

The Sociological Explanation for Prevention Model of Lifestyle Diseases; a Grounded Theory Study

Ghorbanizad Shiran H¹, Abedini S^{*1}, Rasulzadeh Aghdam S^{1,2}

1. Department of Sociology, Khalkhal Branch, Islamic Azad University, Khalkhal, Iran

2. Department of Family Studies, Shahid Madani University, Azerbaijan, Tabriz, Iran

* *Corresponding author*. Tel: +989144116413, E-mail: abedinisamad@gmail.com

Received: Nov 6, 2019 Accepted: Feb 17, 2020

ABSTRACT

Background & aim: Lifestyle diseases kill 41 million people yearly, equivalent to 71% of all deaths globally. Studies have shown that increasing level of inappropriate nutrition, substance abuse, physical inactivity and stress in lifestyles underlies these diseases; This study aimed to identify the effective factors on increasing level of risk factors and unhealthy of Iranian lifestyles and then to provide a strategic model to prevent their occurrence and prevalence.

Methods: The research method was qualitative grounded theory which conducted with participation of 14 experts from different disciplines who were purposefully selected. The data were collected based on theoretical sampling by in-depth interview and were analyzed by continuous comparison method and theoretical coding in Strauss and Corbin's systematic paradigm (1998). Its validity and reliability were obtained by referring the findings to data and the results to specialists.

Results: Socio-pathology of Iranian lifestyles from the experts' point of view provided 216 concepts and 37 sub-categories, and finally the following 10 main categories, explaining the weaknesses of society in establishing healthy lifestyles were obtained: Education, Upbringing, Propagation, Financing, Facilitation, Prescription, Gathering, Obedience, and Assurance dimensions. The "unhealthy of lifestyles" was selected as the central phenomenon and ten categories were related to it in two groups of contextual and interrelated conditions, and finally decuple strategic model was presented.

Conclusion: Prevention of lifestyle diseases requires attention to structural and individual aspects of lifestyle. The first seven strategies focused in the macrolevel on social structures, the eighth strategy in the Intermediate level on family, and the ninth strategy in the microlevel on human factors. The tenth strategy represents a research proposal to establish an organization between structure and agency to measure and monitor the health status of Iranian lifestyles toward healthy lifestyle.

Keywords: Noncommunicable Diseases, Lifestyle Diseases, Healthy Lifestyle, Grounded Theory

تبیین جامعه‌شناختی مدل پیش‌گیری از بیماری‌های سبک زندگی: مطالعه نظریه‌بنیادی

حسین قربانی‌زاد شیران^۱، صمد عابدینی*^۱، صمد رسول‌زاده اقدم^۲

۱. گروه جامعه‌شناسی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران

۲. گروه مطالعات خانواده، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن ۰۹۱۴۴۱۱۶۴۱۳ ایمیل: abedinisamad@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های سبک زندگی سالانه ۴۱ میلیون نفر از جمعیت جهان را نابود می‌کنند و این معادل ۷۱ درصد مرگ و میر جهانی است. بر اساس مطالعات، افزایش چهار عامل خطر «تغذیه نامناسب، سوء مصرف مواد، عدم تحرک و استرس» باعث ناسالم شدن سبک‌های زندگی و بروز این بیماری‌ها می‌گردد. این تحقیق با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر افزایش سطح عوامل خطر و ناسالم شدن سبک‌های زندگی ایرانیان و ارائه مدلی راهبردی جهت پیش‌گیری از وقوع و شیوع آنها انجام گرفت.

روش کار: روش تحقیق کیفی از نوع نظریه‌بنیادی بود که با مشارکت ۱۴ نفر از خبرگان رشته‌های مختلف که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند انجام گرفت. داده‌ها مبتنی بر نمونه‌گیری نظری به روش مصاحبه عمیق گردآوری و در قالب رهیافت نظام‌مند اشتراوس-کوربین (۱۹۹۸) به روش مقایسه مستمر و کدگذاری نظری تجزیه و تحلیل گردید. روایی تحقیق با ارجاع یافته‌ها به داده‌ها و پایایی آن با ارجاع نتایج به متخصصین تأمین شد.

یافته‌ها: مطالعه آسیب‌شناسی اجتماعی سبک‌های زندگی ایرانیان از منظر خبرگان ۲۱۶ مفهوم و ۳۷ مقوله فرعی به دست داد که در نهایت ۱۰ مقوله اصلی زیر بیان گر نقاط ضعف جامعه در برقراری سبک‌های زندگی سلامت‌محور حاصل گردید: تحقیق‌گری، تعلیم‌گری، تربیت‌گری، تبلیغ‌گری، تأمین‌گری، تسهیل‌گری، تجویز‌گری، تحصیل‌گری، تمکین‌گری و تضمین‌گری. با انتخاب «ناسلامتی سبک‌های زندگی» به عنوان پدیده مرکزی، مقوله‌های ده‌گانه در دو دسته شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر به آن ربط داده شد و مدل راهبردی ده‌گانه جهت پیش‌گیری ارائه گردید.

نتیجه‌گیری: پیش‌گیری از بیماری‌های سبک زندگی مستلزم توجه به ابعاد ساختاری و عاملیتی سبک‌های زندگی است. هفت راهبرد اول تحقیق در سطح کلان به ساختارهای جامعه، راهبرد هشتم در سطح میانی به خانواده و راهبرد نهم در سطح خرد به عوامل انسانی توجه دارد. راهبرد دهم بیانگر پیش‌نهاد تحقیق مبنی بر تشکیل سازمانی در حد واسط ساختار و عاملیت، جهت سنجش و پایش سطح سلامت سبک‌های زندگی ایرانیان در راستای سبک زندگی سلامت‌محور می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های سبک زندگی، سبک زندگی سلامت‌محور، روش نظریه‌بنیادی

دریافت: ۹۸/۸/۱۵ پذیرش: ۹۸/۱۱/۲۸

مقدمه

سبک زندگی به مفهوم ابتدایی شیوه و شرایط زیستی موضوع جدیدی نیست و همپای زندگی اجتماعی بشر از دیرباز مورد توجه بوده است. توجه علمی به این موضوع ابتدا دهه ۱۹۲۰ توسط روان‌شناسان و بعد

دهه ۱۹۶۰ توسط جامعه‌شناسان صورت گرفت (۱). در حوزه روان‌شناسی، سبک زندگی به عنوان «زمینه‌ای خاص برای شکل‌گیری شخصیت بنیادی هر فرد در دوران کودکی» یک ویژگی فردی جهت تمایز شخصی و در حوزه جامعه‌شناسی، به معنای «شیوه

سال‌خوردگی جمعیت)، چندعاملی بودن (عوامل قابل‌تغییر یا رفتاری، عوامل غیرقابل‌تغییر، عوامل متابولیک)، غیرمصری بودن، دوره‌نهیفتگی طولانی، دوره‌بیماری طولانی و اختلال عملکردی یا ناتوانی عنوان گردید (۹).

نتیجه‌افزایش سطح عوامل خطر چهارگانه و ناسالم‌شدن سبک‌های زندگی در سال‌های اخیر، افزایش آمار ابتلاء به بیماری‌های سبک زندگی و تلفات ناشی از آن در سطح جهان بوده است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ حدود ۶۰ درصد از مرگ و میرهای جهان را ناشی از این بیماری‌ها دانست (۱۰)؛ در سال ۲۰۱۶ این آمار به ۴۱ میلیون مرگ معادل ۷۱ درصد مرگ و میر جهانی رسید. در این سال بیماری‌های قلبی‌عروقی با ۱۷/۹ میلیون مرگ، معادل ۴۳ درصد مرگ و میرها، رتبه نخست و بعد سرطان‌ها با ۹، بیماری‌های تنفسی با ۳/۹ و دیابت با ۱/۶ میلیون مرگ مراتب بعدی را به خود اختصاص دادند و در مجموع بیش از ۸۰ درصد مرگ و میرها را فقط این چهار بیماری رقم زدند (۱۱). 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. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸) در سال ۲۰۱۶ جمعیت ۸۰ میلیون نفری ایران حدود ۳۷۱ هزار مرگ و میر داشته که ۸۲ درصد آن از بیماری‌های سبک زندگی و ۴۳ درصد از این تنها ناشی از بیماری‌های قلبی‌عروقی بوده است (۱۲)؛ بیماری‌های قلبی‌عروقی در قالب اختلالاتی همچون حمله قلبی، سکته، نارسایی قلبی، آریتمی (۱۳) نه فقط در ایران که در حال حاضر در کل جهان مهلک‌ترین بیماری سبک زندگی شناخته می‌شوند و طبق پیش‌بینی انجمن بین‌المللی بیماری‌های قلبی‌عروقی تا سال ۲۰۲۰ تلفات این بیماری‌ها به ۲۵ میلیون مرگ در جهان افزایش خواهد یافت و از هر سه مرگ یکی به علت اختلال قلبی‌عروقی خواهد بود (۱۴).

