

پژوهشی

تعیین کننده‌های جمعیت‌شناختی الگوی سبک زندگی محور سالمندان قرچک^۱: همبسته‌ها و الزامات سیاستی

بهناز نوری کورعباسلو^۲، نادر مطیع‌حق‌شناس^۳ و سیدرضا معینی^۴

چکیده:

در دنیای کنونی، سلامت تبدیل به یک موضوع مهم و محوری در مطالعات اجتماعی و جمعیتی شده است. هدف اصلی این رساله شناخت تعیین‌کننده‌های جمعیت‌شناختی الگوی سبک زندگی سلامت محور سالمندان شهر قرچک است، روش تحقیق پیمایشی بوده و داده‌ها به کمک تکنیک پرسشنامه محقق ساخته از ۳۸۳ نفر از سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر گردآوری شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که شاخص سبک زندگی سلامت محور سالمندان قرچک برحسب تعیین‌کننده‌های جمعیت‌شناختی آنها متفاوت بوده و در سطح متوسط ارزیابی شد. نتایج بررسی تفاوت میانگین‌ها نشان داد نحوه گذران اوقات فراغت، نحوه مصرف دخانیات، تغذیه در بین مردان و زنان از نظر آماری تفاوت معناداری داشت. اما وضع زناشویی، امید اجتماعی، منزلت اجتماعی و شاخص کلی سلامت تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج مدل رگرسیون چند متغیره نشان داد با توجه به سطح معناداری آماری به دست آمده، متغیرهای سطح تحصیلات، جنس و تعداد فرزندان بر شاخص سلامت موثر بودند. مقدار واریانس تبیین شده متغیر سلامت توسط متغیرهای مستقل ۱۵ درصد بدست داده شده و مابقی تغییرات متغیر وابسته مربوط به سایر عوامل می‌باشد که در مدل نبودند. تأثیر دو متغیر اول در مطالعات انجام شده، تأیید شده است. ایجاد زمینه دسترسی سالمندان به امکانات آموزشی، بهداشتی و تغذیه‌ای از طریق از میان بردن نابرابری اجتماعی، اقتصادی و دستیابی به سالمندی سالم مهمترین توصیه سیاستی مطالعه است.

واژگان کلیدی: پویایی جمعیت، سالمندی فعال، سبک زندگی سلامت محور

۱- این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی در رشته جمعیت‌شناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی با همین عنوان بوده است.

۲- دانشجوی دکتری رشته جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی samira_marvi@yahoo.com

۳- استادیار جمعیت‌شناسی و عضو هیات علمی موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور nmhaghshenas@ut.ac.ir

۴- استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی rezamoini43@yahoo.com

طرح مسأله

امروزه در اکثر کشورهای جهان، مسائل اقتصادی و اجتماعی مربوط به سالمندان و مساله بالارفتن هزینه‌های خدمات بهداشتی و رفاهی به موازات نیاز به تهیه و تدارک خدمات برای تعداد روز افزونی از سالمندان پیچیده‌تر شده است و نیاز به برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های جامع و دقیق جهت ارتقای سلامت آنها می‌طلبد. سلامت به عنوان «آسایش کامل جسمانی، روانی و اجتماعی» تعریف شده است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۱۹۸۴).

ارتقای سلامت تنها یک عنصر آگاهی بخش به عوامل شکل دهنده رفتار سالم نیست، بلکه بهترین راه برای تشویق افراد در دستیابی به آن است. نیل به این هدف، نیازمند تحلیل زیرگروه‌های مختلف اجتماعی - جمعیتی نظیر زن و مرد، پیر و جوان، فقیر و غنی، سیاه و سفید با آگاهی از اعتقادات، نگرش‌ها و منافع آنان است (بانتون^۲ و مک دونالد^۳، ۲۰۰۵: ۸۵). توجه ویژه و در حال روزافزون به مبحث ارتباط سبک زندگی و سلامت در نتیجه فرآیند سالخوردگی جمعیت، ظهور و اوج بیماری‌های مزمن در این دوران و مبارزه با اثرات شدید وضعیت بیولوژیکی^۴ افراد در دوران سالمندی می‌باشد. با توجه به این خط سیر، شیوه مثبت یا منفی سالمندی در این دوران به طور عینی تنها یک وضعیت فیزیکی نمی‌باشد که توسط روش‌های پزشکی کشف شده باشد، بلکه به طور اجتماعی نیز توسط طبقه‌بندی اخلاقی و ترجیحات اجتماع سالمندی ساختار یافته است (بانتون و نتلتون^۵، ۲۰۰۵: ۱۷۵). همراه شدن ویژگی‌های خاص فیزیکی و زیست‌شناختی دوران سالمندی و تصورات جامعه از افراد سالمند خود نقطه عطف بین ارتقای سلامت و سالمندی است که در آن پیر شدن به عنوان یک مسئله اجتماعی ظهور کرده است. جدای از فرآیند داغ‌گذاری و تصورات قالبی منفی نسبت به افراد سالمند، افزایش تعداد سالمندان در جامعه، خود به تنهایی می‌تواند یک پدیده اجتماعی قابل بررسی باشد.

بررسی زمینه‌های تاریخی روند رشد جمعیت در کشورهای در حال توسعه نظیر کشور ایران

1- World Health Organization (WHO)

2- Bunton

3- McDonald

4- Biologically

5- Nettleton

روشن می‌سازد که زندگی در نتیجه پیشرفت‌های پزشکی و بهبود شرایط بهداشتی، تعداد بیشتری از جمعیت به سن سالخوردگی می‌رسند که نیاز به حمایت اجتماعی دارند. هم‌اکنون، در کشور ایران، تعداد سالمندان سهم کمتری از جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، اما به توجه به شروع مرحله انتقال ساختار سنی از جوانی به سالخوردگی و فزونی سرعت رشد جمعیت سالمند در مقایسه با رشد کل جمعیت کشور و پیش‌بینی افزایش تعداد و سهم سالخوردگان در سال‌های آتی، لزوم برنامه‌ریزی آینده‌نگر برای کنترل مسائل این گروه از جمعیت را مورد تاکید قرار می‌دهد. با افزایش تعداد سالمندان، نیازهای اختصاصی (مانند: نیازهای دارویی، نگهداری و مراقبت از افراد سالمند و...) آنها نیز افزایش می‌آید (مطیع حق شناس، ۱۳۸۹). با افزایش امید زندگی براحتمال بازماندگی افراد می‌افزاید و تأثیر دوگانه و متضادی بر بعد خانوار اعمال می‌کند که از آن جمله سالمندی جمعیت، سالمندی نیروی کار و افزایش تعداد و درصد سالمندان است (زنجانی ۱۳۸۳).

براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵، ۹/۳ درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (سرشماری عمومی نفوس و مسکن، ۱۳۹۵) و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد کل جمعیت کشور برسد. در گزارش مرکز آمار ایران، امیدزندگی برای مردان و زنان ایرانی بعد از ۶۰ سالگی طی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ به ترتیب ۱۷ و ۱۸ سال برآورد شده است. میزان رشد جمعیت کشور در فاصله سال‌های ۹۰-۱۳۸۵ به ۱/۲۹ درصد و در دوره متناظر ۹۵-۱۳۹۰ به ۱/۲۴ درصد رسیده است. این در حالی است که میزان رشد جمعیت سالمندی بیش از ۲/۵ درصد است. از این رو، ضروری است اقدامات مناسب در جهت حفظ و ارتقا، سطح سلامت این قشر به عمل آید. تغییرات جمعیتی از این دست سبب شده تا توجه سازمان‌های بهداشتی کشورها و نهادهای بین‌المللی به مسائل سالخوردگی و اهتمام و واکای شایه زندگی آنان در دهه‌های معاصر در کنار سایر مشکلات مربوط به مرگ‌ومیرهای ناشی از امراض مسری در کودکان پررنگتر شود. مطالعات نشان می‌دهد که شیوه زندگی، مشکلات مربوط به سلامت و دسترسی به امکانات پزشکی و مراقبت‌های پزشکی سالمندان در شهرهای مهاجرپذیر مطلوب نیست. لذا بررسی ابعاد مختلف سبک زندگی سلامت محور سالمندان در کشور به ویژه در شهرهای مهاجرپذیر، از حیث علمی و به لحاظ اولویت‌های سیاست‌گذاری اجتماعی و جمعیت‌شناختی حائز اهمیت

است. به عبارت روشن، مطلوب نبودن شیوه زندگی و مشکلات مربوط به سلامت دسترسی به امکانات پزشکی و مراقبت‌های پزشکی سالمندان در شهر قرچک، مهاجرپذیر بودن شهر و مشکلات ناشی از افزایش جمعیت، وضعیت سلامت و وجود تابعیت‌های ایرانی و افغانی (نسل اول) و لزوم ترسیم خط مشی جمعیت سالمند شهر قرچک با توجه شیوه زندگی و سطح کفایت شاخص‌های سلامت سالمندان، ضرورت این مطالعه را ایجاب می‌کند.

