

عوامل جمعیتی - اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی

بیژن زارع^۱

زینب کاوه فیروز^۲

محمدرَسُول سلطانی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۳۰

چکیده

در دهه‌های اخیر، مفهوم سبک زندگی به معنای عام و سبک زندگی سلامت محور در معنای خاص، نظر بسیاری از جامعه‌شناسان و محققان حیطه سلامت را به خود جلب کرده است. مطالعه سبک زندگی سلامت محور به بررسی الگوهای جمعی رفتارهایی می‌پردازد که سلامت افراد را در معرض خطر قرار می‌دهند. این پژوهش‌ها، در پی یافتن علل تضمین‌کننده سلامت‌اند. پژوهش‌ها در این زمینه یا به صورت توصیف این الگوهای رفتاری سلامت بوده‌اند یا در پی تبیین این الگوها برآمده‌اند. تبیین‌های انجام‌شده عمدتاً تعیین‌کننده‌هایی همچون انتخاب‌های فردی و عوامل اجتماعی را مد نظر قرار داده‌اند. با اتخاذ رویکردی مشابه، پژوهش پیمایشی حاضر برای کشف عوامل جمعیتی و اجتماعی مؤثر بر انتخاب‌های فردی - که بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی تأثیر می‌گذارد - برآمده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که بیش از دو سوم سالمندان نمونه آماری پژوهش، سبک زندگی متوسط و تنها ۱۱/۸ درصد، سبک زندگی سالم دارند. سبک زندگی سلامت محور سالمندان برحسب سن، تحصیلات و رضایت از زندگی متفاوت است و با سبک زندگی سلامت محور ارتباطی معنادار دارد. ۱۶ درصد تغییرهای سبک زندگی سالمندان مورد بررسی، از طریق متغیرهای جمعیتی - اجتماعی تبیین شده‌اند. در میان متغیرهای مورد بررسی، رضایت از زندگی، مهم‌ترین متغیر بلافاصله اثرگذار بر سبک زندگی سالمندان با ضریب بتای ۰/۲۰۶ است که خود از متغیرهای پایگاه اقتصادی، اجتماعی، دینداری، سن و جنس تأثیر می‌پذیرد.

واژه‌های کلیدی: بیماری، رضایت از زندگی، سبک زندگی سلامت محور، عوامل اجتماعی، عوامل جمعیتی.

۱. دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی، zare@khu.ac.ir

۲. استادیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)، zkaveh@khu.ac.ir

۳. کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه خوارزمی، rasol20@yahoo.com

مقدمه

از جمله تهدیدهایی که از دیرباز برای انسان، مرز بین مرگ و زندگی را تعیین می‌کرده است، انواع بیماری‌هاست. اگر تا اواخر قرن هجدهم، بیماری‌های مسری جان بسیاری از مردم جهان و به‌ویژه کودکان را تهدید می‌کرد، این خطرها^۱ اکنون در قرن ۲۱، یعنی دوره مدرنیته متأخر، جای خود را به خطرهای^۲ امراضی مزمن داده است که عمدتاً جان افراد را در سنین بالا و سالمندی تهدید می‌کند. تنها ماهیت و ابعاد بیماری تغییر کرده است. در زمان‌های پیشین، عمده بیماری‌ها، امراض عفونی مانند سل، مالاریا، وبا و فلج اطفال بودند که بر اثر میکروب‌های بیماری‌زای خاصی پدید می‌آمدند. این بیماری‌ها اغلب سرایت عمومی پیدا می‌کردند و کل یک جمعیت را تهدید می‌کردند. در کشورهای صنعتی امروزی، این امراض وخیم عمومی، جزء علل فرعی مرگ‌ومیرها هستند و بعضی از آن‌ها نیز کاملاً ریشه‌کن شده‌اند. رایج‌ترین علل مرگ‌ومیر در زمان حاضر در کشورهای صنعتی، بیماری‌های مزمن غیر عفونی مثل سرطان، ناراحتی قلبی، دیابت یا بیماری‌های دوره‌ای هستند که به دلیل میکروب خاصی بروز نمی‌کنند و بیشتر با عواملی چون وراثت، رفتار و سبک زندگی افراد ارتباط دارند (قاسمی، ۱۳۸۷: ۱۸۱). از سوی دیگر هرچند در جوامع پیشامدرن، بالاترین نرخ مرگ‌ومیر در میان کودکان و نوزادان دیده می‌شد، امروزه نرخ مرگ‌ومیر با افزایش سن بالا می‌رود (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۳۰).

امروزه توجه به انتخاب‌های افراد در زمینه سبک زندگی و انطباق آن با الگوهای سلامتی و نیز انتخاب صحیح الگوهای مصرف، در کانون توجه درمان بیماری‌های مزمن قرار گرفته است، اما این انتخاب‌ها را نمی‌توان بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی شکل‌گیری آن‌ها در نزد کنشگران بررسی کرد؛ چراکه میزان ابتلا به بیماری، براساس طبقه‌های مختلف اجتماعی متفاوت است. انسان‌ها در عصر کنونی، بیش از پیش از پیوندهای سنتی فاصله گرفته‌اند و در انتخاب شیوه‌های مصرف و سبک‌های متنوع زندگی تا حدودی آزادی عمل دارند، اما اگرچه در بخشی از این انتخاب‌ها عنصر آگاهی دخیل است، نمی‌توان از گزینش‌های یکسره آزاد سخن به میان آورد؛ چراکه کنشگران به‌شدت از عوامل اجتماعی و ساختارهایی تأثیر می‌پذیرند که پیش از آن‌ها وجود داشته است و پس از آنان نیز تداوم خواهند داشت.

1. Danger
2. Risk

صاحب‌نظران اجتماعی حوزه سالمندان خاطر نشان می‌کنند پیری عملاً دربرگیرنده سه فرایند به‌هم‌پیوسته است؛ فرایند اول، پیری جسمانی است که عبارت است از تغییرهای ناشی از افزایش سن که در طول زمان بر بدن عارض می‌شود. فرایند دوم، پیری روانی است که عبارت است از فرایند ناشی از رشد و توسعه شخصیت، از جمله تغییرهای عاطفی و ادراکی رفتاری و فرایند سوم، پیری اجتماعی است که دربرگیرنده جریان‌های گوناگون گذار از یک پایگاه اجتماعی به پایگاه اجتماعی دیگر است که شخص در دوران زندگی تجربه می‌کند. فرایند سه‌گانه فوق به میزان‌های متفاوت و ناهمگون در هر فردی صورت می‌گیرد (کاوه‌فیروز، ۱۳۹۰).

اگرچه پیری یک عارضه پاتولوژیک نیست، فعالیت کامل جسمی و ذهنی را محدود می‌کند و بر فعالیت‌های جسمی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی فرد تأثیر می‌گذارد. بیماری، ناتوانی، اختلال‌های ذهنی، فوت همسر، فقر و بسیاری عوامل اجتماعی دیگر سبب می‌شود تا نیازهای سالمندان در پاره‌ای موارد، با نیازهای سایر اقشار جامعه متفاوت باشد که توجه به آن‌ها بسیار حائز اهمیت است (کاوه‌فیروز، ۱۳۹۰). براین اساس، همچنان‌که جمعیت سالمند می‌شود، بیماری‌های مزمن نیز فزونی می‌یابند. سرطان، بیماری‌های قلبی و... بیماری‌های دوره کهنسالی هستند. پس طبیعی است که فراوانی آن در جامعه‌ای که خود رو به پیری است، افزایش یابد.

مطابق نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰، بیش از ۵ میلیون نفر افراد ۶۰ سال و بیشتر در کشور وجود دارد که ۸/۲ درصد جمعیت کل کشور را شامل می‌شود (سرشماری عمومی نفوس و مسکن، ۱۳۹۰). هرچند این تعداد نسبت به کل جمعیت، رقم زیادی را دربرنمی‌گیرد (به‌ویژه با توجه به اینکه این افراد از طرف خانواده حمایت می‌شوند)، به دلایل متعددی مطالعه سالمندی اهمیت بسیار دارد؛ زیرا با توجه به ساختار سنی جمعیت ایران - که اکنون مورد توجه بسیاری از محافل علمی است - در آینده‌ای نه‌چندان دور، جمعیت سالمند، بخش شایان توجهی از جمعیت را دربرخواهد گرفت. زمانی که ممکن است برای شناخت وضعیت و برنامه‌ریزی برای این گروه دیر باشد.