زیست‌مشخص و متمایز گروهی از مردم» یک ویژگی جمعی برای تمایز طبقاتی تلقی گردید (۲)؛ اما آنچه در دهه‌های اخیر باعث توجه مجدد به این موضوع شد خیزش عنوان بیماری‌های سبک زندگی^۱ از میان مطالعات پزشکی بود. این بیماری‌ها مشتمل بر اختلالات قلبی‌عروقی، سرطان، دیابت و... بدو از این جهت که هیچ میکروب یا انگلی در بروز آنها نقش ندارد در قیاس با بیماری‌های واگیر^۲، بیماری‌های غیرواگیر^۳ نامیده شدند (۳)؛ در دهه ۱۹۹۰ «تحقیقات سلامت پرستاران»^۴ در دانشگاه هاروارد با قطعیت به این نتیجه رسید که عامل اصلی وقوع و شیوع بیماری‌های غیرواگیر رواج «سبک‌های زندگی ناسالم» در جهان مدرن می‌باشد (۴) و همین باعث شد سبک زندگی برای بار سوم در آستانه قرن ۲۱ این بار از سوی محققان سلامت‌محور و سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک عامل خطر برای سلامت جمعیت جهان در کانون توجهات قرار گیرد (۵).

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 گسترده خویش در توضیح و تبیین ناسلامتی سبک‌های زندگی در سرتاسر جهان قرار داد (۶)؛ این تحقیقات نشان داد در مجموع، افزایش سطح چهار عامل خطر تغذیه ناسالم، زندگی بی‌تحرک، سوء مصرف مواد (الکل و دخانیات) و استرس (فشار روانی) باعث ناسالم شدن سبک‌های زندگی می‌گردد و زمینه را برای بروز بیماری‌های سبک زندگی فراهم می‌سازد (۴، ۳، ۷، ۸). در شرح ویژگی این بیماری‌ها، مواردی همچون علت‌شناسی پیچیده (جهانی شدن، شهری شدن،

¹ Lifestyle Diseases (LSDs)

² Communicable Diseases (CDs)

³ Noncommunicable Diseases (NCDs)

⁴ Nurses' Health Study (NHS)

شخصی و رفتاری دانسته، با اذعان به نقش تفکر و فرایندهای شناختی در یادگیری، تغییر را از طریق مشاهده، تقلید و الگوبرداری ممکن می‌داند (۱۹).

از نقطه نظر جامعه‌شناسی پزشکی این رویکردها علی‌رغم کارآمدی نسبی به دلیل کم‌توجهی به ابعاد ساختاری سبک‌های زندگی مورد نقد هستند. کاکرهام^۴ با طرح این پرسش که آیا تصمیم درباره شیوه تغذیه، ورزش، مصرف الکل، سیگار و ... عمدتاً یک «انتخاب فردی» است یا توسط «متغیرهای ساختاری» شکل می‌گیرد، این نقد را بر تحقیقات سلامت 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. او معتقد است عادت‌واره‌ها و رویه‌هایی که در نهایت به سلامت یا ناسلامتی سبک‌های زندگی منجر می‌شوند پیش و بیش از آنکه نتیجه «انتخاب‌های زندگی» افراد باشند متأثر از «شانس‌های زندگی» هستند که ساختارها برایشان فراهم می‌سازند؛ بر این اساس هر نظریه‌ای که در سبک زندگی سلامت‌محور ارائه می‌شود لازم است به عنوان یک واقعیت تجربی به تعامل و تقابل ایندو (عاملیت- ساختار)^۷ توجه داشته باشد (۲۰).

این تحقیق از این منظر جامعه‌شناختی به مسأله بیماری‌های سبک زندگی پرداخته و با آسیب‌شناسی اجتماعی سبک‌های زندگی ایرانیان از منظر خبرگان تلاش کرده عوامل انسانی و ساختاری مؤثر بر افزایش سطح عوامل خطر و ناسالم شدن سبک‌های زندگی در جامعه را شناسایی کرده، مبتنی بر آن یک مدل راهبردی جامع و جامعه‌شناختی در جهت پیش‌گیری از آن ارائه دهد. آمار بالای ۸۰ درصدی مرگ و میرهای غیرواگیر در کشور نشان از استقرار

این آمارها اگرچه به شدت نگران‌کننده هستند اما خوشبختانه نکته دلگرم‌کننده‌ای هم در این میان وجود دارد و آن اینکه با اصلاح خاستگاه این بیماری‌ها یعنی سبک زندگی می‌توان از وقوع و شیوع آنها پیش‌گیری کرد و در این میان بیماری‌های قلبی‌عروقی اگرچه در صدر کشنده‌ترین بیماری‌ها هستند اما خوشبختانه قابل پیش‌گیری‌ترین آنها هم هستند (۱۵). مطالعات نشان داده در کل در بروز بیماری‌ها، وراثت ۱۶ درصد، مراقبت‌های بهداشتی ۱۰ درصد، محیط زیست ۲۱ درصد و سبک زندگی ۵۱ درصد نقش مؤثر دارند (۱۶)؛ بر این اساس دست‌کم با اصلاح سبک زندگی می‌توان از بروز بیش از ۵۰ درصد بیماری‌ها پیش‌گیری کرد. این نکته‌ای بود که «تحقیقات سلامت پرستاران» هم به آن رسیده بود و بهترین راه درمان و پیش‌گیری از این بیماری‌ها را مداخله در سبک زندگی افراد قلمداد کرده بود (۴).

این مداخلات در سال‌های اخیر در قالب رویکردهایی چند انجام شده که از مهم‌ترین آنها می‌توان به «نظریه انتخاب»^۱ اشاره کرد. در این رویکرد بیماری نتیجه رفتارها و رفتارها نتیجه انتخاب‌ها تلقی می‌شود، بر این اساس فرد بیمار تحت مداخلات آموزشی قرار می‌گیرد تا با کسب درک جدید و انتخاب رفتارهای صحیح به یک نتیجه بهتری برسد (۱۷). «نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده»^۲، رویکرد دیگری است که بر قصد فرد تمرکز دارد و معتقد است با آموزش می‌توان قصد لازم برای تغییر باورها و به تبع آن 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 (۱۸). یکی دیگر از این رویکردها «نظریه شناختی-اجتماعی»^۳ است که تغییر رفتار را ناشی از تقابل و تعامل دوسویه عوامل محیطی،

⁴ Cockerham

⁵ Habitus

⁶ Practice

⁷ Agency-Structure

¹ Choice Theory

² The Theory of Planned Behavior (TPB)

³ The Social-Cognitive Theory (SCT)

و استمرار سبک‌های زندگی ناسالم و شیوع بیماری‌های سبک زندگی دارد. سنین میان ۱۶ الی ۶۹ سالگی محدوده شیوع این بیماری‌ها می‌باشد (۲۱) و این محدوده‌ای است که طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ هم اکنون بیش از ۷۰ درصد جمعیت کشور در آن قرار دارند (۲۲). در اینکه توسعه و پیشرفت جامعه به سلامتی و توانمندی جمعیت‌اش بستگی دارد تردیدی نیست و در اینکه جامعه باید از نابودی و ناتوانی فزاینده جمعیت خود پیش‌گیری کند هم تردیدی نیست، اما در اینکه پیش‌گیری هم همچون هر اقدام دیگری برای به نتیجه رسیدن مستلزم راهبرد و برنامه عملیاتی است هم تردیدی وجود ندارد و این تحقیق در راستای این ضرورت انجام پذیرفته است.

