

رفتارهای مرتبط با سلامت (فعالیت‌های ورزشی) جوانان ایرانی و همبسته‌های اجتماعی- جمعیتی آن

محمود فریمانه^{†*}، رسول صادقی[†] و مریم عباس‌آباد عربی[‡]

[†] دانشگاه تهران

[‡] دانشگاه فردوسی مشهد

چکیده: امروزه سبک زندگی سالم به‌عنوان بُعد اجتماعی سلامت در دنیای آکادمیک و در عرصه‌ی سیاست‌گذاری از اهمیت زیادی برخوردار است. رفتارها و شرایط ارتقاءدهنده‌ی سلامت نیز تا حد زیادی تحت تأثیر شرایط و عوامل ساختاری و زمینه‌ای است. مقاله‌ی پیش رو با استفاده از تحلیل دومی داده‌های گذران وقت (۱۳۸۷-۱۳۸۸) به بررسی تأثیر عوامل اجتماعی- جمعیتی بر فعالیت‌های ورزشی روزانه‌ی جوانان (۳۴-۱۵ ساله) در مناطق شهری کشور می‌پردازد. نتایج تحلیل‌های دومتغیره نشان داد که تفاوت معناداری از نظر میزان فعالیت ورزشی بین مردان و زنان، مجردین و متأهلین، و زیرگروه‌های مختلف فعالیت و اشتغال وجود دارد. تحلیل‌های چندمتغیره نشان داد که جنسیت، وضعیت فعالیت و تحصیلات، تأثیر قوی و معناداری بر فعالیت‌های ورزشی دارد. در نتیجه‌گیری از مقاله می‌توان گفت که متغیرهای ساختاری و زمینه‌ای تأثیر زیادی در شکل‌گیری رفتارهای سلامت‌محور افراد دارند.

واژگان کلیدی: رفتار ارتقاءدهنده‌ی سلامت؛ همبسته‌های اجتماعی- جمعیتی؛ فعالیت ورزشی روزانه؛ جوانان.

۱- مقدمه

سلامت همواره برای افراد اهمیت داشته و انسان‌ها همیشه در پی بهبود سلامت خود بوده‌اند. از خواسته‌ها و آرزوهای دایمی افراد برای خود و دیگران، زندگی توأم با سلامت

* نویسنده‌ی عهده‌دار مکاتبات

دریافت: ۱۳۹۵/۲/۱۰، پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۸.

بوده و هست. عوامل بسیاری در وضعیت سلامتی افراد دخیل هستند که می‌توانند شامل عوامل فردی و ساختاری باشند. در دهه‌های گذشته سلامت بیش‌تر به‌صورت زیستی مطرح بود و مدل‌های زیستی-پزشکی بر حوزه‌ی سلامت سایه افکنده بودند. اما امروزه این مدل در حال تغییر است و جای خود را به مدل‌هایی می‌دهد که در آن عوامل روانی و اجتماعی در سلامتی بسیار مهم و موثر فرض می‌شود.

قبل از گذار جمعیتی در جمعیت‌ها، بیش‌تر علل مرگ و بیماری‌ها، بیماری‌های عفونی و انگلی بود که غالباً اثرات خود را در دوران نوزادی و کودکی نشان می‌داد و برآیند آن میزان بالای مرگ و میر اطفال بود. با پیشرفت‌های پدید آمده در حوزه‌ی بهداشت و پزشکی به‌ویژه در بُعد پیشگیری از بیماری‌ها، بسیاری از بیماری‌های همه‌گیر و عفونی کنترل شده، در نتیجه از مرگ‌های دوران نوزادی و کودکی کاسته شده است. با توجه به این تغییر و همراه با تغییرات دیگر، به مرور از تعداد موالید کاسته شده و ساختار سنی بسیاری از جوامع از جوانی به سمت سالخوردگی تغییر کرد. هم‌زمان با این تغییرات، علل مرگ نیز به بیماری‌های غیر عفونی و انگلی (مزمن) تغییر یافت. از ویژگی‌های این دست بیماری‌ها آن است که کم‌تر قابلیت درمانی و دارویی دارند و بیش‌تر بر اثر شرایط زندگی و رفتارهای افراد در طول زندگی به‌وجود می‌آیند. یکی از راه‌حل‌های اصلی مقابله با این بیماری‌ها، پیشگیری از وقوع آن‌ها با رفتارهای سلامت‌محورانه است. به بیانی دیگر، در گذشته که بیماری‌های دوران کودکی زیاد بود، نقش رفتارهای فرد در آن‌ها اندک بود و محیط نقش اصلی را بر وضعیت سلامت داشت، ولی امروزه فرد و رفتارهای او در زندگی نقشی کلیدی در وضعیت سلامت وی دارند.

در حال حاضر بیماری‌های مزمن شیوع بیش‌تری داشته و یکی از مهم‌ترین علل مرگ را به ویژه در کشورهای توسعه‌یافته به خود اختصاص می‌دهند ([۲۳] و [۲۸]) و پیش‌بینی می‌شود در آینده نیز بر شدت و سهم آن افزوده شود ([۲۷]). با توجه به این روندها و تغییرات، در دوران جدید اهمیت ویژه‌ای به رفتارهای ارتقاء سلامت داده می‌شود ([۱۷]). این رفتارها تأثیر بالقوه‌ای بر پیشبرد سلامت و کیفیت زندگی داشته و به همان نسبت نیز باعث کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی خواهند شد ([۲۲]).

