سنجش سطح سلامت شهروندان تبریزی و بررسی تاثیر تحصیلات وجنسیت بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

حسین بنی فاطمه[1]، جعفر شهامفر[2]، محمد باقر علیزاده اقدم[1]، بهمن عبدی[1]*

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

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

چکیده

از منظر جامعه شناختی بیماری و سلامت پدیده‌هایی 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. لذابا 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 پی بررسی 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 - ۱۵ساله 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 معنی‌دار 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 نیزنقش 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 صرفا فیزیولوژیک نبوده و عوامل اجتماعی نیز نقشی تعیین‌کننده در سطح سلامت شهروندان، همچنین رفتارهایی دارند که می‌توانند سلامتی افراد را به مخاطره بیاندازند.

کلیدواژه: آگاهی های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، عوامل اجتماعی

* نویسنده پاسخگو: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۷
Email: bahmanabdi74@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.7.6]

مقدمه

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[۳-۲]. 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[۶-۴]. 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[۷]. 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[۸]. 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 سطوح 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 مد نظر است. بررسی توزیع شاخص‌های سلامت و میزان انطباق آن با متغیرهایی چون سواد، جنسیت از دیگر فعالیت‌های مد نظر این مطالعه است. چه اینکه در مطالعات متعدد بر وجود رابطه بین سواد و جنسیت با میزان سلامتی افراد تاکید شده است[۹]. در این بین بر نقش آموزش بیش از سایر مولفه‌های اجتماعی تاکید شده است چون در جوامع امروزی آموزش و سواد به‌دنبال خود درآمد و موقعیت شغلی مناسب را در پی دارد اما به طور عمده بر این نکته تاکید شده است که همبن متغیر از طریق یک متغیر دیگر یعنی آگاهی‌های بهداشتی بر سطح سلامت افراد تاثیر می‌گذارد[۹]. در سالهای اخیر تلاش‌های متعددی در ایران به منظور مطالعه بر روی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت انجام شده است[۱۳-۱۰] 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 برنامه های متعددی در راستای بهبود شاخص‌های اقتصادی اجتماعی ـ جمعیت شناختی صورت گرفته است تا از 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 بهره گیری 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 کرده اند. 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[۱۴]. 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 همدیگر تفاوت قابل توجهی داشته‌اند که از الگویی مشابه با الگوی شاخص امید به زندگی تبعیت می‌کند به نحوی که تعداد تخت به ازای هر ۱۰۰۰نفر جمعیت برای استان‌های اصفهان و یزد در سال ۱۳۸۵به 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[۱۴]. توزیع نامناسب امکانات بهداشتی درمانی در تمامی شاخص‌ها در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.7.6]

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 باسوادی، 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 مبنا ادعای اینکه صرف تامین امکانات و خدمات بهداشتی مانند افزایش تخت‌های بیمارستانی، افزایش تعداد پزشکان، پرستاران و غیره می‌توانند این نابرابری‌های را از بین ببرند، درست نیست بلکه در کنار این اقدامات باید در راستای تقویت شاخص‌های اجتماعی مانند افزایش نرخ باسوادی، افزایش درآمد، افزایش سرانه فضاهای ورزشی و تفریحی و و غیره نیز اقدام شود. با عنایت به اهمیت شاخص‌های اجتماعی ـ 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 ـ 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 علت شناسی اجتماعی به تبیین این تفاوت‌ها بپردازد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نظر نوع یک بررسی توصیفی ـ 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 ۱۴۹۴۹۹۸نفر جمعیت بوده است[۱۶]. این افراد که در قالب ۴۵۵۴۹۴ خانوار در مناطق ده گانه شهرداری تبریز اسکان یافته اند و بر این مبنا با 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 نفره و تعیین واریانس متغیر وابسته، با استفاده از فرمول کوکران به شرح زیر ۶۱۱ نفر محاسبه گردید که با فرض احتمال رد برخی از پرسشنامه‌ها حجم نمونه به ۶۵۰ نفر افزایش داده شد.

$$n=\frac{۴۵۵۴۹۴\times ۱/۹۶^{۲}\times ۰/۳۹۸}{۴۵۵۴۹۴\times ۰/۰۵^{۲}+۱/۹۶^{۲}\times ۰/۳۹۸}=۶۱۱$$

۴۵۵۴۹۴= تعداد جامعه آماری(N)

۰/۳۹۸= واریانس متغیر وابسته (S2)

۰/۰۵=درجه اطمینان یا دقت احتمالی مطلوب(d)

