

سالمندی سالم؛ تحلیل مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

مردان و زنان سالمند در شهر شیراز

مجید موحد (دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران)

mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

حلیمه عنایت (دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران)

henayat@rose.shirazu.ac.ir

نسبیه زنجری (دانشجوی دکتری سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران، نویسنده مسؤل)

na.zanjari@uswr.ac.ir

چکیده

مقاله پیش رو با استفاده از داده‌های حاصل از پیمایش نمونه‌ای و اجرای «پرسشنامه ساخت‌یافته» در میان سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ به بررسی مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان و مردان سالمند و تبیین تفاوت‌های جنسیتی بر اساس مشخصه‌های اجتماعی و جمعیتی می‌پردازد. نتایج تحلیل‌های دو متغیره بیانگر تفاوت معنادار بین مردان و زنان سالمند در چهار بُعد از شش بُعد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت است؛ زنان در ابعادی نظیر مسؤلیت سلامت و روابط بین فردی و در مقابل مردان در ابعاد مدیریت استرس و فعالیت جسمانی نمره بالاتری را کسب کردند. در دو بُعد تغذیه و رشد روحی تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده نشد؛ علاوه بر این، وضعیت سلامت خودادراک و خودکارآمدی سلامت زنان در سطح پایبندی در مقایسه با مردان بوده است. نتایج تحلیل چندمتغیره با استفاده از آزمون تحلیل طبقه‌بندی چندگانه نشان داد که بعد از کنترل متغیرهای اقتصادی و اجتماعی (تحصیلات، اشتغال، و درآمد) جنسیت به‌طور محسوس و معناداری سبک زندگی ارتقای سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و زنان میانگین نمره بالاتری را در شاخص سبک زندگی ارتقای سلامت خواهند داشت. به‌طور خلاصه، نتایج مطالعه نشان داد جدای از ابعاد زیست‌شناختی متفاوت زن و مرد، شرایط اجتماعی نابرابر، رفتارهای سلامت متفاوتی را برای زنان و مردان به‌همراه دارد.

کلیدواژه‌ها: جنسیت، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، خودکارآمدی سلامت، تحلیل طبقه‌بندی چندگانه، سالمندان.

۱. مقدمه

ایران در بستر تحولات جمعیتی دو دهه گذشته به ویژه کاهش باروری با تغییرات چشمگیر ساختار سنی مواجه بوده است. در این فرآیند نوعی انتقال از ساختار سنی جوان به ساختار سالخورده شکل می‌گیرد و در چند دهه آینده سالمندان بخش قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. در این شرایط که سالمندان به وزنه جمعیتی قابل توجهی تبدیل خواهند شد، واکاوی ابعاد مختلف زندگی آنها، به ویژه مبحث سلامت از اهمیت زیادی برخوردار شده است. در همین چارچوب است که مبحث «سالمندی سالم» هم در زندگی روزمره و هم در دنیای آکادمیک و سیاست‌گذاری اهمیت یافته است که به دنبال تغییر دوران آخر زندگی برای تمدید پایان میانسالی به جای یک زندگی دردناک است. در اینجاست که سالم‌زیستن و سالم‌ماندن اهمیت یافته و سبک زندگی نقش و جایگاه کلیدی خود را نشان می‌دهد. یکی از مهم‌ترین گروه‌های هدف در برنامه‌های ارتقای سلامت، سالمندان هستند. ویژگی‌های خاص زیست‌شناختی دوران سالمندی و تصورات جامعه از افراد سالمند، خود نقطه عطف بین ارتقای سلامت و سالمندی است که در آن پیرشدن به عنوان یک مسأله اجتماعی ظهور می‌کند.

مقاله حاضر از رویکرد ارتقای سلامت که از سال ۱۹۷۰ در جامعه‌شناسی سلامت شکل گرفت، به کندوکاو این مسائل می‌پردازد. در این رویکرد، سلامت به‌عنوان «شیوه زندگی» و پیشگیری در مقابل درمان بیماری مطرح شد. جامعه‌شناسی سلامت نیز در طول ۱۵ سال گذشته به همین منظور توسعه یافته است تا سبک زندگی، مصرف و خطرپذیری را بررسی کند.

سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، که محور این مطالعه است، الگوی چندبعدی از کنشی خودآغاز و ادراکات فردی برای حفظ و کنترل سطوح سلامت، خودشکوفایی و رضایتمندی است (کورتز^۱، ۱۹۹۶: ۸). یکی از ابعاد مهم و کلیدی ارتقای سلامت ایجاد رابطه بین سلامت، زندگی سالم و سالمندی مثبت و موفقیت‌آمیز در دوران سوم زندگی (دوره سالمندی) است. اهمیت مطالعه این

1. Healthy ageing
2. kurtz

موضوع برخاسته از روند سالخورده‌گی جمعیت، ظهور و اوج بیماری‌های مزمن در این دوران، و مبارزه با اثرات شدید وضعیت بیولوژیکی افراد در دوران سالمندی است.

یکی از بسترهای مهم و تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقای سلامت، جنسیت است. مطالعه‌ای اینک که زنان و مردان چگونه تجارب سلامت و ابعاد سبک زندگی سالم خود را شکل می‌دهند، به دو دلیل مهم و اساسی است: نخست، برای گسترش حساسیت توجه به تفاوت‌های زنان و مردان، دوم، به عنوان وسیله‌ای برای ارتقای سلامت و مشارکت زنان در تمام مراحل برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و رفاهی (تئوبالد^۱، السی^۲ و توهارتس^۳، ۲۰۰۴: ۶۲). تفاوت جنسیتی در سبک زندگی سلامت‌محور در دوران سالمندی، انباشتی و در طول زندگی شکل می‌گیرد (چیلو و هاچیسون، ۲۰۱۰: ۲۱۳).

بدین ترتیب، افزایش بیماری‌ها و مسائل بهداشتی در دوران سالمندی از یک سو و انباشته‌شدن نابرابری‌های جنسیتی در طول دوران زندگی از سوی دیگر، بررسی تفاوت‌های زنان و مردان سالمند در رفتارهای سلامت را به عنوان یک مسأله اجتماعی مطرح می‌سازد. از این رو، این مقاله به دنبال تحلیل جنسیتی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت سالمندان و ابعاد مختلف آن است و اینکه مردان و زنان سالمند تا چه اندازه در زندگی خود رفتارهای ارتقای سلامت را دنبال می‌کنند. در این راستا این سه پرسش مطرح می‌شود: ۱- سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بین زنان و مردان سالمند چه تفاوتی دارد؟ ۲- مسیر تأثیرگذاری جنسیت بر روی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت سالمندان چگونه است؟ ۳- در این مسیر عوامل اقتصادی و اجتماعی چه نقشی دارند؟

۲. مبانی نظری تحقیق

در زمینه مطالعات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت سالمندان سه دسته از رویکردها را می‌توان بررسی کرد: رویکردهایی که به طور کلی مفهوم سبک زندگی سالم را برای تمام گروه‌های سنی مطرح می‌کنند. کاکرام^۴ (۲۰۰۴) بر این باور است که سبک زندگی سالم، مجموعه انتخاب‌هایی است که فرد بنا بر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند و این انتخاب‌ها برآمده از موقعیت ساختاری و فردی

1. Theobald

2. Elsey

3. Tolhurst

4. Cockerham

هستند. وی جنسیت را نیز در کنار سایر عوامل نظیر پایگاه‌های اقتصادی-اجتماعی، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، قومیت و نژاد، محدوده‌های ساختاری می‌داند که می‌تواند انتخاب‌های افراد را با محدودیت مواجه کند. بر این اساس، سبک‌های زندگی سلامت‌محور، الگوهای جمعی از رفتار مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخاب‌هایی که طبق فرصت زندگی در دسترس مردم است، متکی هستند (قاسمی، ربانی، ربانی و علیزاده، ۱۳۸۷: ۱۸۵-۱۸۴). کاکرام سبک‌های زندگی را به دو دسته منفی (نظیر رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، سیگارکشیدن، اعتیاد، مصرف بالای چربی، تغذیه برای سیری شکل و رژیم غذایی نامتعادل، خود را در معرض شرایط استرس‌زا قرار دادن، عدم استفاده از کمربند ایمنی در رانندگی و غیره) و مثبت (رفتارهای جنسی ایمن، ورزش و تفریح کافی، تغذیه برای سیری سلول، و غیره) تقسیم می‌کند (قاضی طباطبایی، دروتی و ودادهیر، ۱۳۸۵: ۱۴۸-۱۴۹).

دسته دیگر از رویکردها با مفهوم سالمندی سالم شکل گرفته است: فرآیندی که فرصت‌ها را برای سلامت، مشارکت و امنیت در راستای کنترل کیفیت زندگی افرادی که سالمند می‌شوند، مطلوب ساخته و می‌پذیرد که افراد در طول دوره زندگی توانایی‌های بالقوه خود را برای بهزیستن روانی، اجتماعی و فیزیکی درک کنند. در این رویکرد مفاهیمی مانند خودکارآمدی (توانایی عمل به رفتار و رسیدن به اهداف خاص)، کنترل ادراک‌شده (توانایی یک فرد در ایجاد تغییر) مطرح می‌شود که از رفتار شکل گرفته و بر رفتار نیز تأثیر می‌گذارند (پوتمپا^۱، کاترین^۲، بوتورث^۳، فلهرتی^۴ و گاینور^۵، ۲۰۱۰ و رنهان^۶ و همکاران، ۲۰۱۲).

