

مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور زنان جوان شهر شیراز و عوامل مرتبط با آن^۱

صدیقه البرزی*، مجید موحد**، روح‌اله مظفری***، حلیمه عنایت****

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۷)

چکیده

بسیاری از صاحب‌نظران بهداشت و جامعه‌شناسی باورند که بخش قابل توجهی از سلامت تحت تأثیر عوامل اجتماعی-فرهنگی است. این رویکرد، به‌ویژه در دهه اخیر، قدرتمندتر شده و محققان حوزه جامعه‌شناسی را به تمرکز بر روی مطالعات بین‌رشته‌ای سلامت سوق داده است. با توجه به اهمیت سلامت و رفتارهای مرتبط با آن، پژوهش حاضر جنبه‌های جامعه‌شناختی آن را در رفتارهایی مانند تغذیه سالم، فعالیت‌های ورزشی، مدیریت استرس، پرهیز از مصرف خود سرانه داروها، اجتناب از مصرف مواد مخدر و دخانیات مورد بررسی قرار داد. پژوهش از نوع کمی بوده و به روش پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال و حجم نمونه ۴۰۰ نفر می‌باشد. یافته‌ها در بخش توصیفی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی رفتارهای مبتنی بر سلامت به سطوح پایین و متوسط این رفتارها مربوط است. همچنین یافته‌های استنباطی حاکی از تأیید تمامی فرضیه‌ها است. طبق یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای افراد که می‌تواند تأثیرات مثبت یا منفی بر سلامت آنها داشته باشد، با عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط است. بنابراین، ضروری است به سلامت فراتر از بُعد فیزیولوژیکی آن نگاه شود و به‌ویژه سیاست‌گذاران در این زمینه توجه بیشتری داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای مبتنی بر سلامت، سبک زندگی، زنان، شهر شیراز.

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

* مربی جامعه‌شناسی، گروه پژوهشی علوم رفتاری، جهاد دانشگاهی فارس، شیراز، ایران.

E.mail: alborzi254@gmail.com

** استاد جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول).

E.mail: mmovahed@rose.shirzu.ac.ir

*** دانشجوی دوره دکتری جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یا سوج، یا سوج، ایران؛ رییس اداره اطلاع‌یابی و ارتباط مردمی اداره کل ارتباطات شهرداری شیراز.

E.mail: mozafari254@gmail.com

**** استاد جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

E.mail: henayat@rose.shirzu.ac.ir

مقدمه

تأمین سلامت مردم، همواره از چالش‌های اساسی جوامع محسوب می‌شود و ابتلا به بیماری از جمله مخاطرات مهم بشری است. جایگاه سلامت، تاکنون تغییرات زیادی داشته و رویکردهای مواجهه با سلامتی و بیماری نیز متعدد بوده است. یکی از این دیدگاه‌های مهم، رویکرد ارتقاء سلامت بوده که معتقد است افراد جامعه باید به‌حدی توانمند شوند که مسئولیت سلامتی خود را پذیرفته و شیوه زندگی سالمی اتخاذ کنند (پرات^۱، ۲۰۰۶: ۱۴). شیوه زندگی سالم یعنی یک زندگی متعادل که در آن شخص به‌طور آگاهانه دست به انتخاب‌های سالم می‌زند (لی^۲، ۲۰۰۸: ۱۷۸۳). درحال‌حاضر و با تغییرات وسیع در ماهیت و ابعاد بیماری‌ها، جامعه بشری با بیماری‌هایی مواجه است که بسیار تحت تأثیر سبک زندگی می‌باشد؛ به‌گونه‌ای که فرد با اتخاذ الگوهای رفتاری سالم، به رژیم غذایی مناسب، فعالیت‌های ورزشی، کنترل وزن، عدم مصرف مواد مخدر و... توجه ویژه داشته و می‌تواند در برابر بسیاری از اختلالات جسمی و روانی خود را ایمن سازد (هوریلشین و انسولی^۳، ۲۰۰۱: ۲۸۱). سبک زندگی سالم که ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه، تحرک، معاینات دوره‌ای و... است و در پی فرآیند جامعه‌پذیری ایجاد شده، توانایی فرد را برای یک زندگی سالم، بالا خواهد برد (استاجی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۳۴). با بهبود سبک زندگی که اغلب، حاصل دوران کودکی است (نصراللهی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۷۱)، می‌توان با بسیاری از عوامل خطر ساز مقابله کرد (اکبرنژاد و همکاران، ۱۳۹۵: ۹۸).

با شیوع بیماری‌های چون سکته قلبی / مغزی، دیابت، پرفشاری خون، بیماری‌های گوارشی، اختلالات روحی و... که متأثر از شیوه زندگی است، جایگاه فرد و سبک زندگی، برجسته‌تر و تلاش تأمین‌کنندگان سلامت، به مسئولیت فردی و تغییر سبک زندگی معطوف می‌شود (بیگلر و طباطبایی، ۱۳۹۵: ۲). سلامتی، امروزه نه هدف زندگی، بلکه یک ضرورت اساسی برای زندگی اثربخش تلقی می‌شود (آیین‌پرست و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۳۳). در سال ۲۰۱۹ بیماری‌های عروق کرونر و سکته مغزی بالاترین رتبه جهانی را در میان علل مرگ‌ومیر به خود اختصاص دادند. در ایران نیز مطابق با این گزارش، عوارض قلبی - عروقی و سکته مغزی به‌عنوان مهمترین علل در

1. Pratt

2. Li

3. Havrylyshyn & Nsouli

بروز مرگ‌ومیر، شناسایی شده و به افزایش چشمگیر فشار خون بالا و دیابت به‌عنوان زمینه‌سازهای جدی در عارضه‌های قلبی و مغزی اشاره شده است (گزارش جهانی بار بیماری‌ها، ۲۰۲۰).

ایران همچون سایر جوامع، دستخوش تغییرات شگرفی در تمامی ابعاد شده و شهرنشینی، تسلط تکنولوژی و صنایع و به موازات آن آلودگی هوا و خطرات زیست‌محیطی و... همگی در سلامت افراد تأثیرگذارند. سبک و سیاق رفتاری افراد در حوزه سلامت نیز مانند سایر حوزه‌ها تحت تأثیر مؤلفه‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و... می‌باشد. فعالیت‌های ورزشی، تغذیه مناسب، مدیریت استرس، اجتناب از مصرف خودسرانه دارو، غربالگری، اجتناب از مصرف مواد مخدر، دخانیات، الکل و رفتارهای پرخطر جنسی، تنها بخشی از رفتارهای مبتنی بر سلامت هستند و همان‌گونه که رعایت آنها می‌تواند موجب ارتقاء سلامت جامعه شود، بی‌توجهی به آن سلامت افراد جامعه را با خطر مواجه خواهد ساخت. درحالی‌که گزارش‌های جهانی نشان می‌دهد ایران در مصرف خودسرانه دارو رتبه بالایی دارد (باقری و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵۳) و آنتی‌بیوتیک یکی از پرمصرف‌ترین داروها به صورت خودسرانه می‌باشد (ارشادپور و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۶). درحالی‌که مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها یکی از مهم‌ترین تهدیدات بهداشتی در قرن حاضر محسوب می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷). میزان مصرف سرانه نان، برنج، روغن و قند و شکر بسیار بالاتر از نرم جهانی است (عبدی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۵۹) نیز با استانداردهای جهانی فاصله زیادی دارد (دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۷۸).

به‌طورکلی، اتخاذ یک سبک سلامت‌محور موجب ارتقاء کیفی زندگی شده، افراد را به‌سوی بهزیستی و رضایت بیشتر سوق داده و در نهایت، موجب کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود. بالعکس، چنانچه در یک جامعه، الگوی صحیح از سوی افراد اجرا نشود، پیامدهای منفی آن نه تنها فرد، بلکه کلیت جامعه را در امان نخواهد گذاشت و خسارت‌های فراوانی گریبان‌گیر آن جامعه خواهد شد. در اینجا سلامت زنان دارای اهمیت اساسی است، به‌طوری‌که اگر زنان جامعه از سلامت کافی برخوردار نباشند، آن‌گونه که باید از ایفای مطلوب نقش‌های اجتماعی خود بر نخواهند آمد. بدون شک برای رسیدن به توسعه پایدار، زنان سالم نقش کلیدی دارند؛ لذا حفظ و ارتقاء سطح سلامتی آنها، بسیار مهم است. زنان جوان بخش عمده‌ای از جمعیت را شکل داده و نقش‌های مهم اجتماعی بر عهده آنهاست. ازسویی دیگر، بسیاری از مشکلات جسمانی و روانی

افراد در بزرگسالی ریشه در دوران جوانی دارد و می‌توان گفت که سبک‌های رفتاری در این دوران، نقش مهمی در سلامت افراد دارد و اغلب رفتارهایی که افراد در این سنین به آن خو گرفته‌اند، به سختی قابل تغییر است.

