

## **Meta-analysis of studies of factors affecting health-oriented lifestyle in Iran (from 2006 to 2019)**

**Vahedian M<sup>1</sup>, Babaeifard A\*<sup>2</sup>, Ganji M<sup>2</sup>**

1- PhD student in Social Studies of Iran, Faculty of Humanities, University of Kashan , Kashan, I.R. Iran.

2- Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, I.R. Iran.

Received: 2020/10/25 | Accepted: 2021/02/27

### **Abstract:**

**Background:** In recent decades, the concept of health-oriented lifestyle has been the focus of social research and studies individual and collective health-related behaviors as a phenomenon with multiple implications.

**Materials and Methods:** The present study was performed using meta-analysis method. The statistical population of the study includes all studies on health and health lifestyle from 2006 to the end of 2019 and from a total of 65 studies, finally 11 studies were selected as a sample and based on CMA2 software reviewed.

**Results:** The socio-economic base variable with an effect size of 0.085 had the greatest effect on health lifestyle and among the variables of age, sex and education, the effect size of the sex variable with a rate of 0.66 is more than the other two variables. Among the social variables, only the size of the social capital effect is significant with a value of 0.053. In the discussion of diffusion bias, the results of the funnel diagram and the bag and mesome test show that most studies are in the middle level of the funnel, and according to the bag and mesome test, which is greater than 0.05, the results of the N-test are safe from error. Another 131 studies need to be conducted to cast doubt on current research estimates.

**Conclusion:** It seems that among the structural factors, economic and social status and social capital and among the underlying factors, gender variable has the highest impact on improving the quality of health-oriented lifestyle.

**Keywords:** Health lifestyle, Meta-analysis, Social factors of health, Individual choices, Iran

### **\*Corresponding Author**

**Email:** babaiefardm@gmail.com

**Tel:** 0098 913 313 4374

**Fax:** 0098 315 5913737

Conflict of Interests: *No*

*Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, June, 2021; Vol. 25, No 2, Pages 891-900*

# فرا تحلیل مطالعات عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور در ایران (سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۸۵)

مرتضی واحدیان<sup>۱</sup>، اسدالله بابایی فرد<sup>۲\*</sup>، محمد گنجی<sup>۲</sup>

## خلاصه:

**سابقه و هدف:** در چند دهه اخیر مفهوم سبک زندگی سلامت‌محور در کانون تمرکز پژوهش‌های اجتماعی قرار گرفته است و به‌عنوان پدیده‌ای با دلالت‌های متکثر، رفتارهای فردی و جمعی مرتبط با سلامت را مطالعه می‌کند.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر با استفاده از روش فراتحلیل انجام شده است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه پژوهش‌هایی است که پیرامون سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۸۵ صورت گرفته است و از مجموع ۶۵ پژوهش انجام‌شده، در نهایت ۱۱ پژوهش به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و براساس نرم‌افزار CMA2 بررسی گردیدند.

**نتایج:** متغیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی با اندازه‌ی اثر ۰/۰۸۵، بیشترین میزان اثر را بر سبک زندگی سلامت‌محور داشته است و از میان متغیرهای سن، جنس و تحصیلات، اندازه اثر متغیر جنس با میزان ۰/۶۶ بیش از دو متغیر دیگر است. از میان متغیرهای اجتماعی، تنها اندازه اثر سرمایه اجتماعی با مقدار ۰/۰۵۳ معنادار است. در بحث سوگیری انتشار، نتایج حاصل از نمودار کیفی و آزمون بگ و مزومدار نشان می‌دهد که غالب مطالعات در سطح میانی قیف قرار دارند و برحسب آزمون بگ و مزومدار که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، نتایج آزمون N ایمن از خطا نشان می‌دهد و باید ۱۳۱ مطالعه دیگر انجام شود تا در برآوردهای پژوهش فعلی، بتوان شک نمود.

**نتیجه‌گیری:** به‌نظر می‌رسد از میان عوامل ساختاری، پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سرمایه اجتماعی و از میان عوامل زمینه‌ای، متغیر جنسیت بالاترین تأثیر را بر بهبودبخشی کیفیت سبک زندگی سلامت‌محور دارند.