از جمله مهم‌ترین رفتارهای سلامت‌محورانه، تحرک جسمانی و ورزش است. دیماتتو [۴] در دسته‌بندی خود از عوامل خطر بیماری‌های مزمن، عدم تحرک و ورزش نکردن را در دسته اول قرار می‌دهد (ص، ۸۹). بیش از یک سوم کل موارد مرگ و میر دنیا به‌دلیل

چند رفتار تهدیدکننده‌ی سلامت و ازجمله مهم‌ترین آن‌ها عدم فعالیت بدنی است ([۳۰]). همچنین، بی‌تحركی (یا کم‌تحركی) از اصلی‌ترین عوامل خطر در بروز بیماری‌های مزمن مانند سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی، فشار خون، چاقی و سکت‌های مغزی است ([۲۰] و [۳۰]). بنا بر این، اگر یک برنامه‌ریزی مناسب برای افزایش و بهینه‌سازی رفتارهای ارتقاء سلامت در افراد جامعه وجود داشته باشد، به مقدار زیادی از شیوع بیماری‌های مزمن در جامعه کاسته می‌شود.

کشور ایران گذار جمعیتی خود را طی کرده و وارد گذار ساختار سنی شده است ([۶]، [۷] و [۱۳]). به‌همراه آن درصد بیماری‌ها و مرگ‌های ناشی از بیماری‌های مزمن در کشور در حال افزایش است ([۵]، [۱۵] و [۱۶]) که همه‌ی این‌ها لزوم توجه به رفتارهای ارتقاء سلامت در کشور را بیش‌تر می‌کند. در بستر تغییرات ساختار سنی، هم اکنون کشور با اندازه‌ی قابل توجه جمعیت جوان مواجه است. شواهد علمی بیانگر آن است که بیش‌تر بیماری‌های مزمن دوران سالمندی، ریشه در دوران جوانی و میانسالی دارند ([۲۱]).

به‌رغم اهمیت موضوع، مطالعات انجام‌شده حاکی از وضعیت نامناسب رفتارهای ارتقاءدهنده‌ی سلامت در ایران دارند و نشان می‌دهند که رفتارهای سلامت‌محورانه و به ویژه فعالیت‌های بدنی و ورزش کردن در سطح پایینی قرار دارند. در مورد بخش زیادی از افراد جامعه، فعالیت‌های بدنی تقریباً وجود نداشته یا به مقدار بسیار اندکی وجود دارد ([۸]). حتی در گروه‌های تحصیل‌کرده و باسواد کشور نیز تحرک بدنی و فعالیت‌های ورزشی در سطح پایینی قرار دارد. برای مثال، این موضوع را می‌توان در مطالعات متعدد بر روی دانشجویان ([۲]) و معلمان ([۳]) به روشنی مشاهده نمود.

بر این اساس، این دو پرسش مطرح می‌شود که چرا افراد بخش اندکی از زمان خود را به فعالیت‌های مرتبط با سلامت (به طور خاص ورزش کردن) اختصاص می‌دهند؟ و چه عواملی در تمایل افراد برای پرداختن به امر ورزش و تحرک بدنی دخیل هستند؟ هدف از مقاله‌ی پیش رو، پاسخ به این دو پرسش با استفاده از داده‌های طرح گذران وقت مناطق شهری ایران (۸۸-۱۳۸۷) است.

۲- ملاحظات نظری

در مورد رفتار مرتبط با سلامت، نظریه‌ها و دیدگاه‌های مختلفی مطرح شده است. این نظریه‌ها ریشه در متغیرها و عوامل مرتبط با سلامت دارند. در گذشته غالباً تمرکز بر سلامت و تعیین‌کننده‌های مستقیم آن بود، اما امروزه بحث از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به میان می‌آید. در شکل کلاسیک نظریه انتقال اپیدمیولوژیکی، از سه مرحله انتقال بیماری‌ها یاد می‌شد. اما در ادبیات جدیدتر دوره‌ی دیگری به‌عنوان چهارمین مرحله به آن افزوده شده است. راجرز و هاکنبرگ از این دوره با نام مرحله هایپرستیک^۱ یاد می‌کنند. در این مرحله، رفتارهای فردی و سبک زندگی افراد مهم می‌شود که بر الگوها و سطوح بیماری‌ها و آسیب‌های وارده بر انسان تأثیر می‌کنند ([۵]).