دسته سوم (که محور این مطالعه است) حیطه گسترده‌ای در ارتباط با رفتار و سبک زندگی ارتقا-دهنده سلامت است که مدل‌های نظری متعددی در ارتباط با آن شکل گرفته و برای گروه سنی سالمندان نیز کاربرد فراوانی دارد. معروفترین آنها «مدل باورهای سلامت رفتار» (بکر، ۱۹۷۴) و «مدل

-
1. Potempa
 2. Kathleen,
 3. Butterworth
 4. Flaherty
 5. Gaynor
 6. Renehan

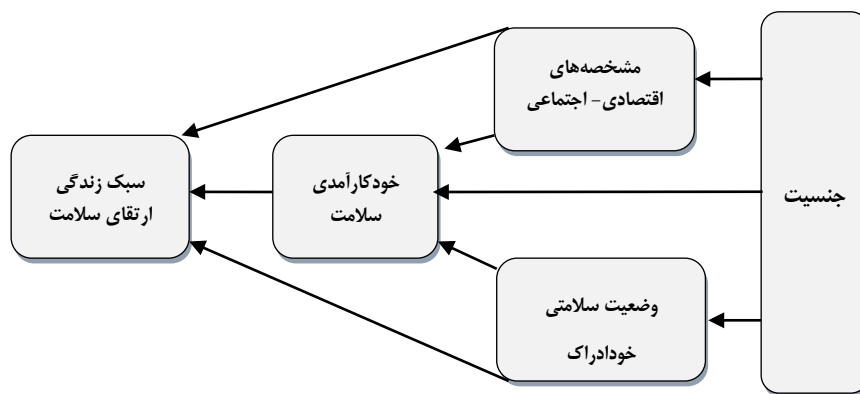
ارتقای سلامت^۱ (پندر^۲، ۱۹۸۷) است. در مقاله حاضر برای بررسی سبک‌های زندگی ارتقادهنده سلامت از مدل ارتقای سلامت پندر (HPM) به دلیل کامل بودن و در نظر گرفتن ارتباط فرد و محیط استفاده شده است. مدل پندر بر اساس تئوری یادگیری اجتماعی شکل گرفته است. در این رویکرد عوامل بیرونی تأثیرگذار بوده و برای افزایش سطح خودکارآمدی باید منابع، حمایت و اطمینان فردی افزایش یابد. فرض بر این است که افراد در پی ایجاد موقعیت‌هایی در زندگی هستند تا از طریق آنها پتانسیل منحصر به فرد خود را در مورد سلامتی ابراز کنند، آنان در تمام پیچیدگی‌های روانشناختی-زیستی خود با محیط کنش متقابل دارند، در طول زمان تدریجاً محیط را تغییر می‌دهند و تحت تأثیر محیط نیز تغییر می‌یابند. رفتارهای مقدم و شخصیت اکتسابی و انتسابی بر باورها، نتیجه و رفتارهای ارتقای سلامت تأثیر می‌گذارد. شایستگی‌های ادراک شده یا خودکارآمدی نیز در اجرای رفتاری معین، احتمال تعهد به کنش و اجرای واقعی رفتار را افزایش می‌دهد (پندر، موردوک^۳ و پارسونز^۴، ۲۰۰۶).

جنسیت، یکی از بسترهای اجتماعی شکل‌گیری سبک زندگی ارتقای سلامت است. سبک زندگی یک نوع انتخاب است که درون بسترها و محدوده‌های ساختاری از جمله جنسیت و موقعیت اقتصادی-اجتماعی رخ می‌دهد. در واقع، جنسیت یک نظام چندلایه و چندسطحی است که در سطوح فردی، تعاملی و نهادی عمل می‌کند. بر این اساس، در جامعه‌شناسی سه رویکرد فردگرایانه^۵، تعامل‌گرایانه^۶، و نهادگرایانه^۷ برای تبیین تفاوت‌های جنسیتی در رفتارها و سبک‌های زندگی سلامتی مطرح شده است.

در رویکرد فردگرایانه بر جامعه‌پذیری جنسیتی^۸، فرآیندی که افراد از طریق آن جنسیتی می‌شوند، تأکید دارد. افراد در بستر این فرآیند یاد می‌گیرند که به عنوان مرد یا زن چه انتظاراتی از آنها هست و همچنین، چگونه مشخصه‌های مردانه و زنانه خود را بروز دهند. سه تئوری عمده جامعه‌پذیری؛ یعنی

1. Health promoting model
2. Pender
3. Murdaugh
4. Parsons
5. Individualist
6. Interactionalist
7. Institutionalist
8. Gender Socialization

تئوری‌های یادگیری اجتماعی، شناختی و هویتی - هر کدام تلاش در تبیین این موضوع دارند که چگونه افراد مشخصه‌هایی را که جامعه برای مردان و زنان مناسب می‌داند، یاد می‌گیرند (وارتون، ۲۰۰۵: ۳۹). رویکرد تعامل‌گرایی بر این باور است که روابط و تعاملات اجتماعی منجر به تمایزات جنسیتی می‌شود. درنهایت، رویکرد نهادی جنسیت را به‌عنوان بُعدی از ساختار و فرهنگ اجتماعی می‌داند و بر این باور است که جامعه‌پذیری جنسیتی در مقایسه با مشخصه‌های ساختار اجتماعی از اهمیت کمتری در تبیین تمایزات جنسیتی برخوردار است (همان: ۷۰). از این رو، رویکردهای مذکور این نکته را روشن می‌سازند که نابرابری‌ها و تفاوت‌های جنسیتی ناشی از عوامل فردی، موقعیتی و به‌ویژه ساختاری هستند.



شکل ۱- مکانیزم اثرگذاری جنسیت بر سبک زندگی ارتقای سلامت

با توجه به مفاهیم و رویکردهای مذکور، مدلی به صورت شکل (۱) طراحی شده که نشان می‌دهد تفاوت‌های جنسیتی در مشخصه‌های اقتصادی و اجتماعی، وضعیت سلامتی و خودکارآمدی سلامت، خود را در سبک زندگی ارتقای سلامت نشان می‌دهد؛ به عبارت دیگر، تفاوت‌های جنسیتی در سبک زندگی ارتقای سلامت تا اندازه زیادی از طریق مشخصه‌های اقتصادی و اجتماعی نظیر تحصیلات، اشتغال و درآمد و شرایط سلامتی تبیین می‌شود.

۱.۲. پیشینه تحقیق

از دهه ۱۹۷۰ به‌ویژه در امریکا و اروپای غربی، دانشمندان علوم اجتماعی و رفتاری نگاهی موشکافانه به تأثیر جنسیت بر وضعیت سلامتی و نیز تفاوت جنسیتی رفتارهای مرتبط با سلامت

افکنده‌اند. این نگرش و علاقه به تحلیل تفاوت‌های جنسیتی در سلامتی، بر اثر دو عامل؛ یکی موج دوم فمینیسم و دیگری توجه روزافزون به نابرابری‌های موجود در وضعیت بهداشت و سلامتی گروه‌های مختلف در جامعه فزونی یافت (ریاحی، ۱۳۸۴: ۱۰۳).

زنان و مردان به‌طور متفاوت در رفتارهای پرخطر سلامتی درگیر می‌شوند؛ برای مثال مردان بیشتر به مصرف الکل تمایل دارند و درمقابل، افسردگی در زنان بیشتر دیده می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که در تغذیه اختلال در خوردن در زنان بیش از مردان است؛ اما خودکشی در مردان بیشتر از زنان است (پاتل^۱، ۲۰۰۵: ۲۸). مردان به سبک‌زندگی سالم کمتر از زنان توجه می‌کنند (مور^۲، ۲۰۱۰: ۹۶). البته تحقیقات در این زمینه بر متغیرهای خاصی؛ مانند توجه به پیشنهادات پزشکی متمرکز شده و به بررسی تغییرات جسمی نپرداخته‌اند. متخصصان اپیدمیولوژی نیز بیان می‌کنند که مردان امید زندگی کمتری دارند؛ اما زنان در طول زندگی بیشتر بیمار می‌شوند. در این زمینه بعضی از محققان می‌گویند بدن زن ماهیتاً بیمارگونه نیست؛ بلکه بیشتر بیمارشدن زنان به دلیل کار بدون مزد و مواجه در خانه است (همان: ۹۷). از این‌رو، زنان گزارش بیماری بیشتری نسبت به مردان می‌دهند؛ اما عمر طولانی‌تری دارند و با توجه به سایر مطالعات زنان نیز بیشتر از مردان به رفتارهای ارتقای سلامت توجه می‌کنند (چیلو و هاجیسون^۳، ۲۰۱۰: ۲۱۱).

علاوه بر این‌ها، تأثیر جنسیت بر رفتارها و سبک‌های زندگی ارتقای سلامت سالمندان در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است؛ برای مثال، سگال^۴، دموس^۵ و کروننفلد^۶، ۲۰۰۳؛ ونبوتمر^۷ و فریدلوند^۸، ۲۰۰۵؛ اوستلین^۹، اکرمین^{۱۰}، میشر^{۱۱}، نکووان^{۱۲} و

1. Patel
2. Moore
3. Chiello and Hutchison
4. Segal
5. Demos
6. Kronenfeld
7. Von Bothmer
8. Fridlund
9. Ostlin
10. Eckermann
11. Mishra
12. Nkowane

والستام^۱، ۲۰۰۶؛ نولن هوکسما^۲، ۲۰۰۶؛ بودسا^۳، ارین^۴ و لورن^۵، ۲۰۰۸). نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که تفاوت‌های جنسیتی در سبک‌های زندگی سلامتی از یک‌سو ناشی از جامعه‌پذیری متفاوت دو جنس و فرهنگ بهداشتی متفاوت آنهاست و از سوی دیگر ناشی از تفاوت‌های جنسیتی در دسترسی به منابع، قدرت و خدمات بهداشتی است.