۱/۹۶=در صد 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 گروه ها 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 ازروش نمونه گیری طبقه‌ای استفاده گردید و هر منطقه شهرداری به سه منطقه حاشیه نشین، مناطق متوسط و مناطق مرفه 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 مراجعه 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، سواد سلامت، وضعیت محله و مسکن پاسخگویان بود. داده‌های تحقیق با استفاده از نرم افزار spss. v.18 با به‌کارگیری آزمون‌های آماری مانند آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و تحلیل رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.7.6]

یافته‌ها

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 معنی‌دار بین زنان و مردان در متغیر سبک زندگی سلامت محور ($t=-3.4 , P\leq 0.05$) و همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می باشد ($t=-2.9 , P \leq 0.05$). همچنین مقایسه میانگین نمرات زنان و مردان در دو متغیر مذکور نشان می دهد که نمرات زنان در 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 ۶۵۰ نفر شهروند ۶۵-۱۵ساله تبریزی شرکت کردند که ۴۹ نفر از آنها بی‌سواد بودند، ۱۲۳ نفر دارای تحصیلات ابتدایی،۱۲۴ نفر دارای تحصیلات راهنمایی،۷۰ نفر متوسطه، ۱۳۸ نفر دیپلم،۱۲۳ نفر لیسانس و ۲۱ نفر فوق لیسانس و بالاتر بودند. با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک 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 معنی‌دار 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 شماره۳): 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 می دهد.

تبیین تغییرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بر مبنای تحصیلات جنسیت،آگاهی‌های بهداشتی و سبک زندگی شهروندان: رگرسیون خطی گام به گام به منظور برازش 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 توانستند ۲۱درصد از تغییرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی افراد نمونه را پیش بینی کنند (جدول شماره۵).

جدول۱: بررسی تاثیر جنسیت بر آگاهی های بهداشتی، سبک زندگی و کیفیت زندگی سلامت محور شهروندان تبریزی ـ آزمون تی

	مرد		زن		t	سطح معنی داری
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین		
آگاهی های بهداشتی*	۳۲۲	۳۶/۶	۳۲۳	۳۶/۶	۰/۲۲	۰/۹۸
سبک زندگی سلامت محور**	۳۲۰	۴۵/۶	۳۲۱	۴۷/۱	-۳/۴	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی***	۲۹۶	۷۵/۷	۲۹۸	۷۱/۵	۲/۹	۰/۰۰۴

*دامنه تغییرات نمرات ۱۰(بدون آگاهی) تا ۶۰ (آگاهی کامل) **دامنه تغییرات نمرات ۱۰(سبک زندگی غیر سالم) تا ۶۰ (سبک زندگی کاملا سالم)
*** دامنه تغییرات نمرات ۰(بدترین وضعیت سلامتی) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت سلامتی)

جدول۲: میانگین نمرات گروههای مختلف تحصیلی در متغیرهای آگاهی‌های بهداشتی سبک زندگی و کیفیت زندگی

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

جدول۳: مقایسه میانگین نمرات گروههای مختلف تحصیلی در متغیرهای آگاهی های بهداشتی ، سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ـ آنالیز آماری

	منبع واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری
آگاهی‌های بهداشتی	بین گروهی	۲۷۰۵۱/۶	۶	۴۵۰۸/۶	۴۵/۶	۰/۰۰۱
سبک زندگی سلامت محور	بین گروهی	۱۴۶۱/۳	۶	۲۴۳/۵	۸/۶	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی	بین گروهی	۲۸۱۸۹/۹	۶	۴۶۹۸/۳	۱۷/۸	۰/۰۰۱

جدول ۴: تحلیل واریانس چند متغیره وضعیت سلامتی

	درجه آزادی	محموع مجذورات	میانگین مجذورات	کمیت F	سطح معنی داری
رگرسیون	۴	۳۸۴۱۱/۸	۹۶۰۲/۹	۳۹/۱	۰/۰۰۱
باقی مانده	۵۷۹	۱۴۲۱۶۱/۶	۲۴۵/۵		

