

Factors Affecting the Healthy Lifestyle of Retirees (Case Study: Retirees of the Airline of the Islamic Republic of Iran)

Mohammad Mirzaie¹, Reza Mirkhani^{2*}

Abstract

Retirement is an inevitable part of working life for some working people, especially those working in government centers, which can lead to changes in their daily life pattern and affect their health. This effect is not the same on all people, being different based on demographic, social and cultural components. This Research has investigated the health-oriented lifestyle of the retirees of the Airline of the Islamic Republic of Iran (Homa) using a survey and a sample size of 321 people. This research has investigated some aspects of healthy life, including alcohol and smoking, eating habits, proper nutrition and the use of medical recommendations. The variables of marital status, social capital, family conditions, satisfaction and lack of mental illness during retirement have a significant relationship with health-oriented lifestyle and explains 35% of its variations.

Keywords: Healthy lifestyle, Satisfaction, Social capital, Mental health, Retirement

Received: 2021-08-06

Accepted: 2022-02-06

1 Professor, Department of Demography, University of Tehran, Tehran, Iran; mmirzaie@ut.ac.ir

2 M.A. in Demography, University of Tehran, Tehran, Iran, (Corresponding Author); mirkhani90@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.533480.1191>

عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان (مورد مطالعه: بازنشستگان هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران)

محمد میرزایی^۱، رضا میرخانی^{۲*}

چکیده

بازنشستگی بخش اجتناب‌ناپذیر زندگی کاری بعضی از افراد شاغل به‌ویژه شاغلین در مراکز دولتی است که می‌تواند تغییراتی در الگوی زندگی روزمره آن‌ها ایجاد کند و بر سلامت آن‌ها اثرگذار باشد. این تاثیرگذاری بر همه افراد به یک اندازه نیست، بلکه با توجه به مؤلفه‌های جمعیتی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت است. پژوهش حاضر، سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران (هما) را براساس داده‌های حاصل از یک پیمایش در بین نمونه ۳۲۱ نفری مورد تحلیل قرار داده است. ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت‌محور شامل: مصرف الکل و کشیدن سیگار، عادات غذایی، تغذیه مناسب و استفاده از توصیه‌های پزشکی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است. متغیرهای وضعیت تاهل، سرمایه اجتماعی، شرایط خانواده، رضایتمندی و نداشتن بیماری‌های روانی در دوران بازنشستگی رابطه معناداری با سبک زندگی سلامت‌محور نشان دادند و ۳۵ درصد از تغییرات آن را تبیین می‌کنند.

واژگان کلیدی: سبک زندگی سلامت‌محور، رضایتمندی، سرمایه اجتماعی، سلامت روانی، بازنشستگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۵

۱ استاد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛ mmirzaie@ut.ac.ir

۲ دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)؛

mirkhani90@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.533480.1191>

مقدمه و بیان مسأله

بازنشستگی در زندگی کاری بخشی از افراد صورت می‌گیرد و می‌تواند نقطه عطفی در زندگی آن‌ها باشد. این مرحله از چرخه زندگی باعث تغییراتی در الگوی زندگی روزمره آنان می‌شود و می‌تواند بر ارتباطات اجتماعی، درآمد، فعالیت‌ها، مهارت‌های حرفه‌ای و اوقات فراغت آن‌ها اثرگذار باشد (نوبهار ۱۳۹۱، به نقل از: برون^۱ ۱۳۹۲: ۳۹). لذا بازنشستگی می‌تواند در بعضی افراد ایجاد فرصت و در بعضی دیگر توأم با نگرانی باشد. رفتار افراد در این دوران تضمین‌کننده سلامت دوران سالخوردگی سالم آنان هست. همچنین رفتارهای پیش از دوران بازنشستگی به‌ویژه نوع شغل فرد می‌تواند سلامت افراد را در دوران سالمندی تحت تاثیر قرار دهد.

در کشورهای صنعتی در قرن نوزدهم و در کشورهای در حال توسعه در قرن بیستم به‌ویژه بعد از جنگ جهانی دوم با گسترش بهداشت عمومی، مرگ‌ومیر کاهش و امید زندگی افزایش یافت. این تغییر و تحولات در مرگ‌ومیر و امیدزندگی را دوره انتقال مرگ‌ومیر یا دوره انتقال اپیدمیولوژیک می‌نامند (میرزایی ۱۳۸۴: ۷۸). در دوره انتقال مرگ‌ومیر تغییرات بنیادی در علل مرگ‌ومیر صورت می‌گیرد و علل مرگ‌ومیر از بیماری‌های واگیردار به سمت بیماری‌های غیرواگیردار می‌رود. مطالعات نشان می‌دهد که بیماری‌های غیرواگیردار از علل عمده مرگ‌ومیر و ناتوانی به شمار می‌روند (میرزایی و کردزنگنه ۱۳۸۹: ۱۱۳). و این بیماری‌ها عموماً با افزایش سن شایع‌تر می‌شوند (کوششی ۱۳۸۷: ۵). منشاء بیماری‌های غیرواگیردار را باید عمدتاً در سبک زندگی افراد جستجو کرد و سبک زندگی زاینده رفتارها و انتخاب‌ها در میان محدودیت‌های ساختاری است.

آنچه که در چند دهه اخیر به‌طور فزاینده مورد توجه محققان در حوزه‌های علوم اجتماعی و رفتاری قرار گرفته بحث سبک زندگی، به‌ویژه سبک زندگی سلامت‌محور می‌باشد. در گذشته تحلیل‌هایی که در حوزه سلامت صورت می‌گرفتند؛ شکل تک‌بعدی داشتند و سلامت را به عوامل زیستی و ژنتیکی مرتبط می‌دانستند. درحالی‌که از دیدگاه نوظهور پزشکی اجتماعی، سلامت را متأثر از متغیرهای اقتصادی و اجتماعی نیز می‌دانند.

در تحلیل سلامت از دیدگاه‌های رفتاری، بیشترین اهمیت به افراد داده می‌شوند و معتقد هستند افراد مسئول رفتارهای خطرناک خود هستند.

نظریه ساخت‌یابی به دنبال ارتباط بین عاملیت و ساختار هست (گیدنز ۱۳۸۶). برای اینکه نگاه کلی‌تری به بحث سلامت داشته باشیم باید عوامل فردی را با توجه به زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در نظر گرفت. بنابراین برای تحلیل سبک زندگی سلامت‌محور صرفاً نگاه عاملیتی کافی نیست بلکه باید به عوامل فرافردی (پایگاه اقتصادی، اجتماعی، قومیت، جنسیت و...) هم توجه داشت (Cockerham 2005). چون ریشه‌های بسیاری از بیماری‌های غیروگیردار در عوامل اجتماعی و محیطی از جمله رفتارهای فردی، سبک زندگی، نارسایی سازمان‌های اجتماعی، فقر و محیط زندگی است (مسعودنیا ۱۳۸۹: ۲۴۲).

پیشنه تجربی

بازنشستگی می‌تواند موجب تغییرات وسیعی در الگوی زندگی روزمره شود. تحقیقات نشان می‌دهد که بازنشستگی یک استرس روان‌شناختی عمده است (Lo and Brown 1999)، با این وجود، در جدول رخدادهای زندگی هلمز و راهه^۱، بازنشستگی معادل ۴۵ واحد استرس و تقریباً برابر با اخراج از کار به حساب می‌آید (مکوندی و همکاران ۱۳۹۱؛ به نقل از پورافکاری ۱۳۸۰). البته بازنشستگی در بعضی افراد که دارای مشاغل پراسترس بودند باعث می‌شود که به آرامش و احساس رضایت برسند (عسکری ندوشن، روحانی و عابدی‌دیزناب ۱۳۹۷: ۱۴۵).

برخی محققان معتقدند بازنشستگی منجر به افزایش ریسک افسردگی در افراد می‌شود (مکوندی و همکاران ۱۳۹۱؛ به نقل از: Hamilton et al. 1997). این امر می‌تواند بر روی عادات‌های سلامتی مانند: سیگار کشیدن، نوشیدن مشروب، خوابیدن و ورزش تاثیرگذار باشد. این عوامل، منجر به سبک زندگی ناسالم برای بازنشستگان می‌شود که خود سرچشمه بیمارهای مزمن است. تحقیقات حاکی از آن است که بیمارهای مزمن در بین افراد بازنشسته

بسیار شایع‌تر است و می‌تواند منجر به ناتوانی و مرگ آن‌ها شود (نوبهار و همکاران ۱۳۹۲). ولی بازنشستگی که فعالیت ورزشی دارند سالم‌تر و شاداب‌تر هستند (عسکری‌ندوشن، روحانی و عابدی‌دیزناب ۱۳۹۷: ۱۴۵).

