

جنسیت و سلامتی: بررسی نقش جنسیت در تفاوت‌های سطوح سلامت

حسین‌بنی فاطمه^۱
محمدباقر علیزاده اقدم^۲
جعفر شهام‌فر^۳
بهمن عبدی^{*۴}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۸/۱۲

چکیده

تأثیر جنسیت بر سلامتی در مطالعات متعدد تأیید شده است و تبیین‌های نظری متعددی نیز به منظور توضیح نحوه تأثیرگذاری تفاوت‌های جنسی بر سطح سلامت افراد جامعه ارائه شده است. هدف این مطالعه آزمون تجربی مدل‌های نظری مذکور از طریق بررسی وضعیت سلامتی مردان و زنان تبریزی در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و سلامت روانی و نیز تجربه بیماری بوده است. این مطالعه که بر روی ۶۵۰ نفر از والدین خانوارهای تبریزی که بین ۱۵ تا ۶۵ سال سن دارند، انجام شده است، نشان می‌دهد که مردان و زنان در متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و روانی تفاوت معناداری با همدیگر دارند. اما از نظر تجربه بیماری دو گروه تفاوت چندانی از همدیگر نشان نمی‌دهند. با توجه به این یافته مطالعه به این نتیجه می‌رسد که تفاوت‌های سلامتی بین دو جنس بیشتر ذهنی و ناشی از نگرش‌های متفاوت دو جنس به تغییرات بدنی شان می‌باشد.

کلید واژه‌ها: جنسیت، نابرابری سطوح سلامت، سلامت جسمانی و روانی، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و روانی، تجربه بیماری

Email: banifatemeh1482@yahoo.com

Email: aghdam1351@yahoo.com

Email: jafar_shaham@yahoo.com

Email: bahmanabdi74@yahoo.com

۱- استاد گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

۲- دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

۳- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز (* نویسنده مسئول)

مقدمه

مطالعات به‌منظور تبیین ارتباط عوامل اجتماعی و سلامت در دهه‌های اخیر رشد فزاینده‌ای یافته است و توجه محققان و سازمان‌های بین‌المللی به سمت ساختارهای اجتماعی که می‌توانند منجر به تفاوت در وضعیت سلامتی افراد شوند، معطوف شده است. این علاقه تحقیقاتی ناشی از عقب‌نشینی مدل پزشکی-زیستی^۱ به نفع مدل زیستی-روانی-اجتماعی^۲ از سلامت بوده است که منجر به گسترش تبیین‌های چندعلیتی برای توضیح نابرابری‌های موجود در زمینه توزیع سلامت در بین افراد و نیز جوامع مختلف شده است. در این بین عوامل اجتماعی نقش پررنگی در مطالعات حوزه سلامت پیدا کرده‌اند و هر کدام از محققان بسته به علایق تحقیقاتی خود و یا موضوعی که به‌عنوان هدف مطالعه خود انتخاب نموده‌اند، بخشی از عوامل اجتماعی را در تبیین وضعیت سلامتی افراد مورد استفاده قرار داده‌اند. کاپلان ساختارهای اجتماعی را که محققان به دنبال بررسی ارتباط آنها با سلامت و بیماری افراد هستند، عبارت از هویت‌های اجتماعی (موقعیت‌ها و جایگاه‌ها)، ارتباطات اجتماعی و سیستم اجتماعی-فرهنگی می‌داند که افراد از آنها برخوردارند (Kaplan, 1989:46). شماری از محققان، هویت‌های اجتماعی مانند سن، نژاد، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی را دارای ارتباط مستقیم با وضعیت سلامتی افراد می‌دانند و مطالعات میدانی متعدد نیز این ادعاهای نظری را تأیید می‌کنند (Phelan, Link & Tehranifar, 2010; Boadu, 2002) و گشتاسبی و همکاران، (۱۳۸۲). جنسیت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های هویت و در عین حال به‌عنوان سازه‌ای اجتماعی منبع نابرابری‌های مهمی در سطح سلامت افراد جامعه می‌باشد به نحوی که سن امید به زندگی در حین تولد زنان در اغلب کشورهای جهان بالاتر از مردان می‌باشد. به‌عنوان مثال در ایران در سال ۱۳۹۲ سن امید به زندگی زنان ۷۵ و مردان ۷۲ سال اعلام شده است (WHO, 2013). اما در عین حال مطالعات متعدد نشان می‌دهد که زنان بیشتر از مردان مریض می‌شوند و میزان مداخلات پزشکی بیشتری در مقایسه با مردان دریافت می‌کنند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۷). حال سؤال این است که عامل جنسیت چطور به‌عنوان مؤلفه‌ای تأثیرگذار بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد و اینکه این

1. Biomedical model

2. Biopsychosocial model

تأثیرگذاری از طریق چه متغیرهایی صورت می‌گیرد. آیا واقعاً زنان علیرغم طول مدت زندگی بیشتر در مقایسه با مردان از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری در مقایسه با آنها برخوردار هستند. همچنین وضعیت سلامت روانی و جسمانی زنان چگونه است و چه تفاوتی در رابطه با این مؤلفه‌ها بین زنان و مردان وجود دارد و اینکه چه تفاوتی بین زنان و مردان از نظر برداشت ذهنی‌شان از وضعیت سلامتی‌شان وجود دارد. آیا بمانند آنچه که مدل زیستی - پزشکی ادعا می‌کند، این فیزیولوژی زنان است که استعداد ابتلا به بیماری‌ها را در آنها افزایش می‌دهد و یا ادعاهای مدل اجتماعی از سلامت مبنی بر وجود فشار و استرس زیاد روی زنان و عدم بهره‌مندی زنان از امکانات و نیز دسترسی محدود آنها به منابع و خدمات اجتماعی است که منجر به افت سطح سلامت آنها می‌شود. به هر حال تحقیقات متعددی که در کشورهای مختلف دنیا انجام شده است و از جمله در ایران (گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۲) سطوح نازل‌تری از سلامت را چه در بعد سلامت روانی و چه در بعد سلامت جسمانی برای زنان در مقایسه با مردان به دست داده است، ولی تبیین‌های جامعی در رابطه با دلایل این تفاوت‌ها ارائه نشده است. با توجه به اینکه عدالت در سلامت و از بین بردن نابرابری‌های موجود در سطح سلامت امری مهم و حیاتی برای بهزیستی کل جامعه می‌باشد، لذا مطالعه بر روی نقش جنسیت در نابرابری‌ها سطوح سلامت در ایران حائز اهمیت بالایی می‌باشد. در عین حال سلامت مفهومی ساده و تک بعدی نیست بلکه مفهومی هنجاری (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۲۳)، تولیدی اجتماعی (آدام و هرتسلیک به نقل از ژرژ کان گیلیم، ۱۳۸۵: ۲۳)، پدیده‌ای ذهنی و روانی و در عین حال واقعیتی جسمانی است. به همین دلیل نیز است که مطالعه سلامت در جوامع امروزی دارای ابعاد وسیعی می‌باشد. بیمار بودن و سالم بودن مفهومی مطلق برای همه نیست و احتمال دارد، افراد تعاریف متعددی از وضعیت سلامتی خود داشته باشند و این بیشتر به هنجارهای فرهنگی، شرایط محیطی و برداشت افراد از وضعیت بدن خود مربوط می‌شود (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۶۹). بدین مفهوم که احتمال دارد نمرات پایین‌تر سلامتی زنان در مطالعات پیمایشی ناشی از حساسیت بیشتر زنان نسبت به وضعیت سلامتی‌شان و اظهار نارضایتی از تغییر شرایط جسمانی هر چند اندکی باشد که ممکن است تجربه کنند و بالعکس نمرات بالاتر مردان ممکن است ناشی از بی‌توجهی مردان به دردهای مزمن و یا ناراحتی‌های جسمانی خفیفی باشد که تجربه می‌کنند

(گیدنز، ۱۳۸۶) و یا در حوزه سلامت روانی ممکن است زنان استعداد بیشتری برای واکنش به عوامل استرس‌زایی داشته باشند که در محیط اطرافشان تجربه می‌کنند. به‌منظور پاسخگویی به این ادعاها باید با روش‌های متعدد به سنجش سطح سلامت زنان و مردان اقدام نموده و ابعاد مختلف سلامت را در رابطه با هر دو جنس مطالعه نمود (Verbrugge, 1985). اینکه آیا واقعاً زنان تجربه بیماری بیشتری در مقایسه با مردان دارند و از درد و ناراحتی‌های جسمانی و روانی بیشتری در مقایسه با مردان برخوردارند و یا اینکه از نظر تجربه بیماری تفاوتی با مردان ندارند، بلکه برداشت ذهنی‌شان از سلامت متفاوت از مردان می‌باشد (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۵۳). از سوی دیگر ادعاهایی وجود دارد مبنی بر اینکه جنسیت به‌عنوان یک فاکتور و عامل میانجی^۱ متضمن مجموعه‌ای از شرایط فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی‌ای است که هر فردی تجربه می‌کند و با توجه به تفاوت تجربیات زنان و مردان در رابطه با عوامل گفته شده و نظر به نقش تعیین‌کننده این عوامل بر وضعیت سلامتی افراد، جنسیت به‌عنوان یک متغیر مؤثر در نابرابری‌های سطوح سلامت افراد ایفای نقش می‌نماید (Kingdon, 2009: 62). به‌عنوان مثال در کشورهای صنعتی به‌دلیل شرایط اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی خاص حاکم بر آن جوامع زنان استعداد بیشتری برای قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زا دارند و به همین دلیل دو برابر مردان اضطراب و افسردگی دارند و از سطح سلامت روانی پایین‌تری در مقایسه با مردان برخوردارند. همچنین در کشورهای در حال توسعه به دلیل شرایط حاکم بر آن جوامع هر چند زنان بیشتر از مردان عمر می‌کنند، اما بیمارتر از مردان هستند و عجز و ناتوانی بیشتری را تجربه می‌کنند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۷). دیدگاه‌های متعددی در زمینه ارتباط جنسیت و سلامتی و مکانیسم‌هایی که از طریق آنها جنسیت منجر به تفاوت در وضعیت سلامتی افراد می‌شود، ارائه گردیده است که هر کدام بخشی از عوامل را مطرح کرده و مورد بحث قرار داده‌اند که در بحث نظری این مقاله این دیدگاه‌ها مطالعه خواهند شد که بررسی میزان تطبیق این ادعاهای نظری با وضعیت سلامتی مردان و زنان تبریزی از اهداف این مطالعه می‌باشد. همچنین سنجش سطح سلامت در ابعاد مختلف جسمانی و روانی و نیز سلامت و یا بیماری تجربه شده توسط فرد و نیز برداشت افراد از وضعیت سلامتی