**واژگان کلیدی:** سبک زندگی سلامت‌محور، متآنالیز، عوامل اجتماعی سلامت، انتخاب‌های فردی، ایران

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و پنجم، شماره ۲، خرداد - تیر ۱۴۰۰، صفحات ۸۹۱-۹۰۰

## مقدمه

درواقع، در دوران کنونی شاهد تغییر عوامل شکل‌دهنده سلامت و بیماری از طبیعی به اجتماعی و فرهنگی هستیم [۴] و جامعه انسانی در مرحله‌ای از انتقال اپیدمیولوژیک به نام هیوبریستیک قرار دارد که در آن سبک‌های زندگی نقش عمده‌ای در تعیین سطح‌های مرگ‌ومیر دارند [۵]. در پژوهش سال ۲۰۱۹، Khalis و همکاران به این نتیجه رسیده‌اند که سبک زندگی سالم، خطر ابتلا به سرطان سینه را کاهش می‌دهد [۶]. همچنین نتایج چند پژوهش در سال ۲۰۲۰، نشان می‌دهد که بین سبک زندگی سالم و بهینه شدن سطح چربی بدن [۷] و کاهش خطر ابتلا به سرطان معده [۸] رابطه وجود دارد و نیز رژیم غذایی سالم و کاهش سطح استرس، احتمال وقوع سگته مغزی را کاهش می‌دهد [۹]. مطالعات دیگر نشان می‌دهد که تقویت مهارت‌های شناختی [۱۰]، انجام مسافرت پیوسته [۱۱]، تغییرات غذایی و فعالیت‌های منظم بدنی [۱۲]: موجب تقویت باورهای شیوه زندگی سالم و ارتقای رفتارهای مثبت بهداشتی می‌شود. این مطالعات و تغییرات نشان می‌دهد که الگوی ترکیب عوامل اجتماعی، روانی و زیستی جایگزین الگوی صرف پزشکی شده است [۱۳]. از همین رو مطالعات اجتماعی در دوره متأخر به میانجی پیوند حوزه مطالعات فرهنگی و حوزه پزشکی به مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور پرداخته‌اند. در این حوزه مطالعاتی، سبک زندگی سلامت‌محور، تحت‌عنوان تمام رفتارهایی که در کنترل شخص هستند یا بر مسائل بهداشتی او تأثیر می‌گذارند، تعریف شده است [۱۴] و در بنیاد آن،

عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارتند از: رویکرد بیماری‌محور که با حضور و عدم حضور بیماری مشخص شده است [۱]. بر مبنای این نگرش، نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روانشناختی نادیده گرفته می‌شود [۲] و در رویکردی دیگر، سلامت به‌عنوان حالت برخورداری از درجه بالای به‌زیستی تعریف می‌شود و بیشتر بر سنجش عوامل اجتماعی تمرکز دارد [۱] که از میان دو رویکرد فوق، پژوهش حاضر در تلاش برای فهم و بررسی نتایج پژوهش‌هایی است که در ذیل رویکرد دوم قرار می‌گیرند. توجه به رویکرد دوم از این‌روست که نتایج مطالعات نشان می‌دهد سطح سلامت فرد متأثر از فهم فرد از بدنش و سبک زندگی‌اش می‌باشد و با تغییراتی که در سبک زندگی عاملان اجتماعی اتفاق افتاده، بیماری‌های عفونی کاهش یافته و جای خود را به بیماری‌های مزمن مانند دیابت و چاقی داده است [۳].

۱. دانشجوی دکترای بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

۲. دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

\* نشانی نویسنده مسئول:

گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان

تلفن: ۰۹۱۳۳۱۳۴۳۷۴ | دورنویس: ۰۳۱ ۵۵۹۱۳۷۳۷

پست الکترونیک: babaiefardm@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۴ | تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۱۲/۹

سطوح سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می دهند [۱۸]. اما در این زمینه Cockerham است که با وام‌گیری از weber و Bourdieu، به شکلی دقیق‌تر به واکاوی مسأله سبک زندگی سلامت محور، دست می‌زند. وی سبک زندگی سلامت محور را به مثابه مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری مبتنی بر فرصت‌های موجود و انتخاب‌های فرد، در نظر می‌گیرد [۲۰، ۱۹]. طبق مدل Cockerham، عوامل ساختاری، از یک سو همان «فرصت‌ها و شانس‌های زندگی در معنای وبری را شکل می‌دهند و از سوی دیگر، زمینه «اجتماعی شدن» و «تجارب» مختلفی را برای افراد ایجاد می‌کنند [۲۰]. در این قسمت، خلاصه‌ای از سایر مطالعات انجام شده در ارتباط با سبک زندگی سلامت محور، در قالب جدول شماره ۱، ارائه شده است.