به‌طورکلی، متغیرهای جمعیتی (نظیر جنس، سن، وضع تاهل و...) می‌توانند بر سبک زندگی سلامت‌محور افراد اثرگذار باشند. نتایج تحقیقات کردزنگنه در شهر تهران بیانگر این است که با افزایش سن، انتخاب‌های غذای سالم‌تر، عادات خواب و تغذیه بهتر و خود مراقبتی در رانندگی بیشتر می‌شود ولی فعالیت جسمانی و ورزش برعکس کاهش می‌یابد. همچنین نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که زنان کمتر از مردان به ورزش و فعالیت جسمانی می‌پردازند اما نسبت به مردان از انتخاب‌های غذایی سالم‌تر، خود مراقبتی بیشتر، عادات به خواب، تغذیه بهتر و همچنین رانندگی سالم‌تر برخوردارند (میرزایی و کردزنگنه ۱۳۸۹). پژوهش علیزاده اقدم (۱۳۸۸) حاکی از آن است که سبک زندگی سلامت‌محور برحسب متغیرهای جمعیتی و اجتماعی از جمله: جنسیت، سن و وضعیت تاهل متفاوت است و اشکال متفاوت سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معنی‌دار داشته است. رامالگان^۱ و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعات خود نشان می‌دهند که بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سالم ارتباط مثبتی وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد که افراد متأهل بیشتر از رژیم پزشکی پیروی می‌کنند، از سیگار کشیدن پرهیز و با اعتدال در نوشیدن الکل و رفتارهای پر خطر اجتناب می‌کنند (Rogers 1995). همچنین در این تحقیق، راجرز نشان می‌دهد که میزان مرگ‌ومیر افراد مجرد دارای درآمد بالاتر نسبت به افراد متأهل، کمتر است. تحقیقات همسترم، وایت، راجرز نشان می‌دهد که افراد متأهل به‌طور میانگین، از افرادی که ازدواج نکرده‌اند سالم‌تر هستند و مردان به‌طور آشکار، منافع بیشتری نسبت به زنان در ازدواج دریافت می‌کنند (Williams & Umberson 2004: 81). تحقیقات کاکرهام و همکاران حاکی از این امر است هرچه افراد مسن‌تر می‌شوند از طریق انتخاب غذاهای سالم‌تر، ترک سیگار و... تلاش بیشتری برای حفظ سلامتی‌شان از خود نشان می‌دهد (Cockerham 1997).

بازنشستگی می‌تواند در برخی افراد یک رویداد استرس‌زا باشد و این استرس باعث شود رفتار ناسالم در زندگی فرد صورت گیرد. تحقیقات نشان داده اگر بازنشستگی اختیاری نباشد و اجباری صورت گیرد احتمال مصرف الکل و دخانیات را در افراد افزایش می‌دهد (Zantinge et al. 2014).

سراج زاده و دیگران (۱۳۹۲) در تحقیقات خود نشان دادند بین سبک زندگی سلامت‌محور و متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت روانی بیشتر تبیین وجود دارد. یافته‌های تحقیقی شمس (۱۳۸۹) حاکی از آن است که بین متغیرهای ساختاری "روابط اجتماعی" به‌عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرها، بیشترین تاثیر بر سبک زندگی سلامت‌محور دارد. با توجه به مطالب فوق، بازنشستگی باعث تغییر در سبک زندگی افراد می‌شود و خود این امر می‌تواند سلامت افراد را تحت تاثیر قرار دهد. البته تاثیر بازنشستگی بر افراد یکسان نیست براساس متغیرهای ساختاری (جنسیت، وضعیت تاهل و...) و سرمایه‌های انسانی متفاوت است. هویت‌یابی، رضایتمندی در دوران بازنشستگی و روابط اجتماعی از عوامل مهم اثرگذار بر سلامت بازنشستگان است.

مبانی نظری

بحث سبک زندگی در بین جامعه‌شناسان کلاسیک بیشتر مورد توجه وبر بوده است (Cockerham 2000) و به اعتقاد او از دو مؤلفه اساسی سلوک زندگی و فرصت زندگی تشکیل شده است. سلوک زندگی اشاره به انتخاب افراد در زندگی و فرصت زندگی که با موقعیت‌های اجتماعی افراد در ارتباط است. به نظر وبر انتخاب‌های افراد تحت سلطه فرصت‌های زندگی یا همان ساختار (شانس زندگی) می‌باشد. وبر معتقد به این است که بین سلوک زندگی و فرصت زندگی رابطه دیالکتیک وجود دارد (قاسمی و همکاران ۱۳۸۷).

در قرن نوزدهم و قرن بیستم به‌ترتیب در کشورهای صنعتی و درحال توسعه تغییرات در الگوی مرگ‌ومیر صورت می‌گیرد که به این تغییرات گذار اپیدمیولوژیکی گفته می‌شود؛ در این گذار علل مرگ‌ومیر از بیماری‌های وگیردار به غیروگیردار تغییر می‌یابد (میرزایی ۱۳۸۴: ۷۸). علوم پزشکی دیگر به تنهایی قادر به درمان این قبیل بیماری‌های غیروگیردار نبوده و سبک‌های زندگی ناسالم را عامل اصلی ترویج و گسترش بیمارهای غیروگیردار می‌داند. این

مسئله حامل این پیام است که افراد در قبال سلامت خود باید مسئولیت‌پذیری بیشتری داشته باشند (گیدنز ۱۳۸۶).

بورديو با توجه به نظریه عمل خود تصویر واضح‌تری از مولد رفتار انسان و سبک زندگی ارائه می‌دهد (جمشیدیها و پرستش ۱۳۸۶، به نقل از: Martin 2003: 7). نظریه عمل از دو مؤلفه منش یا عادت‌واره (ساختمان ذهنی) و میدان (زمینه) تشکیل شده است. منظور از منش مجموعه‌ای از خلق و خوی برآمده در شخصیت کنشگر است و نحوه مواجهه او با موقعیت‌ها مختلف را نشان می‌دهد، به گونه‌ای که می‌توان آن را ناخودآگاه فرهنگی، افراد نام‌گذاری کرد. منش را می‌توان قاعده الزامی هر انتخاب اصل هماهنگ‌کننده اعمال، الگوی ذهنی و جسمی ادراک و ارزیابی کنش نام‌گذاری کرد (جمشیدیها و پرستش ۱۳۸۶: ۱۱). منش در فرآیند جامعه‌پذیری افراد صورت می‌گیرد و این امر، منجر به ارائه شیوه منحصر به فرد برای تفسیر کار و واقعیت اجتماعی برای شخص می‌شود. منش تحت نفوذ میدان (زمینه) است.

به اعتقاد کارهام سبک زندگی سلامت‌محور، الگوی تجمعی رفتار مرتبط با سلامت هستند که براساس انتخاب از گزینه در دسترس افراد براساس فرصت‌های زندگی‌شان بنا شده‌اند، که فرصت‌ها شامل تاثیرات سن، جنس، قومیت، طبقه اجتماعی، شرایط اجتماعی و دیگر متغیرها بر انتخاب شیوه زندگی تاثیر می‌گذارند. رفتارهای حاصل این انتخاب‌ها می‌توانند عواقب مثبت و منفی از نظر جسمی و روحی داشته باشند (میرزایی و کردزنگنه ۱۳۸۹: ۱۱۹). سبک‌های زندگی سلامت‌محور شکلی از مصرف است که برای اموری نظیر زندگی طولانی‌تر، کار یا بهبود و افزایش لذت از رفاه فیزیکی شخص استفاده می‌گردد. به علاوه، سبک‌های زندگی سالم محصول کالا و خدمات بهداشتی است (مثلاً لباس‌های ورزشی، برنامه‌های رژیم غذایی، غذاهای بهداشتی، عضویت در باشگاه و انجمن‌ها) و بدین طریق مصرف به‌عنوان یکی از اجزای اصلی و ذاتی آن است (Cockerham et al. 2006). به اعتقاد وی ساختار یا شانس زندگی عبارتست از: موقعیت طبقه، سن، جنس، نژاد، قومیت و جمع‌گرایی که بر عاملیت تاثیرگذار است. رابطه دیالکتیک بین بخت زندگی و عاملیت منجر به ایجاد منش یا عادت‌واره می‌شود و به‌عنوان نقشه شناختی یا مجموعه ادراکاتی افراد است و راهنمای انتخاب‌های شخصی و ارزیابی‌ها می‌شود. عادت‌واره تمایلات با دوامی هستند که در