در این پژوهش از رویکرد فرد- محیط به موضوع سلامت نگریسته شده و به دنبال شناخت وضعیت سلامت و عوامل اجتماعی- جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در میان سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر شهر قرچک می‌باشد. هدف اصلی این مقاله شناخت تعیین‌کننده‌های جمعیت‌شناختی الگوی سبک زندگی سلامت محور سالمندان قرچک است. شناخت وضع موجود جمعیت سالمند، بررسی شیوه زندگی جمعیت سالمند بر اساس معرفت‌های سبک زندگی سلامت محور (انجام ورزش، سبک تغذیه و...) و بررسی عوامل مؤثر جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس، وضع تاهل، تابعیت، تعداد خانوار و... بر شاخص سبک زندگی سلامت محور سالمندان قرچک، اهداف فرعی این مطالعه را تشکیل می‌دهند.

ملاحظات تجربی و نظری

در دهه اخیر سبک زندگی به علم و سبک زندگی سلامت‌محور به خاص مورد توجه محققان علوم اجتماعی قرار گرفته است. کتاب تمایز بوردیو^۱ سهم قابل توجهی در درک و فهم سبک زندگی برای محققان ایجاد کرده است و کاکرهام^۲ که از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر است، بحث سبک زندگی را وارد حوزه پزشکی کرده است. به اعتقاد وی سبک زندگی الگوهای جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است. که مبتنی بر انتخاب‌هایی است که افراد بر حسب شرایط اجتماعی و زیستی شان در دسترس دارند (کاکرهام، ۲۰۰۸: ۵۶).

از نظر ابل^۳ سبک زندگی سلامت‌محور الگوهایی است از افراد هستند در که در پاسخ به محیط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد (ابل، ۱۹۹۹، به نقل از کرد زنگنه، ۲۱: ۱۳۸۹).

1-Bourdieu
2- Cockerham
3- Abel

تئوری تغییرات و واکنش‌های جمعیتی در سال ۱۹۶۳ توسط کینگزلی دیویس^۱ به عنوان یک مقدمه و نه به عنوان یک راه حل برای تئوری انتقال جمعیت مطرح شد. توجه دیویس به علل رشد جمعیت، بر اساس فرضیاتی است که او آنها را به عنوان علل اصلی رشد جمعیت می‌داند. مشکل اساسی تلاش‌های دیویس مربوط به موضوع محوری تئوری انتقال جمعیت بود (فتح زاده، ۱۳۷۹).

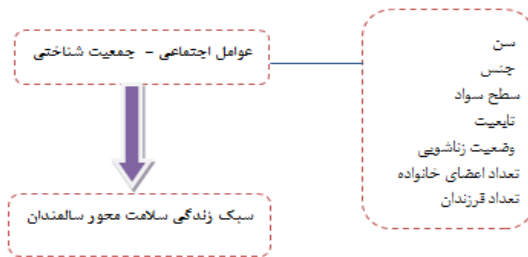
به اعتقاد گیدنز^۲ مدرنیته تنوعی از فرصت‌ها و انتخاب‌ها پیش روی افراد می‌گذارد، البته منظور از کثرت انتخاب بدین معنا نیست که همه که انتخاب‌ها به روی افراد باز است با این که مردم همه تصمیم‌های مربوط به انتخاب خویش را با آگاهی کامل از کلیه امکانات اتخاذ می‌کنند. گزینش با ایجاد سبک زندگی تحت تأثیر فشارهای گروه‌ها و الگو رفتاری آنها است و همچنین تحت اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی صورت می‌گیرد (گیدنز، ۱۹:۱۳۸۲). کاکرهام از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر است که چارچوب نظریه بوردیو وارد سلامت می‌کند و به اعتقاد وی سبک زندگی سلامت محور تجمعی از رفتارهای مرتبط با سلامت است که براساس مجموعه انتخاب‌ها، فرصت‌های زندگی در اختیار افراد قرار می‌گیرد منظور از فرصت‌های زندگی جنس، نژاد، قومیت و دیگر متغیرها هستند که بر انتخاب شیوه زندگی تاثیرگذارند. فرصت زندگی به وسیله موقعیت اجتماعی و ویژگی‌های گروه‌های منزلتی ویژه تعیین می‌شود. کاکرهام تصمیم‌گیری درباره مصرف غذا، ورزش کردن، مراعات بهداشتی فردی، مقابله با استرس، استعمال سیگار، مصرف الکل، مواد مخدر، بستن کمربند ایمنی، مسواک زدن و انجام دادن معاینات دوره‌ای پزشکی را از شاخص‌های سبک زندگی بهداشتی می‌داند (کاکرهام، ۲۰۰۴:۱۴۰۹).

در طبقه‌بندی سلامت دو رویکرد فکری عمده وجود دارد. رویکرد اول، زنجیره سلامت بیماری است که دو بخشی بودن سلامت و بیماری را نشان می‌دهد و رویکرد دوم، که از دهه ۱۹۷۰ به بعد شکل گرفته، سلامت را به عنوان یک پدیده گسترده از الگوی فرد-محیط در نظر می‌گیرد و بر این باور است که سلامت، خروجی الگوی کنش متقابل فرد-محیط در طول سال‌های زندگی است (ادلمن^۳ و مندل^۴، ۲۰۰۶: ۵).

1- Kingzley Davis
2- Giddens
3- Edelman
4- Mendel

بر اساس نظریه وبر، گیدنز، بوردیو و کاکرهام، انتخاب نوع سبک زندگی توسط افراد تحت تاثیر ساختار، وضعیت و شرایط اجتماعی افراد است. به عبارتی دیگر، درست است که در این انتخابها مقداری از عنصر آزادی دخیل است اما این آزادی توسط برخی از ساختارها محدود می‌گردد. تحقیقاتی نیز که توسط سویج^۱، اولانو^۲، اسمیت^۳ و گلدمن^۴، سوگویاما^۵، گرندی^۶ و سولگت^۷ و اسپنسر^۸، انجام گرفته، همگی در جهت تایید این نظریات می‌باشد. در مطالعه اولانو (۲۰۰۶) که بر روی ۷۸۷ سالمند بالای ۶۴ ساله اسپانیایی با هدف کشف عوامل موثر بر میزان استفاده از مراقب‌های بهداشتی در یک نظام بهداشتی عمومی انجام شد، دو شاخص خود سانسوری سالمندان در ابتلا به بیماری‌های مزمن و سطح سواد آنان بیشترین تأثیر را بر عدم استفاده سالمندان از مراقب‌های بهداشتی داشته بود. سوگو یاما (۲۰۰۷) نیز با تحقیقی که بر سالمندان بریتانیایی انجام دادند نتیجه می‌گیرند که محیط سالم محلی و فعالیت خارج از منزل به عنوان دو شاخص سبک زندگی سالم می‌تواند بر سلامت سالمندان مفید باشند. مطالعات بسیاری در کشورهای دیگر در زمینه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت سالمندان انجام گرفته است آدامز و دیگران (۲۰۰۰)، استوکرت (۲۰۰۰)، بولاند (۲۰۰۰)، بالتروس (۲۰۰۲)، کالاجان (۲۰۰۵)، اونس (۲۰۰۶)، هنریتا (۲۰۰۶)، لی (۲۰۰۶)، سندرس (۲۰۰۸)، کیم (۲۰۰۹). مطالعات مذکور براساس مدل پندر انجام گرفته و مدل وی را تایید کرده‌اند (به نقل از میرخانی، ۱۳۹۴). در اکثر مطالعات تاکید بیشتر بر خودکار آمدی سلامت به عنوان تعیین کننده اصلی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نهاده شده است. حتی در برخی از این مطالعات، نظیر اونس (۲۰۰۶) خودکار آمدی، به عنوان تنها متغییر پیش‌بینی کننده رفتار ارتقای سلامت بوده است. بعلاوه برخی عوامل زمینه ای نظیر تحصیلات، درآمد و جنس نیز به عنوان متغیرهای مستقل تاثیرگذار بر سبک زندگی سلامت محور بوده‌اند. لذا بر اساس مبانی نظری و مطالعات پیشین، مدل نظری تحقیق به شکل ذیل ترسیم می‌شود:

-
- 1-Swag
 - 2- Olano
 - 3- Smith
 - 4- Goldman
 - 5- Sogoyama
 - 6- Grande
 - 7- Solget
 - 8- Spencer



شکل ۱: مدل نظری تحقیق

روش تحقیق و داده

روش‌شناسی مسلط این مطالعه مبتنی بر «روش تحقیق کمی» بوده و از روش پیمایش و تکنیک پرسشنامه محقق ساخته بهره برده است. برای تعیین واحدهای نمونه از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای طبقه‌ای استفاده شد. در مرحله اول، مناطق ۳ گانه شهر قرچک را از نظر سطح توسعه اقتصادی - اجتماعی ساکنین آن به ۳ طبقه (بالا، متوسط و پایین) تقسیم و از هر طبقه بسته به تراکم جمعیت سالمند، یک منطقه به عنوان معرف هریک از طبقات اجتماعی به عنوان نمونه انتخاب شد سپس بلوک‌هایی در منطقه مذکور به طور تصادفی انتخاب شدند و با مراجعه به فرد سالمند در هر بلوک، عملیات اجرایی پرسشنامه‌ها صورت گرفت. بر پایه نتایج سرشماری ۱۳۹۵، جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر شهر قرچک در سال ۱۳۹۵ با دارا بودن جمعیت ۱۶۱۳۲ نفر از کل جمعیت ۲۶۹۱۳۸ در قرچک زندگی می‌کنند. حجم نمونه بر اساس جداول تیپ استاندارد لی، تعداد ۴۰۰ نمونه تعیین شد.

شاخص سبک زندگی سلامت محور از ترکیب معرف‌ها و متغیرهای نحوه‌گذران اوقات فراغت، روابط درون خانواده، منزلت سالمندان، امید اجتماعی، مصرف دخانیات، سبک تغذیه، فعالیت‌های ورزشی، مراقبت سالمندان که هر کدام شامل چند گویه بودند، ساخته شد با توجه به سطح سنجش گویه‌ها که ترتیبی بودند و براساس وزن و نمره هر گویه، نمره نهایی محاسبه و تغییرات دامنه شاخص مشخص و در سه قالب سطح سبک زندگی سلامت بالا،

متوسط و پایین دسته بندی شد. تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS انجام و از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی متناسب برای سنجش اهداف و سوالات تحقیق استفاده شد. برای سنجش ارتباط و اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر شاخص سبک‌زندگی سلامت‌محور به عنوان فرضیه اصلی تحقیق از مدل رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

یافته ها

شواهدی از سطح و روند جمعیتی در سطح ملی و شهر قرچک در ده سال اخیر (۹۵-۱۳۸۵) شواهد جمعیت‌شناختی روشن می‌سازد که بطور کلی، وضعیت کشور ایران در فرآیند افزایش تعداد سالمندان جمعیت دنیا ویژه است. در حالی که کل جمعیت ایران در فاصله دو دهه ۱۳۷۰ و ۱۳۸۰ با نرخ رشدی آرام‌تر از سه دهه قبل تغییر کرده است، میزان رشد جمعیت سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر به سرعت افزایش یافته و تا ۳ برابر رشد کل جمعیت شده است. همچنین براساس آخرین نسخه پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد، در حالی که برآورد می‌شود که میزان رشد کل جمعیت کشور در فاصله سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۵ در حدود ۱/۱ درصد و در طول دوره ۱۴۳۰-۱۴۰۵ حدود ۰/۵ درصد باقی بماند جمعیت سنین ۶۰ ساله و بالاتر در طول دوره اول حدود ۴/۶ درصد و در طول دوره دوم حدود ۴/۱ درصد در سال افزایش خواهد یافت. به عبارت روشن‌تر رشد سالانه جمعیت سالمندان کشور در سال‌های ۱۴۰۵-۱۳۹۰ حدوداً ۴ برابر و در سال‌های ۳۰-۱۴۰۵ حدوداً ۸ برابر میزان رشد کل جمعیت کشور خواهد بود. سطح و تغییرات جمعیتی در قرچک به عنوان شهری که ۱۰ درصد از جمعیت مهاجران استان تهران را به خود اختصاص داده، نشان می‌دهد تعداد جمعیت کل قرچک بر اساس نتایج سرشماری مرکز آمار ایران از جمعیت ۱۷۴۰۰۶ نفر در سال ۱۳۸۵ به ۲۶۹۱۳۸ نفر در سال ۱۳۹۵ رسیده که روند صعودی داشته است. جمعیت سنین ۶۰ ساله و بالاتر در طول دوره به ۱۶۱۳۲ نفر رسیده که از این تعداد ۷۹۵۹ نفر مرد و ۸۱۷۳ نفر زن می‌باشند. در ابتدا ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی سالمندان شهر قرچک بر حسب جنس، گروه‌های سنی، تابعیت، وضع آموزش، وضع زناشویی، تعداد فرزندان و مهاجرت مورد بررسی قرار گرفت. همانطوری که در جدول ۱ آمده است از کل نمونه، ۳۹/۷ درصد زن و ۶۰،۳ درصد مرد بوده‌اند، توزیع سنی نمونه نشان می‌دهد ۵۴،۵ درصد سن آنها ۶۰-۶۵ ساله

بوده، ۲۷،۴ درصد بین، ۶۶ تا ۷۰ ساله، ۸،۹ درصد بین ۷۱ تا ۷۵ ساله، ۶،۳ درصد بین ۷۶ تا ۸۰ ساله و ۳،۱ درصد سن آنها ۸۱ ساله و بیشتر بوده است. از نظر تابعیت، ۵۳ درصد از آنها تابعیت ایرانی داشته و ۴۷ درصد افغانستانی بوده‌اند، ۸۲،۲ درصد از آنها باسواد بوده‌اند و ۱۷،۸ درصد بی‌سواد بوده‌اند. به لحاظ سطح تحصیلات، ۲۹،۵ درصد دارای سواد قرآنی بوده‌اند، ۳۱ درصد میزان سواد آنها ابتدایی، ۱۳ درصد راهنمایی، ۱ درصد فوق‌دیپلم و ۰،۳ درصد میزان تحصیلات آنها دکتری تخصصی بوده است. به لحاظ ترکیب زناشویی، ۷۹،۱ درصد از آنها دارای همسر، ۲،۱ درصد هرگز ازدواج نکرده، ۱۶،۲ درصد بدون همسر بر اثر فوت همسر و ۲،۶ درصد بدون همسر بر اثر طلاق بوده‌اند. به لحاظ تعداد خانوار، ۸۸،۲ درصد از تعداد افراد خانوار آنها دو نفر بوده‌اند و ۱۱،۲ درصد تعداد افراد خانوار آنها سه نفر بوده‌اند.

جدول ۱: بررسی ویژگی های نمونه برحسب متغیرهای اجتماعی و جمعیت شناختی سالمندان قرچک

متغیرها	شرح	فراوانی	درصد
جنس	زن	۱۵۲	۳۹,۷
	مرد	۲۳۱	۶۰,۳
گروههای سنی	۶۵-۶۰ ساله	۲۰۸	۵۴,۵
	۷۰-۶۶ ساله	۱۰۵	۲۷,۴
	۷۵-۷۰ ساله	۳۴	۸,۹
	۸۰-۷۶ ساله	۲۴	۶,۳
	۸۱ ساله و بیشتر	۱۲	۳,۱
تابعیت	ایرانی	۲۰۳	۵۳,۰
	افغانستانی	۱۸۰	۴۷,۰
وضع سواد	باسواد	۳۱۵	۸۲,۲
	بی سواد	۶۸	۱۷,۸
	سواد قرآنی	۱۱۳	۲۹,۵
	ابتدایی	۱۲۲	۳۱,۹
	راهنمایی	۵۲	۱۳,۶
میزان تحصیلات	متوسطه	۱۹	۵,۰
	دیپلم	۱۷	۴,۴
	فوق دیپلم	۴	۱,۰
	لیسانس	۲	۰,۵
	فوق لیسانس	۶	۱,۶
	دکتری تخصصی	۱	۰,۳
وضعیت زناشویی	دارای همسر	۳۰۳	۷۹,۱
	هرگز ازدواج نکرده	۸	۲,۱
	بدون همسر بر اثر فوت همسر	۶۲	۱۶,۲
	بدون همسر بر اثر طلاق	۱۰	۲,۶
تعداد افراد خانوار	دو نفر	۳۴۰	۸۸,۸
	سه نفر	۴۳	۱۱,۲
تغییر محل سکونت در پنج سال اخیر	بله	۱۲۵	۳۲,۶
	خیر	۲۵۸	۹۷,۴

روابط دو متغیره: همبسته‌ها

رابطه جنس و شاخص سبک زندگی سلامت محور

در جدول ۲، فراوانی و سهم نسبی شاخص سبک زندگی سلامت محور برحسب جنس آمده است. از کل نمونه، افراد سالمندی که شاخص سلامت آنها پایین بوده است، ۶۴ درصد مرد و ۳۵ درصد زن بوده‌اند، از کل پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها در سطح متوسط بوده است، ۳۵ درصد مرد و ۶۵ درصد زن بوده‌اند، از کل پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها بالا بوده است، ۳۰،۹ درصد مرد و ۶۹،۱ درصد زن بوده‌اند. مقدار آماره گاما به دست آمده برابر با ۰،۲۸۴، یعنی شدت ارتباط بین این دو متغیر متوسط بوده و مقدار آماره اتا نیز برابر ۰،۲۷۹ بوده است. با توجه به سطح معناداری بدست آمده که این مقدار کوچکتر از ۰،۰۵ می‌باشد می‌توان گفت که در سطح بیش از ۹۹ درصد تفاوت معناداری آماری بین شاخص سلامت سالمندان و جنس وجود دارد.

