنین حسی را در آن‌ها پدیدار ساخته است. قومیت هر فرد بر پایه قومیت پدر و مادرش تعیین می‌شود؛ از این رو باید آن را مثل جنسیت یا سن یک صفت اکتسابی دانست (سیدامامی ۱۳۸۷ و احمدی ۱۳۷۶). قومیت از دید صاحب‌نظران رویکرد ابزارگرا گاهی اجتماعی، سیاسی و فرهنگی محسوب می‌شود که در موقع مقتضی می‌توان از آن برای بسیج احساسات گروهی عناصری را بیرون کشید و مورد استفاده قرار داد. طرح گسترده مسائل قومیت معمولاً در زمانی صورت می‌گیرد که نخبگان قومی برای پیشبرد برخی خواسته‌های سیاسی بخواهند از این منبع استفاده کنند. بنابراین، قومیت اساساً ابزاری برای بسیج اجتماعی و سیاسی اعضای گروهی خاص در جهت تامین خواسته‌های سیاسی مشخص است (سیدامامی ۱۳۸۷:۲۱). در نهایت، برساخته‌گرایان ناسیونالیسم قومی را امری ساخته پرداخته شده در جریان فرایندی از تبادل معنا در میان اعضا در نظر می‌گیرند. تاریخ

1 Primordialism
2 Instrumentalism
3 Constructivism

ناسیونالیسم نشان می‌دهد که این پدیده مدرن و متعلق به قرون اخیر بوده است و به عنوان یک برساخته اجتماعی که اهداف سیاسی و ایدئولوژیکی را تامین می‌کرده توسط نخبگان و سایر سخنگویان ملت خلق شده است (سیدامامی ۱۳۸۷: ۲۱).

چارچوب نظری این تحقیق، قومیت ترک و کرد، ویژگی‌های جمعیتی - اجتماعی دو قوم و سبک زندگی سلامت محور آن‌ها را در نظر دارد و بر این فرض استوار است که عوامل جمعیتی - اجتماعی دو قومیت ترک و کرد، نقش تعیین‌کننده‌ای در سبک زندگی سلامت محور آن‌ها دارد. همان‌طور که نظریه‌ها نشان دادند سبک زندگی متأثر از جایگاه فرد در ساختارهای عینی - اجتماعی است و آن هم مشخص کننده میزان بهره‌مندی فرد از انواع سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. با مشاهده مدل، می‌توان سازوکار و اثرگذاری قومیت بر سبک زندگی سلامت محور را به نمایش گذاشت.

با توجه به زمینه‌های تجربی و نظری که تا به اینجا بررسی شد، مدل نظری و فرضیات زیر مطرح می‌گردد:



شکل ۱. سازوکار اثرگذاری قومیت بر روی سبک زندگی سلامت محور

- قومیت به عنوان یک متغیر ساختاری در ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تفاوت بوجود می‌آورد.
- عوامل اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی می‌تواند در سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان دو قومیت ترک و کرد تفاوت بوجود آورد.
- با کنترل سایر متغیرهای زمینه‌ای، متغیر قومیت اثر خود را از دست نخواهد داد.

روش و داده‌های تحقیق

داده‌های این مقاله از پیمایش زنان و مردان ترک و کرد ۶۰ سال و بالاتر شهر ارومیه که در آن اطلاعات از طریق پرسش‌نامه ساخت‌یافته گردآوری شده اکتباس یافته است. جامعه آماری تحقیق، زنان و مردان بالای ۶۰ سال ساکن در شهر ارومیه با جمعیت ۶۷،۳۴۳ نفر می‌باشد که ۳۴،۳۹۱ نفر آنان زن و ۳۲،۹۵۲ نفر آنان مرد است (مرکز آمار ایران ۱۳۹۵).

جدول ۱. تعداد و درصد افراد بالای ۶۰ سال ساکن در شهر ارومیه به تفکیک مرد و زن

سن	زن	مرد	مرد و زن
۶۰-۶۴	۱۲۳۴۳	۱۲۳۵۷	۲۴۷۰۰
۶۵-۶۹	۷۷۷۳	۷۴۳۵	۱۵۲۰۸
۷۰-۷۴	۵۳۶۳	۵۰۸۹	۱۰۴۵۲
۷۵ و بیشتر	۸۹۱۰	۸۰۷۱	۱۶۹۸۱
جمع کل	۳۴۳۹۱	۳۲۹۵۲	۶۷۳۴۳

با مشخص بودن تعداد جامعه آماری برای تعیین حجم نمونه از فرمول تعیین حجم نمونه کوکران استفاده شده است:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