شخص درونی شده است. این تمایلات آن‌ها راه‌های عادی برای عمل کردن در هنگام انجام وظایف عادی روزمره هستند. عادت‌واره در بحث سلامت به توالی اعمالی از قبیل مصرف الکل، سیگار کشیدن، رژیم غذایی و دیگر اقدامات مرتبط با سلامت است. این اعمال در واقع الگوهای شیوه زندگی سالم را تشکیل می‌دهد (Cockerham, Hinote & Abbott 2006). کارکردها در بحث سبک زندگی سلامت‌محور از نظریه دیگری تعمیم‌یافته جرج هربرت مید استفاده کرده است (Cockerham, Hinote & Abbott 2006) براساس نظر مید، دیگری تعمیم‌یافته نگرش‌های سازمان‌یافته‌ای از یک گروه یا اجتماع را به‌عنوان یک کل منعکس می‌کند که در حکم یک فرایند اجتماعی، اجتماع یا گروه، رفتار اعضای خود را تحت کنترل قرار می‌دهد (قاسمی ۱۳۸۷ به نقل از: Cockerham 2000). ایدئولوژی سیاسی و مذهب هر دو می‌تواند مثال‌هایی از تفکرات جمع‌گرایی برای انتخاب‌های سبک زندگی سلامت‌محور باشد. به‌عنوان مثال دین اسلام مصرف الکل را امری مذموم شمرده که خود در انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور تاثیر بسزایی دارد. در سنجش و اندازه‌گیری سبک زندگی سلامت‌محور تجزیه و تحلیل باید از سطح فردی فراتر رفته و به الگوهای جمعی رفتار مربوط به سلامتی که سبک زندگی سلامت‌محور را تشکیل می‌دهد، گسترش یابد. لذا، در بررسی سبک‌های زندگی مختلف نباید از زمینه‌های اجتماعی آن غافل شد (Cockerham, Hinote & Abbott 2006).

از جمله مؤلفه‌هایی که می‌تواند بر سبک زندگی سلامت‌محور افراد تاثیرگذار باشد پایگاه اقتصادی و اجتماعی آن‌ها است. براساس نظریه ادلر^۱ و دیگران (۱۹۹۴) و اندرسون^۲ و آستار (۱۹۹۶)، افراد طبقه پایین سلامت اجتماعی کمتری نسبت به افراد طبقه بالای اجتماعی دارند (کرایب ۱۳۸۳). شغل و تحصیلات از مؤلفه‌های اساسی پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد محسوب می‌شود که می‌تواند بر منش و ساختار ذهنی افراد تاثیرگذار باشد. به اعتقاد بوردیو منش از محدودیت اجتماعی درونی شده که تحت تاثیر جایگاه ساختاری وی است و شیوه منحصر به فردی برای افراد ایجاد کرده است. این شیوه با توجه به

1 Adler

2 Anderson

محدودیت‌های ساختاری که در بردارد، فرصت‌ها و انتخاب‌هایی را برای افراد فراهم می‌کند. همچنین منجر به شکل‌گیری خصلت‌ها و خوی‌های آن‌ها می‌شود که تجلی عینی آن را می‌توان در سبک زندگی فرد مشاهده کرد. یکی از عوامل اثرگذار در منش، شغل افراد است. نوع شغل، رتبه شغلی و ارتباط فرد با محیط کار، می‌تواند سلامت افراد در دوران پس از بازنشستگی را تحت تاثیر قرار دهد. بعضی از مشاغل به دلیل ماهیت استرس‌زا، فشار کارفرما، ساعات طولانی و نامنظم و همچنین کنترل و تسلط کم بر محیط کار می‌توانند زمینه بروز بیماری قلبی و عروقی، اختلالات گوارشی و دیگر بیماری‌های مزمن را ایجاد می‌کند و سلامت افراد در دوران بازنشستگی و سالمندی را مورد تهدید قرار دهد.

شبکه‌های اجتماعی غیررسمی در قالب شبکه‌های خویشاوندی، شبکه دوستی، شبکه‌های همسایگی و گاهی در شکل انجمن و هیئت‌ها، سازمان‌ها و کلوب‌ها ظاهر می‌شوند و می‌توانند در بهبود سلامت و کیفیت زندگی سالمندان و بازنشستگان اثرگذار باشد. حمایت اجتماعی غیررسمی می‌تواند یکی از مؤلفه‌های اصلی سازگاری محسوب شود و منظور از حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده و دوستان و دیگران تعریف کرد (کوششی و همکاران ۱۳۹۲: ۱۱۲)

سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی یکی از دیگر مؤلفه‌های کلیدی در ایجاد رضایتمندی و عامل ارتقا کیفیت زندگی و جلوگیری از ایزوله شدن و انزوا در افراد می‌شود و عامل مهمی برای سازگاری در این دوران است. شواهد و پژوهش‌ها (Hockey 1993) تاکید بر این امر دارد که بازنشستگی منجر به افت سلامت افراد شده و تاثیرات بسزایی در تشدید شکایات جسمانی، روحی و روانی و نارسایی در عملکرد اجتماعی افراد به همراه دارد و می‌تواند منجر مرگ زودرس در افراد شود. احتمال بیماری مزمن در بین افراد بازنشسته بسیار بالا است و می‌تواند منجر به ناتوانی و مرگ آن‌ها شود (نوبهار و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۷).

هویت‌یابی در دوران بازنشستگی باعث کاهش استرس، رضایتمندی و جلوگیری از افسردگی، انزوایی و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت عمومی افراد می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند که از بحران بازنشستگی نجات یافته و سازگاری بهتری با دوران

بازنشستگی داشته باشد. از عوامل اساسی که می‌تواند بر هویت‌یابی افراد تاثیرگذار باشد اشتغال مجدد به کار و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی است. طبق نظریه فعالیت هاویگرست فعالیت در دوران بازنشستگی و سالمندی سلامت را افزایش می‌دهد. افراد بازنشسته و سالمند با شرکت در نقش‌هایی که خصایص دوران میانسالی را دارد مفهوم خویشتن را دریافته و با این مرحله از زندگی سازگار می‌شوند و در نتیجه از رضایتمندی بالاتری نسبت به دیگر افراد مشابه خود برخوردارند (زاده‌غلام ۱۳۸۹).

همان‌طور که قبلاً ذکر شد دوره انتقال مرگ‌ومیر همراه با دوره انتقال اپیدمیولوژیک است؛ در این دوره تغییرات بنیادی در علل مرگ‌ومیر صورت می‌گیرد. عمران جمعیت‌شناس مصری این دوره انتقال اپیدمیولوژیک را این‌گونه شرح می‌دهد «در شرایط مرگ‌ومیر بالا و در مرحله قبل از انتقال مرگ‌ومیر علل فوت عمدتاً بیماری‌های عفونی غیراپیدمیک است. بیماری‌هایی همچون تیفوید؛ وبا؛ سرخک؛ دیفتری و... در سطح میانی مرگ‌ومیر؛ بیماری‌های عفونی غیراپیدمیک همچون سینه‌پهلو؛ برونشیت؛ سل و التهاب روده غلبه دارند. بالاخره با کنترل کردن بیماری‌های فوق‌الذکر علل فوت به بیماری‌های درون‌زا و بیماری‌های مزمن سنین سالخوردگی تغییر می‌یابند» (میرزایی ۱۳۸۴ به نقل از: Omran 1971). عمران (۱۹۷۱) در الگوی مفهومی خود سه نوع متفاوت از انتقال اپیدمیولوژیک را تشخیص می‌دهد:

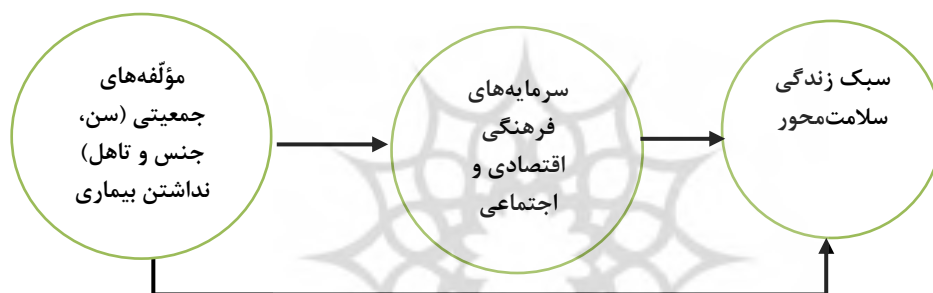
نوع اول: الگوی کلاسیک و یا غربی که عمدتاً منبعث از تجربه کشورهای اروپایی است

نوع دوم: الگوی شتاب گرفته که به‌طور مشخص تداعی‌کننده انتقال اپیدمیولوژیک ژاپن است

نوع سوم: الگوی معاصر و یا به تعویق افتاده که مرتبط با کشورهای در حال توسعه است که در گذشته نزدیک‌تر وارد مرحله انتقالی شده و هنوز هم در این مرحله قرار دارد.