در مجموع، می‌توان گفت اغلب افراد، زندگی را سالم آغاز می‌کنند، اما شرایط زندگی و سبک‌های زندگی، بر چشم‌اندازشان برای سالم ماندن اثر می‌گذارد و تلاش‌های شخصی معمولاً برای حفظ سلامتی در طول زمان، لازم است. در نتیجه، امروزه سلامت به‌عنوان یک دستاورد تلقی می‌شود. این دستاورد، در خلأ حاصل نمی‌شود، بلکه تحت تأثیر عوامل متعدد قرار دارد. تاکنون مطالعات متعددی در زمینه سبک زندگی سلامت‌محور در داخل و خارج از کشور انجام گرفته است که اغلب آنها (به ویژه مطالعات داخلی) از مقیاس‌های استاندارد جهانی بهره گرفته‌اند، درحالی‌که شاید بتوان گفت همه ابعادی که این مقیاس‌ها مدنظر دارند دغدغه اصلی و در اولویت حوزه سلامت در ایران نیست. علی‌رغم اینکه، ابعادی چون تغذیه، ورزش و مدیریت استرس در اغلب آنها مورد توجه بوده (مشابهت‌ها) اما ابعاد دیگری نیز مدنظر مقیاس‌های مذکور بوده که در جامعه ایران ضمن اینکه اهمیت دارد اما در اولویت بررسی نبوده و نظام سلامت، با چالش‌های جدی‌تری مواجه است و لذا لازم است جهت مطالعه در این حوزه، متناسب با وضعیت جامعه ایران و با در نظر گرفتن مسائل نظام بهداشتی (وضعیت موجود)، به انجام پژوهش‌های لازم، اقدام نمود. مطالعه حاضر با همین رویکرد به این موضوع پرداخته است و با توجه به اهمیت سلامت زنان جوان و ضرورت شناسایی متغیرهایی که سبک زندگی سلامت را تبیین می‌کند، تغذیه سالم، فعالیت‌های ورزشی، مدیریت استرس، پرهیز از مصرف خودسرانه داروها، اجتناب از مصرف مواد مخدر و دخانیات را در قالب سبک زندگی سلامت‌محور مورد مطالعه قرار داده و به دنبال پاسخی برای این پرسش بوده که مؤلفه‌های اجتماعی، فرهنگی مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور زنان جوان کدام‌اند؟

چارچوب نظری تحقیق

نظریه سبک زندگی سلامت‌محور ویلیام کاکرهام^۱

ویلیام کاکرهام از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر است. وی از جمله نظریه‌پردازانی می‌باشد که

مستقیماً به تحقیق و مطالعه درباره سبک زندگی سلامت‌محور پرداخته است. در مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور به تدوین و ارائه مدلی نظری با جهت‌گیری کلان اجتماعی پرداخته که به مؤلفه‌های ساختاری نیز توجه رفتار سلامت، فعالیتی است که توسط مردم به‌منظور حفظ یا تقویت سلامتی آنها، جلوگیری از مشکلات سلامتی یا دستیابی به یک تصویر مثبت از بدن انجام می‌شود. این همان کاری است که افراد برای سالم ماندن انجام می‌دهند. با این حال، تمرکز پژوهش‌ها در جامعه‌شناسی پزشکی بر اعمال سلامت افراد نیست، که به‌طور دقیق‌تر تحت عنوان مراقبت از خود تعریف می‌شود، بلکه بر تبدیل این رفتار به شکل تجمیعی آن است: سبک‌های زندگی سلامت. این رفتارها که سلامت افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، کنش‌های تصادفی نیستند بلکه الگوهای قابل شناختی از فعالیت‌های ویژه برای گروه‌ها، موقعیت‌های اجتماعی و جوامع را شکل می‌دهند. روش و سیاق زندگی سالم، مجموعه‌ای از انتخاب‌هایی است که فرد با توجه بر موقعیت و جایگاه اجتماعی خود انتخاب می‌کند و این انتخاب‌ها از موقعیت ساختاری و موقعیت فردی وی ناشی شده است. در واقع، فرصت‌های زندگی یک فرد توسط موقعیت اجتماعی و مختصات گروه‌های منزلتی خاص تعیین می‌شوند. به‌بیانی دیگر، سبک زندگی سلامت‌محور، الگوهای جمعی سبک زندگی سلامت‌محور بر مبنای انتخاب گزینه‌های در دسترس افراد با توجه به فرصت‌های زندگی آنها است. در تعریف کاکرهام از سبک زندگی سلامت‌محور، شاهد ترکیب دو مفهوم انتخاب و موقعیت هستیم. زیرا به عقیده کاکرهام، این سبک‌ها، الگوهایی جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر گزینش‌هایی است که افراد بر اساس شرایط اجتماعی و شرایط زیستی‌شان بدان دسترسی دارند (کاکرهام و ریچی، ۱۹۹۷: ۵۷؛ کاکرهام، ۲۰۰۴: ۱۴۰۹؛ کاکرهام، ۲۰۱۳: ۵۴؛ کاکرهام، ۲۰۰۰: ۱۶۰؛ کاکرهام، ۱۹۹۹: ۱۰۱؛ کاکرهام، ۲۰۰۸: ۵۶). رفتارهای منتخب می‌تواند نتایج مثبت و یا منفی بر روی بدن و فکر داشته باشد، اما با وجود این، الگویی عام از سلامتی را تشکیل می‌دهد که سبک زندگی را تعیین می‌کند. کاکرهام، کنش‌های مرتبط با سلامت را شامل عادت‌های غذایی، نوشیدنی‌ها، استعمال دخانیات، ورزش، شرایط استرس‌زا، استراحت کافی، بهداشت فردی و سایر رفتارهای مبتنی بر سلامت می‌داند (کاکرهام، ۱۹۹۹: ۵۱).

به‌طور کلی، کاکرهام در مدلی که درباره سبک زندگی سلامت‌محور ارائه کرد بر مؤلفه‌های

ساختاری تأکید داشته است. به‌عنوان نمونه، سن، جنسیت، نژاد/ قومیت، از جمله ویژگی افراد هستند، اما آن‌ها همچنین ویژگی‌های جمعیت‌های خاصی هستند که پیامدهایی برای سلامت و بیماری دارند. هر یک از این جمعیت دسته‌ها موجودات ساختاری هستند که به شکل دادن به اقدامات بهداشتی در تنظیمات خاص کمک می‌کنند. سن، از طریق تأثیرات گروهی و جنسیت، به‌وسیله اجتماعی شدن و تجربه، به‌عنوان دلایل بنیادی شناخته شده‌اند. نژاد و قومیت، مفاهیمی هستند که ساختاری اجتماعی دارند. یعنی، اهمیت آن‌ها از لحاظ اجتماعی تعیین شده است، نه از لحاظ بیولوژیکی. به‌عنوان مثال، افراد سالخورده معمولاً رژیم‌های غذایی خود را با افزایش سن تنظیم می‌کنند، زنان معمولاً سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان دارند و نژادها و گروه‌های قومی مختلف در نوشیدن، عادات غذایی و استفاده از خدمات مراقبت‌های پیشگیرانه متفاوت هستند. اینها اقدامات چند فرد مجزا نیستند، بلکه اعمال توده‌ها می‌باشند (کاکرهام، ۲۰۱۵: ۱۳۷).

کاکرهام به متغیرهای اجتماعی در سطح کلان نیز در تعیین پیامدهای سلامتی توجه داشته است. شرایط طبقاتی، سرمایه‌ها، دین و ایدئولوژی از آن جمله‌اند. ترنر (۲۰۰۴)، معتقد است که در پزشکی اجتماعی به سرمایه اجتماعی به‌عنوان "سرمایه‌گذاری" توجه شده که مردم در جامعه می‌سازند، مانند عضویت آنها در گروه‌های رسمی و غیررسمی، شبکه‌ها و مؤسسات. هرچه افراد در جامعه سرمایه‌گذاری بیشتری کنند، بیشتر در جامعه ادغام می‌شوند و سلامت و رفاه آنها بهتر می‌شود. انزوای اجتماعی، افسردگی و بیماری به احتمال زیاد در میان افراد با سرمایه اجتماعی کم یا فقدان سرمایه اجتماعی است. سرمایه اجتماعی عموماً در ادبیات تحقیق به‌عنوان ویژگی ساختارهای اجتماعی متشکل از شبکه‌ای از روابط تعاونی بین ساکنان محله‌های خاص و جوامعی که در سطوح اعتماد بین فردی و هنجارهای متقابل و کمک متقابل منعکس شده‌اند، توصیف می‌شود (ترنر، ۲۰۰۴: ۱۳). در واقع، سرمایه اجتماعی به جو اجتماعی حمایتی اشاره دارد. مکان‌هایی که افراد به‌دنبال یکدیگر می‌گردند و به‌طور مثبت با حس تعلق ارتباط دارند (کاکرهام، ۲۰۱۵: ۱۸۱).

به‌طور کلی، کاکرهام معتقد است که اعمال ناسالم متعدد، بیشتر در بین گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین‌تر رایج است و بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌ها، مثبت‌ترین اعمال سبک زندگی توأم با رفتارهای مبتنی بر سلامت را به اقشار اجتماعی بالاتر و زنان و منفی‌ترین را به اقشار

پایین و مردان نسبت می‌دهند (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۵۶). کاکرهام در تأیید مدعای خود به مطالعات تجربی متعددی اشاره می‌کند.

ویلیامز اظهار داشت که تأثیر ساختار بر عاملیت در رابطه با سبک زندگی سلامت‌محور هنوز زیاد است. وی دریافت که فرضی که افراد از حق انتخاب‌های سالم برخوردار است با آنچه که بسیاری از مردم به‌عنوان امکان‌های واقعی در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند، منطبق نیست (ویلیامز، ۲۰۰۲: ۱۴۷). درحالی‌که عاملیت مهم است، استدلال می‌شود که شرایط ساختاری اجتماعی می‌تواند به افراد بازگردد و الگوهای سبک زندگی آنها را به روش‌های خاصی پیکربندی کند. عاملیت به آنها اجازه می‌دهد این الگوهای را رد یا اصلاح کنند؛ اما ساختار، گزینه‌های موجود را محدود می‌کند. این بدان معنا نیست که ملاحظات عاملیت باید به حداقل برسد، بلکه عاملیت کل ماجرا نیست. در بسیاری از موقعیت‌ها، عاملیت برتر نیست و حتی می‌تواند منفعل باشد (کاکرهام، ۲۰۰۸: ۱۸).