با جایگذاری اعداد پیش فرض در این فرمول عدد $381/98$ بدست آمد؛ به این معنا که اگر تعداد نمونه 382 نفر باشد می‌توان نتایج بدست آمده از نمونه را به جامعه مورد مطالعه تعمیم داد. دقت این محاسبه با سطح خطای 5% صورت گرفته است. نمونه مورد بررسی از مناطق پنج‌گانه شهر ارومیه است. با توجه به اینکه، تعداد دقیق افراد ترک و کرد در این مناطق مشخص نبوده و هیچ منبع معتبری اطلاعات قومیتی را در اختیار قرار نمی‌دهد؛ برای آگاهی از مناطقی که کردها و ترک‌ها ساکن باشند از روش اشتهراری^۱ استفاده شده است. در روش اشتهراری جامعه‌شناس از افراد مطلع و آگاه می‌پرسد که افراد دیگر را در کدام طبقه اجتماعی می‌توان جای داد و اگر در میان این منابع اطلاعاتی اتفاق نظر بود جامعه‌شناس می‌تواند به داوری آن‌ها اعتماد کند (کوئن^۲ ۱۳۷۴: ۲۴۰). با بهره‌گیری از این روش، از افراد مطلع پرسیدیم که افراد قومیت‌های ترک و کرد در کدام مناطق ساکن بوده و از کدام طبقه هستند و با جمع‌آوری اطلاعات کامل‌تر از پرسنل سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان آذربایجان غربی، از مناطق محل سکونت و طبقه اجتماعی دو قومیت ترک و کرد اطلاعاتی دقیق بدست آمد. با توجه به این اطلاعات، در بیشتر محلات اکثریت با ترک‌ها، در محلات معدودی اکثریت با کردها، و در چند محله از هر دو قومیت وجود داشت. با انتخاب تصادفی شش محله از نه محله ترک‌نشین - کردنشین - ترک و کردنشین، از مصاحبه‌گران خواسته شد با توجه به نقشه مناطق در سیستم موقعیت‌یاب جهانی^۳ به محلات مراجعه کرده و با سالمندان بالای ۶۰ سال مصاحبه کنند. تصمیم بر آن شد کوچه‌هایی که در آن سالمند سکونت دارد مراجعه شود و به صورت میانگین از هر ۵ سالمند با ۱ نفر مصاحبه صورت گیرد. سرانجام با انتخاب تصادفی چندین محله و مراجعه به آدرس آن بلوک‌ها، داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد. تعداد نمونه 387 نفر می‌باشد که 226 نفر آن سالمندان ترک و 161 نفر از آنان سالمندان کرد هستند و از این مقدار، $58/6$ درصد نمونه را ترک‌ها و $41/4$ درصد را کردها تشکیل می‌دهند. در جدول ۲ جزئیات نمونه‌گیری و طبقه افراد گزارش شده است.

1 Famous Method

2 Bruce kohen

3 GPS

جدول ۲. تعداد و درصد نمونه دو قوم ترک و کرد در شش محله منتخب شهر ارومیه

نام محله	شماره منطقه	طبقه اجتماعی	تعداد نمونه (نفر)	ترک ساکن (درصد)	کرد ساکن (درصد)	درصد نمونه (کرد و ترک)	تعداد نمونه (کرد و ترک)
اسلام آباد	۳	پایین	۴۰	-	٪ ۱۰۰	٪ ۱۰۰ (کرد)	۴۰ کرد
المهدی	۲	پایین	۴۰	-	٪ ۱۰۰	٪ ۱۰۰ (ترک)	۴۰ ترک
استاد شهریار	۳	متوسط به پایین	۸۵	٪ ۶۰	٪ ۴۰	٪ ۶۰ (ترک) / ٪ ۴۰ (کرد)	۵۱ ترک / ۳۴ کرد
هشت شهریور	۳	متوسط	۸۸	٪ ۶۰	٪ ۴۰	٪ ۶۱/۵ (ترک) / ٪ ۳۸/۵ (کرد)	۵۳ ترک / ۳۴ کرد
ایثار	۳	متوسط به بالا	۸۰	٪ ۶۰	٪ ۴۰	٪ ۶۰ (ترک) / ٪ ۴۰ (کرد)	۴۸ ترک / ۳۲ کرد
گلشهر	۵	بالا	۵۴	٪ ۶۰	٪ ۴۰	٪ ۵۹ (ترک) / ٪ ۴۱ (کرد)	۳۲ ترک / ۲۱ کرد
مجموع	-	-	۳۸۶	-	-	۵۸/۶ (ترک) / ۴۱/۴ (کرد)	۲۲۶ ترک / ۱۶۱ کرد

در این پژوهش متغیر مستقل قومیت، همان ترک و کرد بودن است. متغیر وابسته نیز سبک زندگی سلامت‌محور است که به تعبیر گیلدنز (۱۳۸۶) مجموعه‌ای کم و بیش جامع از عملکردها تعبیر می‌شود که فرد آن‌ها را به کار می‌گیرد. این عملکردها نه فقط نیازهای جاری او را برآورده می‌سازد، بلکه روایت خاصی را هم که وی برای هویت شخصی خود برگزیده است در برابر دیگران مجسم می‌کند؛ در واقع عملکردها در نوع پوشش، خوراک، طرز کار و محیط‌های

مطلوب برای دیگران تجسم می‌یابند. در این مقاله، متغیر وابسته در نه بُعد مطالعه می‌شود که عبارتند از: سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روانشناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی اجتناب از داروها و موادمخدر و سلامت محیطی. متغیرهای جمعیتی-اجتماعی اثرگذار بر سبک‌زندگی سلامت‌محور دو قومیت، شامل متغیرهای جمعیتی (سن: ۶۰ سال و بالاتر)، (جنس: مرد و زن)، و (تحصیلات: بی‌سواد و باسواد) و در متغیرهای اقتصادی-اجتماعی (درآمد ماهانه خانوار، هزینه کل خانوار در ماه و قیمت تقریبی منزل) می‌باشد.

روش گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته بود و اعتبار ابراز اندازه‌گیری از روش اعتبار محتوایی، و آزمون پایایی از روش آلفای کرونباخ بررسی و تایید شد. ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی یک پرسشنامه، با آزمون با تاکید بر همبستگی درونی گویه‌ها است و بخش‌های پرسشنامه برای سنجش ضریب پایایی آزمون به کار می‌رود. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایایی، تا مثبت یک (+۱) به معنای پایایی کامل قرار می‌گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد +۱ نزدیک‌تر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می‌شود. در تحقیق ما ضریب آلفای کرونباخ بدین‌گونه قابل تفسیر است که، اگر ضریب آلفا بیشتر از ۰/۷ باشد از پایایی قابل قبولی برخوردار است بدین منظور از طریق اجرای پیش‌آزمون و تکمیل ۳۰ پرسشنامه به بررسی پایایی پرداخته شد که نتایج نشان داد پایایی بالای ۰/۸ می‌باشد.

