

مطالعه جامعه‌شناختی بیماری‌های سبک زندگی از

نظر پیدایش و پیامدها و نحوه پیشگیری؛ مطالعه به روش تلفیقی

حسین قربانی‌زاد شیران^۱

صمد عابدینی^۲

صمد رسول‌زاده اقدم^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۴

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۹/۳/۱

DOI: 10.30495/jss.2020.1894105.1192

چکیده

بیماری‌های سبک زندگی سالانه ۴۱ میلیون نفر از جمعیت جهان را نابود می‌کنند؛ در سال ۲۰۱۶ در ایران ۸۲٪ مرگ و میرها ناشی از این بیماری‌ها و ۴۳٪ آن ناشی از بیماری‌های قلبی‌عروقی بود؛ بر اساس مطالعات، چهار عامل خطر تغذیه نامناسب، سوء مصرف مواد، بی‌تحركی و استرس باعث ناسالم شدن سبک‌های زندگی و بروز این بیماری‌ها می‌گردند. این تحقیق باهدف تبیین آمار بالای بیماری‌های سبک زندگی در ایران و تدوین مدل راهبردی جهت پیشگیری از آنها انجام گردید. روش تحقیق تلفیقی متوالی کمی- کیفی (پیمایش- نظریه بنیاد) بود. ابتدا ۲۲۰ بیمار قلبی‌عروقی به شیوه در دسترس با پرسشنامه پیمایش و بعد نتایج آن در مصاحبه با ۱۴ خبره منتخب به صورت هدف‌مند، آسیب‌شناسی گردید؛ داده‌های کمی با SPSS-V23 و کیفی با مقایسه مستمر و کدگذاری نظری در قالب پارادایم اشتراوس- کوربین تحلیل گردید. روایی تحقیق با ارجاع یافته‌ها به داده‌ها و پایایی آن با ارجاع نتایج به متخصصین تأمین شد. یافته‌های کمی نشان داد سبک زندگی ۵٪ از افراد سالم، ۹۲٪ در وضعیت هشدار و ۶٪ در وضعیت خطر می‌باشد ($P < 0.01$) و یافته‌های کیفی نشان داد جامعه در برقراری سبک‌های زندگی سلامت‌محور در ۱۰ مقوله "تحقیق‌گری، تعلیم‌گری، تربیت‌گری، تبلیغ‌گری، تأمین‌گری، تسهیل‌گری، تجویز‌گری، تحصیل‌گری، تمکین‌گری و تضمین‌گری" واجد نقاط ضعف می‌باشد که ۸ مورد به ساختارها، ۱ مورد به خانواده‌ها و ۱ مورد به عوامل انسانی مربوط می‌باشد. نتیجه این که سبک زندگی سلامت‌محور یک پدیده چندعاملی است و تحقق آن مستلزم توجه توأمان به ابعاد ساختاری و عملیاتی آن می‌باشد. پیشنهاد تحقیق، تشکیل سازمانی مشخص جهت پایش و سنجش سطح سلامت سبک زندگی ایرانیان می‌باشد.

واژگان کلیدی: بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های سبک زندگی، بیماری‌های قلبی‌عروقی، سبک زندگی سلامت‌محور، روش تلفیقی.

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال، اردبیل- ایران.

E- mail: shiran.2006@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۱۴۳۵۸۰۱۰۷

۲. استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال، اردبیل- ایران (نویسنده مسئول).

E- mail: abedinisamad@gmail.com

E- mail: samad1356@gmail.com

۳. دانشیار گروه مطالعات خانواده دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز- ایران.

مقدمه

«زندگی» هدیه‌ هستی به هر موجود انسانی است، هدیه‌ای بس بزرگ و باارزش ولیکن حساس و هر دم رو به کاهش، چه درست از زمانی که آغازش کلید می‌خورد شمارش معکوس برای پایانش هم آغاز می‌شود؛ فاصله‌ میان این آغاز و پایان، فرصت محدود بهره‌برداری هر کس از این هدیه است که اگر مفید و مؤثر باشد هم برای فرد و هم خانواده و جامعه‌اش منشأ خیر خواهد بود و اگر که نه، هر سه از بابت هدررفت آن زیان خواهند دید؛ هم از این روست که در قبال هر هدیه‌ زندگی که به هر عضوی از جامعه داده می‌شود خواه ناخواه هر سه مسئول‌اند، مسئول حفاظت و هدایت و حمایت از آن تا به سرانجامی برسد؛ حق هم همین است که حتی برای یک زندگی هم باید ارزش و اهمیت قائل شد و این مصداق این رسالت الهی است که "هر کس نفسی را بمیراند جمعی را میرانده و هر کس نفسی را حیات بخشد جمعی را حیات بخشیده است" (مائده: ۳۲).

ناگفته پیداست گشایش آغازین صفحه از این هدیه در حریم «خانواده» با ویژگی‌های عملیتی- ساختاری از پیش تعیین شده‌ای صورت می‌پذیرد و بعد این «جامعه» است که با ویژگی‌های ساختاری خود حدود و ثغور نگارش داستان آن زندگی را در ابوابی که خود تعیین می‌کند مشخص می‌سازد و سرانجام نوبت به خود «فرد» می‌رسد که با ویژگی‌های عملیتی خاص خود سرایش ایبات دیوان زندگانی خویش را غالباً در قالب ابوابی که جامعه پیش رویش نهاده به پایان برساند! باری به این قرار، زندگی اجتماعی هر کس در محدوده‌ درون سه ضلعی خود، خانواده و جامعه‌اش جان می‌گیرد و جریان می‌یابد؛ حال اگر چگونه زیستن مهم‌ترین مسأله باشد، که هست، این مهم را کم کیف هر کدام از این سه ضلع و نحوه‌ ارتباط آن‌ها با یکدیگر در برهه‌های زمانی مختلف معین و مشخص می‌سازد، هم از این روست که این مهم یعنی چگونه زیستن و یا به بیانی مبسوط شکل و شیوه و شرایط زندگی هر کس معلول و محصول تاریخی تعامل و تقابل این سه ضلع با یکدیگر قلمداد می‌شود.

شکل و شیوه و شرایط زندگی بیانگر آن چیز است که ما در این تحقیق از آن با عنوان «سبک زندگی» یاد می‌کنیم. سبک زندگی در نهایت در عادات و الگوهای رفتاری قابل تشخیص هر فرد در زندگی روزمره خلاصه می‌شود (Uth, 1996: 5)، که اگر همسو و همساز با سلامت جسم و روح فرد و خانواده و جامعه باشند می‌توان گفت سبک زندگی‌ای که در درون این سه ضلعی جاریست از صحت و سلامت لازم برخوردار است و این مؤید و مقوم صحت و سلامتی اضلاع سه‌گانه هم خواهد بود و اگر نه باید با آن به مثابه‌ یک مسأله اجتماعی خطیر و خطرناک برخورد کرد چه اگر عادات و الگوها و به تبع آن سبک‌های زندگی ناصحیح و ناسالم گردند طبیعتاً صحت و سلامتی اضلاع سه‌گانه هم در معرض تهدید و خطر خواهند بود و از این طریق جامعه و جمعیت کشور به تدریج در تمامی سطوح خرد و میان و کلان

درگیر مسائل مختلف خواهند شد. یکی از مهم‌ترین این مسائل که اکنون به شدت گریبانگیر جامعه و جمعیت ما گشته است «بیماری‌های سبک زندگی» است.

دهه ۱۹۹۰ «تحقیقات سلامت پرستاران»^۱ در دانشگاه هاروارد با قطعیت لازم به این نتیجه رسید که عامل اصلی وقوع و شیوع بیماری‌های غیرواگیر^۲ هم‌چون بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت، بیماری‌های مزمن ریوی و ... رواج سبک‌های زندگی ناسالم در جهان مدرن می‌باشد (Cumin, 2004: 47)؛ این بیماری‌ها بدو از این جهت که هیچ میکرب یا انگلی در بروزشان نقش ندارد در قیاس با بیماری‌های واگیر (عفونی)^۳، بیماری‌های غیرواگیر نامیده شدند (WHO, 2016)؛ یافته‌های «تحقیقات سلامت» باعث شد این بیماری‌ها حسب منشأشان با عنوان بیماری‌های سبک زندگی^۴ مورد توجه سازمان بهداشت جهانی و محققان سلامت قرار گیرند و بدین ترتیب سبک زندگی در آغاز قرن ۲۱ به عنوان یک عامل خطر برای سلامت جمعیت جهان در کانون توجهات قرار گرفت (Bansal, 2015).

سازمان بهداشت جهانی نخست با در نظر گرفتن جمیع جهات، سبک زندگی را "الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، برهم‌کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی حاصل می‌شود" تعریف کرد و بعد آن را مبنای تحقیقات گسترده‌ی خویش در توضیح و تبیین ناسلامتی سبک‌های زندگی در سرتاسر جهان قرار داد (Joanne, 2000: 10)؛ این تحقیقات به زودی به این نتیجه رسید که در مجموع، افزایش سطح چهار عامل خطر شیوه تغذیه ناسالم، بی‌حرکی، سوء مصرف مواد (الکل و دخانیات) و استرس (فشار روانی) باعث ناسالم شدن سبک‌های زندگی می‌گردد و زمینه را برای بروز انواع بیماری‌های سبک زندگی فراهم می‌سازد (Tejavanija & Jhangiani, 2015: 3; WHO, 2014)؛ در شرح ویژگی این بیماری‌ها مواردی چون علت‌شناسی پیچیده (جهانی شدن، شهری شدن، سالخوردگی جمعیت)، چند عاملی بودن (عوامل قابل تغییر یا رفتاری، عوامل غیر قابل تغییر، عوامل متابولیک)، غیرمصری بودن، دوره نهفتگی طولانی، دوره بیماری طولانی و اختلال عملکردی یا ناتوانی عنوان گردید (Tabish, 2017: 1-2).