جدول ۲: ارتباط شاخص سبک زندگی سلامت محور سالمندان بر حسب جنس

شاخص	جنس	مرد	زن	کل
پایین	فراوانی	۴۳	۲۴	۶۷
	درصد	%۶۴،۲	%۳۵،۸	%۱۰۰،۰
متوسط	فراوانی	۹۱	۱۶۹	۲۶۰
	درصد	%۳۵،۰	%۶۵،۰	%۱۰۰،۰
بالا	فراوانی	۱۷	۳۸	۵۵
	درصد	%۳۰،۹	%۶۹،۱	%۱۰۰،۰
کل	فراوانی	۱۵۱	۲۳۱	۳۸۲
	درصد	%۳۹،۵	%۶۰،۵	%۱۰۰،۰

Eta= 0.279 , Gamma=0.284 Sig.= 0.000

رابطه سن و شاخص سبک زندگی سلامت محور

با توجه به جدول ۳، از بین افرادی که شاخص سلامت آنها ضعیف بوده است، ۳۴ درصد سن آنها بین ۶۰-۶۴ سال و ۱،۵ درصد ۹۰ سال و بالاتر بوده است، از بین افراد دارای شاخص سلامت متوسط، حدود ۴۶ درصد سن آنها ۶۴-۶۰ و ۱،۹ درصد سن آنها ۹۰ ساله و بیشتر بوده است، از بین کسانی وضعیت سلامت آنها بالا بوده است، ۴۳،۶ درصد در گروه سنی ۶۰-۶۴ سال بوده و ۳،۶ درصد ۸۰ تا ۸۴ سال سن داشته‌اند، مقدار آماره سامرز به دست آمده برابر با ۰،۰۶۵- یعنی شدت ارتباط بین این دو متغیر ضعیف بوده و مقدار سطح معناداری ۰،۰۹۱ بدست آمده است. با توجه به سطح معناداری بدست آمده که این مقدار بزرگتر از ۰،۰۵ می‌باشد می‌توان گفت که رابطه معناداری آماری بین شاخص سلامت سالمندان و سن وجود ندارد.

جدول ۳: ارتباط شاخص سبک زندگی سلامت محور سالمندان بر حسب سن

شاخص سلامت	گروه سنی	۶۰-۶۴	۶۹-۶۵	۷۴-۷۰	۷۹-۷۵	۸۴-۸۰	۹۰-۸۵	۹۱	کل
پایین	فراوانی	۲۳	۲۱	۱۲	۷	۳	۰	۱	۶۷
	درصد	%۳۴،۳	%۳۱،۳	%۱۷،۹	%۱۰،۴	%۴،۵	%۰،۰	%۱،۵	%۱۰۰،۰
متوسط	فراوانی	۱۱۹	۸۵	۲۸	۱۴	۸	۱	۵	۲۶۰
	درصد	%۴۵،۸	%۳۲،۷	%۱۰،۸	%۵،۴	%۳،۱	%۰،۴	%۱،۹	%۱۰۰،۰
بالا	فراوانی	۲۴	۱۷	۷	۵	۲	۰	۰	۵۵
	درصد	%۴۳،۶	%۳۰،۹	%۱۲،۷	%۹،۱	%۳،۶	%۰،۰	%۰،۰	%۱۰۰،۰
کل	فراوانی	۱۶۶	۱۲۳	۴۷	۲۶	۱۳	۱	۶	۳۸۲
	درصد	%۴۳،۵	%۳۲،۲	%۱۲،۳	%۶،۸	%۳،۴	%۰،۳	%۱،۶	%۱۰۰،۰

Somers' d = -0.065 Sig = 0.091

رابطه تابعیت و شاخص سبک زندگی سلامت محور

در جدول ۴، فراوانی و سهم نسبی شاخص سبک زندگی سلامت محور برحسب تابعیت آمده است. از کل نمونه، افرادی که شاخص سلامت آنها پایین بوده است، ۵۰٫۷ درصد ایرانی و ۴۹ درصد افغانستانی بوده‌اند، از کل پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها متوسط بوده است، ۵۴ درصد ایرانی و ۴۵٫۸ درصد افغانستانی بوده‌اند، از کل پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها بالا بوده است، ۵۰ درصد ایرانی و ۴۹ درصد افغانستانی بوده‌اند. مقدار آماره گاما به دست آمده برابر با ۰٫۰۷- یعنی شدت ارتباط بین این دو متغیر ضعیف و منفی بوده است. مقدار سطح معناداری ۰٫۳۳۲، بدست آمده است. با توجه به سطح معناداری بدست آمده که این مقدار بزرگتر از ۰٫۰۵ می‌باشد، می‌توان گفت که در سطح بیش از ۹۰ درصد، تفاوت معناداری آماری بین شاخص سلامت سالمندان و تابعیت وجود ندارد.

جدول ۴: ارتباط شاخص سبک زندگی سلامت محور سالمندان برحسب تابعیت

شاخص	تابعیت	ایرانی	افغانستانی	کل
پایین	فراوانی	۳۴	۳۳	۶۷
	درصد	٪۵۰٫۷	٪۴۹٫۳	٪۱۰۰٫۰
متوسط	فراوانی	۱۴۱	۱۱۹	۲۶۰
	درصد	٪۵۴٫۲	٪۴۵٫۸	٪۱۰۰٫۰
بالا	فراوانی	۲۸	۲۷	۵۵
	درصد	٪۵۰٫۹	٪۴۹٫۱	٪۱۰۰٫۰
کل	فراوانی	۲۰۳	۱۷۹	۳۸۲
	درصد	٪۵۳٫۱	٪۴۶٫۹	٪۱۰۰٫۰

Gamma= -0.07 Sig.= 0.332

رابطه وضع سواد و شاخص سبک زندگی سلامت محور

در جدول ۵، فراوانی و سهم نسبی شاخص سبک زندگی سلامت محور بر حسب وضع سواد آمده است. از کل نمونه افرادی که شاخص سلامت آنها پایین بوده است، ۸۲ درصد با سواد و ۱۷،۹ درصد بی سواد بوده‌اند، از کل پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها متوسط بوده است، ۸۲،۳ درصد با سواد و ۱۷،۷ درصد بی سواد بوده‌اند، از کل پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها بالا بوده است، ۸۱،۸ درصد با سواد و ۱۸ درصد بی سواد بوده‌اند. مقدار آماره گاما به دست آمده برابر با ۰،۲ یعنی شدت ارتباط بین این دو متغیر متوسط بوده و مقدار آماره سامرز نیز برابر ۰،۱۵ بوده است. با توجه به سطح معناداری بدست آمده که این مقدار کوچکتر از ۰،۰۵ می باشد می توان گفت که در سطح بیش از ۹۹ درصد تفاوت معناداری آماری بین شاخص سلامت سالمندان و تحصیلات وجود دارد که مطالعات قبلی هم تأیید کرده‌اند.