توجه اولیه در زمینه‌ی عوامل مؤثر بر سلامت بر مباحث زیستی و وراثتی تکیه داشت. در نظریه‌های زیستی اعتقاد بر این بود که ژن‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در وضعیت سلامتی دارند. مطالعات بیشتر ادعاهای این نظریه را تأیید نکرد و دیدگاه دیگری با عنوان مسیر زندگی مطرح شد ([۸]). بنا بر نظریه مسیر زندگی، وضعیت سلامت افراد متأثر از رویدادهایی است که طی دوران زندگی از کودکی و پس از آن رخ می‌دهد. در اینجا وضعیت سلامت بازتابی از محرومیت‌های زیستی، روانی و اجتماعی تجربه‌شده‌ی فرد طی سال‌های زندگی او دانسته می‌شود ([۲۵]). این رویکرد با تأکید بر انتخاب غیر مستقیم، شانس دستیابی به سلامت مناسب و پایدار را متأثر از رخدادهایی می‌داند که در طول زندگی یک فرد از سال‌های اولیه‌ی کودکی و حتی پس از آن رخ می‌دهد. بنا بر این افرادی که در کودکی از وضعیت سلامت نامساعدی برخوردارند، به احتمال زیاد در بزرگسالی نیز در وضعیت ناسالم قرار گیرند ([۱۸]).

در مقابل، رویکردهای رفتارگرایانه به نقش رفتارهای خود فرد در وضعیت سلامت او توجه بیشتری می‌کنند و به مواردی چون رفتارهای ارتقاء سلامت در تعیین وضعیت سلامت افراد اشاره دارند. در این رویکردها بر ظرفیت افراد در انتخاب رفتارهایشان صرف نظر از اثرات ساختاری تأکید می‌شود ([۱۹]). رویکردهای جدیدتر با عنوان رویکردهای تعاملی، تعامل بین ساختارها و رفتار را در نظر می‌گیرند و معتقدند اگر چه فرد در انتخاب رفتارهای سلامت خود مختار است و به انتخاب رفتارهایش می‌پردازد، ولی این انتخاب‌ها متأثر از شرایط ساختاری و محدودیت‌هایی است که ساختارها در مقابل او

می‌گذارند ([۲۹]). کاکرهام معتقد است که رفتارهای مرتبط با سلامت بر اساس انتخاب‌های فرد از گزینه‌های در دسترس شکل می‌گیرند که بر اساس فرصت‌های زندگی‌شان بنا نهاده شده است. از جمله این فرصت‌ها می‌توان به جنس، سن، قومیت، وضع تاهل و ... اشاره کرد که هر یک می‌تواند فرصت‌ها و محدودیت‌های متفاوتی را برای افراد فراهم آورد ([۱۹]).

۳- داده‌ها و روش

در این مقاله از تحلیل دومی داده‌های وزن داده‌نشده‌ی طرح گذران وقت (۸۸-۱۳۸۷) برای پاسخ به پرسش‌های تحقیق استفاده شده است. این داده‌ها توسط مرکز آمار ایران در نقاط شهری کشور با عنوان «طرح آمارگیری گذران وقت» گردآوری شده است. این طرح در دو سال و در ۴ فصل جداگانه به اجرا درآمده است. هدف اصلی طرح، گردآوری اطلاعات گذران وقت افراد ۱۵ ساله و بالاتر طی یک شبانه‌روز بوده است. فعالیت‌های گذران وقت به تمامی فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که یک فرد در طول شبانه‌روز انجام می‌دهد. جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر افراد ۱۵ تا ۳۵ ساله هستند، سنینی که دوره‌ی جوانی است و اوج جمعیتی کشور در آن قرار دارند.

متغیر وابسته‌ی تحقیق، مدت زمانی است که فرد در طی روز به فعالیت‌های ورزشی می‌پردازد. این فعالیت‌ها، مشارکت در ورزش‌های فضای بسته و فضای باز و دوره‌های مرتبط را در بر می‌گیرد و شامل مواردی مثل پیاده‌روی، قدم‌رو رفتن، دویدن، ورزش‌های انفرادی (تنیس، تنیس روی میز، گلف، بولینگ و...)، مسابقات تویی، ورزش‌های تیمی (بسکتبال، فوتبال، والیبال، هاکی، راگبی و...) و موارد دیگر می‌باشد. متغیرهای مستقل شامل سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تاهل، و وضعیت فعالیت هستند.