1. Mediating Factor

خود از دیگر اهداف این مطالعه می‌باشد. همچنین این مطالعه به دنبال ارائه مدلی در زمینه شناخت نحوه‌ی تأثیرگذاری ساختار اجتماعی بر سطح سلامت افراد می‌باشد.

پیشینه‌ی تحقیق

شواهد تجربی متعدد و آمارهای ملی و بین‌المللی نشان می‌دهند که در کشورهای که از نظر اقتصادی - اجتماعی توسعه یافته یا در حال توسعه قلمداد می‌شوند، زنان از سن امید به زندگی بالاتری در مقایسه با مردان برخوردارند اما بیشتر از مردان مریض می‌شوند و نرخ مراجعات پزشکی و خدمات درمانی دریافتی توسط زنان به مراتب بیشتر از مردان می‌باشد (Bambra, et.al 2009: 38). به عنوان مثال سن امید به زندگی در بدو تولد زنان در ایران برای سال ۲۰۱۱ طبق آمارهای سازمان بهداشتی جهانی ۷۵ سال بوده است در حالی که این سن برای مردان ۷۲ سال اعلام شده است (WHO,2013) و در سال ۸۵ در تمامی استان‌های کشور سن امید به زندگی زنان بالاتر از مردان بوده است. همچنین میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در مردان در تمامی استانها به مراتب بالاتر از زنان بوده است (خسروی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۲۱-۱۳۳). سن امید به زندگی مردان در بیشتر کشورها چند سال کمتر از زنان می‌باشد، این رقم در ایتالیا برای زنان ۸۵ و مردان ۸۲، در جامائیکا برای زنان ۷۸ و مردان ۷۱، در قزاقستان برای زنان ۷۲ و مردان ۶۲ سال بوده است (WHO,2013). ورپورگ با استناد به آمارهای بیمارستانی در آمریکا بیان می‌کند که در این کشور امید به زندگی زنان ۷ سال بیشتر از مردان می‌باشد و خطر مرگ در تمامی سنین برای مردان بالاتر از زنان می‌باشد. در حالی که آمارهای سلامت چیزی متفاوت را نشان می‌دهد بدین نحو که زنان بیشتر از مردان مریض می‌شوند، بیشتر از آنها خدمات پزشکی دریافت می‌کنند و بیش از مردان دارو مصرف می‌کنند (Verbrugge,1985:157). تناقض در آمارهای مرگ‌ومیر و بیماری بین مردان و زنان به زعم گیدنز ناشی از این امر می‌باشد که زنان در موقعیت‌های مشابه از نظر وضعیت سلامتی، بیش از مردان به دنبال دارو و درمان می‌روند و بیش از آنها بیماری خود را گزارش می‌کنند

(گیدنز، ۱۳۸۶؛ ۲۱۷). مکدونوف^۱ و والترز^۲ با استناد به داده‌های یک نمونه‌ی آماری از کانادا، نقش جنسیت در اضطراب، برداشت از سلامتی، دردهای مزمن، محدودیت در فعالیت‌های روزانه و مصرف زیاد الکل را بررسی کردند. بدین‌منظور زنان و مردان در رابطه با این متغیرها با هم مقایسه شدند. نتایج نشان داد که زنان بیش از مردان موارد اضطراب و دردهای مزمن را گزارش کرده‌اند، بالعکس موارد کمتری از مصرف الکل را گزارش کرده‌اند. همچنین تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان در رابطه با وضعیت سلامتی عمومی و محدودیت‌های ناشی از مشکلات سلامتی مشاهده نگردید (McDonough & Walters, 2001: 547). در ایران نیز مطالعات متعدد سطوح پایین‌تر سلامت روانی و سلامت عمومی را برای زنان در مقایسه با مردان گزارش کرده‌اند (گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۸۷) به‌ویژه زنان از نظر مؤلفه‌های سلامت روانی آسیب‌پذیرتر از مردان گزارش شده‌اند. نتایج یک مطالعه بر روی زنان کارگر کارخانه‌های استان قزوین نشان می‌دهد که ۲۶/۷ درصد زنان از ناراحتی‌های جسمانی شکایت داشته‌اند، ۳۵ درصد اضطراب و اختلال خواب و ۴۰ درصد اختلال در کارکردهای اجتماعی ناشی از مشکلات روانی را گزارش کرده‌اند و در مجموع ۳۵ درصد از زنان به نوعی دارای اختلال در وضعیت سلامتی بودند (شاهرخی، ۱۳۸۲: ۳۲).

بحث نظری

نظریه‌پردازی در زمینه سلامت در دهه‌های اخیر با ورود جامعه‌شناسان به این حوزه ابعاد پیچیده‌تری پیدا کرده است. اگر در گذشته و به‌خصوص با پیدایش پزشکی مدرن تنها تبیین‌های زیستی به‌منظور توضیح وضعیت سلامتی افراد مورد استفاده قرار می‌گرفت، امروزه این رویکرد دستخوش تغییراتی اساسی گردیده است و تبیین‌های تک‌علی‌جای خود را به تبیین‌های زنجیره‌ای (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۶۸) و نیز تبیین‌های چندعلیتی داده‌اند که بر نقش عوامل ژنتیکی، زیست‌محیطی و اجتماعی تأکید دارند. در رابطه با جنسیت و سلامتی و یا به‌عبارتی نقش جنسیت در توزیع سلامت چندین تبیین نظری غالب ارائه شده‌اند که هر کدام بر مبنای

1. McDonough

2. Walters

نوع پارادایمی که از آن مشتق شده‌اند، نقش یک یا چند عامل خاص را به‌منظور توضیح تفاوت وضعیت سلامتی مردان و زنان برجسته کرده‌اند. برخی از این تبیین‌های نظری مدعی وجود تفاوت‌های واقعی در وضعیت سلامتی دو جنس هستند اما برخی به کلی آن را رد کرده و تفاوت مشاهده شده را ناشی از جمع‌آوری داده‌های غلط و یا ناشی از ارب‌های موجود در سنجش سطح سلامت دو جنس می‌دانند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۴). در این مقاله از پنج تبیین نظری رقیب به منظور بحث در زمینه جنسیت و سلامتی استفاده خواهد شد و سپس این نظریات با استفاده از داده‌های تجربی که در فرایند تحقیق و از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شده‌اند، مورد ارزیابی تجربی قرار گرفته و میزان انطباق آنها با واقعیات جامعه بررسی خواهد شد. اولین تبیین نظری که با اتکا به پارادایم زیستی به‌منظور توضیح نابرابری‌های موجود در سطح سلامت زنان و مردان ارائه شده است، تبیین زیست‌شناختی می‌باشد. این رویکرد نظری با عطف توجه به سن امید به زندگی بالاتر زنان در مقایسه با مردان در اغلب کشورهای جهان و از جمله در ایران، ساختار بدنی مقاوم‌تر زنان و استعداد کمتر آنها در ابتلا به بیماری‌های عفونی و قلبی را عامل تفاوت در وضعیت سلامتی دو جنس قلمداد می‌کند (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۶۹). این رویکرد مبتنی بر برخی شواهد تجربی درباره نرخ بیشتر مرگ‌ومیر نوزادان پسر در مقایسه با دختر در نتیجه اختلالات مادرزادی مانند تولد زودرس، مرده‌زایی، فلج مغزی و نقص عضو مادرزادی اندام‌های تناسلی و دست‌وپا می‌باشد. همچنین شواهد تجربی متعددی نشان داده‌اند که جنین پسر بیشتر از دختر در معرض خطر عوارض درون رحمی قرار دارد (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۵۵). چندین تبیین ژنتیکی نیز برای توضیح دادن تفاوت وضعیت سلامتی زنان و مردان ارائه شده‌اند که به نحوی در پی برجسته نمودن نقش عامل زیست‌شناختی در تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامتی بین دو جنس هستند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۹) که با اتکای به مدل پزشکی از سلامت تنها در پی توجه به عامل فیزیولوژیک به‌منظور توجیه تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامتی بین زنان و مردان هستند اما به تدریج با انتقاداتی که به مدل زیستی و پزشکی از سلامت وارد گردید، تبیین‌های مبتنی بر نقش منحصر به فرد عوامل زیست‌شناختی در توضیح وضعیت سلامتی افراد به چالش کشیده شد و تبیین‌های جدیدی شکل گرفتند که خواستار توجه به نقش عوامل اجتماعی در تغییرات وضعیت سلامتی افراد و گروه‌های اجتماعی مختلف شدند و لذا در این مطالعه تبیین