یافته‌ها

تعداد مصاحبه‌شوندگان برای هر دو جنس گروه قومی ترک مساوی بود؛ یعنی از ۲۲۶ نفر، ۱۱۳ نفر مرد و ۱۱۳ نفر زن؛ و برای قومیت کرد از ۱۶۱ نفر، ۸۱ نفر مرد و ۸۰ نفر زن بود. همان‌طوری که اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد، توزیع سنی برای هر دو قومیت ترک و کرد بیشترین درصد مصاحبه‌شوندگان مربوط به گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله است. درصد مصاحبه‌شوندگان در گروه سنی ۶۵-۶۹ ساله در هر دو گروه قومی تقریباً برابر است، برای گروه

سنی ۷۰-۷۴ ساله گروه قومی ترک دو برابر گروه قومی کرد است و در سالمندان بالای ۷۵ سال، ترک‌ها ۱۹/۹ درصد و کردها ۷/۵ درصد است. توزیع نمونه نشان می‌دهد افراد باسواد قوم ترک ۵۵/۸ درصد و از طرف دیگر افراد بی‌سواد قوم کرد ۵۶/۶ درصد می‌باشد. همچنین بر اساس اطلاعات جدول مذکور، در مجموع ۸۳/۲ درصد کردها درآمدی بالای ۱/۵ میلیون تومان در ماه داشتند در حالی‌که ۹۳/۸ درصد ترک‌ها درآمدی کمتر از ۲/۵ میلیون تومان داشته‌اند. تفاوت دو برابری میانگین درآمد کردها در مقایسه با ترک‌ها نشانگر درآمد بالای کردهاست. بعلاوه، بیش از نیمی از ترک‌ها هزینه‌ای بین ۵۰۰ تا ۱/۵ میلیون تومان در ماه داشته‌اند که می‌تواند به درآمد کم آنان مربوط باشد. بیشترین فراوانی در قیمت تقریبی منزل که شامل ۳۰ درصد کل نمونه است، برای ترک‌ها بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلیون تومان و برای کردها بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلیون تومان است. همچنین، میانگین قیمت تقریبی منزل برای قومیت کرد ۴۳۰ میلیون تومان و برای قومیت ترک ۲۷۹ میلیون تومان بدست آمد.

جدول ۳. توزیع پاسخگویان بر حسب مشخصه‌های جمعیتی، اقتصادی - اجتماعی

گروه سنی	ترک		کرد		درآمد
	فراوانی	درصد	فراوانی	فراوانی	
۶۰-۶۴ سال	۸۶	۳۸/۱	۹۱	۵۶/۶	زیر ۵۰۰ هزار تومان
۶۵-۶۹ سال	۶۱	۲۷	۴۴	۲۷/۳	۵۰۰ هزار تا ۱/۵ م
۷۰-۷۴ سال	۳۴	۱۵	۱۴	۸/۷	۱/۵ تا ۲/۵ م
۷۵ سال به بالا	۴۵	۱۹/۹	۱۲	۷/۵	۲/۵ تا ۳/۵ م
					بیشتر از ۳/۵ م
کل	۲۲۶	۱۰۰	۲۲۶	۱۰۰	کل
					میانگین
					۱،۴۷۰،۱۷۶
					۳،۰۵۹،۳۱۶

ادامه جدول ۳. توزیع پاسخگویان بر حسب مشخصه‌های جمعیتی، اقتصادی-اجتماعی

کرد	ترک		قیمت منزل (تقریبی)		فرآوانی	کرد	ترک		سطح سواد	
	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی			درصد	فرآوانی		
۱۱/۸	۱۹	۱۶/۴	۳۷	زیر ۱۰۰ میلیون		۴۳/۵	۷۰	۵۵/۸	۱۲۶	باسواد
۱۳/۷	۲۲	۳۰/۱	۶۸	۱۰۰ تا ۲۰۰ م		۵۶/۶	۹۱	۴۴/۲	۱۰۰	بی‌سواد
۲۰/۵	۳۳	۲۲/۱	۵۰	۲۰۰ تا ۳۰۰ م		۱۰۰	۱۶۱	۱۰۰	۲۲۶	کل
۲۹/۸	۴۸	۲۳/۵	۵۳	۳۰۰ تا ۵۰۰ م		کرد		ترک		هزینه خانوار
۲۴/۲	۳۹	۸	۱۸	بیشتر از ۵۰۰ م		درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	
۱۰۰	۱۶۱	۱۰۰	۲۲۶	کل		۳/۱	۵	۱۳/۳	۳۰	زیر ۵۰۰ هزار تومان
۲۷۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۳۰,۰۰۰,۰۰۰			میانگین		۳۸/۵	۶۲	۵۱/۸	۱۱۷	۵۰۰ هزار تا ۱/۵ م*
						۴۲/۲	۶۸	۳۰/۵	۶۹	۱/۵ تا ۲/۵ م
						۱۳/۷	۲۲	۳/۵	۸	۲/۵ تا ۳/۵ م
						۲/۵	۴	۰/۹	۲	بیشتر از ۳/۵ م
						۱۰۰	۲۲۶	۱۰۰	۲۲۶	کل
						۱,۹۵۹,۶۲۷		۱,۳۶۹,۷۲۵		میانگین

*م: میلیون تومان می‌باشد.

یافته‌های بدست آمده از ابعاد سبک زندگی سلامت محور سالمندان در جدول ۴ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری در همه متغیرها نمره کمتر از ۰/۰۰۵ است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در مجموع نه بُعد مورد مطالعه، سبک زندگی سلامت محور سالمندان دو قومیت ترک و کرد تفاوت معناداری با هم دارند. قابل ذکر است که در هفت بُعد: سلامت محیطی، ورزش و تندرستی، پیشگیری از بیماری، سلامت روانشناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی و اجتناب از مصرف دارو و مواد مخدر، کردها سبک زندگی سالم‌تری از ترک‌ها داشتند و در دو بُعد: کنترل وزن و تغذیه و سلامت محیطی، ترک‌ها بهتر بودند. با ملاحظه معناداری مجموع نه بعد در سبک زندگی سلامت‌محور، می‌توان گفت وضعیت سلامتی سالمندان قومیت کرد تحت تاثیر مشخصه‌های جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی بهتر از سالمندان قوم ترک است.