۴- نتایج و یافته‌ها

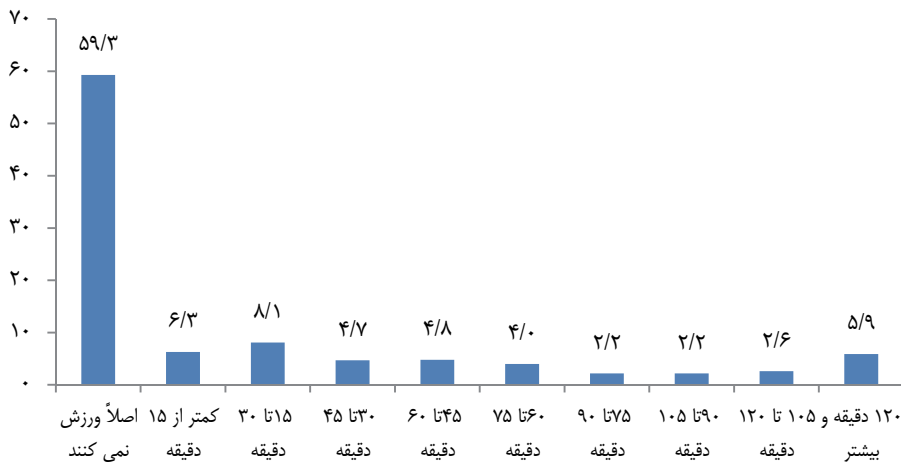
۴-۱- ویژگی‌های جمعیتی نمونه

تعداد کل نمونه‌ی مورد بررسی ۱۱۸۳ نفر می‌باشد که از این تعداد ۵۳۸ نفر (۴۶ درصد) مرد و ۶۵۴ نفر (۵۴ درصد) زن بوده‌اند. میانگین سنی نمونه‌ی ۲۶ سال، و ۹۷ درصد از واحدهای نمونه‌ی باسواد بوده‌اند. حدود ۲۵ درصد نمونه دارای تحصیلات دانشگاهی، ۳۴

درصد اعضای نمونه شاغل و ۳۷ درصد خانه‌دار بوده‌اند، بیکاران ۷ درصد و محصلان حدود ۱۹ درصد نمونه را تشکیل دادند. افراد دارای همسر با بیش‌ترین سهم نمونه، حدود ۶۲ درصد و پس از آن مجردین با حدود ۳۷ درصد قرار داشته‌اند. تنها حدود ۱ درصد همسر خود را (به دلیل فوت یا طلاق) از دست داده بودند. اطلاعات بیش‌تر از ویژگی‌های جمعیتی نمونه را می‌توان در جدول ۱ مشاهده کرد.

۲-۴- میزان تحرک جسمانی و فعالیت‌های ورزشی

در مورد متغیر وابسته یعنی مدت زمان فعالیت‌های ورزشی روزانه نتایج در نمودار شکل ۱ ارایه شده است. بر این اساس، بخش قابل توجهی از نمونه‌ی مورد بررسی (حدود ۶۰ درصد) تقریباً هیچگونه فعالیت ورزشی منظم و روزانه‌ای نداشته و تنها ۴۰ درصد نمونه فعالیت ورزشی داشته‌اند. درصد افرادی که فعالیت ورزشی روزانه‌ی آن‌ها بیش از یک ساعت بوده است به حدود ۱۷ درصد می‌رسد که می‌توان آن‌ها را افراد دارای برنامه‌ی منظم و دایمی ورزشی در نظر گرفت. می‌توان انتظار داشت که بخش مهمی از این گروه که ورزش منظم داشته‌اند به ویژه آن دسته که فعالیت‌های ورزشی‌شان بیش از ۲ ساعت بوده است کسانی باشند که به‌صورت حرفه‌ای و تخصصی ورزش کرده و یا در مشاغل مرتبط فعالیت داشته‌اند.



شکل ۱- توزیع درصدی میزان فعالیت ورزشی روزانه‌ی نمونه‌ی مورد بررسی

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیتی نمونه، سال‌های ۸۸-۱۳۸۷

درصد	تعداد	ویژگی‌های جمعیتی	
۴۵/۵	۵۳۸	مرد	جنسیت
۵۴/۵	۶۵۴	زن	
۱۰۰	۱۱۸۳	کل	
۱۷/۱	۲۰۱	۱۵-۱۹	گروه سنی
۲۲/۵	۲۶۵	۲۰-۲۴	
۲۹/۹	۳۵۳	۲۵-۲۹	
۳۰/۸	۳۶۴	۳۰-۳۴	
۱۰۰	۱۱۸۳	کل	
۳۷/۲	۴۴۰	هرگز ازدواج نکرده	وضعیت تأهل
۶۱/۹	۷۳۲	دارای همسر	
۱/۰	۱۱	بیوه یا طلاق گرفته	
۱۰۰	۱۱۸۳	کل	
۲/۹	۳۴	بی‌سواد	سطح تحصیلات
۱۴/۹	۱۷۶	ابتدایی	
۲۰/۵	۲۴۲	راهنمایی	
۳۷/۳	۴۴۱	متوسطه و دیپلم	
۲۴/۵	۲۹۰	دانشگاهی	
۱۰۰	۱۱۸۳	کل	
۳۳/۷	۳۹۹	شاغل	وضعیت فعالیت
۶/۸	۸۱	بیکار	
۱۸/۵	۲۱۹	در حال تحصیل	
۳۷/۲	۴۴۰	خانه‌دار	
۳/۸	۴۴	سایر	
۱۰۰	۱۱۸۳	کل	

۳-۴- نتایج تحلیل دو متغیره

برای بررسی رابطه‌ی سن با میزان فعالیت‌های ورزشی روزانه با توجه به ماهیت فاصله‌ای هر دو متغیر از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتیجه‌ی این بررسی نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی منفی بین دو متغیر است ($r = -0.33$ = آماره و $P = 0.001$ مقدار)، به این معنا که با افزایش سن از سطح فعالیت‌های ورزشی کاسته شده است. چنین رابطه‌ای می‌تواند هم ناشی از ماهیت تغییر سنی و هم ناشی از عوامل دیگر مثل ازدواج، اشتغال و ... باشد که تحلیل‌های بعدی آن را مشخص خواهد ساخت.