در تحقیقات انجام‌گرفته در ایران، سلامت سالمندان به‌طور کلی مورد بررسی قرار گرفته و به تحلیل جنسیتی وضعیت و رفتارهای سلامتی پرداخته نشده است (حییبی سولا، نیکپور، سیداشهدایی و حقانی، ۱۳۸۷؛ صالحی، افتخار اردبیلی، تقدیس، جزایری، رشیدیان و شجاعی‌زاده، ۱۳۸۷). با این حال، در برخی مطالعات (قاسمی، ربانی، ربانی و علیزاده، ۱۳۸۷؛ ریاحی، ۱۳۸۷) با اینکه گروه هدفشان سالمندان نبوده؛ اما به بررسی تأثیر جنسیت در کنار سایر متغیرهای اقتصادی و اجتماعی بر سبک زندگی سلامت‌محور پرداخته‌اند؛ برای مثال، ریاحی (۱۳۸۷) در بررسی تفاوت‌های جنسیتی در دانش و باورهای مرتبط با سلامتی و اثرات آن بر رفتار مرتبط با سلامتی در بین دانشجویان ایرانی (دانشگاه مازندران) و دانشجویان هندی (در دانشگاه پنجاب)، به این نتیجه رسید که زنان دانشجوی در مقایسه با هم‌تایان مرد باورهای بهداشتی مثبت‌تری داشتند و از آگاهی بیشتری در زمینه اهمیت برخی از رفتارها برای حفظ و ارتقای سلامتی‌شان برخوردار بودند. شارع‌پور، دادهیر و قربان‌زاده (۱۳۸۹) نیز در تحلیل جنسیتی تصادفات با تأکید بر مفهوم سبک زندگی سالم در میان جوانان شهر تهران به این نتیجه رسیدند که میانگین میزان تصادف در میان زنان به مراتب کمتر از مردان است. همچنین، زنان در مقایسه با مردان تمایل کمتری به رانندگی پرخطر دارند و از سبک زندگی سالم‌تر یا مثبت‌تری برخوردارند.

از این رو، بررسی مطالعات پیشین بیانگر وجود یک سری خلأهای تحقیقاتی است؛ مطالعات انجام‌گرفته بیشتر در چارچوب مدل باورهای بهداشتی بوده و کمتر از مدل سبک زندگی ارتقای سلامت استفاده کرده‌اند. در زمینه تحلیل جنسیتی سبک زندگی ارتقای سلامت سالمندان در ایران نیز

1. Wallstam
2. Nolen-Hoeksema
3. Budesá
4. Erin
5. Lauren

مطالعه‌ای صورت نگرفته است. بر این اساس، در این مقاله به دنبال بررسی تفاوت‌های زنان و مردان سالمند در رفتارهای ارتقادهنده سلامت هستیم.

۳. روش تحقیق

مقاله پیش رو با استفاده از داده‌های حاصل از پیمایش نمونه‌ای و اجرای «پرسشنامه ساخت یافته» در میان سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر شهر شیراز در تیرماه ۱۳۹۰ به آزمون فرضیه وجود تفاوت‌های جنسیتی در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و تبیین آن بر اساس مشخصه‌های ساختاری و وضعیتی می‌پردازد. جامعه آماری تحقیق بر اساس برآوردهای جمعیتی برابر با ۸۶۴۴۴ نفر سالمند ۶۰ ساله و بالاتر بوده است. با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه معادل ۳۸۲ نفر به دست آمد که برای اطمینان بیشتر تعداد نمونه را ۴۰۰ نفر در نظر گرفتیم. از این تعداد ۵۱/۲ درصد (۲۰۵ نفر) مرد و ۴۸/۸ درصد (۱۹۵ نفر) زن بوده‌اند. ترکیب جنسی افراد نمونه با ترکیب جنسی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر شهر شیراز در سرشماری ۱۳۸۵ منطبق بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸).

شیوه نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای چندمرحله‌ای بوده است؛ ابتدا تعداد و نسبت سالمندان در مناطق هشت‌گانه شهر شیراز مشخص و تعداد نمونه بر اساس سهم جمعیتی در درون مناطق توزیع شد. بعد از مشخص شدن تعداد نمونه برای هر کدام از مناطق، به صورت تصادفی در هر منطقه دو یا سه محله انتخاب و برای گردآوری داده‌ها وارد میدان تحقیق شدیم. در درون محله‌ها به شیوه تصادفی سیستماتیک به درب منازل مراجعه و خانواده‌های دارای سالمند ۶۰ ساله و بالاتر را شناسایی و با آنها مصاحبه کرده و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردیم. اعتبار ابزار اندازه‌گیری با استفاده از ملاک‌های اعتبار صوری (مشورت با اساتید)، اعتبار تجربی (اجرای پیش‌آزمون) و اعتبار آماری (ضریب آلفای کرونباخ) بررسی شد.

«سبک زندگی ارتقادهنده سلامت» به‌عنوان متغیر وابسته مطالعه؛ عبارت از یک الگوی چندبعدی از کنش خودآغاز و ادراکات است که برای نگهداشت و کنترل سطوح سلامتی، خودشکوفایی و رضایتمندی فرد است (کدوان، ۱۹۹۶: ۸). برای سنجش آن از پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده

سلامت ۱۲ پندر (۱۹۸۷) در شش بُعد مسؤولیت سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد روحی^۲، روابط بین فردی و مدیریت استرس استفاده کردیم. با توجه به گروه هدف مطالعه؛ یعنی سالمندان، شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه، نتایج مطالعات پیشین (مروتی، ۱۳۸۴) و همچنین، نتایج پیش-آزمون از ۲۱ گویه پرسشنامه پندر برای سنجش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت سالمندان استفاده شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ این شاخص ۰/۸۴ به دست آمد که همسانی درونی بالا و قابل قبول گویه‌ها را در سنجش شاخص نشان می‌دهد.

با توجه به اینکه هدف مقاله جنسیت به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد و تأثیر آن بر سبک زندگی ارتقای سلامت بدون کنترل و با کنترل سایر متغیرهای زمینه‌ای تأثیرگذار مورد بررسی قرار گرفت. متغیرهای سن، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات، میزان درآمد ماهانه خانوار و ترتیبات زندگی (نحوه زندگی؛ به‌تنهایی یا با همسر و فرزندان) به عنوان متغیرهای زمینه‌ای در نظر گرفته شده‌اند که در این مقاله بیشتر نقش متغیر آزمون و کنترلی دارند؛ به علاوه، از دو متغیر وضعیت و خودکارآمدی سلامت ادراک شده نیز به‌عنوان متغیر کنترل استفاده شد.

وضعیت سلامتی ادراک شده، ارزیابی ذهنی وضعیت فعلی فرد از سلامت خودش است (تایگ^۳، ۱۹۹۹: ۷). این شاخص به ارزیابی وضعیت سلامت جسمی، روانی و عمومی پاسخگویان بر اساس سه گویه به صورت خوداظهاری می‌پردازد. مقدار آلفای کرونباخ برای این شاخص برابر با ۰/۸۹ بوده است. خودکارآمدی سلامتی ادراک شده، به ارزیابی باور سالمندان درباره توانایی آنان برای انجام رفتارهای ارتقای سلامت می‌پردازد. برای سنجش این شاخص از پرسشنامه اسمیت^۴، والتسون^۵ و اسمیت (۱۹۹۵) در قالب ۸ گویه استفاده شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای این شاخص برابر با ۰/۸۳ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی بالا و قابل قبول گویه‌ها در سنجش شاخص مذکور است.

-
1. HPLP2
 2. Spiritual growth
 3. Tighe
 4. Smith, waltson, smit
 5. Walltson

شیوه آماری مورد استفاده در تحلیل رابطه جنسیت و سبک زندگی ارتقای سلامت، مبتنی بر کنترل آماری است. در واقع، علاوه بر بررسی روابط دومتغیره، با استفاده از آزمون چندمتغیری «تحلیل طبقه‌بندی چندگانه» (آندرو، مورگان، سونکیوست و کلیم، ۱۹۷۳) به بررسی رابطه جنسیت و سبک زندگی ارتقای سلامت با کنترل و ثابت‌نگه‌داشتن اثرات سایر متغیرها (متغیرهای آزمون) می‌پردازیم. تحلیل طبقه‌بندی چندگانه (MCA) تکنیک آماری بسیار مناسب؛ اما کمتر استفاده‌شده برای ارزیابی ارتباط میان متغیرهای مستقل و وابسته است. این آزمون نوعی رگرسیون متغیرهای تصنعی است، البته با وجود مشابهت‌های زیاد این تکنیک آماری با رگرسیون چندگانه، آن از یک سو نیازمند پیش-فرض‌های دشوار رگرسیون چندگانه نیست و از سوی دیگر، اطلاعات بیشتری را در مورد ارتباط با متغیرهای مستقل و وابسته به دست می‌دهد. همچنین، برآوردها و خروجی‌های MCA نسبت به رگرسیون چندگانه، واضح‌تر و قابل درک‌تر است. با استفاده از این تکنیک می‌توان روابط درونی (هم‌پوشی) بین چند متغیر پیش‌بین (مستقل) و متغیر وابسته را در یک مدل کلی نشان داد؛ به بیان دیگر، این تکنیک به بررسی رابطه بین چند متغیر مستقل مقوله‌ای (و حتی فاصله‌ای) بر یک متغیر وابسته فاصله‌ای (گاهی نیز متغیر دوجهی)، به منظور تعیین اثرات هر کدام از متغیرهای مستقل قبل و بعد از تعدیل می‌پردازد. از این رو، MCA به محقق اجازه می‌دهد علاوه بر اثرات ناخالص (ضریب Eta) هر متغیر مستقل، تأثیر خالص (ضریب Beta) آنها را با کنترل اثرات سایر متغیرهای مستقل برآورد کند (صادقی، ۱۳۹۰: ۸۴).