دغدغه نگارندگان و به‌تبع آن، رهیافت این پژوهش، توجه به عواملی است که بر سبک زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد و به‌اصطلاح، به سلامت‌محوربودن آن منجر می‌شود؛ تا بدین طریق، راهی برای کنترل و کاهش مرگ‌ومیرهای ناشی از بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی - که عمده خطرهای عصر کنونی را شامل می‌شوند - حاصل آید. اکنون این دو پرسش اساسی

مطرح می‌شود: سبک زندگی سالمندان تهرانی در چه سطحی قرار دارد؟ عوامل جمعیتی و اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی کدام‌اند؟ بررسی شیوه زندگی سالمندان از جنبه عملی نیز حائز اهمیت است و در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد؛ چراکه می‌توان با شناخت متغیرهای جمعیتی- اجتماعی مؤثر بر سبک زندگی سالمندان، از نتایج آن در برنامه‌ریزی‌ها و سیاستگذاری‌های بهداشتی، جمعیتی و شهری بهره برد. بروز بیماری‌های مزمنی چون سرطان، سکته و بیماری‌های قلبی که با سبک زندگی افراد ارتباطی مستقیم دارد، هزینه‌های سنگین مراقبتی و دارویی را برای کشور به بار می‌آورد که آگاهی از عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی سالم تا حدودی به جبران آن کمک می‌کند؛ بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع، نتایج در برنامه‌ریزی‌های شهری و بودجه‌بندی سازمان‌های بهداشتی و پژوهش‌های جمعیت‌شناختی به‌گونه چشمگیری مؤثر واقع می‌شود.

مبانی نظری و تجربی پژوهش

به اعتقاد وبر^۱ سبک‌های زندگی متفاوت، نمایانگر گروه‌های منزلتی هستند که آن سبک زندگی را برگزیده‌اند. وی برای اشاره به سبک زندگی و ارائه تحلیل چندبعدی از آن، سه مفهوم سبک‌مدار شدن زندگی، تدبیر زندگی و بخت زندگی را به کار می‌گیرد. تدبیر زندگی به انتخاب‌های فرد دلالت دارد و بخت زندگی به احتمال تحقق این انتخاب‌ها. پر واضح است که وبر با نیم‌نگاهی به مفهوم گروه‌های منزلتی و تأثیر آن بر سبک‌های زندگی، ویژگی اصلی آن را انتخابی بودن دانسته است، اما انتخابی که در محدوده مضایق ساختاری است، تنگناهایی است که احتمال تحقیقیافتن این انتخاب‌ها را محدود می‌کند. وی این محدودیت‌ها را اقتصادی و اجتماعی می‌داند (فاضلی، ۱۳۸۲). اشاره به محدودیت‌های اجتماعی، نشان‌دهنده توجه وی به مجموعه عوامل ذهنی، سنتی، هنجاری، حقوقی و مذهبی در محدودکردن سبک‌های زندگی است.

به اعتقاد آنتونی گیدنز، عصری که ما در آن زندگی می‌کنیم، عصری است که نمادها و علائم مربوط به مصرف، نقش بیشتری در زندگی روزمره ایفا می‌کنند و هویت‌های فردی، بیشتر گردآورد انتخاب‌های سبک زندگی ساخته می‌شوند؛ مانند چگونگی لباس‌پوشیدن، چگونگی مراقبت و رسیدگی به بدن و چگونگی استراحت و تفریح؛ و کمتر براساس معرف‌های سنتی تر

طبقه، مثل اشتغال شکل می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۶: ۴۲۹). به اعتقاد گیدنز، جهانی که هم‌اکنون فراروی ماست، با خطرها و نبود قطعیت‌هایی روبه‌روست که در دوران پیش از آن وجود نداشته‌اند. دنیای پیش از مدرن، زندگی را در محدوده شبکه‌ای تقریباً از پیش تعیین‌شده از آداب و سنت‌ها، به گونه‌ای تحکم‌آمیز فراروی انسان‌ها قرار می‌داد، اما مدرنیته فرد را رودرروی تنوعی غامض از انتخاب‌هایی قرار می‌دهد که در گزینش آن‌ها تا حدود زیادی دست افراد باز است. با وجود این، گیدنز کنشگران را در این انتخاب‌ها یکسره آزاد نمی‌بیند و آن‌ها را متأثر از فشار گروه‌ها و الگوهای رفتاری آن‌ها و همچنان زیر نفوذ اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی می‌نگرد (گیدنز، ۱۳۸۲: ۱۱۹). وی در بعضی جهات، با بورديو هم‌نوا می‌شود که «دشوار می‌توان با این فکر مخالفت کرد که قشریندی درون طبقات و نیز میان طبقات، نه فقط به تفاوت‌های شغلی، بلکه به تفاوت در مصرف و سبک زندگی نیز بستگی دارد»، اما به هرجهت، وی نقش ساختارهای اقتصادی را تعیین‌کننده‌تر می‌داند. این درست است که کسانی که زمینه‌های طبقاتی متفاوتی دارند، برنامه‌های تلوزیونی یکسانی تماشا می‌کنند یا لباس خود را از بوتیک‌های یکسانی می‌خرند و در کل این نوع مصرف است که سبک‌های متنوع زندگی را پدید آورده است، اما توجه به این تغییر و تحول‌ها، نقش مهم عوامل اقتصادی چون نوع شغل و درآمد را در بروز نابرابری و تمایز کم‌رنگ نمی‌کند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۴۳۱).

تفاوت در سلامتی مردان و زنان نیز در پژوهش‌ها مورد توجه بوده است. به‌طور کلی، تقریباً در همه کشورهای جهان، امید زندگی زنان بیشتر از مردان است. درعین حال، میزان ابتلا به بیماری نیز در بین زنان، به‌ویژه در اواخر عمر، بیش از مردان است. زنان بیشتر به دنبال درمان می‌روند و بیش از مردان بیماری خود را گزارش می‌کنند. در کشورهای صنعتی، زنان دوبرابر مردان اظهار می‌کنند که اضطراب و افسردگی دارند. تصویر کلی سلامت زنان در دنیای درحال توسعه چنین است که زنان بیش از مردان عمر می‌کنند، اما بیمارترند و عجز و ناتوانی بیشتری را تجربه می‌کنند. علت‌های مرگ و الگوهای بیماری نیز تفاوت‌هایی را میان مردان و زنان نشان می‌دهند. بیماری قلبی مهم‌ترین عامل مرگ مردان و زنان است، اما میزان مرگ‌ومیر در اثر تصادف و خشونت، بین مردان بیشتر است. همچنین مردان به مواد مخدر و الکل، گرایش بیشتری دارند. به‌طور کلی، نسبت ابتلا به بیماری بین مردان کمتر است، اما بیماری‌هایی که مردان به آن‌ها مبتلا می‌شوند، بیش از بیماری‌های زنان، زندگی آن‌ها را در معرض تهدید قرار می‌دهند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۴۵۲).

به عقیده کانتر و زابلکی، افراد در طبقات مختلف، دسترسی‌های متفاوتی به کالاها دارند. در این دیدگاه، ملاک درآمد برای طبقات مطرح است. آن‌ها با این معیار، افراد را به طبقات ثروتمند، متوسط پردرآمد و فقیر تقسیم‌بندی می‌کنند. هرچند دیدگاه این قبیل از نظریه‌پردازان قابل اعتناست، در نظر آوردن ملاک درآمد و میزان دسترسی افراد به کالاهای مادی به‌عنوان تنها معرف طبقه، تحلیل‌ها را به سمت و سویی بدیهی و ساده‌انگارانه سوق می‌دهد. از دیدگاه بورديو، طبقه به‌لحاظ منش فردی، طی دوران طولانی زندگی، درونی شده است. بدین سبب، ذائقه خاصی در انتخاب‌ها کسب کرده است و بالطبع، سبک زندگی ویژه‌ای را برخواهد گزید. این دیدگاه ظرافت بیشتری دارد. بورديو و پاسرون، سه نوع تعیین اقتصادی را بر انتخاب‌های افراد و بنابراین، بر سبک زندگی تأثیرگذار می‌دانند: ۱. نیازهای عینی و منابع فرد، ۲. کلیت فرهنگ مادی جامعه، ۳. قواعد اقتصاد سیاسی (فاضلی، ۱۳۸۳: ۸۷). دی‌مگیو و اوسیم (۲۰۰۰) نیز طبقه فرد را شیوه زیست طبقاتی می‌دانند که به بخشی از وجود او تبدیل شده باشد؛ بنابراین، هرچند توجه به نوع اجتماعی شدن فرد، تحلیل‌ها را خردبینانه می‌کند و تعمیم را به چالش می‌کشانند، به تعمق بیشتر در تحلیل‌ها نائل می‌شویم.

دی‌مگیو و اوسیم، تحصیلات را مهم‌ترین عامل ارتقای مصرف فرهنگی می‌دانند. تحصیلات سبب افزایش قوه شناختی می‌شود و تأثیر شبکه‌ای نیز دارد؛ یعنی فرد به شبکه‌ای از افراد وارد می‌شود که الگوی مصرف فرهنگی مشابهی دارند. بالا رفتن سطح تحصیلات، به افزایش مصرف محصول‌های فرهنگی مشابه می‌انجامد. همچنین افراد تحصیل‌کرده سبک زندگی بهداشتی‌تری دارند. بورديو تحصیلات را نمودی از سرمایه فرهنگی می‌داند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۹۳). پارکر کوشیده است که الگوی فراغت و تفریح افراد را براساس کار و شغل آن‌ها توضیح دهد. ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کار، هم‌زمان بر سبک زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. بعد درآمدی کار نیز بر سبک زندگی مؤثر است. در بعد اجتماعی، کار وسیله‌ای برای ایجاد ارتباط‌های اجتماعی و ورود به بعضی از شبکه‌های اجتماعی است. کار، زمان افراد را محدود می‌کند. در نتیجه، شاغل بودن زن و مرد، الزام‌های جدیدی برای سبک زندگی آنان پدید می‌آورد. همچنین بعضی از نظریه‌پردازان چون ویلنسکی به مفهوم فرهنگ شغلی به‌عنوان محصول وظایف شغلی اشاره می‌کنند که به‌صورت الگوی حرفه‌ای مشترک، میان شاغلان یک حوزه تعریف می‌شود.