نظری دوم به منظور توضیح تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامتی مردان و زنان ارائه می‌شود که تحت عنوان «تبیین اجتماعی» مطرح می‌شود. این تبیین بر این فرض اساسی متکی است که جنسیت یک سازه اجتماعی بوده و عاملی جهت گروه‌بندی افراد به خصوص در جوامع پدر مآب است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۵۶) و همین‌طور منبع مهمی برای قشربندی اجتماعی به خصوص در جوامع کمتر توسعه یافته محسوب می‌شود و افراد به واسطه زن یا مرد بودن از نقش‌ها، امکانات، اختیارات و وظایفی کاملاً متفاوت برخوردار می‌شوند (Verbrugge, 1985: 156) و همین عامل امکان دسترسی افراد به امکانات مادی و مزیت‌های اقتصادی را بر مبنای نوع جنسیت افراد تحت تأثیر قرار می‌دهد و همچنین درجه آسیب‌پذیری آنها از شرایط محیط اجتماعی را تغییر می‌دهد به نحوی در مورد زنان ادعا می‌شود که زنان به واسطه برخورداری از نقش‌های چندگانه‌ای مانند خانه‌داری، بچه‌داری، شوهر داری و مسئولیت‌های شغلی، فشارهای عصبی بیشتری را در مقایسه با مردان متحمل می‌شود (Kingdon, 2009: 62) و همین امر موجب افزایش میزان بیماری در آنها می‌شود. در این زمینه لسلی دوپال معتقد است که الگوی بیماری و سلامتی زنان را به بهترین نحو می‌توان در ارتباط با حوزه‌های اصلی فعالیت‌هایی تبیین کرد که زندگی زنان را تشکیل می‌دهند. به‌طور کلی زندگی زنان از نظر نقش‌ها و وظایفی که عموماً بر عهده دارند، ذاتاً متفاوت با زندگی مردان است و انباشته شدن آثار و عواقب این وظایف متعدد و گوناگون، اصلی‌ترین تعیین‌کننده وضعیت سلامتی زنان است (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۲۱). تبیین‌های اجتماعی علیرغم موفقیتی که در پاسخگویی به برخی نارسایی‌های موجود در تبیین‌های زیست‌شناختی داشتند، از طرف محققان اجتماعی به واسطه عدم توجه به عاملیت انسانی و نقشی که افراد به واسطه رفتارهایشان می‌توانند در وضعیت سلامتی خود داشته باشند، مورد انتقاد قرار گرفتند و لذا دسته سوم تبیین‌ها تحت عنوان «تبیین‌های رفتاری» مطرح شدند که بر نقش عاملیت انسانی تأکید داشتند و معتقد به نقش آفرینی قابل توجه و مؤثر رفتارهای بشری در تغییرات وضعیت سلامتی بودند. مطالعات میدانی و بررسی‌های تجربی متعدد نیز تا حدی صحت این ادعای نظری را تأیید کرده است به نحوی که در مقطعی تبیین‌های رفتاری به‌عنوان رهیافت تبیینی غالب در توضیح نابرابری‌های سطح سلامت زنان و مردان در جوامع مختلف و به‌ویژه در جوامع توسعه‌یافته مطرح شدند که بر سبک زندگی به‌عنوان متغیر اصلی و تعیین‌کننده در این زمینه تأکید داشتند و بر

این مبنا مردان را به واسطه داشتن رفتارهای پرمخاطره‌تری مانند مصرف بیشتر سیگار و مشروبات الکلی یا مواد مخدر و نیز احتمال بیشتر آسیب‌پذیری در اثر حوادث محیط کاری یا تصادفات رانندگی و... ریسک‌پذیرتر از زنان در زمینه مرگ‌ومیر تلقی می‌کردند (Verbrugge, 1985: 164). برخی تبیین‌های رفتاری نیز بر نقش تفاوت‌های جنسیتی در زمینه شیوه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا تأکید دارند و شواهدی را طرح می‌کنند که نشان می‌دهد زنان در مقایسه با مردان از توانایی کمتری برای مقابله با استرس و موقعیت‌های تنش‌زا برخوردارند و به همین دلیل بیشتر در معرض بیماری‌های روانی نظیر افسردگی قرار می‌گیرند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۵۷). همچنین بر تفاوت‌های موجود بین زنان و مردان در زمینه مشارکت در فعالیتهای اجتماعی نیز به‌عنوان یک عامل رفتاری که می‌تواند در نهایت روی وضعیت سلامتی آنها مؤثر باشد، تأکید شده است و در این زمینه بر مبنای شواهد تجربی ادعا شده است که زنان به دلیل محدود شدن بیشتر در حصار خانه و عدم حضور مؤثر در عرصه‌های اجتماعی، از پیوندهای اجتماعی کمتری در مقایسه با مردان برخوردارند و به همین دلیل میزان حمایت‌های کمتری در مقایسه با مردان از دوستان و یا گروه‌های دیگر، دریافت می‌کنند و به همین دلیل زنان بیشتر در معرض آسیب‌های روانی و نیز مشکلات جسمانی ناشی از این آسیب‌ها قرار دارند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۲۱ و Verbrugge, 1985: 165). بر مبنای همین تبیین‌های رفتاری، چندین فرضیه به منظور توضیح تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامتی زنان و مردان طرح شده است. (۱) زنان به دلیل اینکه شرایط کاری سالم‌تری در مقایسه با مردان دارند (خانه‌داری یا کارهای دفتری و غیریدی) احتمال آسیب‌پذیری فیزیکی ناشی از شرایط محیط کاری در نزد آنها کمتر از مردان است؛ (۲) مردان ورزش‌ها و سرگرمی‌هایی را انتخاب می‌کنند که احتمال آسیب‌پذیری فیزیکی آنها در مقایسه با زنان را افزایش می‌دهد؛ (۳) زنان به دلیل اینکه تماس و ارتباط بیشتری با فرزندان داشته و بیشتر ساعات خود را با آنها می‌گذرانند، بیشتر از مردان در معرض بیماری‌های عفونی قرار دارند که از فرزندان می‌تواند منتقل شود؛ (۴) تمایل به مصرف سیگار، مشروبات الکلی، قلیان و مواد مخدر و نیز رانندگی پرخطر در مردان بیشتر از زنان است و همین امر احتمال آسیب‌پذیری جسمانی را در مردان افزایش می‌دهد؛ (۵) زنان بیشتر از مردان مراقب سلامتی خود بوده و از رفتارهای پرخطر اجتناب می‌کنند، از جمله کمتر از آنها الکل مصرف

می‌کنند، سیگار می‌کشند و بیشتر از مردان از کمربند ایمنی استفاده کرده، مقررات رانندگی را رعایت می‌کنند و به تغذیه خود دقت می‌کنند (Verbrugge, 1985:165)؛ ۶) زنان به دلیل ویژگی‌های احساسی خودشان و نیز به دلیل ساختار خاص ذهنی و هورمونی شان استعداد بیشتری برای نارسایی‌های روانی مانند استرس، تضاد نقش و افسردگی دارند و همین امر زمینه‌ساز مشکلات روانی و در نهایت جسمانی برای زنان می‌شود. تبیین‌های رفتاری علیرغم توانایی‌شان در پاسخ‌دهی به جنبه‌هایی از تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامتی زنان و مردان، قادر نیستند به نقش عوامل ذهنی که بر برداشت افراد از وضعیت سلامتی شان تأثیر می‌گذارد و سوگیری آنها در برابر مداخلات پزشکی را تعیین می‌کند، بپردازند. توضیح اینکه افراد چطور و چه وقت خود را بیمار تلقی کرده و نیاز به دریافت مداخلات پزشکی احساس می‌کنند، تا حدی خارج از توانایی مدل‌های قبلی تبیینی می‌باشد و به همین دلیل نیاز به یک چهارچوب تبیینی دیگر احساس می‌شود که بر نقش عوامل ذهنی بر بیماری تأکید کند و به این ترتیب «تبیین ذهنی و به تعبیری تبیین فرهنگی» به‌عنوان یک رویکرد تبیینی مطرح می‌شود که بر تعریف بیماری یا سلامتی تحت تأثیر مجموعه‌ای از ارزش‌های و هنجارهای حاکم بر جامعه تأکید دارد که بر مبنای آنها فرد خودش را سالم یا بیمار تشخیص می‌دهد و مبنای تشخیص در هر فرد با توجه به وظایفی که فرد دارد و انتظاراتی که در جامعه از او می‌رود، متفاوت است (Tuckett, 1976; 161). به عبارتی اینکه الگوسازی فرهنگی غیر از ادراک و بیان نشانه‌های بیماری، آنچه را هم که در یک جامعه معین بیماری می‌نامند، در بر می‌گیرد (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۹۲) به این دلیل نقش‌های اجتماعی، جنسیت، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و دیگر مؤلفه‌های اقتصادی - اجتماعی با تأثیرگذاری بر انتظارات فرد از خودش و نیز وظایفی که به او محول شده، رویکرد افراد نسبت به سالم یا بیمار بودن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به‌عنوان مثال زنان و مردان شناخت متفاوتی نسبت به بیماری دارند، زنان حالاتی مانند تغییر خلق و خوی، تب و خستگی را نشانه‌های بیماری و مردان حالاتی مانند تغییر روابط با دیگران، عدم فعالیت اقتصادی و درد و ناراحتی را علائم بیماری می‌دانند (محسنی، ۱۳۸۸: ۷۲). ساختار ذهنی به-عنوان محصول ساختار فکری و فرهنگی جامعه بر نگرش فرد نسبت به نشانه‌ها و علائم بدنی تأثیر می‌گذارد، تفسیر فرد از تأثیر این نشانه‌ها بر وضعیت سلامتی اش را تحت تأثیر قرار می‌دهد