روش کار

روش انجام تحقیق، کیفی از نوع نظریه‌بنیادی بود. نظر به اهمیت موضوع بیماری‌های سبک زندگی و ضرورت درک و فهم بیشتر و بهتر آن و نیز کمبود بینش و دانش جامعه‌شناختی در رابطه با آن، روش کیفی و استقرائی و اکتشافی نظریه‌بنیادی انتخاب گردید. این روش که توسط دو جامعه‌شناس آمریکایی بنام‌های گلیزر^۱ و اشتراوس^۲ در دهه ۱۹۶۰ در زمینه جامعه‌شناسی پزشکی ابداع شده (۲۳)، در اصل تلاشی است در راستای داده‌اندوزی در رابطه با موضوع و نظریه‌پردازی بر پایه آن داده‌ها و معمولا در مواردی انجام می‌گیرد که دانش کمی در رابطه با موضوع وجود دارد (۲۴)؛ این مهم درباره موضوع بیماری‌های سبک زندگی هم مورد هدف بود.

در گام نخست در راستای داده‌اندوزی در رابطه با موضوع، با توجه به میان‌رشته‌ای بودن آن، خبرگانی از رشته‌های علمی مختلف به عنوان جامعه آماری تحقیق در نظر گرفته شدند تا با آسیب‌شناسی

اجتماعی سبک‌های زندگی ایرانیان حول محور ۴ عامل خطر شیوه تغذیه نامناسب، سوء مصرف مواد، عدم تحرک جسمانی و استرس (فشار روانی)، از دیدگاه‌های مختلف نظرات خود را بازگویند. برای این منظور ابتدا ۲۲ نفر از اساتید و متخصصان رشته‌های مرتبط اعم از علوم پزشکی، علوم انسانی و علوم دینی و تربیت بدنی به عنوان صاحب‌نظر در علوم دینی و تربیت اعم از علوم پزشکی، علوم انسانی و 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 صورت هدفمند و در دسترس شناسایی و بعد به واسطه برخی از این اساتید تعداد ۸ نفر دیگر (به روش گلوله برفی) به این جمع اضافه شدند و در کل، ۳۰ صاحب‌نظر با ارسال پیام الکترونیکی به مصاحبه دعوت شدند. پیام حاوی ضرورت (آمار بالای ابتلائات و تلفات ناشی از بیماری‌های سبک زندگی در کشور)، هدف (تبیین همه‌جانبه مسأله و تدوین مدلی جامع برای پیش‌گیری از آن) و سؤالات تحقیق (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 و یا اطلاعات لازم در زمینه موضوع از مصاحبه 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 مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت تا در چارچوب موضوع، نقطه‌نظرات خود را آزادانه بیان نمایند. در اغلب مصاحبه‌ها در موارد ضروری پرسش و پاسخ از سوی طرفین انجام گرفت. تمامی مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان به صورت دیجیتال ضبط شدند. مکان مصاحبه‌ها از اتاق کار تا فضای آزاد متغیر بوده و عموماً بر اساس تمایل و توافق مصاحبه‌شونده تعیین شدند. زمان مصاحبه‌ها هم از ۲۰ تا ۶۰ دقیقه، بسته به پاسخ مصاحبه‌شوندگان به پرسش‌ها متغیر بود و در تمامی مصاحبه‌ها در کنار ضبط صوت، یادداشت‌برداری در عرصه هم انجام می‌گرفت.

¹ Glaser

² Strauss

هدف از انجام مصاحبه‌ها گردآوری داده‌های لازم درباره شرایط مؤثر بر افزایش سطح عوامل خطر چهارگانه و ناسالم شدن سبک‌های زندگی و پیدایش بیماری‌های سبک زندگی به روش «نمونه‌گیری نظری» (تمرکز بر داده‌ها) به حد کفاف بود. نشان کفایت، تکرار داده‌ها و رسیدن به نقطه اشباع^۱ بود (۲۵). 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 مصاحبه‌شونده ۳ پزشک 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. مصاحبه‌شوندگان همه مرد و در بازه سنی ۴۲ الی ۵۸ سال قرار داشتند.

در مجموع از ۱۴ مصاحبه به مدت ۵۴۹ دقیقه، ۴۳۸ رویداد پیاپی گردید که حسب چهار عامل خطر در چهار دسته از هم تفکیک شدند؛ رویدادهای مشترک میان آنها هم در دسته پنجم قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها به روش «مقایسه مستمر»^۲ و با «کدگذاری نظری»^۳ در سه مرحله باز^۴، محوری^۵ و انتخابی^۶ 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 (۲۶)؛ در سیر تکوین نظریه، مفاهیم در سطحی بالاتر و انتزاعی‌تر از رویدادها و مقولات در سطحی بالاتر و انتزاعی‌تر از مفاهیم قرار دارند و یک گام به نظریه نزدیک‌تر هستند (۲۷). در این تحقیق

این مراحل در چارچوب رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) انجام و در مجموع از ۴۳۸ رویداد، ۲۱۶ مفهوم و ۳۷ مقوله فرعی و در نهایت ۱۰ مقوله اصلی به عنوان ۱۰ نقطه‌ضعف جامعه در برقراری سبک‌های زندگی سلامت‌محور استخراج شد. با توجه به طولانی بودن این مراحل از گزارش جزئیات آن صرف‌نظر می‌گردد و به عنوان نمونه در جدول شماره ۱ به اختصار به سیر این مراحل در رابطه با عامل شیوه تغذیه نامناسب اشاره می‌گردد. سیر استنتاج در چهار دسته دیگر هم به همین منوال صورت گرفت. سپس مطابق الگوی نظری رهیافت، یک مقوله به عنوان «پدیده مرکزی» (گسترده‌ترین و محوری‌ترین مقوله‌ای که سایر مقولات متوجه آن هستند) انتخاب و بعد شرایط علی (علل وقوع پدیده مرکزی)، شرایط زمینه‌ای (شرایط بسترساز خاص مؤثر بر راهبردها) و شرایط مداخله‌گر (شرایط بسترساز عام مؤثر بر راهبردها) شناسایی و به صورت نظام‌مند به آن ربط داده شدند و بعد بر اساس آنها راهبردها (کنش و برهم‌کنش‌های معطوف به حل مسأله) و پیامدها (خروجی‌های حاصل از استخدام راهبردها) مشخص و جاگذاری گردیدند (۲۵). روایی تحقیق در روش نظریه‌بنیادی با ارجاع یافته‌ها به داده‌ها و پایایی آن با ارجاع نتایج به متخصصین تأمین می‌گردد؛ ارجاع یافته به داده مبین ارتباط منطقی مقولات با مبانی مربوطه و مؤید زمینه داشتن نظریه در بنیاد می‌باشد (۲۶)؛ جدول ۲ بیان‌گر این ارتباط در راستای روایی تحقیق می‌باشد. برای تأمین پایایی هم نتیجه تحقیق به ۴ تن از متخصصین مشارکت‌کننده و ۲ نفر از جامعه‌شناسان خارج از تحقیق ارجاع گردید.