برای آزمون روابط دو متغیره بین سایر متغیرهای مستقل و مدت زمان فعالیت ورزشی از آزمون مقایسه‌ی میانگین‌ها استفاده شده است. نتایج در جدول ۲ قابل مشاهده است. بر این اساس، متوسط زمان فعالیت ورزشی روزانه‌ی مردان و زنان تفاوت معناداری با یکدیگر دارند و زنان به‌طور محسوسی کم‌تر از مردان درگیر فعالیت‌های ورزشی بوده‌اند. یک تبیین ممکن می‌تواند این باشد که زنان در جامعه‌ی ما فرصت‌ها و امکانات کم‌تری برای ورزش و فعالیت جسمانی داشته‌اند.

از نظر وضعیت تأهل، اختلاف آماری معنادار بین میانگین زمان فعالیت ورزشی افراد مجرد و افراد متأهل وجود داشته است. میزان فعالیت ورزشی کسانی که ازدواج نکرده‌اند بسیار بیشتر از کسانی است که دارای همسر بوده است. این موضوع می‌تواند ناشی از این باشد که افراد مجرد در سنین پایین‌تری قرار داشتند و همچنین کم‌تر درگیر زندگی مستقل و مسئولیت‌های روزمره زندگی آن بوده‌اند، لذا امکان فعالیت مستمر ورزشی برای آنان بیشتر فراهم بوده است.

به‌علاوه، بر اساس نتایج جدول ۲ افراد باسواد و همچنین افراد در حال تحصیل بیشتر از سایرین درگیر فعالیت‌های ورزشی شده‌اند و زمان بیشتری از اوقات روزانه‌ی خود را به ورزش و تحرک جسمانی اختصاص داده‌اند. همچنین، افرادی که خانه‌دار بوده‌اند کم‌ترین زمان را به ورزش اختصاص داده‌اند. مقایسه‌ی افراد شاغل و غیر شاغل نیز نتایج نشان می‌دهد که غیر شاغلین زمان بیشتری را به ورزش در زندگی روزانه خود اختصاص داده‌اند.

مطلب قابل توجه این‌که چنین روابطی به‌صورت دو متغیره است، یعنی بدون کنترل اثر سایر متغیرهاست که می‌تواند روابط را تغییر یا تعدیل نماید. بنا بر این، تحلیل‌های

چندمتغیره برای کشف روابط خالص‌تر و دقیق‌تر ضروری است که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

جدول ۲- نتایج مقایسه‌ی میانگین فعالیت ورزشی روزانه برحسب متغیرهای اجتماعی و جمعیتی

متغیر	مقوله‌ها	تعداد	میانگین	انحراف		
				استاندارد	آزمون تفاوت میانگین‌ها	
				سطح معناداری	آماره	
جنسیت	مرد	۵۳۸	۴۲٫۹۱	۲٫۱۶	T=۱۱٫۲	۰٫۰۰۰
	زن	۶۴۵	۱۵٫۰	۱٫۳۶		
وضع تأهل	دارای همسر	۷۴۳	۱۱٫۹۶	۱٫۳۶۷	T=۹٫۸۰	۰٫۰۰۰
	هرگز ازدواج نکرده	۴۴۰	۵۴٫۱۷	۲٫۴۹		
وضع تحصیل	در حال تحصیل	۲۶۰	۴۷٫۱۹	۳٫۱۹۹	T=۸٫۲	۰٫۰۰۰
	عدم تحصیل	۹۲۳	۲۲٫۲	۱٫۳۴۱		
وضع سواد	باسواد	۱۱۴۹	۲۷٫۹۵	۱٫۳۱۷	T=۱٫۱	۰٫۰۱۴
	بی‌سواد	۳۴	۱۸٫۹۷	۷٫۱۴۶		
وضعیت فعالیت	شاغل	۳۹۹	۲۵٫۲۳	۲٫۱۱	F=۵۴٫۲	۰٫۰۰۱
	بی‌کار	۸۱	۶۴٫۴۴	۶٫۱۳۸		
	محصل	۲۱۹	۴۹٫۶۶	۳٫۵۲		
	خانه‌دار	۴۴۰	۸٫۶۹	۱٫۱۶۹		
	سایر	۳۷	۶۸٫۹۲	۸٫۱۶۸		

۴-۴- نتایج تحلیل چندمتغیره

برای بررسی ارتباط بیش‌ترین متغیرها با متغیر وابسته، با توجه به ماهیت متغیرها، استفاده از رگرسیون چندمتغیره مناسب است. جدول ۳ نشان می‌دهد تمام متغیرهای مورد بررسی، به‌طور مستقل دارای اثر معنادار بر میزان فعالیت ورزشی هستند.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیونی اثرگذاری متغیرهای اجتماعی- جمعیتی بر میزان فعالیت ورزشی روزانه