جدول ۵: ارتباط شاخص سبک زندگی سلامت محور سالمندان بر حسب وضع سواد

شاخص	وضع سواد	با سواد	بی سواد	کل
پایین	فراوانی	۵۵	۱۲	۶۷
	درصد	%۸۲،۱	%۱۷،۹	%۱۰۰،۰
متوسط	فراوانی	۲۱۴	۴۶	۲۶۰
	درصد	%۸۲،۳	%۱۷،۷	%۱۰۰،۰
بالا	فراوانی	۴۵	۱۰	۵۵
	درصد	%۸۱،۸	%۱۸،۲	%۱۰۰،۰
کل	فراوانی	۳۱۴	۶۸	۳۸۲
	درصد	%۸۲،۲	%۱۷،۸	%۱۰۰،۰

Somers' d= 0.15 , Gamma=0.2 Sig= 0.005

رابطه وضع زناشویی و شاخص سبک زندگی سلامت محور

در جدول ۶، فراوانی و سهم نسبی شاخص سبک زندگی سلامت‌محور بر حسب وضع زناشویی آمده است. از کل نمونه، پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها پایین بوده است، ۶۲٫۷ درصد دارای همسر، ۶ درصد هرگز ازدواج نکرده، ۲۵ درصد بدون همسر بر اثر فوت همسر و ۶ درصد بدون همسر بر اثر طلاق بوده‌اند، مرد و ۳۵ درصد زن بوده‌اند، از کل پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها متوسط بوده است، ۸۳٫۵ درصد دارای همسر، ۱٫۵ درصد هرگز ازدواج نکرده، ۱۳٫۱ درصد بدون همسر بر اثر فوت همسر و ۱٫۹ درصد بدون همسر بر اثر طلاق بوده‌اند. از کل پاسخگویانی که شاخص سلامت آنها بالا بوده است، ۸۰ درصد دارای همسر، ۲۰ درصد بدون همسر بر اثر فوت همسر بوده‌اند. مقدار آماره اتا به دست آمده برابر با ۰٫۲۱۴ یعنی شدت ارتباط بین این دو متغیر متوسط بوده است. مقدار سطح معناداری ۰٫۰۲۸ بدست آمده است با توجه به سطح معناداری بدست آمده که این مقدار کوچکتر از ۰٫۰۵ می‌باشد، می‌توان گفت که در سطح بیش از ۹۹ درصد تفاوت معناداری آماری بین شاخص سلامت سالمندان و وضعیت زناشویی وجود دارد.

جدول ۶: ارتباط شاخص سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان بر حسب وضع زناشویی شاخص سلامت

شاخص سلامت	وضع زناشویی	دارای همسر	هرگز ازدواج نکرده	بدون همسر در اثر فوت همسر	بدون همسر بر اثر طلاق	کل
پایین	فراوانی	۴۲	۴	۱۷	۴	۶۷
	درصد	۶۲٫۷٪	۶٫۰٪	۲۵٫۴٪	۶٫۰٪	۱۰۰٫۰٪
متوسط	فراوانی	۲۱۷	۴	۳۴	۵	۲۶۰
	درصد	۸۳٫۵٪	۱٫۵٪	۱۳٫۱٪	۱٫۹٪	۱۰۰٫۰٪
بالا	فراوانی	۴۴	۰	۱۱	۰	۵۵
	درصد	۸۰٫۰٪	۰٫۰٪	۲۰٫۰٪	۰٫۰٪	۱۰۰٫۰٪
کل	فراوانی	۳۰۳	۸	۶۲	۹	۳۸۲
	درصد	۷۹٫۳٪	۲٫۱٪	۱۶٫۲٪	۲٫۴٪	۱۰۰٫۰٪

Eta = 0.214 , Sig = 0.028

آزمون تفاوت‌های زیر شاخص سبک زندگی سلامت محور بر حسب جنس و تابعیت به استناد میانی تئوریک و نظر به اهمیت موضوع سلامت در جامعه مهاجرپذیر شهر قرچک در استان تهران و پیامدهای اجتماعی و جمعیت‌شناختی آن، تفاوت زیر شاخص‌های سبک زندگی سلامت محور در بین جنس و بر حسب تابعیت مورد سنجش قرار گرفت. در جدول ۷، نتایج آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین زیر شاخص سبک زندگی سلامت محور بر حسب جنس آمده است. همانطوری که مشاهده می‌شود نحوه‌گذران اوقات فراغت، نحوه مصرف دخانیات، تغذیه در بین مردان و زنان با توجه به سطح معناداری که کوچکتر از ۰,۰۵ است از نظر آماری تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. اما وضع زناشویی، امید اجتماعی، منزلت اجتماعی و شاخص کلی سلامت با توجه به این که سطح معناداری بزرگتر از ۰,۰۵ است تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۷: نتایج آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت زیر شاخص‌های سلامت در بین دو جنس

زیر شاخص	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری																																																																				
اوقات فراغت	زن	۱۵۲	۱,۹۱	۰,۴۴	-۴,۶۱	۳۸۰	۰,۰۰۱																																																																				
	مرد	۲۳۱	۱,۹۰	۰,۴۹				امید اجتماعی	زن	۱۵۱	۱,۷۵	۰,۵۷	۰,۸۵۰	۳۸۰	۰,۳۹۶	مرد	۲۳۱	۱,۷۷	۰,۴۹	منزلت اجتماعی	زن	۱۵۲	۲,۳۰	۰,۶۲	۰,۴۲۲	۳۸۱	۰,۶۴۷	مرد	۲۳۱	۲,۳۹	۰,۵۵	مصرف دخانیات	زن	۱۵۲	۱,۰۷	۰,۲۶	-۲,۴۷	۳۸۱	۰,۰۱۲	مرد	۲۳۱	۱,۲۱	۰,۵۲	تغذیه	زن	۱۵۲	۱,۹۸	۰,۶۲	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱	مرد	۲۳۱	۲,۱۷	۰,۵۵	نیاز به کمک	زن	۱۵۲	۱,۳۷	۰,۵۸	۱,۲۹۳	۳۸۰	۰,۱۹۷	مرد	۲۳۱	۱,۵۸	۰,۵۶	شاخص کلی	زن	۱۵۱	۱,۸۳	۰,۶۱	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶
امید اجتماعی	زن	۱۵۱	۱,۷۵	۰,۵۷	۰,۸۵۰	۳۸۰	۰,۳۹۶																																																																				
	مرد	۲۳۱	۱,۷۷	۰,۴۹				منزلت اجتماعی	زن	۱۵۲	۲,۳۰	۰,۶۲	۰,۴۲۲	۳۸۱	۰,۶۴۷	مرد	۲۳۱	۲,۳۹	۰,۵۵	مصرف دخانیات	زن	۱۵۲	۱,۰۷	۰,۲۶	-۲,۴۷	۳۸۱	۰,۰۱۲	مرد	۲۳۱	۱,۲۱	۰,۵۲	تغذیه	زن	۱۵۲	۱,۹۸	۰,۶۲	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱	مرد	۲۳۱	۲,۱۷	۰,۵۵	نیاز به کمک	زن	۱۵۲	۱,۳۷	۰,۵۸	۱,۲۹۳	۳۸۰	۰,۱۹۷	مرد	۲۳۱	۱,۵۸	۰,۵۶	شاخص کلی	زن	۱۵۱	۱,۸۳	۰,۶۱	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	مرد	۲۳۱	۲,۰۶	۰,۵۲								
منزلت اجتماعی	زن	۱۵۲	۲,۳۰	۰,۶۲	۰,۴۲۲	۳۸۱	۰,۶۴۷																																																																				
	مرد	۲۳۱	۲,۳۹	۰,۵۵				مصرف دخانیات	زن	۱۵۲	۱,۰۷	۰,۲۶	-۲,۴۷	۳۸۱	۰,۰۱۲	مرد	۲۳۱	۱,۲۱	۰,۵۲	تغذیه	زن	۱۵۲	۱,۹۸	۰,۶۲	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱	مرد	۲۳۱	۲,۱۷	۰,۵۵	نیاز به کمک	زن	۱۵۲	۱,۳۷	۰,۵۸	۱,۲۹۳	۳۸۰	۰,۱۹۷	مرد	۲۳۱	۱,۵۸	۰,۵۶	شاخص کلی	زن	۱۵۱	۱,۸۳	۰,۶۱	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	مرد	۲۳۱	۲,۰۶	۰,۵۲																				
مصرف دخانیات	زن	۱۵۲	۱,۰۷	۰,۲۶	-۲,۴۷	۳۸۱	۰,۰۱۲																																																																				
	مرد	۲۳۱	۱,۲۱	۰,۵۲				تغذیه	زن	۱۵۲	۱,۹۸	۰,۶۲	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱	مرد	۲۳۱	۲,۱۷	۰,۵۵	نیاز به کمک	زن	۱۵۲	۱,۳۷	۰,۵۸	۱,۲۹۳	۳۸۰	۰,۱۹۷	مرد	۲۳۱	۱,۵۸	۰,۵۶	شاخص کلی	زن	۱۵۱	۱,۸۳	۰,۶۱	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	مرد	۲۳۱	۲,۰۶	۰,۵۲																																
تغذیه	زن	۱۵۲	۱,۹۸	۰,۶۲	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱																																																																				
	مرد	۲۳۱	۲,۱۷	۰,۵۵				نیاز به کمک	زن	۱۵۲	۱,۳۷	۰,۵۸	۱,۲۹۳	۳۸۰	۰,۱۹۷	مرد	۲۳۱	۱,۵۸	۰,۵۶	شاخص کلی	زن	۱۵۱	۱,۸۳	۰,۶۱	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	مرد	۲۳۱	۲,۰۶	۰,۵۲																																												
نیاز به کمک	زن	۱۵۲	۱,۳۷	۰,۵۸	۱,۲۹۳	۳۸۰	۰,۱۹۷																																																																				
	مرد	۲۳۱	۱,۵۸	۰,۵۶				شاخص کلی	زن	۱۵۱	۱,۸۳	۰,۶۱	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	مرد	۲۳۱	۲,۰۶	۰,۵۲																																																								
شاخص کلی	زن	۱۵۱	۱,۸۳	۰,۶۱	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶																																																																				
	مرد	۲۳۱	۲,۰۶	۰,۵۲																																																																							