با توجه به مطالب ذکر شده، سؤال محوری پژوهش حاضر این است که سرمایه انسانی (سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی)، رضایتمندی در دوران بازنشستگی، شرایط خانوادگی و داشتن سلامت روانی (نداشتن بیماری روانی) با توجه وضعیت تاهل، جنسیت و سن چه تاثیری بر سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان دارد؟ با توجه به مطالب مبانی

نظری در رابطه با سبک زندگی و ارتباط آن با سلامت و پیشینه تجربی تحقیق؛ مدل نظری این پژوهش مطابق شکل ۱ در نظر گرفته شده است. در این مدل نظری، سبک زندگی سلامت‌محور به‌عنوان متغیر وابسته به‌صورت مستقیم تحت تاثیر شرایط خانواده؛ سرمایه انسانی (سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی)؛ رضایمندی و سازگاری در دوران بازنشستگی است. مؤلفه‌های جمعیتی و نداشتن بیماری به‌صورت مستقیم بر سبک زندگی سلامت‌محور تاثیرگذار هستند و به‌صورت غیرمستقیم نیز از طریق تاثیر روی سرمایه انسانی؛ سازگاری دوران بازنشستگی؛ شرایط خانواده و رضایتمندی اثرگذار خواهند بود



شکل (۱) مدل نظری عوامل موثر بر سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان

با توجه پیشینه تجربی و مدل نظری تحقیق به‌نظر می‌رسد برخورداری از هر یک از سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، با سبک زندگی سلامت‌محور در افراد بازنشسته در ارتباط باشد. همچنین رابطه معناداری می‌تواند بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد (سن، جنس، وضعیت تاهل) و سبک زندگی سلامت‌محور انتظار می‌رود. علاوه بر این، رضایتمندی افراد می‌تواند با سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان مرتبط باشد. نداشتن بیماری روحی و روانی و شرایط خانوادگی احتمالاً در ارتباط با سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان باشد.

روش و داده‌های تحقیق

تحقیق حاضر با روش پیمایش و با ابزار پرسشنامه ساخت‌یافته انجام شده است. نمونه تحقیق از طریق روش نمونه‌گیری سیستماتیک طبقه‌ای انتخاب شده و حجم نمونه براساس فرمول کوکران ۳۲۱ نفر به‌دست آمده است. جامعه آماری مورد مطالعه، بازنشستگان هما

ساکن استان تهران و البرز هستند که تعداد آن‌ها ۷۸۳۵ نفر و براساس جنس ۶۷۴۲ نفر مرد (۸۶ درصد) و ۱۰۹۳ نفر زن (۱۴ درصد) هستند.

در پژوهش حاضر برای آزمون پایایی شاخص‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که مقادیر آن در جدول ۱ ارائه شده است. با توجه جدول ضرایب آلفای کرونباخ برای سبک زندگی سلامت‌محور و متغیرهای وابسته، ضرایب بالای ۰/۶ هست و از پایایی قابل قبولی برخوردار می‌باشد.

جدول ۱: آلفای کرونباخ متغیرهای مستقل و وابسته

| ضریب آلفای کرونباخ | تعداد سوال‌ها | ابعاد متغیرها |
|--------------------|---------------|--|
| ۰/۷۷ | ۱۹ | سبک زندگی سلامت‌محور (متغیر وابسته) |
| ۰/۷۱ | ۴ | توصیه‌های پزشکی |
| ۰/۶۹ | ۴ | تغذیه مناسب |
| ۰/۸۳ | ۴ | عادت غذایی روزانه |
| ۰/۷۷ | ۵ | مصرف دخانیات و مشروبات الکلی (متغیر مستقل) |
| ۰/۶۸ | ۷ | سرمایه فرهنگی (متغیر مستقل) |
| ۰/۸۸ | ۱۰ | شرایط خانواده (متغیر مستقل) |
| ۰/۹۴ | ۲۸ | نداشتن بیمار روانی (متغیر مستقل) |
| ۰/۷۸ | ۲۱ | سرمایه اجتماعی (متغیر مستقل) |

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای مستقل و وابسته مورد استفاده در پژوهش به شرح ذیل هستند:

سبک زندگی سلامت‌محور: به اعتقاد کاکرهام الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی مبتنی بر انتخاب‌های افراد برحسب شرایط قابل دسترس اجتماعی و زیستی‌شان است (Cockerham 1997). تصمیم‌گیری درباره مصرف غذا، ورزش کردن، مراعات بهداشت فردی، مقابله با استرس، استعمال سیگار، مصرف الکل، مواد مخدر، بستن کمربند ایمنی در خودرو، مسواک زدن و انجام دادن معاینات دوره‌ای پزشکی از شاخص‌های سبک زندگی سلامت‌محور است (فاضلی ۱۳۸۲). در این تحقیق سبک زندگی سلامت‌محور متغیر وابسته است و برخی از ابعاد آن شامل مصرف الکل و کشیدن سیگار، عادات غذایی و

تغذیه مناسب و استفاده از توصیه‌های پزشکی مورد بررسی قرار می‌گیرد. این متغیر در سطح سنجشی رتبه‌ای به صورت یک طیف چهار قسمتی سنجش مورد بررسی قرار گرفته است و تحلیل عاملی و مقادیر آن‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- تحلیل عاملی مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور

| ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور | مقادیر ویژه | واریانس تبیین شده | بار عاملی |
|----------------------------|-------------|-------------------|-----------|
| استفاده از توصیه‌های پزشکی | ۱۰/۱۵ | ۱۶/۶۳ | ۰/۶۹ |
| تغذیه مناسب | ۱/۳۹۶ | ۲/۵۳۶ | ۰/۶۱ |
| عادات غذایی روزانه | ۱/۴۵۰ | ۳/۵۵۹ | ۰/۶۴ |
| مصرف دخانیات و الکل | ۱/۷۸ | ۳/۸۹ | ۰/۶۲ |

سرمایه اجتماعی: سرمایه اجتماعی عبارت است از تمام عواید و منابعی که مجموعه افراد از موقعیت اجتماعی، عضویت و ارتباط تنگاتنگ خود با انواع شبکه‌ها، نهادها و سازمان‌ها بدست می‌آورند، سرمایه اجتماعی اطلاق می‌شود (غفاری ۱۳۸۷: ۱۴). در این پژوهش برای اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی از ۲۱ گویه با طیف لیکرت ۵ قسمتی و سطح سنجش ترتیبی استفاده شده است. برای سنجش سرمایه اجتماعی از گویه‌های سفرهای گروهی با دوستان، فامیل و همسایگان، مشارکت در انتخابات شورا و.....، ورزش گروهی، هیئت‌های مذهبی، شرکت در مراسم‌های جشن تولد و عروسی و.... استفاده شده است

سرمایه اقتصادی: عبارت از ثروت و منابع مالی شامل درآمدها و مالکیت‌هایی که هر کنشگر در دست دارد. برای اندازه‌گیری سرمایه اقتصادی از حقوق ماهیانه، ارزش مسکن و درآمدهای که غیر از حقوق (اجاره، سود بانکی و...) استفاده شده است و درآمد افراد براساس حقوق ماهیانه^۱ به سه طبقه تقسیم شده است. افرادی که حقوق زیر دو میلیون طبقه اول و افراد بین دو تا سه میلیون طبقه دوم و افرادی که حقوق بالای سه میلیون دارند، طبقه سوم می‌باشند. وضعیت مسکن^۲ براساس قیمت تقریبی ملک به سه گروه تقسیم

۱ حقوق افراد بر اساس سال ۱۳۹۳ است

۲ قیمت مسکن بر اساس سال ۱۳۹۳ است

می‌شوند قیمت مسکن زیر ۵۰۰ میلیون طبقه اول، بین ۵۰۰ تا ۱ میلیارد، طبقه دوم و بالای یک میلیارد در طبقه سوم قرار دارند.