R ²	آزمون مدل	ضریب استاندارد		ضرایب غیر استاندارد		متغیر وارد شده
		Sig.	Beta	خطای استاندارد	B	
۳۱/۲٪ F=۰/۳۱۶ Sig=۰/۰۰۱		۰/۰۰۱	—	۱/۱۸۷	۲۸/۴۸۳	عدد ثابت
		۰/۰۰۱	-۰/۱۲۳	۰/۴۷۰	-۱۰/۶۱۸	جنسیت (مرجع: مرد)
		۰/۰۰۱	۰/۰۷۶	۰/۰۲۰	۰/۲۰۵	سن
		۰/۰۰۱	۰/۰۶۱	۰/۱۶۲	۱/۵۹۷	وضع سواد (مرجع: بی سواد)
		۰/۰۰۱	-۰/۱۳۵	۰/۶۵۳	-۱۲/۶۲۷	وضع تأهل (مرجع: مجردها)
		۰/۰۰۱	۰/۱۵۴	۰/۱۲	۲/۴	وضع فعالیت (مرجع: شاغل)

با توجه به ضرایب استاندارد مشخص می‌شود بیش‌ترین اثرگذاری مربوط به وضعیت فعالیت است که عامل تعیین‌کننده‌ای در میزان فعالیت ورزشی روزانه بوده است. به این ترتیب، با در نظر گرفتن و کنترل نقش سایر متغیرها، افراد شاغل نسبت به افراد غیرشاغل، کم‌تر به فعالیت‌های ورزشی روزانه پرداخته‌اند.

جنسیت دومین متغیر مهم و تأثیرگذار بر میزان فعالیت ورزشی است. به‌طور مشخص، مردان فارغ از وضع سواد یا فعالیت یا تأهل و... بیش‌تر از زنان به فعالیت‌های ورزشی روزانه اقدام کرده‌اند. وضعیت تأهل نیز تأثیر معناداری بر میزان ورزش کردن داشته و افراد مجرد به‌مراتب بیش‌تر از افراد متأهل درگیر فعالیت‌های ورزشی بوده‌اند. وضعیت سواد و سن نیز اثری مثبت بر میزان فعالیت‌های ورزشی داشته است.

متغیرهای دخیل در مدل، به‌طور معناداری در مدل رگرسیونی سهمیه بوده و قابلیت برازش مدل را دارند (با توجه به آزمون F). پنج متغیر دخیل در مدل، در مجموع بیش از ۳۱ درصد تغییرات فعالیت ورزشی روزانه افراد را تبیین می‌کنند.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به ماهیت بیماری‌های مزمن و عوامل مؤثر بر آن‌ها، انتخاب سبک‌های زندگی مثل استعمال دخانیات، ورزش و عادات غذایی دقت فزاینده‌ای را می‌طلبد. در این مقاله به یکی از این عوامل یعنی فعالیت ورزشی پرداخته شده و رویکرد تحقیق به سمت عوامل جمعیتی- اجتماعی اثرگذار بوده است.

الگوهای در حال تغییر سلامت و بیماری، عوامل مؤثر مهمی را در انتخاب سبک زندگی مشخص می‌کنند. یکی از موارد مهم سبک زندگی مرتبط با سلامت، تحرک بدنی و انجام فعالیت‌های ورزشی منظم است. در این زمینه نتایج مقاله نشان می‌دهد که در مجموع فعالیت ورزشی جوانان در ایران کم بوده است و ورزش در زندگی و فعالیت‌های روزانه‌ی سه‌پنجم آن‌ها هیچ جایگاهی نداشته است. نتایج تحلیل‌های چندمتغیره نیز نشان داد که میزان فعالیت‌های ورزشی به‌طور معناداری تحت تأثیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سواد و وضعیت فعالیت و اشتغال بوده است.

همچنین نتایج نشان می‌دهد زنان در رفتارهای ارتقاء سلامت وضعیت متفاوتی داشته و محدودیت‌هایی را در رفتارشان احساس کرده‌اند، ولی از لحاظ مراقبت شخصی و تغذیه وضعیت بهتری را نسبت به مردان داشته‌اند ([۸]). لازم به ذکر است جنسیت به‌عنوان یک متغیر ساختاری می‌تواند در تعامل با سایر متغیرها قرار گیرد، برای نمونه زنان به دلیل وضع فعالیت‌شان، دسترسی کم‌تری به منابع اقتصادی دارند و لذا ممکن است از این لحاظ نیز محدودیت‌هایی را در رفتار خود احساس کنند.

سواد و تحصیلات جزء عوامل بااهمیت در رفتارهای ارتقای سلامت در نظر گرفته می‌شوند. سواد یک سرمایه‌ی فرهنگی است و فرد باسواد آگاهی بیشتری نسبت به سلامت خود و رفتارهای ارتقاء سلامت دارد. فرد باسواد احتمال اشتغال بیشتری داشته و از مزایای بیشتری در اشتغال بهره‌مند می‌شود. همچنین در رابطه‌های اجتماعی بیشتری وارد می‌شود که همه این‌ها در کنار هم می‌توانند بر وضعیت رفتارهای ارتقاء سلامت او مؤثر باشند.