۴. یافته‌های تحقیق

۴.۱. جنسیت و متغیرهای زمینه‌ای (اقتصادی و اجتماعی)

متغیرهای سن، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات، میزان درآمد ماهانه خانوار و ترتیبات زندگی به عنوان متغیرهای زمینه‌ای در نظر گرفته شده‌اند. جدول (۱) به توصیف و تحلیل این متغیرها برحسب جنسیت می‌پردازد. بر اساس آزمون‌های دو متغیره کای اسکوئر و آزمون t تفاوت آماری معناداری بین زنان و مردان سالمند مورد بررسی در مشخصه‌های اقتصادی و اجتماعی

1. Multiple Classification Analysis

مشاهده می‌شود. زنان به‌طور متوسط حدود دو سال از مردان مورد بررسی کوچکتر بوده‌اند. نسبت افراد دارای همسر برای مردان به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از زنان و در مقابل، بیوه‌گی در زنان به مراتب بیشتر از مردان است. این وضعیت تاحدودی ناشی از تفاوت جنسیتی در الگوی ازدواج مجدد است که در مردان بیشتر شایع است.

جدول ۱- توصیف متغیرهای زمینه‌ای (اقتصادی و اجتماعی) تحقیق به تفکیک جنسیت

تفاوت آماری	متغیر زمینه‌ای		تفاوت آماری	متغیر زمینه‌ای		تفاوت آماری	
	زن	مرد		زن	مرد		
***	۱۹/۰	۴/۴	***	(۶۷/۷)	(۶۹/۵)	رتبه	
	۱۹/۵	۲۳/۴		۴۰/۰	۲۵/۹		۶۰-۶۴ ساله
	۳۱/۸	۶۵/۴		۱۶/۹	۲۹/۸		۶۵-۶۹ ساله
	۲۸/۷	۵/۹		۲۳/۱	۱۸/۰		۷۰-۷۴ ساله
	۱/۰	۱/۰		۲۰/۰	۲۶/۳		۷۵ ساله و بالاتر
***	۸۴/۱	۰/۰	***	۱/۰	۱/۰	وضعیت زندگی	
	۱۴/۹	۵۷/۱		۵۰/۳	۸۸/۷		ازدواج نکرده
	۱/۰	۴۲/۹		۴۶/۷	۹/۳		دارای همسر
*	(۶۰۰ هزار)	(۷۱۰ هزار)	***	(۴/۸)	(۸/۳)	میزان تحصیلات	
	۱۹/۰	۱۰/۷		۳۵/۹	۱۶/۱		بی‌سواد
	۳۷/۴	۳۳/۷		۱۷/۴	۱۴/۱		ابتدایی
	۲۰/۵	۲۵/۹		۳۰/۳	۲۹/۳		راهنمایی
	۱۵/۴	۲۱/۰		۱۱/۸	۲۰/۰		متوسطه و دیپلم
۷/۷	۸/۸	بیش از یک میلیون	۴/۶	۲۰/۵	دانشگاهی		

* تفاوت جنسیتی معنادار در سطح ۵ درصد ($P < 0.05$); ** سطح ۱ درصد ($P < 0.01$); *** سطح ۰/۱ درصد ($P < 0.001$)

تفاوت معنادار بین زنان و مردان نمونه به لحاظ سطح تحصیلات قابل مشاهده است؛ میزان باسوادی در مردان بیشتر از زنان بوده و همچنین، مردان از سطوح تحصیلی بالاتری در مقایسه با زنان برخوردارند. همچنین، تفاوت محسوسی بین زنان و مردان مورد بررسی از نظر ترتیبات زندگی مشاهده شد. مردان بیشتر با همسر و فرزندان، یا هر دوی آنها هستند، در حالی که زنان بیشتر از مردان به تنهایی و یا با یکی از فرزندان خود زندگی می‌کنند. در میان مردان سالمند مورد بررسی نزدیک به

نیمی از آنها هنوز شاغل بوده و به اشتغال و فعالیت ادامه داده‌اند، در حالی که تنها یک درصد زنان سالمند شاغل در بیرون از خانه بوده‌اند؛ علاوه بر اینها، تفاوت معناداری بین زنان و مردان در میزان درآمد ماهیانه خانوار مشاهده می‌شود.

۲.۴. جنسیت و وضعیت سلامتی خودادراک

وضعیت سلامت سالمندان مرد و زن در سه بُعد سلامت جسمی، روانی و عمومی در چهار سطح ضعیف و بد، نسبتاً خوب، خوب و عالی مورد پرسش قرار گرفت. در این زمینه همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد زنان از وضعیت سلامت جسمی و روانی و همچنین، سلامت عمومی پایین‌تری در مقایسه با مردان برخوردارند.

جدول ۲- ارزیابی سالمندان از وضعیت سلامتی به تفکیک جنسیت

آزمون آماری	ارزیابی وضعیت سلامتی (%)				جنسیت	وضعیت سلامتی خودادراک
	عالی	خوب	نسبتاً خوب	ضعیف و نامساعد		
$\chi^2=32/111$ Sig=۰/۰۰۱	۱۸۰	۴۲/۹	۲۵/۴	۱۳/۷	مرد	سلامت جسمی
	۳/۶	۳۵/۹	۳۲/۳	۲۸/۲	زن	
$\chi^2=26/268$ Sig=۰/۰۰۱	۱۸۰	۴۳/۴	۲۵/۴	۱۳/۲	مرد	سلامت روانی
	۷/۷	۳۲/۳	۲۹/۲	۳۰/۸	زن	
$\chi^2=27/464$ Sig=۰/۰۰۱	۱۴/۶	۴۸/۸	۲۷/۸	۸/۸	مرد	سلامت عمومی
	۴/۱	۳۸/۴	۳۵/۴	۲۲/۱	زن	
t=۵/۹۷۳ Sig=۰/۰۰۱	۸/۰۱				مرد	میانگین نمره شاخص وضعیت
	۶/۵۶				زن	سلامتی خودادراک

به‌طور کلی، شاخص وضعیت سلامتی خودادراک نشان می‌دهد که ۱۵/۱ درصد مردان سالمند دارای وضعیت سلامتی ضعیف، ۶۵ درصد نسبتاً خوب و ۲۰ درصد عالی است. در مقایسه ۳۳ درصد

زنان سالمند وضعیت سلامتی ضعیفی داشته‌اند، ۶۱ درصد از وضعیت سلامتی نسبتاً خوب و ۶ درصد عالی برخوردار بوده‌اند.

جدول ۳- سابقه بیماری سالمندان به تفکیک جنسیت

توزیع درصدی		سابقه بیماری
زن	مرد	
۷۱/۳	۳۹/۰	احساس درد جسمانی در یک ماه اخیر***
۴۵/۱	۲۰/۵	داشتن ناراحتی روحی و روانی در یک ماه اخیر***
۸۳/۱	۶۱/۵	مصرف داروی خاص در حال حاضر***
۸۰/۵	۶۳/۴	داشتن بیماری خاص و مزمن***

*** تفاوت جنسیتی معنادار در سطح ۰/۱ درصد ($P < 0.001$) بر اساس آزمون کای اسکوئر

علاوه بر این، بررسی سابقه بیماری سالمندان به تفکیک جنسیت (جدول ۳) نشان می‌دهد که در یک ماه قبل از بررسی ۷۱ درصد زنان در مقایسه با ۳۹ درصد مردان احساس درد و ناراحتی جسمی و ۴۵ درصد زنان در مقایسه با ۲۱ درصد مردان ناراحتی روحی و روانی داشته‌اند. همچنین، ۸۳ درصد زنان سالمند در مقایسه با ۶۱ درصد مردان سالمند در زمان بررسی دارو مصرف می‌کردند؛ به علاوه، حدود ۸۱ درصد زنان در مقایسه با ۶۳ درصد مردان دارای بیماری‌های خاص و مزمن هستند. در این میان بیماری‌های قلبی، دیابت، چربی و فشار خون شیوع بیشتری داشته است.

۴. ۳. جنسیت و خودکارآمدی سلامت

وضعیت سالمندان در ارتباط با خودکارآمدی سلامت بر اساس ۸ گویه اندازه‌گیری شده است که توزیع آنها به تفکیک جنسیت در جدول (۴) ارائه شده است. بر این اساس، در پنج گویه اول که بیانگر خودکارآمدی سلامت است، پاسخگویان نمره بالاتری داشته‌اند. در سه گویه آخر که به نوعی عدم خودکارآمدی سلامت نمرات پایینی داشته‌اند. در برخی از این گویه‌ها بین مردان و زنان سالمند تفاوت معنادار آماری وجود داشت؛ برای مثال، توانایی برخورد و رویارویی با مسائل و مشکلات پیشروی سلامتی در زنان کمتر از مردان بوده است. همچنین، زنان بیشتر از مردان در مواقع مواجهه با مسائل و مشکلات سلامتی دستپاچه می‌شوند؛ علاوه بر این، مردان بیشتر از زنان با این

گویه موافق بوده‌اند که از هر منبع و وسیله‌ای (نظیر پول، وقت) برای بهبود سلامتی خود استفاده می‌کنند، در مقابل؛ زنان بیشتر از مردان گفته‌اند که بسیاری از کارهای لازم برای بهتر شدن سلامتی‌شان را نمی‌توانند انجام دهند.

