

## سنجش سطح سلامت شهروندان تبریزی و برسی تاثیر تحصیلات و جنسیت بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

حسین بنی فاطمه<sup>۱</sup>، جعفر شهاب‌مفر<sup>۲</sup>، محمد باقر علیزاده اقدم<sup>۱</sup>، بهمن عبدی<sup>۱\*</sup>

۱. گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران  
۲. گروه پژوهشی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران

نشریه پاییش  
سال چهاردهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۳ صص ۸۵-۹۲  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۴  
نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۵ آذر [۹۳]

### چکیده

از منظر جامعه شناختی بیماری و سلامت پدیده‌های اجتماعی و طبقاتی هستند که خاصیت نابرابر و چند لایه جوامع بشری را با خود به همراه دارند. از این رو هر چه قدر نابرابری‌های اجتماعی در جامعه‌ای حادتر باشد به همان نسبت، توزیع سلامت نیز نابرابر خواهد بود. لذا با عنایت به اهمیت شاخص‌های اجتماعی اقتصادی و فرهنگی در بحث سلامت و تفاوت‌هایی که در نتیجه این شاخص‌ها در سطح سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد می‌تواند اتفاق بیافتد، این تحقیق به دنبال ارزیابی نحوه توزیع سلامت در بین شهروندان تبریزی بوده و از این رهگذر در بی‌بررسی تفاوت گروه‌های مختلف اجتماعی اقتصادی در رابطه با سبک زندگی آگاهی‌های بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بود تا با استفاده از الگوهای نظری مبتنی بر علت شناسی اجتماعی به تبیین این تفاوت‌ها بپردازد. بدین منظور مطالعه حاضر به صورت مقطعی و بر روی ۶۵۰ نفر از والدین ۶۵-۱۵ ساله خانوارهای تبریزی که به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند، صورت گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که از نظر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و نیز سبک زندگی سلامت محور تفاوت معنی دار بین زنان و مردان وجود دارد و مردان از وضعیت سلامتی بهتری در مقایسه با زنان برخوردارند. همچنین با افزایش سطح تحصیلات افراد، نمرات سبک زندگی سلامت محور، آگاهی‌های بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها بهبود یافته است. آزمون رگرسیون خطی گام به گام نیز نقش سبک زندگی، آگاهی‌های بهداشتی، تحصیلات و جنسیت در نابرابری‌های سطوح سلامت بین شهروندان را تایید نمود. مطالعه به این نتیجه رسید که سلامت و بیماری مقوله‌هایی صرفاً فیزیولوژیک نبوده و عوامل اجتماعی نیز نقشی تعیین‌کننده در سطح سلامت شهروندان، همچنین رفتارهایی دارند که می‌توانند سلامتی افراد را به مخاطره بیاندازند.

**کلیدواژه:** آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، عوامل اجتماعی

\* نویسنده پاسخگو: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پژوهشی، گروه پژوهشی اجتماعی

تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۷

Email: bahmanabdi74@yahoo.com

## مقدمه

آموزش بیش از سایر مولفه‌های اجتماعی تاکید شده است چون در جوامع امروزی آموزش و سواد به دنبال خود درآمد و موقعیت شغلی مناسب را در پی دارد اما به طور عمده بر این نکته تاکید شده است که همین متغیر از طریق یک متغیر دیگر یعنی آگاهی‌های بهداشتی بر سطح سلامت افراد تاثیر می‌گذارد<sup>[۹]</sup>. در سالهای اخیر تلاش‌های متعددی در ایران به منظور مطالعه بر روی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت انجام شده است<sup>[۱۰-۱۳]</sup> به عبارتی تاثیر این متغیرها بر شاخص‌های سلامت در جامعه به رسمیت شناخته شده است و ایران از سال ۲۰۰۵ به عضویت کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت درآمده و برنامه‌های متعددی در راستای بهبود شاخص‌های اقتصادی اجتماعی - جمعیت شناختی صورت گرفته است تا این رهگذر شاخص‌های سلامت در جامعه ارتقا یابد و در این زمینه موفقیت‌هایی نیز به دست آمده است. اما آنچه واضح است نابرابری‌های موجود در بین گروه‌های مختلف اجتماعی و نیز مناطق مختلف کشور در زمینه بهره‌گیری از این بهبود صورت گرفته در حوزه سلامت است که خود ناشی از عوامل متعددی است. برخی از این عوامل به سیاست‌های کلان بهداشتی کشور مربوط می‌شود که با توزیع ناعادلانه امکانات و خدمات بهداشتی امکان بهره‌گیری و نیز دسترسی بخشی از جامعه به امکانات بهداشتی را محدود کرده‌اند. به عنوان مثال بررسی شاخص «امید به زندگی در بدو تولد» در استان‌های کشور در سال ۱۳۸۵ نشان می‌داد که تفاوت فاحشی در بین استان‌های مرزی با استان‌های مرکزی در رابطه با این شاخص وجود دارد. به نحوی که این رقم برای استان اصفهان و یزد برای مردان به ترتیب ۷۳/۷ و ۷۲/۶ و برای استان‌هایی مثل کردستان و سیستان و بلوچستان برای مردان به ترتیب ۶۵/۷ و ۶۵/۸ بوده است<sup>[۱۴]</sup>. بخشی از این تفاوت در امید به زندگی محصول نابرابری‌های موجود در بین مناطق و استان‌های کشور در زمینه توزیع امکانات بهداشتی و درمانی بوده است به عنوان مثال «تعداد تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت» در استان‌های مورد اشاره نیز با همیگر تفاوت قابل توجهی داشته‌اند که از الگویی مشابه با الگوی شاخص امید به زندگی تبعیت می‌کند به نحوی که تعداد تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت برای استان‌های اصفهان و یزد در سال ۱۳۸۵ به ترتیب ۱/۴ و ۲/۴ بوده است، در حالیکه این شاخص برای سیستان و بلوچستان و کردستان در همان سال به ترتیب ۱/۱ و ۰/۷ بوده است<sup>[۱۴]</sup>. توزیع نامناسب امکانات بهداشتی درمانی شاخص‌ها در