جدول۵: متغیرهایی که در مدل باقی مانده اند

	B (ضریب رگرسیون استاندارد نشده)	(اشتباه معیار)	ß (ضریب رگرسیون استاندارد شده)	آماره t	سطح معنی داری
سبک زندگی	۰/۶	۰/۱۳	۰/۱۸	۴/۳	/۰۰۱
آگاهی های بهداشتی	۰/۲	۰/۰۷	۰/۱۲	۲/۵	/۰۱۲ ۰
تحصیلات	۲/۹	۰/۴۶	۰/۲۷	۶/۲	/۰۰۱
جنسیت	۴/۵	۱/۳	۰/۱۳	۳/۴	/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.7.6]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاکی از وجود تفاوت بین مردان و زنان در مولفه‌های سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بود و از نظر میزان آگاهی‌های بهداشتی تفاوتی بین دو جنس مشاهده نگردید. نمرات زنان در متغیر سبک زندگی سلامت محور بهتر از مردان بوده و این امر می‌تواند ناشی از مصرف کمتر سیگار، قلیان، الکل و نیز توجه بیشتر زنان در مقایسه با مردان به اتخاذ شیوه‌های تغذیه سالم باشد. که نتایج این مطالعه نیز این امر را تایید می‌کند به‌نحوی که درصد بیشتری از مردان سیگار و قلیان می‌کشیدند وغذاهای پرچرب و نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کنند و به همین دلیل نیز سن امید به زندگی در بدو تولد زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. از سوی دیگر نتایج مطالعه نشان می‌داد که مردان وضعیت سلامتی خود را بهتر از زنان ارزیابی کرده اند. این یافته در تایید نتایج گشتاسبی و همکاران و بیشتر مطالعاتی است که به منظور مقایسه وضعیت سلامتی زنان و مردان جهت بررسی تاثیر جنسیت بر سلامتی انجام شده‌اند[۲۶-۲۵] و بر نقش جنسیت به عنوان واقعیتی فیزیولوژیکی و سازه‌ای اجتماعی که می‌تواند ابعاد گوناگون وضعیت سلامتی دو جنس را تحت تاثیر قرار دهد، تاکید می‌کنند. همچنین تاییدی بر ادعاهای نظری موجود در زمینه تاثیر عامل جنسیت بر سلامتی است به نحوی که "بارتلی" شرایط بد اجتماعی زنان در مقایسه با مردان را دلیل سطوح پایین‌تر سلامتی آنها دانسته است[۲]. مک دونوف و والترز با استناد به داده‌های یک نمونه آماری از کانادا، نقش جنسیت در اضطراب، برداشت از سلامتی، دردهای مزمن، محدودیت در فعالیت‌های روزانه و مصرف زیاد الکل را بررسی کردند. بدین منظور زنان و مردان در رابطه با این متغیرها با هم مقایسه شدند. نتایج نشان داد که زنان بیش از مردان موارد اضطراب و دردهای مزمن را گزارش کرده‌اند، بالعکس موارد کمتری از مصرف الکل را گزارش کرده اند[۲۸]. نتایج این مطالعه در باب وضعیت زنان از نظر سبک زندگی سلامت محور و نیز بعد روانی وضعیت سلامتی در تایید نتایج مک دونوف و والترز بود. از طرفی تبیین‌هایی نیز به منظور توضیح تفاوت‌های وضعیت سلامتی دو جنس ارائه شده اند که بر تفاوت نگرش در مردان و زنان نسبت به سلامتی تاکید دارند؛ و معتقدند که زنان به گونه ای متفاوت تر از مردان به سلامتی خود نگاه می‌کنند و آنها تمایل بیشتری برای دریافت کمک از پزشکان دارند این امر مربوط به هویت زنانگی آنها است که عاطفی‌تر بوده و تمایل بیشتری برای پذیرش نقش بیمار دارند. در واقع بررسی نمرات دو جنس در متغیر سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نیز تا حدی در تایید مدعای نظری دوم مبنی بر تمایل زنان به پذیرش نقش بیمار بود چراکه زنان به رغم برخورداری از سبک زندگی سالم‌تر و با توجه به وجود ارتباط مثبت بین سبک زندگی سالم و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی که در همین مطالعه نیز تایید شده است، وضعیت سلامتی خود را بدتر از مردان گزارش کرده‌اند؛ لذا تناقض در آمارهای مرگ و میر و بیماری بین مردان و زنان می‌تواند ناشی از این امر باشد که زنان در موقعیت‌های مشابه از نظر وضعیت سلامتی، بیش از مردان به دنبال دارو و درمان می‌روند و بیش از آنها بیماری خود را گزارش می‌کنند[۲۷]. در رابطه با تاثیر تحصیلات بر سبک زندگی، آگاهی‌های بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، نتایج حاکی از بهبود نمرات پاسخ‌گویان در هر سه مولفه به تبع افزایش سطح تحصیلات بود. این امر به خصوص در تحصیلات عالی مشهود است به‌نحوی که افرادی که دارای تحصیلات عالی بودند، تفاوت قابل ملاحظه‌ای با بقیه در هرسه متغیر مورد مطالعه داشتندکه نتایج تحقیق در این زمینه توسط تحقیقات متعدد داخلی و خارجی نیز تایید شده است[۲۰،۲۳]؛ چرا که افراد با آگاهی‌های بهداشتی پایین توانایی شناخت بیمارها، انجام رفتارهای سلامت محور و اجتناب از رفتارهای پرخطر را ندارند. مطالعات متعدد نیز این اعا را اثبات کرده‌اند به‌نحوی که افراد با دانش سلامتی پایین دارای اطلاعات اندکی در باره بیماری‌هایی مانند سرطان[۲۹]، دیابت[۳۰]، فشار خون بالا[۳۱]، آسم و ایدز[۳۲] هستند. از طرفی این افراد مقاومت بیشتری در برابر مداخلات پزشکی نشان می‌دهند و امکان تبعیت آنها از رژیم‌های غذایی و برنامه‌های تجویز شده توسط دکتر کمتر از بقیه افراد است. این مطالعه شواهدی مبتنی بر تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت شهروندان ارائه می‌نماید و ضرورت توجه به اتخاذ دیدی وسیع‌تر در سیاست گذاری‌های سلامت در سطح عمومی را مطرح می‌سازد و نیاز کشورمان به لزوم توجه سیاستگذاران عرصه سلامت به مجموعه‌ای از عوامل خارج از نظام سلامت که بر سلامت شهروندان تاثیر می‌گذارند را مطرح می‌سازد. چراکه تجارب کشورهای صنعتی و نیز نتایج این مطالعه حاکی از تاثیر قابل توجه تحصیلات بر آگاهی های بهداشتی ،سبک زندگی و سلامتی افراد می‌باشد. بنابراین ایجاد شرایطی جهت از بین بردن بیسوادی و نیز توسعه تحصیلات دانشگاهی می‌تواند نتایج امیدوارکننده‌ای در زمینه از بین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.7.6]