جدول ۴. نتایج آزمون t برای مقایسه ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان ترک و کرد

بُعدها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	نمره تی T	سطح معناداری Sig
سلامت جسمانی	ترک	۱۷/۸۹	۲/۹۱	۲/۶۹-	۰/۰۰۷
	کرد	۱۸/۸۸	۴/۳۱		
ورزش و تندرستی	ترک	۱۳/۷۳	۳/۸۳	۲/۷۹-	۰/۰۰۵
	کرد	۱۴/۸۳	۳/۷۶		
کنترل وزن و تغذیه	ترک	۱۷/۷۳	۳/۵۱	۵/۶۲	۰/۰۰۰
	کرد	۱۴/۹۴	۳/۵۱		
پیشگیری از بیماری	ترک	۱۳/۳۰	۲/۱۶	-۳/۰۸	۰/۰۰۲
	کرد	۱۳/۹۴	۱/۷۰		
سلامت روانشناختی	ترک	۲۱/۹۵	۳/۵۲	-۲/۲۸	۰/۰۲۳
	کرد	۲۲/۸۳	۴/۰۴		
سلامت معنوی	ترک	۱۸/۶۹	۳/۰۷	-۱۲/۴۸	۰/۰۰۰
	کرد	۲۲/۲۰	۲/۱۳		

ادامه جدول ۴. نتایج آزمون t برای مقایسه ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان ترک و کرد

بُعدها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	نمره تی T	سطح معناداری Sig
سلامت اجتماعی	ترک	۲۰/۵۹	۳/۸۴	۵/۳۰-	۰/۰۰۰
	کرد	۲۲/۷۲	۳/۹۴		
اجتناب از مصرف دارو و مواد مخدر	ترک	۱۵/۵۸	۱/۴۰	۳/۱۷-	۰/۰۰۲
	کرد	۱۵/۹۵	۰/۴۸		
سلامت محیطی	ترک	۲۰/۹۸	۴/۰۷	۲/۸۴	۰/۰۰۵
	کرد	۱۹/۹۱	۲/۹۶		
سبک زندگی سلامت‌محور	ترک	۱۷/۸۳	۲/۱۸	۲/۹۲-	۰/۰۰۴
	کرد	۱۸/۴۸	۲/۱۱		

اکنون می‌خواهیم نشان دهیم، به طور همزمان متغیر مستقل تا چه اندازه می‌تواند تغییرات سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان در شهر مورد بررسی را توضیح دهد. جدول ۸ نتایج رگرسیون چند متغیره عوامل موثر بر سبک زندگی را در شهر ارومیه نشان می‌دهد. قابل ذکر است که قومیت به شکل متغیری با دو طبقه (ترک=۰ و کرد=۱) وارد مدل شده است. قومیت بدون کنترل متغیرهای جمعیتی-اقتصادی با ضریبی به اندازه ۰/۱۴۵ تاثیر مثبتی بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان نشان می‌دهد. این جدول تغییرات کاهش شدت رابطه اولیه قومیت و سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان را با اضافه شدن متغیرهای جمعیتی-اقتصادی (مرحله دوم) به معادله نشان می‌دهد. با کنترل متغیرهای جمعیتی-اجتماعی شدت رابطه (بتا) قومیت و سبک زندگی سلامت‌محور از ۰/۱۴۵ به ۰/۱۸۲ افزایش می‌یابد؛ از این رو با کنترل همزمان تمام مشخصه‌ها، تاثیر قومیت بر سبک زندگی افزایش یافته و معنادار باقی می‌ماند. به علاوه، قومیت کرد با کنترل اثر متغیرهای جمعیتی-اقتصادی همچنان سلامت بالاتری نسبت به قومیت ترک دارند. در مدل نهایی جنس و سن تاثیر معناداری ندارند. متغیرهای درآمد ماهانه و قومیت (کرد بودن) به ترتیب دارای بیشترین تاثیر مثبت و معنادار بر سبک زندگی

سلامت محور هستند، درمقابل سواد تاثیر منفی و معناداری بر سلامت سالمندان دارد. در مجموع این متغیرها ۱۱ درصد از واریانس سبک زندگی سلامت محور سالمندان را تبیین می‌کنند.

جدول ۵، نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش بینی سبک زندگی از طریق قومیت و متغیرهای

جمعیتی-اجتماعی

مدل ۲			مدل ۱			مشخصه‌ها
sig	Beta	B	sig	Beta	B	
۰/۰۰۰*	۰/۱۸۲	۰/۸۰۳	۰/۰۰۴	۰/۱۴۵	۰/۶۳۸	قومیت (ترک=۰ کرد=۱)
۰/۴۳۸	-۰/۰۳۸	-۰/۰۲۰				سن
۰/۷۷۲	۰/۰۱۵	۰/۰۵۱				جنس (زن =۰ مرد=۱)
۰/۰۰۰*	-۰/۳۰۸	-۱/۳۳۸				سواد (بی سواد=۰ باسواد=۱)
۰/۰۰۰*	۰/۱۸۳	۱/۶۲۰				درآمد خانواده
۰/۳۳۹			۰/۲۸۶			R
۰/۱۱۵			۰/۰۸۲			R²
۰/۱۱۰			۰/۰۸۰			Adjusted R²
۲۴/۸۷۲			۳۴/۳۵۸			F
۰/۰۰۰*			۰/۰۰۰*			Sig

* معنادار در سطح ۵ درصد

بحث و نتیجه گیری

مطالعات بسیار اندکی سبک زندگی سلامت‌محور دو قومیت را مورد مقایسه قرار داده‌اند. در واقع، مطالعه سبک زندگی سلامت محور شامل ابعاد مختلف سلامت است که در دهه‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران بوده و یکی از اهداف آن، بیان تفاوت در سبک زندگی گروه‌های اجتماعی با یکدیگر است. در این میان، جمعیت ایران متشکل از گروه‌های اجتماعی و قومیت‌های مختلف است که از نظر اجتماعی، سیاسی و اقتصادی در معرض تغییراتی قابل توجهی بوده‌اند و انتظار می‌رود تاثیر آن در الگوهای سبک زندگی سالمندان اقوام مختلف