نخستین پژوهش‌های جامعه‌شناختی درباره تأثیر دین بر سبک زندگی، متعلق به وبر است. وی با معرفی مذهب کالونیسیم، نوعی سبک زندگی هماهنگ با روحیه سرمایه‌داری را معرفی

می‌کند. پس از وی نیز پژوهش‌های زیادی، تأثیر دین بر سبک زندگی را نشان می‌دهند. باکاک نیز معتقد است که سبک زندگی مصرف‌گرا از قابلیت ادیان در ایجاد سبک‌های نوین زندگی تأثیر می‌پذیرد.

شمار روبه‌افزایشی از جامعه‌شناسان، در تلاش برای یافتن علل نابرابری‌های سلامتی، توجه خود را به نقش حمایت اجتماعی و همبستگی اجتماعی در تحکیم تندرستی معطوف کرده‌اند. از دیدگاه دورکیم^۱، انسجام اجتماعی یکی از مهم‌ترین مفاهیم در جامعه‌شناسی است. دورکیم میزان و نوع انسجام در هر فرهنگ را یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های آن فرهنگ می‌داند.

ریچارد ویلکینسن^۲، در چندین مقاله و سپس در کتاب «جوامع ناسالم: رنج‌های نابرابری» (۱۹۹۶) استدلال می‌کند که ثروتمندترین جوامع جهان، سالم‌ترین جوامع نیستند؛ بلکه سالم‌ترین جوامع آن‌هایی هستند که عادلانه‌ترین توزیع درآمد و بالاترین سطح یکپارچگی اجتماعی را دارند. به گفته ویلکینسن، سطوح بالای ثروت ملی، ضرورتاً به معنای تندرستی بیشتر برای جمعیت نیست. ویلکینسن با پیمایش داده‌های تجربی از کشورهای سراسر جهان، متوجه رابطه‌ی واضحی بین نرخ مرگ‌ومیر و الگوهای توزیع درآمدها می‌شود. مردم کشورهای مثل ژاپن و سوئد - که جزء مساوات‌گراترین جوامع جهان به حساب می‌آیند - در مقایسه با شهروندان کشورهای مثل ایالات متحده - که شکاف میان فقیر و غنی در آن‌ها عمیق‌تر است - به‌طور متوسط از سلامتی بیشتر و بهتری برخوردارند. آن‌اوکلی و همکارانش، نقش حمایت اجتماعی در تندرستی زنان و کودکان محروم در چهار شهر انگلستان را مطالعه کرده‌اند. به عقیده آن‌ها، رابطه میان فشار عصبی و تندرستی، هم در بحران‌های بزرگ زندگی و هم در مسائل جزئی‌تر دیده می‌شود. به عقیده اوکلی، حمایت اجتماعی مانند خدمات مشاوره‌ای حضوری یا تلفنی یا ملاقات‌های خانگی، در برابر پیامدهای منفی فشارهای عصبی برای سلامتی - که زنان عموماً آن را تجربه می‌کنند - مثل یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. سایر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی عامل مهمی است که به مردم کمک می‌کند تا با مرض و بیماری کنار بیایند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۲۳).

در پژوهش‌های حوزه سبک زندگی، محققان عموماً با ارائه دسته‌بندی‌هایی از سبک‌های زندگی، اعم از مذهبی، مدرن، سنتی، سرمایه‌داری، روستایی، شهری و...، یا در پی آن بوده‌اند که

1. Dorkhaim
2. Richard Wilkinson

تفاوت این سبک‌ها را از منظر یک یا دو متغیر بسنجند یا به دنبال بررسی روند تغییرهای بین‌نسلی سبک زندگی بوده‌اند. در این پژوهش‌ها، سبک زندگی سلامت‌محور یا مغفول مانده است یا در حاشیه قرار گرفته است و در این بین، جای خالی پژوهش‌هایی که به موضوع‌های بین‌رشته‌ای مانند سبک زندگی یا سبک زندگی سلامت‌محور به‌طور خاص پرداخته باشند، احساس می‌شود. از میان مقاله‌ها و پایان‌نامه‌هایی که مشاهده کردیم، تعداد اندکی به موضوع پژوهش حاضر ارتباط دارد و این امر ضرورت پرداختن به چنین موشکافی‌هایی را به‌وضوح نمایان می‌کند. در ادامه، به نتایج این پژوهش‌ها، نکات فراموش‌شده و پتانسیل‌هایی که در کنه این تحقیق‌ها وجود دارند، اشاره می‌کنیم.

از جمله پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه می‌توان به مقاله «تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور» از وحید قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) در مورد گروه سنی بالای ۱۵ سال در شهر تبریز اشاره کرد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که سبک زندگی جمعیت مورد بررسی، برحسب جنسیت، وضعیت تأهل، سن، طبقه و وضعیت اشتغال متفاوت است.

از دیگر پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه می‌توان به مقاله «ارتباط دانش در زمینه سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور» اشاره کرد که در سطح ملی و به همت افسون آیین‌پرست و همکاران (۱۳۹۰) انجام گرفته است. در این پژوهش، ارتباط میان دانش مربوط به سلامت و سه شاخص نشان‌دهنده سبک زندگی، شامل وضعیت تغذیه، استعمال دخانیات و میزان فعالیت بدنی بررسی شده است. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که میزان اطلاع افراد در زمینه بهداشت و سلامت با مصرف دخانیات، رابطه منفی قوی و با ورزش و توجه به تغذیه، ارتباط مثبت ضعیفی دارد.

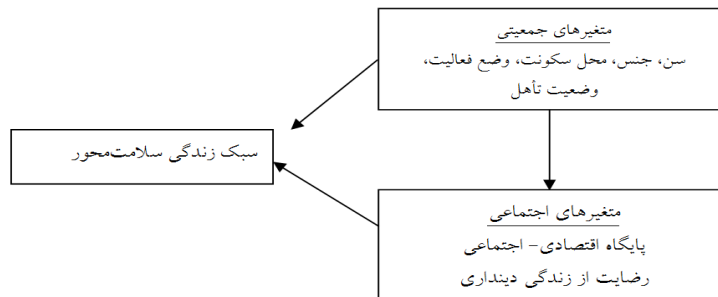
پسینجر و همکارانش (۲۰۰۹) برای کشف رابطه بین سبک زندگی و سلامتی جسمی - روانی در کشور دانمارک، مطالعه‌ای طولی طی سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۶ انجام داده‌اند. آن‌ها چهار متغیر میزان مصرف سیگار، عادت‌های غذایی، فعالیت‌های جسمانی و ترک الکل را شاخص‌های سبک زندگی سالم در نظر می‌گیرند. در نهایت، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که افرادی که هرگز سیگار نکشیده‌اند، عادت‌های غذایی معقول‌تری دارند، مدت زیادی از ترک الکلشان می‌گذرد و هرروز ورزش می‌کنند، از وضعیت جسمانی - روانی سالم‌تری برخوردارند.

تای‌والی و همکارانش (۲۰۰۶) در بررسی ۲۰۰۰ سالمند بالای ۶۵ سال کره‌ای به این نتیجه رسیدند که رابطه تنگاتنگی بین کیفیت زندگی سالمندان و رفتارهای مربوط به سلامت آن‌ها

وجود دارد. آن‌ها در نهایت به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معناداری در کیفیت زندگی سالمندانی که زندگی پرتحرکی دارند، الکل را ترک کرده‌اند و چکاپ فشارخون را مرتب انجام می‌دهند، با سایر سالمندان وجود دارد. هرچه فرد فعالیت ورزشی بیشتری داشته باشد و چکاپ بدنی منظم‌تری انجام دهد، از ابتلا به بیماری‌های مزمن مصون‌تر خواهد بود و زندگی بهتری خواهد داشت.

پیترسون (۲۰۰۹) با یک گونه‌شناسی هفت‌نمونه‌ای نشان داد که می‌توان افراد را از روی شباهت‌های رفتار سلامتی‌شان گروه‌بندی کرد. نتایج نشان می‌دهد که افراد، الگوهای رفتار سلامتی چندبعدی دارند که نه کاملاً سالم و نه به‌طور کامل لذت‌جویانه یا ناسالم است. فرناندز اولانو (۲۰۰۶) در پژوهشی دربارهٔ ۷۸۷ سالمند بالای ۶۴ ساله اسپانیایی، به این نتیجه دست یافت که دو شاخص خودسانسوری سالمندان دربارهٔ ابتلا به بیماری‌های مزمن و سطح سواد آنان، بیشترین تأثیر را بر دوری‌کردن سالمندان از مراقبت‌های بهداشتی داشته است. اسمیت و گلدمن (۲۰۰۷) به تفاوت‌های سبک زندگی سالم در مناطق شهری شده و کمترشهری شده در مکزیک پرداخته‌اند. گرندی و سولگت (۲۰۰۳) پژوهشی دربارهٔ جمعیت سالمند ۶۵ تا ۸۴ ساله انگلیسی انجام داده‌اند و بدین نتیجه دست یافته‌اند که محیط سالم محلی و فعالیت خارج از منزل، به‌عنوان دو شاخص سبک زندگی سالم، برای سلامت سالمندان از دو جنبه مفیدند. کارل اسپنسر و همکاران (۲۰۰۵)، نمره‌ای را با استفاده از هشت شاخص، برای پیش‌بینی ادامهٔ زندگی سالم مردان سالمند تشخیص داده‌اند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که شاخص سبک زندگی، یکی از عوامل مهم مرگ‌ومیر در سالمندان است و ادامهٔ حیات مردان بدون سابقهٔ بیماری قلبی، به‌شدت به ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور آن‌ها وابسته است.