¹ Saturation Point

² Constant Comparison

³ Theoretical Sampling

⁴ Open Coding

⁵ Axial Coding

⁶ Selective Coding

جدول ۱. نمونه سیر استنتاج گزاره‌ها از مقولات و مفاهیم در رابطه با عامل خطر شیوه تغذیه نامناسب

عامل	مفاهیم پیش‌برنده (از اقوال مصاحبه کنندگان)	مقولات فرعی	مقولات اصلی	گزاره‌های فرعی
شیوه تغذیه نامناسب	* کمبود آموزش‌های لازم برای تغذیه، ضعف اطلاع‌رسانی میزان مجاز ریزمغذی‌ها، سطح پایین دانش مردم در انتخاب مواد غذایی، بی‌اطلاعی از ترکیب صحیح سبب غذایی، عدم اطلاع از زمان صحیح مصرف میوه و غذا...	عدم آموزش مبانی، بی‌اطلاعی از اصول	ضعف تعلیماتی	
	* سهمیه‌بندی اشتباه مواد غذایی، قیمت‌گذاری غیرهدفمند مواد غذایی (مواد ضروری گران، مواد مضر ارزان)، ترویج مبنای غذایی نامناسب، فقدان مراکز ارائه محصولات ارگانیک در شهرها و شهرک‌ها، ...	هدف‌گذاری غیرعلمی، برنامه‌ریزی نسنجیده، نظارت ناکافی بر تولید، نظارت ناکافی بر توزیع، نظارت ناکافی بر مصرف	ضعف سیاست‌گذاری	۱- ضعف در تعلیم اصول تغذیه سالم باعث ترویج عادات و الگوهای غذایی نامناسب در جامعه می‌گردد.
	* عدم نظارت بر غذاخوری‌ها، عدم نظارت بر نانوایی‌ها، عدم نظارت بر توزیع عادلانه مواد غذایی در شهر، افزایش محصولات غذایی مضر، افزایش غذاهای هورمونی، افزایش نگهدارنده‌ها در محصولات غذایی، افزایش سموم صنعتی در خوراک، افزایش نیترات در سبزیجات، آبیاری گیاهان با آب غیرسالم، بی‌ثباتی قیمت‌ها...			۲- ضعف در سیاست‌گذاری در شیوه تغذیه صحیح باعث ترویج عادات و الگوهای غذایی نامناسب در جامعه می‌گردد.
* دیر شام دادن در مراسم، الزام به تعدد غذاها در میهمانی‌ها، الزام به ارائه نوشیدنی‌های گازدار در میهمانی‌ها، جای دادن با فاصله کم بعد از غذا، میوه دادن با یا بعد از غذا، دعوت به شام به جای ناهار...	آداب و رسوم اجتماعی نامناسب ...	ضعف فرهنگی		
* تبلیغات گسترده مواد خوراکی مضر (چیپس، پفک)، نظارت ناکافی بر تبلیغات، عدم تبلیغ مواد خوراکی مقوم سلامتی، عدم آگاهی از مواد غذایی جدید، تکثر منابع آگاهی رساننده، عدم اعتماد به تبلیغات صدا و سیما...	تبلیغات غیراصولی، عدم آگاهی‌رسانی،	ضعف تبلیغاتی		
* قدرت خرید کم مردم، کیفیت زندگی پایین مردم، عدم اشتغال و عدم توان خرید، عدم هزینه بجا برای تغذیه، اجبار به پس‌انداز به دلیل شرایط اقتصادی نامناسب، قیمت بالای میوه، وضعیت اقتصادی مبهم جامعه، ...	ضعف در تأمین معیشت مردم ...	ضعف اقتصادی		
- تغذیه در شرایط استرس و اضطراب، تغذیه غیرحلال، تغذیه غیرطبیعی، عدم توجه به آموزه‌های علمی و دینی	ضعف در تبعیت از اصول و موازین	ضعف عامل انسانی		
- عدم کنترل میل به نمک و چربی، عدم التزام به هشدارها، پیروی از لذت‌های آنی و ملموس، تغذیه برای لذت نه کسب انرژی، گرایش به فست‌فود‌ها، بی‌توجهی به صبحانه خوردن، عادت به صرف مایعات وسط غذا...	ضعف در خویشن‌داری		۳- ...	

جدول ۲. ارجاع راهبردهای ده‌گانه تحقیق به داده‌های بنیادی (اقوال مشارکت‌کنندگان) در راستای اعتباربخشی به یافته‌ها

راهبردها	داده‌های بنیادی تحقیق (اقوال مشارکت‌کنندگان)
۱ تحقیق‌گری دانشگاه	آموزش‌های لازم در جامعه وجود ندارد؛ مطالعات پایه‌ای باید انجام شود؛ میزان مصرف مجاز تحقیق و اعلام شود؛ شرایط زمینه‌ساز بیماری‌ها مطالعه شوند؛ دانش مردم در مصرف پایین است؛ تحقیقات میان‌رشته‌ای انجام شود؛ تطابق آموزه‌های دینی و علمی برای کشف حقیقت ضروری است؛ عقب‌افتادگی علوم انسانی جبران شود؛ نمی‌دانیم چگونه باید سبک زندگی را اصلاح کنیم؛ خواستن، توانستن است بشرط دانستن.
۲ تعلیم‌گری مدارس	مهم‌ترین بحث در اصلاح سبک زندگی آموزش است که باید از سنین پایین شروع شود؛ آموزش باید قشری و طبقه‌بندی شده باشد؛ کنترل و مدیریت استرس به ما آموزش داده نشده است؛ آموزش لازم برای سبک زندگی جدید شهری و صنعتی و مرتبط با تکنولوژی داده نشده است؛ انقلابی اگر لازم باشد باید در آموزش و پرورش رخ دهد؛ آموزش خوراک خانواده است؛ نخستین شرط رفتار مقوم سلامت آموزش است؛ ...
۳ تربیت‌گری نهادها	آموزش خالی بی‌فایده است باید اجبارها و الزاماتی بکار بست و نتایج را کنترل نمود؛ آگاهی‌های موجود باید ملکه ذهن افراد گردند؛ گاهی آگاهی هست اما عمل نیست؛ آموزش باید به روش ارتش باشد؛ هم آموختن و هم جانداختن؛ برای توانمندسازی باید به صورت اردویی و کاربردی تکرار داشت؛ نهاد آموزش و پرورش در ایران نهادی ضدتوسعه است و افرادی تولید می‌کند که اساسا به درد توسعه نمی‌خورند؛ ...