در جدول ۸، نتایج آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین زیر شاخص سبک زندگی سلامت محور بر حسب تابعیت آمده است نتایج آزمون تی نشان داد بین نحوه گذران اوقات فراغت، نحوه مصرف دخانیات و تغذیه در بین ایرانی‌ها و افغانستانی‌ها با توجه به سطح معناداری که کوچکتر از ۰,۰۵ است از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین وضع زناشویی، امید اجتماعی، منزلت اجتماعی و شاخص کلی سلامت با توجه به این که سطح معناداری بزرگتر از ۰,۰۵ است تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۸: نتایج آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت زیرشاخص های سلامت بر حسب تابعیت

زیر شاخص	ملیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری																																																																				
اوقات فراغت	ایرانی	۲۰۳	۱,۸۰	۰,۴۸	-۴,۱۶	۳۸۰	۰,۰۰۱																																																																				
	افغانستانی	۱۸۰	۲,۰۲	۰,۴۳				امید اجتماعی	ایرانی	۲۰۳	۱,۷۹	۰,۵۲	۰,۸۵۰	۳۸۰	۰,۳۹۶	افغانستانی	۱۷۹	۱,۷۴	۰,۵۲	منزلت اجتماعی	ایرانی	۲۰۳	۲,۳۷	۰,۵۸	۰,۴۲۲	۳۸۱	۰,۶۷۴	افغانستانی	۱۸۰	۲,۳۴	۰,۵۸	مصرف دخانیات	ایرانی	۲۰۳	۱,۱۰	۰,۳۶	-۲,۴۷	۳۸۱	۰,۰۱۲	افغانستانی	۱۸۰	۱,۲۲	۰,۵۱	تغذیه	ایرانی	۲۰۳	۱,۲۰	۰,۴۸	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱	افغانستانی	۱۸۰	۱,۹۷	۰,۶۶	نیاز به کمک	ایرانی	۲۰۳	۱,۵۳	۰,۶۰	۱,۲۹	۳۸۰	۰,۱۹۷	افغانستانی	۱۸۰	۱,۴۶	۰,۵۵	شاخص کلی	ایرانی	۲۰۳	۱,۹۷	۰,۵۵	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶
امید اجتماعی	ایرانی	۲۰۳	۱,۷۹	۰,۵۲	۰,۸۵۰	۳۸۰	۰,۳۹۶																																																																				
	افغانستانی	۱۷۹	۱,۷۴	۰,۵۲				منزلت اجتماعی	ایرانی	۲۰۳	۲,۳۷	۰,۵۸	۰,۴۲۲	۳۸۱	۰,۶۷۴	افغانستانی	۱۸۰	۲,۳۴	۰,۵۸	مصرف دخانیات	ایرانی	۲۰۳	۱,۱۰	۰,۳۶	-۲,۴۷	۳۸۱	۰,۰۱۲	افغانستانی	۱۸۰	۱,۲۲	۰,۵۱	تغذیه	ایرانی	۲۰۳	۱,۲۰	۰,۴۸	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱	افغانستانی	۱۸۰	۱,۹۷	۰,۶۶	نیاز به کمک	ایرانی	۲۰۳	۱,۵۳	۰,۶۰	۱,۲۹	۳۸۰	۰,۱۹۷	افغانستانی	۱۸۰	۱,۴۶	۰,۵۵	شاخص کلی	ایرانی	۲۰۳	۱,۹۷	۰,۵۵	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	افغانستانی	۱۷۹	۱,۹۷	۰,۵۸								
منزلت اجتماعی	ایرانی	۲۰۳	۲,۳۷	۰,۵۸	۰,۴۲۲	۳۸۱	۰,۶۷۴																																																																				
	افغانستانی	۱۸۰	۲,۳۴	۰,۵۸				مصرف دخانیات	ایرانی	۲۰۳	۱,۱۰	۰,۳۶	-۲,۴۷	۳۸۱	۰,۰۱۲	افغانستانی	۱۸۰	۱,۲۲	۰,۵۱	تغذیه	ایرانی	۲۰۳	۱,۲۰	۰,۴۸	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱	افغانستانی	۱۸۰	۱,۹۷	۰,۶۶	نیاز به کمک	ایرانی	۲۰۳	۱,۵۳	۰,۶۰	۱,۲۹	۳۸۰	۰,۱۹۷	افغانستانی	۱۸۰	۱,۴۶	۰,۵۵	شاخص کلی	ایرانی	۲۰۳	۱,۹۷	۰,۵۵	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	افغانستانی	۱۷۹	۱,۹۷	۰,۵۸																				
مصرف دخانیات	ایرانی	۲۰۳	۱,۱۰	۰,۳۶	-۲,۴۷	۳۸۱	۰,۰۱۲																																																																				
	افغانستانی	۱۸۰	۱,۲۲	۰,۵۱				تغذیه	ایرانی	۲۰۳	۱,۲۰	۰,۴۸	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱	افغانستانی	۱۸۰	۱,۹۷	۰,۶۶	نیاز به کمک	ایرانی	۲۰۳	۱,۵۳	۰,۶۰	۱,۲۹	۳۸۰	۰,۱۹۷	افغانستانی	۱۸۰	۱,۴۶	۰,۵۵	شاخص کلی	ایرانی	۲۰۳	۱,۹۷	۰,۵۵	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	افغانستانی	۱۷۹	۱,۹۷	۰,۵۸																																
تغذیه	ایرانی	۲۰۳	۱,۲۰	۰,۴۸	۳,۹۰	۳۸۱	۰,۰۰۱																																																																				
	افغانستانی	۱۸۰	۱,۹۷	۰,۶۶				نیاز به کمک	ایرانی	۲۰۳	۱,۵۳	۰,۶۰	۱,۲۹	۳۸۰	۰,۱۹۷	افغانستانی	۱۸۰	۱,۴۶	۰,۵۵	شاخص کلی	ایرانی	۲۰۳	۱,۹۷	۰,۵۵	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	افغانستانی	۱۷۹	۱,۹۷	۰,۵۸																																												
نیاز به کمک	ایرانی	۲۰۳	۱,۵۳	۰,۶۰	۱,۲۹	۳۸۰	۰,۱۹۷																																																																				
	افغانستانی	۱۸۰	۱,۴۶	۰,۵۵				شاخص کلی	ایرانی	۲۰۳	۱,۹۷	۰,۵۵	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶	افغانستانی	۱۷۹	۱,۹۷	۰,۵۸																																																								
شاخص کلی	ایرانی	۲۰۳	۱,۹۷	۰,۵۵	۰,۰۶۸	۳۸۰	۰,۹۴۶																																																																				
	افغانستانی	۱۷۹	۱,۹۷	۰,۵۸																																																																							

سنجش اثر متغیرهای زمینه‌ای جمعیت‌شناختی بر شاخص سبک‌زندگی سلامت‌محور سالمندان قرچک در جدول ۹ مدل رگرسیون چند متغیره برای سنجش اثر متغیرهای پیش بین سن، جنس، تعداد افراد خانوار، وضعیت زناشویی، محل تولد، سطح تحصیلات، قومیت، تعداد فرزندان، وضعیت سواد تابعیت، بر شاخص سبک‌زندگی سلامت‌محور مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد با توجه به سطح معناداری به دست آمده متغیرهای سطح تحصیلات، جنس و تعداد فرزندان بر شاخص سلامت موثر بوده‌اند و سایر متغیرها به دلیل نداشتن توان افزایش میزان R^2 معنادار نشده‌اند. مقدار واریانس تبیین شده متغیر سلامت توسط متغیرهای مستقل ۱۵ درصد بدست داده شده و مابقی تغییرات متغیر وابسته مربوط به سایر عوامل می‌باشد که در مدل نبودند.