سرمایه فرهنگی: سرمایه فرهنگی در برگزیده تمایلاتی است که در خلال اجتماعی شدن در فرد انباشته می‌شود. بورديو تحصیلات را نمودی از سرمایه فرهنگی می‌دانست. لیکن گرایش به اشیاء فرهنگی و جمع شدن محصولات فرهنگی در نزد فرد را سرمایه فرهنگی می‌خواند (فاضلی ۱۳۸۲:۳۷). در این تحقیق برای اندازه‌گیری سرمایه فرهنگی از هفت گویه پنج قسمتی در سطح سنجش ترتیبی استفاده شده است. سرمایه فرهنگی با گویه‌های: سطح تحصیلات، مطالعه روزنامه، نشریات و مجلات، سایت اینترنت، رفتن به موزه، نمایشگاه و فرهنگ‌سرا، گوش دادن به موسیقی و... مورد سطح سنجش قرار گرفته است.

شرایط خانوادگی: وضعیت خانوادگی در خانواده برحسب روابط تعریف می‌شود و منظور از آن چگونگی نحوه ارتباط و طرز برخورد افراد خانواده با یکدیگر، احساسات و علاقه آن‌ها به یکدیگر، همبستگی و چگونگی دخالت یا عدم‌دخالت آن‌ها در کارهای یکدیگر و مشارکت یا عدم‌مشارکت در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی می‌باشد (فتاحی پور: ۱۳۶۵:۳۳۱). در پژوهش حاضر، برای اندازه‌گیری آن از ۱۰ گویه در طیف لیکرت ۵ قسمتی در سطح سنجش رتبه‌ای استفاده شده است. از گویه‌های: آیا اعضای خانواده در مواقع بحرانی از یکدیگر حمایت می‌کنند، آیا در بین اعضای خانواده احساس راحتی و آسایش می‌کنند، آیا اعضای خانواده در مورد مسائل شخصی خود شخصا تصمیم می‌گیرند و... برای سنجش شرایط خانواده استفاده شده است.

سلامت روانی: برای سنجش وضعیت سلامت روانی بازنشستگان از مقیاس استاندارد شده روان‌شناسی اجتماعی SCL90 استفاده شده است که ابعاد افسردگی، اضطراب و پرخاشگری را بررسی می‌کند. سطح سنجش آن ترتیبی و دارای ۲۸ گویه طیف لیکرت ۵ قسمتی است. برخی از گویه‌های آن عبارتست از: آیا از آینده بیم دارید؟ آیا کم‌تحمّل هستید و زود از جا در می‌روید؟ آیا به‌طور ناگهانی و بدون هیچ علتی می‌ترسید؟ آیا احساس تنهای یا غمگینی می‌کنید؟ آیا احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کنید؟ و....

سایر متغیرهای مستقل این تحقیق سن، جنس، وضعیت تاهل و رضایتمندی از دوران بازنشستگی است. رضایتمندی از دوران بازنشستگی، با پرسش یک سؤال سه قسمتی از بازنشستگان پرسیده شده است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این تحقیق در بخش توصیفی به صورت خلاصه در جداول ۳ تا ۹ ارائه شده است. در نگاه اول، لازم به ذکر است که میانگین سن بازنشستگان ۶۲/۵ سال با انحراف استاندارد ۶/۹ سال می‌باشد. حدود ۶۴ درصد پاسخگویان زیر ۶۵ سال و ۳۴ درصد آن‌ها بالای ۶۵ سال هستند.

جدول ۳: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخگویان

| متغیر | ابعاد متغیر | تعداد | درصد |
|-------------|----------------------------|-------|------|
| جنسیت | مرد | ۲۹۱ | ۹۰/۹ |
| | زن | ۲۹ | ۹/۱ |
| سطح تحصیلات | پایین‌تر از دیپلم | ۲۰۸ | ۶۴/۸ |
| | دیپلم و بالاتر | ۱۱۰ | ۳۴/۶ |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۲۹۹ | ۹۳/۴ |
| | هرگز ازدواج نکرده | ۴ | ۱/۳ |
| | بدون همسر به دلیل فوت همسر | ۱۰ | ۳/۱ |
| | بدون همسر به دلیل فوت همسر | ۷ | ۲/۲ |

جدول ۳ به توصیف مؤلفه‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخگویان می‌پردازد. این جدول دارای سه قسمت است که به ترتیب جنسیت، تحصیلات و وضعیت تاهل بازنشستگان را توصیف می‌کند. از ۳۲۱ نفر پاسخگویان ۳۲۰ نفر به این سؤالات پاسخ داده‌اند (۲۹۱ نفر (نزدیک به ۹۱ درصد) افراد مرد و ۲۹ نفر (۹ درصد) زن هستند. قسمت دوم جدول مذکور، وضعیت تحصیلات بازنشستگان را نشان می‌دهد که ۲۰۸ نفر (۶۵ درصد) سطح تحصیلات پایین‌تر از دیپلم دارند و ۱۱۰ نفر (۳۵ درصد) سطح تحصیلات

بالاتر از دیپلم دارند. قسمت سوم جدول نیز به وضعیت تاهل اشاره دارد. اکثر بازنشستگان متاهل هستند از ۳۲۰ نفر پاسخگو ۲۹۹ نفر (۹۳ درصد) متاهل هستند تعداد افراد غیرمتاهل ۲۱ نفر (۷ درصد) است که از این ۲۱ نفر ۴ نفر (نزدیک به ۱ درصد) هرگز ازدواج نکرده و ۱۰ نفر (۳ درصد) بدون همسر بر اثر فوت و ۷ نفر (۲ درصد) بدون همسر بر اثر طلاق هستند.

جدول ۴ وضعیت درآمد ماهیانه پاسخگویان در سال ۹۳ را نشان می‌دهد. ۳۰ نفر (۹ درصد) از ۳۲۱ نفر به سئوالات این بخش پاسخگو نبودند و ۲۹۱ نفر (۹۱ درصد) پاسخگو بودند. از این ۲۹۱ نفر؛ ۳۳ نفر (۱۰ درصد) درآمد زیر دو میلیون؛ ۹۷ نفر (۳۰ درصد) درآمد بین دو الی سه میلیون و ۱۶۱ نفر (۵۰ درصد) درآمد بالای سه میلیون دارند. در این جدول، پرسش درخصوص وضعیت پاسخگویان براساس این سؤال هست: «آیا درآمدی جدا از مستمری بازنشستگی دارید؟ سه گزینه پاسخ عبارتند از: بله؛ خیر و گهگاهی. همه ۳۲۱ نفر از پاسخگویان به این سؤال پاسخ داده‌اند. ۱۰۴ نفر (۳۲ درصد) پاسخ «بله» و ۱۹۷ نفر (۶۱ درصد) پاسخ «خیر» و ۲۰ نفر (۶ درصد) پاسخ «گهگاهی» داده‌اند. وضعیت مسکن پاسخگویان در این جدول نشان می‌دهد که از ۳۲۱ نفر ۳۰۸ نفر (۹۶ درصد) به این سؤال پاسخگو و ۱۳ نفر (۴ درصد) به این سؤال پاسخگو نبودند. ۲۷۷ نفر (۸۶ درصد) دارای مسکن شخصی و ۳۱ نفر (۱۰ درصد) دارای مسکن استجیاری هستند. جدول ۴، همچنین وضعیت پاسخ پاسخگویان به سؤال که «آیا برای بازنشستگی آمادگی داشتید» را نشان می‌دهد. از ۳۲۱ نفر پاسخگویان ۳ نفر (حدود ۱ درصد) پاسخگو نبودند. از ۳۱۸ نفر ۱۳۸ نفر (۴۳ درصد) پاسخ بلی و ۱۸۰ نفر (۵۶ درصد) پاسخ خیر داده‌اند.