جدول ۴- توزیع درصدی نظرات سالمندان پیرامون گویه‌های خودکارآمدی سلامتی

گویه‌های خودکارآمدی سلامتی ادراک‌شده	جنسیت	کاملاً مخالف	مخالف	ناخوددیدی	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	بی‌توجه (از ۵)
می‌توانم رفتارهای پرخطر و مضر برای سلامتی را انجام ندهم (نظیر سیگار کشیدن و غیره)	مرد	۵/۴	۱۳/۷	۱/۵	۲۴/۹	۵۴/۶	۴/۱۰	
	زن	۷/۲	۱۲/۸	۰/۰	۲۹/۲	۵۰/۸	۴/۰۴	
مطمئنم که می‌توانم با تلاش خودم وضعیت سلامتی‌ام را بهتر کنم	مرد	۲/۹	۲/۸	۱/۵	۳۸/۰	۴۷/۸	۴/۱۸	
	زن	۶/۲	۱۱/۳	۱/۵	۴۲/۱	۳۹/۰	۳/۹۶	
از هر منبع و وسیله‌ای (پول، وقت) برای بهبود سلامتی‌ام استفاده می‌کنم*	مرد	۲/۰	۱۴/۶	۳/۹	۳۸/۵	۴۱/۰	۴/۰۲	
	زن	۶/۷	۱۶/۹	۳/۱	۳۰/۳	۴۳/۱	۳/۸۶	
من توانایی برخورد و رویارویی با مسائل و مشکلات پیشروی سلامتی را دارم*	مرد	۲/۹	۱۲/۲	۳/۴	۴۱/۰	۴۰/۵	۴/۰۴	
	زن	۷/۷	۱۹/۰	۱/۰	۴۰/۰	۳۲/۳	۳/۷۰	
خودم کاملاً می‌توانم مراقب سلامتی‌ام باشم	مرد	۳/۹	۱۲/۷	۰/۵	۴۰/۵	۴۲/۴	۴/۰۵	
	زن	۲/۶	۱۶/۹	۰/۵	۳۶/۴	۴۳/۶	۴/۰۲	
بسیاری از کارهای لازم برای بهتر شدن سلامتی‌ام را نمی‌توانم انجام بدهم*	مرد	۳۳/۱	۲۰/۵	۲/۴	۳۴/۱	۶/۸	۲/۵۵	
	زن	۲۸/۷	۳۰/۸	۰/۵	۳۴/۴	۵/۶	۲/۵۷	
وقتی بیمار می‌شوم هیچ کاری جز منتظر ماندن برای پایان بیماری نمی‌توانم انجام بدهم	مرد	۳۸/۸	۳۱/۷	۱/۰	۲۲/۹	۵/۹	۲/۲۶	
	زن	۳۶/۴	۳۱/۸	۱/۰	۲۴/۶	۶/۲	۲/۳۲	
در مواجهه با مسئله و مشکل سلامتی نمی‌دانم چکار باید انجام بدهم، دستپاچه می‌شوم***	مرد	۴۳/۴	۳۳/۷	۲/۹	۱۴/۶	۵/۴	۲/۰۵	
	زن	۲۵/۶	۳۰/۳	۰/۰	۳۰/۳	۱۳/۸	۲/۷۶	

* تفاوت جنسیتی معنادار بر اساس آزمون کای اسکور در سطح ۵ درصد ($P < 0.05$)؛ ** سطح ۱ درصد ($P < 0.01$)؛ *** سطح ۰/۱ درصد ($P < 0.001$)

بر اساس ۸ گویه مذکور به ساختن مقیاس خودکارآمدی سلامت پرداختیم. میانگین به دست آمده در این شاخص برای زنان (۲۹/۹) به طور معناداری کمتر از مردان (۳۱/۶) بوده است. سطوح آن نیز

نشان می‌دهد که بین زنان و مردان سالمند مورد بررسی تفاوت آماری وجود دارد و سطح خود-کارآمدی سلامت زنان کمتر از مردان است.

۴.۴. جنسیت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بیانگر آنست که سالمندان مورد بررسی در زندگی روزانه تا چه اندازه رفتارهای ارتقای سلامت انجام می‌دهند. این موضوع با استفاده از ۲۱ گویه و در شش بُعد مورد سنجش قرار گرفت. توزیع وضعیت سالمندان در هر کدام از گویه‌ها در جدول (۵) آمده است. نگاهی اجمالی به گویه‌های جدول بیانگر آن است که میزان توجه و انجام رفتارهای ارتقای سلامت در بین مردان و زنان سالمند متفاوت است. در برخی گویه‌ها (۱۰ گویه) تفاوت معنادار آماری بین میزان توجه و انجام رفتارهای ارتقای سلامت زنان و مردان وجود دارد. برخی از این گویه‌ها و سبک‌های رفتاری در مردان و برخی دیگر در زنان شیوع بیشتری داشته است. بر این اساس، سبک‌ها و رفتارهای ارتقای سلامت؛ نظیر خوردن میوه، انجام منظم و مرتب ورزش، شرکت در فعالیت‌های جسمی سبک، شرکت در فعالیت‌های ورزشی سرگرم‌کننده، گذراندن وقت با دوستان نزدیک و داشتن خواب کافی در مردان شیوع بیشتری داشته است. در مقابل، رژیم‌های غذایی کم‌چرب، مصرف کم‌شکر و شیرینی، صحبت با نزدیکان راجع به نگرانی‌ها و دلواپسی‌ها و دنبال تجربه‌ها و آموخته‌های جدید بودن در زنان بیشتر مشاهده می‌شود. در سایر گویه‌ها تفاوت معنادار آماری بین زنان و مردان مشاهده نشد.

با استفاده از ۲۱ گویه مذکور به ساختن «مقیاس سبک زندگی ارتقادهنده سلامت» و همچنین، شش زیرمقیاس تغذیه، مسؤولیت سلامت، فعالیت جسمانی، روابط بین فردی، رشد روحی و مدیریت استرس پرداختیم که نتایج آن در جدول (۶) ارائه شده است. بر این اساس، هرچند میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مردان بیشتر از زنان است؛ اما این تفاوت اندک و در سطح نزدیک به ۱۰ درصد معنادار بوده است. با این حال، تفاوت‌های محسوس و معنادار آماری بین میانگین نمره مردان و زنان سالمند در برخی از ابعاد متشکل مقیاس سبک زندگی ارتقادهنده سلامت؛ نظیر مسؤولیت سلامت، فعالیت جسمانی و مدیریت استرس وجود دارد. مسؤولیت سلامت زنان بیشتر از مردان بوده است؛ اما در مقابل، فعالیت جسمانی و مدیریت استرس در مردان بیشتر بوده است.

جدول ۵- توزیع نظرات سالمندان در گویه‌های سبک زندگی ارتقای سلامت به تفکیک جنسیت

ابعاد	گویه	جنسیت	میزان رعایت در زندگی روزمره (%)			
			هرگز	گاهی اوقات	اغلب	همیشه
تغذیه	رژیم‌های غذایی کم‌چرب*	مرد	۱۳/۲	۲۱/۵	۲۶/۸	۳۸/۵
		زن	۶/۲	۱۷/۴	۳۰/۸	۴۵/۶
	مصرف کم شکر و شیرینی*	مرد	۲۱/۰	۲۱/۵	۲۲/۴	۳۵/۱
		زن	۱۲/۳	۲۹/۲	۲۵/۶	۳۲/۸
	خوردن روزانه ۲ الی ۴ وعده میوه**	مرد	۳/۹	۲۴/۴	۳۰/۷	۴۱/۰
		زن	۷/۲	۳۷/۹	۲۷/۷	۲۷/۲
مستزایات سلامت	خوردن روزانه ۳ تا ۵ وعده سبزیجات	مرد	۷/۸	۲۶/۸	۲۸/۸	۳۶/۶
		زن	۵/۱	۳۳/۸	۲۹/۳	۳۱/۸
	انجام مرتب معاینه و آزمایش‌های پزشکی (چک‌آپ) ...	مرد	۱۵/۲	۲۳/۸	۲۲/۴	۳۴/۶
		زن	۸/۷	۲۵/۲	۲۸/۷	۳۷/۴
	رفتن به پزشک با مشاهده هرگونه نشانه غیرمعمول...	مرد	۱۴/۱	۲۲/۰	۲۶/۸	۳۷/۱
		زن	۹/۲	۲۳/۶	۳۱/۸	۳۵/۴
فعالیت جسمانی	استفاده از برنامه‌های بهداشتی رادیو و تلویزیون	مرد	۳۰/۲	۳۸/۰	۳۱/۵	۱۰/۲
		زن	۲۶/۲	۳۵/۴	۲۱/۵	۱۶/۹
	شرکت در برنامه‌های آموزشی بهداشت فردی	مرد	۸۱/۵	۱۲/۷	۲/۹	۲/۹
		زن	۷۷/۴	۱۲/۸	۷/۷	۲/۱
	انجام منظم و مرتب ورزش***	مرد	۳۰/۷	۱۹/۰	۲۵/۹	۲۴/۴
		زن	۴۷/۲	۲۷/۷	۱۷/۴	۷/۷
روابط بین فردی	شرکت در فعالیت‌های جسمی سبک و متوسط ...***	مرد	۸/۳	۱۷/۶	۲۹/۳	۴۴/۹
		زن	۲۴/۶	۳۲/۳	۲۷/۷	۱۵/۴
	شرکت در فعالیت‌های ورزشی سرگرم کننده ...*	مرد	۶۷/۸	۲۰/۵	۸/۳	۳/۴
		زن	۷۹/۴	۱۰/۳	۶/۷	۳/۶
	صحبت با نزدیکان راجع به نگرانی‌ها، دلواپسی‌ها و...*	مرد	۲۲/۹	۳۶/۱	۲۹/۳	۱۱/۷
		زن	۱۶/۹	۳۴/۹	۲۷/۲	۲۱/۰
رشد روانی	گذران زمانی از زندگی روزمره با دوستان نزدیک*	مرد	۱۴/۶	۳۵/۶	۲۹/۸	۲۰/۰
		زن	۲۳/۶	۲۳/۶	۳۱/۸	۲۱/۰
	حل مسالمت‌آمیز اختلاف با دیگران	مرد	۵/۹	۲۰/۵	۳۸/۵	۳۵/۱
		زن	۲/۵	۱۵/۴	۴۳/۱	۳۹/۰
	بهراحتی ابرازکردن محبت و مهربانی به دیگران	مرد	۴/۹	۱۸/۵	۳۶/۶	۴۰/۰
		زن	۲/۱	۱۵/۴	۳۷/۹	۴۴/۶
مدیریت استرس	اعتقاد به هدفمندبودن و بیهوده‌نبودن زندگی	مرد	۷/۳	۱۳/۷	۲۹/۳	۴۹/۷
		زن	۹/۷	۲۰/۰	۳۱/۸	۳۸/۵
	احساس رضایت و خشنودی از زندگی	مرد	۱۲/۲	۱۸/۰	۳۲/۷	۳۷/۱
		زن	۱۱/۳	۲۵/۶	۳۲/۸	۳۰/۳
	دنبال تجربه‌ها و آموخته‌های جدید بودن***	مرد	۲۵/۹	۳۰/۲	۲۶/۳	۱۷/۶
		زن	۳۵/۹	۱۸/۵	۱۷/۹	۲۷/۷
سلامت روان	داشتن خواب کافی (خوب‌خوابیدن)***	مرد	۷/۸	۱۹/۰	۲۲/۹	۵۰/۲
		زن	۱۶/۹	۳۱/۳	۳۰/۳	۲۱/۵
	به‌کارگیری شیوه‌های خاص کاهش اضطراب و استرس	مرد	۲۵/۹	۲۱/۰	۳۶/۱	۱۷/۱
		زن	۱۳/۲	۲۱/۵	۲۶/۸	۳۸/۵
	قدم‌زدن برای جلوگیری از خستگی روحی	مرد	۶/۲	۱۷/۴	۳۰/۸	۴۵/۶
		زن	۲۱/۰	۲۱/۵	۲۲/۴	۳۵/۱