انجام مجموعه‌ای از رفتارهای بهداشتی نهفته است [۱۵، ۱۴]. اما با توجه به گستردگی مفهوم سلامت، شاخص‌های سبک زندگی سلامت محور در طیف وسیعی از عوامل فردی، محیطی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی قرار می‌گیرد که برخی به شاخص‌های فردی و بعضی دیگر به شاخص‌های اجتماعی - فرهنگی اشاره کرده‌اند [۱۶]. به عبارتی در بحث سلامت عمومی و به‌ویژه ارتقای سلامت، شرایط فرهنگی و اجتماعی، موضوع کلیدی در فهم نابرابری اجتماعی در زمینه سلامت می‌باشد [۱۷]. چنان‌که بر طبق مدل Bourdieu برای سبک زندگی، شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی، به تولید منش‌های خاص منجر می‌شود که مولد دو دسته نظام، یعنی نظام طبقه‌بندی اعمال و نظام ادراکات و شناخت‌ها است. سبک زندگی در واقع تعامل این دو نظام می‌باشد و تعاملات فوق،

جدول شماره ۱- شرح گزیده‌ای از رویکردها و پژوهش‌های مرتبط با سبک زندگی سلامت محور

محقق	سال	رویکرد	خلاصه نظریه
Larsen	۱۹۹۶	سلامت اجتماعی	سلامت اجتماعی مبتنی بر کیفیت روابط فرد با دیگران و رضایت و نارضایتی فرد از زندگی است [۲۱].
Godfrey و همکاران	۱۹۵۰	مدل اعتقاد بهداشتی	با تکیه بر مفهوم خودکارآمدی و با تمرکز به نگرش‌ها و اعتقادات بهداشتی فرد، سطح سلامت را تعیین می‌کند. [۲۲]
Rajerz	۱۹۷۵	انگیزش‌های محافظتی	با تکیه بر دو مفهوم پاداش و تهدید، رفتارهای سلامت محور فرد را تبیین می‌کنند [۲۲].
Prochaska	۱۹۷۹	مدل تغییر رفتار	ارائه شش مرحله مداخله برنامه‌ریزی شده برای تغییر رفتار ناسالم [۲۳]
Pender	۱۹۹۶	مدل ارتقادهنده سلامت	تمرکز بر روی رفتارهای پیشین فرد و ویژگی‌های شخصی و تجارب فرهنگی - اجتماعی و روانی فرد [۲۴]
Divine و Lepisto	۲۰۰۷	سبک زندگی مصرفی	طبق این پژوهش زنان، افراد مسن و تحصیلکرده‌ها برنامه‌های منظمی برای سبک زندگی سالم دارند [۲۵].
Abel	۱۹۹۱	سبک زندگی مقایسه‌ای	ارائه ۴ الگو با عنوان ۱- تأکید بر ظاهر ۲- دغدغه سلامت ۳- عادات خاص تغذیه ۴- رفع خستگی [۲۶]
Suda و همکاران	۲۰۰۳	سبک زندگی رفتاری	مصرف سیگار، الکل، خوردن صبحانه، ساعات خواب، کار، ورزش، تغذیه و استرس روانی سنجش شده است [۲۷].
Smith و Goldman	۲۰۰۷	تفاوت سبک زندگی	استفاده از سه شاخص چاقی، مصرف سیگار و الکل برای سبک زندگی سلامت [۲۸]
قاسمی و همکاران	۲۰۱۰	سنجش عوامل ساختاری	اشکال سرمایه انسانی همچون سرمایه اجتماعی و اقتصادی با سبک زندگی سلامت محور رابطه معنی‌دار دارد [۱۶].
فتح‌آبادی و همکاران	۲۰۱۸	پیش‌بینی اضافه‌وزن	با تغییر در سبک زندگی سلامت و تعدیل منابع کنترل‌کننده سلامت می‌توان ابتلا به چاقی را پیش‌بینی نمود [۲۹].
شاه‌آبادی و خالویی	۲۰۱۶	سنجش با محوریت وضعیت شغلی	سن و تحصیلات در بین زنان شاغل و غیرشاغل به میزان ۱۰ درصد قدرت پیش‌بینی‌کنندگی وضعیت سبک زندگی سلامت محور افراد را دارد [۳۰].