جدول ۴- توزیع فراوانی درآمد ماهیانه، درآمد جدا از مستمری، وضعیت مسکن و «آیا برای بازنشستگی آمادگی داشتید» پاسخگویان

| متغیر | گزینه‌ها | تعداد | درصد | درصد معتبر |
|-------------------------------|----------------|-------|------|------------|
| درآمد ماهیانه | زیر ۲ میلیون | ۳۳ | ۱۰/۳ | ۱۱/۳ |
| | بین ۲-۳ میلیون | ۹۷ | ۳۰/۲ | ۳۳/۳ |
| | بالای ۳ میلیون | ۱۶۱ | ۵۰/۲ | ۵۵/۳ |
| | جمع | ۲۹۱ | ۹۰/۷ | ۱۰۰ |
| درآمد جدا از مستمری پاسخگویان | بله | ۱۰۴ | ۳۲/۴ | |
| | خیر | ۱۹۷ | ۶۱/۴ | |
| | گهگاهی | ۲۰ | ۶/۲ | |
| | جمع | ۳۲۱ | ۱۰۰ | |
| وضعیت مسکن | استجیاری | ۳۱ | ۹/۷ | ۱۰/۱ |
| | شخصی | ۲۷۷ | ۸۶/۳ | ۸۹/۸ |
| | جمع | ۳۰۸ | ۹۶ | ۱۰۰ |
| | بی پاسخ | ۱۳ | ۴ | |
| آمادگی برای بازنشستگی | بلی | ۱۳۸ | ۴۳ | ۴۳/۴ |
| | خیر | ۱۸۰ | ۵۶/۱ | ۵۶/۶ |
| | جمع | ۳۱۸ | ۹۹/۱ | ۱۰۰ |
| | بی پاسخ | ۳ | ۰/۹ | |
| جمع کل | | ۳۲۱ | ۱۰۰ | |

طبق یافته‌های جدول (۵) می‌توان گفت حدود ۱۷ درصد بازنشستگان دارای سبک زندگی سلامت‌محور بالا ۵۲ درصد از بازنشستگان دارای سبک زندگی سلامت‌محور متوسط و ۳۱ درصد آنان از وضعیت سبک زندگی سلامت‌محور مناسبی برخوردار نیستند.

جدول ۵: توزیع نمونه تحقیق برحسب سبک زندگی سلامت‌محور

| سبک زندگی سلامت‌محور | فراوانی | درصد |
|----------------------|---------|------|
| بالا | ۵۴ | ۱۶/۸ |
| متوسط | ۱۶۷ | ۵۲/۴ |
| پایین | ۱۰۰ | ۳۰/۸ |
| جمع | ۳۲۱ | ۱۰۰ |

جدول ۶ مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان را براساس جنسیت نشان می‌دهد. براساس اطلاعات جدول، وضعیت زنان در پرهیز از دخانیات و الکل؛ استفاده از توصیه‌های پزشکی و تغذیه مناسب‌تر از مردان می‌باشد.

جدول ۶- توزیع درصد نمونه تحقیق براساس مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور برحسب

جنس

| زنان | | | مردان | | | مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------------|
| بالا | متوسط | پایین | بالا | متوسط | پایین | |
| ۶۸/۸ | ۱۸/۶ | ۱۲/۵ | ۵۷/۳ | ۲۰/۹ | ۲۱/۸ | توصیه‌های پزشکی |
| ۴۶/۸ | ۳۲/۵ | ۲۰/۶۳ | ۳۲/۸۳ | ۱۰/۸ | ۵۶/۳ | تغذیه مناسب |
| ۵۴/۳۲ | ۱۸/۸ | ۲۶/۸ | ۲۹/۷ | ۳۰/۸ | ۳۹/۵ | عادت غذایی |
| ۷۳/۲ | ۱۷/۳ | ۹/۵ | ۲۳/۶ | ۲۷/۱ | ۴۹/۳ | پرهیز دخانیات و مشروب الکی |

نتایج حاصل از جدول ۷ نشان می‌دهد که بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین انتظار می‌رود با افزایش سرمایه اجتماعی، بازنشستگان سبک زندگی سلامت‌محور نیز افزایش یابد و بالعکس. همچنین سرمایه اجتماعی قادر به تبیین حدود ۱۸ درصد از تغییرات سبک زندگی سلامت‌محور است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سرمایه اجتماعی که حاصل شبکه روابط قوی و مشارکت و اعتماد افراد است این امکان را به بازنشستگان می‌دهد که در صورت بروز مشکل و از این پتانسیل عظیم بهره‌گیری کرده و مسیر بهتری را برای زندگی خود انتخاب نمایند. از سوی دیگر سرمایه اجتماعی بالاتر افراد دغدغه‌مند بیشتری را برای

سلامت سالمندان فراهم می‌آورد که باعث می‌شود سبک زندگی مناسب‌تری را برگزینند. سرمایه اجتماعی به خودی خود حاصل و در برگیرنده سرمایه فرهنگی و اجتماعی است و می‌تواند به‌عنوان راهکاری مناسب برای بهبود سبک زندگی تمامی افراد جامعه و به‌ویژه سالمندان به‌عنوان راهکاری مناسب تقویت شود.

برپایه اطلاعات جدول ۷، همچنین بین شرایط خانوادگی و سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین انتظار می‌رود با افزایش ارتباطات خانوادگی بازنشستگان، سبک زندگی سلامت‌محور آنها نیز افزایش یابد و بالعکس. در تبیین این یافته می‌توان گفت که حمایت و ارتباطات و به‌ویژه دریافت حمایت از سمت خانواده و یا خویشاوندان می‌تواند تأثیر بسزایی در تعیین سبک زندگی سلامت‌محور برای سالمندان و بازنشستگان و یا جهت‌دهی به آن داشته باشد. اهمیت مراودات خانوادگی در کم‌ترین حالت می‌تواند در چک کردن مداوم سطح سلامت سالمندان و بازنشستگان تجلی پیدا کند که در صورت بروز هرگونه مشکل راهکارهای پیشگیرانه و یا درمانی را اتخاذ نمایند. از سوی دیگر، احساس مورد توجه بودن بازنشستگان که از طریق ارتباطات خانوادگی حاصل می‌شود نیز تأثیری فراوان در سلامت روانی و اجتماعی سالمندان داشته و بر بهبود سبک زندگی آنها موثر است.

براساس نتایج، بین میزان نداشتن بیماری روانی و سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین نداشتن بیماری روانی قادر به تبیین حدود ۱۵ درصد از تغییرات سبک زندگی سلامت‌محور هست. این بخش از نتایج پژوهش بسیار حائز اهمیت است، زیرا در دنیای امروز چالش‌ها و تهدیدهایی که سلامت روانی افراد را تهدید می‌کنند، بسیار جدی‌تر از تهدیدکننده‌های سلامت جسمی هستند. از سوی دیگر نیز دستاوردهای تکنولوژی و پیشرفت پزشکی بیشتر به سلامت جسمی کمک کرده است تا سلامت روانی؛ به‌گونه‌ای که در پیشرفته‌ترین کشورهای دنیا نیز سلامت روانی یک چالش و دغدغه اساسی است.

جدول ۷- نتایج ضریب همبستگی (R) و ضریب تعیین (R Square) میان متغیرهای مستقل و سبک زندگی سلامت‌محور (متغیر وابسته)

| نتیجه | سطح معناداری Sig | R Square | R | متغیر مستقل |
|-------|---------------------|----------|-------|---------------------|
| رد | ۰/۰۵۵ | ۰/۱۵۲ | ۰/۳۹ | سرمایه فرهنگی |
| رد | ۰/۰۷۶ | ۰/۰۵۹ | ۰/۲۳ | سرمایه اقتصادی |
| تأیید | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۸۴ | ۰/۴۳ | سرمایه اجتماعی |
| تأیید | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۵۲ | -۰/۳۹ | نداشتن بیماری روانی |
| رد | ۰/۰۸ | ۰/۰۸۱ | ۰/۰۹ | سن |
| تأیید | ۰/۰۰۰۰ | ۰/۲۰۶ | ۰/۴۵۴ | شرایط خانواده |

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان برحسب وضعیت تأهل آن‌ها وجود دارد. به بیان ساده‌تر بازنشستگان متأهل با مجرد و بی‌همسر به دلیل طلاق و یا فوت همسر سبک زندگی سلامت‌محور متفاوتی نسبت به یکدیگر دارند. در تفسیر این بخش از نتایج این تحقیق می‌توان گفت که مراقبت و حضور مداوم در سبک زندگی سلامت‌محور بسیار ضروری و حائز اهمیت است. شاید این بخش از نتایج تحقیق نشان‌دهنده اهمیت وافر خانواده باشد که حتی در زمان بازنشستگی نیز سلامت افراد خانواده را پوشش داده و می‌تواند در سلامت و پیشرفت جامعه نیز مؤثر باشد. به همین دلیل یکی از راهکارهای اساسی در زمینه ترویج سبک زندگی سلامت‌محور می‌تواند تبلیغ سبک زندگی خانواده‌محور سلامت باشد. همچنین با توجه به جدول ۸ تفاوت معناداری بین سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان و وضعیت رضایتمندی در دوران بازنشستگی وجود دارد. به بیان ساده‌تر، بازنشستگانی که سطح رضایتمندی فعلی و قبلی آن‌ها تغییر کرده است، سبک زندگی سلامت‌محور متفاوتی نسبت به یکدیگر دارند.