این سازمان در نخستین گزارشات خود حدود ۴۶٪ از امراض و ۶۰٪ از مرگ و میرهای جهان در سال ۲۰۰۱ را به بیماری‌های سبک زندگی نسبت داد (Anand & et al, 2011)؛ این آمار در سال‌های آتی به دلیل استقرار و استمرار سبک‌های زندگی ناسالم در سراسر جهان متأسفانه رو به افزایش نهاد تا آن جا که طبق آخرین گزارشات سازمان بهداشت جهانی، آمار مرگ و میر در سال ۲۰۱۶ به ۴۱ میلیون مرگ معادل ۷۱٪ مرگ و میر جهانی رسید. در این سال بیماری‌های قلبی-عروقی با ۱۷/۹ میلیون مرگ، معادل ۴۳٪ مرگ و میرها، رتبه نخست و بعد سرطان‌ها با ۹، بیماری‌های تنفسی با ۳/۹ و دیابت با ۱/۶ میلیون

1. Nurses' Health Study (NHS)
 2. Noncommunicable Diseases (NCDs)
 3. Communicable Diseases (CDs) (Infectious Diseases (IDs))
 4. Lifestyle Diseases (LDs)

مرگ مراتب بعدی را به خود اختصاص دادند و در مجموع بیش از ۸۰٪ مرگ و میرها را فقط این چهار بیماری رقم زدند (WHO, 2018).

در این میان ایران هم به عنوان یک کشور در حال توسعه با سبک‌های زندگی التقاطی، سطح بالایی از ابتلاء به این بیماری‌ها را تجربه می‌کند. بر اساس همین گزارش، جمعیت ۸۰ میلیون نفری ایران در سال ۲۰۱۶ حدود ۳۷۱ هزار مرگ و میر داشته که ۸۲٪ آن از بیماری‌های سبک زندگی و تنها ۴۳٪ این از نوع بیماری‌های قلبی عروقی بوده است (WHO, 2018); بیماری‌های قلبی عروقی در قالب اختلالاتی همچون حمله قلبی، سکته، نارسایی قلبی، آریتمی (Sarrafzadegan & Mohammadifard, 2019)، نه فقط در ایران که اکنون در کل جهان مهلک‌ترین بیماری سبک زندگی شناخته می‌شوند و طبق پیش‌بینی انجمن بین‌المللی بیماری‌های قلبی عروقی تا سال ۲۰۲۰ تلفات این بیماری‌ها به ۲۵ میلیون مرگ در جهان افزایش خواهد یافت و از هر سه مرگ یکی به علت اختلال قلبی عروقی خواهد بود (محمدی زیدی و همکاران، ۱۳۸۴: ۵۰).

در داخل ایران هم نظر به تفاوت‌های اساسی در شیوه و شرایط زیست مردم، میزان ابتلاء به بیماری‌های سبک زندگی نه فقط در میان مناطق مختلف بلکه حتی میان مردان و زنان یک منطقه معین متفاوت از هم است. طبق آخرین گزارش معاونت سلامت وزارت بهداشت کشور در سال ۱۳۸۸ به لحاظ میزان مواجهه با عوامل خطر مربوط به این بیماری‌ها، در مردان، استان‌های آذربایجان شرقی، قم، اردبیل و مازندران و در زنان، استان‌های مازندران، قم، کرمانشاه و آذربایجان شرقی در رتبه‌های اول تا چهارم قرار دارند (گلی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۰).

اگرچه این آمارها واقعاً نگران‌کننده‌اند اما خوشبختانه در این میان نکته دلگرم‌کننده‌ای هم وجود دارد و آن این که با اصلاح ساختاری خاستگاه این بیماری‌ها یعنی سبک زندگی می‌توان از پیدایش و پیشرفت آن‌ها پیشگیری کرد و در این میان بیماری‌های قلبی عروقی اگرچه در صدر کشنده‌ترین بیماری‌ها هستند اما خوشبختانه قابل پیشگیری‌ترین هستند (محمدی زیدی و همکاران، ۱۳۸۴: ۵۰). در کل در بروز بیماری‌ها وراثت ۱۶٪، مراقبت‌های بهداشتی ۱۰٪، محیط زیست ۲۱٪ و سبک زندگی ۵۱٪ نقش دارند (Lear et al, 2003); بر این اساس دست کم با اصلاح سبک زندگی می‌توان از بروز بیش از ۵۰٪ بیماری‌ها پیشگیری کرد. این نکته‌ای بود که «تحقیقات سلامت» هم به آن رسیده بود و بهترین راه مواجهه با این بیماری‌ها را «مداخله در سبک زندگی» افراد قلمداد کرده بود (Cumin, 2004: 47).

این مداخلات در سال‌های اخیر در قالب رویکردهایی چند انجام شده که «نظریه انتخاب» یکی از مهم‌ترین آن‌هاست. در این رویکرد بیماری نتیجه رفتارها و رفتارها نتیجه انتخاب‌ها تلقی شده، بیمار تحت مداخلات آموزشی قرار می‌گیرد تا با کسب درک جدید و انتخاب رفتارهای صحیح به یک نتیجه

بهتری برسد (انتظاری میبیدی و همکاران، ۱۳۹۴). «نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده»^۱ رویکرد دیگریست که بر قصد فرد تمرکز دارد و معتقد است با آموزش می‌توان قصد لازم برای تغییر باورها و رفتارها و سبک زندگی را در افراد ایجاد کرد؛ قصد تغییر که ایجاد شود فرد به عنوان یک عمل‌کننده منطقی، خود زمینه لازم برای تغییر را فراهم خواهد ساخت (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴). رویکرد دیگر «نظریه شناختی-اجتماعی»^۲ است که تغییر رفتار را ناشی از تقابل و تعامل دوسویه عوامل محیطی، شخصی و رفتاری دانسته، با اذعان به نقش تفکر و فرایندهای شناختی در یادگیری، تغییر را از طریق مشاهده، تقلید و الگوبرداری ممکن می‌داند (عبدی و همکاران، ۱۳۹۵).

از نقطه نظر جامعه‌شناسی (پزشکی) این رویکردها علی‌رغم کارآمدی نسبی به دلیل کم توجهی به ابعاد ساختاری سبک زندگی مورد نقد هستند. کاکرهام با طرح این نکته که تصمیم درباره ورزش، تغذیه، مصرف الکل، سیگار و ... تنها یک «انتخاب فردی» نیست بلکه به طور عمده «متغیرهای ساختاری» هم در شکل‌گیری آن دخیل هستند، این نقد را بر این رویکردها روا می‌دارد که با رفتار سلامت‌محور به مثابه یک موضوع انتخاب فردی برخورد می‌کنند و در نهایت «فرد» را هدف قرار می‌دهند تا شیوه‌های مضر سلامت خود را از طریق «آموزش» تغییر دهد (Cockerham, 2005).

البته در سال‌های اخیر پزشکی کل‌نگر^۳ تلاش کرده با توجه به عوامل زمینه‌ای در تشخیص و درمان بیماری‌ها و تحلیل مؤلفه‌های جسمی، تغذیه‌ای، محیطی، عاطفی، معنوی و سبک زندگی بخشی از این نقطه ضعف را جبران کند. در این رویکرد تنها به صورت جزء جزء به بدن بیمار توجه نمی‌شود بلکه بیمار به مثابه یک کل متشکل از جسم، ذهن و روح در نظر گرفته می‌شود و بیماری نه به عنوان رویدادی مجزا بلکه تجلی اختلال عملکرد آن کل در شرایط زمینه‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرد. سلامتی بهینه^۴ هدف اصلی این رویکرد است که بسی فراتر از صرف نداشتن بیماری است. در این رویکرد هم باز پیشگیری بهتر و مقرون به صرفه‌تر از درمان و آموزش فرد برای تغییر سبک زندگی و خودمراقبتی محور اصلی پیشگیری تلقی می‌گردد (Ahha, 2020).