جدول ۹ ضرایب استاندارد شده و استاندارد نشده رگرسیونی متغیرهای موثر بر شاخص سلامت

سطح معناداری	آزمون T	ضرایب استاندارد شده	ضریب استاندارد نشده		مدل
		مقدار (بتا)	انحراف معیار	b	
.۰۰۰	۲۵.۷۲۷	—	.۴۹۵	۱۲.۷۴۵	مقدار ثابت
.۲۹۵	-۱.۰۴۸	-.۰۵۶	.۰۱۳	-.۰۱۳	سن
.۰۰۰	۳.۶۱۸	.۱۸۷	.۱۶۰	.۵۶۸	جنس
.۵۲۴	-.۶۳۸	-.۰۴۷	.۰۰۴	-.۰۰۳	محل تولد
.۶۲۷	.۴۸۶	.۰۴۵	.۲۷۶	.۱۳۴	تابعیت
.۸۱۰	-.۲۴۰	-.۰۱۲	.۰۰۱	.۰۰۰	قومیت
.۳۰۱	-۱.۰۳۶	-.۰۷۴	.۲۷۹	-.۲۸۹	وضعیت سواد
.۰۰۲	۳.۱۲۰	.۱۹۹	.۰۳۳	.۱۰۲	سطح تحصیلات
.۳۶۴	-.۹۰۸	-.۰۵۰	.۰۹۶	-.۰۸۷	وضعیت زناشویی
.۷۴۰	-.۳۳۲	-.۰۱۹	.۲۶۷	-.۰۸۹	تعداد افراد خانوار
.۰۵۰	-۱.۹۶۵	-.۱۱۶	.۰۴۴	-.۰۸۷	تعداد فرزندان

قضاوت در مورد سهم هر یک از متغیرها در تبیین متغیر وابسته را باید به مقادیر بتا واگذار کرد، چرا که این مقادیر استاندارد بوده و امکان مقایسه بین متغیرها را فراهم می‌کنند. در بین متغیرهای معنادار شده سطح تحصیلات و جنس دارای بیشترین تأثیر بوده‌اند که تأثیر دو متغیر جنس و تابعیت در مطالعات آدامزو دیگران (۲۰۰۰)، استوکرت (۲۰۰۰)، بولاند (۲۰۰۰)، بالتروس (۲۰۰۲)، کالاجان (۲۰۰۵)، اونس (۲۰۰۶)، هنریتا (۲۰۰۶)، لی (۲۰۰۶)، سندرس (۲۰۰۸)، کیم (۲۰۰۹) تأیید شده است.

بحث و نتیجه گیری

شواهد جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که در حال حاضر جمعیت ایران به سرعت در حال انتقال سنی است و در اثر کاهش باروری و افزایش امید به زندگی به طور روز افزون به تعداد و درصد جمعیت میان سال و سالخورده افزوده می‌شود و از جمعیت نوجوان و جوان کاسته می‌گردد، نتایج پیش‌بینی جمعیت کشور توسط سازمان ملل با سناریوی رشد متوسط نشان می‌دهد که در سال ۲۰۴۵ در حدود ۷۰ درصد از جمعیت کشور در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله، ۱۴ درصد در گروه‌های سنی بالای ۶۵ سال و بقیه در گروه‌های سنی زیر ۱۵ سال قرار خواهند گرفت و نیز میانه سنی به حدود ۳۹ سال افزایش خواهد یافت. از این رو، ضروری است اقدامات مناسب در جهت حفظ و ارتقا، سطح سلامت این قشر به عمل آید.

همانطوری که اشاره شد شیوه زندگی، مشکلات مربوط به سلامت و دسترسی به امکانات پزشکی و مراقبت‌های پزشکی سالمندان در شهرهای مهاجرپذیر نظیر شهر قرچک مطلوب نیست. این مطالعه با هدف شناخت تعیین‌کننده‌های جمعیت‌شناختی سبک زندگی سلامت محور سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر شهر قرچک در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که شاخص سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان قرچک برحسب تعیین‌کننده‌های جمعیت‌شناختی آنها متفاوت بوده است. نتایج بررسی تفاوت میانگین‌ها نشان داد نحوه‌گذران اوقات فراغت، نحوه مصرف دخانیات، تغذیه در بین مردان و زنان با توجه به سطح معناداری که کوچکتر از ۰,۰۵ است از نظر آماری تفاوت معناداری داشت. اما وضع زناشویی، امید اجتماعی و منزلت اجتماعی و شاخص کلی سلامت با توجه به این که سطح معناداری بزرگتر از ۰,۰۵ است تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج مدل رگرسیون

چند متغیره نشان داد با توجه به سطح معناداری آماری به دست آمده، در بین متغیرهای معنادار شده سطح تحصیلات، جنس و تعداد فرزندان دارای بیشترین تاثیر بوده اند. مقدار واریانس تبیین شده متغیر سلامت توسط متغیرهای مستقل ۱۵ درصد بدست داده شده و مابقی تغییرات متغیر وابسته مربوط به سایر عوامل می باشد که در مدل نبودند. تأثیر متغیرهای سطح تحصیلات، جنس و درآمد در مطالعات آدامزو دیگران (۲۰۰۰)، استوکرت (۲۰۰۰)، بولاند (۲۰۰۰)، بالتروس (۲۰۰۲)، کالاجان (۲۰۰۵)، اونس (۲۰۰۶)، هنریتا (۲۰۰۶)، لی (۲۰۰۶)، سندرس (۲۰۰۸)، کیم (۲۰۰۹) تأیید شده است.

پیشنهادات و الزام‌های سیاستی

با توجه به اینکه در کشور ما در زمینه حمایت از سالمندان برنامه‌ای منسجم و هدفمند وجود نداشته است، به نظر می‌رسد که در ابتدا باید میان سازمان‌های متولی امور سالمندان انسجامی هماهنگ صورت پذیرد و ارتباط بین آنها به نحوی باشد که تمامی برنامه‌های مصوب این سازمان‌ها از قدرت اجرایی برخوردار گردد. به بیان دیگر می‌توان گفت که لازمه اجرایی شدن برنامه‌های مربوط به سالمندان این است که سازمان‌های مذکور در یک جهت حرکت نموده و از برنامه‌های مصوب یکدیگر حمایت نمایند. از جمله اقداماتی که می‌تواند در جهت بهبود وضعیت سالمندان در جامعه مؤثر باشد، ایجاد شبکه‌های حمایتی از سالمندان می‌باشد. به نحوی که این شبکه‌ها با تحت پوشش قرار دادن جامعه هدف و همچنین ارتباط مؤثر با سازمان‌های مرتبط با امور سالمندان، زمینه را در جهت باقی ماندن سالمندان در بطن جامعه فراهم سازند.

سازمان‌ها و شبکه‌های حمایتی سالمندان می‌بایست با برپایی مراسم نمادین در راستای سپاس‌داشت سالمندان، جایگاه سالمندان را در ذهن افراد جامعه بالاخص جوانان بازیابی نمایند. به نحوی که از سالمندان، به عنوان افرادی سرشار از تجربه و دانایی یاد شود. همچنین در این راستا باید برنامه‌هایی اتخاذ و اجرا گردد تا اینکه نه تنها ارتباط بین نسل جوان و سالمندان گسیخته نشود بلکه این ارتباط از انسجام و همبستگی بیشتری برخوردار شود. در یک جامعه متعادل و اسلامی، مردم در مورد سالمندان وظایف و مسئولیت‌هایی دارند که باید به آنها توجه کنند. احساس مسئولیت در قبال سالمندان، رعایت احترام

آنها و پاسداری و حمایت از منافع و مصالح ایشان، برآورده کردن توقعات و پذیرفتن آنان با رویی گشاده، قدرشناسی از آنها و ارج نهادن زحماتشان، مشارکت دادن ایشان در امور زندگی و جامعه، رعایت اصول انسانی در برخورد با آنها و گرمی داشت مقام ارزشمند سالمندان، وظایفی است که سرپیچی از آنها، نه تنها موجب خشم خداست، بلکه نظام حیات را هم دگرگون می‌کند. کوچک شمردن سالمندان ضمن آنکه نوعی نادانی به شمار می‌آید، در واقع نوعی خراب کردن بنایی است که آدمی خود در آن رشد یافته است. در راستای اجرای هر چه بهتر موارد فوق و با تأکید بر بنیان فرهنگی جوامع شرقی و اسلامی اقدامات عملی زیر پیشنهاد می‌گردد که می‌تواند در مقیاس سطح خرد شهر قرچک عملیاتی گردد:

احساس مسئولیت در قبال سالمندان، رعایت احترام آنها و پاسداری و حمایت از منافع و مصالح ایشان، برآورده کردن توقعات و پذیرفتن آنان با رویی گشاده، قدرشناسی از آنها در یک جامعه متعادل و اسلامی؛

تقویت نقش و حضور سالمند در خانواده و ایجاد نگرش مثبت و آموزش مهارت‌های روش برخورد و سلوک با سالمندان از طریق برنامه‌های آموزش خانواده به ویژه جوانان و نهادینه نمودن آن؛ ارتقاء منزلت اجتماعی سالمندان از طریق ایجاد نگرش مثبت در جوانان و سالمندان نسبت به یکدیگر از طریق آشنائی جوانان با وظایف خود و اجرای آنها و نیز تهیه برنامه‌های ویژه در این زمینه توسط رسانه ملی؛

کاهش اضطراب‌ها و فشارهای روحی و روانی از طریق ایجاد انجمن‌های خود همیار، اردوهای مسافرتی دسته جمعی، کلوپ‌های ویژه سالمندان و...

ایجاد زمینه دسترسی سالمندان به امکانات آموزشی، بهداشتی و تغذیه‌ای از طریق از میان بردن نابرابری اجتماعی و اقتصادی و دستیابی به سالمندی سالم و فعال؛

آینده‌نگری الگوی متناسب جمعیتی و تدوین برنامه اقتصادی و اجتماعی خاص سالمندان در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی پنج‌ساله کشور؛

آینده‌نگری الگوی متناسب جمعیتی و اتخاذ سیاست‌های تعدیل ساختار سنی جمعیت برای دستیابی به یک سطح باروری مطلوب و متناسب با رشد جمعیت سالمند در کشور؛

منابع:

- ازکیا، مصطفی و دیگران (۱۳۸۳)، روش‌های کاربردی تحقیق، تهران: انتشارات کیهان.
- امانی، مهدی (۱۳۸۰)، «جمعیت‌شناسی عمومی ایران» تهران: انتشارات سمت چاپ اول، ص ۷۷.
- ترکاشوند، محمد، (۱۳۸۹)، بررسی روندهای گذشته و چشم‌انداز آینده جمعیت ایران در دوره زمانی ۱۴۳۰-۱۳۳۰: پایان‌نامه کارشناسی رشته علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی‌سیناای همدان، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، گروه علوم اجتماعی.
- زاهدی اصل، محمد (۱۳۸۱)، مبانی رفاه اجتماعی، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- زارع، بیژن و همکاران (۱۳۹۴) تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای سبک‌زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران سال هشتم شماره ۱۶.
- زنجانی حبیب الله (۱۳۸۳) تحول جمعیتی و پیامدهای مسئله آفرین آن (مجموعه مقالات) تهران.
- جهانفر، محمد، (۱۳۷۴)، جمعیت‌شناسی عمومی، مرکز چاپ و انتشارات پیام نور.
- ساروخانی، باقر (۱۳۷۲)، روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی، اصول و مبانی، تهران: موسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی، چاپ اول.
- کرد زنگنه، جعفر (۱۳۸۵) کیفیت زندگی و سلامت سالمندان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- ویکس، جان (۱۳۸۵). جمعیت: مقدمه‌ای بر مفاهیم و موضوعات. ترجمه‌ی الهه‌ی میرزایی، تهران: انتشارات موسسه‌ی عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.
- محمودی، محمد جواد، محمود مشفق و نادر مطیع حق‌شناس (۱۳۹۱)، «چشم‌انداز تحولات جمعیت ایران: ضرورت تجدیدنظر در سیاست‌های جمعیتی»، فصلنامه مطالعات راهبردی زنان، شماره ۵۵، صص ۱۵۱-۱۷۲.
- مرکز آمار ایران، سالنامه آماری در سالهای سرشماری ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵، تهران.
- مطیع حق‌شناس، نادر (۱۳۸۹)، تحلیل ابعاد جامعه‌شناختی سالخوردگی جمعیت و چالش سالمندی فعال در ایران، فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی ایران، شماره ۲، صص ۱۳۳-۱۴۸.
- مطیع حق‌شناس، نادر (۱۳۹۱)، ارزیابی سیاست‌های اجتماعی- جمعیتی سالمندی فعال در

ایران و چالش‌های فرا رو، فصلنامه معرفت فرهنگی، اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱، صص ۱۰۱-۱۲۰.

-مطیع حق‌شناس، نادر، (۱۳۸۴)، بررسی ابعاد سالخوردگی جمعیت در ایران و زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آن، طرح مصوب شورای پژوهشی مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، تهران.

-مطیع حق‌شناس، نادر، (۱۳۸۵)، نگاهی به وضع موجود و آینده احتمالی جمعیت و توسعه در جهان، ایران و کشورهای همسایه آن در آستانه هزاره سوم میلادی، گزارش فنی مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، تهران.

-مهریار، امیر هوشنگ و همکاران، (۱۳۸۶)، نشست تخصصی بررسی ابعاد سالخوردگی جمعیت در ایران: گفتگوی سیاستی درباب سالمندان، تهران.

-میرخانی، سیدرضا (۱۳۹۴)، مولفه‌های جمعیتی و اجتماعی سبک زندگی سلامت محور بازنشستگان هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران (هما)، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

-میرزائی، محمد و همکاران (۱۳۸۲)، بررسی و تحلیل مسائل و چالش‌های جمعیتی ایران و پیامدهای آن، کمیسیون جمعیت و چالش‌های اجتماعی، شورای عالی انقلاب فرهنگی، تهران.

-Abbasi shavazi:Mj. and peter McDoald(2006), Fertility Decline in the Islamic Republic of Irani 1972-2000, Asian population studies, 2:3

-Abbasi shavazi, Mj, McDonald,(2005) «National and provintional-level Fertility Trend in Iran, 1972-2000» working paper in Demography no, 94, Australian Natinal university

-Bongaart «john , 2004 ,Population aging and The Rising cost of public pensions», working paper, no.185.

-Adonis A, Stephen P. The Myth of Britain» Classless Society. 2th ed. London: Penguin; 2010. P.11 - 15.

-Mohammad Nabi M. social health and its domains: social health with individuals-oriented in society.The institute of improving of women's life. 2008. Available from: www.riwl.org/farsi/faeducation/social health. Accessed 3 April 2013. [In Persia]

-Kaviani M. The quantification and measurement of Islamic life style. Ravanshenasi va Din. 2011; 4(2:27- 44). [In Persian]

-Bourdieu P. The forms of capital in Handbook of theory and research for the sociology of education, Newyork: Greanwood; 2008: P.241- 25.

- Cockerham D, William P, Hinotea G, Pamela A, Christian H. Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Sci &Med*. 2012; 4(7): 1409-1421.
- Derek F, DeWaal S. Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage. *Iran SBJ*. 2008; 4(4): 43- 45.
- Demers F, Andree N, Sylvia K, Edward M, Alain M. Multilevel Analysis of Situational Drinking among Canadian Under-graduates. *SSM*. 2010; 15(1): 415 - 24.
- FishbeinM, JaccardJ, Davidson A, Ajzen I, Loken B. Predicting and understanding family planning behaviors: beliefs, attitudes, and intentions. *NJ journal*. 2010; 7(8): 130 - 140.
- Gillis A. The relationship of definition of health, perceived health status, self-efficacy, parental health promoting lifestyle and selected demographics to health-promoting lifestyle in adolescent females. *Blackwell publishing LTD J*. 2013; 23(2): 578 - 588.
- Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL. Disease control priorities in developing countries. *Oxford University Press*. 2009; 66(3): 632 - 640.
- Jarvis Z, Martin J, Jane W. *Social Patterning of Individual Health Behaviours: The Case of Cigarette Smoking in Social Determinants of Health*. Thesis. United Kingdom: Oxford University Press; 1999:240
- Kay W. *Determinants of Health Promoting Behaviors in Older Adults*. Thesis. Grand Valley University of Nebraska lincoln; 2009: 11 - 18.
- Samimi R, Masrur D. Relation of lifestyle and general health of students. *Iran J Nurs*. 2012; 19(48): 12 - 20. [In Persian]
- Riahi M. A comparative study of gender differences in the dietary habits of students in Iran and India.