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

سهم نویسندگان

بهمن عبدی: طراحی مطالعه، جزیه و تحلیل اطلاعات
حسین بنی فاطمه: استاد راهنما
جعفر شهامفر: استاد مشاور اول
محمدباقر 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 متقبل شدند.

منابع

1. Wolff J. How should governments respond to the social determinants of health. Preventive Medicine 2011;53: 253-5
2. 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
3. Marmot R. Fair society healthy lives. Marmot Review; London:2010,www.instituteofhealthequity.org ,2010
4.Kjellstrom T, Mercando S. Towards action on social determinants for health equity in urban settings. Environment and Urbanization 2008; 20: 551-74
5. Boadu K. Social class and health status in Ghana. Current Sociology2002;50: 531-53
6.Ibanez E.l. Municipality, space and the social determinants of health. Environment and Urbanization 2011; 23: 113-17
7. Motlagh MS, Olyayimanesh AL, Beheshtiyan M . Health and social factors. 2th Ediotn, Movaffaq press: Tehran, 2007[Persian]
8. World Health Statistics. contains WHO's annual compilation of data from its 193 member states:2010. http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/.
9.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
10. 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
11. Montazeri A, Geshtasbi A, Vahdaninia M. Translation, validity and reliability measurement of Sf36 questionnaire persian version. Survey jurnal 2002;5: 49-56 [Persian]
12. 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]
13. Shahrokhi A. General health status of women employers in qazvin city factories. Qazvin Medical Science University Journal 2002; 28: 32-36 [Persian]
14. Khosrevi A, Najafi F, Rahbar MR, Atefi A, Motlaq MS, Kabir J. Health indicators of Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education1st Edition , Ministry of Health and Medical Education Press: Tehran, 2009 [Persian]
15. Iran Statistical Center. Statistical year book of islamic republic of Iran for 2011, 1st Edition ,Iranian Ststical Center Press: Tehran, 2011 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.7.6]

16. Information and Statistic Office of East Azerbayjan Governorate. East Azerbaycan 2011 statistical yearbook, 1st Edition, East Azerbayjan Governorate press: Tabriz, 2012 [Persian]
17. Sarmad Z, Bazarqan A, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. 1st 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,1st Edition, University Press: Tehran, 2009[Persian]
27. Giddens A . Sociology . Translated by Chavoshyan H . Nay prerss,4th 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 üith health status and health-related knowledge in people living üith HIV-AIDS. JAIDS. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2000; 25: 337-45

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.7.6]

ABSTRACT

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

Hosein Banifatemeh [1], Jafar Shahamfar [2*], Mohammad bagher Alizade aghdam[1], Bahman Abdi [1]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.7.6]

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