پزشکی کل‌نگر اگرچه با دیدی بازتر نسبت به پزشکی جزءنگر به بحث بیماری و سلامت می‌نگرد با این وجود نقش ساختار و اصلاح ساختاری در این رویکرد کم‌رنگ و هم‌چنان فرد و آموزش و اصلاح او مبنای پیشگیری است؛ به این ترتیب نقد کاکرهام بر تحقیقات سلامت‌محور هم‌چنان به قوت خود باقی است. او خود برای جبران این نقیصه، در چارچوب فکری تلفیقی بوردیو^۵ (تمایز، ۱۳۹۰) و گیدنز^۶ (ساخت جامعه، ۱۳۹۵) بحث عاملیت-ساختار را پیش کشیده و بر اساس آن الگویی نظری برای سبک زندگی سلامت‌محور ارائه داده و در آن عادت‌واره‌ها و رویه‌هایی که در نهایت به سلامت یا ناسلامتی سبک‌های

1. The Theory of Planned Behavior (TPB)

2. The Social-Cognitive Theory (SCT)

3. Holistic Medicine

4. Optimal health

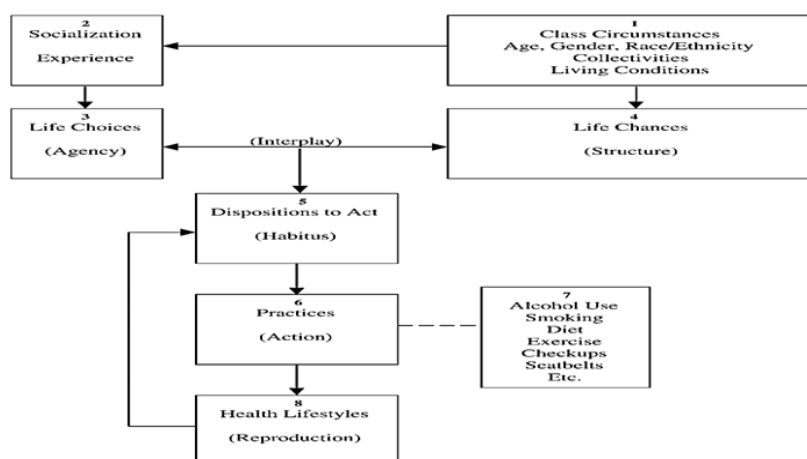
5. Bourdieu

6. Giddens

زندگی منجر می‌شوند را پیش و بیش از آن که نتیجه انتخاب‌های زندگی افراد بدانند متأثر از «شانس‌های زندگی» آن‌ها دانسته است (Cockerham, 2005).

چارچوب نظری این تحقیق بدواً رویکرد بوردیوی به سبک زندگی و بعد در راستای آن، الگوی نظری کاکرهام در سبک زندگی سلامت‌محور بوده است. منسجم‌ترین نظریه در شکل‌گیری سبک زندگی هم‌چنان متعلق به بوردیو است؛ مطابق نظر او شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید عادت‌واره خاص منجر می‌شود؛ عادت‌واره مولد دو دسته نظام است: نظامی برای طبقه‌بندی اعمال و نظامی برای ادراکات و شناخت‌ها؛ نتیجه نهایی تعامل این دو نظام، سبک زندگی است (فاضلی، ۱۳۸۲). نقطه قوت نظریه بوردیو قدرت تبیین آن در کنار توصیف‌اش است؛ بررسی رابطه جایگاه اجتماعی و عادت‌واره و سبک زندگی و پیش‌بینی طبقه‌بندی‌های سبک زندگی دو جنبه تبیینی این نظریه هستند. پرداختن به فرهنگ و مصرف به عنوان دو عامل مستقل و نیز تصور رابطه دیالکتیکی میان عاملیت و ساختار دو نقطه قوت نظریه بوردیو در تحلیل سبک زندگی است (شالچی، ۱۳۸۶).

الگوی نظری که کاکرهام ارائه داده، در قالب این چارچوب فکری صورت گرفته است. او در این الگو سبک زندگی سلامت‌محور را با واسطه رویه‌ها (پرکتیس‌ها) متأثر از عادت‌واره‌ها (هیبیتوس‌ها) بی‌دانسته که در نتیجه برهم‌کنش «انتخاب‌های زندگی» (عاملیت) و «شانس‌های زندگی» (ساختار) شکل گرفته‌اند و این هر دو را مستقیم یا غیرمستقیم متأثر از متغیرهای ساختاری هم‌چون شرایط طبقاتی، سن، جنسیت، قومیت و ... ترسیم کرده است که به هر شکل بر شیوه و شرایط زندگی افراد حاکم هستند (شکل شماره ۱). این تحقیق در این چارچوب نظری به مطالعه بیماری‌های سبک زندگی و عوامل مؤثر بر وقوع و شیوع آن‌ها در راستای ارائه مدل پیشگیری پرداخته است.



شکل شماره (۱): پارادایم سبک زندگی سلامت‌محور (به نقل از: Cockerham W. C, 2005)

تأثیر سبک زندگی بر بروز بیماری‌های غیرواگیر و نحوه‌ی پیشگیری از آن‌ها بیشتر در چندین طرح تحقیقی مورد بررسی قرار گرفته است. محمدی زیدی و همکارانش (۱۳۸۴)، در تحقیقی با عنوان «بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی» با مطالعه‌ی ۴۴ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب، ۹۵/۵ درصد از آن‌ها را در معرض خطر متوسط گزارش کرده، اهمیت و فوریت اقدامات مداخله‌ای جهت تغییر سبک زندگی آن‌ها را متذکر شده‌اند. تقی‌زاده و همکارانش (۱۳۹۱)، «اثر بخشی آموزش برنامه اصلاح رفتار در سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو» را آزموده و بر نقش برنامه‌های آموزشی، دانش و نگرش در زمینه‌ی عادات غذایی و فعالیت جسمانی بیماران دیابتی تأکید و ورود مراکز آموزشی و درمانی به این قضیه را توصیه کرده‌اند. عیسی‌زادگان و همکارانش (۱۳۹۲)، هم «اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر سبک زندگی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون» را بررسی کرده و نقش آن را در کنار درمان دارویی مفید و مؤثر ارزیابی کرده‌اند.

«اثر بخشی درمان مبتنی بر نظریه‌ی انتخاب بر اصلاح سبک زندگی زنان مبتلا به چاقی» هم پژوهش دیگریست که انتظاری میدی و همکارانش (۱۳۹۴)، با انجام آن به این نتیجه رسیده‌اند که درمان مبتنی بر نظریه‌ی انتخاب بر اصلاح ابعاد سلامت جسمانی، تغذیه و کنترل وزن، ورزش و تندرستی و سلامت روان شناختی سبک زندگی زنان مبتلا به چاقی مؤثر می‌باشد. در پژوهشی دیگر کریمی و همکارانش (۱۳۹۳)، تأثیر آموزش بر تغییر سبک زندگی را در چارچوب «نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی شده» بر روی بیماران دچار سکنه قلبی آزموده و در قیاس با گروه کنترل، افزایش نمرات سبک زندگی آن‌ها را معنی‌دار گزارش کرده‌اند ($P < 0/01$). زراعت‌کار و همکارانش (۱۳۹۴)، هم به روشی مشابه «اثر بخشی مداخله‌ی ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب» را مورد آزمون قرار دادند و نقش آن را در تقویت ابعاد روانی و کاهش هزینه‌های درمانی و زمان بستری معنی‌دار یافته‌اند.

و اما تحقیق حاضر بدو مطابق اصول پزشکی کل‌نگر و توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی (WHO, 2014)، در کنار «سلامت جسم» به «سلامت روان» را هم توجه داشته و استرس (فشار روانی) را هم در کنار شیوه‌ی تغذیه نامناسب، بی‌حرکی و سوء مصرف مواد به عنوان چهار عامل خطر سلامت جمعیت مورد بحث گذاشته و بعد «بیماری‌های قلبی عروقی» را به عنوان مهلک‌ترین بیماری سبک زندگی به صورت موردی مطالعه کرده است. هدف از انجام این تحقیق در گام اول مطالعه‌ی جامعه‌شناختی چگونگی پیدایش (وقوع و شیوع) این بیماری‌ها و پیامدهای آن‌ها برای مبتلایان و در گام دوم آسیب‌شناسی اجتماعی نتایج به دست آمده از آن در راستای شناسایی عوامل مؤثر بر افزایش سطح عوامل خطر و ناسلامتی سبک‌های زندگی و ارائه‌ی مدل راهبردی جامعی برای پیش‌گیری از این بیماری‌ها بوده است.

در بخش نخست تحقیق سؤالات زیر مد نظر بوده است:

۱. عوامل خطر چهارگانه سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در چه سطحی هستند؟

۲. ناسلامتی سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی در کل در چه سطحی است؟
۳. پیامدهای این بیماری در زندگی شخصی افراد مبتلا در چه سطحی هستند؟
- فرض تحقیق مبنی بر بالا بودن سطح عوامل فوق در زندگی افراد مبتلا بود. در بخش دوم تحقیق سؤالات مورد نظر عبارت بودند از:
۱. عوامل وادارنده به سبک‌های زندگی ناسالم در ایران کدام‌ها هستند؟
 ۲. چگونه و با چه رویکردی می‌توان از شکل‌گیری سبک‌های زندگی ناسالم در جامعه پیشگیری کرد؟
- در شرح اهمیت و ضرورت انجام تحقیق همین بس که این بیماری‌ها اغلب در محدوده ۱۶ الی ۶۹ سالگی شیوع دارند (ICLDM, 2018). یعنی همان محدوده سنی «جمعیت فعال» که در حال حاضر طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ بیش از ۷۰٪ جمعیت ایران در این محدوده قرار دارند (سرای، ۱۳۸۷). در این که توسعه و پیشرفت جامعه به سلامتی و توان‌مندی جمعیت بستگی دارد و جامعه باید از نابودی و ناتوانی آن پیشگیری کند تردیدی نیست، اما در این که پیشگیری هم چون هر اقدام دیگری برای به ثمر رسیدن مستلزم راهبرد و برنامه عملیاتی است هم تردیدی وجود ندارد.