به‌طور خلاصه، در مدلی که کارکرها از سبک زندگی توأم با رفتارهای مبتنی بر سلامت بیان می‌کند با دسته‌ای از متغیرها مواجه‌ایم: (۱) متغیرهای ساختاری، شامل طبقه، سن، جنسیت و نژاد/ قومیت، اجتماعات^۱ و شرایط زندگی، بستر اجتماعی را فراهم می‌کند. برای (۲) اجتماعی شدن و تجربه‌ای که بر (۳) انتخاب‌های زندگی (عاملیت) تأثیر می‌گذارد. این متغیرهای ساختاری نیز به‌طور جمعی (۴) فرصت‌های زندگی (معمولاً تحت تأثیر طبقه است) را تشکیل می‌دهند. انتخاب‌ها و فرصت‌ها در تعامل و ایجاد (۵) تمایلات کنش (عادت‌واره)، منجر به (۶) اعمال (کنش)، شامل مصرف الکل، دخانیات و مواد مخدر، رژیم‌های غذایی، فعالیت‌های روزمره از مسواک زدن و استفاده از کمربندی ایمنی در ماشین تا رفتن به ماساژ برای آرامش و تصمیم‌های روزمره درباره غذا، ورزش، بهداشت فردی، تصادف، کنار آمدن با استرس و چکاپ پزشکی و سایر اقدامات مرتبط با سلامت می‌شود. الگوهای (۸) سبک زندگی سلامت را تشکیل می‌دهند که اقدام مجدد به آنها منجر به بازتولید (یا اصلاح) شان از طریق برگشت به عادت‌واره می‌شود (کاکرهام، ۲۰۱۵: ۱۴۰).

پیشینه تحقیق

خسروی و همکارانش (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور با تأکید بر دوره نوجوانی را شناسایی کردند. جامعه مورد بررسی در پژوهش آنها شامل اسناد و مدارک علمی معتبر مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۷ مقاله فارسی و لاتین، مربوط به بعد از سال ۲۰۰۰ به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. خسروی و همکارانش نشان دادند که مقوله‌های سبک زندگی سلامت‌محور شامل چهار مقوله اصلی و ۱۲ زیرمقوله شامل سلامت جسمی (تحرک، تغذیه، الگوی خواب مناسب، کاهش رفتارهای پرخطر، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، پیشگیری از حوادث و مراقبت از خود)، سلامت روانی (مدیریت استرس، خودشکوفایی، مثبت‌اندیش و ذهن‌آگاهی)، سلامت اجتماعی (روابط بین‌فردی) و سلامت معنوی (رشد معنوی) است. تعداد مفاهیم اولیه، ۶۲ مورد بوده است.

ملکی و همکارانش (۱۳۹۹) وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان در شهرستان فسا را مطالعه کردند. مطالعه آنها توصیفی-تحلیلی بوده و روی ۱۴۳ زن مراجعه‌کننده به پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی صورت گرفت. طبق نتایج، بیشترین میانگین امتیاز خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب به شیوه زندگی، استرس کنترل و روابط بین فردی، رشد معنوی، تغذیه، فعالیت فیزیکی، مسئولیت‌پذیری سلامتی مربوط بوده است. بین خرده‌مقیاس فعالیت فیزیکی و شغل زنان رابطه معناداری وجود داشته است. همچنین رابطه بین خرده‌مقیاس‌های رشد معنوی و روابط بین فردی با سطح تحصیلات نیز معنادار به‌دست آمده است.

فتاحی و همکارانش (۱۳۹۸) به بررسی عوامل اجتماعی-فرهنگی مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور جوانان شهر اصفهان پرداختند. آنها در این پژوهش پیمایشی، ۶۰۰ نفر از جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله شهر اصفهان را مورد مطالعه قرار دادند. یافته‌های آنها نشان داد که بین سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، شبکه‌های اجتماعی مجازی، رضایت از زندگی، مهارت‌های اجتماعی، ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی و ارائه خدمات اوقات فراغت و گردشگری با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معنی‌داری وجود دارد.

مارکونکین^۱ و همکارانش (۲۰۲۱) میزان شیوع و روندهای سبک زندگی سالم نوجوانان را مطالعه کردند. آنها داده‌های مورد استفاده خود را از پایگاه داده بین‌المللی ۲۰۰۶، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۴

از رفتار سلامتی در کودکان مدرسه‌ای^۱ اخذ نمودند و شیوه زندگی سالم را با استفاده از ترکیب فعالیت بدنی روزانه، مصرف روزانه میوه و سبزی‌ها، پرهیز از الکل و پرهیز از محصولات دخانی مورد ارزیابی قرار دادند. یافته‌های این محققان نشان داد که شیوع رفتارهای سبک زندگی سالم بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۴ افزایش یافته است. همچنین نمره سبک زندگی سالم با افزایش سن برای پسران و دختران بدتر می‌شود. مارکونکین و همکارانش در مقایسه بین کشورها، برای پسران، بالاترین مقادیر سبک زندگی سالم را در نوجوانان ایرلندی و برای دختران، بالاترین مقادیر را در نوجوانان ایسلندی مشاهده کردند. مطالعه آنها روند کندی را برای بهبود شیوه زندگی سالم در بین نوجوانان نشان داد.

بناسار-ونی^۲ و همکارانش (۲۰۲۰) میزان شیوع، ارتباط و دسته‌بندی سبک‌های زندگی مرتبط با سلامتی (سیگار کشیدن، مصرف الکل، فعالیت بدنی و کیفیت رژیم غذایی) را در بین دانشجویان دانشگاه در قالب یک مطالعه مقطعی ارزیابی کردند. یافته‌های آنها نشان داد که مردان در مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم، احتمال اضافه وزن و در عین حال فعالیت بدنی بیشتر، نمره بالاتری کسب کرده اما زنان وزن پایین‌تر و فعالیت بدنی کمتری داشتند.

ژانگ-لو^۳ و همکارانش (۲۰۲۰) رعایت سبک زندگی سالم در بین بزرگسالان چینی (۳۵ تا ۷۵ ساله) را بررسی کردند. مصرف سیگار، مصرف الکل، فعالیت بدنی و رژیم غذایی در مطالعه آنها مدنظر بود. یافته‌های این محققان نشان داد که در میان شرکت‌کنندگان، ۷۸/۶ درصد غیرسیگاری بودند، ۹۸/۰ درصد هیچ الکی یا به میزان متوسط مصرف نکردند، ۲۵/۷ درصد فعالیت بدنی کافی در اوقات فراغت کافی، ۱۹/۷ درصد رژیم غذایی سالم داشتند و تنها ۵/۸ درصد به هر چهار شیوه زندگی سالم پایبند هستند. همچنین، شرکت‌کنندگانی که زن، سالمند، غیرکشاورز، دارای تحصیلات عالی، دارای درآمد بالای خانوار، ازدواج کرده، دارای فشارخون بالا یا دیابت، دارای سابقه بیماری‌های قلبی عروقی یا زندگی در مناطق شهری هستند، به‌طور کلی، به هر چهار شیوه زندگی سالم پایبندند. دیگر اینکه، اجتناب از مصرف الکل با تحصیلات و درآمد پایین‌تر همراه است.

-
1. Health Behaviour in School-aged Children
 2. Bennasar-Veny
 3. Zhang - Lu

در مجموع می‌توان گفت بررسی سبک زندگی سلامت‌محور به مقیاسی نیاز دارد که متناسب با چالش‌های روز جامعه باشد و نظام سلامت، ابعاد مورد سنجش مقیاس را به‌عنوان مسئله تلقی کند. درحالی‌که مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد اغلب قریب‌به‌اتفاق مطالعات مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور به وسیله دو مقیاس استاندارد جهانی انجام گرفته که علی‌رغم اعتبار غیرقابل انکار، اما تنها در برخی از ابعاد با وضعیت کنونی جامعه ایران تناسب داشته و برخی از مسائل مهم و جدی ایران را نادیده گرفته است. لذا سبک زندگی سلامت‌محور نیازمند مقیاسی است که با توجه به چالش‌های خاص آن جامعه و اولویت‌های آن طراحی شده باشد که در مطالعه حاضر بر رفع این خلأ تحقیقاتی تلاش شده است. همچنین مطالعات پیشین نشان می‌دهند که تحقیقات فراوانی در حوزه سبک زندگی سلامت‌محور، توسط پژوهشگران حوزه پزشکی و سلامت انجام گرفته که در آن چندان به دانش و چارچوب نظری مرتبط، توجهی نشده و با رویکرد صرفاً پزشکی به آن نگریسته شده است. درحالی‌که رفتارهای قاعده‌مندی که به‌عنوان سبک زندگی تلقی می‌شود، تحت تأثیر عوامل اجتماعی فرهنگی متعدد بوده و نیازمند آن است تا با بینشی جامعه‌شناختی و متکی بر نظریه علمی و معتبر مورد بررسی قرار گیرد. مطالعه حاضر، متکی بر نظریه سبک زندگی سلامت‌محور که توسط ویلیام کارکرهام از صاحب‌نظران برجسته معاصر در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی مطرح شده به انجام پژوهش پرداخته است.