بسیاری از متخصصان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت بر این دیدگاه اتفاق نظر دارند که بخش قابل توجهی از عوامل تعیین‌کننده سلامت بشر، خارج از چارچوب‌های فیزیولوژیکی و مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند<sup>[۲-۳]</sup>. این عوامل به طور عمده شامل دسترسی به مسکن مناسب، دسترسی به آب سالم و سیستم دفع فاضلاب مناسب، سیستم کارآمد دفع و جمع‌آوری مواد زائد از محیط زندگی محیط کاری سالم و ایمن، امنیت غذایی، دسترسی به خدماتی چون آموزش، سلامت، رفاه اجتماعی، خدمات حمل و نقل عمومی و بسیاری عوامل دیگر هستند که همگی تحت عنوان عوامل اجتماعی قابل جمع‌بندی هستند<sup>[۴-۶]</sup>. دسترسی مناسب و همگانی به این خدمات به مفهوم ایجاد برابری و عدالت اجتماعی؛ گامی مهم در از بین بردن نابرابری در عرصه بهداشت در سطح جامعه تلقی می‌شود<sup>[۷]</sup>. مسئله‌ای که باید مورد توجه برنامهریزان و مدیران عرصه مدیریت کلان کشور قرار بگیرد. طبق گزارش سازمان سلامت جهان در سال ۲۰۱۰ حدود ۵/۶ درصد از تولید ناخالص داخلی ایران در بخش سلامت هزینه شده است و دولت برای هر ایرانی در بخش سلامت ۳۳۶ دلار آمریکا هزینه نموده است<sup>[۸]</sup>. توزیع مناسب این هزینه‌ها و فراهم‌آوری امکان برخورداری برابر برای همه از این امکانات در کنار سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های بهداشتی و تامین شرایط مناسب اجتماعی می‌تواند ضمن بهبود وضعیت سلامت کشور، از افزایش هزینه‌های بهداشتی جلوگیری نماید. در این راستا با توجه به اهمیت پیشگیری در مدیریت مناسب حوزه سلامت، لازم است تا شاخص‌های اقتصادی اجتماعی تاثیرگذار در وضعیت سلامت افراد جامعه و در میان گروه‌های مختلف اجتماعی شناسایی و بار تاثیرگذاری آنها مشخص شود. از این رو مطالعه‌ای به منظور بررسی سطح سلامت در میان گروه‌های مختلف اجتماعی، همچنین مقایسه سطح سلامت شهروندان و بررسی تاثیر عوامل اجتماعی در تفاوت مشاهده شده در سطح سلامت دارای اهمیت است. از این رهگذر مطالعه آگاهی‌های سلامت افراد به منظور بررسی تاثیر آن بر روی سلامت افراد و توزیع میزان نابرابری آگاهی‌های بهداشتی و به طبع آن سطح سلامت مدنظر است. بررسی توزیع شاخص‌های سلامت و میزان انطباق آن با متغیرهایی چون سواد، جنسیت از دیگر فعالیت‌های مدنظر این مطالعه است. چه اینکه در مطالعات متعدد بر وجود رابطه بین سواد و جنسیت با میزان سلامتی افراد تاکید شده است<sup>[۹]</sup>. در این بین بر نقش