و در نهایت فرد را آماده پذیرش نقش بیمار و دریافت و یا عدم دریافت مداخله‌های پزشکی می‌نماید (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۹۴). چندین فرضیه برای بیان دلایل تفاوت‌های وضعیت سلامتی زنان و مردان با اتکا به تبیین برداشت ذهنی از بیماری یا الگوی فرهنگی طرح شده است که عبارتند از (۱) زنان حساسیت بیشتری نسبت به بدن خود داشته و علائم و نشانه‌های غیرمتعارف بدنی را بیشتر دریافت می‌کنند که این امر می‌تواند ناشی از جامعه‌پذیری متفاوت زنان نسبت به مردان باشد (Kingdon, 2009; 54؛ ۲) زنان از استعداد بیشتری برای درک نشانه‌های غیرمتعارف بدنی به‌عنوان علائم بیماری برخوردارند و «نقش بیمار» را سریع‌تر از مردان قبول می‌کنند. این فرضیه ادعا می‌کند که مردان در برابر نشانه‌های غیرمتعارف بدنی صبورتر از زنان می‌باشند و مقاومت بیشتری در برابر خوردن برچسب بیمار در مقایسه با زنان از خود نشان می‌دهند؛ (۳) زنان بیشتر از مردان در برابر علائم نامتعارف جسمانی واکنش نشان داده و سریع‌تر و بیشتر از مردان تصمیم به دریافت خدمات پزشکی می‌گیرند و همین امر تا حدودی می‌تواند دلیل استفاده بیشتر زنان از سرویس‌های پزشکی را توضیح دهد چرا که زنان خیلی راحت‌تر و سریع‌تر از مردان نقش بیمار را می‌پذیرند. رویکرد تبیینی پنجم که در این تحقیق به‌منظور توضیح تفاوت‌های وضعیت سلامتی زنان و مردان مورد استفاده قرار گرفته است، رویکرد «رفتار گزارش‌دهی وضعیت سلامتی» می‌باشد. این رویکرد مدعی است که زنان متفاوت‌تر از مردان وضعیت سلامتی خود را گزارش می‌کنند و به این دلیل داده‌های ناشی از مطالعات کمی که به‌منظور سنجش سطح سلامت دو جنس صورت می‌گیرد با ارباب همراه هستند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۴) زنان به واسطه ساختار ذهنی خود جزئیات علائم بدنی خود را دقیق‌تر از مردان گزارش می‌کنند و نسبت به تجربیاتی که در گذشته داشته‌اند، حساس‌تر از مردان هستند (Verbrugge, 1985; 167) و به این دلیل در بیشتر پیمایش‌ها سطح سلامتی زنان پایین‌تر از مردان گزارش می‌شود. چندین فرضیه نیز با استناد به همین تبیین نظری برای توضیح وضعیت متفاوت سلامتی دو جنس ارائه شده است (۱) زنان بیشتر از مردان تمایل دارند که در رابطه با مشکلات و بیماری خود با دیگران صحبت کنند و این امر می‌تواند ناشی از پذیرش بهتر نقش بیمار توسط زنان و یا اعتماد بیشتر آنها به مصاحبه‌کنندگان باشد؛ (۲) زنان قدرت یادآوری وقایع هر چند جزئی اتفاق افتاده در گذشته را بیشتر از مردان دارند و به همین دلیل علائم جسمانی و

روانی غیرمتعارف را بهتر از مردان گزارش می‌کنند (همان، ۱۶۷). تبیین‌های نظری ارائه شده در این مقاله با استفاده از داده‌هایی که از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شده‌اند، مورد ارزیابی تجربی قرار گرفته و سطح سلامت زنان و مردان در ابعاد سلامتی جسمانی، سلامت روانی و برداشت از وضعیت سلامتی مورد مطالعه قرار خواهد گرفت. مدل سلامتی، مبانی نظری و فرضیات ناشی از مبانی نظری در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱: جمع‌بندی بحث نظری

پارادایم یا مدل سلامتی	رویکرد تبیینی	متغیر اصلی	فرضیه مرتبط
مدل پزشکی - زیستی	زیست شناختی	فیزیولوژی متفاوت زن و مرد	فیزیولوژی متفاوت زنان و مردان استعداد آنها برای ابتلا به بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
مدل اجتماعی	اجتماعی	عوامل اجتماعی و محیطی	زنان و مردان به واسطه شرایط و عوامل ناشی از نقش‌های جنسیتی از نظر سطح سلامتی با همدیگر تفاوت دارند.
مدل سبک زندگی	رفتاری	رفتار فردی و سبک زندگی	سبک زندگی متفاوت زنان و مردان منجر به تفاوت سطح سلامتی دو جنس می‌شود.
مدل فرهنگی - هنجاری	هنجاری	ساختار ذهنی متفاوت دو جنس در زمینه پذیرش نقش بیمار	زنان و مردان به دلیل ساختار ذهنی متفاوتی که دارند، به‌طور متفاوتی به علائم و نشانه‌های غیرمتعارف جسمانی و روانی بدنشان واکنش نشان می‌دهند.
مدل ذهنی	ذهنی	سبک متفاوت گزارش دهی زنان و مردان درباره وضعیت سلامتی خودشان	در اصل زنان و مردان به‌خصوص در دنیای معاصر از نظر وضعیت سلامتی چندان تفاوتی با هم ندارند بلکه زنان به دلیل توصیف جزئیات بیشتری درباره سلامت خود و توانایی‌شان در یادآوری جزئیات هر چند کوچک، وضعیت سلامتی خود را بدتر از مردان گزارش می‌کنند.

فرضیه‌ها

۱. بین سلامت جسمانی مردان و زنان تفاوت وجود دارد.
۲. بین سلامت روانی مردان و زنان تفاوت وجود دارد.
۳. برداشت از وضعیت سلامت جسمانی بین مردان و زنان متفاوت است.
۴. برداشت از وضعیت سلامت روانی بین مردان و زنان متفاوت است.
۵. ابعاد مختلف سلامت زنان با هم همبسته هستند.
۶. ابعاد مختلف سلامت مردان با هم همبسته هستند.
۷. نحوه‌ی تأثیرگذاری عوامل اجتماعی بر وضعیت سلامتی عمومی مردان و زنان متفاوت است.

روش‌شناسی تحقیق

مطالعه حاضر از نظر نوع یک بررسی توصیفی- تحلیلی بوده و از نظر زمانی جزو تحقیقات مقطعی و از نظر شیوه انجام جزو تحقیقات پیمایشی با جامعه‌ی آماری بزرگ مقیاس می‌باشد. جامعه‌ی آماری این تحقیق را یکی از والدین (یا سرپرستان) خانوارهای ساکن در شهر تبریز تشکیل می‌دهند. براساس نتایج سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ شهر تبریز دارای ۱۴۹۴۹۹۸ نفر جمعیت بوده است (سالنامه آماری سال ۱۳۹۰ استان آذربایجان شرقی، ۱۳۹۱) که در قالب ۴۵۵۴۹۴ خانوار در مناطق ده‌گانه شهرداری تبریز اسکان یافته‌اند و بر این مبنای احتساب یک نفر برای هر خانوار جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر ۴۵۵۴۹۴ نفر می‌باشد. حجم نمونه برای این تحقیق بعد از انجام پیش‌آزمون بر روی گروهی ۳۰ نفره و تعیین واریانس متغیر وابسته، با استفاده از فرمول کوکران ۶۱۰ نفر محاسبه گردید که با فرض احتمال رد برخی از پرسشنامه‌ها حجم نمونه به ۶۵۰ نفر افزایش داده شد. برای دسترسی به افراد جهت تکمیل پرسشنامه‌های طرح از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد. بدین نحو که شهر تبریز بر اساس مناطق شهرداری به ۱۰ منطقه تقسیم گردید. منطقه ۹ با توجه به جمعیت پایین خود از جامعه‌ی آماری حذف گردید و سپس متناسب با تعداد خانوار هر منطقه به کل شهر تبریز سهمی از کل نمونه به آن منطقه اختصاص یافت. جهت تکمیل پرسشنامه‌ها از هر منطقه