نمود پیدا کند. ساختارها و بسترهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی قومیت‌های مختلف سبک زندگی سلامت محور افراد را تاثیر قرار می‌دهد که در این بین، سطح سواد و درآمد به واسطه موقعیت اجتماعی گروه‌های قومی بر انتخاب شیوه زندگی افراد تاثیر می‌گذارد. صاحب‌نظران جدا از بحث قومیت، متغیرهای اقتصادی-اجتماعی (سواد، اشتغال و درآمد) و بهره‌مندی از هر یک از انواع سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی را از عوامل موثر در سبک زندگی افراد می‌دانند که براساس نظریه کاکرهام در شکلی متراکم، گروه‌ها و طبقات خاصی را به نمایش می‌گذارند. یافته‌ها نشان داد پاسخ به این سوال که آیا قومیت تاثیری در سبک زندگی سلامت محور سالمندان ترک و کرد شهر ارومیه دارد؟ یا خیر؟ مثبت است و قومیت در سبک زندگی سلامت محور هر دو قومیت اثرگذار بوده و سالمندان قوم کُرد سبک زندگی سالم‌تری از سالمندان قوم ترک دارند. حال، به بررسی ابعاد سلامت با توجه به تئوری‌ها، مطالعات پیشین و یافته‌ها می‌پردازیم.

در دو بُعد سلامت جسمانی و ورزش و تندرستی کردها از وضعیت بهتری نسبت به ترک‌ها ارزیابی شدند که می‌تواند از وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر گروه قومی کرد متاثر باشد. این تاثیر با نتیجه تحقیق کرمی و همکاران (۱۳۹۱)، کردزنگنه (۱۳۹۱) و موحد و همکاران (۱۳۹۴) همسو می‌باشد که عوامل اقتصادی-اجتماعی را از عوامل موثر بر سبک زندگی افراد دانسته‌اند؛ در واقع با افزایش سن، به طور معنی‌داری از تحرک و فعالیت جسمانی افراد کاسته می‌شود. بالطبع هر چه سن افزایش می‌یابد، افراد توجه کمتری به وضع ظاهری و تناسب اندام خود نشان می‌دهند. سرمایه اقتصادی نقش غربالگری در عضویت افراد در دو گروه فعال و غیرفعال داشته و سرمایه اقتصادی بیشترین توان در پیشگویی عضویت افراد در دو گروه فعال و غیرفعال را از نظر بدنی را داشته است. همچنین، در بُعد پیشگیری از بیماری، اگر ادعا شود سالمندان کرد با بهتر بودن وضعیت اقتصادی-اجتماعی، بهتر از سالمندان ترک بوده‌اند با تحقیق بوکا (۲۰۰۵) همسو است. بوکا نشان داد، افرادی بیشتر به فشار خون و به طور کلی به مولفه‌های پیشگیری از بیماری توجه نشان می‌دهند که از وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر برخوردار باشند.

در دو بُعد سلامت روانشناختی و سلامت اجتماعی کردها وضعیت بهتری نسبت به ترک‌ها داشته و همچنین احساسات و افکار مثبتی نسبت به خود داشته‌اند. معاشرت افراد با هم‌نوع خویش احساس آرامش را در فرد بوجود آورده و درونی می‌کند. در اینجا، حلقه‌ها و شبکه‌های اجتماعی و یا به عبارت دیگر روابط بین فردی مطرح است و هر چه حلقه‌های اجتماعی بیشتر و قوی‌تر باشند، سالمند از سلامت روانی و اجتماعی بالاتری برخوردار است. همانطور که تحقیق کاوه‌فیروز (۱۳۹۰) و موحد و همکاران (۱۳۹۴) نشان داده شد، سلامت افراد تحت تاثیر روابط بین فردی در گروه‌هایی است که فرد در آن عضویت دارد و حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی موجب ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. این یافته با ملاحظات نظریه گیدنز نیز همسو است که علاوه بر عوامل اقتصادی عامل عضویت در گروه‌های اجتماعی که کنش و ارتباط در بستر آن رخ می‌دهد بر سبک زندگی افراد تاثیر می‌گذارد. این یافته مطابق با نظریه دیرینه‌گرایی است که بیان می‌کند، حس تعلق به یک گروه قومی ریشه در تاریخ دارد و چگونگی پیوندهای خانوادگی یا تبار را بین اعضای گروه پدیدار می‌سازد.

در بُعد سلامت معنوی کردها وضعیت بهتری نسبت به ترک‌ها داشتند. سلامت معنوی می‌تواند با مذهب افراد گروه‌های قومی ارتباط تنگاتنگی داشته باشد. گیدنز (۱۳۸۶) یکی از ویژگی‌های معمول برای تشخیص گروه‌های قومی از یکدیگر را دین و مذهب آنان می‌داند. همچنین تحقیق خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱) نشان می‌دهد که سلامت معنوی با اعتقادات مذهبی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. در سلامت معنوی، افراد انگیزه رفتاری و اعتقادی خود را به صورت انتزاعی از مذهب می‌دانند. قابل ذکر است با توجه به محدودیت‌ها و حساسیت موضوع قادر به تبیین تفاوت‌های سلامت معنوی قوم ترک و کرد نیستیم.