نفره و تعیین واریانس متغیر وابسته، با استفاده از فرمول کوکران به شرح زیر ۶۱۱ نفر محاسبه گردید که با فرض احتمال رد برشی از پرسشنامه‌ها حجم نمونه به ۶۵۰ نفر افزایش داده شد.

$$n = \frac{455494 \times 1 / 96^2 \times 0 / 398}{455494 \times 0 / 05^2 + 1 / 96^2 \times 0 / 398} = 611$$

$= 611$   
 $= 455494$   
 $= \text{تعداد جامعه آماری (N)}$

$= 0 / 398$  = واریانس متغیر وابسته (S2)

$= 0 / 05$  درجه اطمینان یا دقت احتمالی مطلوب (d)

$= 1 / 96$  درصد خطای معیار ضریب اطمینان قابل قبول (t)

برای دسترسی به افراد جهت تکمیل پرسشنامه‌های طرح از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. در این نوع نمونه‌گیری افراد جامعه با توجه به سلسله مراتبی که محقق با توجه به اهداف تحقیق تعیین کرد، گروه بندی شده و انتخاب افراد از این گروه‌ها صورت است [۱۷]. نمونه‌گیری چند مرحله‌ای می‌تواند مشتمل بر چند نوع نمونه‌گیری باشد که در این تحقیق با توجه حجم جامعه، ابتدا نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام گرفته است بدین نحو که شهر تبریز بر اساس مناطق شهرداری به ۱۰ منطقه تقسیم گردید. منطقه ۹ با توجه به جمعیت پایین خود از جامعه آماری حذف گردید و سپس متناسب با تعداد خانوار هر منطقه به کل شهر تبریز سهمی از کل نمونه به آن منطقه اختصاص یافت. جهت تکمیل پرسشنامه‌ها از هر منطقه شهرداری از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده گردید و هر منطقه شهرداری به سه منطقه حاشیه نشین، مناطق متوسط و مناطق مرتفه تقسیم‌بندی گردید و از هر طبقه یک یا دو بلوک آماری جهت تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب گردید. در مجموع در این تحقیق تعداد ۳۳ بلوک آماری از مناطق مختلف شهری تبریز جهت تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب و با مراجعته به درب منازل، پرسشنامه‌های طرح از طریق مصاحبه با یکی از سرپرستان خانوار تکمیل گردید.

پرسشنامه‌های مورد استفاده در تحقیق شامل پرسشنامه استاندارد SF36 پرسشنامه استاندارد شش سوالی حمایت اجتماعی (SSQ6)، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و پرسشنامه محقق ساخته جهت اخذ اطلاعات در زمینه آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی، سعاد سلامت، وضعیت محله و مسکن پاسخگویان بود. داده‌های تحقیق با استفاده از نرم افزار spss. v.18. آزمون‌های آماری مانند آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و تحلیل رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مناطق مختلف کشور قابل مشاهده است به نحوی که در استان های مرزی مانند اردبیل، آذربایجان غربی، هرمزگان، سیستان و بلوچستان و غیره محرومیت از دریافت امکانات بهداشتی در مقایسه با استان‌هایی مانند یزد، اصفهان، سمنان و تهران و غیره به شدت قابل توجه و محسوس است. اما این نابرابری‌ها تنها بخشی از تفاوت‌های موجود در سلامت را توجیه می‌کند و بخش دیگری از توجیهات باید در شاخص‌های اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی نهفته باشد. بررسی درصد باسوسادی، درصد شهرنشینی، درصد برخورداری از فضاهای تفریحی- ورزشی، درآمد سرانه و غیره در دو گروه از استان‌های مورد اشاره در بحث قبلی، تفاوت فاحش بین استان‌های مذکور در این شاخص‌ها را نیز نشان می‌دهد [۱۵]. بر این مبنای ادعای اینکه صرف تامین امکانات و خدمات بهداشتی مانند افزایش تختهای بیمارستانی، افزایش تعداد پزشکان، پرستاران و غیره می‌توانند این نابرابری‌های را از بین برند، درست نیست بلکه در کنار این اقدامات باید در راستای تقویت شاخص‌های اجتماعی مانند افزایش نرخ باسوسادی، افزایش درآمد، افزایش سرانه فضاهای ورزشی و تفریحی و غیره نیز اقدام شود. با عنایت به اهمیت شاخص‌های اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی در بحث سلامت و تفاوت‌هایی که در نتیجه این شاخص‌ها در سطح سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد می‌تواند اتفاق بیافتد، این تحقیق به دنبال بررسی نحوه توزیع سلامت در بین شهروندان تبریزی بود و از این رهگذر در نظر داشت تفاوت گروههای مختلف اجتماعی- اقتصادی در رابطه با سبک زندگی، آگاهی‌های بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را مورد بررسی قرار داده و با استفاده از الگوهای نظری مبتنی بر علت‌شناسی اجتماعی به تبیین این تفاوت‌ها بپردازد.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نظر نوع یک بررسی توصیفی - تحلیلی بوده و از نظر زمانی جزو تحقیقات مقطعی و از نظر شیوه انجام جزو تحقیقات پیمایشی با جامعه آماری بزرگ مقیاس بود. جامعه آماری این تحقیق را یکی از والدین (مادر یا پدر) خانوارهای ساکن در شهر تبریز تشکیل می‌دادند که بر اساس نتایج سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ شهر تبریز دارای ۱۴۹۴۹۹۸ نفر جمعیت بوده است [۱۶]. این افراد که در قالب ۴۵۵۴۹۴ خانوار در مناطق ده گانه شهرداری تبریز اسکان یافته اند و بر این مبنای احتساب یک نفر برای هر خانوار جامعه آماری تحقیق حاضر ۴۵۵۴۹۴ نفر بود. حجم نمونه برای این تحقیق بعد از انجام پیش آزمون بر روی گروهی ۳۰