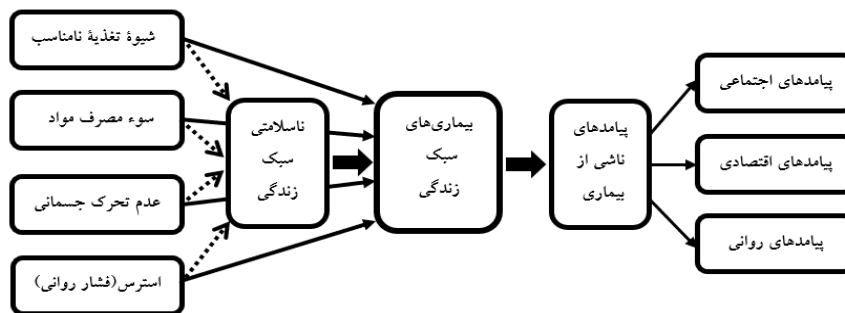
روش تحقیق

روش تحقیق، تلفیقی از نوع کمی - کیفی متوالی بود. ابتدا بخش کمی به روش پیمایش انجام شد و بعد نتایج آن در بخش کیفی به روش نظریه بنیاد با مشارکت خبرگان مورد استناد و آسیب‌شناسی اجتماعی قرار گرفت. در بخش کمی بدو با توجه به اهداف توصیفی - تبیینی تحقیق برای سنجش سطح ناسلامتی سبک زندگی بیماران قلبی-عروقی و پیامدهای آن، بیمارستان قلب اردبیل به عنوان محل انجام تحقیق انتخاب و تعداد ۲۲۰ بیمار بستری در آن به شیوه دسترس با پرسشنامه‌ای حاوی ۷۲ گویه مطالعه گردید. پرسشنامه بر پایه پرسشنامه استاندارد II HPLP والکر (1995)، تهیه و تنظیم گشته بود. با این تفاوت که در این پرسشنامه سنجش سطح سلامت سبک زندگی بر پایه عوامل مقوم سلامت و در پرسشنامه تحقیق سنجش سطح ناسلامتی سبک زندگی بر پایه عوامل خطر چهارگانه تغذیه نامناسب، بی‌تحركی، سوء مصرف مواد و استرس مطرح است. روایی پرسشنامه با ارجاع به سه تن از اساتید و پایایی آن با آلفا کرونباخ به مقدار ۰/۸۳۳ محاسبه شد. داده‌ها با SPSS 23 و آمار توصیفی و آزمون‌های خی دو و ضرایب پیرسون و اسپیرمن تجزیه و تحلیل گشت.

متغیرها و الگوی تحلیل در این بخش از تحقیق عبارتند از:

۱. شیوه تغذیه نامناسب: بیانگر «عادات» و «الگوها»ی تغذیه نامناسب شخص در زندگی روزمره است.
۲. سوء مصرف مواد: بیانگر وضعیت شخص به لحاظ میزان مصرف «دخانیات (سیگار، قلیان، ...»، «الکل»، «مواد مخدر» و «داروهای خودسر» است.
۳. عدم تحرک جسمانی: بیانگر میزان رکود و بی‌تحركی شخص در زندگی روزمره است.

۴. استرس یا فشار روانی: بیانگر میزان نگرانی و ناآرامی درونی شخص در زندگی روزمره است.
 ۵. پیامدهای بیماری: بیانگر میزان شدت تبعات بیماری در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و روانی برای شخص و اطرافیانش است.



شکل شماره (۲): متغیرها و الگوی تحلیلی تحقیق در بخش کمی

در بخش کیفی نظر به اهمیت موضوع بیماری‌های سبک زندگی و ضرورت فهم بیشتر از یک سو و از سوی دیگر کمبود بینش و دانش جامعه‌شناختی در رابطه با آن، از روش استقرائی و اکتشافی نظریه بنیاد استفاده شد. این روش که توسط دو جامعه‌شناس آمریکایی به نام‌های گلنزر و اشتراوس در دهه ۱۹۶۰ در زمینه جامعه‌شناسی پزشکی ابداع شد در اصل تلاشی است در راستای داده‌اندوزی در رابطه با موضوع و نظریه‌پردازی بر پایه آن داده‌ها (Glaser & Strauss, 2006)، و عموماً در مواردی انجام می‌گیرد که دانش کمتری در رابطه با موضوع وجود دارد (Sheldon, 1998).

در این تحقیق در وهله اول برای داده‌اندوزی در رابطه با موضوع، نظر به میان رشته‌ای بودن آن، خبرگانی از رشته‌های مرتبط اعم از علوم پزشکی، علوم انسانی و علوم دینی و تربیت بدنی به عنوان صاحب‌نظر در رابطه با یک یا چند مورد از عوامل خطر چهارگانه به عنوان جامعه آماری تحقیق در نظر گرفته شدند تا حول محور این چهار عامل به آسیب‌شناسی اجتماعی سبک‌های زندگی ایرانیان بپردازند. برای این منظور ابتدا ۲۲ نفر از اساتید و متخصصان به صورت هدف‌مند شناسایی و بعد به واسطه برخی از این اساتید تعداد ۸ نفر دیگر به این جمع اضافه شدند و در کل، ۳۰ صاحب‌نظر با ارسال پیام الکترونیکی به مصاحبه دعوت شدند. پیام حاوی نتایج آزمون کمی و ضرورت: (آمار بالای ابتلائات و تلفات ناشی از بیماری‌های سبک زندگی در کشور)، هدف: (تبیین همه جانبه مسأله و تدوین مدلی جامع برای پیشگیری از آن) و سؤالات: (چرایی افزایش سطح عوامل خطر و ناسالم گشتن سبک‌های زندگی ایرانیان و چگونگی مقابله با آن) بود. بعد از ارسال و پیگیری پیام، تعداد ۱۰ نفر از دعوت شدگان با اعلام نداشتن آمادگی انصراف دادند و در کل ۲۰ نفر برای مصاحبه اعلام آمادگی نمودند.

مصاحبه‌ها با بیان ضرورت و هدف و شرح سؤالات تحقیق آغاز و بعد حداکثر وقت در اختیار مصاحبه شونده‌گان قرار گرفت تا در چارچوب موضوع، نقطه‌نظرات خود را آزادانه بیان نمایند. تمامی مصاحبه‌ها با

کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان به صورت صوتی ضبط شدند. در کنار آن، یادداشت‌برداری در عرصه هم انجام گرفت. از مصاحبه ۱۲ به بعد میزان تکرار داده‌ها در خصوص محورهای مورد بحث افزایش یافت و در مصاحبه ۱۴ اشباع داده‌ها مسجل و از انجام مصاحبه‌های بیشتر صرف‌نظر گردید. در جمع ۱۴ مصاحبه شونده ۳ فوق‌تخصص قلب و عروق، ۱ متخصص پزشکی اجتماعی، ۱ متخصص روان‌شناسی بالینی، ۱ پزشک عمومی، ۲ متخصص علوم دینی، ۲ متخصص تربیت بدنی و ۴ جامعه‌شناس حضور داشتند. مصاحبه شونده‌گان همه مرد و در بازه سنی ۴۲ الی ۵۸ سال قرار داشتند.

در مجموع از ۱۴ مصاحبه به مدت ۵۴۹ دقیقه، ۴۳۸ رویداد پیاده‌سازی گردید که به عنوان داده‌های بنیادی تحقیق در چارچوب رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸)، به روش مقایسه مستمر^۱ مورد کدگذاری نظری^۲ و تحلیل قرار گرفت. کدگذاری نظری در سه مرحله باز، محوری و انتخابی^۳ انجام پذیرفت؛ با کدگذاری باز «مفهوم‌سازی» از رویدادها، با کدگذاری محوری «مقوله‌سازی» از مفاهیم و با کدگذاری انتخابی، «گزاره‌نویسی» درباره روابط میان مقوله‌ها صورت می‌پذیرد (Cresswell, 2012). در سیر تکوین نظریه، مفاهیم نسبت به رویدادها و مقولات نسبت به مفاهیم و گزاره‌ها نسبت به مقولات در سطحی بالاتر و انتزاعی‌تر قرار دارند و هر کدام نسبت به دیگری یک گام به نظریه در حال ساخت نزدیک‌تر هستند (Miles & Huberman, 2002). بر این اساس، از ۴۳۸ رویداد، ۲۱۶ مفهوم و بعد ۳۷ مقوله فرعی و در نهایت ۱۰ مقوله اصلی به عنوان ۱۰ نقطه ضعف جامعه در برقراری سبک‌های زندگی سلامت‌محور استخراج شد.