شهرداری از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده گردید و هر منطقه شهرداری به سه منطقه حاشیه‌نشین، مناطق متوسط و مناطق مرفه تقسیم‌بندی گردید و از هر طبقه یک یا دو بلوک آماری جهت تکمیل پرسشنامه‌ها انتخاب گردید. پرسشنامه این تحقیق مشتمل بر سه قسمت می‌باشد. قسمت اول به جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیکی و خصیصه‌ای پاسخگویان می‌پردازد که شامل سن، جنسیت، تحصیلات، شغل و... می‌باشد. قسمت دوم پرسشنامه به جمع‌آوری اطلاعات درباره متغیرهایی چون دانش و آگاهی‌های بهداشتی، حمایت اجتماعی، دسترسی به خدمات بهداشتی، شرایط محیطی پاسخگویان، سبک زندگی و رفتارهای پرخطر می‌پردازد. بخش سوم پرسشنامه، شامل پرسشنامه SF36 (برای سنجش وضعیت سلامت روانی و جسمانی)، پرسشنامه تجربه بیماری و پرسشنامه گزارش تعداد روزهای سالم می‌باشد. هدف از این بخش پرسشنامه اندازه‌گیری سلامت جسمانی، سلامت روانی، برداشت از سلامتی و تجربه بیماری در افراد مورد مطالعه می‌باشد. پرسشنامه SF36 که جهت سنجش وضعیت سلامت جسمانی و روانی مورد استفاده قرار گرفته، توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۵) و زیر نظر مؤسسه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی^۱ و با استفاده از متدهای مرکز بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی به فارسی ترجمه شده است. سؤالات این پرسشنامه ۸ سازه اصلی در رابطه با سلامت فردی را اندازه‌گیری می‌کنند که ۴ سازه سلامت فیزیکی و ۴ سازه سلامت روانی را اندازه‌گیری می‌کنند (جدول ۱). ۳۶ سؤال پرسشنامه، در قالب ۸ سازه سازمان می‌یابند و هر سؤال نمره‌ای بین ۰ (پایین‌ترین نمره) تا ۱۰۰ (بالاترین نمره) دارد که براساس پاسخ افراد به گزینه‌های سؤالات، نمره‌ای به فرد اختصاص می‌یابد و از جمع‌بندی نمرات فرد به سؤالات هر سازه، نمره فرد در رابطه با آن سازه به دست می‌آید. تجربه بیماری نیز با استفاده از پرسشنامه ۱۳ سؤالی اندازه‌گیری می‌شود. تعداد روزهای سالم از نظر جسمانی و روانی در طی یک ماه گذشته با استفاده از بخش دیگر پرسشنامه این تحقیق جمع‌آوری شده است. جدول ۲ نحوه عملیاتی نمودن متغیرهای مورد مطالعه از طریق پرسشنامه تحقیق را نشان می‌دهد.

1. International Quality of Life Assessment(IQOLA)

جدول ۲: ابعاد اصلی و سازه‌های پرسشنامه تحقیق

پرسشنامه تحقیق	ابعاد اصلی	سازه‌ها*	تعداد سوال	دامنه تغییرات	مقیاس سنجش	قابلیت اعتماد
		جنسیت	۱		اسمی	
	متغیرهای طبقه‌بندی	تحصیلات	۱		رتبه‌ای	
		شغل	۱		اسمی	
	عوامل اجتماعی	آگاهی‌های بهداشتی	۱۰	۱۰-۶۰	فاصله‌ای	۰/۸۷
		دسترسی به خدمات بهداشتی	۴	۴-۰	فاصله‌ای	۰/۷۶
		سبک زندگی سلامت محور	۱۰	۱۰-۶۰	فاصله‌ای	۰/۸۱
		شرایط محیطی	۱۶	۰-۱۶	فاصله‌ای	۰/۷۹
		سواد سلامتی ^۱	۵	۵-۳۰	فاصله‌ای	۰/۸۲
		حمایت اجتماعی	۶	۶-۳۶	فاصله‌ای	۰/۸۷
	سلامت جسمانی	عملکرد جسمی	۱۰	۰-۱۰۰۰	فاصله‌ای	۰/۸۸
		محدودیت جسمی	۴	۰-۱۰۰۰	فاصله‌ای	۰/۷۵
		درد جسمی	۲	۰-۱۰۰۰	فاصله‌ای	۰/۸۱
		سلامت عمومی	۵	۰-۱۰۰۰	فاصله‌ای	۰/۷۳
	سلامت روانی	عملکرد اجتماعی	۲	۰-۱۰۰۰	فاصله‌ای	۰/۷۸
		مشکلات روحی	۳	۰-۱۰۰۰	فاصله‌ای	۰/۷۶
		سلامت روان	۵	۰-۱۰۰۰	فاصله‌ای	۰/۷۷
		نشاط	۴	۰-۱۰۰۰	فاصله‌ای	۰/۶۸
	تجربه بیماری	دریافت خدمات پزشکی	۱۳	۰-۱۳	فاصله‌ای	
	برداشت از وضعیت سلامتی	جسمانی	۱	۰-۳۱	فاصله‌ای	
		روانی	۱	۰-۳۱	فاصله‌ای	

*. در ترجمه عناوین سازه‌های پرسشنامه sf36 به منتظری و همکاران، ۱۳۸۴ استناد شده است.

1. Health literacy

نتایج تحقیق

در طی این تحقیق ۶۵۰ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند که از این تعداد ۳۲۴ نفر مرد و ۳۲۶ نفر زن بودند. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی یکی از والدین یا سرپرستان ۱۵-۶۵ ساله خانوارهای تبریزی صورت گرفته است، لذا وضعیت زناشویی مورد سوال قرار گرفت که ۵۶۲ نفر دارای همسر، ۴۰ نفر بی همسر بر اثر فوت همسر، ۱۸ نفر بی همسر بر اثر طلاق بودند و ۳۰ نفر به این سؤال پاسخ ندادند. از نظر محل تولد ۵۵۳ نفر متولد شهر، ۱۱۱ نفر متولد روستا و ۲ نفر متولد ایل بودند. همچنین ۴۹ نفر از افراد نمونه بی سواد بودند و ۱۲۳ نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۲۴ نفر دارای تحصیلات راهنمایی، ۷۰ نفر متوسطه، ۱۳۸ نفر دیپلم، ۱۲۳ نفر لیسانس و ۲۱ نفر فوق لیسانس و بالاتر بودند.

نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیرهای مستقل

در این بخش ابتدا به توصیف وضعیت افراد نمونه از نظر متغیرهای مستقلی که در این تحقیق مدنظر بوده‌اند، می‌پردازیم. با توجه به قرار داشتن این متغیرها در مقیاس فاصله‌ای میانگین نمرات نمونه و نیز درصد امتیاز کامل پاسخگویان در هر کدام از متغیرهای مورد مطالعه به شرح زیر می‌باشد (جدول ۳).

محاسبه میانگین و درصد امتیاز کامل برای متغیرهای مستقل تحقیق نشان می‌دهد که در متغیرهای مربوط به وضعیت مسکن و شرایط محیطی (وضعیت محله) پاسخگویان از میانگین و درصد امتیاز کامل بالاتری نسبت به سایر متغیرها برخوردار می‌باشند و کمترین نمره نیز مربوط به دو متغیر دسترسی به خدمات بهداشتی و سواد سلامتی می‌باشد.

جدول ۳: توصیف وضعیت نمونه در رابطه با متغیرهای مستقل تحقیق

نام متغیر	تعداد پاسخگویان	میانگین	انحراف معیار	درصد امتیاز ^۱ کامل
آگاهی‌های بهداشتی	۶۴۵	۳۶/۶	۱۱/۸	۶۱
دسترسی به خدمات بهداشتی	۶۴۷	۱/۵	۱/۱	۳۷
سبک زندگی سلامت‌محور	۶۴۱	۴۶/۴	۵/۵	۷۷
امکانات مسکن	۶۴۹	۵/۳	۱	۸۹
شرایط محیطی (وضعیت محله)	۶۴۹	۷/۵	۲/۳	۷۵
سواد سلامتی	۶۴۸	۱۳/۱۳	۵/۱	۴۴
حمایت اجتماعی	۶۵۰	۲۱/۵	۵/۵	۶۰

متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته این تحقیق شامل تجربه بیماری، برداشت از سلامت جسمانی، برداشت از سلامت روانی، سلامت جسمانی و سلامت روانی می‌باشد. متغیر تجربه‌ی بیماری با استفاده از پرسشنامه ۱۳ سؤالی تجربه بیماری سنجش شده است و از پاسخگویان خواسته شده است تا سابقه وجود یا عدم وجود بیماری در طی پنج سال گذشته را با انتخاب یکی از گزینه‌های بله یا خیر بیان کنند. برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و روانی از طریق سؤال از پاسخگویان در زمینه تعداد روزهایی که در طی یک ماه گذشته خود را از نظر جسمانی و روانی سالم احساس می‌کردند، سنجش شده است. سلامت جسمانی افراد مورد مطالعه از طریق ۲۱ سؤال که در قالب چهار سازه عملکرد جسمانی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی سازمان یافته بودند، سنجش شده است. سلامت روانی نیز از طریق ۱۴ سؤال که در قالب چهار سازه مشکلات روحی، نشاط، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی سازمان یافته بودند، سنجش شده است. لازم به ذکر است که سلامت روانی و جسمانی با استفاده از پرسشنامه SF36، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و روانی با استناد به مدت تعداد روزهای سالم^۲ در طی یک ماه منتهی به مصاحبه

۱. از تقسیم میانگین حسابی محاسبه شده بر بیشترین امتیاز یا امتیاز کامل به دست می‌آید. (اگر میانگین عددی در یک متغیر ۸/۲ و امتیاز کامل ۱۰ باشد، آنگاه درصد امتیاز کامل ۸۲ خواهد بود).