## يافته‌ها

جدول ۱: بررسی تاثیر جنسیت بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی و کیفیت زندگی  
سلامت محور شهر و ندان تبریزی - آزمون تی

داری	آگاهی‌های بهداشتی*	ن		مرد		$t$	سطح معنی
		تعداد	میانگین	تعداد	میانگین		
۰/۹۸	۰/۲۲	۳۶/۶	۳۲۳	۳۶/۶	۳۲۲	۰/۹۸	**
۰/۰۱	-۳/۴	۴۷/۱	۲۲۱	۴۵/۶	۲۲۰	۰/۰۱	سبک زندگی سلامت
۰/۰۰۴	۲/۹	۷۱/۵	۲۹۸	۷۵/۷	۲۹۶	۰/۰۰۴	محور**
							کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی***

\* دامنه تغییرات نمرات (۰-۶۰) (بدون آگاهی) تا (۶۰-آگاهی کامل)  
 \*\* دامنه تغییرات نمرات (۰-۶۰) (سبک زندگی غیر سالم) تا (۶۰-سبک زندگی کاملاً سالم)  
 \*\*\* دامنه تغییرات نمرات (۰-۱۰۰) (بدترین وضعیت سلامتی) تا (۱۰۰-بهترین وضعیت سلامتی)

جدول ۲: میانگین نمرات گروههای مختلف تحصیلی در متغیرهای آگاهی‌های بهداشتی  
سبک زندگی و کیفیت زندگی

فوق لیسانس و بالاتر	فوق دیپلم	راهنمایی	متوسطه	دیپلم	ابتدایی	پی	سواد
							آگاهی‌های بهداشتی
۴۹/۲	۴۶/۲	۳۸/۷	۳۸/۱	۳۰/۷	۳۰/۳	۲۹/۲	سبک زندگی سلامت
۵۰/۲	۴۸/۸	۴۶/۶	۴۵/۷	۴۴/۴	۴۵/۹	۴۵/۸	محور
۸۳/۴	۸۲/۸	۷۶/۸	۷۶/۵	۶۸/۴	۶۷/۹	۵۹/۶	کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات گروههای مختلف تحصیلی در متغیرهای آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی - آنالیز آماری

داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع واریانس	آگاهی‌های بهداشتی
۰/۰۰۱	۴۵/۶	۴۵۰۸/۶	۶	۲۷۰۵۱/۶	بین گروهی	آگاهی‌های بهداشتی
۰/۰۰۱	۸/۶	۲۴۳/۵	۶	۱۴۶۱۸/۳	بین سبک زندگی	سبک زندگی
۰/۰۰۱	۱۷/۸	۴۶۹۸/۳	۶	۲۸۱۸۹/۹	بین گروهی	سلامت محور

جدول ۴: تحلیل واریانس چند متغیره وضعیت سلامتی

F	میانگین مجددات	کمیت	درجه آزادی	مجموع مجددات	سطح معنی داری
۰/۰۰۱	۳۹/۱	۹۶۰۲/۹	۴	۳۸۴۱۱/۸	رگرسیون
		۲۴۵/۵		۱۴۲۱۶۱/۶	باقی مانده