روش تحقیق و داده‌ها

پژوهش حاضر، متکی بر روش کمی و تکنیک پیمایش انجام شده و به‌طور تجربی به آزمون فرضیات پرداخته است. جامعه آماری در مطالعه حاضر، تمامی زنان جوان در شهر شیراز می‌باشند که طبق تعریف وزارت ورزش و جوانان، شامل گروه سنی ۱۸-۲۹ سال است (گزارش ملی جوانان، ۱۳۸۱). حجم نمونه را معمولاً بر اساس ساخت و توزیع جامعه آماری محاسبه می‌نمایند که مطابق با جدول لین و خطای ۵ درصد برابر با ۴۰۰ نفر تعیین شده است. در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای چندمرحله‌ای انجام گرفته بدین‌نحو که ابتدا با توجه به حجم جمعیت مناطق یازده‌گانه شهرداری شیراز، نمونه متناسب به آن اختصاص داده و سپس از میان تمامی بلوک‌های شهر، شماره‌هایی به‌صورت تصادفی انتخاب و در نهایت در بلوک‌های منتخب با توجه به تعداد منازل موجود در آن بلوک به‌صورت تصادفی پرسشنامه جمع‌آوری شد. ابزار

گردآوری داده‌های مورد نیاز، پرسشنامه بوده که تلفیقی از مقیاس‌های استاندارد و پرسشنامه محقق‌ساخته می‌باشد. رفتارهای مبتنی بر سلامت در قالب یک مقیاس پنج‌بندی تغذیه سالم، فعالیت‌های ورزشی، مدیریت استرس، پرهیز از مصرف خودسرانه داروها، اجتناب از مصرف مواد مخدر و دخانیات طراحی شده که به‌عنوان متغیر وابسته و با ۴۸ سؤال دارای ضریب آلفای کرونباخ بالایی معادل ۰/۹۱ بوده است. ابعاد تغذیه سالم، فعالیت‌های ورزشی و مدیریت استرس از مقیاس استاندارد HPLP اخذ شده، سرمایه اجتماعی با ۲۰ گویه و در سه بعد مشارکت اجتماعی، اعتماد و شبکه تعاملات اجتماعی با آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۱ و اعتبار صوری، اندازه‌گیری (سروش و البرزی، ۱۳۹۷: ۲۲۱) و سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت نیز با استفاده از مقیاسی با ۱۳ گویه، با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و اعتبار محتوایی که در مطالعات متعدد پیشین مورد استفاده قرار گرفته است (قادری و همکاران، ۲۰۱۶: ۶۸)، مورد سنجش واقع شد. همچنین خودکارآمدی عمومی (GSES) شرر و همکارانش (۱۹۸۲) جهت سنجش خودکارآمدی عمومی مورد استفاده قرار گرفته است که سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار، مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند. روایی و اعتبار این مقیاس در ایران تأیید شده است. مقیاس خودکارآمدی عمومی دارای ۱۷ گویه بوده و اعتبار محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ داشته‌اند. برای اعتبار کار از اعتبار صوری و برای سنجش پایایی تحقیق از آلفای کرونباخ استفاده شده است که با توجه به اعداد به‌دست‌آمده (بیشتر از ۰/۷) از پایایی مناسبی برخوردار می‌باشند (جدول ۱). داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده است.

جدول ۱: ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی متغیرها

ضریب	متغیر
۰/۸۱	سرمایه اجتماعی
۰/۸۶	سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت
۰/۸۴	خودکارآمدی عمومی
۰/۹۱	رفتارهای مبتنی بر سلامت

جدول ۲: نحوه سنجش متغیر وابسته

ابعاد	نحوه سنجش (گویه‌ها)
تغذیه سالم	من غذاهای کم نمک مصرف می‌کنم.
	مصرف ماهی یا میگو در برنامه غذایی هفتگی من وجود دارد
	از مصرف غذاهای چرب، پرکالری و سرخ‌کردنی دوری می‌کنم.
	استفاده از شکر، مواد قندی، شکلات و شیرینی جات را محدود می‌کنم.
	از مصرف فست فودها (ساندویچ، پیتزا، کالباس، سوسیس و همبرگر) اجتناب می‌کنم.
	روزانه ۴-۲ واحد میوه مصرف می‌کنم.
	روزانه ۵-۳ واحد سبزیجات (گوجه فرنگی، نخود فرنگی سبز، لوبیا سبز و...) مصرف می‌کنم.
	روزانه ۳-۲ وعده لبنیات مثل شیر، ماست، دوغ، کشک، کره، خامه و پنیر مصرف می‌کنم.
	حیوانات، تخم مرغ و آجیل در برنامه غذایی هفتگی من وجود دارد.
	برچسب مواد غذایی بسته‌بندی شده را از نظر چربی، کالری، نمک، شکر و مواد مغذی می‌خوانم.
سعی می‌کنم هر روز صبحانه بخورم	
از مصرف نوشابه‌های گازدار و قندی (انواع نوشیدنی‌های گازدار) خودداری می‌کنم.	
مدیریت استرس	هر روز، زمانی را به تمدد و آرامش اعصاب اختصاص می‌دهم.
	به اندازه کافی می‌خوابم.
	اموری که نمی‌توانم آن را تغییر دهم را می‌پذیرم.
	در موقع خواب، بر افکار خوشایند تمرکز می‌کنم.
	روش‌های خاصی را برای کنترل اضطرابم به کار می‌برم.
	بین کار و تفریح و بازی، تعادل برقرار می‌کنم.
	روزانه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه، تمدد اعصاب یا تعمق و تفکر می‌کنم.
	برای جلوگیری از خستگی روحی، قدم می‌زنم.
	از یک برنامه ورزشی برنامه‌ریزی شده، پیروی می‌کنم.
	برای ۲۰ دقیقه یا بیشتر و حداقل سه بار در هفته، ورزش‌هایی (مانند دوچرخه‌سواری، بدمینتون، کوهنوردی، فوتبال، شنا و امثال آنها) انجام می‌دهم.
فعالیت‌های جسمانی سبک و متوسط مانند پیاده‌روی یکنواخت را حداقل ۳۰ دقیقه و ۳ بار در هفته انجام می‌دهم. -	
به ضربان قلب مورد نظر در ورزش می‌رسم. (ضربان قلبم تند می‌شود).	
ورزش‌ها و نرمش‌های کششی را حداقل سه بار در هفته انجام می‌دهم.	
در خلال کارهای روزمره، تحرک بدنی دارم. مثلاً قدم زدن در بین کارها، استفاده از پله به جای آسانسور، پیاده شدن از ماشین در مسیری دورتر از مقصد و پیاده رفتن تا آنجا.	

ابعاد	نحوه سنجش (گویه‌ها)
اجتناب از مصرف خودسرانه دارو	از مولتی‌ویتامین‌ها و مکمل‌هایی مانند آهن، روی، کلسیم، تقویتی، E, B, D بدون نسخه پزشک استفاده می‌کنم. از مکمل‌های بدنسازی، استروئیدی، نیروزا، چاقی و لاغری بدون نسخه پزشک استفاده می‌کنم. از داروهای آرام‌بخش، ضد اضطراب و افسردگی، خواب‌آور بدون نسخه پزشک استفاده می‌کنم. از مسکن‌ها مانند استامینوفن، ژلوفن، بروفن، دگزامتازون و کورتون‌ها بدون نسخه پزشک استفاده می‌کنم. از داروهای آنتی‌هیستامین (انواع ضد حساسیت)، آنتی‌بیوتیک‌ها، تب‌بر، سرماخوردگی، ضد تهوع، قطره‌های چشمی و... بدون نسخه پزشک استفاده می‌کنم.
اجتناب از مصرف مخدر و دخانیات	موادی مانند تریاک، شیشه، حشیش، هروئین، گل، ناس (BT)، کراک، بنگ، سیگاری و... مصرف می‌کنم/کرده‌ام. سیگار یا پیپ می‌کشم. قلیان می‌کشم. مشروبات الکلی می‌نوشم.
قرص‌ها و شربت‌هایی چون ترامادول، ریتالین، قرص‌های اکستازی، متادون و... غیره مصرف می‌کنم/کرده‌ام.	

یافته‌ها

از تعداد ۴۰۰ نفر از پاسخگویان، ۵۸ درصد از افراد متأهل، ۳۳/۵ درصد مجرد و بقیه افراد بی‌همسر بر اثر طلاق یا فوت همسر می‌باشند. نزدیک به ۳۴ درصد از پاسخگویان تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و مابقی افراد تحصیلات دانشگاهی دارند. میانگین سنی پاسخگویان ۲۴/۷ سال می‌باشد. همچنین یافته‌ها در بخش توصیفی نشان داد که تنها ۲۰/۸ درصد از افراد مورد مطالعه از الگوی مطلوبی در زمینه رفتارهای مبتنی بر سلامت پیروی می‌کنند. این درحالی است که اکثریت افراد، معادل ۴۴/۳ درصد، نمره "متوسط" کسب کرده‌اند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع درصد پاسخگویان بر حسب متغیرهای اصلی تحقیق

متغیر	رفتارهای مبتنی بر سلامت	سرمایه اجتماعی	سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت	خودکارآمدی عمومی
پایین	۳۵/۰	۳۶/۷	۳۷/۰	۳۴/۹
متوسط	۴۴/۳	۴۳/۱	۳۵/۵	۳۳/۵
بالا	۲۰/۸	۲۰/۲	۲۷/۵	۳۱/۶
میانگین (۱-۵)	۳/۲۶	۳/۱۵	۳/۳۴	۳/۴۱

رفتارهای مبتنی بر سلامت در مطالعه حاضر، شامل پنج بُعد می‌باشد که به ترتیب اجتناب از مصرف مواد مخدر و دخانیات، اجتناب از مصرف خودسرانه دارو، تغذیه سالم، مدیریت استرس و تحرک بدنی به ترتیب بیشترین نمره را کسب کرده‌اند. در ابعاد تغذیه سالم و اجتناب از مصرف خودسرانه دارو مشاهده شد که اکثریت افراد پاسخگو در سطح "متوسط" قرار گرفته اما در ابعاد مدیریت استرس و تحرک بدنی، بیشترین فراوانی به افرادی تعلق دارد که نمره "پایین" کسب کرده‌اند. همچنین در ابعاد اجتناب از مصرف مواد و دخانیات و اجتناب از رفتارهای جنسی نایمن، اغلب پاسخگویان در سطح "بالا" واقع شده‌اند.