جدول ۸- نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین شاخص سبک زندگی سلامت‌محور (متغیر وابسته) در درون مقولات متغیرهای وضعیت تاهل و رضایتمندی از

بازنشستگی

| نتیجه آزمون | سطح معناداری | مقدار آزمون F | میانگین | مقولات متغیر | متغیر مستقل |
|-------------------------------|--------------|---------------|---------|--|------------------------|
| معناداری تفاوت و تأیید فرضیه | ۰/۰۰۰ | ۶/۹۳۴ | ۳/۰۶ | متاهل | وضعیت زناشویی |
| | | | ۲/۵۱ | مجرد | |
| | | | ۲/۶۱ | بی‌همسر بر اثر طلاق | |
| | | | ۲/۸۳ | بی‌همسر بر اثر فوت همسر | |
| معنی‌داری تفاوت و تأیید فرضیه | ۰/۰۰۰ | ۷/۲۴۵ | ۳/۰۸ | الان احساس رضایت بیشتری دارم | رضایتمندی از بازنشستگی |
| | | | ۲/۴۹ | زمان شاغل بودن بیشتر احساس رضایت می‌کردم | |
| | | | ۲/۶۱ | احساس رضایتم به‌طور کلی تغییر نکرده است | |

جدول ۹ نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیر ابعاد سرمایه اجتماعی، شرایط خانوادگی، وضعیت تاهل، سلامت روانی مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور را به روش همزمان نشان می‌دهد. براساس نتایج جدول ۹، مدل‌های رگرسیونی چهارگانه، به ترتیب حدود ۲۰ درصد، ۲۳ درصد و ۲۴ درصد از تغییرات سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان شرکت‌ها را تبیین کرده‌اند. متغیرهای مستقل در مدل نهایی، کامل‌ترین مدل، در مجموع ۳۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌نمایند ($R^2 = 0/325$). معادله به کار گرفته شده در این تحلیل عبارت است از:

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

براساس مدل نهایی، متغیرهای سرمایه اجتماعی و روابط خانوادگی تأثیری افزایشی بر سبک زندگی سلامت‌محور داشته‌اند و در مقابل متغیر بیماری روانی اثری کاهشی بر سبک

زندگی سلامت‌محور داشته است. همچنین از لحاظ اهمیت، روابط خانوادگی، سلامت روانی و سرمایه اجتماعی به ترتیب موثرترین عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور هستند. لازم به ذکر است که در مدل نهایی وضعیت تأهل اثر معنی‌داری بر مدل نداشته است.

جدول ۹- رگرسیون چندمتغیره عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان هما

| مدل | متغیرهای مستقل | ضرایب بتا | آماره t | سطح معناداری t | همبستگی R | واریانس تبیین شده R ² | آماره F | سطح معناداری F |
|-----|----------------|-----------|---------|----------------|-----------|----------------------------------|---------|----------------|
| ۱ | شرایط خانواده | ۰/۴۵۴ | ۸/۵۹۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۵۴ | ۰/۲۰۶ | ۷۳/۸۷۴ | ۰/۰۰۰ |
| ۲ | شرایط خانواده | ۰/۳۹۶ | ۷/۱۵۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸۱ | ۰/۲۳۱ | ۴۲/۶۷۶ | ۰/۰۰۰ |
| | سرمایه اجتماعی | ۰/۱۶۹ | ۳/۰۵۳ | ۰/۰۰۲ | | | | |
| ۳ | شرایط خانواده | ۰/۳۹۲ | ۶/۶۷۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸۲ | ۰/۲۳۴ | ۱۷/۱۲۴ | ۰/۰۰۰ |
| | سرمایه اجتماعی | ۰/۱۷۲ | ۳/۰۰۳ | ۰/۰۰۰ | | | | |
| | وضعیت تأهل | -۰/۰۱ | -۰/۱۹۰ | ۰/۰۸۵ | | | | |
| | شرایط خانواده | ۰/۳۸۶ | ۶/۲۱۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۹۴ | ۰/۳۵۲ | ۳۶/۸۴۵ | ۰/۰۰۰ |
| ۴ | سرمایه اجتماعی | ۰/۱۶۹ | ۲/۹۱۲ | ۰/۰۰۰ | | | | |
| | وضعیت تأهل | -۰/۰۰۱ | -۰/۰۰۸ | ۰/۰۹۱ | | | | |
| | بیماری روانی | -۰/۲۳۹ | -۵/۳۲۴ | ۰/۰۰۰ | | | | |

نتیجه‌گیری

بازنشستگی یک مرحله جدید در چرخه زندگی است و داشتن سبک زندگی سالم در این دوران می‌تواند باعث ارتقا کیفیت زندگی شود. سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور از مهم‌ترین چالش‌های اصلی جوامع و به‌ویژه جوامع در حال توسعه است. زیرا این کشورها، با طی کردن گذارهای اول و وارد شدن به گذار دوم جمعیتی و با تغییراتی که در ساختار سنی جمعیت ایجاد می‌شود، با چالش‌های تأمین اجتماعی، سالمندی، خدمات اجتماعی، بیمه، نیروی انسانی و ... مواجه می‌گردند. به همین خاطر، سلامت جامعه و ترویج سبک زندگی سلامت‌محور از اولویت‌های اصلی دولت‌های رفاه در دنیا بوده و کشور ما نیز در سال‌های اخیر در این حوزه سرمایه‌گذاری‌های فراوانی کرده است. علت اصلی توجه به سلامت جامعه و ترویج سبک زندگی سلامت‌محور را باید در رویکرد سرمایه‌انسانی جستجو کرد که نیروی انسانی و کیفیت آن را مهم‌ترین و محوری‌ترین عامل توسعه تلقی می‌کند.

در این تحقیق مؤلفه‌های جمعیتی و اجتماعی سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان هوایمایی جمهوری اسلامی ایران (هما) ساکن در استان‌های تهران و البرز بررسی شده است. پژوهش حاضر با استفاده از روش پیمایشی، نمونه‌ای به حجم ۳۲۱ نفر انجام شده و داده‌ها با پرسشنامه ساخت یافته جمع‌آوری شده است.

تنهایی در بازنشستگان به دلیل کاهش ارتباطات فرد با همکاران و سازمان، می‌تواند موجب تأثیر بر وضعیت سلامت افراد بازنشسته گردد. مشارکت اجتماعی و فعالیت اجتماعی در این دوران، می‌تواند منبع مهمی برای حمایت اجتماعی غیررسمی و عامل مهم در سازگاری و هویت‌یابی افراد محسوب شود. رامالگان ۱ و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعات خود نشان می‌دهند که بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سالم ارتباط مثبتی وجود دارد. یافته پژوهش حاضر نیز حاکی از این امر است که بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معناداری وجود دارد. همچنین براساس نتایج این پژوهش، رابطه معناداری بین ارتباطات خانوادگی یا شرایط خانواده با سبک زندگی سلامت‌محور وجود

دارد. به طوری که در دوران بازنشستگی ارتباطات خانوادگی عامل بسیار مهم در دستیابی به سازگاری افراد و ارتقا سبک زندگی سلامت‌محور است.

یکی از عوامل مهم در دوران بازنشستگی که می‌تواند سبک زندگی سلامت‌محور افراد را تحت تاثیر خود قرار دهد، رضایتمندی از دوران بازنشستگی است. عواملی نظیر ارتباطات خانوادگی یا شرایط خانوادگی، سرمایه اجتماعی، سلامت روانی، وضعیت تاهل و... اثرگذار در رضایتمندی از دوران بازنشستگی محسوب می‌شوند. نتایج این تحقیق بیانگر رابطه معناداری بین رضایتمندی از دوران بازنشستگی و سبک زندگی سلامت‌محور است.