جهت مهم به نظر می‌رسد که سیاست‌های بهداشتی می‌توانند شیوه زندگی سالم را توسعه دهند [۳۱].

#### مواد و روش‌ها

شیوه گردآوری داده‌ها در این پژوهش و نحوه تحلیل آن‌ها، بر اساس فرآیند روش‌شناسانه در روش فرا تحلیل کمی بوده است. متاآنالیز یک طرح تحقیق کمی، رسمی است که برای ارزیابی سیستماتیک مطالعات تحقیقاتی قبلی و به‌دست آوردن نتیجه‌گیری در مورد مجموعه‌ای از تحقیقات به‌کار گرفته می‌شود [۳۲].

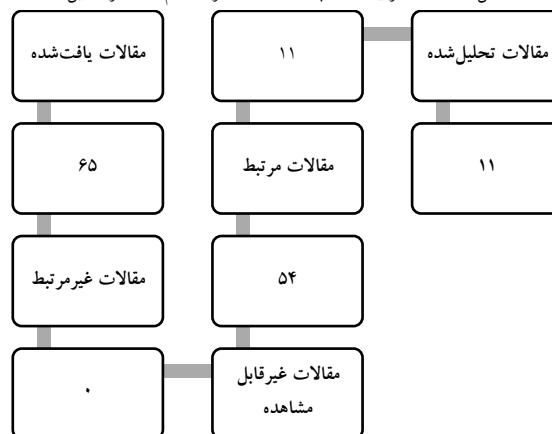
باتوجه به نتایج مطالعات فوق و نیز به جهت اهمیت یافتن مسائل مرتبط با بدن در دوران معاصر و همچنین اثرگذار بودن عادات غذایی، رفتارهای پرخطر، سطوح استرس و سایر علل فردی و ساختاری سبک زندگی سلامت محور بر گسترش بیماری‌های غیراپیدمیک، پژوهش فوق به‌دنبال بررسی این مسأله است که پژوهش‌های انجام شده، از سویی چه متغیرهایی در زمینه سبک زندگی سلامت محور را مورد بررسی قرار داده‌اند و از سوی دیگر بر مبنای نتایج تلخیص شده از این پژوهش‌ها، کدام متغیرها و ابعاد نقش مؤثری در سلامت افراد داشته‌اند؟ و اندازه اثر هر کدام از ابعاد و متغیرها به چه میزان بوده است؟ فهم و سنجش این موضوع از این

مورد اشاره از بررسی کنار گذاشته شدند: ۱- مقالاتی که صرفاً تحلیل نظری و یا فاقد داده‌های آماری لازم بودند. ۲- مقالاتی که داده‌های آماری قسمت چکیده با قسمت نتایج، همخوانی و صحت نداشت. مقالاتی هم که وارد فرآیند فراتحلیل شدند، بر اساس معیارهایی همچون: ۱- قرارگیری سبک زندگی سلامت محور به عنوان متغیر وابسته، ۲- وجود عوامل ساختاری و اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت محور، ۳- وجود آماره پیرسون برای سنجش همبستگی بین متغیرها، ۴- نمونه آماری پژوهش‌های کشور ایران، بود. پس از گزینش مقالات مرتبط با پژوهش حاضر و تلخیص آن‌ها، اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار CMA2 تجزیه و تحلیل گردید. لازم به ذکر است که طرح جدول شماره ۳ بدین جهت بود که ماهیت برخی متغیرها در ارزش‌گذاری آماری تفاوت دارد. از همین رو اندازه متغیرها را به تفکیک طرح کرده‌ایم تا ضرایب اندازه اثر متغیرهای اسمی و کمی با یکدیگر ترکیب نشوند.