باتوجه به اینکه جامعه آماری تحقیق، زنان جوان هستند، مشاهده شد که میانگین سنی پاسخگویان ۲۳/۸ سال است، فرضیه مربوط به رابطه سن با رفتارهای مبتنی بر سلامت تأیید شد، رابطه آماری مستقیم و معناداری میان دو متغیر وجود دارد و با اینکه تمامی پاسخگویان در یک مقطع از زندگی بسر می‌برند اما هرچه افراد از سنین ابتدای جوانی به سال‌های پایانی این مقطع نزدیک می‌شوند بیشتر به رفتارهای مبتنی بر سلامت می‌پردازند. سرمایه اجتماعی به عنوان یکی از متغیرهای اصلی و در ابعاد مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و تعاملات اجتماعی در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفته است.

آمار توصیفی نشان داد که ۴۳/۱ درصد از پاسخگویان دارای سرمایه اجتماعی متوسطی بوده و تنها ۲۰/۲ درصد آنها سرمایه اجتماعی بالایی دارند (جدول ۳). مشاهدات استنباطی نشان داد که فرضیه مربوط به رابطه میان سرمایه اجتماعی و رفتارهای مبتنی بر سلامت، تأیید شده و میان این دو متغیر رابطه آماری مستقیم و معناداری وجود دارد (جدول ۴). باتوجه به اینکه به‌ویژه در سال‌های اخیر و در مطالعات سلامت به انواع سرمایه و تأثیرگذاری آن در این حوزه توجه شده اما در مقایسه با سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی کمتر مورد توجه محققین قرار گرفته است. لذا مطالعه حاضر به این مؤلفه توجه کرده و برای نخستین بار، سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت را مورد بررسی قرار داده است. آمار توصیفی همچنین نشان داد که سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت در ۳۷ درصد از پاسخگویان، پایین بوده و تنها ۲۷/۵ درصد از آنها سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت بالایی دارند (جدول ۳). همچنین مشاهده شد که میان این متغیر با رفتارهای مبتنی بر سلامت رابطه آماری مستقیم و معناداری وجود داشته و با بالا رفتن سرمایه فرهنگی مرتبط با سلامت، رفتارها بیشتر از الگوی سلامت‌محور، پیروی می‌کند (جدول ۴).

از جمله فاکتورهای مهم فردی و رفتاری در حوزه بهداشت و سلامت، خودکارآمدی است که از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالایی برخوردار است. مطالعه حاضر نیز به این متغیر توجه داشته، رابطه آن را با رفتارهای مبتنی بر سلامت مورد بررسی قرار داده و مشاهده شد که افراد از نظر خودکارآمدی تقریباً به‌طور مساوی در سه سطح پایین: ۳۴/۹، متوسط: ۳۳/۵ و بالا: ۳۱/۶ درصد جای گرفته‌اند (جدول ۳). همچنین یافته پژوهش در این باره نشان داد که میان خودکارآمدی و رفتارهای مبتنی بر سلامت، رابطه آماری مستقیم و معناداری وجود دارد و هرچه فرد دارای خودکارآمدی بالاتری باشد، رفتارهای مطلوب و سالم‌تری نیز به اجرا در خواهد آورد. به‌بیانی دیگر ارزیابی فرد از توانمندی‌های خود در در اجرایی کردن اقدامات مؤثر در جهت حفظ و ارتقاء سلامتی می‌تواند رفتارهای وی را در این زمینه تحت تأثیر قرار دهد (جدول ۴).

جدول ۴: آزمون همبستگی متغیرها و رفتارهای مبتنی بر سلامت

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	Sig
سن	۰/۳۶۴	۰/۰۰۰
سرمایه اجتماعی	۰/۵۹۴	۰/۰۰۰
سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت	۰/۵۷۵	۰/۰۰۰
خودکارآمدی عمومی	۰/۵۳۱	۰/۰۰۰

همچنین در مطالعه حاضر، تحصیلات به‌عنوان یک متغیر مهم در مطالعات اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته و یافته‌ها نشان داد که افراد با تحصیلات دیپلم تا کارشناسی، بیشترین فراوانی را در میان پاسخگویان داشته‌اند و آزمون فرضیه مربوط به تحصیلات نیز تأیید شده است. به‌طوری‌که، با افزایش تحصیلات، رفتارهای مبتنی بر سلامت نیز مطلوب‌تر شده است. وضعیت تأهل را به‌عنوان یکی از معیارهای مهم در وضع سلامتی و عملکرد افراد در این زمینه نمی‌توان نادیده گرفت. هر تغییری در وضعیت تأهل فرد، تمامی ابعاد زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی وی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. همان‌گونه که مطالعات متعددی این متغیر را مدنظر داشته و نقش آن را در موضوعات گوناگون مورد بررسی قرار داده‌اند، مطالعه حاضر نیز بدان توجه کرده و در نهایت مشاهده شد که نیمی از افراد مجرد هستند و آزمون استنباطی نیز نشان داد که وضعیت تأهل و رفتارهای مبتنی بر سلامت دارای تفاوت آماری معناداری هستند و فرضیه مربوطه مورد تأیید قرار گرفت. به‌طوری‌که افراد متأهل مورد بررسی، در رفتارهای مبتنی بر

سلامت نسبت به سایرین، الگوی سالم‌تری به کار می‌برند.

بررسی طبقه و نظام قشربندی نیز از دیرباز تاکنون مورد توجه اندیشمندان علوم اجتماعی بوده و پژوهش‌های بسیاری توسط متفکران برجسته در این حوزه انجام پذیرفته است. در اندیشه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی مفهوم طبقه با مارکس شروع شد و سپس به وسیله وبر در مسیر متفاوتی قرار گرفت. اما با توجه به تحولات و پیچیدگی‌های جوامع امروزی و همچنین فرهنگ جامعه ایران، سنجش و تعیین طبقه با چالش‌های متعددی مواجه است، لذا پژوهش حاضر نیز این متغیر را به‌عنوان یک مؤلفه تأثیرگذار در بحث سلامت و رفتارهای مبتنی بر آن مورد توجه قرار داده و احساس فرد پاسخگو را از تعلق به طبقه اجتماعی اقتصادی مورد پرسش قرار داده است. اینکه فرد، خود را در کدام پایگاه اجتماعی اقتصادی می‌بیند. مشاهدات حاکی از آن است که تقریباً ۴۰ درصد از افراد، خود را به طبقه "متوسط" متعلق می‌دانند و آزمون استنباطی فرضیه مرتبط با رابطه میان تعلق طبقاتی و رفتارهای مبتنی بر سلامت نیز نشان داد که این رابطه، یک رابطه آماری مستقیم و معنادار بوده و فرضیه مورد نظر تأیید شده است. بدین معنا که افرادی که خود را به طبقات بالاتر متعلق می‌دانند از الگوی سالم‌تری در رفتارهای مبتنی بر سلامت پیروی می‌کنند و بالعکس رفتارهای افرادی که خود را در طبقات پایین‌تر احساس می‌کنند از سلامت کمتری برخوردار است. به‌بیانی دیگر، افرادی که در گروه‌های اجتماعی اقتصادی مشابهی قرار دارند، سبک زندگی مشابهی نیز اتخاذ کرده و بدین وسیله الگوی رفتاری آنها از سایر طبقات، متمایز می‌شوند؛ همان‌گونه که درباره رفتارهای مبتنی بر سلامت هم مصداق دارد (جدول ۵).

جدول ۵: آزمون تفاوت رفتارهای مبتنی بر سلامت بر حسب متغیرها

Sig	F	متغیر
۰/۰۰۰	۳۰/۵۸۲	وضعیت تاهل
۰/۰۰۰	۲۹/۹۹۵	تحصیلات
۰/۰۰۰	۲۱/۹۵۹	تعلق طبقاتی

تحلیل چندمتغیره نیز نشان می‌دهد که سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت، خودکارآمدی عمومی، سن، تحصیلات و تعلق طبقاتی به ترتیب دارای بیشترین سهم در نظر پاسخگویان نسبت به رفتارهای مبتنی بر سلامت دارند. این شش متغیر در مجموع ۰/۶۵۱ از تغییرات متغیر وابسته (رفتارهای مبتنی بر سلامت) را تبیین می‌کنند. به ازای افزایش یک انحراف

استاندارد در سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت، خودکارآمدی عمومی، سن، تحصیلات و تعلق طبقاتی به ترتیب ۰/۲۸۵، ۰/۳۳۱، ۰/۲۸۰، ۰/۱۳۳، ۰/۱۱۸ و ۰/۰۹۶ به انحراف استاندارد رفتارهای مبتنی بر سلامت افزوده می‌شود (جدول ۶).