جدول ۵: متغیرهایی که در مدل باقی مانده اند

داری	آماره t	B	(اشتاه ضریب)	B	(ضریب معیار)
			سبک زندگی		استاندارد شده
/۰۰۱	۴/۳	۰/۱۸	۰/۱۳	۰/۶	سبک زندگی
/۰۱۲	۲/۵	۰/۱۲	۰/۰۷	۰/۲	آگاهی‌های بهداشتی
.					تحصیلات
/۰۰۱	۶/۲	۰/۲۷	۰/۴۶	۲/۹	جنسیت
/۰۰۱	۳/۴	۰/۱۳	۱/۳	۴/۵	

مقایسه آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی زنان و مردان: مقایسه زنان و مردان در رابطه با متغیرهای گفته شده به منظور بررسی تاثیر جنسیت بر سلامت، سبک زندگی و آگاهی‌های بهداشتی به استفاده از آزمون  $t$  با دو نمونه مستقل صورت گرفته است که نتایج به شرح جدول شماره ۱ می‌باشد که حاکی از وجود تفاوت معنی دار بین زنان و مردان در متغیر سبک زندگی سلامت محور ( $P \leq 0.05$ ,  $t = -3.4$ ) و همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می‌باشد ( $P \leq 0.05$ ,  $t = -2.9$ ). همچنین مقایسه میانگین نمرات زنان و مردان در دو متغیر سبک زندگی سلامت محور بالاتر از مردان بوده و بالعکس مردان از نظر وضعیت سلامتی خود را بهتر از زنان ارزیابی کرده‌اند.

تحصیلات و تاثیر آن بر سبک زندگی سلامت محور، آگاهی‌های بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی: در این تحقیق ۶۵ نفر شهروند ۱۵-۶۵ ساله تبریزی شرکت کرددند که ۴۹ نفر از آنها بی‌سواد بودند، ۱۲۳ نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۲۴ نفر دارای راهنمایی، ۱۳۸ نفر متوسطه، ۱۱۵ نفر دیپلم، ۲۱ نفر لیسانس و بالاتر بودند. با استفاده از آزمون آنالیز آماری یک نفر فوق لیسانس و بالاتر بودند. طرفه گروههای مختلف تحصیلی از نظر میانگین نمرات در سه متغیر سبک زندگی، آگاهی‌های بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با هم مقایسه شدند که تفاوت معنی دار از نظر آماری بین گروههای مختلف تحصیلی در هر سه متغیر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی دیده شد (جدول شماره ۳): و با مراجعه به میانگین نمرات گروههای مختلف تحصیلی (جدول شماره ۲)، مشخص می‌شود که این تفاوت به صورت بهبود وضعیت افراد از نظر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی با افزایش سطح تحصیلات رخ می‌دهد.

تبیین تغییرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بر مبنای تحصیلات جنسیت، آگاهی‌های بهداشتی و سبک زندگی شهر و ندان: رگرسیون خطی گام به گام به منظور برآش مناسب ترین مدل و تعیین درجه تاثیرگذاری متغیرهای مورد بحث روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی مورد استفاده قرار گرفت. همه متغیرهای پیش بین در الگو باقی ماندند و توائستند ۲۱ درصد از تغییرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی افراد نمونه را پیش بینی کنند (جدول شماره ۵).