#### استراتژی جستجو

برای گردآوری پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه، در جستجوی فارسی، از کلماتی همچون: سبک زندگی، نظریه‌های سلامت، سبک زندگی سلامت محور، عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور و سنجش سلامت در ایران استفاده شده است. اطلاعات این پژوهش بر مبنای این کلیدواژه‌ها و بر اساس جستجو در پایگاه‌های مختلف Science Direct و پایگاه‌های داخلی، نظیر magiran, irandoc, sid, noormags به دست آمد و در جستجوی انگلیسی مقالات فارسی، از پایگاه sciencedirect استفاده شد. در مرحله ابتدایی جستجوها، ۶۵ پژوهش مرتبط با این حوزه به دست آمد که در نهایت ۱۱ پژوهش از بازه زمانی ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است. فرآیند انتخاب مقالات نیز در قالب شکل شماره ۱، ذکر شده است. مقالات حذف شده از فرآیند فراتحلیل بر اساس معیارهای

شکل شماره ۱- فرآیند انتخاب مطالعات در مرور نظام‌مند و فراتحلیل



جدول شماره ۲- مشخصات کلی مقالات مورد بررسی در فراتحلیل

ردیف	نام پژوهشگر	سال انتشار	روش پژوهش	حجم نمونه	روش نمونه‌گیری	عوامل مرتبط با سلامت عمومی
۱	زارع شاه‌آبادی و خالویی [۲۹]	۱۳۹۴	پیمایشی	۱۲۰	تصادفی	تحصیلات (۰/۳۸۳) و سن (۰/۱۸۱)
۲	افشار کهن و شرفی [۳۳]	۱۳۹۵	پیمایشی	۴۰۰	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	میزان کاربرد وسایل جمعی (۰/۳۳۱)، احساس نیاز به راهنمایی (۰/۲۴۹) و موقعیت اقتصادی (۰/۱۶۵)
۳	بنی‌فاطمه و همکاران [۳۴]	۱۳۹۳	مقطعی	۶۵۰	چندمرحله‌ای	سبک زندگی (۰/۱۸)، آگاهی بهداشتی (۰/۱۲)، تحصیلات (۰/۲۷) و جنسیت (۰/۱۳)
۴	یامچی و علیزاده اقدم [۳۵]	۱۳۹۳	پیمایشی	۳۱۷	طبقه‌ای	سرمایه فرهنگی (۰/۵۳۳)
۵	زارع، کاوه فیروز و سلطانی [۳۶]	۱۳۹۴	پیمایشی	۲۹۶	خوشه‌ای	رضایت از زندگی (۰/۲۰۶)، سن (۳/۹۱)
۶	قاسمی و همکاران [۱۶]	۱۳۸۷	پیمایشی	۷۵۲	خوشه‌ای	سرمایه اجتماعی (۰/۴۷۴)، سرمایه فرهنگی (۰/۲۷۱)، سرمایه اقتصادی (۰/۱۳۳)، سن (۰/۱۱۵)

۷	الماسی [۳۷]	۱۳۹۷	پیمایشی	۳۷۰	تصادفی ساده	سرمایه اجتماعی (۰/۲۴۳)، سازگاری اجتماعی (۰/۲۴۰)، از خود بیگانگی (۰/۳۳۷)، پر خاشگری (۰/۳۴۹) و محرومیت نسبی (۰/۲۳۳)
۸	حقیقتیان [۳۸]	۱۳۹۶	پیمایشی	۳۸۵	تصادفی	شیوه زندگی والدین (۰/۲۲۶)، دوستان (۰/۲۳۱)، رسانه‌های خارجی (۰/۳۴۸)، رفتار معلمان (۰/۱۰۸)، مطالب درسی (۰/۱۲۷)، پایگاه اجتماعی (۰/۲۲۸)
۹	موسی زاده و عزیززاده اقدم [۳۹]	۱۳۹۵	پیمایشی	۳۷۷	تصادفی	ابعاد سرمایه اجتماعی (۰/۱۲۶)
۱۰	پارسامهر و رسولی نژاد [۴۰]	۱۳۹۴	پیمایشی	۳۸۰	خوشه‌ای	جنس (۰/۱۳۲)، فعالیت بدنی (۰/۱۶۱)، مدیریت استرس (۰/۱۸۵)، روابط بین فردی (۰/۱۶۷)، رشد معنوی (۰/۵۱۴)
۱۱	نصرالهی قلعه عبدشاهی و همکاران [۴۱]	۱۳۹۵	پیمایشی	۳۷۷	متناسب با حجم	درآمد ماهیانه (۰/۱۳)، پایگاه اجتماعی - اقتصادی (۰/۱۴)