جدول ۶: رگرسیون چندمتغیره متغیرهای مستقل با رفتارهای مبتنی بر سلامت

نام متغیر	B	Beta	t	Sig
سرمایه اجتماعی	۰/۳۱۶	۰/۲۸۵	۸/۱۳	۰/۰۰۰
سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت	۰/۲۱۷	۰/۳۳۱	۱۰/۰۷	۰/۰۰۰
خودکارآمدی عمومی	۰/۲۳۹	۰/۲۸۰	۸/۰۳	۰/۰۰۰
سن	۰/۰۲۹	۰/۱۳۳	۳/۸۰	۰/۰۰۰
تحصیلات	۰/۰۵۹	۰/۱۱۸	۰/۱۳	۰/۰۰۲
تعلق طبقاتی	۰/۰۶۲	۰/۰۹۶	۲/۹۶	۰/۰۰۳
R=۰/۸۰۷ R ² =۰/۶۵۱ Adj.R ² =۰/۶۴۶ a=-۰/۴۰۸ F=۱۲۲/۲ Sig=۰/۰۰۰				

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه با توجه پیشرفت‌های روزافزون پزشکی و افزایش طول عمر انسان‌ها دیگر صرف زنده ماندن و بقاء، دغدغه بشر محسوب نمی‌شود، بلکه در کنار حفظ حیات، انتظارات دیگری چون کیفیت زندگی نمود بیشتری یافته است. لذا اقداماتی که منجر به تقویت کیفیت زندگی گردد، اهمیت اساسی یافته است. این اقدامات مهم می‌تواند اتخاذ الگوهای رفتاری ارتقاءدهنده سلامت باشد که به‌ویژه با تغییر الگوهای بیماری و مرگ‌ومیر در جهان مدرن و پرنرنگ‌تر شدن نقش خود افراد در تأمین و حفظ سلامتی بیش‌ازپیش مهم شده است. بنابراین، ملاحظات ضروری در سبک زندگی، هوشیاری نسب به آن و اتخاذ رفتارهای مبتنی بر سلامت در جهت پیشگیری از بیماری و رسیدن به زندگی سالم بیش‌ازپیش اهمیت یافته است. با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با روش کمی و تکنیک پیمایش به بررسی آن در میان زنان پرداخته است.

یافته‌ها در بخش توصیفی نشان داد که تنها ۲۰/۸ درصد از افراد مورد مطالعه از الگوی مطلوبی در زمینه رفتارهای مبتنی بر سلامت، پیروی می‌کنند. این درحالی است که اکثریت افراد، معادل ۴۴/۳ درصد، نمره "متوسط" کسب کرده‌اند. این روند کلی رفتارهای مبتنی بر سلامت

(سبک زندگی سلامت‌محور) در مطالعه فتح‌آبادی (۱۳۹۷)، کوچانی (۱۳۹۷) و نیز احمدی همکارانش (۱۳۹۵) مشاهده شده است؛ درحالی‌که در مطالعه فتاحی (۱۳۹۸)، تبریزی (۱۳۹۷)، الماسی (۱۳۹۷)، ژارون (۲۰۱۷) و آیسون^۱ (۲۰۱۵) الگوی رفتاری مبتنی بر سلامت پاسخگویان از سطح مطلوب‌تری برخوردار است.

سن نیز به‌عنوان یک متغیر زمینه‌ای با متغیر وابسته مورد بررسی رابطه آماری معناداری داشته است. به اعتقاد کاکرهام نیز سن بر سبک زندگی سلامت تأثیر می‌گذارد، چرا که همچنان که افراد، مسن‌تر می‌شوند تمایل می‌یابند که با مراقبت بیشتر در مورد غذاهایی که می‌خورند، استراحت و آرامش بیشتر و کاهش یا خودداری از مصرف الکل و دخانیات، از سلامتی خود بهتر مراقبت کنند. به‌همین منوال، افزایش تحصیلات نیز با رفتارهای مبتنی بر سلامت مطلوب‌تری همراه بود. در این میان، لازم است نقش آموزش در آگاه‌سازی افراد را مدنظر قرار داد. بالا رفتن تحصیلات می‌تواند درک بهتری از شرایط سلامتی فرد و پیامدهای مثبت به‌کارگیری رفتارهای مبتنی بر سلامت برای وی فراهم سازد. این یافته به‌وسیله سایر محققین از جمله فتاحی (۱۳۹۸)، میرجلیلی (۱۳۹۷)، والد^۲ (۲۰۱۴) و سانمرز و همکارانش (۲۰۱۲) نیز مورد تأیید قرار گرفته و در مطالعه کوچانی (۱۳۹۷) این فرضیه، رد شده است.

رابطه آماری معنادار میان تأهل و رفتارهای مبتنی بر سلامت نیز از یافته‌های پژوهش حاضر بوده و با تحقیقات متنوعی از جمله نصراللهی (۱۳۹۵)، رضایی (۱۳۹۵)، چی یو^۳ (۲۰۱۶)، ایموتو^۴ و جرفی^۵ همکارانش (۲۰۱۵) هم‌سوئی دارد. به‌طورکلی شاید بتوان گفت که زندگی افراد با ازدواج و تغییر موقعیت از مجرد به تأهل و همچنین عهده‌دار شدن مسئولیت‌های اصلی خانوادگی از نظم و چارچوب مشخص‌تری برخوردار شده و در زمینه رفتارهای سلامت‌محور نیز عملکرد مطلوب‌تری از خود نشان می‌دهند. از دیگر مشاهدات مطالعه حاضر رابطه تعلق طبقاتی با رفتارهای مبتنی بر سلامت بوده که افرادی که خود را به طبقات بالاتر متعلق می‌دانند از رفتارهای سلامت‌محور بالاتری برخوردارند و بالعکس. به اعتقاد کاکرهام سبک زندگی سالم، مجموعه انتخاب‌هایی که فرد بنابر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند و این

1. Aysun
2. Wald
3. Chiou
4. Imoto
5. Jorfi

انتخاب‌ها برآمده از موقعیت ساختاری و موقعیت فردی وی هستند. موقعیت اجتماعی و انتخاب‌های حاصل در مفهوم سبک زندگی سالم (مثبت) نقش اساسی دارند. از نظر کاکرهام در انتخاب سبک‌های زندگی، چه مثبت (سالم) و چه منفی (خطرناک) افرادی که در بالای جامعه قرار دارند، انتخاب‌های بیشتر و سالم‌تر و منابع بیشتری در حمایت از تصمیم‌گیری خود دارند. اما برعکس، افرادی که در پایین قرار دارند فشارهای اقتصادی اجتماعی بیشتری بر روی انتخاب‌هایشان وجود دارد و حتی انتخاب‌های قابل دسترسی کمتری نسبت به طبقات بالا دارند. این یافته در مطالعه مهدی‌زاده و خاشعی (۱۳۹۷)، حقیقتیان (۱۳۹۶) و یو و کیم^۱ (۲۰۱۹) نیز مشاهده شده است و با یافته حاضر، هم‌سوئی دارد.

همچنین مشاهدات استنباطی نشان داد که فرضیه مربوط به رابطه میان سرمایه اجتماعی و رفتارهای مبتنی بر سلامت مورد تأیید بوده و با نتایج مطالعات متعددی از جمله چوانگ^۲ (۲۰۱۵)، کوچانی (۱۳۹۷) و موسی‌زاده (۱۳۹۵) هم‌سوئی دارد. سرمایه اجتماعی، دسترسی به فرصت‌ها، اطلاعات، منابع مادی و موقعیت‌های اجتماعی را برای افراد افزایش داده و بر ترجیحات افراد نیز تأثیرگذار می‌باشد. به‌بیانی دیگر، میان فضای موقعیت اشغال شده در عرصه اجتماعی و فضای تمایلات افراد در آن موقعیت، رابطه وجود دارد. از طریق سرمایه اجتماعی است که افراد و اجتماعات در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود آمده، قابلیت و توانمندی‌های خود را افزایش می‌دهند و در عین اینکه از حمایت‌های محیطی و اجتماعی (که در شبکه‌های ارتباطی به وجود آمده) برخوردار می‌شوند امکان کنترل زندگی خود، انتخاب عقلانی و عملکرد سنجیده، صحیح و منطقی نیز تقویت می‌گردد.

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر رابطه معنادار میان سرمایه فرهنگی با سلامت با رفتارهای مبتنی بر سلامت بوده و تاکنون تنها در مطالعه قادری و همکارانش (۱۳۹۷) مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس دیدگاه آبل^۳، پیوند عمیقی میان سرمایه‌های مرتبط با سلامت و سبک و سیاق زندگی سالم وجود دارد. به‌طوری‌که توسعه، بقاء و تغییر سبک زندگی سالم به دسترسی به منابع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است. مناسبات دیالکتیکی بین انواع مختلف سرمایه مرتبط با سلامت وجود دارد، ترکیب این اثرات برای کنشگران، موقعیتی فراهم می‌سازد که به

1. Eo & Kim
2. Chuang
3. Abel

تقویت یا تضعیف سبک زندگی سالم منجر می‌شود. زیرا دسترسی به انواع منابع باعث می‌شود که ارزش‌ها، دانش و هنجارهای رفتاری سالم تقویت شده، پول و منابع مالی بیشتری در امر پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها، طرح‌های بیمه‌ای و تهیه مواد غذایی سالم و با کیفیت صرف شود و در نهایت به تقویت نظام‌های حمایت و پشتیبانی جمعی بینجامد. ترکیب این موارد، اثرات تعیین‌کننده‌ای بر بهبود سلامت شخصی و تقویت برنامه‌های جمعی سلامت محور دارند.