پذيرش نقش بيمار دارند. در واقع بررسى نمرات دو جنس در متغير سبک زندگى و كيفيت زندگى مرتبط با سلامتى نيز تا حدى در تاييد مدعای نظرى دوم مبني بر تمایل زنان به پذيرش نقش بيمار بود چراكه زنان به رغم برخوردارى از سبک زندگى سالم و با توجه به وجود ارتباط مثبت بين سبک زندگى سالم و كيفيت زندگى مرتبط با سلامتى كه در همين مطالعه نيز تاييد شده است، وضعیت سلامتى خود را بدتر از مردان گزارش كرده‌اند؛ لذا تناقض در آمارهای مرگ و میر و بيماري بين مردان و زنان می‌تواند ناشی از اين امر باشد كه زنان در موقعیت‌های مشابه از نظر وضعیت سلامتی، بيش از مردان به دنبال دارو و درمان می‌روند و بيش از آنها بيماري خود را گزارش می‌کنند [۲۷]. در رابطه با تاثير تحصيلات بر سبک زندگى، آگاهی‌های بهداشتی و كيفيت زندگى مرتبط با سلامتى، نتایج حاکى از بهبود نمرات پاسخ‌گويان در هر سه مولفه به تبع افزایش سطح تحصيلات بود. اين امر به خصوص در تحصيلات عالي مشهود است بهنحوی که افرادي که داراي تحصيلات عالي بودند، تفاوت قابل ملاحظه‌ای با بقیه در هرسه متغير مورد مطالعه داشتند که نتایج تحقیق در این زمینه توسط تحقیقات متعدد داخلی و خارجي نيز تاييد شده است [۲۰، ۲۳]؛ چرا که افراد با آگاهی‌های بهداشتی پایین توانایي شناخت بيمارها، انجام رفتارهای سلامت محور و اجتناب از رفتارهای پرخطر را ندارند. مطالعات متعدد نيز اين اعا را اثبات كرده‌اند بهنحوی که افراد با دانش سلامتی پایین داراي اطلاعات اندکی در باره بيماري‌های مانند سرطان [۲۹]، دیابت [۳۰]، فشار خون بالا [۳۱]، آسم و ایدز [۳۲] هستند. از طرفی اين افراد مقاومت بيشتری در برابر مداخلات پژشكى نشان می‌دهند و امكان تعييت آنها از رژيم‌های غذائي و برنامه‌های تجویز شده توسط دکتر كمتر از بقیه افراد است. اين مطالعه شواهدی مبتنی بر تاثير عوامل اجتماعی بر سلامت شهروندان ارائه می‌نماید و ضرورت توجه به اتخاذ ديدى وسیع‌تر در سياست گذاري‌های سلامت در سطح عمومی را مطرح می‌سازد و نياز كشورمان به لزوم توجه سياستگذاران عرصه سلامت به مجموعه‌اي از عوامل خارج از نظام سلامت که بر سلامت شهروندان تاثير می‌گذارند را مطرح می‌سازد. چراكه تجارب كشورهای صنعتی و نيز نتایج اين مطالعه حاکى از تاثير قابل توجه تحصيلات بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگى و سلامتى افراد می‌باشد. بنابراین ايجاد شريطي جهت از بين بردن بيسوادى و نيز توسعه تحصيلات دانشگاهى می‌تواند نتایج اميدوار‌كننده‌ای در زمينه از بين

## بحث و نتيجه‌گيري

نتایج مطالعه حاکى از وجود تفاوت بين مردان و زنان در مولفه‌های سبک زندگى سلامت محور و كيفيت زندگى مرتبط با سلامتى بود و از نظر ميزان آگاهی‌های بهداشتی تفاوتی بين دو جنس مشاهده نگردید. نمرات زنان در متغير سبک زندگى سلامت محور بهتر از مردان بوده و اين امر می‌تواند ناشی از مصرف كمتر سیگار، قليان، الكل و نيز توجه بيشتر زنان در مقايسه با مردان به اتخاذ شيوه‌های تعذيه سالم باشد. كه نتایج اين مطالعه نيز اين امر را تاييد می‌كند بهنحوی که درصد بيشتری از مردان سیگار و قليان می‌کشيدند و غذاهای پرچرب و نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کنند و به همين دليل نيز سن اميد به زندگى در بد و تولد زنان در مقايسه با مردان بيشتر است. از سوي ديگر نتایج مطالعه نشان می‌داد که مردان وضعیت سلامتى خود را بهتر از زنان ارزیابي کرده‌اند. اين يافته در تاييد نتایج گشتاسي و همکاران و بيشتر مطالعاتی است که به منظور مقايسه وضعیت سلامتى زنان و مردان جهت بررسی تاثير جنسیت بر سلامتى انجام شده‌اند [۲۵-۲۶] و بر نقش جنسیت به عنوان واقعیتی فيزيولوژیکی و سازه‌ای اجتماعی که می‌تواند ابعاد گوناگونان وضعیت سلامتى دو جنس را تحت تاثير قرار دهد، تاكيد می‌کنند. همچنان تاييدي بر ادعاهای نظری موجود در زمينه تاثير عامل جنسیت بر سلامتى است به نحوی که "باراتلی" شريطي بد اجتماعی زنان در مقايسه با مردان را دليل سطوح پایین‌تر سلامتى آنها دانسته است [۲]. مك دونوف و والترز با استناد به داده‌های يك نمونه آماری از کانادا، نقش جنسیت در اضطراب، برداشت از سلامتى، دردهای مزمن، محدودیت در فعالیت‌های روزانه و مصرف زیاد الكل را بررسی کردن. بدین منظور زنان و مردان در رابطه با اين متغيرها با هم مقايسه شدند. نتایج نشان داد که زنان بيش از مردان موارد اضطراب و دردهای مزمن را گزارش كرده‌اند، بالعكس موارد كمتری از مصرف الكل را گزارش كرده اند [۲۸]. نتایج اين مطالعه در باب وضعیت زنان از نظر سبک زندگى سلامت محور و نيز بعد روانی وضعیت سلامتى در تاييد نتایج مك دونوف و والترز بود. از طرفی تبيين‌هایي نيز به منظور توضیح تفاوت‌های وضعیت سلامتى دو جنس ارائه شده اند که بر تفاوت نگرش در مردان و زنان نسبت به سلامتى تاكيد دارند؛ و معتقدند که زنان به گونه اى متفاوت تر از مردان به سلامتى خود نگاه می‌کنند و آنها تمایل بيشتری برای دریافت كمک از پزشكان دارند اين امر مربوط به هویت زنانگی آنها است که عاطفی‌تر بوده و تمایل بيشتری برای