جدول شماره ۳- نتایج اندازه اثر به تفکیک متغیرها

ردیف	متغیرهای مرتبط و اثرگذار با سبک زندگی سلامت محور	محققان	اندازه اثر ثابت	اندازه اثر تصادفی	P
۱	تحصیلات	زارع شاه‌آبادی / بنی فاطمه	۰/۰۴۹	۰/۰۴۹	۰/۱۷۵
۲	سن	زارع شاه‌آبادی و بنی فاطمه، زارع و همکاران، قاسمی و همکاران	۰/۰۴۰	۰/۰۴۰	۰/۴۱۸
۳	جنس	بنی فاطمه و همکاران، پارسامهر و همکاران	۰/۰۶۶	۰/۰۶۶	۰/۰۳۴
۴	پایگاه اجتماعی - اقتصادی	افشار کهن و شرقی / حقیقتیان / نصرالهی قلعه شاهی و همکاران	۰/۰۸۵	۰/۰۸۵	۰/۰۰۴
۵	سرمایه فرهنگی	یامچی و عزیززاده اقدم / قاسمی و همکاران	۰/۰۳۹	۰/۰۳۹	۰/۲۰۷
۶	سرمایه اجتماعی	قاسمی و همکاران / الماسی / موسی زاده و عزیززاده اقدم / پارسامهر و رسولی نژاد	۰/۰۵۳	۰/۰۵۳	۰/۰۲۳
۷	کاربرد وسایل جمعی	افشار کهن و شرقی	۰/۰۴۹	۰/۰۴۹	۰/۳۳۱
۸	احساس نیاز به راهنمایی	افشار کهن و شرقی	۰/۰۵۸	۰/۰۵۸	۰/۲۴۹
۹	آگاهی بهداشتی	بنی فاطمه و همکاران	۰/۰۶۱	۰/۰۶۱	۰/۱۲۰
۱۰	رضایت از زندگی	زارع و همکاران	۰/۰۷۴	۰/۰۷۴	۰/۲۰۶
۱۱	سازگاری اجتماعی	الماسی	۰/۰۶۱	۰/۰۶۱	۰/۲۴۰
۱۲	از خود بیگانگی	الماسی	-۰/۰۵۰	-۰/۰۵۰	۰/۳۳۷
۱۳	پر خاشگری	الماسی	-۰/۰۴۹	-۰/۰۴۹	۰/۳۴۹
۱۴	محرومیت نسبی	الماسی	-۰/۰۶۲	-۰/۰۶۲	۰/۲۳۳
۱۵	رسانه‌های خارجی	حقیقتیان	۰/۰۴۸	۰/۰۴۸	۰/۳۴۸
۱۶	رفتار معلمان	حقیقتیان	۰/۰۸۲	۰/۰۸۲	۰/۱۰۸
۱۷	مطالب درسی	حقیقتیان	۰/۰۷۸	۰/۰۷۸	۰/۱۲۷
۱۸	فعالیت بدنی	پارسامهر و رسولی نژاد	۰/۰۷۲	۰/۰۷۲	۰/۱۶۱
۱۹	مدیریت استرس	پارسامهر و رسولی نژاد	۰/۰۶۸	۰/۰۶۸	۰/۱۸۵
۲۰	رشد معنوی	پارسامهر و رسولی نژاد	۰/۰۳۴	۰/۰۳۴	۰/۵۱۴

بررسی دقیق‌تر این که اندازه اثر کدام متغیر بیشتر است، در قالب جدول شماره ۳، به تفکیک نوع متغیر، اندازه اثر متغیرها و پژوهش‌ها را نشان داده‌ایم. بر همین مبنا، داده‌های جدول شماره ۳، معناداری همه‌ی شاخص‌های ساختاری و فردی مرتبط با سبک زندگی سلامت محور را تأیید نکرده‌اند و از سوی دیگر اندازه اثر متغیرها تفاوت دارد. بر مبنای جدول شماره ۳ می‌توان گفت که از میان متغیرهای سن، جنس و تحصیلات، پژوهش‌ها نشان دادند که اندازه

با استناد به داده‌های جدول شماره ۲، همه‌ی مطالعات بررسی شده در این پژوهش معنادار بوده‌اند. این بدان معناست که نتایج ارتباط بین متغیرهای مدنظر هر پژوهش به لحاظ ارتباط آماری، دارای ارتباط بوده‌اند و این ارتباط از صحت برخوردار است. اما این‌جا نکته‌ای باید مدنظر قرار گیرد و آن این است که براساس جدول شماره ۲، نمی‌توان به اندازه اثرهای فوق اتکا نمود، چراکه در این جدول، اندازه اثر کلی پژوهش بررسی شده است. از همین رو برای