در مورد وضعیت تأهل باید گفت ازدواج نوعی کنترل بر رفتارهای فرد ایجاد می‌کند و فرد متأهل کم‌تر در رفتارهای مخل سلامت درگیر می‌شود لذا در بیش‌تر مطالعات نشان داده شده است که افراد متأهل وضعیت سلامت بهتری نسبت به سایرین دارند ([۲۴]). البته،

در خصوص بُعد ورزش و تحرک جسمانی قضیه برعکس بوده و فعالیت‌های ورزشی مجردها بیش‌تر از متأهل‌ها است. سن نیز می‌تواند هم در تعامل با سایر متغیرها و هم به‌صورت ویژه بر رفتارهای ارتقاء سلامت اثر داشته باشد. از طرفی می‌توان گفت که در سنین پایین‌تر افراد به‌دلیل عدم محدودیت‌های شغلی و ... وقت بیش‌تری برای پرداختن به رفتارهای ارتقاء سلامت دارند. از طرف دیگر، افزایش سن می‌تواند همراه با آگاهی بیش‌تر فرد نسبت به اهمیت سلامت خود باشد ([۱۹]). می‌توان گفت که افراد در سنین بالاتر تجربه‌های بیش‌تری نسبت به اختلال در سلامتی دارند و لذا بیش‌تر برای حفظ سلامت خود تلاش می‌کنند ([۴]). البته، این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، ورزش و تحرک جسمانی کاهش می‌یابد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که سیاستگذاران باید توجه ویژه‌ای به موضوع ورزش و ترویج و گسترش آن داشته باشند و زمینه‌های اثرگذاری ویژگی‌های ساختاری را به حداقل برسانند. این تحقیق در مورد گروه سنی محدودی انجام شده است، بی‌شک انجام تحقیقات مشابه در مورد سایر گروه‌های سنی، با در نظر گرفتن عوامل و بسترهای مهم اجتماعی به درک بهتر و مؤثرتر ما از وضعیت فعالیت‌های ورزشی و ارایه سیاست‌های کارآمدتر منجر خواهد شد.

سپاس‌گزاری

مقاله‌ی حاضر برگرفته از بخشی از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد نگارنده‌ی اول می‌باشد که لازم است از اساتید راهنما، مشاور و داور، و همچنین داوران محترم مقاله تشکر و قدرانی نمایم.

توضیحات

1. Hybristic Stage

مرجع‌ها

- [۱] حبیبی‌سولا، عقیل؛ نیکپور، صغری؛ سیدالشهدایی، مهناز و حقانی، حمید (۱۳۸۵). رفتارهای ارتقاءدهنده‌ی سلامت و عوامل مرتبط در سالمندان، فصلنامه پرستاری ایران، دوره‌ی ۱۹، شماره‌ی ۴۷.
- [۲] حنیفه، اعظم و همکاران، (۱۳۹۳). بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر مدل BASNEF بر فعالیت جسمانی دختران دانشجو، مجله علوم پزشکی رازی، جلد ۲۱، شماره‌ی ۱۲۲، صص ۹-۱۹.
- [۳] چرکزی، عبدالرحمن؛ محمدکوچکی، قربان؛ شهنازی، حسین؛ اکرامی، زلیخا و بهادر، الیاس (۱۳۸۹). بررسی سبک زندگی معلمان شاغل در شهرستان گرگان در سال ۱۳۸۸، فصلنامه‌ی تحقیقات نظام سلامت، دوره‌ی ۶، شماره‌ی ۳، صص ۵۲۲-۵۳۱.
- [۴] دیماتنو، ام. رابین (۱۳۸۷). روانشناسی سلامت. مهدی موسوی اصل، محمدرضا سالاری‌فر، مسعود آذربایجانی و اکبر عباسی (مترجم)، جلد دوم، چاپ اول، انتشارات سمت، تهران.
- [۵] شریفی، منصور (۱۳۸۵). مرحله‌ی انتقالی مرگ و میر و شواهدی از استمرار انتقال اپیدمیولوژیک ایران در دهه‌ی اخیر، نامه‌ی انجمن جمعیت‌شناسی ایران، شماره‌ی ۲، صص ۱۷۱-۱۹۴.
- [۶] صادقی، رسول (۱۳۹۱). تغییرات ساختار سنی و ظهور پدیده‌ی پنجره‌ی جمعیتی در ایران: پیامدهای اقتصادی و الزامات سیاستی، فصلنامه‌ی مطالعات راهبردی زنان، شماره‌ی ۵۵ (بهار)، صص ۹۵-۱۵۰.
- [۷] ضرغامی، حسین (۱۳۹۰). نگاهی به تحولات سالخوردگی در ایران، همایش تحلیل روندهای جمعیتی کشور، دانشگاه تربیت مدرس، ۲۹ و ۳۰ آذر.
- [۸] کردزنگنه، جعفر (۱۳۹۱). عوامل اجتماعی جمعیتی مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور: مطالعه‌ی موردی جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله‌ی شهر تهران، پایان‌نامه دکتری، رشته‌ی جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- [۹] کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶). اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان.
- [۱۰] مرکز آمار ایران (۱۳۸۳). گزارش آزمایشی طرح بررسی گذران وقت، گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی، پژوهشکده‌ی آمار.
- [۱۱] مرکز آمار ایران (۱۳۸۷). مجموعه‌ی مدارک طرح آماری‌گیری گذران وقت سال ۱۳۸۷.