با مشخص شدن مقولات اصلی تحقیق، عناصر ششگانه رهیافت شامل پدیده مرکزی (گسترده‌ترین و محوری‌ترین مقوله‌ای که سایر مقولات متوجه آن هستند)، شرایط علی (علل وقوع پدیده مرکزی)، شرایط زمینه‌ای (شرایط بسترساز خاص مؤثر بر راهبردها)، شرایط مداخله‌گر (شرایط بسترساز عام مؤثر بر راهبردها)، راهبردها (کنش و برهم‌کنش‌های معطوف به حل مسأله) و پیامدها (خروجی‌های حاصل از استخدام راهبردها) (Cresswell, 2012 ; Strauss & Corbin, 1998)، شناسایی و بر اساس الگوی نظری رهیافت، مدل تحقیق تدوین و بر اساس آن رویکرد نظری تحقیق ارائه گردید. روایی تحقیق با ارجاع یافته‌ها به داده‌ها و پایایی آن با ارجاع نتیجه به ۴ متخصص شرکت‌کننده و ۲ متخصص خارج از تحقیق تأمین گردید.

1. Constant Comparison
2. Theoretical Sampling
3. Open, Axial and Selective Coding

یافته‌ها

در بخش کمی محاسبه میانگین میانگین‌های عوامل خطر چهارگانه به مقدار ۱/۹۷ و مقایسه آن با حد میانه مقیاس سه‌رتبه‌ای (۱/۵) نشان داد در مجموع سطح این عوامل در سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بالاست؛ آزمون معنی‌داری این یافته با خی دوی تک نمونه‌ای با اطمینان ۹۹٪ فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین‌ها را رد و فرض تحقیق مبنی بر متفاوت (بالا) بودن میانگین سطح عوامل خطر را تأیید کرد ($P=0/000 < 0/01$)؛ جدول شماره (۱) بیانگر این داده‌ها و یافته‌هاست.

جدول شماره (۱): شاخص‌های آمار توصیفی عوامل خطر چهارگانه در مقیاس ترتیبی با آزمون معنی‌داری خی دو

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	χ^2	میانگین میانگین‌ها	نما	میانه	میانگین	تعداد ۲۲۰
۰/۰۰۰	۲	۲۳۶/۶۵	۱/۹۷	۲	۲	۱/۸۹	شیوه تغذیه نامناسب
۰/۰۰۰	۲	۲۵۵/۸۵		۱	۱	۱/۱۸	سوء مصرف مواد
۰/۰۰۰	۲	۱۳۹/۸۱		۳	۳	۲/۶۵	عدم تحرک جسمانی
۰/۰۰۰	۲	۴۲/۹۴		۲	۲	۲/۱۵	استرس (فشار روانی)

سنجش سطح ناسلامتی سبک زندگی افراد از مجموع مقادیر عوامل خطر چهارگانه حاصل شد. در محدودهٔ محتمل ۴۵ الی ۱۸۰ برای توزیع پیوستهٔ این متغیر، میانی‌ترین داده ۱۱۵، میانگین ۱۱۶/۲۶ و بیشترین مقدار مشاهده شده ۱۱۹ بود که نشان از تمایل مقادیر به سمت ناسلامتی داشت. باز تعریف آن در مقیاس ترتیبی نشان داد کمتر از ۰/۵٪ از افراد در سطح سالم (سبز: نرمال) و بقیه یعنی ۹۹/۵٪ در وضعیت غیرسالم (غیرنرمال) قرار دارند که ۹۲/۷٪ آن در سطح بینابین (زرد: هشدار) و ۶/۸٪ هم در سطح ناسالم (قرمز: خطر) به سر می‌برند. آزمون معناداری این یافته با خی دوی تک نمونه‌ای یافتهٔ تحقیق مبنی بر ناسالم بودن سبک زندگی افراد مبتلا را با اطمینان ۹۹٪ تأیید کرد ($P=0/000 < 0/01$).

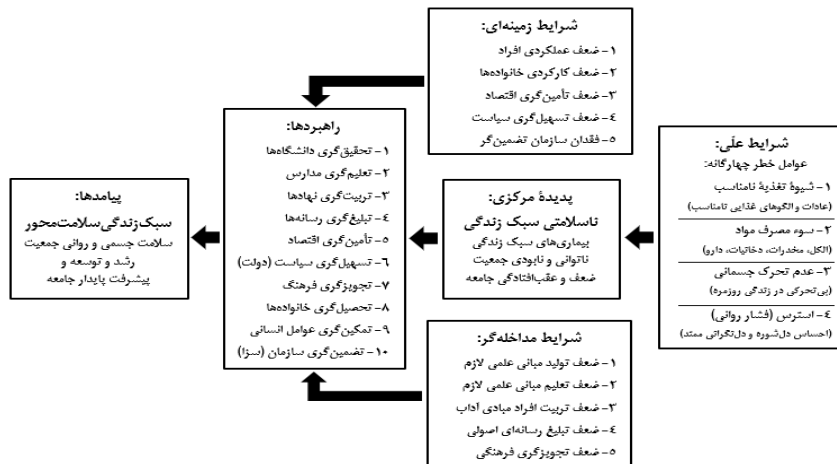
برای سنجش میزان همبستگی هر کدام از عوامل خطر چهارگانه با سطح ناسلامتی سبک زندگی افراد، ضریب پیرسون بیشترین همبستگی را به مقدار ۰/۷۱ برای شیوهٔ تغذیهٔ نامناسب و بعد به مقدار ۰/۶۵ برای فشار روانی مشخص ساخت؛ سوء مصرف مواد با ۰/۴۱ و عدم تحرک جسمانی با ۰/۲۶ در مراتب بعدی همبستگی بودند. هر چهار یافته در سطح ۰/۰۱ معتبر بودند ($P=0/000$). محاسبهٔ ضریب تعیین (R) نشان داد حدود ۵۰٪ از تغییرات ناسلامتی سبک زندگی را می‌توان ناشی از شیوهٔ تغذیهٔ نامناسب، ۴۳٪ را ناشی از فشار روانی، ۱۷٪ را ناشی از سوء مصرف مواد و تنها ۶/۵٪ را از عدم تحرک جسمانی افراد دانست.

در سنجش پیامدهای بیماری، در دامنهٔ محتمل ۵ الی ۳۰ بالاترین میانگین مربوط به پیامدهای روانی (۲۰/۳۵) سپس اقتصادی (۱۹/۷۸) و بعد اجتماعی (۱۷/۳۶) بود. در مجموع ۱۷٪ از افراد پیامدها را در نزد خود کم، ۵۴٪ متوسط و ۲۹٪ زیاد دانستند. محاسبهٔ میانگین میانگین‌های ابعاد سه‌گانه به مقدار ۱۹/۲ و

مقایسه آن با میانگین مورد انتظار در صورت عدم تفاوت (۱۷/۵) فرض تحقیق مبنی بر بالا بودن سطح پیامدهای بیماری در نزد بیماران را با اطمینان ۹۹٪ مورد پذیرش قرار داد ($P=0/000 < 0/01$). در بخش کیفی، واکاوی آسیب‌شناسانه سبک‌های زندگی ایرانیان از منظر خبرگان نشان داد جامعه در برقراری سبک‌های زندگی سلامت‌محور در نزد عموم در ۱۰ زمینه "تحقیق‌گری (تولید مبانی و معارف علمی لازم توسط دانشگاه‌ها)، تعلیم‌گری (آموزش مبانی و معارف علمی لازم توسط مدارس)، تربیت‌گری (پرورش افراد مطابق این مبانی و معارف توسط نهادها)، تبلیغ‌گری (آگاهی‌رسانی گسترده این مبانی و معارف توسط رسانه‌ها)، تأمین‌گری (ارائه منابع مادی لازم توسط اقتصاد)، تسهیل‌گری (ارائه برنامه و تسهیلات لازم توسط سیاست)، تجویز‌گری (ارائه الگو و مجوز توسط فرهنگ)، تحصیل‌گری (تجمع شرایط لازم برای اعضاء توسط خانواده‌ها)، تمکین‌گری (تبعیت عوامل انسانی از این مبانی و معارف) و تضمین‌گری (پشتیبانی سازمانی از اجرای این مبانی و معارف)" واجد نقاط ضعف می‌باشد.

مدل نظری

با انتخاب "ناسلامتی سبک‌های زندگی ایرانیان" به عنوان پدیده مرکزی، عوامل خطر چهارگانه "شیوه تغذیه نامناسب، سوء مصرف مواد، عدم تحرک جسمانی و استرس" به عنوان شرایط علی، "ضعف تمکین‌گری افراد، ضعف تحصیل‌گری خانواده‌ها، ضعف تأمین‌گری اقتصادی، ضعف تسهیل‌گری سیاست و فقدان تضمین‌گری سازمانی" به عنوان شرایط زمینه‌ای، "ضعف در تحقیق‌گری دانشگاه‌ها، ضعف در تعلیم‌گری مدارس، ضعف در تربیت‌گری نهادها، ضعف در تبلیغ‌گری رسانه‌ها و ضعف در تجویز‌گری فرهنگی" به عنوان شرایط مداخله‌گر وقوع پدیده مرکزی شناسایی و به آن ربط داده شدند و بعد بر اساس شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر تحقیق، راهبردهای ده‌گانه جهت پوشش این نقاط ضعف و در نهایت «سبک زندگی سلامت‌محور» به عنوان پیامد کاربست این راهبردها در ساختار نظری رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین جاگذاری گردیدند؛ شکل شماره (۳) بیانگر مدل تحلیلی حاصل از این فرآیند است.