چارچوب نظری پژوهش



نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش

در این پژوهش، از دیدگاه‌هایی چون تأکید بر انتخاب‌های فردی از وبر، تأثیر ساختار بر عاملیت گیدنز، کوشش برای از میان برداشتن فاصله ذهنیت‌گرایی و عینیت‌گرایی بوردیو در مفاهیم ساختمان ذهنی و زمینه و رابطه دیالکتیکی‌شان و نظریه مصرف ویلن استفاده شده است. به عقیده بوردیو، افراد از طریق شاخص‌های طبقاتی مانند گروه‌های سنی، شغلی و... جایگاه اجتماعی متمایزی را اشغال می‌کنند که بر ساختمان ذهنی و نیز بر سبک زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. دورکیم انسجام اجتماعی را یکی از مهم‌ترین عناصر هر فرهنگ می‌داند. ریچاردز و اکل^۱ نیز معتقدند از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر انتخاب‌های افراد، توزیع عادلانه ثروت است که زمینه وفاق اجتماعی و رضایت از زندگی را ایجاد می‌کند. به اعتقاد وبر، سبک‌های زندگی متفاوت، نمایانگر گروه‌های منزلتی هستند که آن سبک زندگی را برگزیده‌اند. وی برای اشاره به سبک زندگی و ارائه تحلیل چندبعدی از آن، سه مفهوم سبک‌مدارشدن زندگی، تدبیر زندگی و بخت زندگی را به کار می‌گیرد. تدبیر زندگی به انتخاب‌های فرد دلالت دارد و بخت زندگی به احتمال تحقق این انتخاب‌ها. پر واضح است که وبر با نیم‌نگاهی به مفهوم گروه‌های منزلتی و تأثیر آن بر سبک‌های زندگی، ویژگی اصلی آن را انتخابی بودن دانسته است، اما انتخابی که در محدوده مضایق ساختاری است، تنگناهایی است که احتمال تحقق یافتن این انتخاب‌ها را محدود می‌کند. وی این محدودیت‌ها را اقتصادی و اجتماعی می‌داند. دی‌مگیو و اوسیم تحصیلات را مهم‌ترین عامل ارتقای مصرف فرهنگی می‌دانند. علت‌های مرگ و الگوهای بیماری نیز تفاوت‌هایی را میان مردان و زنان نشان می‌دهند. بیماری قلبی مهم‌ترین عامل مرگ مردان و زنان است، اما میزان مرگ‌ومیر در اثر تصادف و خشونت بین مردان بیشتر است. همچنین مردان به مواد مخدر و الکل گرایش بیشتری دارند. در کل، نسبت ابتلا به بیماری بین مردان کمتر است، اما بیماری‌هایی که مردان به آن‌ها مبتلا می‌شوند، بیش از بیماری‌های زنان، زندگی آن‌ها را در معرض تهدید قرار می‌دهند.

نخستین پژوهش‌های جامعه‌شناختی درباره تأثیر دین بر سبک زندگی، متعلق به وبر است. وی با معرفی مذهب کالونیسیم، نوعی سبک زندگی هماهنگ با روحیه سرمایه‌داری را معرفی می‌کند. پس از وی نیز پژوهش‌های زیادی، تأثیر دین بر سبک زندگی را نشان می‌دهند. باکاک

(۱۳۸۱) نیز معتقد است که سبک زندگی مصرف‌گرا از قابلیت ادیان در ایجاد سبک‌های نوین زندگی تأثیر می‌پذیرد.

روش پژوهش

در این پژوهش، از روش پیمایش استفاده شده و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه است. داده‌ها با نرم‌افزار spss توصیف و تحلیل شده‌اند. جمعیت مورد بررسی، سالمندان ۶۰ سال به بالای ساکن شهر تهران هستند. مطابق سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال تهرانی، ۶۷۸،۰۰۰ نفر برآورد شده است (سرشماری عمومی نفوس و مسکن، ۱۳۸۵). نمونه تحقیق با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شد. نمونه مورد نظر به کمک نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از بین مناطق ۲۲گانه شهر تهران (مناطق ۲، ۵، ۱۳، ۱۵ و ۱۹) انتخاب شده است. به این منظور، از پنج منطقه شهرداری تهران به کمک pps نمونه‌گیری شد. ابتدا بلوک‌هایی در مناطق مذکور به طور تصادفی انتخاب شدند. این پنج منطقه، معرف طبقات مختلف اجتماعی هستند و با مراجعه به افراد سالمند در هر بلوک، عملیات اجرایی پرسشنامه‌ها صورت گرفته است (عملیات اجرای پرسشگری در تابستان سال ۱۳۹۰ و در دو نوبت صبح و بعدازظهر انجام شده است). برای ارزیابی متغیر سبک زندگی سلامت‌محور که متغیر وابسته تحقیق است، از ۲۹ گویه در سطح اندازه‌گیری رتبه‌ای به صورت یک طیف چهارقسمتی استفاده شد.

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

دینداری: از دیدگاه وجودی، دین عبارت است از مجموعه‌ای از آموزه‌ها و گزاره‌هایی که خداوند در اختیار بشر گذارده است. در تعاریف جامعه‌شناختی که مد نظر ماست، دین عبارت است از معنای احساسات و اعمال و تجربه‌های هر یک از افراد بشر در خلوت خودشان (مزگی‌نژاد، ۱۳۹۰). کارلوس گلاک و رندی استاک، دین را مجموعه‌ای معرفی می‌کنند که دربردارنده جنبه‌های اعتقادی، رفتار دینی، بازخورد عاطفی و پیامدهای آن است. مطابق سنجه‌ای که جامعه‌شناسان دینی برای دینداری در ایران مطرح کرده‌اند، دینداری در سه بعد کلی سنجش باورها، رفتارهای فردی و رفتارهای اجتماعی سنجیده می‌شود که در این پژوهش با هشت گویه سنجش شده است.

پایگاه اقتصادی - اجتماعی: در پژوهش‌های مختلف، به شیوه‌های متفاوتی متغیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی عملیاتی شده است؛ برای مثال، جواهری در پژوهشی با عنوان کندوکاوی در آثار قشربندی جامعه، سه شاخص تحصیلات، درآمد و منزلت شغلی را برمی‌شمارد (جواهری، ۱۳۸۶). کاظمی‌پور نه شاخص را برای سنجش این شاخص برمی‌شمارد که عبارت‌اند از: منزلت شغلی، محل سکونت، درآمد دلخواه، وسیله سفر، نوع و مدل اتومبیل، سواد و تحصیلات، هزینه زندگی، زیربنای منزل و قیمت تقریبی منزل. وی با روشی مشابه و با استفاده از تحلیل عاملی، متغیرهای مذکور را در چهار متغیر پایگاه اقتصادی، محل سکونت، شغل و تحصیلات طبقه‌بندی می‌کند (کاظمی‌پور، ۱۳۷۸).

رضایت از زندگی: رضایت از زندگی، از شاخص‌های مهم و سازنده مفهوم کیفیت زندگی است که ارتباط تنگاتنگی با مفهوم سبک زندگی دارد. رضایت از زندگی بیانگر نگرش فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند؛ گرایشی است که پیامدهای خاص خود را دارد و با مفاهیم مهم دیگری مانند بیگانگی، بی‌اعتمادی اجتماعی و ناهنجاری - که از ابعاد سرمایه اجتماعی هستند - در ارتباط است. رضایت ابعاد مختلفی دارد که بدون تردید با نیازهای بشر و ارضای آن در ارتباط است. به‌طور کلی، رضایت اجتماعی با هفت شاخص عمده سنجیده می‌شود که عبارتند از: رضایت از وضع سلامتی، وضعیت مالی، شهر محل زندگی، زندگی خانوادگی، وضع مسکن، تغذیه و رضایت از بخت و اقبال (محسنی و صالحی، ۱۳۸۲: ۱۱).