* تفاوت جنسیتی معنادار در سطح ۵ درصد ($P < 0.05$); ** سطح ۱ درصد ($P < 0.01$); *** سطح ۰/۱ درصد ($P < 0.001$)

به طور کلی، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مردان و زنان سالمند مورد بررسی در حد متوسط است. با این حال تفاوت‌های اندک؛ اما غیرمعناداری بین زنان و مردان در سطوح این شاخص وجود دارد؛ حدود ۲۱ درصد زنان در مقایسه با ۱۸ درصد مردان سبک زندگی ارتقای سلامت پایینی داشته‌اند و همچنین، در مقایسه با ۱۵ درصد مردان، حدود ۱۰ درصد زنان سبک زندگی ارتقای سلامت بالایی داشته‌اند.

جدول ۶- میانگین نمره مردان و زنان سالمند در مقیاس سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و

زیرمقیاس‌های آن

مقیاس سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	مرد	زن	مقدار آزمون t	سطح معناداری
ارتقادهنده سلامت	۳۴/۳۰	۳۲/۷۹	۱/۴۹۳	۰/۱۳۶
تغذیه	۱/۹۱	۱/۸۹	۰/۲۹۲	۰/۷۷۱
مسئولیت سلامت	۱/۲۵	۱/۳۷	-۲/۱۱۸	۰/۰۳۵
فعالیت جسمانی	۱/۳۴	۰/۸۵	۶/۷۳۰	۰/۰۰۰
روابط بین فردی	۱/۷۵	۱/۸۶	-۱/۸۰۱	۰/۰۷۳
رشد روحی	۱/۸۴	۱/۷۳	۱/۳۲۱	۰/۱۸۷
مدیریت استرس	۱/۷۰	۱/۵۱	۲/۳۶۲	۰/۰۱۹

بدین ترتیب، رفتارها و سبک‌های مختلف ارتقادهنده سلامت در زندگی سالمندان مرد و زن جایگاه‌های متفاوتی داشته و از درجه اهمیت و توجه متفاوتی برخوردارند. در اینجا، این پرسش مطرح می‌شود که تأثیر جنسیت بر سبک زندگی ارتقای سلامت و ابعاد مختلف آن با کنترل سایر متغیرها و عوامل مرتبط چگونه است؟ این پرسشی است که در ادامه با استفاده از آزمون‌های چندمتغیری به دنبال پاسخ به آن هستیم.

۴.۵. جنسیت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت: نتایج تحلیل‌های چندمتغیره

با توجه به همپوشی جنسیت و سایر عوامل و متغیرها در اثرگذاری بر سبک زندگی ارتقای سلامت، برای کنترل ابعاد تأثیرگذار بر رابطه جنسیت و سبک زندگی ارتقای سلامت از آزمون تحلیل طبقه‌بندی چندگانه (MCA) استفاده کردیم. با استفاده از این آزمون به کنترل این مشخصه‌ها در ۹ مرحله (به روش

گام به گام) پرداختیم؛ همان‌طور که جدول (۷) نشان می‌دهد در هر مرحله متغیر جدیدی به معادله اضافه شده و در نهایت، تأثیر همه عوامل و متغیرها، به‌طور همزمان، در مرحله نهم در نظر گرفته شده است. نتایج کلی آزمون نشان داد که جنسیت در کنار سایر متغیرهای زمینه‌ای و بهداشتی حدود ۵۳ درصد واریانس نمره سبک زندگی ارتقای سلامت را تبیین می‌کنند. در این میان جنسیت بعد از خودکارآمدی سلامت و تحصیلات سومین متغیر مهم و تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقای سلامت بوده است.

جدول ۸- نتایج آزمون MCA رابطه جنسیت و سبک زندگی ارتقای سلامت با کنترل سایر متغیرها

Eta	Beta*										متغیرها
	B _۱	B _۲	B _۳	B _۴	B _۵	B _۶	B _۷	B _۸	B _۹	B _{۱۰}	
۰/۰۷۵	۰/۲۵۳	۰/۲۴۰	۰/۱۲۶	۰/۰۳۹	۰/۰۳۵	۰/۰۷۴	۰/۰۴۵	۰/۰۲۱	۰/۰۷۵		۱. جنسیت
۰/۴۹۶	۰/۲۵۵	۰/۲۹۳	۰/۲۹۶	۰/۳۷۴	۰/۳۷۳	۰/۳۸۱	۰/۳۸۰	۰/۴۹۴			۲. خودکارآمدی سلامت
۰/۴۴۵	۰/۲۲۴	۰/۲۳۵	۰/۲۴۳	۰/۲۹۵	۰/۲۹۳	۰/۳۰۹	۰/۳۰۷				۳. وضعیت سلامتی
۰/۱۷۰	۰/۱۹۳	۰/۲۰۱	۰/۲۰۵	۰/۱۸۹	۰/۱۴۲	۰/۱۵۲					۴. ترتیبات زندگی
۰/۲۲۲	۰/۰۸۶	۰/۰۷۵	۰/۰۷۱	۰/۱۶۰	۰/۱۵۸						۵. سن
۰/۱۳۳	۰/۰۸۳	۰/۱۳۶	۰/۱۴۴	۰/۱۷۵							۶. وضعیت تاهل
۰/۵۱۱	۰/۲۵۴	۰/۳۳۶	۰/۳۷۹								۷. میزان تحصیلات
۰/۱۸۳	۰/۲۰۱	۰/۱۴۰									۸. وضعیت شغلی
۰/۴۹۱	۰/۲۳۶										۹. درآمد ماهانه خقوار
	۵۲/۷	۴۹/۵	۴۷/۱	۳۷/۷	۳۶/۵	۳۴/۴	۳۲/۲	۲۴/۶	۰/۶		R ² (%)
-	۹/۸۷	۸/۶۷	۷/۳۲	۰/۶۴۹	۰/۵۱۷	۲/۵۵	۱/۰۹	۰/۲۳۲	۲/۲۳		F
	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۷	۰/۴۲۱	۰/۴۷۳	۰/۱۱۱	۰/۲۹۶	۰/۶۳	۰/۱۳۶		آزمون تأثیر جنسیت Sig**

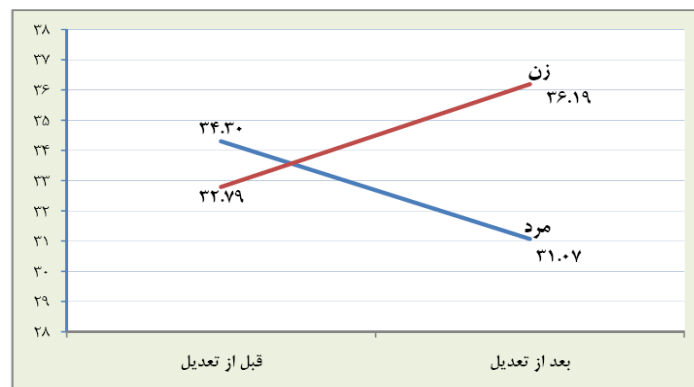
*B_۱-B_۹. مقدار بتاها در هر گام می‌باشند. ** سطح معنی‌داری جنسیت در هر مرحله است.

در مرحله (۱) تأثیر متغیر جنسیت بر نمره سبک زندگی ارتقای سلامت آزمون شده است؛ شدت رابطه ضعیف و غیرمعنادار است؛ بدین معنی تفاوت اندکی بین زنان و مردان در سبک زندگی ارتقای سلامت وجود دارد و مردان از نمره بالاتری در این شاخص برخوردارند. در مرحله (۲) با در نظر گرفتن تأثیر خودکارآمدی سلامتی تفاوت‌ها کمتر و نمره مردان و زنان در سبک زندگی ارتقای سلامت به همدیگر نزدیک شده است، با ورود متغیرهای دیگر؛ نظیر وضعیت سلامتی، ترتیبات زندگی، سن و وضعیت تاهل، به ترتیب در مراحل ۳ تا ۶، همچنان تأثیر جنسیت بر سبک زندگی ارتقای سلامت غیرمعنادار است، با این تفاوت که بعد از کنترل این متغیرها، میانگین نمره سبک

زندگی ارتقای سلامت زنان اندکی بیشتر از میانگین نمره مردان می‌شود، هرچند این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبوده است؛ اما با ورود متغیرهای اقتصادی و اجتماعی؛ نظیر تحصیلات، وضعیت شغلی و درآمد به معادله از مرحله (۷) به بعد تأثیر جنسیت بر سبک زندگی ارتقای سلامت معنادار می‌شود و زنان به‌طور معناداری میانگین بالاتری در نمره ارتقای سلامت نسبت به مردان خواهند داشت. به زبان آماری، رابطه جنسیت و سبک زندگی بعد از کنترل متغیرهای مذکور از حالت منفی که در آن مردان نمره بالاتری داشتند، به حالت مثبت که در آن زنان نمره بالاتری دارند، تغییر می‌یابد. همچنین، شدت رابطه نیز افزایش محسوس یافته و از ۰/۰۷۵ به ۰/۲۵۳ می‌رسد.