۴	تبلیغ‌گری صدا و سیما	تبلیغات پفک بیشتر از تبلیغات سلامت‌محور است؛ رسانه عمومی پاسخگوی نیازهای واقعی جامعه نیست؛ فرهنگ سلامتی غیرمستقیم باید از تلویزیون ارائه گردد؛ مواد و موارد جدید آگاهی جدید می‌طلبد؛ ناآگاهی باعث هدایت به الگوی مصرف غلط و ناسالم می‌شود؛ تزریق مفاهیم و مضامین مقوم سبک زندگی سلامت‌محور در لابلای فرهنگ مردم باید ارائه شود؛ ...
۵	تأمین‌گری اقتصاد	قدرت خرید و کیفیت زندگی مردم پایین است؛ تزریق رفاه به جامعه مهم‌ترین اصل است؛ آشفتگی ذهنی مردم به خاطر عدم تأمین است؛ در اسلام اول رفاه و بعد انسانیت است؛ نگرانی آینده منجر به عدم هزینه بجا و بهنگام می‌گردد؛ ناداری باعث هدایت به الگوی مصرف غلط شده؛ ضرورت ورزش را مردم می‌دانند اما از دوندگی اقتصادی فرصت نمی‌کنند؛ اقتصاد تا بستری لازم را تولید نکند در هر زمینه مشکل خواهیم داشت؛ ...
۶	تسهیل‌گری سیاست (دولت)	سیاست‌های سلامت‌محور را دولت باید ارائه دهد؛ در جهت اصلاح باید برنامه‌ریزی شود؛ عزم لازم برای کارها از سوی دولت وجود ندارد؛ اصلاح سبک زندگی منوط به اصلاح ساختارهاست؛ شوک‌دهی به جامعه لازم است؛ رویکرد انقلاب به سبک زندگی بسیار دیر بود؛ به سلامت روان مبلغ بسیار ناچیزی تخصیص می‌یابد؛ کشور گرفتار بودجه جزیره‌ای است؛ فقدان حاکمیت قانون باعث ناآرامی و فشار درونی می‌گردد؛ ...
۷	تجویز‌گری فرهنگ	سبک زندگی الگو می‌خواهد؛ در مراسم و مهمانی‌ها دیر شام می‌دهند؛ دوچرخه‌سواری زنان با محدودیت‌هایی همراه است؛ تفاوت‌های فرهنگی در تصمیم‌گیری‌ها لحاظ نیست؛ علمای دینی باید دست بکار شوند و موانع فرهنگی و مذهبی موجود را بردارند؛ انسان ارزش و جایگاه واقعی خود را از دست داده؛ طلا مهم‌تر از سرویس بهداشتی خوب؛ رواج فردگرایی منفی؛ مصرف‌گرایی و ظاهرگرایی افراطی؛ هر کالایک تغییر؛ ...
۸	تحصیل‌گری خانواده	نخستین الگوی سبک زندگی خانواده است؛ خانواده‌ها هم دیر شام می‌خورند هم سنگین؛ ترکیب سبک غذایی خانواده‌ها نامناسب است؛ اغلب میوه نمی‌خورند یا نایب می‌خورند؛ گسست در ارتباطات خانگی اضطراب‌آور شده؛ مصرف‌گرایی افراطی خانواده‌ها را مقروض ساخته؛ ورزش در سبک خانوارها کوچک است؛ خانواده‌ها با مشکل عدم توجه به ضرورت‌ها مواجه هستند؛ عدم ارزش‌گذاری به اعضا باعث انزوا و اعتیاد شده است؛ ...
۹	تمکین‌گری عوامل انسانی	افراد سلیقه‌ای غذا می‌خورند؛ به کاهش عمر بی‌تفاوت‌اند؛ مصرف مواد و الکل را انکار می‌کنند؛ بی‌رویه از خودرو استفاده می‌کنند؛ همه‌چیزاندیش و همه‌کاره هیچ کاره‌اند؛ مصرف‌گرایی را به روابط اجتماعی هم کشانده‌اند؛ آستانه تحمل پایین دارند؛ غیرهدفمند هزینه می‌کنند؛ مراجعه به روان‌شناس را عیب می‌دانند؛ مطالبه‌گر نیستند؛ نیازمند توجه دیگران‌اند؛ افراد اگر با سیاست‌های سلامت هم‌سو نشوند مقصر خودشان هستند؛ ...
۱۰	تضمین‌گری سازمانی	بی‌تفاوتی افراد به سلامت باید تدبیر شود؛ رفتار پلیسی صحیح نیست؛ پیش‌گیری ارزشمندتر است؛ اصلاح کار جمعی است؛ تشکیل اتاق فکر ضرورت دارد؛ نیازمند همکاری بین‌بخشی هستیم؛ مردم به دولت بی‌اعتمادند و تغییر از سوی دولت ممکن نیست؛ موضوعات تدریجی را نباید به عهده مردم گذاشت؛ ناآگاهی مردم را باید با طراحی‌های اطمینان‌بخش پوشش داد؛ اصلاح رفتار مردم باید ناخودآگاهانه باشد؛ توجه به NGOها ...

یافته‌ها

مقوله‌های اصلی مطالعه

واکاوی آسیب‌شناسانه سبک‌های زندگی ایرانیان از منظر خبرگان نشان داد برقراری سبک‌های زندگی سلامت‌محور در جامعه در کل با ۱۰ نقطه ضعف در ابعاد «تحقیق‌گری (تولید مبانی و معارف علمی لازم)، تعلیم‌گری (آموزش مبانی و معارف علمی لازم)، تربیت‌گری (پرورش افراد مطابق این مبانی و معارف)، تبلیغ‌گری (آگاهی‌رسانی گسترده این مبانی و معارف)، تأمین‌گری (ارائه منابع مادی لازم)، تسهیل‌گری (ارائه برنامه و تسهیلات لازم)، تجویز‌گری (ارائه الگو و رفع موانع فرهنگی و اجتماعی بازدارنده)، تحصیل‌گری (تجمیع شرایط لازم برای اعضا)،

تمکین‌گری (تبعیت عوامل انسانی از این مبانی و

معارف) و تضمین‌گری (اطمینان از اجرای این مبانی و

معارف) روبرو است.

پدیده مرکزی

با مقایسه مستمر داده‌ها و بازبینی مکرر سیر استنتاج، «ناسلامتی سبک‌های زندگی ایرانیان» از این جهت که موضوع و محور مباحث و مصاحبه‌ها بود و همه رویدادها و مفاهیم و ریزمقولات و مقولات تحقیق معطوف به تحلیل و تبیین وقوع و شیوع آن در جامعه بودند و نیز سیر بحث نشان از شکل‌گیری نظریه‌ای بنیادی حول محور آن داشت به عنوان پدیده مرکزی تحقیق شناسایی و انتخاب شد.

شرایط علی

شرایط یا عوامل مقدماتی که حضور آنها به طور مستقیم به وقوع «ناسلامتی سبک‌های زندگی» به عنوان پدیده مرکزی می‌انجامد چهار عامل خطر «شیوه تغذیه نامناسب، سوء مصرف مواد، عدم تحرک جسمانی و استرس» بودند. این ۴ عامل مطابق مطالعات انجام شده عمومیت جهانی داشته و به واسطه عوامل مختلف اعم از ساختاری و غیرساختاری در شرایط مدرن و پسامدرن پدید می‌آیند و منجر به ناسالم گشتن سبک‌های زندگی افراد می‌گردند.

شرایط زمینه‌ای

از میان مقوله‌های اصلی، آنها که به نحو خاص زمینه‌ساز شرایط وقوع و شیوع «ناسلامتی سبک‌های زندگی» می‌گردند ضعف عملکردی افراد در تبعیت از اصول و اسلوب زندگی سالم، ضعف کارکردی خانواده‌ها در تحصیل و تجمیع شرایط لازم برای

اعضاء، ضعف اقتصادی در تأمین منابع لازم برای تأسیس سبک‌های زندگی سلامت‌محور، ضعف سیاست (دولت) در ایجاد تسهیلات لازم برای آن و فقدان سازمان متولی برای پایش و سنجش سطح سلامت سبک‌های زندگی ایرانیان به عنوان شرایط زمینه‌ای تحقیق تشخیص داده شدند.

شرایط مداخله‌گر

بر اساس تحلیل صورت گرفته، ضعف در تحقیق، تعلیم، تربیت، تبلیغ و تجویز مبانی فرهنگی-اجتماعی به عنوان شرایط مداخله‌گر وقوع پدیده مرکزی تحقیق شناسایی شدند. هر یک از این مقولات به نحو عام و با واسطه بر افزایش سطح عوامل خطر چهارگانه در سبک‌های زندگی افراد تأثیر می‌گذارند و آنها را به سمت و سوی ناسلامتی سوق می‌دهند (جدول ۳).

جدول ۳. شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر پدیده ناسلامتی سبک‌های زندگی ایرانیان و برخی مقوله‌های فرعی ناظر بر آنها