سبک زندگی سلامت‌محور: جوهره تعریف سبک زندگی سلامت‌محور، انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مربوط به بهداشت سلامتی است. در حیطه پزشکی، سبک زندگی بیشتر نشانگر استفاده از موادی نظیر الکل، سیگار یا انواع خاصی از غذاهاست که تهدیدکننده سلامتی هستند. این تعریف، اگرچه در عمده پژوهش‌های جامعه‌شناسی پزشکی غالب است، محدودیت‌هایی دارد. آبل این تعریف را بسط می‌دهد و انجام مستمر فعالیت‌های ورزشی و بهره‌گیری از خدمات پزشکی را از دیگر شاخص‌های مورد استفاده برای بررسی سبک زندگی بهداشتی به‌شمار می‌آورد. کاکرهم تصمیم‌گیری درباره مصرف غذا، ورزش کردن، مراعات بهداشت فردی، مقابله با استرس، استفاده از سیگار، مصرف الکل، مصرف مواد مخدر، بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن و انجام معاینه‌های دوره‌ای پزشکی را از شاخص‌های سبک زندگی بهداشتی می‌داند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۱۴۸ به نقل از کاکرهم، ۱۹۹۹).

نتایج پژوهش

در این قسمت، ابتدا به بررسی ویژگی‌های جمعیتی نمونه آماری پژوهش نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل و نیز نمره افراد در سبک زندگی پرداخته شده است. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیتی نمونه آماری پژوهش را بررسی کرده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیتی نمونه پژوهش

متغیرها	طبقات	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۲۱۲	۷۱/۶
	زن	۸۴	۲۸/۴
گروه سنی	۶۰-۶۹	۱۶۹	۵۷/۱
	۷۰-۷۹	۹۷	۳۲/۸
	۸۰ به بالا	۳۰	۱۰/۱
وضعیت تأهل	دارای همسر	۲۵۰	۸۴/۸
	هرگز ازدواج‌نکرده	۱۵	۴/۱
	بدون همسر در اثر فوت	۲۶	۹/۱
	بدون همسر در اثر طلاق	۸	۲/۰

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، ۷۱/۶ درصد نمونه آماری را مردان و ۲۸/۴ درصد سالمندان نمونه را زنان به خود اختصاص داده‌اند. به لحاظ توزیع سنی نمونه آماری پژوهش، ۵۷/۱ درصد سالمندان مورد بررسی در گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال، ۳۲/۸ درصد در گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ سال و ۱۰/۱ درصد در گروه سنی ۸۰ سال و بیشتر قرار دارند. از نظر وضعیت تأهل، بیش از چهارپنجم سالمندان مورد بررسی (۸۴/۸ درصد) در زمان بررسی دارای همسر بوده‌اند و ۹/۱ درصد نیز سالمندان بدون همسر در اثر فوت بوده‌اند.

یکی از متغیرهای مستقل پژوهش، پایگاه اقتصادی- اجتماعی است. متغیرهای مداخله‌گر در تعیین پایگاه اقتصادی- اجتماعی عبارت‌اند از: منطقه محل سکونت، وضع سواد، میزان تحصیلات، وضع فعالیت و میزان درآمد. جدول ۲ توزیع نمونه آماری پژوهش را براساس طبقه‌بندی پایگاه اقتصادی- اجتماعی نشان می‌دهد.

جدول ۲. توزیع نمونه آماری پژوهش برحسب سطوح پایگاه اقتصادی- اجتماعی^۱

پایگاه اقتصادی- اجتماعی	فراوانی	درصد
بالا	۲۱	۷/۱
متوسط	۲۳۰	۷۷/۷
پایین	۴۵	۱۵/۲
جمع	۲۹۶	۱۰۰

مطابق نتایج جدول ۲ می‌توان گفت تقریباً دو سوم سالمندان مورد بررسی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی متوسطی دارند و تنها ۷/۱ درصد آنان دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالایی هستند. سبک زندگی سلامت‌محور، متغیر وابسته پژوهش حاضر بوده است. برای ارزیابی متغیر سبک زندگی سلامت‌محور که متغیر وابسته تحقیق است، از ۳۲ گویه در سطح اندازه‌گیری رتبه‌ای به صورت یک طیف چهارقسمتی استفاده شده است. نمره ۱۲۸ نشان‌دهنده بالاترین سطح سبک زندگی سلامت‌محور و نمره ۳۳ نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح است. میانگین نمره پاسخگویان در ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. متوسط نمره پاسخگویان در شاخص‌های سبک زندگی سلامت‌محور

ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور	تعداد سؤال	دامنه تغییرات	میانگین نمره پاسخگویان
رعایت توصیه پزشکی	۲	۲-۸	۵/۳
ورزش و تحرک جسمانی	۴	۴-۱۶	۱۰
سلامت روانی	۲	۲-۸	۵/۴
ایمنی در رانندگی	۲	۲-۸	۵/۶
مصرف دخانیات و الکل	۵	۵-۲۰	۸/۳
تغذیه مناسب	۶	۶-۲۴	۱۸/۹
تغذیه ناسالم	۸	۸-۳۲	۲۵/۷
بهداشت فردی	۴	۴-۱۶	۹/۹

۱. دامنه نمره‌های کسب‌شده در شاخص سبک زندگی سلامت‌محور، بین ارقام ۳۷ تا ۳۸ بوده است؛ بنابراین، این شاخص در سه سطح بالا (۲۸-۳۷)، متوسط (۱۹-۲۸) و پایین (۸-۱۸) دسته‌بندی شده است.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که آنچه بیشتر از همه درباره سبک زندگی سالمندان هشداردهنده است و نگرانی را برمی‌انگیزد، وضعیت تغذیه آنان است. عمده دلایل سالمندان در هنگام پاسخگویی درباره وضعیت تغذیه، ناتوانی مالی برای خرید مواد غذایی مناسب و ضروری ذکر می‌شد؛ برای مثال، اکثر سالمندان پس از افزایش قیمت این لبنیات، توان خرید آن را از دست داده بودند. جدول ۴ متوسط نمره پاسخگویان را در مورد سطوح سبک زندگی مبتنی بر سلامت در سالمندان بررسی می‌کند.

جدول ۴. توزیع نمونه آماری پژوهش برحسب سطوح سبک زندگی سلامت‌محور^۱

درصد	فراوانی	سطوح سبک زندگی
۱۱/۸	۳۵	سبک زندگی خوب
۷۳/۰	۲۱۶	سبک زندگی متوسط
۱۵/۲	۴۵	سبک زندگی ضعیف
۱۰۰	۲۹۶	جمع

مطابق یافته‌های جدول ۴ می‌توان گفت ۱۱/۸ درصد سالمندان مورد بررسی، از سبک زندگی سلامت‌محور خوبی برخوردارند. یک‌سوم سالمندان سبک زندگی متوسطی دارند و ۱۵/۲ درصد نیز سبک زندگی ضعیف دارند. اکثر سالمندان، از پیاده‌روی به‌عنوان فعالیت بدنی استقبال می‌کنند و مهم‌ترین علل ورزش نکردن آن‌ها را در تنبلی فرد یا در دردهای شدیدی که مانع از تحرک فرد می‌شوند، می‌توان جست‌وجو کرد. این سالمندان از لحاظ رعایت توصیه‌های پزشک سطح بسیار خوبی دارند و مصرف مشروبات الکلی، دخانیات و مواد مخدر در بین آن‌ها بسیار اندک است. مصرف مشروب در سالمندان، کمتر از ۱۳ درصد است و ۸۷ درصد آن‌ها از نوشیدن آن امتناع می‌ورزند. کمتر از ۸ درصد از سالمندان، بیش از ۱۵ نوبت به مصرف دخانیات مبادرت می‌ورزند.

آنچه بیشتر از همه درباره سبک زندگی سالمندان مورد بررسی هشداردهنده است و نگرانی را برمی‌انگیزد، وضعیت تغذیه آنان است. عمده دلایل سالمندان درباره وضعیت تغذیه، ناتوانی مالی برای خرید مواد غذایی مناسب و ضروری ذکر می‌شد؛ برای مثال، اکثر سالمندان پس از

۱. دامنه نمره‌ها در شاخص پایگاه اقتصادی - اجتماعی، بین ارقام ۴۶ تا ۱۴۹ بوده است؛ بنابراین، این شاخص در سه سطح بالا (۸۱-۴۶)، متوسط (۱۱۷-۸۲) و پایین (۱۴۹-۱۱۸) دسته‌بندی شده است.

افزایش قیمت لبنیات، توان خرید این محصول را از دست داده بودند. بالغ بر ۶۲ درصد از سالمندان، حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بودند که از این بین، ابتلا به امراض حرکتی، فشار خون بالا و امراض شریانی و قلبی در رده نخست قرار می‌گیرند. در این بررسی، هشت فرضیه بررسی و آزمایش شده‌اند. نتایج آزمون فرضیه‌ها در جدول‌های ۵ و ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تی بین متغیرهای جنس و دینداری با سبک زندگی سلامت‌محور

متغیر وابسته	متغیر مستقل	تعداد مشاهدات	میانگین	درجه آزادی	کمیت تی	سطح معنی‌داری
سبک زندگی سلامت‌محور	جنس	۲۱۲	۸۵/۳	۲۹۴	-۰/۲۱۶	۰/۸۲۹
	دینداری	۱۹۹	۸۵/۵	۲۹۴	-۰/۸۷۹	۰/۳۳
		۹۷	۸۵/۷			

براساس جدول ۵، میانگین نمره سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان براساس متغیر جنس، تفاوت معناداری را بین مردان و زنان نشان نمی‌دهد. به عبارت دیگر، با معنادارنشدن آزمون تی استیودنت برای سنجش رابطه بین جنس و نمره سبک زندگی سلامت‌محور، می‌توان گفت سبک زندگی زنان و مردان یکسان است. براساس جدول ۵ می‌توان گفت نمره سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان براساس نوع دینداری آنان تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. به عبارت دیگر، با معنادارنشدن آزمون تی برای سنجش رابطه بین دینداری و نمره سبک زندگی سلامت‌محور، می‌توان گفت سبک زندگی افرادی که به صورت سنتی به آموزه‌های دینی اعتقاد دارند، با سایر افراد به لحاظ معیارهای سلامتی یکسان است.