2. Healthy Day Method

و تجربه بیماری با استناد به بیماری‌هایی که دارای بیشترین تلفات در کشور بوده‌اند، سنجش شده است که نتایج به دست آمده برای افراد نمونه در رابطه با هر کدام از ابعاد پیش گفته به شرح جدول شماره ۴ می‌باشد.

جدول ۴: توصیف نمرات پاسخگویان در متغیر سلامت و زیرسازه‌های آن

نام متغیر	تعداد پاسخگویان	میانگین	انحراف استاندارد	درصد امتیاز کامل
عملکرد جسمی	۶۴۹	۸۶/۳	۱۸/۴	۸۶/۳
محدودیت جسمی	۶۴۸	۸۲/۵	۲۸/۴	۸۲/۵
درد جسمی	۶۱۹	۷۶/۵	۲۱/۳	۷۶/۵
سلامت عمومی	۶۴۹	۶۱/۸	۱۷/۳	۶۱/۸
سلامت جسمانی	۶۱۶	۷۶/۸	۱۷/۹	۷۶/۸
عملکرد اجتماعی	۶۲۹	۷۳/۶	۲۲/۱	۷۳/۶
مشکلات روحی	۶۴۸	۷۸/۶	۳۳/۴	۷۸/۶
عملکرد روانی	۶۴۷	۶۶/۲	۱۷/۳	۶۶/۲
نشاط	۶۴۸	۶۳/۵	۱۷/۱	۶۳/۵
سلامت روانی	۶۲۵	۷۰/۴	۱۸/۸	۷۰/۴
برداشت از سلامت جسمانی	۶۴۰	۲۵/۶	۵/۳	۸۵/۳
برداشت از سلامت روانی	۶۴۲	۲۵/۴	۵/۸	۸۴/۷
تجربه بیماری	۶۴۹	۱/۷	۳/۸	۱۱/۳

جنسیت و ابعاد گوناگون سلامت فردی

تأثیر جنسیت بر سلامت جسمانی، سلامت روانی، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی، برداشت از وضعیت سلامت روانی و نیز تجربه بیماری با استفاده از مقایسه نمرات زنان و مردان نمونه تحقیق در متغیرهای مذکور بررسی شده است. بدین منظور با استفاده از آزمون t با دو نمونه مستقل میانگین نمرات دو گروه در متغیرهای سلامت با هم مقایسه شده است. نتایج توصیفی مربوط به نمرات دو گروه در پنج متغیر ابعاد سلامتی در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: توصیف ابعاد گوناگون سلامت فردی نمونه مورد مطالعه به تفکیک زن و مرد

متغیر	جنسیت	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	زن	۳۱۰	۷۴/۷	۱۸/۴
	مرد	۳۰۶	۷۸/۸	۱۷/۲
سلامت روانی	زن	۳۱۲	۶۸/۴	۱۹/۵
	مرد	۳۱۳	۷۲/۴	۱۷/۸
برداشت از سلامت جسمانی	زن	۳۱۸	۲۵/۲	۵/۳
	مرد	۳۲۲	۲۶	۵/۳
برداشت از سلامت روانی	زن	۳۲۰	۲۴/۸	۵/۷
	مرد	۳۲۲	۲۵/۹	۵/۷
تجربه بیماری	زن	۳۲۵	۱/۸	۱/۸
	مرد	۳۲۴	۱/۶	۱/۸

نتایج توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار ابعاد گوناگون سلامت فردی به تفکیک زنان و مردان نشان می‌دهد که در تمامی مؤلفه‌هایی که در این مطالعه برای بررسی ابعاد گوناگون سلامت فردی مدنظر قرار گرفته است، وضعیت سلامتی زنان بدتر از مردان می‌باشد. نمرات سلامت جسمانی و روانی زنان به‌طور قابل‌توجهی کمتر از مردان می‌باشد و این اختلاف در سلامت روانی بیشتر است. همچنین در متغیر برداشت از وضعیت سلامتی که نشانگر احساس و ارزیابی افراد از وضعیت سلامتی‌شان است، نیز نمرات زنان کمتر از مردان است و تعداد روزهایی که زنان از نظر جسمی و روانی خود را سالم احساس نمی‌کردند، بیشتر از مردان بوده است. در رابطه با تجربه بیماری و استفاده از خدمات پزشکی نیز زنان دارای میانگین نمره‌ای بالاتر از مردان هستند که نشان می‌دهد در مقایسه با مردان بیشتر بیمار شده و تحت درمان پزشکی قرار گرفته‌اند. بررسی معنی‌داری تفاوت‌های مشاهده در وضعیت سلامتی زنان و مردان در جدول شماره ۶ آمده است که نشان می‌دهد در متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و برداشت از وضعیت سلامت روانی، تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان وجود دارد؛ اما در متغیر تجربه بیماری، زنان علیرغم تجربه بیشتر بیماری و ناراحتی‌هایی که منجر به دریافت مداخله پزشکی شده است، تفاوت معنی‌داری با مردان ندارند.

جدول ۶: نتایج آزمون t جهت بررسی تفاوت وضعیت سلامتی زنان و مردان

متغیر	t	درجه آزادی	Sig. (2-tailed)	تفاوت میانگین‌ها
سلامت جسمانی	-۲/۸	۶۱۴	۰/۰۰۴	-۴/۱
سلامت روانی	-۲/۶	۶۲۳	۰/۰۰۸	-۴
برداشت از وضعیت سلامت جسمانی	-۱/۹	۶۳۸	۰/۰۵۹	-۰/۸
برداشت از وضعیت سلامت روانی	-۲/۴	۶۴۰	۰/۰۱۷	-۱/۱
تجربه بیماری	۱/۴	۶۴۷	۰/۱۶	-۰/۲

همبستگی ابعاد گوناگون وضعیت سلامتی زنان

ادعای این مطالعه این است که سلامت مؤلفه‌ای پیچیده و چندوجهی بوده و دارای ابعاد متعددی است که در این مطالعه در ۵ بعد سلامت روانی، سلامت جسمانی، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و روانی و نیز تجربه بیماری مدنظر قرار گرفته است. بر این مبنای انتظار می‌رود بین این اجزا ارتباط و همبستگی معنی‌دار مشاهده شود چرا که در صورت وجود چنین رابطه‌ای می‌توان سلامت را مؤلفه‌ای چندبعدی در نظر گرفت. برای سنجش این امر ارتباط ابعاد گوناگون وضعیت سلامتی زنان با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون بررسی شده است که نشان می‌دهد بین تمامی مؤلفه‌های وضعیت سلامتی با همدیگر ارتباط معنی‌داری وجود دارد که همه مؤلفه‌ها به-جز تجربه بیماری دارای ارتباط مستقیم با همدیگر هستند. همچنین بین تجربه بیماری با سایر ابعاد سلامتی همبستگی معنی‌دار و منفی مشاهده شد (جدول ۶).

جدول ۷: ماتریس همبستگی ابعاد وضعیت سلامتی با همدیگر در زنان

برداشت از وضعیت سلامتی روانی	برداشت از وضعیت سلامتی جسمانی	تجربه بیماری	سلامت جسمانی	سلامت روانی		
۰/۵۷**	۰/۵۲**	-۰/۵۸**	۰/۸۴**	۱	ضریب همبستگی پیرسون	سلامت روانی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰		Sig. (2-tailed)	
۳۰۶	۳۰۴	۳۱۱	۲۹۸	۳۱۲	تعداد پاسخها	
۰/۵۵**	۰/۵۷**	-۰/۶۲**	۱	۰/۸۴**	ضریب همبستگی پیرسون	سلامت جسمانی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰		۰/۰۰	Sig. (2-tailed)	
۳۰۵	۳۰۳	۳۱۰	۳۱۰	۲۹۸	تعداد پاسخها	
-۰/۴۷**	-۰/۴۷**	۱	-۰/۶۲**	-۰/۵۸**	ضریب همبستگی پیرسون	تجربه بیماری
۰/۰۰	۰/۰۰		۰/۰۰	۰/۰۰	Sig. (2-tailed)	
۳۱۹	۳۱۷	۳۲۵	۳۱۰	۳۱۱	تعداد پاسخها	
۰/۷۴**	۱	-۰/۴۷**	۰/۵۷**	۰/۵۲**	ضریب همبستگی پیرسون	برداشت از وضعیت سلامتی جسمانی
۰/۰۰		۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	Sig. (2-tailed)	
۳۱۸	۳۱۷	۳۱۷	۳۰۳	۳۰۴	تعداد پاسخها	
۱	۰/۷۴**	-۰/۴۷**	۰/۵۵**	۰/۵۷**	ضریب همبستگی پیرسون	برداشت از وضعیت سلامتی روانی
	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	Sig. (2-tailed)	
۳۲۰	۳۱۸	۳۱۹	۳۰۵	۳۰۶	تعداد پاسخها	

همبستگی ابعاد گوناگون وضعیت سلامتی مردان

در این مطالعه سلامت در ۵ بعد مطالعه شده است که در قسمت قبلی مورد اشاره قرار گرفت. شدت و جهت ارتباط ۵ بعد مذکور با همدیگر در مردان از طریق آزمون همبستگی مورد بررسی

قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌ها و ابعاد ۵ گانه سلامتی که در این مطالعه مدنظر قرار گرفته‌اند، ارتباط همبستگی قوی و معنی‌داری در سطح ۹۹ درصد وجود دارد و ارتباط همه مؤلفه‌ها به جز تجربه بیماری با همدیگر مستقیم و مثبت است و تجربه بیماری به‌طور طبیعی دارای ارتباط منفی با وضعیت سلامتی افراد می‌باشد. مقایسه ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های سلامتی در بین مردان و زنان نشان می‌دهد که در اغلب مؤلفه‌ها ضرایب همبستگی گزارش شده برای زنان بیش از مردان می‌باشد و این امر بیانگر وجود دیدی کلی‌تر و منسجم‌تر به وضعیت سلامتی در نزد زنان بیش از مردان می‌باشد.