در بعد اجتناب از دارو و مواد مخدر با اینکه تفاوت معنی‌داری در سالمندان ترک و کرد مشاهده شد و کردها از وضعیت بهتری نسبت به ترک‌ها برخوردار بودند، اما، هر دو گروه قومی نمره نزدیک به هم و بالایی کسب کردند. تحقیقات نشان می‌دهد هر چه سن افراد بالاتر می‌رود، فرد محافظه‌کارتر شده و رفتارهای سلامت‌مدار در اعمال و روابط اجتماعی وی نمود پیدا

می‌کند. نمره بالای هر دو قومیت کرد و ترک همین را نشان می‌دهد. این گفته با مطالعه زارع و همکاران (۱۳۹۴) همسو است که نشان دادند، افراد با سن بالاتر، جایگاه بالاتری می‌یابند که البته این جایگاه، مطابق نظر بوردیو، بر سبک زندگی سلامت محور افراد تاثیر خواهد داشت و در افراد موجب انجام کارهای محافظه‌کارانه می‌شود. کرمی و همکاران (۱۳۹۳) نیز به این نتیجه رسیدند که با افزایش سن در دانشجویان، در زندگی افراد گرایش به انجام اعمال سالم‌تر بیشتر می‌شود. بعلاوه، موحدمجد و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند بین سن و خودارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد و سلامت در سالمندی اهمیت دو چندانی می‌یابد. در سالمندی بیماری‌های مزمن که می‌تواند علت مرگ‌های زودرس و ناتوانی‌های جسمی باشد بیشتر شده و هزینه‌های درمانی افزایش می‌یابد و موجب افزایش رفتارهای سلامت‌مدار می‌شود. برخلاف سایر ابعاد، در دو بُعد کنترل وزن و تغذیه و سلامت محیطی قومیت ترک به نسبت قومیت کرد از وضعیت بهتری برخوردار بودند. همانطور که یافته‌هایی توصیفی نشان داد درصد افراد باسواد قوم ترک بالاتر بود و می‌توان این دو بُعد را در ارتباط با سواد قومیت‌ها در نظر گرفت. از طرف دیگر، کاکرهم در نظریه خود به الگوهای شناختی اشاره می‌کند که فعالیت گروه‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. نوع برخورد افراد با محیط زندگی تحت تاثیر همان عادت‌واره‌هایی می‌باشد که فرد در گروه‌ها (قوم) تجربه می‌کند. این نظریه با مطالعه مجاهد و همکاران (۲۰۰۸) همسو است که، افرادی که در محیط فیزیکی بهتر بودند، شاخص‌های سلامت بالاتری (مستقل از سن، نژاد/قومیت، تحصیلات و درآمد) داشتند.

در نهایت، با کنار هم گذاشتن شاخص‌ها و ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور، وضعیت سلامت سالمندان قومیت کرد بهتر از سالمندان قومیت ترک ارزیابی شد و با مقاله آرزو رضازاده (۱۳۹۸) همسو درآمد. در این مقاله، دانش‌آموزان قومیت کرد از لحاظ چاقی و وزن در وضعیت بهتری نسبت به دانش‌آموزان قومیت ترک بودند و شاخص وزنی استانداردتری داشتند.

در ارتباط با تبیین نظری می‌توان عنوان کرد که هر سه نظریه گیدنز، وبر و بوردیو در تحلیل سبک زندگی سلامت محور توانسته‌اند تا حدودی موضوع تحقیق را بصورت نظری تبیین کنند

و می‌توان نتایج تحقیق را در چهارچوب آن‌ها تبیین کرد. موضوعات اصلی این سه نظریه به ساختارهای اجتماعی تاکید دارند که فرد با عضویت در گروه‌های قومی تحت تاثیر آن‌ها قرار می‌گیرد و نشانگر وضعیت اجتماعی و ذهنی افراد است. این ساختارها عاملیت و انتخاب افراد را تحت تاثیر قرار داده و تغییرات در ابعاد سبک زندگی سلامت محور به این تفاوت‌ها بر می‌گردد. این سه نظریه با نظریه قومیتی برساخته‌گرایی و نظریه مرزهای قومی بارت (۱۹۷۰) همسو می‌باشند. نظریه برساخته‌گرایی قومی زبان، فرهنگ و سایر شناسه‌های فرهنگی را مجموعه‌ای از منابع یا ذخایر اعضای گروه‌های قومی می‌داند که با هم در تعامل هستند و این افراد گروه‌های قومی بسته به وضعیت‌های اجتماعی و اقتصادی، هویت قومی خود را بر می‌سازند. نظریه بارت گروه‌های قومی را به عنوان گونه‌ای از سازماندهان اجتماعی یا سازندگان تفاوت‌های فرهنگی می‌داند. این تحقیق مطابق با این نظریات، انتخاب سبک زندگی سلامت محور افراد را تحت تاثیر شرایط اجتماعی-جمعیتی و اقتصادی دانسته است که انتخاب در سبک زندگی سلامت محورشان را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ یعنی می‌توان گفت قومیت کرد وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتری در مقایسه با ترک‌ها برخوردار بوده‌اند و سبک زندگی سالم‌تری داشته‌اند. همسو با تحقیق درسلر و همکاران (۲۰۰۵)، نابرابری اجتماعی-اقتصادی گروه‌های قومی می‌تواند سلامت خود ادراک را در بین گروه‌های قومی تحت تاثیر قرار دهد. توجه بیشتر به وضعیت اقتصادی-اجتماعی و فاکتورهای فرهنگی گروه‌های قومی می‌تواند به تفسیر نتایج کمک شایانی کند.

مطالعات مشابه که سلامت سایر قومیت‌های ایرانی را بررسی کند، می‌تواند تحلیل و مقایسه جامع‌تری را به دست دهد. همچنین تحقیقات کیفی که قدرت تبیین فضای ذهنی، برداشت‌ها و تفسیرهای افراد قومیت‌های مختلف را دارد، می‌تواند همراه با تحقیقات کمی به تفسیر دقیق مطالعات سبک زندگی کمک کند. در این بین، سیاست‌گذاران می‌توانند فرهنگ سبک زندگی سالم را از طریق رسانه ملی، آموزش و پرورش و خانواده‌ها نهادینه کنند، بویژه در مناطق چندقومیتی که برنامه‌های شبکه استانی تاثیر مضاعف داشته باشد. در نهایت، مرکز آمار ایران می‌تواند با در

دسترس قرار دادن اطلاعات قومیتی اقوام مختلف، موجب بهبود نتایج تحقیقاتی باشد که قومیت و تفاوت آن‌ها را مطالعه می‌کنند.