جدول ۶ نیز نتایج آزمون تحلیل واریانس را برای رابطه احتمالی بین شش متغیر مستقل سن، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات، رضایت از زندگی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی و وضعیت تأهل با سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان را نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین متغیرهای مستقل و متغیر سبک زندگی سلامت‌محور

متغیر وابسته	متغیرهای مستقل	فراوانی	میانگین	واریانس	درجه آزادی	کمیت اف	سطح معناداری
گروه‌های سنی	۶۰-۶۹	۱۶۹	۸۳/۹	بین گروهی	۲	۳/۹۱۲	۰/۰۲
	۷۰-۷۹	۹۷	۸۵/۲	درون گروهی	۲۹۳		
وضعیت شغلی	دارای شغل تمام وقت	۲۵	۸۵/۳	بین گروهی	۴	۰/۲۶۳	۰/۹۰
	دارای شغل پاره وقت	۱۶	۱/۸۵				
	دارای درآمد بدون کار	۱۸	۸۵/۲	درون گروهی	۲۹۱		
	خانه‌دار	۳۰	۸۵/۵	درون گروهی	۲۹۱		
	بازنشسته	۲۰۷	۸۵/۶				
	میزان تحصیلات	لیسانس و بالاتر	۵۳	۸۵/۶	بین گروهی		
فوق دیپلم		۲۲	۵/۸۶				
دیپلم		۷۴	۸۶/۳	درون گروهی	۲۹۲		
زیر دیپلم		۱۴۷	۸۴/۴				
رضایت از زندگی	زیاد	۷۴	۸۶/۹	بین گروهی	۲	۸/۳۹	۰/۰۰
	متوسط کم	۱۹۷	۸۵/۲				
پایگاه اقتصادی اجتماعی	بالا	۲۱	۸۴/۹	بین گروهی	۲	۰/۱۷۸	۰/۸۳
	متوسط پایین	۲۳۰	۸۵/۴				
وضعیت تأهل	دارای همسر هرگز ازدواج-نکرده	۲۴۷	۸۵/۶	بین گروهی	۳	۰/۷۲۹	۰/۵۳
	بدون همسر	۱۵	۸۵/۳				
	در اثر فوت	۲۶	۸۶/۱	درون گروهی	۲۹۲		
	بدون همسر در اثر طلاق	۸	۸۶/۱				

سبک زندگی سلامت‌محور

براساس جدول ۶، میانگین سبک زندگی سلامت‌محور سالمندانی که سن بالاتری دارند، ۸۷/۹، سالمندانی که سن متوسطی دارند، ۸۵/۲ و سالمندانی که سن کمتری دارند، ۸۳/۹ است. براین اساس، می‌توان گفت سبک زندگی سالمندان مسن‌تر، سالم‌تر از سالمندان میانسال است و نیز این مقدار برای سالمندان جوان، در پایین‌ترین حد قرار دارد. به عبارتی، اختلاف شایان توجهی به لحاظ میانگین سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان و سن آنان وجود دارد؛ بنابراین، جمعیت نمونه را می‌توان از نظر میانگین سبک زندگی سلامت‌محور به لحاظ سنی، به سه گروه طبقه‌بندی کرد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز در سطح معناداری ۰/۰۲۱ با مقدار ۳/۹۱۲ نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوت‌هاست.

با در نظر گرفتن میزان تحصیلات می‌توان گفت هر قدر میزان تحصیلات سالمندان بالاتر بوده است، شیوه زندگی سلامت‌محورتری را انتخاب کرده‌اند. همان‌طور که نتایج آزمون تحلیل واریانس در سطح معناداری ۰/۰۱ تأییدکننده تفاوت‌هاست. همچنین افرادی که رضایت بیشتری از زندگی دارند، میانگین بالاتری از سبک زندگی دارند و نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز در سطح معناداری ۰/۰۰۰، تأییدکننده تفاوت میان رضایت از زندگی و سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان مورد بررسی است. مطابق جدول ۶، تفاوت معناداری بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور دیده نمی‌شود. این بدان معناست که سالمندان در سطوح مختلف پایگاه اقتصادی-اجتماعی، سبک زندگی یکسانی دارند و به عبارتی بین سبک زندگی آن‌ها، به لحاظ پایگاه اقتصادی-اجتماعی تفاوتی دیده نمی‌شود.

به لحاظ وضعیت تأهل- همان‌گونه که در جدول مشخص است- آزمون فرضیه متغیر وضعیت تأهل و سبک زندگی سلامت‌محور در سطح ۰/۰۵ رد می‌شود و در واقع، سبک زندگی این سالمندان در سطوح مختلف تأهل، از لحاظ معیار سلامتی با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد.

تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت‌محور با استفاده از مدل رگرسیونی

وظیفه رگرسیون این است که به تبیین واریانس متغیر وابسته کمک کند و این وظیفه، تا حدودی از طریق برآورد مشارکت متغیرهای مستقل در این واریانس به انجام می‌رسد (صفری شالی و حبیب‌پور، ۱۳۸۸). به‌دیگرسخن، به کمک رگرسیون چندمتغیره می‌توان واریانس متغیر وابسته را از روی واریانس یک یا چند متغیر مستقل، تبیین و پیش‌بینی کرد. جدول ۷، خلاصه مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۷. ضریب تعیین رگرسیون چندمتغیره

ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده	اشتباه استاندارد
۰/۴۲۰	۰/۱۶۰	۰/۱۶۲	۰/۳۷۲۱

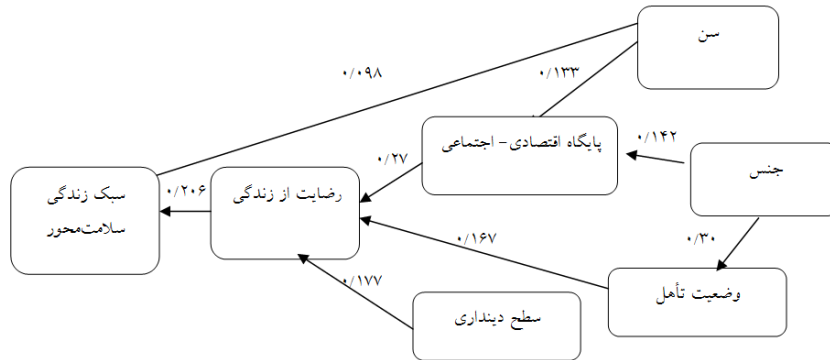
مطابق جدول ۷، مقدار ضریب همبستگی بین متغیرها ۰/۴۲۰ است که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته، همبستگی متوسطی برقرار است. همچنین مقدار ضریب تعیین، ۰/۱۶۲ است که نشان می‌دهد متغیرهای واردشده در مدل، ۱۶ درصد تغییرهای متغیر سبک زندگی سلامت‌محور را پیش‌بینی می‌کنند. برای تعیین میزان تأثیر و معناداری تی برای متغیرهایی که به‌طور مستقیم، بر متغیر سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر دارند (رضایت از زندگی و سن)، جدول ۸ ارائه شده است.^۱

جدول ۸. متغیرهای واردشده در معادله رگرسیون

مقدار ثابت	بتا	بتای تعدیل‌شده	کمیت تی	سطح معناداری
۵۸/۶۵۱				
رضایت از زندگی	۲/۱۰۰	۰/۲۱۶	۳/۶۰۹	۰/۰۰۰
سن	۰/۸۰۲	۰/۰۹۸	۱/۶۸۰	۰/۰۴
جنس	۰/۰۷۳	۰/۰۰۶	۰/۱۰۲	۰/۹۱۹
وضعیت تأهل	۰/۳۸۷	۰/۰۶۴	۱/۰۷۳	۰/۲۸۴
سطح دینداری	۰/۰۱۷	۰/۰۰۲	۰/۰۳۹	۰/۹۶۹
پایگاه اقتصادی - اجتماعی	۰/۵۵۰	۰/۰۴۷	۰/۸۰۷	۰/۴۲۰

جدول ۹ مقدار بتا و اثر مستقیم متغیرهای مستقل بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان را نشان می‌دهد. مطابق این جدول می‌توان گفت متغیرهای رضایت از زندگی و سن، بر سبک زندگی اثر مستقیم دارند و در بین این دو متغیر، رضایت از زندگی با ضریب بتای ۰/۲۱۶، بیشترین تأثیر را بر سبک زندگی مبتنی بر سلامت در بین سالمندان مورد بررسی داشته است. نمودار ۲ و جدول ۹، تحلیل مسیر آثار مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان را نشان می‌دهد.