خودکارآمدی یکی دیگر از متغیرهای مهم در مطالعه حاضر بود که رابطه آماری معنادار و مستقیمی با رفتارهای مبتنی بر سلامت دارد. پندر^۱ در مدل ارتقاء سلامت خود یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار را خودکارآمدی مطرح کرده است و در ۹۶ درصد مطالعاتی که بر اساس مدل ارتقاء سلامت وی صورت گرفته، نقش خودکارآمدی به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده، تأیید شده است (پندر ۲۰۰۶). مطابق با رگرسیون چندمتغیره سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت، خودکارآمدی عمومی، سن، تحصیلات و تعلق طبقاتی به ترتیب در نظر پاسخگویان نسبت به رفتارهای مبتنی بر سلامت، بیشترین سهم را دارا هستند. در مجموع، مشاهدات مطالعه حاضر، گویای این پیام است که وضعیت رفتارهای مبتنی بر سلامت در میان زنان جوانان، مطلوب نبوده و از الگوی مناسبی پیروی نمی‌کند و باتوجه به اینکه چنانچه این رفتارها به سبک زندگی تبدیل شود و قوام گیرد، اصلاح و تغییر آن به دشواری رخ می‌دهد همچنین با اهتمام به اهمیت سلامتی افراد جامعه به ویژه نیروی جوان، این مقوله نیازمند توجه بسیار فراوان از سوی محققین و سیاست‌گذاران مربوطه است.

در پایان و بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق، به چند پیشنهاد سیاستی اشاره می‌شود:

- استقرار رویکرد مدیریتی مشارکتی در نهادهای دولتی، پیشگیری از قطبی شدن جامعه به دلیل اتخاذ تصمیمات تبعیض‌آمیز، رفع تنش‌های ساختاری، پیاده‌سازی الگوی مشارکتی (به‌عنوان مثال در نوسازی شهری، بازسازی بافت فرسوده و طراحی فضاهای باز شهری) به‌منظور تقویت حیات مدنی در تمامی سطوح جامعه، توجه به دیدگاه‌های مردمی و افزایش رضایت افراد جامعه در راستای تقویت سرمایه اجتماعی از دیگر پیشنهادهاى مطالعه حاضر است.
- نظر به این که منابع فرهنگی از جمله عوامل تعیین‌کننده کنش‌های افراد و پیش‌شرط‌های اساسی برای جهت‌گیری‌های رفتار کنشگران در محدوده‌ای ساختاری هستند و این منابع به وسیله

جامعه‌پذیری، تمایلات رفتاری در افراد ایجاد می‌کنند، لذا اشاعه منابع فرهنگی مرتبط با سلامت از قبیل آگاهی، مهارت‌ها، ارزش‌ها، هنجارها، وسایل و امکانات ارتقاء‌دهنده سلامتی که مؤلفه‌های مهمی در تولید و بازتولید سبک‌های رفتاری زندگی سالم هستند، کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. پیامد این امر، کاهش نابرابری‌های اجتماعی-فرهنگی در حوزه سلامت، اتخاذ رفتارهای مبتنی بر بهداشت و پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها خواهد بود.

- توجه بیش از پیش به برنامه‌های اجتماع‌محور در راستای ایجاد و تقویت اعتماد و حمایت اجتماعی و فراهم نمودن بستر مورد نیاز در زمینه افزایش مشارکت‌های اجتماعی در جهت تقویت سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار در رفتارهای مبتنی بر سلامت، پیشنهاد می‌شود.

منابع

- احمدی، یعقوب، حسین محمدزاده و سیمین علی‌رمانی (۱۳۹۵). رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت‌محور در زنان شهر سمنجان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۱۶، صص ۱۳۹-۶۱.
- ارشادپور، رویا، هادی زارع مزونی و نوید کلانی (۱۳۹۴). بررسی علل شیوع مصرف خودسرانه دارو در میان عامه مردم ایران. فصلنامه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره ۱۸، شماره ۶۰، صص ۲۳-۱۶.
- استاجی، زهرا، رویا اکبرزاده، موسی‌الرضا تدین‌فر، فاطمه رهنما، رقیه زردشت و لادن نجار (۱۳۸۵). بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار، مجله علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار، دوره ۱۳، شماره ۳، صص ۱۳۹-۱۳۴.
- اکبرنژاد، خدیجه، آذر طل، فرشته مجلسی، مهدی یاسری، و هادی غلیزاده (۱۳۹۵). عوامل پیشگویی‌کننده سبک زندگی سلامت‌محور در میان بهورزان، فصلنامه بیمارستان، دوره ۱۵، شماره ۴، صص ۱۱۴-۱۰۳.
- آیین‌پرست، افسون، فرانک فرزندی، فرزانه مفتون، سیدعلی آذین، سپیده امیدواری و کتابیون جهانگیری (۱۳۹۰). دانش افراد در زمینه سلامت چه نقشی در سبک زندگی آنان دارد: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران، پایش، دوره ۱۰، شماره ۴، صص ۵۳۵-۵۳۳.
- باقری، اعظم، نرگس اسکندری و فاطمه عباس‌زاده (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای مصرف خودسرانه دارو و مکمل‌ها در زنان باردار شهری و روستایی مراجعه‌کننده به مراکز شهرستان بهداشتی درمانی شهرستان کاشان، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، جلد ۲۴، شماره ۱۱۴، صص ۱۵۷-۱۵۱.
- بیگلرلو، محمدحسین و ثریا طباطبایی (۱۳۹۵). سرطان دستگاه گوارش در ایران: روند پژوهش‌های محققان

- ایرانی در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی، کومش، دوره ۱۹، شماره ۱، صص ۹-۱.
- تبریزی، جعفر، نجیبه خوش‌مرام، لیلا دشمن‌گیر و الهام شکیبازاده (۱۳۹۷). عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت در نوجوانان، *مجله تصویر سلامت*، سال ۹، شماره ۴، صص ۲۹۱-۲۸۲.
- حقیقتیان، منصور (۱۳۹۶). مدرسه، خانواده و سبک زندگی سلامت‌محور در بین دانش‌آموزان متوسطه شهر اصفهان، *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، سال ۹، شماره ۴، صص ۱۱۸-۱۰۹.
- خسروی، ملیحه، حسین صائمی، علی حسینی و علی اصغر بیانی (۱۴۰۰). شناسایی مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور با تأکید بر دوره نوجوانی: یک مطالعه کیفی، *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، دوره ۹، شماره ۱، صص ۹۳-۸۰.
- دمیرچی، ارسلان، جواد مهربانی، و سیده فاطمه بقرآباد موسوی (۱۳۹۲). رابطه چاقی، اضافه‌وزن و عوامل دموگرافیک با سطح فعالیت بدنی در بزرگسالان ۶۹-۱۸ ساله شهر رشت، *مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، شماره ۴، صص ۳۸۶-۳۷۸.
- رضایی، روح‌اله، سپیده نوری، و لیلا صفا (۱۳۹۶). تحلیلی بر رابطه بین سبک زندگی سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب، *فصلنامه روستا و توسعه*، سال ۲۰، شماره ۱، صص ۴۹-۲۵.
- سازمان ملی جوانان (۱۳۸۱). بررسی وضعیت تشکلی‌های غیر دولتی جوانان، تهران، گزارش ملی جوانان، شماره ۲۰، انتشارات اهل قلم.
- سروش، مریم و صدیقه البرزی (۱۳۹۷). مطالعه رابطه سرمایه‌های در اختیار زوجین و تعارضات زناشویی، طرح پژوهشی مصوب استانداری فارس، امور بانوان.
- عبدی، فاطمه، زهرا عطاردی کاشانی، پروین میرمیران، و ترانه استکی (۱۳۹۴). بررسی و مقایسه الگوی مصرف غذایی در ایران و جهان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، شماره ۲، صص ۱۶۷-۱۵۹.
- فتاحی اردکانی، مجتبی، ویدا سادات انوشه، عبدالله حاجی‌وندی، احمد ستوده و زهرا یزدانی (۱۳۹۸). رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در مردان باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت. *مجله تحقیقات سلامت*، سال ۸، شماره ۱، صص ۴۵-۳۸.
- فتاحی، هدا، منصور حقیقتیان، و سیدعلی هاشمیان‌فر (۱۳۹۸). بررسی عوامل اجتماعی-فرهنگی مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور جوانان شهر اصفهان، *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، دوره ۱۲، شماره ۱، صص ۱۷۲-۱۵۹.

فتح‌آبادی، جلیل، مونا ایزددوست، داوود تقوایی، بیتا شلانی و سعید صادقی (۱۳۹۷). نقش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور در پیش‌بینی احتمال خطر دیابت، *پایش*، سال ۱۷، شماره ۲، صص ۱۷۸-۱۶۹.

قادری، مهدی، امیر ملکی، و مجید حق‌جو (۱۳۹۴). نقش سرمایه اجتماعی در ارتقاء سبک زندگی سالم میان افراد مبتلاء به بیماری عروق کرونر، *نشریه پرستاری قلب و عروق*، سال ۲، شماره ۴، صص ۳۵-۲۴.