شود تا اعتبار نتایج افزایش یابد [۴۳]. معمول ترین روش شناسایی تورش انتشار، استفاده از یک نمودار پراکندگی دو بُعدی به نام نمودار فانل یا قیفی است. در این پژوهش علاوه بر استفاده از نمودار قیفی، از روش همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار و  $N$  ایمن از خطا نیز استفاده شده است. نتایج حاصل از این روش‌ها در قسمت‌های زیر ارائه شده است.

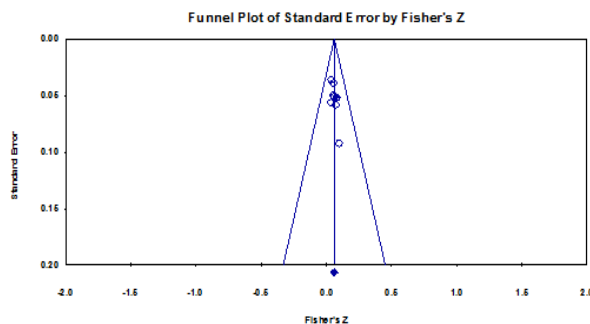
#### نمودار قیفی

از نظر تفسیری در نمودارهای قیفی شکل، مطالعاتی که خطای استاندارد کمی دارند و در بالای قیف جمع می‌شوند، سوگیری انتشار ندارند؛ اما هرچه مطالعات به سمت پایین قیف کشیده می‌شوند، خطای استاندارد آن‌ها زیاد می‌شود و سوگیری انتشار افزایش می‌یابد [۴۳]. نمودار قیفی به ما نشان می‌دهد که غالب مطالعات انجام شده در سطح بالایی و رأس قیف قرار دارند و تنها دو مورد از مطالعات در سطح پایین قیف قرار گرفته‌اند که پراکندگی این چنینی به‌طور نسبی به معنی عدم سوگیری انتشار است.

اثر متغیر جنس با میزان ۰/۶۶ بیش از دو متغیر دیگر است. در این زمینه نتایج پژوهش افشار کهن و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان می‌دهد که جنس بیش از سایر متغیرهای زمینه‌ای بر سبک زندگی سلامت محور اثرگذار است. بدین معنا که زنان از سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان برخوردار هستند [۴۲]. اما در مورد متغیرهای زمینه‌ای مرتبط با عوامل اجتماعی و فرهنگی، پایگاه اجتماعی و اقتصادی با اندازه اثر ۰/۰۸۵ دارای بیشترین میزان اندازه اثر است و مقدار  $P$  نشان از معناداری این متغیر دارد. تنها متغیر دیگری که در این زمینه مقدار  $P$  آن معنادار است، سرمایه اجتماعی است که اندازه اثر آن ۰/۰۵۳ است و نتایج ۴ پژوهش در زمینه سبک زندگی سلامت محور، معناداری رابطه بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور را تأیید کرده است.

#### خطا یا سوگیری انتشار

سوگیری انتشار بدین معنی است که نتایج و برآوردهای نهایی حاصل از پژوهش دارای تورش و خطا هستند. پس لازم است سوگیری انتشار در گام‌های اولیه یک فرا تحلیل شناسایی و تصحیح



نمودار شماره ۱- نمودار قیفی نماگر سوگیری انتشار

این آزمون بیانگر تعداد مطالعاتی است که باید به تحلیل اضافه شود تا یک پژوهش از لحاظ آماری اثر کلی غیر معنادار نشان دهد و نتیجه پژوهش تغییر یابد. ایده اصلی ایمن از خطا این است که اگر تعداد مطالعات غیرمعنی‌دار اندکی برای کاهش یک نتیجه به سطح معنی‌داری مورد نیاز باشد، نتایج به دست آمده احتمالاً نامطمئن بودن پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج جدول شماره ۵ بیانگر این است که چنانچه ۱۳۱ مطالعه دیگر هم در این حوزه صورت بگیرد، مقدار  $P$  دوسویه ترکیب شده از ۰/۰۵ بیشتر نمی‌شود. این بدان معناست که باید ۱۳۱ مطالعه دیگر انجام شود تا در برآوردهای پژوهش فعلی، بتوان شک نمود. در ادامه به منظور بررسی همگنی مطالعات انجام شده از آزمون  $Q$  استفاده شد.