یکی دیگر از عوامل مهمی که باعث ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور می‌شود، نداشتن بیماری روانی (سلامت روانی) است. تحقیقات سراج و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که بین سبک زندگی سلامت‌محور و متغیرهای اجتماعی سلامت روانی بیشترین رابطه وجود دارد. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که رابطه معناداری بین سبک زندگی سلامت‌محور و نداشتن بیماری روانی وجود دارد. در این تحقیق بین سن و جنس بازنشستگان با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معناداری وجود نداشت و همچنین فرضیه‌های سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی با سبک زندگی سلامت‌محور پذیرفته نشد. با توجه به نتایج این تحقیق، سرمایه اجتماعی و شرایط خانواده از عوامل مهم در حمایت اجتماعی غیررسمی، هویت‌یابی و سازگاری افراد محسوب می‌شوند و در این پژوهش این دو عامل ۳۵ درصد تغییرات سبک زندگی سلامت‌محور را تبیین می‌کنند که می‌تواند سلامت و کیفیت زندگی افراد را در این دوران ارتقا دهد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم مقاله در رشته جمعیت‌شناسی است که در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران به انجام رسیده است. نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از بازنشستگان شرکت‌کننده در این پژوهش از جمله بازنشستگان صندوق بازنشستگی هواپیمای جمهوری اسلامی ایران (هما) و کانون بازنشستگان هما ابرار می‌نمایند.

منابع

- جمشیدی‌ها غلامرضا و پرستش، شهرام (۱۳۸۶) "دیالکتیک منش و میدان در نظریه عمل پی‌یربودیو"، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۳۰ صص ۳۲-۱
- رتیزر، جورج (۱۳۸۸) *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر* (ترجمه محسن ثلاثی)، تهران: انتشارات علمی
- زاده‌غلام، زهرا (۱۳۸۹) *اشتغال بازنشستگان جوان (ضرورت - چگونگی)*، تهران: واحد مطالعات و تحقیقات بیمه‌ای موسسه حسابرسی صندوق بازنشستگی کشوری
- سراج‌زاده حسین، جواهری فاطمه؛ ولایتی خواجه سمیه (۱۳۹۲) "دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان"، *جامعه‌شناسی کاربردی*، شماره ۱، صص ۷۷-۷۵
- شمسی، لقمان (۱۳۸۹) "مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور در شهرستان بوکان، استان آذربایجان غربی" پایان‌نامه کارشناسی جامعه‌شناسی، دانشگاه تبریز، دانشکده ادبیات علوم انسانی.
- عسکری‌ندوشن، عباس، علی روحانی، و عابدی‌دیزناب، محدثه (۱۳۹۷) "مسأله‌مندی زمان در دوران بازنشستگی: کاوشی کیفی از مسأله فراغت در میان مردان بازنشسته شهر تبریز"، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، شماره ۲۶، صص ۱۵۳-۱۱۹.
- علیزاده‌اقدام، محمدباقر (۱۳۸۸) "مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان: امیدها و بیم‌ها"، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه اصفهان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی
- غفاری، غلامرضا (۱۳۸۷) "سازه سرمایه فرهنگی و منابع مولد آن" *رشد آموزش علوم اجتماعی*، شماره ۲، صص: ۲۱-۱۲.
- فاضلی محمد (۱۳۸۲) *مصرف و سبک زندگی*، تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی
- فتاحی‌پور، احمد (۱۳۶۵) *نهادهای اصلی اجتماعی*، انتشارات امیر کبیر
- قاسمی وحید؛ ربانی رسول؛ ربانی خوراسگانی علی و علیزاده اقدام، محمدباقر (۱۳۸۷) "تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور" *مسائل اجتماعی ایران*، شماره ۶۳، صص: ۲۱۱-۱۸۲
- کرایب، یان (۱۳۸۳) *نظریه اجتماعی مدرن از پارسونز تا هابرماس* (ترجمه عباس مخبر)، تهران: انتشارات آگاه.

- کردزنگنه، جعفر (۱۳۸۸) مؤلفه‌های جمعیتی و اجتماعی سبک زندگی سلامت‌محور در شهر تهران، پایان‌نامه دکتری جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- کوششی مجید (۱۳۸۷) "شبکه حمایت خانوادگی، ترتیبات زندگی و سلامت سالخوردگان در بستر گذار جمعیتی" پایان‌نامه دکتری جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی
- کوششی مجید، سعیدی، علی‌اصغر، پروایی هره‌دشت، شیوا (۱۳۹۲)، "تأثیر حمایت‌های اجتماعی غیررسمی بر کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته به مثابه یک مسئله‌ی اجتماعی: مطالعه صندوق تأمین اجتماعی و صندوق صنعت نفت"، *مسائل اجتماعی ایران* شماره ۱، صص ۱۳۰-۱۰۹
- گیدنز، آتونی (۱۳۸۶)، *جامعه‌شناسی* (ترجمه منوچهر صبوری‌کاشانی)، تهران: نشرنی
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، *جامعه‌شناسی پزشکی* تهران: انتشارات دانشگاه تهران
- مکوندی، بهنام؛ حیدرئی، علیرضا و ولی‌زاده، شاهرخ (۱۳۹۱)، "مقایسه سلامت روانی و ناامیدی در پرسنل بازنشسته و در شرف بازنشستگی یک شرکت صنعتی در استان خوزستان" *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال ۷، شماره ۲۳، صص ۱۶۰-۱۴۹.
- میرزائی محمد و کردزنگنه جعفر (۱۳۸۹)، "تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت‌محور در شهر تهران" *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، شماره ۱۰، صص: ۱۱۰-۱۴۷.
- میرزائی محمد، (۱۳۸۴) *جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران (ده مقاله)*، تهران: انتشارات مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- نوبهار منیر، (۱۳۹۲)، "سازگاری با بازنشستگی؛ یک مطالعه مروری"، *روان پرستاری*، شماره ۲، صص: ۵۳-۳۸.
- نوبهار منیر، احمدی فضل‌الله، الحانی فاطمه؛ خشک‌ناب مسعود فلاحی (۱۳۹۲)؛ "تعیین تجارب پرستاران بازنشسته از وضعیت سلامتی طی دوران بازنشستگی: تحلیل محتوا"، *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، شماره ۱، صص: ۳۲-۲۱.
- نوبهار منیر؛ احمدی فضل‌الله، الحانی فاطمه؛ خشک‌ناب مسعود فلاحی (۱۳۹۱)، "چالش‌های موجود در انتقال به بازنشستگی از دیدگاه پرستاران بازنشسته: شوک و ناباوری"، *تحقیقات کیفی علوم سلامت*، شماره ۲، صص: ۱۲۱-۱۱۲.
- نوبهار، منیر (۱۳۹۱)، "تجربه پرستاران بازنشسته از بازنشستگی: یک مطالعه کیفی"، *مدیریت ارتقا سلامت*، شماره ۴، صص: ۸۰-۶۹.

- Cockerham, W. C. (1997). The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 117–130. <https://doi.org/10.2307/2955420>
- Cockerham, W. C. (2000). Health lifestyles in Russia. *Social Science and Medicine*, 51(9), 1313–1324. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00094-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00094-0)
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- Cockerham, W. C., Hinote, B. P., & Abbott, P. (2006). Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine. *Social Science and Medicine*, 63(9), 2381–2394. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.001>
- Cockerham, W. C., Hinote, B. P., Cockerham, G. B., & Abbott, P. (2006). Health lifestyles and political ideology in Belarus, Russia, and Ukraine. *Social Science and Medicine*, 62(7), 1799–1809. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.024>
- Hamilton, V. H., Merrigan, P., & Dufresne, É. (1997). Down and out: estimating the relationship between mental health and unemployment. *Health economics*, 6(4), 397–406. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1050\(199707\)6:4<397::aid-hec283>3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1050(199707)6:4<397::aid-hec283>3.0.co;2-m)
- Hockey, G. R. J. (1993). Cognitive-energetical control mechanisms in the management of work demands and psychological health. In A. D. Baddeley & L. Weiskrantz (Eds.), *Attention: Selection, Awareness, and Control: A Tribute to Donald Broadbent* (pp. 328–345). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Lo, R., & Brown, R. (1999). Stress and adaptation: preparation for successful retirement. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8(1), 30–38. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.1999.00127.x>
- Martin, J. L. (2003). What is field theory?. *American Journal of Sociology*, 109(1), 1–49. <https://doi.org/10.1086/375201>
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538. <https://doi.org/10.2307/3349375>
- Ramlagan, S., Peltzer, K., & Phaswana-Mafuya, N. (2013). Social capital and health among older adults in South Africa. *BMC Geriatrics*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-100>
- Rogers, G. R. (1995). Marriage, sex, and mortality. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2): 515–526. <http://doi.org/10.2307/353703>
- Williams, K., & Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 81–98. <https://doi.org/10.1177/002214650404500106>
- Zantinge, E. M., van den Berg, M., Smit, H. A., & Picavet, H. S. J. (2014). Retirement and a healthy lifestyle: opportunity or pitfall? A narrative review of the literature. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 433–439. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt157>