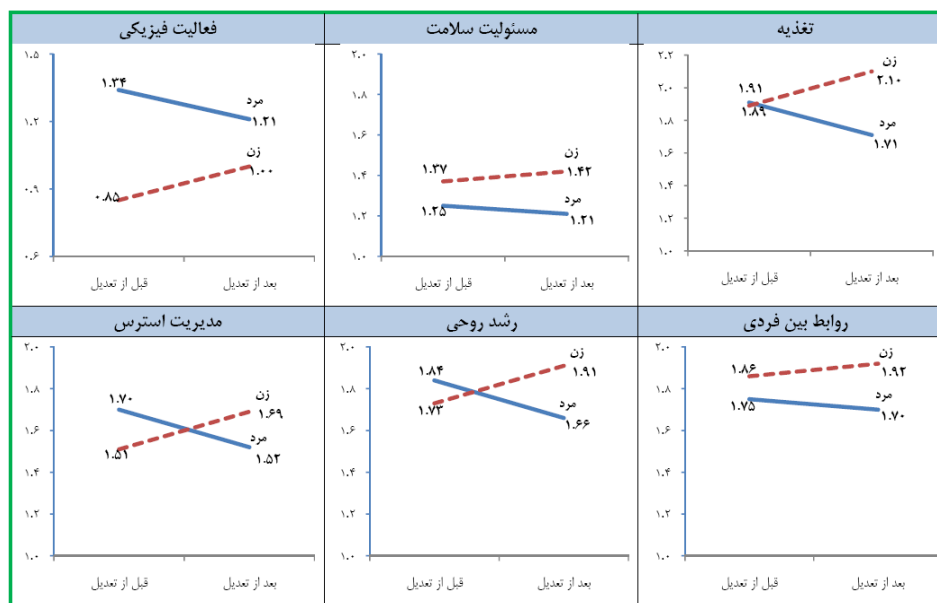
نتایج مذکور به‌خوبی در شکل (۲) به تصویر کشیده شده است؛ قبل از تعدیل و کنترل اثر سایر متغیرها، مردان میانگین نمره بالاتری از زنان در سبک زندگی ارتقای سلامت داشتند. این وضعیت بعد از کنترل و تعدیل اثر متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی کاملاً برعکس می‌شود و این دفعه زنان هستند که با تفاوتی محسوس و معنادار نمره بالاتری را در سبک زندگی ارتقای سلامت در مقایسه با مردان خواهند داشت. معنادار شدن اثر جنسیت با کنترل متغیرهای اقتصادی- اجتماعی بیانگر اهمیت بیشتر موقعیت و شرایط اقتصادی و اجتماعی است.

از این رو، با تعدیل اثر عوامل ساختاری؛ نظیر تحصیلات، وضعیت شغلی و درآمد ماهانه، جنسیت به‌طور محسوس و معناداری سبک زندگی ارتقای سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و زنان میانگین نمره بالاتری را در شاخص سبک زندگی ارتقای سلامت خواهند داشت.



شکل ۲- تفاوت‌های جنسیتی در میانگین نمره سبک زندگی ارتقای سلامت قبل و بعد از تعدیل متغیرها

علاوه بر این، به بررسی تفاوت‌های جنسیتی در میانگین نمره ابعاد و زیرمقیاس‌های سبک زندگی ارتقای سلامت قبل و بعد از تعدیل متغیرها پرداختیم که نتایج آن در شکل (۳) ترسیم شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت‌های جنسیتی در نمره زیرمقیاس‌ها و ابعاد مختلف سبک زندگی ارتقای سلامت بعد از کنترل و تعدیل اثر سایر متغیرها به‌طور محسوسی به نفع زنان تغییر کرده است. بر این اساس، در ابعادی نظیر مسئولیت سلامتی و روابط بین فردی که زنان قبل از تعدیل سایر متغیرها نمره بالاتری از مردان داشتند، بعد از تعدیل نیز همچنان نمره بالاتر البته با تفاوت بیشتری دارند. در تغذیه که زنان و مردان تقریباً وضعیت مشابهی داشتند، بعد از تعدیل اثر سایر متغیرها، نمره زنان به‌طور محسوسی بیشتر از مردان شده است. در مقابل، در ابعادی نظیر رشد روحی و مدیریت استرس که مردان قبل از تعدیل، نمره بالاتری از زنان داشتند، بعد از تعدیل، اثر سایر متغیرها، قضیه کاملاً برعکس شده و زنان از نمره بالاتری برخوردار شده‌اند. تنها مورد استثنا مربوط به زیرمقیاس فعالیت جسمانی است که مردان حتی بعد از تعدیل اثر سایر متغیرها وضعیت مساعدتر و نمره بالاتری از زنان داشته‌اند، هرچند که تفاوت‌های بین آنها کمتر شده است.



شکل ۳- تفاوت‌های جنسیتی در ابعاد سبک‌زندگی ارتقای سلامت قبل و بعد از تعدیل

بدین ترتیب، یافته‌ها و نتایج مطالعه نشان می‌دهد که اگر زنان سالمند از موقعیت ساختاری به‌ویژه تحصیلات و وضعیت شغلی برابری با مردان برخوردار شوند، سبک زندگی سلامت محور بیشتر و بهتری را در مقایسه با مردان تجربه خواهند کرد.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

در گذشته بیماری و مرگ عمدتاً بر اثر ریسک‌های محیطی رخ می‌داد؛ ولی امروزه این ریسک‌ها به ریسک‌های رفتاری مرتبط با سبک زندگی تغییر یافته‌اند. بر این اساس، امروزه مفهوم سبک زندگی به ابزار تحلیلی مفیدی در درک بیماری و سلامت تبدیل شده است. یکی از بسترهای تأثیرگذار بر سبک زندگی سلامتی، جنسیت است. جنسیت نوعی ساختار اجتماعی است و به استنباط جامعه به رفتار، ویژگی‌ها و نقش‌های مناسب برای مردان و زنان مربوط می‌شود. بر اساس جنسیت، طیفی از دلالت‌ها و توجیحات در مورد رفتار مناسب اجتماعی وجود دارد که نوسانات در سبک زندگی سلامت محور را تبیین می‌کند. از آنجا که شاید هیچ یک از دیگر ویژگی‌های افراد به اندازه جنسیتشان در معرض یادگیری اجتماعی و فرهنگی نباشد، بررسی دقیق تفاوت‌های مردان و زنان در ابعاد نگرشی و رفتاری می‌تواند رویکرد مناسب و سودمند در زمینه شناخت تأثیر عوامل روانی- اجتماعی و فرهنگی بر شیوه زندگی سالم و رفتارهای مرتبط با سلامت باشد.

نتایج مطالعه حاضر، بیانگر تفاوت‌های جنسیتی در باورها و رفتارهای مرتبط با سلامتی است. همان‌طور که نتایج تحلیل‌های دومتغیره نشان داد، سبک زندگی ارتقای سلامت در مردان بیشتر از زنان شایع است، هرچند این تفاوت‌ها در سطح ۱۰ درصد معنادار بوده است؛ اما در تحلیل چندمتغیره بعد از کنترل عوامل اقتصادی و اجتماعی، سبک زندگی ارتقای سلامت در زنان به‌طور معناداری بیشتر از مردان شد. از این رو، زنان و مردان در سبک زندگی ارتقای سلامت به صورت متفاوت عمل می‌کنند و یا به بیان دیگر، جنسیت، انتخاب‌های افراد را در ارتباط با رفتارهای سلامتی تحت تأثیر قرار می‌دهد و در وضعیتی که تحصیلات، شغل و درآمد کنترل آماری شود توجه زنان به رفتارهای سلامت بیش از مردان خواهد بود. همان‌طور که سافر (۲۰۱۰) بیان می‌کند برای زنان نیز رفتارهای پیشگیری بیشتر مطرح می‌شود تا همیشه سالم باشند و با پذیرفتن رفتارهای ارتقای سلامت از

رفتارهای پرخطر پرهیز کنند؛ در معنای دیگر، رابطه بین زنان و رفتارهای ارتقای سلامت یک رابطه مستقیم است؛ اما گزارش بیشتر زنان از بیماری‌های جسمی و روانی، ناشی از همان نقش‌های اجتماعی متعددی است که زنان بر عهده می‌گیرند.

نتایج تحلیل‌های چندمتغیره نشان داد که شرایط اقتصادی و اجتماعی نابرابر باعث رفتارهای سلامت متفاوت زنان و مردان شده است؛ به بیان دیگر، تفاوت در پایگاه و موقعیت اقتصادی و اجتماعی مردان و زنان می‌تواند تبیین‌کننده مناسبی برای این تفاوت‌ها باشد. بنابراین، باید گفت متغیرهای اجتماعی و اقتصادی، تأثیر جنسیت بر سبک زندگی ارتقای سلامت را تعدیل می‌کنند. نتایج سایر تحقیقات نیز (سن^۱، جورج^۲ و استلین^۳، ۲۰۰۲؛ سگال^۴، دموس^۵ و کروندل^۶، ۲۰۰۳؛ ونبوتر و فریدلوند، ۲۰۰۵؛ نولن هوکسما، ۲۰۰۶؛ بودسا^۷، الین^۸ و لورن^۹، ۲۰۰۸؛ ریاحی، ۱۳۸۴) این یافته را تأیید می‌کنند.