جسمانی و روانی زنان در مقایسه با مردان است، لزوم انجام تحقیقات گستردگرتر به منظور بررسی دقیق دلایل این امر و اتخاذ سیاست‌های حمایتی از زنان در راستای بهبود وضعیت سلامتی آنها را ضروری می‌نماید.

### سهم نویسنده‌گان

بهمن عبدی: طراحی مطالعه، جزیه و تحلیل اطلاعات  
حسین بنی فاطمه: استاد راهنما  
جعفر شهامفر: استاد مشاور اول  
محمد باقر علیزاده اقدم: استاد مشاور دوم

### تشکر و قدردانی

با تشکری ویژه از جناب آقای دکتر علی منتظری که نسخه فارسی پرسشنامه SF36 را در اختیار محقق قرار داده و زحمت کد دهی و تعریف زیرسازه‌های پرسشنامه را منتقل شدند.

بردن نابرابری‌های سلامتی در بین شهروندان داشته باشد. همچنین اگر شهروندان در دوران آموزش رسمی خود مهارت‌های بهداشتی را به عنوان بخشی از برنامه آموزش رسمی دریافت نمایند، دارای قابلیت و استعداد بیشتری برای بهبود شرایط زندگی مرتبط با سلامت خواهند بود چراکه نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که آن دسته از افرادی که در طی دوران آموزش رسمی خود مهارت‌های بهداشتی را نیز به عنوان بخشی از برنامه آموزشی خود دریافت کرده‌اند، دارای شاخصه‌های سلامتی بهتری در مقایسه با افرادی هستند که این مهارت‌ها را کسب نکرده‌اند [۹]. همچنین با توجه به ارائه شواهدی محکم دال بر تاثیر مثبت سبک زندگی و آگاهی‌های بهداشتی بر سطح سلامت شهروندان توجه به این دو مقوله و فرهنگ‌سازی گسترده در راستای افزایش آگاهی‌های بهداشتی افراد به منظور کاهش رفتارهای پرخطر جهت بهبود وضعیت سلامتی آنها حائز اهمیت است. از طرفی تفاوت‌های موجود بین سطح سلامت زنان و مردان که حاکی از سطوح پایین‌تر سلامت

### منابع

- Wolff J. How should governments respond to the social determinants of health. Preventive Medicine 2011;53: 253-5
- World Health Organization; Commission on the social determinants of Health. Closing the gap in a generation 2008; WHO, Geneva.  
[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)
- Marmot R. Fair society healthy lives. Marmot Review; London:2010,[www.instituteofhealthequity.org](http://www.instituteofhealthequity.org),2010
- Kjellstrom T, Mercando S. Towards action on social determinants for health equity in urban settings. Environment and Urbanization 2008; 20: 551-74
- Boadu K. Social class and health status in Ghana. Current Sociology 2002;50: 531-53
- Ibanez E.I. Municipality, space and the social determinants of health. Environment and Urbanization 2011; 23: 113-17
- Motlagh MS, Olyayimanesh AL, Beheshtian M . Health and social factors. 2<sup>th</sup> Ediotn, Movaffaq press: Tehran, 2007[Persian]
- World Health Statistics. contains WHO's annual compilation of data from its 193 member states:2010. <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/>.
- Yamashita, T. Health literacy and health outcomes: Implications for social determinants of health, Health disparity and learning for health. Submitted to the Faculty of Miami University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Sociology & Gerontology, 2011
- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M and Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the iranian version. Quality of Life Research 2005; 14: 875-82
- Montazeri A, Geshtasbi A, Vahdaninia M. Translation, validity and reliability measurement of Sf36 questionnaire persian version. Survey jurnal 2002;5: 49-56 [ Persian]
- Geshtasbi A, Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi-Furushani A, Kazem, M. Tehran citizens assessment from self health status:A demographical study. Survey Journal 2002;2: 183-89 [ Persian]
- Shahrokhi A. General health status of women employers in qazvin city factories. Qazvin Medical Science University Journal 2002; 28: 32-36 [ Persian]
- Khosrevi A, Najafi F, Rahbar MR, Atefi A, Motlaq MS, Kabir J. Health indicators of Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education 1<sup>st</sup> Edition , Ministry of Health and Medical Education Press: Tehran, 2009 [ Persian]
- Iran Statistical Center. Statistical year book of islamic republic of Iran for 2011, 1<sup>st</sup> Edition ,Iranian Ststical Center Press: Tehran, 2011 [ Persian]