مقولات اصلی	مقولات فرعی
۱ ضعف عملکردی افراد	بی‌توجهی به کاهش عمر، تغذیه برای لذت، هزینه غیرهدفمند، جسم‌گرایی افراطی، اطلاعات ذهنی زائد، احساس نیاز به الکل و سیگار، ...
۲ ضعف کارکردی خانواده	مقایسه و مسابقه خانواده‌ها، سبب غذایی نامناسب، ترکیب غذایی نامناسب، عدم هزینه به ورزش، گسست ارتباط خانگی، عدم مطالبه‌گری، ...
شرایط زمینه‌ای	۳ ضعف اقتصاد جامعه
	اقتصاد بیمار، قدرت خرید کم، عدم تأمین ساختاری، عدم هزینه به ورزش، آینده مالی مبهم، عدم تزریق رفاه به جامعه، دوندگی زیاد، ...
۴ ضعف حمایت دولت	عدم ارائه سیاست سلامت، عدم برنامه‌ریزی برای تغییر، کنترل و نظارت ناکافی، سازمان‌های خودبیمار، عدم خلق امکانات، شعارگرایی، ...
۵ فقدان سازمان متولی	فقدان متولی خاص، عدم تشکیل اتاق فکر، عدم توجه مردم به مسائل تدریجی، عدم مشروعیت دولت برای تغییر، عدم توجه به NGOها، ...
۱ ضعف تحقیق مبانی	فقدان آموزش‌های لازم؛ کمبود مطالعات میان‌رشته‌ای؛ عدم آسیب‌شناسی ناهنجاری‌ها؛ ضعف تفکر اجتماعی؛ ندانستن روش‌های اصلاح، ...
شرایط مداخله‌گر	۲ ضعف تعلیم مبانی
	عدم آموزش از سنین پایین؛ عدم آموزش متناسب؛ عدم آموزش مدیریت استرس‌ها؛ عدم آموزش زندگی مدرن؛ ناکارآمدی آموزش‌ها، ...
۳ ضعف تربیت افراد	نهادینه نشدن آموزش؛ آموزش سطحی و بی‌فایده؛ عدم عمل به آگاهی؛ عدم تکرار و تمرین؛ عدم پیگیری آموزش؛ دروس غیرکاربردی، ...
۴ ضعف تبلیغ مبانی	تبلیغات مضر؛ عدم نظارت بر تبلیغات؛ عدم ارائه آگاهی‌های بروز؛ تکرار و تعارض منابع آگاهی؛ بدبینی به صدا و سیما؛ برنامه‌های غیرمفید، ...
۵ ضعف مبانی فرهنگی	عدم الگوسازی؛ آداب اجتماعی مضر؛ محدودیت‌های مذهبی؛ سردرگمی معیارین؛ نگاه منفی به موسیقی؛ عدم ارزش‌گذاری اجتماعی، ...

راهبردها

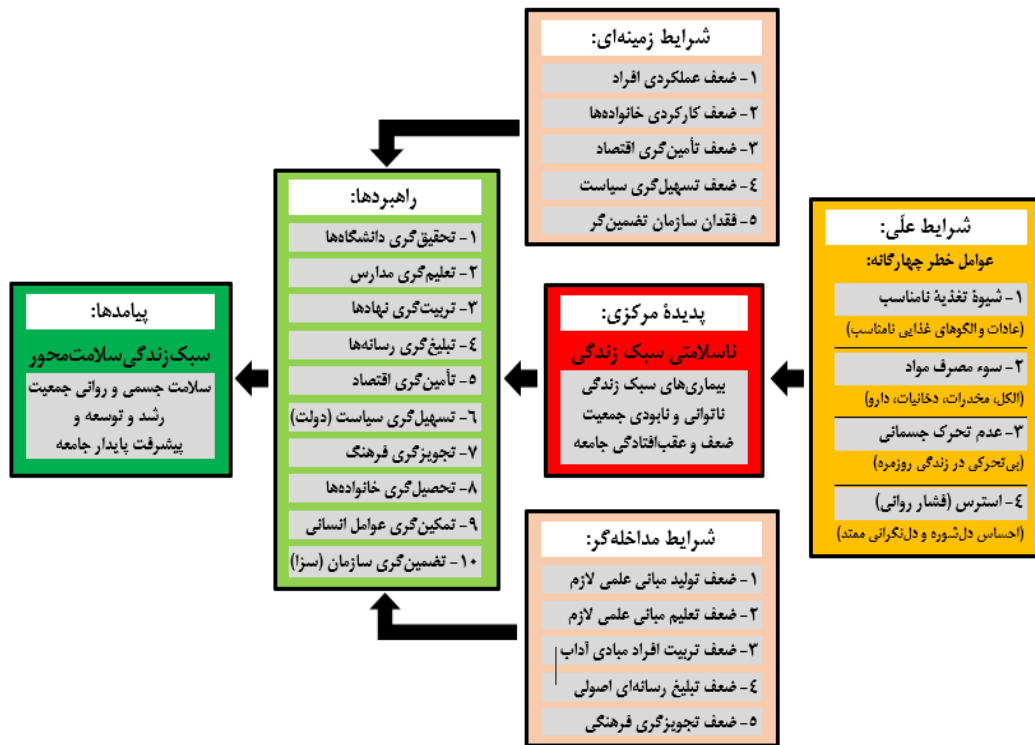
راهبردها برآمده از شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر تحقیق جهت کنترل و مدیریت و مواجهه با پدیده مرکزی می‌باشند (۲۸). مطابق سیر تحلیل، راهبردهای این تحقیق برای پوشش نقاط ضعف (شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر) و پیش‌گیری از وقوع و شیوع «ناسلامتی سبک‌های زندگی» در کشور شامل تحقیق‌گری، تعلیم‌گری، تربیت‌گری، تبلیغ‌گری، تأمین‌گری، تسهیل‌گری، تجویز‌گری، تحصیل‌گری، تمکین‌گری و تضمین‌گری می‌باشند (جدول ۴).

پیامدها

پیامدها، خروجی‌های حاصل از استخدام راهبردها هستند (۲۶). مطابق سیر تحلیل، پیامد کاربست راهبردهای ده‌گانه تحقیق پیش‌گیری از وقوع و شیوع بیماری‌های سبک‌های زندگی و استقرار و استمرار «سبک‌های زندگی سلامت‌محور» در جامعه می‌باشد. شکل ۱ بیان‌گر مدل تحلیلی تحقیق در چارچوب رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین می‌باشد.

جدول ۴. راهبردهای ده‌گانه سبک زندگی سلامت‌محور با گزاره‌های منطقی و نهادهای مسئول

مقولات	نهاد مسئول	گزاره منطقی
۱ تحقیق‌گری	دانشگاه	دانشگاه‌های کشور باید مبانی و معارف علمی لازم برای سبک زندگی سلامت‌محور را تحقیق و تولید کنند.
۲ تعلیم‌گری	مدارس	مدارس کشور باید اساس، اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور را از سنین پایین به افراد جامعه تعلیم دهند.
۳ تربیت‌گری	نهادهای	نهادهای باید با نهادینه ساختن اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور افراد جامعه را تربیت نمایند.
۴ تبلیغ‌گری	صدا و سیما	صدا و سیما باید در راستای آگاهی‌بخشی به آحاد جامعه، اصول و اسلوب سبک زندگی سالم را تبلیغ نماید.
۵ تأمین‌گری	اقتصاد	اقتصاد باید منابع مادی لازم برای برقراری سبک زندگی سلامت‌محور را برای همه افراد جامعه تأمین نماید.
۶ تسهیل‌گری	سیاست (دولت)	دولت باید با سیاست‌گذاری و اتخاذ تدابیر لازم زمینه را برای برقراری سبک زندگی سلامت‌محور در جامعه تسهیل نماید.
۷ تجویز‌گری	فرهنگ	فرهنگ جامعه باید با ارزش‌گذاری و رفع موانع هنجارین تعقیب اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور را تجویز نماید.
۸ تحصیل‌گری	خانواده	خانواده‌ها باید عناصر لازم برای برقراری سبک زندگی سلامت‌محور را برای اعضاء خود تحصیل و تجمیع نمایند.
۹ تمکین‌گری	عوامل انسانی	عوامل انسانی در راستای سلامتی خود و جامعه باید از اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور تمکین و تبعیت نمایند.
۱۰ تضمین‌گری	؟	یک سازمان مشخص مردم‌نهاد باید استقرار و استمرار سبک زندگی سلامت‌محور در نزد افراد جامعه را تضمین نماید.