- [۱۲] مرکز آمار ایران (۱۳۸۸). نتایج طرح آمارگیری گذران وقت نقاط شهری کشور ۸۸-
www.amar.org.ir/Upload/Modules/Contents/asset0/icatuc.pdf ، ۱۳۸۷
- [۱۳] مشفق، محمود و میرزایی، محمد (۱۳۸۹). انتقال سنی در ایران؛ تحولات سنی جمعیت و
سیاست‌گذاری‌های اجتماعی، جمعیتی؛ فصلنامه‌ی جمعیت، شماره‌ی ۷۱ و ۷۲.
- [۱۴] میرفلاح نصیری، نعمت‌الله (۱۳۸۶). مشخصه‌های جمعیت‌شناختی سالمندی جمعیت و
نماگرهای مربوط در ایران، گزیده‌مطالب آماری، سال ۱۸، شماره‌ی ۲.
- [۱۵] نقوی، محسن (۱۳۸۵). دگرگونی سیمای سلامت در ایران، مجله‌ی تخصصی اپیدمیولوژی
ایران، دوره‌ی ۱، شماره‌ی ۳، صص ۱۳-۲۵.
- [16] Abbasi-Shavazi, M.J, McDonald, P. and Hosseini-Chavoshi, M.
(2009). *The Fertility Transioin in Iran: Revolusion and Reproduction*,
Springer Press, London.
- [17] Andrews, G.A. (2001). Promoting Health and Functioning in an
Aging Population. *British Medical Journal*, **322**, 728-729.
- [18] Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Concepts,
Theories and Methods*, Polity Press, Cambridge.
- [19] Cockerham, W.C. (2005). Health Lifestyle Theory and the
Convergence of Agency and Structure, *Journal of Health and Social
Behavior*, **46**, 51-67.
- [20] Emberson, J.R., Whincup, P., Morris, R.W., Wannamethee, S.G.,
Shaper, A.G.E. and Heart, J. (2005). Lifestyle and Cardiovascular
Disease in Middle-aged British Men: the Effect of Adjusting for
within-Person Variation, **26**. 1774-1782.
- [21] Holman, R.L., McGill, H.C., Strong, J.P. and Geer, J.C. (1958). The
Natural History of Atherosclerosis: The Early Aortic Lesions as Seen
in New Orleans in the Middle of the 20th Century. *Am. J. Pathol*, **34**,
209-235.
- [22] Lee, T.W., Ko, I.S. and Lee, K.J. (2005). Health Promotion
Behaviors and Quality of Life Among Community-dwelling Elderly
in Korea: a Cross-sectional Survey. *Int. J. Nurs. Stud. Mar.*, **43**
293-300.

- [23] Maclin, D.R. and Chokalingam, A. (2002). The Global Burden of Cardiovascular Disease, *Canadian Cardiovascular Society Bulletin*, **1**, 1-3.
- [24] Michale, Y.L., Berkman, L.F., Colditz, G.A. and Kawachi, I. (2001). Living Arrangements, Social Integration, and Change in Functional Health Status. *Am. J. Epidemiol*, **153**, 123-31
- [25] Mortimor, J.T. and Moen, P. (2016). The Changing Social Construction of Age and the Life Course: Precarious Identity and Enactment of Early and Encore Stages of Adulthood, in Shanahan, Michael, J. and etal., *Handbook of the Life Course*, Springer Publication.
- [26] Murray, C.J. and Lopez, A.D. (1997). Global Mortality, Disability, and the Contribution of Risk Factors: Global Burden of Disease Study.
- [27] Murray, C.J. and Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, 1st edition, Harvard University Press, Cambridge.
- [28] Peterson, S., Rayner, M. and Wolstenholme, J. (2002). *Coronary Heart Disease Statistic*, British Heart Foundation Statistic Database, London.
- [29] Williams, G.H. (2003). The Determinants of Health: Structure, Context and Agency. *Sociology of Health & Illness*, **25**.
- [30] World Health Organization (2003). Global Burden of Disease in 2002: Data Sources, Methods and Results, Global Program on Evidence for Health Policy Discussion Paper, No. 54.

محمود فریمانه

فوق لیسانس جمعیت‌شناسی

تهران، تقاطع بزرگراه‌های جلال آل احمد و شهید چمران، دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه تهران، گروه جمعیت‌شناسی.
رایانشانی: farimanehmahmood@yahoo.com

رسول صادقی

دانشیار جمعیت‌شناسی

تهران، تقاطع بزرگ‌راه‌های جلال آل احمد و شهید چمران، دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه تهران، گروه جمعیت‌شناسی.

رایانشانی: rassadeghi@ut.ac.ir

مریم عباس‌آباد عربی

دانشجوی دکتری حکمت متعالیه

مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، گروه فلسفه و حکمت اسلامی.

رایانشانی: mabasabadarabee@yahoo.com