شکل شماره (۳): مدل تحلیلی سبک زندگی سلامت‌محور بر اساس رهیافت اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸)

رویکرد نظری

مدل نظری و راهبردهای دهگانه ارائه شده در مرحله کدگذاری محوری همه معطوف به حل مسأله مرکزی یعنی «ناسلامتی سبک‌های زندگی» و رسیدن به پیامد «سبک زندگی سلامت‌محور» هستند؛ بر این اساس، در مرحله کدگذاری انتخابی این مفهوم به عنوان مفهوم مرکزی نظریه در حال شکل‌گیری انتخاب و بعد گزاره‌های مربوط به مقولات راهبردی دهگانه در ارتباط با آن نگارش گردید. جدول شماره (۲) بیانگر چگونگی ارتباط این گزاره‌ها با مفهوم مرکزی «سبک زندگی سلامت‌محور» می‌باشد.

جدول شماره (۲): گزاره‌های نظری مستخرج از راهبردهای دهگانه به سبک زندگی سلامت‌محور

راهبردها	گزاره‌های نظری
۱. تحقیق‌گری	دانشگاه‌های کشور باید اصول و اسلوب لازم برای سبک زندگی سلامت‌محور را تحقیق و تولید و ارائه دهند.
۲. تعلیم‌گری	مدارس کشور باید این اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور را از سنین پایین به افراد جامعه آموزش دهند.
۳. تربیت‌گری	نهادهای جامعه باید با نهادینه‌سازی اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور افراد میادی آداب تربیت نمایند.
۴. تبلیغ‌گری	رسانه‌ها باید اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور را در سطحی گسترده در جامعه تبلیغ نمایند.
۵. تأمین‌گری	اقتصاد باید منابع مادی لازم برای برقراری سبک زندگی سلامت‌محور را برای همه‌ی افراد جامعه تأمین نماید.
۶. تسهیل‌گری	سیاست باید با اتخاذ تدابیر لازم زمینه را برای برقراری سبک زندگی سلامت‌محور در جامعه تسهیل نماید.
۷. تجویز‌گری	فرهنگ باید اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور را در جامعه تجویز و ارزش‌گذاری نماید.
۸. تحصیل‌گری	خانواده‌ها باید عناصر لازم برای برقراری سبک زندگی سلامت‌محور را برای اعضاء خود تحصیل و تجمیع نمایند.
۹. تمکین‌گری	افراد جامعه باید از اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور تمکین و تبعیت نمایند.
۱۰. تضمین‌گری	یک سازمان مشخص باید استقرار و استمرار سبک زندگی سلامت‌محور در جامعه را تضمین نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

سبک زندگی سلامت‌محور در عصر مدرن یک دستاورد تلقی می‌گردد که افراد تصور می‌کنند باید تلاش کنند آن را به دست بیاورند تا بر کم و کیف زندگی‌شان افزوده شود و گر نه خوب می‌دانند که در معرض ابتلا به بیماری‌های مزمن قرار خواهند گرفت و مرگی زودرس در انتظارشان خواهد بود (Cockerham, 2005: 51). نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد ۱۰ شرط اصلی وجود دارند که در دست‌یابی یا عدم دست‌یابی به سبک زندگی سلامت‌محور نقشی تعیین‌کننده دارند؛ این ۱۰ شرط عبارتند از: "تحقیق‌گری، تعلیم‌گری، تربیت‌گری، تبلیغ‌گری، تأمین‌گری، تسهیلگری، تجویزگری، تحصیل‌گری، تمکین‌گری و تضمین‌گری".

۱. پیش از هر چیز بدیهی است که برای رسیدن به سبک زندگی سالم باید به «معارف» لازم در خصوص آن دست یافت و این در گروهی «تحقیق» علمی است؛ این مهم بعهده «دانشگاه‌های کشور اعم از علوم پزشکی و غیرپزشکی است که هر چیز راست و درست در خصوص سبک زندگی سالم را جستجو کرده و در اختیار نظام تعلیم و تربیت کشور قرار دهند.

۲. راست و درست را یافتن مادام که به راست و درست آموختن منجر نگردد ابترترین کارهاست؛ بر نظام آموزش کشور است که مدام نتایج تحقیقات دانشگاه‌ها را در قالب اصول و اسلوب سبک زندگی سالم بر گرفته و با بروزترین شیوه‌های یاددهی، افراد را از سنین پایین در «مدارس» کشور «تعلیم» دهد. ۳. راست و درست را یافتن و باز آموختن تنها با راست و درست را بازنشاندن است که به نتیجه می‌رسد؛ در کل بر «نهاد آموزش» و سایر نهادهای جامعه است که با کاربست شیوه‌های نوین، اصول و اسلوب سبک زندگی سالم را در اذهان افراد جامعه نهادینه ساخته و با تمرین و تکرار، تحقیق و تعلیم را به مرز «تربیت» برسانند. تمرین و تکرار مبنای «عادات» اند و عادات مبین الگوهای رفتاری یا همان پرکتیس‌ها و پرکتیس‌ها سازنده سبک‌های زندگی، که اگر راست و درست تحقیق، تعلیم و تربیت شده باشند دیگر تحقق سبک‌های زندگی سالم اجتناب‌ناپذیر خواهند بود. این سه اصل مهم و محوری بدو به عهده نهاد آموزش و پرورش کشور است که حالاً متأسفانه در دو بال تحقیق و تربیت دچار ضعف است و بیشتر بر روی تنه تعلیم است که گاه‌گداری پیکر تنومند خویش را پیش می‌برد.

۴. راست و درست‌های سبک زندگی سالم را باز یافتن و باز آموختن و بازنشاندن، مادام که در عصر مدرن در بوق بزرگ و با قدرت رسانه «بازگو» و «تبلیغ» نشوند انگار که از پشت میکروفونی خاموش برای جمع کثیر جامعه خوانده شده‌اند! تبلیغ یعنی به قوت به اطلاع عموم رساندن و این اصل مهمی است که در خصوص اصول و اسلوب سبک زندگی سالم باید به نحو احسن صورت پذیرد. «صدا و سیما» قدرت‌مندترین ابزار لازم برای این مهم است که باید با به کارگیری ظرفیت‌های متعدد و متنوع خود مستقیم یا غیرمستقیم پیام مهم سلامت سبک زندگی را به نحو اصولی به اطلاع و آگاهی عموم ایرانیان برساند.

۵. با چهار اصل فوق، سبک زندگی سالم به ثمر نشستنی است منتهی خود به ثمر نشستن هر چهار اصل مستلزم «منابع» مادی است؛ این مهم باید از سوی نهاد «اقتصاد» تأمین شود. کاربرد صحیح اصول و اسلوب سبک زندگی سالم برای اقشار مختلف جامعه به ویژه در ابعاد شهر سالم، مسکن سالم، تغذیه سالم، تفریح سالم، ورزش منظم و ... همه مستلزم هزینه و تخصیص منابع است که اگر به نحو مفکی صورت نپذیرد تحقق اصول چهارگانه فوق و به تبع آن شکل‌گیری سبک زندگی سلامت‌محور عملاً با مشکل روبرو خواهد بود. در عصر سرمایه‌داری، الف تا یای هر حرکتی بسته به سرمایه است.

۶. سرمایه خود بسته به «سیاست» و یا به بیانی روشن‌تر در دست سیاست است و متقابلاً سیاست بسته به سرمایه؛ برای همین اقتصاد سیاسی گسست‌ناپذیرین ترکیب عصر جدید است؛ با این حال توسعه در هر دو بعد سیاسی و اقتصادی بسته به جمعیتی سالم و توان‌مند است از این رو ضرورت سبک زندگی سالم بر هر سیاست‌مردی آشکار است و گر نه که این مهم باید در اسرع وقت به هر شکل ممکن اقامه دعوی گردد. سبک زندگی سالم یک مسأله و موضوع جهانی است و در هر حال اصول و اسلوب خاص خود را دارد که بسته به خواست دولت‌ها و سیاست‌ها نیست. از این رو نقش دولت و سیاست در این زمینه اغلب در وجه «تسهیلگری» است یعنی که باید تسهیلات لازم برای جریان هر اصل کارکردی را ارائه داده، میان آن‌ها هماهنگی حاکم سازد و بعد با نظارت مستمر «موانع» پیش روی را از میان بردارد.

۷. با این حال گاهی ممکنست همه شرایط لازم برای سبک زندگی سالم تأمین باشد اما به دلیل عدم انطباق برخی از جوانب آن با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه (اعم از آداب و رسوم، عرف و قوانین) شکل‌گیری مفید و مؤثر آن با مشکلاتی روبرو گردد، این که "در مراسم و مهمانی‌ها نه ترک مجلس و نه صرف زود هنگام شام، ممکن نیست" یا "با دوچرخه سر کار آمدن کسر شأن حساب می‌شود" و یا "ورزش و دوچرخه‌سواری زنان هنوز با محدودیت‌هایی همراه است"، به این دلیل است که با «فرهنگ» فعلی جامعه هنوز انجام این رویه‌ها میسر و مجاز نیست؛ این عدم «تجویزگری» گاه ممکنست به حدی باشد که حتی اجازه تحقیق و تعلیم و تربیت و تأمین و تسهیل را هم ندهد؛ در این خصوص یافته راهبردی تحقیق مبتنی است بر "رویکرد عوض کردن فضا و جهت‌گیری‌ها"؛ "معضلاتی که ما فکر می‌کنیم غیرقابل حل هستند ناشی از عدم ارتباط و برخورد صحیح میان رؤسا، ادبا، علما و اطباء است"؛ "باید نزدیک شد و با صاحبان قدرت و معرفت گفتگو کرد"؛ "علمای مدرن‌اندیش باید دست به کار شوند و موانع موجود را بردارند؛" یک فتوی در ایران می‌تواند کارسازتر از هر چیزی باشد؛ "عاقبت به خیری جامعه و جمعیت برای همه مهم است"؛ ...