کوچانی، مسعود و حسن محمودیان (۱۳۹۷). تأثیر سرمایه فرهنگی بر سلامت عمومی با میانجی‌گری سبک زندگی سلامت‌محور، *جامعه‌شناسی کاربردی*، دوره ۲۹، شماره ۲، صص ۱۶-۱.

کرمی، خدابخش، کریم رضا دوست، سیما عبدی‌زاده و فرات چبیشه (۱۳۹۴). مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور و تعیین‌کننده سرمایه‌ای و زمینه‌ای در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز، *فصلنامه توسعه اجتماعی*، شماره ۱، صص ۹۷-۱۲۶.

الماسی، مسعود (۱۳۹۷). تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت‌محور در سالمندان شهر ایلام، *نشریه پرستاری ایران*، شماره ۳۱، صص ۸۵-۷۵.

ملکی، زهرا، موهبت والی و فرزانه مباشری (۱۳۹۹). رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان شهرستان فسا، *طب پیشگیری*، دوره ۷، شماره ۳، صص ۱۹-۱۱.

موسی‌زاده، سمیه و محمدباقر علیزاده اقدم (۱۳۹۵). رابطه سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه‌های اجتماعی در بین دانشجویان، *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال ۸، شماره ۳۰، صص ۹۳-۸۱.

مهدی‌زاده، سیدمهدی و رضا خاشعی (۱۳۹۷). نقش رسانه‌ها در انتخاب سبک‌های زندگی سلامت‌محور شهروندان تهرانی، *فصلنامه پژوهش‌های ارتباطی*، شماره ۹۴، صص ۷۸-۵۱.

میرجلیلی، محمدرضا، سمیه میررضایی، سیدسعید مظلومی محمودآباد و حمیدرضا دهقان (۱۳۹۷). رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان سنین باروری شهر یزد، *دوماهنامه طلوع بهداشت*، سال ۱۷، شماره ۴، صص ۱۲-۱.

نصراللهی قلعه عبدشاهی، حمیدرضا، کریم رضادوست و عبدالحسین نبوی (۱۳۹۵). بررسی رابطه موقعیت‌های ساختاری و طبقاتی با سبک زندگی سلامت‌محور، *فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی*، شماره ۶، صص ۲۰۰-۱۷۱.

Abel, T. (2007). *Cultural Capital in Health Promotion*, In: D. V. Mc Queen, I. Kickbusch & L. Potvin (Eds.). *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion* (41-71). New York: Springer Press.

Afsharkohan, J., I. Balali, & B. Sharafi (2015). Study of Structural and Behavioral Determinants of Health-oriented Lifestyle with Emphasis on Gender Differences.

- Journal of Sociology and Lifestyle Management*, 1(1): 29-66.
- Aysun, A. & Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37: 122-147.
- Bennasar-Veny, M., A. M. Yañez, J. Pericas, L. Ballester, J. C. Fernandez-Dominguez, P. Tauler, & A. Aguilo (2020). Cluster Analysis of Health-Related Lifestyles in University Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(5): 1776.
- Chiou, A. Hsu, M & Hung, M. (2016). Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Applied Nursing Research*, 30, 1-6.
- Chuang, Y. H. Ya-Li, T. Kuo-Chien, Y. Chia-Hsin, & Y. Lin-hui (2015). Social Capital and Health-Protective Behavior Intentions in an Influenza Pandemic, *Plos One*, 10(371): 1-14.
- Cockerham, W. C. & F. J. Ritchey (1997). *Dictionary of Medical Sociology*. United states of America: Greenwood Press.
- Cockerham, W. C. (1999). *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*. London: Routledge.
- Cockerham, W. C. (2004). *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle*, London: Prentice Hall College.
- Cockerham, W. C. (2008). *Social Causes of Health and Disease*, London: Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2013). *Social Causes Of Health and Disease*. United states of America: Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2015). *Medical Sociology on the Move : New Directions in Theory*. Dordrecht, Netherlands. Springer
- Cockerham, W. C. (2000). *Health Lifestyles in Russia, Social Science & Medicine Disease*, London: Polity Press.
- Eo, Y. S. & J. S. Kim (2019). Factors Affecting Health-Related Behaviors in Younger School-Age Korean Children. *Journal of Pediatric Nursing*, <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.05.019>.
- Estaji, Z., R. Akbarzadeh, M. Tadayyonfar, F. Rahnama, H. Zardouz, & L. Najar (2006). Study of the Life Style of People in Sabzevar, Iran, *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 13(3): 134-139.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Global Health Metrics| Volume 396, ISSUE 10258, P1204-1222
- Havrylyshyn, O. & S. M. Nsouli (2001). *A Decade of Transition: Achievements and Challenges*, International Monetary Fund, Washington, D. C, 281.
- Heijmans, M. G. Waverijn, J. Rademakers, R. vander Vaart. & M. Rijken (2015). Functional, Communicative and Critical Health Literacy of Chronic Disease Patients and their Importance for Self-Management, *Patent Educaton and Counseling*, 98(1): 41-48.
- Imoto, A. A. Matsuyama, B. Ambauen-Berger, & C. Honda (2015). Health-Related Ruality of Life among Women in Rural Bangladesh after Surgical Repair of Obstetric Fistula, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130: 79-83.

- Jarron, M. O. Saint, & M. Patrick (2017). Health Lifestyle Behaviors among U.S. Adults. *SSM – Population Health*, 3: 89-98.
- Jorfi, M. P. Afshari, A. Zaheri, & M. Jahandideh (2015). The Relationship between Health Promotion Lifestyle and Type of Delivery in Reproductive-aged Women in Ahvaz, Iran. *Bioassays*, 4: 3958-3963.
- LaPier, T. K. K. Cleary, & J. Kidd (2009). Exercise Self-Efficacy, Habitual Physical Activity, and Fear of Falling in Patients with Coronary Heart Disease. *Cardiopulmonary Physical Therapy J*, 20(4): 5–11.
- Li, G. (2008). The Long-Term Effect of Lifestyle Interventions to Prevent Diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *The Lancet*, 371: 1783-1789.
- Marques, A. (2021). Trends of Healthy Lifestyles among Adolescents: An analysis of More than Half a Million Participants from 32 Countries Between 2006 and 2014. *Frontiers in Pediatrics*, 9: 1-8.
- Mirzaei, M., K. Shadpour, H. Zanjani, & A. M. Mehryar (2009). Population, development and reproductive health. Tehran: Bashari.
- Pender, j. N. L. C. murdugh, & A. M. Parsons, (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. Nurse .5th ed, upper saddle river.
- Pratt, J. (2006). Part of Who We are as a School Should Include Responsibility for Well-being: Links Between the School Environment, Mental Health and Behavior. *Pastoral Care in Education*, 24: 14-21.
- Sonmezer, H., C. fevziye & N. melis (2012). Healthlife-Style Promotion Behavior in Turkish Women Aged 18-64. *Journa Asian Pacific Journal of Cancer Prev*, 13: 1241-1245.
- Turner, B. S. (2004). *The New Medical Sociology: Social Forms of Health and Illness*. London: Norton.
- Wald, A., P. A. Muennig, K. A. O'Connell, & C. E. Garber (2014). Associations Between Healthy Lifestyle Behaviors and Academic Performance in U. S. Undergraduates: a Secondary Analysis of the American College Health Association's National College Health Assessment II. *Am J Health Promot*, 28(5): 298-305.
- Williams, G. (2002). The Determinants of Health: Structure, Context and Agency. *Sociology of Health and Illness*, 25: 131–54.
- World Health Organization (2006). *The World Health Report A safer future: Global Public. Health Security in the 21st Century*. Available from: www. who. int/whr/2007 /cited 3 January 2012.
- World Health Organization Regional Office for the Eastern editerranean (2007). *Health and human rights:WHO EMRO*.
- Zhang, X., J. Lu, C. Wu, J. Cui, Y. Wu, A. Hu, & X. Li (2020). Adherence to Healthy Lifestyles Among Chinese Adults. *Circulation*, 142(Suppl_3), A15479-A15479.

Health-Oriented Lifestyle of Young Women & Associated Factors in Shiraz

Sedighe Alborzi*, Majid Movahhed**, Rouholla Mozafari***,
Halime Enayat****

Abstract

Many of health and sociology scholars believe that a significant portion of health is influenced by social and cultural factors. This approach, especially in the last decade, has become more prominent and has led researchers in the field of sociology to focus on interdisciplinary health studies. Due to the importance of health and its related behaviors, the present study investigated its sociological aspects to behaviors such as healthy eating, sports activities, stress management, avoidance of substance use and tobacco as health-based behaviors with a sociological-approach. This research is a quantitative study using a survey and the study population comprise of all women in the age group of 18-29 years and the sample size was 400 people. The findings in the descriptive section show that the greatest rate of health-related behaviors is related to low and moderate. Inferential findings also confirmed all hypotheses. Based on the findings of the present study, it can be concluded that those behaviors of individuals that can have positive or negative effects on their health, are associated with social and cultural factors. Hence, it is necessary to examine health beyond its psychological dimension, and especially policymakers need to pay greater attention to this issue.

Keywords: Health-based Behaviours, Lifestyle, Women, Shiraz City.

* Scientific Staff of Academic Center for Culture, Education and Research Fars Branch . Shiraz, Iran. E-mail: alborzi254@gmail.com

** Professor of Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author). E-mail: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

*** Ph.D Student in Sociology, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yasouj University, Yasouj, Iran; Head of Public Communication Division General Directorate for Communications & International Relations at Shiraz Municipality. E-mail: mozafari254@gmail.com

**** Professor of Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author). E-mail: henayat@rose.shirzu.ac.ir