همان‌گونه که در رویکرد نظری پندر بیان شد عوامل تأثیرگذار بر ارتقای سلامت؛ مانند خودکارآمدی با نیروهای درونی برانگیخته نمی‌شوند؛ بلکه عوامل بیرونی مانند جنسیت، تأثیرگذار بوده است و برای افزایش سطح آن باید منابع، حمایت و اطمینان فردی افزایش یابد. در تبیین تفاوت‌های جنسیتی مذکور، جامعه‌شناسان علاوه بر موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی نابرابر، به برخی عوامل اجتماعی و روانی؛ نظیر نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه، تأثیر فرآیند جامعه‌پذیری جنسیتی، یکسان‌نبودن شیوه زندگی و الگوهای رفتاری مردان و زنان، همسان‌نبودن شغل مردان و زنان و میزان بالای حساسیت و توجه زنان به مسائل بهداشتی و سلامتی خود و اعضای خانواده‌شان اشاره کرده‌اند. بر اساس دیدگاه فردگرایانه جامعه‌پذیری جنسیت، زنان و مردان این نوع رفتارهای مرتبط با

1. Sen
2. George
3. Östlin
4. Segal
5. Demos
6. Kronenfeld
7. Budesa
8. Erin
9. Lauren

سلامت را در طول زندگی یاد می‌گیرند. در این زمینه، اوجانگا و گیلبرت (۱۹۹۲) بیان می‌کنند که زنان در کشورهای در حال توسعه با یک سری موانع اجتماعی و فرهنگی در رفتار سلامتی مواجه هستند که شامل موانع نهادی (برخورد نابرابر و نامناسب عواملان و تهیه‌کنندگان سلامت)، موانع اقتصادی (نداشتن درآمد شخصی و وابسته‌بودن به خانواده یا شوهر)، موانع فرهنگی (موقعیت اجتماعی و فرهنگی زنان)، موانع تحصیلی (دسترسی کمتر به آموزش و تحصیلات) است. بر این اساس، تفاوت جنسیتی در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نمی‌تواند تنها ناشی از عوامل زیستی و بیولوژیکی باشد؛ بلکه عوامل اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی نیز تأثیری حتی بیشتر از عوامل زیستی دارند.

بدین ترتیب، وضعیت سلامت سالمندان انباشت رفتارهای ارتقادهنده سلامت آنها در طول عمر است که جنسیت و به‌ویژه نابرابری‌های ساختاری مرتبط با آن تأثیر بسزایی در شکل‌گیری این رفتارها دارد. از این رو برنامه‌ریزی‌های رفاهی و بهداشتی در زمینه ارتقای سلامت برابر زنان و مردان باید برابری در فرصت‌ها و منابع اقتصادی (به‌ویژه تحصیلی و شغلی) و نیازهای خاص و رفتارهای متفاوت زنان و مردان را مدنظر داشته باشند.

کتاب‌نامه

۱. پورطاهری، م. و پوروردی نجات، م. (۱۳۸۸). سنجش نابرابری جنسیتی در بین زنان روستایی: مطالعه موردی استان گیلان. *دانشنامه علوم اجتماعی*. ۱ (۲). صص ۱۱۵-۱۵۵.
۲. حبیبی سولا، ع؛ نیکپور ص؛ سیدالشهدایی م. و حقانی ح. (۱۳۸۷). بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. ۸ (۱). صص ۲۹-۳۶.
۳. ریاحی، م. ا. (۱۳۸۷). تفاوت‌های جنسیتی در دانش و باورهای مرتبط با سلامتی و رابطه آنها با رفتارهای مرتبط با سلامتی. *مجله مطالعات اجتماعی ایران*. ۳ (۳). صص ۱۹۰-۲۲۷.
۴. ریاحی، م. ا. (۱۳۸۴). بررسی تطبیق تفاوت‌های جنسیتی در عادات‌های غذایی دانشجویان ایرانی و هندی. *مطالعات زنان*. ۳ (۸). صص ۹۷-۱۲۶.
۵. شارعی‌پور، م؛ ودادهیر ا. و قربان زاده، س. (۱۳۸۹). تحلیل جنسیتی تصادف با تأکید بر مفهوم سبک زندگی سالم. *مطالعه موردی جوانان شهر تهران. زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*. ۸ (۲). صص ۶۹-۹۲.

۶. صادقی، ر. (۱۳۹۰). سازگاری اجتماعی و جمعیتی نسل دوم افغان‌ها در ایران. (پایان‌نامه منتشر نشده دکتری) جمعیت‌شناسی. دانشگاه تهران، ایران.
۷. صالحی، ل؛ افتخار اردبیلی، ح.؛ تقدیس، م.ح.؛ جزایری، ا.؛ رشیدیان، آ. و شجاعی‌زاده، د. (۱۳۸۷). عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده شیوه زندگی سالم در سالمندان. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۶ (۲). صص ۴۹-۵۷.
۸. قاسمی، و؛ ربانی، ر؛ ربانی، ع؛ علیزاده اقدم، م. ب. (۱۳۸۷). تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور. *مجله مسائل اجتماعی ایران*. ۱۶ (۶۳). صص ۲۱۳-۱۸۱.
۹. قاضی طباطبایی، م.؛ پاولاک، د. و ودادهیر، ا. (۱۳۸۵). بر ساخت یک مسأله اجتماعی جمعیتی: درآمدی بر جمعیت‌شناسی اجتماعی انتقادی اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. (۲). صص ۱۷۰-۱۳۶.
۱۰. مرکز آمار ایران (۱۳۸۸). سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵: جمعیت شهرهای کشور برحسب سن و جنس. معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی مرکز آمار ایران. تهران: مرکز آمار ایران.
۱۱. مروتی، م.ع. (۱۳۸۴). *بهنه‌سازی الگوی ارتقای سلامت و ارزیابی به‌کارگیری آن همراه با تئوری آموزش بزرگسالان در تغییر رفتارهای ارتقای سلامتی در سالمندان شهر یزد*. (رساله منتشر نشده دکتری آموزش بهداشت). دانشگاه تربیت مدرس. ایران.
12. Andrews, M. (1999). The seductiveness of agelessness. *Aging and Society*, 19, 301-318.
13. Budesá, T., Erin, E., & Lauren, H. (2008). *Gender influence on perceptions of healthy and unhealthy lifestyles*. Retrieved from http://digitalcommons.unf.edu/ojii_volumes/3.
14. Chiello, P. P., & Hutchison, S. (2010). Health and well-being in old age: The pertinence of a gender mainstreaming approach in research. *Gerontology*, 56, 208-213.
15. Janssen, L. T. (2007). Sex, gender and health: Developments in research. *European Journal of Women's Studies*, 14, 9-20.
16. Kuhlmann, E. (2009). From women's health to gender mainstreaming and back again: Linking feminist agendas and new governance in healthcare. *Current Sociology*, 57(2), 135-154.
17. Kurtz, A. C. (1996). *Correlates of health-promotion lifestyles among women with Rheumatoid Arthritis* (Unpublished doctoral dissertation). Columbia University, USA.

18. McCormick, M. L. (2008). Women's bodies aging: Culture, context, and social work practice. *Affilia*, 23, 312-323.
19. Moore, S. E. H. (2010). Is the healthy body gendered? Toward a feminist critique of the new paradigm of health. *Body & Society*, 16(2), 95-118.
20. Nolen-Hoeskema, S. (2006). Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems. *Journal of General Psychology*, 133(4), 357-374.
21. Ojanuga, D. N., & Gilbert, C. (1992). Women's access to health care in developing countries. *An International Journal of Social Sciences and Medicine*, 35(4), 613-617.
22. Ostlin, P., Eckermann, E., Mishra, U. S., Nkowane, M., & Wallstam, K. (2006). Gender and health promotion: A multi-sectorial policy approach. *Health Promotion International Journal*, 21(1), 25-35.
23. Patel, V. (2005). Poverty, gender and mental health promotion in a global society. *IUHPE-Promotion & Education Supplement*, 2, 26-29.
24. Pender, J. N., Murdaugh, L. C., & Parsons, A. M. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, Nurs J: Prentice Hall.
25. Potempa, K. M., Butterworth, S. W., Flaherty-Robb, M. K., & Gaynor, W. L. (2010). The healthy ageing model: Health behavior change for older adults. *Collegian*, 17, 51-55.
26. Renahan, E., Dow, B., Lin, X., Blackberry, I., Haapala, I., Gaffy, E., ... Hendy, S. (2012). *Healthy ageing literature review*. State of Victoria: National Ageing Research Institute (NARI) and Council on the Ageing.
27. Segal, L., Demos, V., & Kronenfeld, J. J. (2003). *Gender perspectives on health and medicine* (Vol. 7). United Kingdom: Emerald.
28. Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). The case for gender equity in health research. *Journal of Health Management*, 4, 99-117.
29. Soffer, M. (2010). The role of stress in the relationships between gender and health-promoting behaviors. *Journal of Caring Science*, 24(3), 572-580.
30. Theobald, S., Elsey, H., & Tolhurst, R. (2004). Gender, health and development: Gender equity and sector wide approaches. *Progress in Development Studies*, 4, 58-63.

31. Von Bothmer, M., & Fridlund, B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing and Health Sciences*, 7, 107-118.
32. Wharton, A. S. (2005). *The sociology of gender: An introduction to theory and research*. USA: Blackwell Publishing.