- 16.** Information and Statistic Office of East Azerbaijan Governorate. East Azerbaijan 2011 statistical yearbook, 1<sup>st</sup> Edition, East Azerbaijan Governorate press: Tabriz, 2012 [ Persian]
- 17.** Sarmad Z, Bazarqan A, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. 1<sup>st</sup> Editon: Agah:Tehran, 2012 [ Persian]
- 18.** Motamed N, Ayetollahi AR, Nagaf Z, Sadeghi Aliabadi A. Validity and reliability measurement of Sf36 questionnaire in shiraz medical school employees. Zanjan Medical Science University Journal 2001;38: 38-46 [ Persian]
- 19.** Narimani A, Akbarzadeh M, Mohammad H. The study on army medical science university students general health. Islamic Republic of Iran Army Medical Science University Journal 2008;1: 49-55 [ Persian]
- 20.** Phelan J C, Link B, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities : Theory, evidence, and policy implications. Journal of Health and Social Behavior 2010 ;51;28-40
- 21.** Hund A. Uncovering the interconnection of SES and ethnicity to health related quality of life: an investigation of white and native Alaskans", Dissertation For the degree of Doctor of Philosophy 2010. Case Western Reserve University, Department of Sociology
- 22.** Bartley, M. (2004) Health inequality: an introduction to theories, concepts and methods. Polity Press: Cambridge, 2004
- 23.** Link B, PhelanJ O. Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of Health & Social Behavior 2005; 36:80-94
- 24.** Verbrugge L.M . Gender and health: An update for hypotheses and evidence, Journal of Health and Social Behavior 1985; 26: 156-82
- 25.** World Health Statistics. Contains WHO's annual compilation of data from its 193 member states, 2013 <http://www.who.int/whosis/whostat/2013/en/>.
- 26.** Masoodnia E. Medical sociology. Tehran,1<sup>st</sup> Edition, University Press: Tehran, 2009[Persian]
- 27.** Giddens A . Sociology . Translated by Chavoshyan H . Nay prerss,4<sup>th</sup> Edition: Tehran, 2006[Persian]
- 28.** Mc Donough P, Walters V. Gender and health: Reassessing patterns and explanations. Social Science and Medicine 2001; 52: 547-59
- 29.** Davis T C, Williams M V, Marin E . Parker, R. M, & Glass, J. Health literacy and cancer communication , CA: a Cancer Journal for Clinicians 2002; 52: 134-49
- 30.** Williams, M. V., Baker, D. W., Honig, et al. Inadequate literacy is a barrier to asthma , knowledge and self-care 1998; 114: 1008-15
- 31.** Pandit A, U Tang, J. W, et al . Education, literacy, and health: mediating effects on hypertension knowledge and control. Patient Education and Counseling 2009; 75: 381-85
- 32.** Kalichman SC, Rompa D. Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV-AIDS. JAIDS. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2000; 25: 337-45

## ABSTRACT

### **Health status, education and gender: effects on people's awareness, life style and health related quality of life**

Hosein Banifatemeh<sup>1</sup>, Jafar Shahamfar<sup>2\*</sup>, Mohammad bagher Alizade aghdam<sup>1</sup>, Bahman Abdi<sup>1</sup>

1. Department of Social Science, Tabriz University, Tabriz, Iran

2. Department Of Social Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Payesh 2015; 1: 85-92

Accepted for publication: 25 December 2014

[EPub a head of print-6 December 2014]

**Objective (s):** This study aimed to measure health status and explain the role of gender and education on health related quality of life, health awareness and life style in Tabriz, Iran.

**Methods:** A sample of 650 individuals aged between 15-65 years old were selected randomly from 9 municipality area of Tabriz. A questionnaire with three sections was used for data collection.

**Results:** The results showed that, compared to women, men scored higher on quality of life but women's scored higher on healthy life style. Peoples with higher education had better health compared to those with lower education.

**Conclusion:** The findings confirm that gender and education has effect on people's health status.

**Key Words:** Health related quality of life, Health awareness, healthy life style

---

\* Corresponding author: Tabriz University of Medical Sciences  
Tel: 82883817  
E-mail: bahmanabdi74@yahoo.com