۸. تمامی اصول فوق اعم از تحقیق و تعلیم و تربیت و تبلیغ و تأمین و تسهیل و تجویز باید در یک نقطه معلوم به هم برسند تا که تأثیر خود را بر سبک زندگی افراد جامعه بگذرانند؛ بهترین نقطه برای تلاقی و تجمع این کارکردهای ساختاری، نهاد «خانواده» است؛ هر خانواده‌ای خود یک دولت کوچک

است که باید تمامی کارکردهای فوق را بدواً برای اعضاء خود داشته باشد با این حال دولت مدرن به عنوان ساختار کلان مردم نهاد با ارائه این کارکردها به یاری خانواده‌ها بر می‌خیزد و در برابر این، از هر خانواده به عنوان یک ساختار خرد هم این انتظار را دارد که تمامی این خدمات را «مطالبه» و «تحصیل» و تجمیع نموده در دسترس اعضاء خود قرار دهد؛ از این حیث خانواده در بحث سبک زندگی سلامت‌محور باید مرکز و محل تلاقی کارکردها و گیرنده خدمات سلامت‌محور محسوب گردد.

۹. تمامی هشت اصل فوق در نهایت از این باب است که شرایط لازم برای سبک زندگی سالم از سرچشمه بالاترین ساختارهای جامعه جاری گشته در آخرین مشرب یعنی خانواده‌ها در دسترس اعضاء جامعه قرار گیرند؛ به این قرار در نهایی‌ترین نقطه هدف افراد جامعه هستند که باید خواه‌ناخواه و آگاه یا ناآگاه از اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور تبعیت کنند؛ اگر جامعه در خدمت نیازهای فرد است فرد هم باید در خدمت اهداف جامعه باشد؛ در واقع فقط با این تمکین‌گری عوامل انسانی است که تمامی این خدمات ساختاری به ثمر می‌نشیند و شکل‌گیری سبک‌های زندگی سالم در جامعه محقق می‌گردد. سبک زندگی سلامت‌محور عرصه سرپیچی نیست دولت باید در برابر افرادی که از اصول و اسلوب آن تخطی می‌کنند به نحوی متفاوت عمل کند.

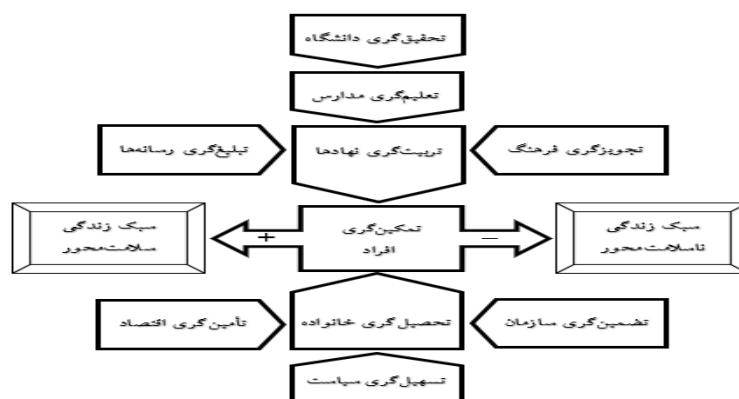
۱۰. با این وجود نمی‌توان به بار نشستن همه این خدمات را تنها به امید تمکین افراد و یا خانواده‌های آنها وانهاد. هم چون هر چیز دیگری در بحث سبک زندگی سلامت‌محور هم جامعه به یک تمام‌کننده مسئول نیاز دارد، با توجه به اهمیت و گستردگی موضوع این تمام‌کننده در ارتباط با سبک زندگی سلامت‌محور کم از یک سازمان نمی‌تواند باشد، سازمانی که عهده‌دار پایش و سنجش سطح سلامت سبک زندگی ایرانیان باشد و تعمیم آن در اقشار و اقصی نقاط کشور را تضمین دهد. این سازمان مبتنی بر داده‌های تحقیق می‌تواند مردم‌نهاد اما تحت نظارت دولت باشد. با این ساز و کار هم چنان که برای هر ایرانی در هر حوزه‌ای یک پرونده‌ای هست در حوزه سلامت سبک زندگی هم پرونده تشکیل می‌گردد و کلیه فعالیت‌های اجتماعی دیگرش هم منوط به سطح سلامت سبک زندگی‌اش می‌باشد.

اگر که سبک زندگی سلامت‌محور را هم چون یک سازه در نظر بگیریم این ده شرط در حکم منابع و مصالح هستند که همه باهم باید باشند تا امکان استقرار و استمرار آن فراهم گردد. این منابع و مصالح را در درجه اول می‌توان به «منابع معنوی» و «منابع مادی» تقسیم کرد: منابع معنوی تأمین‌کننده «ذهنیت» و منابع مادی تأمین‌کننده «عینیت» لازم برای ساخت این سازه هستند. ذهنیت مستلزم شناخت و شناخت مستلزم «تحقیق»، «تعلیم» و «تربیت» از یک سو و «تبلیغ» و «تجویز» از سوی دیگر است. این پنج شرط در حقیقت «منابع معرفتی» سبک زندگی سلامت‌محور را تشکیل می‌دهند. کارکرد اصلی منابع معنوی یا معرفتی تولید، توزیع و مصرف «معانی» و «معارف» لازم برای ساخت سازه سبک زندگی سلامت‌محور در جامعه است. تبلیغ رسانه‌ای و تجویز فرهنگی این معانی و معارف هم از شروط لازم برای به نتیجه رسیدن این کارکرد است.

در نهایت هدف اصلی و اساسی منابع معرفتی تأسیس ساختارهای ذهنی لازم برای سبک زندگی سلامت‌محور در اذهان افراد جامعه است و این به طور مشخص از طریق تربیت و نهادینه ساختن اصول و اسلوب لازم ممکن می‌گردد. از این جهت تربیت نقشی محوری در میان منابع معرفتی دارد و در کانون منابع معرفتی قرار می‌گیرد و به نوعی تمام‌کننده و تکمیل‌کننده کارکردهای منابع دیگر محسوب می‌شود؛ به بیان دیگر تحقیق، تعلیم، تجویز و تبلیغ زمانی نتیجه می‌دهند که تربیت به نحو اساسی صورت گرفته و مبانی معرفتی لازم برای سبک زندگی سلامت‌محور در اذهان افراد جامعه رسوب کرده باشد.

اما اگرچه در نهایت این افراد هستند که باید طرح سبک زندگی سلامت‌محور را در قالب الگوها و رویه‌های رفتاری پی‌بگیرند با این حال الگو و رویه شدن و یا به بیانی دیگر عینی و اجرایی شدن ذهنیت این طرح مستلزم «منابع مادی» است که در سایه «حمایت ساختاری» تأمین می‌گردد. این حمایت در وهله اول شامل ارائه «برنامه»، «سرمایه» و «پشتوانه»ی لازم برای اجرای طرح است که به ترتیب از سوی ساختارهای «سیاست»، «اقتصاد» و «سازمان متولی» باید ارائه گردد.

سازمان متولی در حال حاضر حلقه مفقوده این طرح است و به باور این تحقیق که نتیجه هم‌اندیشی با خبرگان رشته‌های علمی مختلف است وضعیت نابسامان جامعه ما در رابطه با برقراری سبک‌های زندگی سلامت‌محور خود ناشی از همین امر یعنی نداشتن یک مسئول و متولی مشخص با وظایف سازمانی تعریف شده در جامعه می‌باشد. بدیهی است تنها ارائه برنامه و سرمایه برای ساخت بهینه یک سازه کفایت نمی‌کند و مضاف بر آن‌ها یک «مدیریت اجرایی» قدرت‌مند هم نیاز است که با تعهد و تخصص لازم وارد کار شده و به نحو احسن از برنامه و سرمایه موجود در راستای رسیدن به هدف استفاده کند و حتی در صورت فقدان برنامه و سرمایه و سایر الزامات طرح، به صورت سیستماتیک دست به کار شده آن‌ها را در راستای وظایف سازمانی خود گرد آورد. در حقیقت این پیشنهاد تحقیق است که یک سازمان مشخصی ایجاد گردد و با برنامه‌ریزی‌های لازم تأمین سبک‌های زندگی سلامت‌محور برای تمامی افراد جامعه را «تضمین» نماید (شکل شماره ۴).