۱. متغیرهای تحصیلات و شغل، به‌لحاظ اینکه از جمله ابعاد متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بودند، برای جلوگیری از اثر هم‌پوشانی متغیرها در تحلیل مسیر وارد نشدند.



نمودار ۲. تحلیل مسیر آثار مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان

جدول ۹. تحلیل آثار مستقیم، آثار غیر مستقیم و اثر کل متغیرهای مستقل بر سبک زندگی سلامت‌محور

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
رضایت از زندگی	۰/۲۰۶	-	۰/۲۰۶
سن	۰/۰۹۸	۰/۰۳	۰/۱۲۸
پایگاه اقتصادی-اجتماعی	-	۰/۰۶	۰/۰۶
سطح دینداری	-	۰/۰۴	۰/۰۴
وضعیت تأهل	-	۰/۰۳	۰/۰۳
جنس	-	۰/۰۲	۰/۰۲

همان‌طور که جدول ۹ و نتایج نمودار تحلیل مسیر نشان می‌دهد، متغیر رضایت از زندگی و سن با ضرایب بتای ۰/۲۰۶ و ۰/۰۹۸ بر متغیر سبک زندگی سلامت‌محور اثر مستقیم داشته‌اند و در بین این دو متغیر، تنها متغیر بلافصل - که صرفاً بر متغیر وابسته اثرگذار بوده است - رضایت از زندگی است. براین اساس، می‌توان گفت متغیر رضایت از زندگی، مهم‌ترین متغیر بر سبک زندگی این سالمندان است، اما متغیرهایی که تأثیر غیر مستقیم بر سبک زندگی داشته‌اند، به ترتیب عبارت‌اند از: پایگاه اقتصادی-اجتماعی، سطح دینداری، وضعیت تأهل و جنس که در این بین، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، بیشترین تأثیر غیر مستقیم را بر سبک زندگی داشته است. با در نظر گرفتن مجموع آثار (مستقیم و غیر مستقیم) می‌توان گفت مهم‌ترین متغیر اثرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی، رضایت از زندگی است که خود از متغیرهای سن، دینداری، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و وضعیت تأهل تأثیر می‌پذیرد.

نتیجه‌گیری

مقاله حاضر با هدف مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی و بررسی تعیین‌کننده‌های جمعیتی و اجتماعی آن آغاز شد. توجه به شیوه زندگی، حیطه‌های بررسی را به سوی توجه به مصرف سالم یا ناسالم انسان‌ها سوق می‌دهد. انسان‌ها با انتخاب شیوه‌های متنوع مصرف، سبک‌های متفاوتی را برای زندگی خود برمی‌گزینند که بعضی از آن‌ها برای ادامه حیاتشان خطرآفرین است. این انتخاب‌ها یکسره آزاد نیستند و در یک خلأ ساختاری شکل نمی‌گیرند. بدین ترتیب، دو سؤال اساسی مطرح می‌شود که پاسخ به آن‌ها، هدف این نوشتار است: ۱. انتخاب‌های افراد متأثر از چه عوامل جمعیتی - اجتماعی، سبک زندگی افراد را از لحاظ انطباق با استانداردهای سلامت تعیین می‌کنند؟ ۲. عوامل جمعیتی و اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سالمندان تهرانی کدام‌اند؟

در راستای بررسی این موضوع، نمونه‌ای متشکل از ۳۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر تهران، از پنج منطقه شهرداری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. مردان، ۲۱۲ و زنان ۸۴ نفر از پاسخگویان را تشکیل می‌دادند. پاسخگویان از لحاظ سنی به سه رده سنی سالمندان کم‌سال‌تر، سالمندان میانه و کهنسالان تقسیم شدند. از نظر وضعیت اشتغال، بیشتر سالمندان را کارمندان بازنشسته با تحصیلات دیپلم نظام قدیم تشکیل می‌دادند که به اقتضای فضای شهری رخ داده است. پایگاه اقتصادی - اجتماعی سالمندان مورد بررسی، به‌طور میانگین در سطح متوسط بود و عمدتاً دارای درآمدهای پایین بودند که هزینه‌های بالایی را در زمینه تأمین دارو و درمان متحمل می‌شدند. اعتیاد به مواد مخدر و دخانیات و مصرف مشروب در بین این سالمندان بسیار پایین بود. این ویژگی مصرف، در نگاه اول به متوسط سطوح دینداری آنان مربوط می‌شود؛ چراکه میانگین نمره متغیر دینداری در بین سالمندان مورد بررسی در حد زیادی بود.

به‌لحاظ سبک زندگی مبتنی بر سلامت، بیش از دو سوم سالمندان مورد بررسی، سبک زندگی با کیفیت پایین دارند؛ این درحالی است که تنها ۱۱/۸ درصد سالمندان، از سبک زندگی خوبی برخوردار بوده‌اند.

درحال حاضر، بعضی از پژوهش‌ها به بررسی تأثیر رضایت از زندگی - که در نتیجه انسجام اجتماعی افراد شکل می‌گیرد - پرداخته‌اند. پژوهش حاضر نیز متغیر رضایت اجتماعی را یکی از

متغیرهای تعیین‌کننده سبک زندگی سلامت‌محور می‌داند و نتایج تحلیل مسیر نیز تأییدکننده این مهم است؛ به نحوی که متغیر رضایت از زندگی با ضریب بتای ۰/۲۰۶، مهم‌ترین متغیر اثرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور این سالمندان بوده است. افراد با رضایت اجتماعی بالا، از یک سو به دلیل همبستگی بالایی که با اجتماع اطراف خود احساس می‌کنند، بیشتر از دیگران در شبکه‌های ارتباطی درگیر می‌شوند و از سوی دیگر اعتمادپذیری بالایی دارند و هنجارها را بهتر می‌پذیرند؛ بنابراین، در انتخاب سبک‌های سلامت‌محور و پرهیز از رفتارهای تهدیدکننده سلامتی و سرایت‌دهنده بیماری‌ها، محتاط‌تر عمل می‌کنند. همچنین رضایت سالمندان در این پژوهش، متأثر از وضعیت تأهل سالمندان است. سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، به دلیل رعایت‌نکردن اصول تغذیه، در مقایسه با سالمندانی که با همسرانشان زندگی می‌کنند، سبک زندگی ناسالم‌تری دارند.

با توجه به نظر بوردیو- مبنی بر اینکه افراد به دلیل شاخص‌های طبقاتی مانند گروه‌های سنی، شغلی و...، جایگاه اجتماعی متمایزی می‌یابند که بر ساختمان ذهنی و بنابراین، بر سبک زندگی آنان تأثیر می‌گذارد- می‌توان گفت که تأثیر متغیر سن بر سبک زندگی سلامت‌محور، شاید به دلیل ارتباط بین فرهنگ ریش‌سفیدی و سن افراد باشد. در این فرهنگ، افراد با سن بالاتر، جایگاه بالاتری می‌یابند که البته این جایگاه، مطابق نظر بوردیو، بر سبک زندگی سلامت‌محور افراد تأثیر خواهد گذاشت. بدین ترتیب، با بالا رفتن سن در سالمندان، شاهد ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور آنان هستیم. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که سن علاوه بر تأثیر مستقیم بر سبک زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان، از طریق متغیرهای پایگاه و رضایت از زندگی، بر سبک زندگی نیز اثرگذار است. ارتباط مستقیم بین متغیر سن و سبک زندگی سلامت‌محور، در پژوهش قاسمی و ربانی نیز اثبات شده است و بنابراین، ارتقای فرهنگ ریش‌سفیدی، تکریم سالمندان و بازیافتن جایگاه مسلطشان در سلسله‌مراتب اجتماعی، از عوامل مهم در ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور در آنان است.

با در نظر گرفتن میزان تحصیلات می‌توان گفت هر قدر بر میزان تحصیلات سالمندان افزوده شده است، شیوه زندگی سلامت‌محورتری را انتخاب کرده‌اند. این نتیجه‌گیری، نظریه دی‌مگیو و اوسیم را تأیید می‌کند که تحصیلات را مهم‌ترین عامل در ارتقای مصرف فرهنگی می‌داند.

با توجه به نظر باکاک و نظریه وبر درباره دین- مبنی بر اینکه دینداری و ایدئولوژی دینی تأثیر بسزایی در انتخاب‌های سبک زندگی دارد- می‌توان گفت که اسلام و توصیه‌های آن، هم

به‌دلیل تعالیم تغذیه و هم به‌دلیل ایجاد شبکه‌های ارتباطی بین افراد در به‌جا آوردن مناسک اعتقادی، متغیری قطعی در انتخاب سبک زندگی سلامت‌محور است.