جدول ۸: ماتریس همبستگی ابعاد وضعیت سلامتی با همدیگر در مردان

برداشت از وضعیت سلامت روانی	برداشت از وضعیت سلامت جسمانی	تجربه بیماری	سلامت جسمانی	سلامت روانی		
۰/۵۲۴**	۰/۴۶۹**	-۰/۵**	۰/۸۱**	۱	ضریب همبستگی پیرسون	سلامت روانی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰		Sig. (2-tailed)	
۳۱۱	۳۱۱	۳۱۳	۲۹۶	۳۱۲	تعداد پاسخها	
۰/۴۶**	۰/۴۹**	-۰/۵۴**	۱	۰/۸۱**	ضریب همبستگی پیرسون	سلامت جسمانی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰		۰/۰۰	Sig. (2-tailed)	
۳۰۴	۳۰۱	۳۰۶	۳۱۰	۲۹۶	تعداد پاسخها	
-۰/۳۷**	-۰/۴۱**	۱	-۰/۵۴**	-۰/۵**	ضریب همبستگی پیرسون	تجربه بیماری
۰/۰۰	۰/۰۰		۰/۰۰	۰/۰۰	Sig. (2-tailed)	
۳۲۲	۳۲۲	۳۲۵	۳۰۶	۳۱۳	تعداد پاسخها	
۰/۸۰**	۱	-۰/۴۱**	۰/۴۹**	۰/۴۶۹**	ضریب همبستگی پیرسون	برداشت از وضعیت سلامت جسمانی
۰/۰۰		۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	Sig. (2-tailed)	
۳۲۲	۳۱۷	۳۲۲	۳۰۱	۳۱۱	تعداد پاسخها	
۱	۰/۸۰**	-۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۵۲۴**	ضریب همبستگی پیرسون	برداشت از وضعیت سلامت روانی
	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	Sig. (2-tailed)	
۳۲۰	۳۲۲	۳۲۲	۳۰۴	۳۱۱	تعداد پاسخها	

عوامل اجتماعی و سلامتی زنان

همان‌طور که در بحث نظری اشاره شد، عوامل اجتماعی از طریق ایجاد شرایط و تجربه‌های متفاوت برای مردان و زنان وضعیت سلامتی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به‌منظور بررسی نحوه تأثیرگذاری این عوامل تأثیر آنها با استفاده از مدل پیش‌بینی کننده رگرسیونی بررسی شده است، که عوامل اجتماعی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و وضعیت سلامتی که حاصل جمع نمرات سلامتی افراد در ۵ بعد مورد اشاره در مباحث قبلی می‌باشد، به‌عنوان متغیر تابع در نظر گرفته شده است. از ابعاد ۵ گانه‌ی وضعیت سلامتی، تجربه بیماری به‌دلیل داشتن رابطه منفی با سایر عوامل از حاصل جمع چهار عامل کسر شده و بدین ترتیب نمره‌ی سلامتی هر کدام از افراد نمونه محاسبه شده است. برای استخراج معادله رگرسیونی از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده گردیده و ضرایب بتا و نیز توان تبیینی کل مدل محاسبه گردیده است. نتایج نشان می‌دهند که سه متغیر حمایت اجتماعی، آگاهی‌های بهداشتی و سواد سلامتی توانسته‌اند ۱۸ درصد از تغییرات وضعیت سلامتی زنان را پیش‌بینی کنند و از بین این سه متغیر نیز آگاهی‌های بهداشتی دارای بیشترین توان تبیینی در مقایسه با دو متغیر دیگر بوده است.

معادله ۱: سلامتی زنان = (حمایت اجتماعی) $+0/18$ + (آگاهی‌های بهداشتی) $+0/23$ + (سواد سلامتی) $0/15$

جدول ۹: تحلیل واریانس چند متغیره وضعیت سلامتی زنان

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	کمیت F	ضریب تبیین	ضریب همبستگی چندگانه	سطح معنی داری
رگرسیون	۳	۱۰۱۳۶۹	۳۳۷۹۰	۲۰/۵	۰/۱۸	۰/۴۲	۰/۰۰۰
باقی‌مانده	۲۸۲	۴۶۵۷۱۷	۱۶۵۱				

جدول ۱۰: متغیرهایی که در مدل باقی مانده‌اند

متغیر	B (ضریب رگرسیون استاندارد نشده)	SE (اشتباه معیار)	Beta (ضریب رگرسیون استاندارد شده)	آماره t	سطح معنی- داری
آگاهی‌های بهداشتی	۰/۹	۰/۲۳	۰/۲۳	۳/۹	۰/۰۰
حمایت اجتماعی	۱/۵	۰/۵	۰/۱۸	۳	۰/۰۰۲
سواد سلامتی	۱/۴	۰/۵۳	۰/۱۵	۲/۶	۰/۰۰۹

عوامل اجتماعی و سلامتی مردان

عوامل اجتماعی با تعریف نقش‌های متفاوت برای مردان و ایجاد تجربه‌ها و شرایط متفاوت زندگی برای مردان در مقایسه با زنان، وضعیت سلامتی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به منظور مطالعه نقش هر کدام از عوامل اجتماعی در تبیین تغییرات وضعیت سلامتی مردان با استفاده از رگرسیون گام به گام، مجموعه متغیرهایی که تحت عنوان عوامل اجتماعی در این مطالعه قرار گرفته بودند، به عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل شدند که در نهایت از بین این متغیرها، دو متغیر حمایت اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور در مدل باقی ماندند که این دو متغیر در مجموع توانستند ۲۰ درصد از تغییرات وضعیت سلامتی مردان را تبیین نمایند. مقایسه معادله رگرسیونی به دست آمده برای مردان و زنان حاکی از تأثیرگذاری متفاوت عوامل اجتماعی در وضعیت سلامتی دو جنس است. به نحوی که در مردان حمایت اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور و در زنان حمایت اجتماعی، آگاهی‌های بهداشتی و سواد سلامتی نقش تعیین‌کننده‌ای در تبیین تفاوت‌های وضعیت سلامتی ایفا نموده‌اند.

معادله ۲: سلامتی مردان = (حمایت اجتماعی) ۰/۲۱ + (سبک زندگی) ۰/۳۳

جدول ۱۱: تحلیل واریانس چند متغیره وضعیت سلامتی مردان

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	کمیت F	ضریب تبیین	ضریب همبستگی چندگانه	سطح معنی-داری
رگرسیون	۲	۹۴۹۹۵	۴۷۴۹۸	۳۴/۷	۰/۲	۰/۴۴	۰/۰۰
باقی مانده	۲۸۴	۳۸۹۱۸	۱۳۷۰				

جدول ۱۲: متغیرهایی که در مدل باقی مانده اند

متغیر	B (ضریب رگرسیون استاندارد نشده)	SE (اشتباه معیار)	Beta (ضریب رگرسیون استاندارد شده)	آماره t	سطح معنی داری
حمایت اجتماعی	۱/۵	۰/۴۱	۰/۲۱	۳/۷	۰/۰۰
سبک زندگی سلامت محور	۲/۴	۰/۴۲	۰/۳۳	۵/۸	۰/۰۰

بحث و نتیجه گیری

بیشتر مطالعاتی که به منظور مقایسه وضعیت سلامتی زنان و مردان و به منظور بررسی تأثیر جنسیت بر سلامتی انجام شده‌اند، وجود نابرابری‌های سلامتی بین دو جنس را تأیید می‌کنند (Verbrugge, 1985؛ مسعودنیا، ۱۳۸۹؛ آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵؛ گشتاسبی و همکاران، ۱۳۸۲؛ آمارهای جهانی سلامت، ۲۰۱۱). همچنین این مطالعات بر نقش جنسیت به‌عنوان واقعیتی فیزیولوژیکی و سازه‌ای اجتماعی که می‌تواند ابعاد گوناگونان وضعیت سلامتی دو جنس را تحت تأثیر قرار دهد، تأکید می‌کنند. در این راستا تبیین‌های نظری متعددی به منظور توضیح تفاوت‌های موجود بین وضعیت سلامتی دو جنس ارائه شده‌اند که در بخش نظری به آنها پرداخته شد. در جریان این مطالعه سعی شد با استفاده از داده‌هایی که از وضعیت سلامتی شهروندان تبریزی جمع‌آوری شده بود، به مقایسه وضعیت سلامتی دو جنس در ابعاد مختلف پرداخته شود تا بدین ترتیب هم وجود یا عدم وجود تفاوت در بین زنان و مردان تبریزی با استفاده از یک مطالعه