منابع

- احمدی، حمید (۱۳۷۶). "قومیت و قوم‌گرایی در ایران، افسانه یا واقعیت." *اطلاعات سیاسی و اقتصادی*. شماره ۱۱۵ و ۱۱۶، صص: ۷۳-۶۰.
- استاجی، زهرا، رقیه زردشت، موسی‌الرضا تدین‌فر، فاطمه رهنما، رویا اکبرزاده و لادن نجار (۱۳۸۵). "بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار." *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*. دوره ۱۳، شماره ۳، صص: ۱۳۹-۱۳۴.
- پارسامهر، مهربان، پویا رسولی نژاد (۱۳۹۴). "بررسی رابطه سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش." *توسعه اجتماعی*. دوره ۱۰، شماره ۱، پاییز ۹۴، صص: ۶۶-۳۵.
- حسن‌زاده یامچی، داوود، محمدباقر علیزاده‌ا قدم (۱۳۹۳). "بررسی رابطه بین سبک زندگی (سلامت محور) و سرمایه فرهنگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد هادی شهر در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳." *مطالعات جامعه‌شناسی*. شماره ۲۴، علمی-پژوهشی، صص: ۹۸-۸۵.
- خسروشاهی بهادری، جعفر و زینب خانجانی (۱۳۹۱). "رابطه اعتقادات مذهبی و بهزیستی روانی با سلامت معنوی." *دانش روان‌شناختی*. اسفند ۱۳۹۱، شماره ۴، صص: ۹۳-۸۴.
- خسروی، احمد و رضا چمن (۱۳۸۹). "گذار اپیدمیولوژیک و تغییر سیمای سلامت." *دانش و تندرستی*. دوره ۵، شماره ویژه‌نامه ششمین کنگره‌ی اپیدمیولوژی ایران، صص: ۸۲-۶۷.
- ذکایی، محمد سعید، ابوعلی و دادهیر و رضا خاشعی (۱۳۹۵). "عوامل موثر بر انتخاب سبک زندگی سلامت محور شهروندان شهر تهران با تاکید بر مصرف رسانه‌ای." *علوم اجتماعی: جهان رسانه*. بهار و تابستان ۱۳۹۵، دوره یازدهم، شماره ۱، صص: ۶۷-۴۵.
- رضازاده، آرزو، بهاره سیدین، نسرين امیدوار، فریده زایری و سکینه نوری‌سعیدلو (۱۳۹۸). "مقایسه اضافه وزن و چاقی در نوجوانان دختر آذری و کرد ساکن شهر ارومیه." *سلامت اجتماعی*. دوره هفتم، شماره ۱، صص: ۶۷-۶۷.

- ریتزر، جورج (۱۳۸۴). *نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، (ترجمه محسن ثلاثی)، تهران: نشر نی.
- زارع، بیژن، زینب کاوه‌فیروز و محمدرسول سلطانی (۱۳۹۴). "عوامل جمعیتی اجتماعی اثر گذار بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی." *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*. دوره چهارم، شماره ۱، صص: ۱۴۴-۱۱۹.
- سازگارا، پروین (۱۳۸۹). *جامعه در آینه: گسل‌های اجتماعی یا ارزش‌ها و هنجارها: تحلیلی در جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*، چاپ اول، تهران: نشر رز.
- سیدامامی، کاووس (۱۳۸۷). "هویت‌های قومی از کجا برمی‌خیزند؟: مروری بر نظریه‌های اصلی." *خط اول*، سال دوم، شماره ۷، صص: ۳۲-۱۵.
- صمیمی، رقیه، دریادخت مسرور، فاطمه حسینی و مهرآسا تمدن‌فر (۱۳۸۵). "ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان." *پرستاری ایران*. دوره ۱۹، شماره ۴۸، صص: ۹۳-۸۳.
- عبدالهی، محمد و امید قادرزاده (۱۳۸۲). "فاصله ی قومی و عوامل موثر بر آن در ایران." *فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی*. شماره ۲۴، صص: ۳۶-۱.
- کاوه فیروز، زینب (۱۳۹۰). "ساختارهای جمعیتی-اجتماعی اثر گذار بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران"، پایان‌نامه دکتری جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران: دانشکده علوم اجتماعی.
- کردزنگنه، جعفر (۱۳۸۱). "بررسی سبک زندگی سلامت محور مرتبط با سالمندان و عوامل مؤثر بر آن." پایان‌نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران: دانشکده علوم اجتماعی.
- کردزنگنه، جعفر (۱۳۹۱). "عوامل اجتماعی جمعیتی مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور"، پایان‌نامه دکتری جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران: دانشکده علوم اجتماعی.
- کرمی، خدابخش، کریم رضادوست، سیما عبدی زاده و فرات چپیشه (۱۳۹۳). "بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور دانشجویان علوم پزشکی جندی شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز" *توسعه اجتماعی*، دوره دهم، شماره ۱، صص: ۹۷-۱۲۶.
- کوئن، بروس (۱۳۷۴). *مبانی جامعه‌شناسی*، (ترجمه غلامعباسی توسلی و رضا فاضل)، تهران: انتشارات سمت.
- گیلدنز، آنتونی (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی*، (ترجمه حسن چاوشیان)، تهران: نشر نی.

- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). *سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵*. جمعیت شهرهای کشور بر حسب سن و جنس، ۱۳۹۵.
- موحدمجد، مجید و صدیقه جهانبازیان (۱۳۹۵). "مطالعه‌ی خود ارزیابی سلامت میان سالمندان ساکن شهرهای شیراز و یاسوج سال ۱۳۹۴". *زن و جامعه*، سال هشتم، شماره دوم، صص: ۱۴۴-۱۲۵.
- موحد، مجید، حلیمه عنایت و نسیمه زنجری (۱۳۹۴). "سالمندی سالم؛ تحلیل مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت مردان و زنان سالمند در شهر شیراز". *مجله‌ی علوم اجتماعی دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، دوره ۱۲، شماره ۱، صص: ۱۹۷-۲۲۳.
- میرزایی، محمد (۱۳۸۴). *جمعیت و توسعه با تاکید بر ایران (ده مقاله)*، تهران: انتشارات مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- میرزایی، محمد، رسول صادقی، نعمت‌اله جعفرزاده حقیقی فرد و حبیب‌الله صادقی (۱۳۹۹). "تاثیر آلودگی هوا بر اختلال سلامتی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵". *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲۹، صص: ۹۴-۶۱.
- میرزایی، محمد و لیلا علیخانی (۱۳۸۶). "برآورد سطح و بررسی عوامل موثر بر مرگ و میر شهر تهران در سال ۱۳۸۴ و روند تحولات اپیدمیولوژیکی آن در سی سال اخیر". *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، شماره ۳، صص: ۶۰-۳۰.
- وحدانی‌نیا، مریم سادات، مهدی عبادی، آذین سیدعلی، افسون آیین‌پرست، سپیده امیدواری، کتابون جهانگیری، ژیلا صادقی، فرانک فرزندی، فرزانه مفتون و علی منتظری (۱۳۹۰). "مردم سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنند: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران". *پایش*، دوره ۱۰، شماره ۳، صص: ۳۶۳-۳۵۵.
- Anthony Jerant, Rose Arellanes and Peter Franks (2008). "Health Status among US Hispanics Ethnic Variation, Nativity, and Language Moderation". *Medical Care*, 46(7): 709-717.
- Cockerham, WC. (2005). "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure." *Journal of Health and Social Behavior* 46(1): 51-67.

- Cockerham, W.; Kunz, G. and Lueschen, G. (1988). "Social Stratification and Health Lifestyles in Two Systems of Health Care Delivery: A Comparison of the United States and West Germany." *Journal of Health and Social Behavior* 29(2): 113–126.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). "Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving beyond Weber." *Sociological Quarterly*, 38, 321–342.
- Cockerham, William C., Abel, Thomas, & Lüschen, Günther. (1993). "Max Weber, Formal Rationality, and Health Lifestyles." *Sociological Quarterly*, 34, 413–435.
- Cockerham, W.C. (2000). "The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles." in Bird, C; Conrad, P. and Fremont, A. (eds.) *Handbook of Medical Sociology*. Prentice-Hall: Upper Saddle River, NJ. pp. 159–172.
- Jacqueline Wiltshire, Kate Cronin, Gloria E. Sarto and Roger Brown (2006). "Self-Advocacy during the Medical Encounter: Use of Health Information and Racial/Ethnic Differences." *Medical Care*, 44(2): 100-109.
- Joseph G. Grzywacz, Cynthia K. Suerken, Rebecca H. Neiberg, Wei Lang, Ronny A. Bell, Sara A. Quandt and Thomas A. Arcury (2007). "Age, Ethnicity, and Use of Complementary and Alternative Medicine in Health SelfManagement". *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1): 84-98.
- Mujahid MS, Roux AVD, Shen M, Gowda D, Sanchez B, Shea S, et al (2008). "Relation between Neighborhood Environments and Obesity in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis." *American Journal of Epidemiology*, 167(11): 1349.
- Richard S. Cooper (1994). "A Case Study in the Use of Race and Ethnicity in Public Health Surveillance". *Public Health Reports* (1974), 109(1): 46-52.
- Stephen L. Buka (2002). "Disparities in Health Status and Substance Use: Ethnicity and Socioeconomic Factors". *Public Health Reports*, 117 (Suppl. 1): S118–S125.
- William W. Dressler, Kathryn S. Oths and Clarence C. Gravlee (2005). "Race and Ethnicity in Public Health Research: Models to Explain Health Disparities." *Annual Review of Anthropology*, 34, 231-252.

Original Research Article ■

A comparative study for the healthy lifestyles of Turkish and Kurdish elders in Urmia

Hossein Mahmoudian¹, Sajjad Moghaddamzadeh²

Abstract Health is known as a lifestyle and prevention of disease treatment that is affected by the economic, social, political, environmental, and cultural conditions of individuals. Studies show that ethnicities are in different socio-economic conditions that can affect their health. In the present study, data were collected from the survey technique through a structured questionnaire from people aged 60 and over in Urmia, which included 386 elderly Kurds and Turks (226 Turks and 161 Kurds). Data analysis showed that the mean and standard deviation for the nine studied dimensions were 17.83 and 2.18 for Turkish ethnicity and 18.48 and 2.11 for Kurdish ethnicity with a significance level of 0.004, respectively. The results of multivariate analysis showed that ethnicity without control of demographic and economic variables has a positive effect of 0.145 on the lifestyle of the elderly, which increases to 0.182 by controlling this variable and monthly income and ethnicity (being Kurdish) have the most positive and significant effect on it. Findings showed that socio-demographic and economic conditions make a significant difference in the healthy lifestyle of the two ethnicities. The Kurdish elders have a healthier lifestyle than the Turkish elders, which can indicate a better economic situation of the Kurds compared to the Turks at Urmia.

Keywords Healthy lifestyle, Ethnicity, Elderly, Turk and Kurd, Urmia.

Received: 2021.04.24

Accepted: 2021.08.09

1 Associate Professor, Department of Demography, University of Tehran hmahmoud@ut.ac.ir

2 MA in Demography, University of Tehran (Corresponding Author) sajjad.moghaddamz@ut.ac.ir

DOI: <https://dx.doi.org/10.22034/jpai.2021.528866.1181>