تأثیر غیر مستقیم دینداری بر سبک زندگی سلامت‌محور در سالمندان، نکته‌ای شایان تأمل است. همان‌طور که از مدل رگرسیونی برمی‌آید، مقدار مثبت ضریب تأثیر متغیر دینداری نشان می‌دهد که سالمندان در سطوح بالاتر دینداری، رضایت بیشتری از زندگی دارند و سبک‌های سالم‌تر زندگی را برمی‌گزینند. این نتیجه‌گیری شاید به‌دلیل موجه بودن دین اسلام در ایران باشد. اسلامی بودن، هنجاری است که از سوی جامعه ایران حمایت می‌شود و طبیعتاً فرد دیندار، رضایت بیشتری از زندگی احساس خواهد کرد؛ بنابراین، تبلیغ صحیح دین و تشویق سالمندان به حضور در تشکل‌های مذهبی - که زمینه‌ساز ایجاد شبکه‌های ارتباطی است و اعتماد و هنجارپذیری را در افراد برمی‌انگیزد - با ارتقای رضایت از زندگی سالمندان، به سلامت‌محور شدن سبک زندگی آنان کمک بسزایی می‌کند. همه این‌ها نتایج پژوهش کاکرهام در روسیه و کادزوغرو را تأیید می‌کند.

نتایج نشان می‌دهد که هرچه افراد در پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالاتری قرار داشته باشند، از سبک زندگی سالم‌تری برخوردارند. همان‌طور که در مدل رگرسیونی شاهد آن هستیم، این نتیجه به‌دلیل رضایت از زندگی افراد محقق شده است. هرچه افراد در پایگاه‌های اقتصادی - اجتماعی بالاتری قرار داشته باشند، رضایت بیشتری از زندگی خواهند داشت و بنابراین، سبک‌های سالم‌تری را برای زندگی برمی‌گزینند. این نتیجه، نظر دی‌مگیو و اوسیم، پارسون و بوردیو را تأیید می‌کند و از سوی دیگر، با نتایج پژوهش‌های گرنندو و سولگت منطبق است. توجه به تحرک اجتماعی و امکان‌پذیر بودن صعود عمودی در پایگاه افراد، به ارتقای سبک زندگی سلامت‌محور آنان کمک می‌کند. هم‌راستا با نظر وبر - مبنی بر تعیین‌کننده بودن میزان تحصیلات فرد در انتخاب سبک زندگی - پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که متغیر تحصیلات، از عوامل تعیین‌کننده سبک زندگی سلامت‌محور در سالمندان است. این نتایج، کار اولانو و فرناندز را نیز تأیید می‌کند. مقدار مثبت ضریب تأثیر متغیر تحصیلات بر متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی نشان می‌دهد که با بالارفتن تحصیلات افراد، پایگاه اقتصادی - اجتماعی آنان افزایش یافته است. تحصیلات بر شغل و طبیعتاً بر جایگاه اقتصادی و منزلتی افراد تأثیرگذار است، اما مقدار منفی برای تأثیر سطح تحصیلات بر دینداری، واقعیت دیگری را آشکار می‌کند. افراد با تحصیلات پایین‌تر، دیندارترند. این نتیجه شاید به دلیل این است که کسب مدارج مختلف

علمی، به‌خوبی با آموزه‌های دینی عجین نشده است. البته چون نمونه آماری پژوهش، سالمندان هستند، شاید این نبود تطابق به دوره حکومتی پهلوی مربوط است و در دوره کنونی، این موضوع مرتفع شده است. اکنون به کمک نتایج تحلیل رگرسیون می‌توانیم سازوکار دقیق‌تری از تأثیر عوامل تعیین‌کننده سبک زندگی سلامت‌محور را تبیین کنیم.

مطابق نظریه دورکیم درباره همبستگی اجتماعی، آنچه زمینه‌ساز رضایت و وفاق اجتماعی افراد می‌شود، میزان همبستگی آن‌ها با جامعه است. پژوهش حاضر نشان می‌دهد هرچه همبستگی فرد با جامعه بیشتر شود، سبک‌های سالم‌تری را انتخاب خواهد کرد.

شغل به دلیل زمانبندی زندگی، ایجاد روابط اجتماعی خاص به اقتضای شغل، داشتن بعضی مزایای مادی، القای جهان‌بینی و ایجاد فضای عاطفی خاص حائز اهمیت است. همچنین نتایج نشان می‌دهند که هرچه ساعت‌های کار افراد، به‌ویژه در دوران سالمندی بیشتر باشد، سبک زندگی آنان ناسالم‌تر خواهد بود. کسانی که کار تمام‌وقت انجام می‌دهند، در مقایسه با کسانی که شاغل نیمه‌وقت هستند، سبک زندگی ناسالم‌تری دارند؛ بنابراین، توجه به وضعیت شغلی سالمندان، داشتن شغلی تضمین‌شده و ایجاد قوانین رفاهی لازم در مورد بازنشستگی سالمندان، در زمینه سلامت شیوه زندگی آنان تعیین‌کننده است.

تفاوت در سلامت مردان و زنان نیز در پژوهش‌ها مورد توجه بوده است. به‌طور کلی، تقریباً در همه کشورهای جهان، امید به زندگی زنان بیشتر از مردان است. درعین حال، میزان ابتلا به بیماری نیز در بین زنان، به‌ویژه در اواخر عمر، بیش از مردان است. زنان بیشتر به دنبال دارو و درمان می‌روند و بیش از مردان بیماری خود را گزارش می‌کنند. در کشورهای صنعتی، زنان دو برابر مردان اظهار می‌کنند که اضطراب و افسردگی دارند. تصویر کلی سلامتی زنان در دنیای درحال توسعه چنین است که زنان بیش از مردان عمر می‌کنند، اما بیمارترند و ناتوانی بیشتری را تجربه می‌کنند (دویل، ۱۹۹۵). در این پژوهش، متغیر جنسیت به‌صورت غیر مستقیم بر متغیر سبک زندگی سلامت‌محور تأثیرگذار است.

منابع

- آیین پرست، افسون و همکاران (۱۳۹۰)، «نقش دانش افراد از سلامت بر سبک زندگی»، نشریه پایش، شماره ۴: ۵۳۳-۵۳۵.
- باکاک، رابرت (۱۳۸۱)، مصرف، تهران: نشر پژوهش شیرازه.

- جواهری، فاطمه (۱۳۸۶)، «کندوکاوی برآثار قشریندی جامعه»، پژوهش‌نامه علوم انسانی، شماره ۵۳: ۸۳-۱۱۶.
- رابرتسون، یان (۱۳۷۲)، درآمدی بر جامعه با تأکید بر نظریه‌های کارکردگرایی، ستیز و کنش متقابل، ترجمه حسین بهروان، مشهد: انتشارات استان قدس رضوی.
- ریتزر، جورج (۱۳۸۷)، نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر علمی.
- صفری‌شالی، رضا و حبیب‌پور گنابی، کرم (۱۳۸۸)، راهنمای جامع کاربرد spss در تحقیقات پیمایشی، تهران: نشر لویه.
- فاضلی، محمد (۱۳۸۲)، مصرف و سبک زندگی، قم: صبح صادق.
- قاسمی، وحید و دیگران (۱۳۸۷)، «تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور»، مسایل اجتماعی ایران، شماره ۶۳: ۱۸۱-۲۱۳.
- کاظمی پور، شهلا (۱۳۷۸)، «الگوی در تعیین پایگاه اجتماعی-اقتصادی افراد و سنجش تحرک اجتماعی»، نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۴: ۱۳۹-۱۷۲.
- کاوه فیروز، زینب (۱۳۹۰)، ساختارهای جمعیتی - اجتماعی اثرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۲)، تجدد و تشخیص، تهران: نشر نی.
- _____ (۱۳۸۶)، جامعه‌شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.
- محسنی، منوچهر و صالحی، پرویز (۱۳۸۲)، رضایت اجتماعی در ایران، تهران: نشر آرون.
- مرکز آمار ایران، سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰.
- مزگی‌نژاد، مرتضی (۱۳۹۰)، «بحثی نظری در سنجش پذیری دینداری - اسلام - و قیاس ناپذیری دینداری ویتگنشتاین»، فصل‌نامه پژوهش‌های اعتقادی-کلامی، شماره ۴: ۹۷-۱۳۴.
- Bourdieu, pierre (1984), **distinction**, cambridge, Harvard University Press.
- C. Cockerham, William, Brian P. Hinote, Pamela Abbott, and Christian Haerpfer (1999), "Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan", **Elsevier Social Science & Medicine**, No 59: 1409-1421.
- Fernández Olano and Torres Hidalgo, J.D. López. (2006), "Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system", **Elsevier Health Policy**, No 75: 131-139.
- Grundy, Emily, and Andy Sloggett. (2003), "Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances", **Elsevier Social Science & Medicine**, No56: 935-947.

- Pisinger, Charlotta, Charlotte Glümer, Mette Aadahl, Ulla Toft, and Torben Jørgensen. (2009), "The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population The Inter99 study", **Elsevier -Preventive Medicine**, No 49: 418-423.
- Spencer, Carole A, Konrad Jamrozik, Paul E Norman, and Michael Lawrence-Brown. (2005), "A simple lifestyle score predicts survival in healthy elderly men", **Elsevier Preventive Medicine**, No 40: 712-717.
- Lee, Tae Wha, Il Sun Ko, and Kyung Ja Lee. (2006), "Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey", **Elsevier International Journal of Nursing Studies**, No 43: 293-300.
- Torres Hidalgo, J.D. López, and Fernández Olano. (2006), "Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system", **Elsevier Health Policy**, No 75: 131-139.
- V. Smith, Kimberly, and Noreen Goldman. (2007), "Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico", **Elsevier Social Science & Medicine**, No 65: 1372-1385.