تجربی مشخص شود و هم تبیین‌های نظری موجود به معرض آزمون تجربی گذاشته شوند. بدین‌منظور سلامت در پنج بعد شامل سلامت روانی، سلامت جسمانی، برداشت از وضعیت سلامت روانی، برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و تجربه بیماری مطرح شد و دو گروه در رابطه با این متغیرها با هم مقایسه شدند. نتایج نشان داد که نمرات سلامت جسمانی و روانی مردان و زنان تفاوت معنی‌داری با هم دارند و مردان از وضعیت سلامت روانی و جسمانی بهتری در مقایسه با زنان برخوردارند و این تفاوت در متغیر سلامت روانی بیشتر نیز هست. تفاوت مشاهده شده ناشی از تجربه بیشتر ناراحتی‌های جسمانی و نیز استرس‌ها و فشارهای روانی در زنان در مقایسه با مردان می‌باشد که می‌تواند ناشی از فشارهای عصبی بیشتر روی زنان در نتیجه ایفای نقش‌های چندگانه‌ای مانند خانه‌داری، بچه‌داری، مسئولیت‌های شغلی و ... در زنان باشد (گیدنز، ۲۰۱۳: ۱۳۸۶). از طرفی مقایسه وضعیت سلامتی دو جنس در متغیر برداشت از وضعیت سلامت جسمانی و روانی نیز نشانگر وجود تفاوت معنی‌دار بین زنان و مردان در دو متغیر مذکور و وضعیت بهتر مردان در مقایسه با زنان می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که زنان در کنار تجربه بیشتر ناراحتی‌های جسمانی و روانی، برداشت بدتری نیز از وضعیت سلامتی جسمانی و روانی خود دارند که تا حدی در تأیید نظرات موجود در زمینه پذیرش راحت‌تر نقش بیمار توسط زنان نیز می‌باشد (مسعودنیا، ۱۳۸۸؛ Tukett, 1976؛ آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵). به‌منظور بررسی اینکه گزارش زنان و مردان از وضعیت سلامتی شان و احساس و برداشت آنها نسبت به سلامت جسمانی و روانی‌شان تا چه حدی با تجربه بیماری واقعی نزد آنها منطبق است، به مقایسه دو گروه از نظر تجربه بیماری، که منجر به بستری شدن یا دریافت مداخلات پزشکی شده باشد، پرداخته شد. مقایسه نمرات دو گروه در زمینه متغیر تجربه بیماری حاکی از وجود تفاوتی ناچیز در زمینه تجربه بیماری بین دو جنس بود (مردان ۱/۶ و زنان ۱/۸) که این تفاوت به لحاظ آماری نیز معنی‌دار نبود. این یافته تا حد زیادی در تأیید دیدگاه‌هایی می‌باشد که معتقد هستند داده‌هایی که در مطالعات متعدد به‌منظور سنجش سطح سلامت زنان و مردان جمع‌آوری می‌شوند با اریب‌هایی همراه هستند که اغلب ناشی از تفاوت نگرش مردان و زنان نسبت به تغییرات بدنی و تحولات جسمانی‌شان هستند که به گزارش‌دهی متفاوت دو جنس از وضعیت سلامتی شان منجر می‌شود (Verbrugge, 1985؛ گیدنز، ۱۳۸۶). بر مبنای نتایج این مطالعه

می‌توان ادعا کرد که فیزیولوژی متفاوت زنان و مردان هر چند زمینه‌ساز بروز برخی از بیماری‌ها در یک گروه بیشتر از دیگری می‌باشد اما در نهایت تأثیر چندانی روی تجربه بیشتر بیماری در زنان نسبت به مردان یا بالعکس ندارد و نقش عوامل هنجاری و ذهنی در نابرابری‌های سطوح سلامت دو جنس تأثیرگذارتر است. از طرفی نتایج این مطالعه همبستگی مثبت و قوی را بین تمامی مؤلفه‌های سلامت به استثنای تجربه بیماری (که آن هم همبستگی قوی و منفی با سایر مؤلفه‌های سلامت داشت) نشان داد که حاکی از تأیید این امر است که سلامت مفهومی چند بعدی می‌باشد که همه‌ی ابعاد نیز دارای ارتباط با همدیگر هستند. بنابراین در مطالعات سلامت و نیز برنامه‌ریزی‌های سلامت باید به تمامی ابعاد و مؤلفه‌های سلامت توجه شود تا در نهایت نتایج مؤثری در راستای بهبود وضعیت سلامت تمامی افراد جامعه به‌دست بیاید. بخش دیگر این مطالعه به بررسی ساخت سلامت به‌عنوان سازه‌ای اجتماعی اختصاص داشت و در این راستا نقش عوامل اجتماعی در سلامت مردان و زنان بررسی شد تا متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت دو جنس شناسایی شوند. نتایج نشان داد که تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت مردان و زنان دارای سازوکار متفاوتی است به‌نحوی که در زنان سه متغیر حمایت اجتماعی، آگاهی‌های بهداشتی و سواد سلامتی بیشترین واریانس نمرات سلامتی را تبیین کردند و در بین این سه متغیر نیز نقش آگاهی‌های بهداشتی از همه بیشتر بود. در مردان دو متغیر سبک زندگی و حمایت اجتماعی توانستند ۲۰ درصد از تغییرات وضعیت سلامتی را تبیین نمایند که در بین دو متغیر مذکور نیز، سبک زندگی با ضریب بتای ۰/۳۳ نقش مؤثرتری را داشت. با استناد به این یافته تحقیقاتی تا حدی تفاوت‌های موجود در سن امید به زندگی زنان و مردان در اغلب جوامع قابل توضیح است چرا که با توجه به تأثیرپذیری بیشتر سلامت مردان از سبک زندگی، شیوه‌های نامناسب زندگی و رفتارهای پرخطری مانند استعمال سیگار، قلیان، الکل و مواد مخدر، نتایج زیانباری بر روی وضعیت سلامتی آنها به جای گذاشته و نرخ‌های بالاتر مرگ‌ومیر را در مردان در مقایسه با زنان باعث می‌شوند.

منابع

- آدام، فلیپ، هرتسلیک، کلودین (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه لورانس-دنیاکتبی؛ تهران: نشرنی.
- سالنامه آماری استان آذربایجان شرقی سال ۱۳۹۰ (۱۳۹۱)، تبریز، استانداری آذربایجان شرقی، معاونت برنامه‌ریزی، دفتر آمار و اطلاعات.
- خسروی، اردشیر؛ نجفی، فرید؛ رهبر، محمدرضا و همکاران (۱۳۸۸)، شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت.
- شاهرخی، اکرم (۱۳۸۲)، «وضعیت سلامت عمومی زنان کارگر کارخانه‌های قزوین»، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، شماره ۲۸، پیوست پاییز ۱۳۸۲.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- محسنی، منوچهر (۱۳۸۸)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: طهوری.
- گشتاسبی، آزیتا؛ منتظری، علی؛ وحدانی‌نیا، مریم سادات؛ رحیمی فروشانی، عباس و محمد، کاظم (۱۳۸۲)، «ارزیابی مردم تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی». فصلنامه پایش، سال دوم، شماره ۳.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶)، *جامعه‌شناسی*، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشرنی.
- Bambra C, Pope D, Swami V, Stanistreet D, Roskam A, Kunst A and Scott-Samue (2009) "Gender, Health Inequalities and Welfare State Regimes: A Cross-national Study of 13 European Countries", *Journal of Epidemiol Community Health*, 63, pp:38-44.
- Boadu, K(2002), "Social Class and Health Status in Ghana". *Current Sociology*, 50(4), p: 531-553
- Ibanez ,E.I (2011), "Municipality, Space and the Social Determinants of Hhealth", *Environment and Urbanization*, 23, p: 113-117
- Kaplan B (1989), "Health, Disease and the Social Structure" In Howard Freeman and Sol Levine (ed) *Hand book of Medical Sociology*, pp:46-68, New Jersey:Englewood Cliffs.
- Kingdon, Carol (2009). "Sociology for Midwives", Quay books division, MA Health Ltd.
- Montazeri, Ali., Goshtasebi, Azita., Vahdaninia., Maryam and Gandek (2005) "The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and Validation Study of the Iranian Version" *Quality of Life Research* 14: 875_882
- McDonough P, Walters V(2001), "Gender and Health: Reassessing Patterns and Explanations", *Social Science and Medicine*, 52, 547-559

-
- Phelan J C, Link B , Tehranifar P (2010), “Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications”. *Journal of Health and Social Behavior*;51,p:28-40.
 - Pokimica,Jelena (2009), "Socioeconomic Disparities Linked to Health-Risk Behaviors:A Trend Analysis-based Ttest of Fundamental Casulity", A Thesis Presented to The Graduate Faculty of The University of Akron.
 - Raphael, Dennis,. Curry-Stevens,Ann,. Bryant,Toba (2007), “Barriers to Addressing the Social Determinants of Health:Insights From the Canadian Experience”, *Health Policy*, 88 , P:222–235.
 - Tucket D (1976) “Becoming a Patient”In David Tuckett (ed) *An Introduction to Medical sociology* ,pp: 159-189, London:Tavistock Publication
 - Verbrugge L.M (1985), “Gender and Health: An Update for Hypotheses and Evidence”, *Journal of Health and Social Behavior*, 26,NO. 3 ,pp: 156-182
 - WHO/CSDH (2005), “Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health”, Draft Discussion Paper 1.7.2005 (a later version from 2006 exists), World Health Organization, Geneva.
 - World Health Statistics. Contains WHO's Annual Compilation of Data From its 193 Member States:2013.<http://www.who.int/whosis/whostat/2013/en/>.