شکل ۱. مدل پیش‌گیری از بیماری‌های سبک زندگی بر اساس رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸)

بحث

نقد کارهام در بحث اصلاح سبک زندگی بر تحقیقات سلامت این بود که تنها روی خود فرد تمرکز می‌کنند و به عوامل ساختاری که باعث ناسالم شدن شیوه و شرایط زیست فرد می‌گردند توجهی ندارند (۲۰). در سال‌های اخیر، «پزشکی کل‌نگر»^۱ با توجه به عوامل زمینه‌ای بیماری در تشخیص و درمان بیماری‌ها و تحلیل مؤلفه‌های جسمی، تغذیه‌ای، محیطی، عاطفی، معنوی و سبک زندگی بیمار بخشی از این نقطه ضعف را جبران کرده است. این حرفه تنها به جزئی از جسم بیمار توجه ندارد بلکه به بیمار به مثابه یک کل متشکل از بدن، ذهن و روح می‌نگرد و بیماری را نه به عنوان رویدادی مجزا بلکه تجلی اختلال عملکرد کلیت فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. هدف این رویکرد «سلامتی بهینه»^۲ است که بسیار فراتر از عدم وجود بیماری است. در نهایت، این رویکرد هم پیش‌گیری را

^۱ Holistic Medicine

^۲ Optimal Health

بتر و مقرون به صرفه‌تر از درمان می‌داند و آموزش فرد برای تغییر سبک زندگی و خودمراقبتی را محور اصلی آن در نظر می‌گیرد (۲۹). پزشکی کل‌نگر اگر چه با دیدی بازتر نسبت به پزشکی جزئی‌نگر به بحث سلامت و بیماری می‌پردازد با این حال نقش ساختارها در این رویکرد کمرنگ بوده و هم‌چنان فرد و آموزش و اصلاح او مبنای پیش‌گیری است، با این وجود این رویکرد با توجه ویژه به زمینه بیماری و طرح عوامل مختلف در این زمینه، فضای لازم برای بحث درباره نقش ساختارهای جامعه در این ارتباط را فراهم می‌سازد.

این تحقیق در مطالعه بیماری‌های سبک زندگی مطابق اصول پزشکی کل‌نگر و توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی (۳۰) در کنار سلامت جسم، سلامت روان را هم مد نظر داشته و بدین جهت استرس و فشار روانی را هم جزو عوامل خطر مورد بحث گذاشته و بعد در جستجوی نقش سایر عوامل، از جوانب مختلف به آسیب‌شناسی اجتماعی سبک‌های زندگی ایرانیان

پرداخته و در نهایت به ۱۰ نقطه ضعف مؤثر بر ناسلامتی سبک‌های زندگی دست یافته که هفت مورد اول آن یعنی ضعف در ابعاد «تحقیق‌گری، تعلیم‌گری، تربیت‌گری، تبلیغ‌گری، تأمین‌گری، تسهیل‌گری، تجویز‌گری» در سطح کلان متوجه ساختارهای جامعه، مورد هشتم «ضعف در تحصیل‌گری» در سطح میانی متوجه خانواده‌ها، مورد نهم یعنی «ضعف در تمکین‌گری» در سطح خرد متوجه عوامل انسانی و در نهایت مورد دهم «ضعف در تضمین‌گری» متوجه حلقه مفقوده بحث یعنی فقدان متولی مشخص برای تعقیب، تأمین و تضمین سبک‌های زندگی سلامت‌محور در جامعه می‌باشد. این یافته بیش از هر چیز مبین و مؤید نقش برجسته ساختارها در ناسالم شدن سبک‌های زندگی و وقوع و شیوع گسترده بیماری‌های سبک زندگی در جامعه است و از این جهت مدل راهبردی مستخرج از آن به نوعی مکمل مباحث و مدل‌های پیشین جهت پیش‌گیری از این بیماری‌ها و دستیابی به سبک زندگی سلامت‌محور می‌باشد. در اینکه در نهایت این افراد هستند که باید اصول و اسلوب سبک زندگی سالم را به کار بندند تردیدی نیست اما مطابق نظر اغلب خبرگان تحقیق، این ساختارها هستند که باید زمینه لازم برای آن را فراهم سازند. پیش از هر چیز جامعه باید این اصول و اسلوب را «تحقیق» و تولید نماید؛ تحقیق در لغت یعنی «راست و درست را یافتن» و این به عهده «دانشگاه‌ها»ی 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 آموزش و پرورش» کشور قرار دهند تا مطابق رسالت‌اش افراد جامعه را از سنین پایین، «تعلیم» و «تربیت» نماید.

«تربیت»، اصل و اساس کار و مورد تأکید همه خبرگان بود؛ تربیت یعنی «تمام کردن و به نتیجه رساندن تحقیق و تعلیم»؛ تربیت یعنی «نهادینه ساختن اصول و اسلوب با تمرین و تکرار تا جایی که دیگر جزو عادات و الگوهای رفتاری افراد گردد» و این علاوه بر نهاد

آموزش بر عهده سایر نهادهای جامعه است که از هر فرصتی برای نهادینه ساختن اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور در اذهان افراد متبوع خود استفاده کنند. با این حال همه افراد جامعه متبوع نهادها نیستند؛ برای هدف قرار دادن این بخش از جامعه باید به ابزار گسترده و قدرتمند عصر مدرن یعنی «رسانه» متوسل گشت و به این وسیله اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور را در سطحی گسترده به جامعه «تبلیغ» کرد. تبلیغ یعنی «به قوت به اطلاع و آگاهی عموم رساندن» و این به طور مشخص به عهده «صدا و سیما»ی کشور است.

با چهار اصل فوق، سبک زندگی سالم به ثمر نشستنی است اما خود به ثمر نشستن هر چهار اصل مستلزم «منابع» مادی و مالی است که «اقتصاد» کشور باید آن را «تأمین» نماید. سبک زندگی سالم بسته به الزاماتی هم‌چون شهر سالم، مسکن سالم، تغذیه سالم، تفریح سالم، ورزش و... بوده و همه مستلزم هزینه و تخصیص منابع است که اگر به نحو مکفی صورت نپذیرد شکل‌گیری سبک زندگی سلامت‌محور در جامعه در حد حرف باقی خواهد ماند. در عصر سرمایه‌داری، «الف» تا «ی» هر حرکتی بسته به سرمایه و سرمایه بسته به «سیاست» است. «سبک زندگی سلامت‌محور یک مسأله و موضوع جهانی است و اصول و اسلوب آن بسته به خواست دولت‌ها و سیاست‌ها نیست»، از این رو نقش دولت و سیاست در این زمینه بیشتر در وجه «تسهیل‌گری» است به این معنا که باید تسهیلات لازم برای جریان هر کارکرد را ارائه دهد، میان آنها ارتباط و هماهنگی حاکم سازد و بعد با نظارت مستمر «موانع» پیش‌روی سبک زندگی سلامت‌محور را از میان بردارد.

با این حال گاهی همه شرایط مهیا می‌باشد اما به دلیل عدم سازگاری برخی از جوانب و عناصر با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه (آداب و رسوم، عرف و قوانین) تحقق آن با مشکلاتی روبرو می‌گردد. مثلاً اینکه «ورزش و دوچرخه‌سواری زنان هنوز با

انسانی و ساختارها فعالیت کند». این راهبرد بیانگر پیشنهاد نهایی تحقیق است: تشکیل «سازمان سنجش و پایش سطح سلامت سبک زندگی ایرانیان» (با عنوان پیشنهادی «سازمان سزا»).

این تحقیق در پیگیری مراحل مختلف خود، غیر از محدودیت توان علمی محقق به عنوان یک دانشجو و محدودیت زمانی انجام تحقیق به عنوان رساله‌دانشگاهی، با محدودیت‌های دیگری همچون عدم رغبت به امور پژوهشی، عدم پاسخ به پیام‌های الکترونیکی، عدم رضایت به ضبط مصاحبه به دلیل محافظه‌کاری، عدم تفکر لازم در خصوص موضوع و عدم تداوم همکاری در نزد برخی از اساتید و متخصصان مواجه بود که امید است در پژوهش‌های دیگر و دیگران این محدودیت‌ها به حداقل برسند.