شکل شماره (۴): نحوه ارتباط مفاهیم و مقولات دهگانه در چارچوب طرح نظری سبک زندگی سلامت‌محور

در آخرین حلقه از این زنجیره، نهاد «خانواده» قرار دارد که باید به عنوان یک رابط مسئول در میان ساختارها و عوامل انسانی (سطح کلان و خرد) عمل کرده، با نقشی مطالبه‌گرانه جمیع خدمات لازم برای سبک زندگی سلامت‌محور را دریافت و به هنگام در دسترس اعضا خود قرار دهد. خانواده به عنوان یک دولت کوچک موظف است با دیدی فراخ و فراگیرانه به طرح سبک زندگی سلامت‌محور ورود کرده و تمامی عناصر لازم برای به ثمر نشستن آن در نزد اعضا را در سطح میان تحصیل و تثبیت نماید.

مطابق شکل شماره (۴) اگر که جامعه از یک سو منابع معرفتی و تربیتی و از سوی دیگر منابع مادی و مدیریتی را به عنوان شرایط لازم برای اجرای طرح سبک زندگی سلامت‌محور در نزد عموم فراهم سازد و آن‌ها را خودآگاه یا ناخودآگاه ملزم به تبعیت از طرح سازد سبک زندگی سلامت‌محور به عنوان یک پیامد مثبت حاصل خواهد شد، در غیر این صورت هر گسستی که در حلقه‌های این زنجیره ایجاد گردد تحقق طرح را با مشکل مواجه خواهد ساخت و پیامد منفی سبک‌های زندگی ناسالم با تبعات خاص خود را به همراه خواهد داشت.

در نهایت سبک زندگی سلامت‌محور یک پدیده چندعاملی است و تحقق آن مستلزم توجه توأمان به ابعاد ساختاری و عاملیتی آن می‌باشد. این تحقیق با شناسایی نقاط ضعف دهگانه جامعه در این ارتباط، الگوی راهبردی جامعی ارائه داد که هفت مورد از آن در سطح کلان به ساختارهای جامعه، یک مورد در سطح میان به خانواده‌ها و یک مورد در سطح خرد به عوامل انسانی مربوط می‌باشد و راهبرد دهم، بیان‌گر پیشنهاد تحقیق مبنی بر تأسیس یک سازمان مشخص با عنوان پیشنهادی «سازمان سنجش سطح سلامت سبک زندگی ایرانیان» («سازمان سزا») جهت سنجش و پایش مستمر سطح سلامت سبک‌های زندگی ایرانیان و تعقیب راهبردهای دهگانه و تضمین سبک زندگی سلامت‌محور در نزد همگان می‌باشد. این سازمان برای کارایی بهتر، بنا به نظر خبرگان تحقیق، می‌تواند مردم نهاد (سمن) باشد و به عنوان یک واسط سازمان یافته میان عوامل انسانی (مردم) و ساختارها (دولت) فعالیت کند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر خروجی بخش کیفی تحقیق رساله دکتری جامعه‌شناسی گرایش بررسی مسائل اجتماعی ایران با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1398.077 بود. نویسندگان وظیفه خود می‌دانند از اساتید و متخصصان گرانقدری که با مشارکت عالمانه خود زمینه‌ساز انجام این تحقیق شدند نهایت تقدیر و تشکر را داشته باشند.

منابع

- انتظاری میدی، محمدرضا؛ افخمی اردکانی، ایمانه؛ و نصیریان، منصوره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر اصلاح سبک زندگی زنان مبتلا به چاقی، *مدیریت ارتقاء سلامت*. دوره ۴، شماره ۲، صص ۶-۱.
- بورديو، پیر. (۱۳۹۰). *تمایز: نقد اجتماعی قضاوت‌های ذوقی*. ترجمه: حسن، چاوشیان. تهران: نشر نی.
- تقی‌زاده، محمداحسان؛ بیگلی، زهرا؛ و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش برنامه اصلاح رفتار در سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو، *مجله روانشناسی سلامت*. سال ۳، شماره ۱، صص ۳۹-۴۰.
- زراعت‌کار، مرضیه؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ طالع‌پسند، سیاوش؛ و امین، احمد. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. دوره ۲۳، شماره ۱۱، صص ۱۱۰۷-۱۰۹۴.
- سرای، حسن. (۱۳۸۷). گذار جمعیتی دوم: با نیم‌نگاهی به ایران، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. سال ۳، شماره ۶، صص ۱۱۸-۱۴۰.
- شالچی، وحید. (۱۳۸۶). سبک زندگی جوانان کافی‌شاپ، *فصلنامه تحقیقات فرهنگی*. سال ۱، شماره ۱، صص ۹۳-۱۱۵.
- عبدی، جلال؛ افتخار، حسن؛ محمودی، محمود؛ شجاعی‌زاده، داوود؛ و صادقی، رویا. (۱۳۹۵). تأثیر مداخله مبتنی بر فن‌آوری‌های نوین ارتباطی و نظریه شناختی- اجتماعی بر سبک زندگی کارکنان دارای اضافه وزن و چاقی، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. دوره ۱۴، شماره اول، صص ۱-۱۴.
- عیسی‌زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ و حافظ‌نیا، محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر سبک و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپرتانسیون، *مجله پزشکی ارومیه*. دوره ۲۴، شماره ۸، صص ۵۹۲-۵۸۳.
- فاضلی، محمد. (۱۳۸۲). *مصرف و سبک زندگی*. تهران: صبح صادق.
- کریمی، طوبی؛ صفاری، محسن؛ سنایی‌نسب، هرمز؛ خلجی، کاظم؛ و حسن‌آبادی، مهدی. (۱۳۹۴). تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر تغییر سبک زندگی بیماران دچار سکت قلبی، *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. دوره ۳، شماره ۴، صص ۳۸۰-۳۷۰.
- گلی، شهربانو؛ محبوب، حسین؛ گلی، مهدی؛ و صادقی‌فر، مجید. (۱۳۹۶). رده‌بندی وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در استان‌های مختلف ایران با استفاده از روش‌های چندمتغیره عاملی، *مجله دانش و تندرستی*. دوره ۱۲، شماره ۴، صص ۷-۱۵.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۹۵). *ساخت جامعه*. ترجمه: اکبر، محمدی. تهران: نشر علم.
- محمدی زیدی، عیسی؛ حیدرنیا، علیرضا؛ و حاجی‌زاده، ابراهیم. (۱۳۸۴). بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی، *ماهنامه دانشور پزشکی*. دانشگاه شاهد. سال ۱۳، شماره ۶۱، صص ۵۶-۴۹.
- Ahha (n.d.). *Principles of holistic medicine*. Available from: <https://ahha.org/selfhelp-articles/principles-of-holistic-medicine>. Accessed January 27, 2020.

- Anand, T., & et al. (2011). Awareness about lifestyle diseases associated risk factors in school going Children in delhi, **Journal of Nursing Science & Practice**. 1 (1), P.p: 1-9.
- Bansal, P. (2015). Problematic lifestyle of today's generation: lifestyle diseases, **Research and Reviews: Journal of Medical and Health Sciences**. 4(1): P.p: 1-11.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure, **Journal of Health and Social Behavior**. 46 (March), P.p: 51-67.
- Creswell, J., W. (2012). **Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research** (4nd edition). Boston: Pearson Education.
- Cumin, M., B. (2004). **Reduction of risk for lifestyle diseases: Group diet and physical activity intervention in the workplace**. Auckland: University of Technology.
- Glaser, B., & Strauss, A. (2006). **The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research**. USA: Aldin Transactionm.
- ICLDM (International Conference on Lifestyle Disease & Medicine). **Changing lifestyle to be healthy**. Retrieved From: <https://www.meetingsint.com/conferences/lifestylediseases>.
- Joanne, K. (2000). **Community health promotion; challenges for practice**. 1ed. London: Bailliere Tindhall.
- Lear, S. A., Ignaszewskib, A., Lindenc, W. & Brozicd, A. (2003). The extensive lifestyle management intervention (ELMI) following cardiac rehabilitation trial, **Europe Heart Journal**. 24, 1920-1927.
- Miles, M. & Huberman, A. (2002). **Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods**. Sage London, Beverly Hill.
- Sarrafadegan, N. & Mohammadifard, N. (2019). Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for Cardiovascular Prevention, **Archives of Iranian Medicine**. 22 (4), P.p: 204-210.
- Sheldon, L. (1998). Grounded theory: issues for research in nursing, **Nursing Standard**. 12(52): P.p: 47-50.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). **Basics of qualitative research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Thoery**. London: Sage Publications.
- Tabish, S., A. (2017). Lifestyle diseases: consequences, characteristics, causes and control, **Journal of Cardiology & Current Research**. Volume 9 Issue 3.
- Tejavanija, S. & Jhangiani, S., S. (2015). Lifestyle diseases in the modern era: a major threat to global health, **Obesity and Disease in an Interconnected World**. P.p: 3-29.
- Uth, T., C. (1996). **Definitions of life style and its application to travel behavior**. Aalborg, Denmark: Trafikdage Paper.
- World Health Organization. (2018). **Noncommunicable diseases**. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Accessed: 1 June, 2018.
- World Health Organization. (2018). **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. NCDs In Iran (2016), Retrieved From: https://www.who.int/nmh/countries/2018/irn_en.pdf.
- World Health Organization. (2016). **Noncommunicable Diseases; Global Survey**. Geneva, Switzerland: Document Production Services.
- World Health Organization. (2014). **Social determinants of mental health**. Switzerland: Geneva.