نتیجه‌گیری

سبک زندگی یک پدیده اجتماعی پیچیده و چندعاملیتی است و سالم یا ناسالم شدن آن هم متأثر از عوامل چندگانه است. یافته‌های تحقیق نشان داد ناسالم شدن سبک‌های زندگی و به تبع آن افزایش سطح بیماری‌های سبک زندگی در ایران ناشی از نقاط ضعف ده‌گانه‌ای است که هفت مورد اول آن مربوط به ساختارهای جامعه و موارد دیگر مربوط به خانواده‌ها، عوامل انسانی و فقدان متولی مشخص در این زمینه می‌باشد. شناسایی این ده نقطه ضعف منجر به تدوین مدل راهبردی ده‌گانه جهت پیش‌گیری از مسأله گردید که در صورت کاربست به عنوان یک برنامه عملیاتی جامع با ایجاد دانایی و توانایی چندجانبه در ساختارها و عوامل انسانی به کاهش سطح عوامل خطر و بیماری‌های سبک زندگی در جامعه انجامیده و نهایتاً پیامد «سبک‌های زندگی سلامت‌محور» را به همراه خواهد داشت. پیش‌نهاد تحقیق برای رسیدن به این هدف مهم و حیاتی، تشکیل «سازمان سنجش و پایش سطح سلامت سبک زندگی ایرانیان» است.

محدودیت‌هایی روبرو است» به این دلیل است که «فرهنگ» جامعه آن را مجاز نمی‌دارد؛ این عدم «تجویز‌گری» گاه ممکن است به حدی برسد که حتی اجازه تحقیق و تعلیم و تربیت و تأمین و تسهیل را هم ندهد؛ در این خصوص پیشنهاد تحقیق «رویکرد تنظیم جهت‌گیری‌ها»¹ است به این معنی که «باید به اصحاب قدرت و معرفت نزدیک شد و در راستای اهداف مشترک هم‌اندیشی و موانع موجود را برطرف ساخت».

این هفت راهبرد بیان‌گر کارکردهای ساختاری هستند که طبعاً باید در یک نقطه معین بهم برسند تا تأثیر خود را بر سبک زندگی افراد جامعه بگذارند؛ بهترین نقطه برای تلاقی و تجمع این کارکردها «خانواده» است. خانواده به عنوان یک ساختار میانی باید تمامی خدمات ساختارهای کلان را «تحصیل» و تجمیع نموده و در دسترس اعضا خود قرار دهد. به این ترتیب با هشت راهبرد، اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور از بالاترین ساختارها و نهادهای جامعه جاری گشته در آخرین مشرب یعنی خانواده در دسترس افراد قرار می‌گیرد. بعد وظیفه افراد است که از اصول و اسلوب سبک زندگی سلامت‌محور «تمکین» و تبعیت کنند؛ «اگر زمینه فراهم باشد و فرد فرمان نبرد دیگر نه ساختار بلکه عامل انسانی مسئول و مقصر است»؛ «اگر جامعه در خدمت نیازهای فرد باشد فرد هم باید در خدمت اهداف جامعه باشد».

با این وجود نمی‌توان به بار نشستن این همه خدمات و زحمات را تنها به امید تمکین افراد و یا خانواده‌های آنها وانهاد. هم‌چون هر چیز دیگری «در بحث سبک زندگی سلامت‌محور هم جامعه به یک تمام‌کننده نیاز دارد»؛ «باید یک متولی مشخص وجود داشته باشد تا پیگیر کارکردها و راهبردها و نتیجه لازم باشد»؛ «با توجه به اهمیت و گستردگی موضوع کم از یک سازمان نباید باشد»؛ «این سازمان می‌تواند مردم‌نهاد اما تحت نظارت دولت باشد و در حد واسط عوامل

¹ Setting-Oriented Approach

تشکر و قدردانی

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.

مقاله حاضر خروجی بخش کیفی تحقیق رساله دکتری جامعه‌شناسی گرایش بررسی مسائل اجتماعی ایران با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1398.077 بود.

References

- 1- Jabbaran MR. Conceptual analysis of lifestyle. Qabasat. 2015; 20: 173-87 [Persian].
- 2- Veal AJ. The concept of lifestyle: a review. Leisure Studies. 2013; 12(4): 233-52.
- 3- World Health Organization. Noncommunicable Diseases; Global Survey. Geneva, Switzerland: Document Production Services; 2016.
- 4- Cumin MB. Reduction of risk for lifestyle diseases: group diet and physical activity intervention in the workplace. Auckland University of Technology; 2004.
- 5- Bansal P. Problematic lifestyle of today's generation: lifestyle diseases. Research and Reviews: Journal of Medical and Health Sciences. 2015; 4(1): 1-11.
- 6- Joanne K. Community health promotion; challenges for practice. 1ed. London :Bailliere Tindhall; 2000.
- 7- International Federation of Medical Students' Associations. Noncommunicable diseases and the 4 most common shared risk factors. Amsterdam, The Netherlands: Medical Students Worldwide. 2018.
- 8- Taheri M, Hasani J, Mohammadkhani S, Moudi M. Explaining psychological components of the health-oriented lifestyle: A qualitative study. Journal of Health System Researches. 2018;13(4):491-6 [Persian].
- 9- Tabish SA. Lifestyle diseases: consequences, characteristics, causes and control. Journal of Cardiology & Current Research. 2017; 9(3): 1-4.
- 10- Anand T, Phalguna K, Kishore J, Ingle GK. Awareness about lifestyle diseases associated risk factors in school going children in Delhi. Journal of Nursing Science & Practice. 2011; 1(1): 1-9.
- 11- World Health Organization. Noncommunicable diseases. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> . Accessed: 1 June, 2018.
- 12- Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 13- Sarrafzadegan N, Mohammadifard, N. Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for Cardiovascular Prevention. Archives of Iranian Medicine. 2019; 22(4): 204-10.
- 14- MohammadiZeydi I, Heydarnia AR, Hajizade E. The study of lifestyle of cardiovascular patients. Daneshvar Pezeshki. 2006; 13(61): 49-5 [Persian].
- 15- Butler JT. Principle of health education and health promotion. 3ed. Wads Worth Press; 2001.
- 16- Lear SA, Ignaszewskib A, Lindenc W, Brozicd A. The extensive lifestyle management intervention (ELMI) following cardiac rehabilitation trial. European Heart Journal. 2003; 24: 1920-27.
- 17- Entezari Meybodi MR, Afkhami I, Nasirian M. The effectiveness of treatment based on "Choice Theory" on improving the lifestyle of women suffered from obesity. Health Promotion Management. 2015; 4(2): 1-6 [Persian].
- 18- Karimy T, Saffari M, Sanaeinasab H, Khalagi K, Hassan-Abadi M. The impact of educational intervention based on the theory of planned behavior on lifestyle change of patients with myocardial infarction. Iranian Journal of Health Education & Promotion. 2016; 3(4): 370-80 [Persian].
- 19- Abdi J, Eftekhar H, Mahmoodi M, Davood Shojayzadeh D, Sadeghi R. Effect of the intervention based on new communication technologies and the social-cognitive theory on the lifestyle of the employees with overweight and obesity. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2016; 14(1): 1-14 [Persian].
- 20- Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. Journal of Health and Social Behavior. 2005; 46: 51-67.

- 21- ICLDM (International Conference on Lifestyle Disease & Medicine). Changing lifestyle to be healthy. Available from: <https://www.meetingsint.com/conferences/lifestylediseases>. Accessed January 27, 2020.
- 22- Sarayi H. The second demographic transition: a glance at Iran. Iranian Demographic Association. 2009; 3(6): 118-40 [Persian].
- 23- Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research. Aldin Transactionm; 2006.
- 24- Sheldon L. Grounded theory: issues for research in nursing. Nursing Standard. 1998; 12(52): 47-50.
- 25- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 3ed. California: Sage Publication; 1998.
- 26- Creswell JW. Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. 4ed. Boston (USA): Pearson Education; 2012.
- 27- Miles M, Huberman A. Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods. Sage London; Beverly Hills; 2002.
- 28- Lee J. A grounded theory: integration and internalization in ERP adoption and use [Unpublished PhD Thesis]. Lincoln: University of Nebraska; 2001.
- 29- Principles of holistic medicine. Available from: <https://ahha.org/selfhelp-articles/principles-of-holistic-medicine>. Accessed January 27, 2020.
- 30- World Health Organization. Social determinants of mental health. Switzerland: Geneva; 2014.