#### نتایج همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار

بر اساس تفسیر این آزمون، چنانچه عدم تقارن ناشی از سوگیری انتشار باشد، انتظار این است که در ارتباط با اندازه اثر بزرگ‌تر، خطای استاندارد بیشتر مشاهده شود. نتایج حاصل از این روش در جدول زیر ارائه شده است. بر اساس جدول شماره ۴ می‌توان گفت در صورتی که سطح معناداری آزمون بگ و مزومدار بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، سوگیری انتشار وجود ندارد. با توجه به مقادیر  $P$  در جدول بالا، می‌توان نتیجه گرفت که فرض عدم سوگیری انتشار تأیید می‌شود.

جدول شماره ۴- نتایج حاصل از بررسی روش همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار

شاخص آماری	مقدار ضریب		Z
	یک دامنه	دو دامنه	
نتایج	۰/۵۷۱	۰/۱۸۵	۰/۸۵۱

نتایج آزمون  $N$  ایمن از خطا

جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود. در این آزمون به شرط وجود ناهمگنی معنادار، مدل تصادفی، انتخاب و در بررسی‌ها فرض می‌شود که ماهیت روابط بین متغیر مستقل و وابسته، از متغیر تعدیل کننده تأثیر می‌پذیرد. بر اساس داده‌های جدول شماره ۶ نتایج حاصل از آزمون همگنی و ناهمگنی، برابر با  $Q=5/413$  و  $P=0/713$  است. بالاتر بودن میزان  $P$  از  $0/05$  به معنای تأیید فرض صفر است، بنابراین فرض صفر که دال بر تأیید همگنی مطالعات است، پذیرفته می‌شود. به عبارت دیگر معنادار بودن شاخص  $Q$  نشان‌دهنده وجود همگنی در پژوهش‌های مورد بررسی است و از سوی دیگر نتایج حاصل از  $I^2$  نشان می‌دهد که ناهمگنی‌ای بین پژوهش‌ها وجود ندارد.

جدول شماره ۵- نتایج حاصل از بررسی روش  $N$  ایمن از خطا

مقدار	شاخص
۷/۷۰۳	مقدار $Z$ برای مطالعات مشاهده شده
۰/۰۰۰۱	مقدار $P$ برای مطالعات مشاهده شده
۰/۰۵۰	آلفا
۲	باقیمانده
۱/۹۵۹	$Z$ برای آلفا
۹	تعداد مطالعات مشاهده شده
۱۳۱	تعداد مطالعات گمشده‌ای که مقدار $P$ را به آلفا می‌رساند.

بررسی فرض همگنی مطالعات انجام شده

برای تعیین مدل نهایی و اطمینان از وجود متغیرهای تعدیل کننده، آزمون‌های ناهمگنی انجام شده است که نتایج آن در

جدول شماره ۶- نتایج حاصل از آزمون  $Q$

شاخص آماری نتایج	مقدار آزمون $Q$	درجه آزادی	سطح معناداری $P$	(I2)I-Square5
	۵/۴۱۳	۸	۰/۷۱۳	۰/۰۰۰

Divine و Lepiston، Smith و Goldman، Abel، Suda

و همکاران و پژوهشگران ایرانی همچون قاسمی و همکاران، خالویی و همکاران در سنجش سبک زندگی سلامت محور بیشتر بر متغیرهای زمینه‌ای چون سن، تحصیلات و متغیرهای اجتماعی‌ای همچون سرمایه‌های اجتماعی و انسانی تمرکز کرده‌اند و یا از سوی دیگر عموماً رفتارهای خطرناک سلامت در ارتباط با مصرف مشروبات و سیگار و رژیم غذایی معنا یافته است. اما بخش دیگر این پژوهش به مرور مطالعاتی پرداخته است که در زمینه سبک زندگی سلامت محور و مسائل مرتبط با سلامت، انجام شده است. در مرحله ابتدایی جستجوها ۶۵ پژوهش مرتبط با این حوزه به دست آمد که در نهایت ۱۱ پژوهش از بازه زمانی ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ که مرتبط با موضوع این پژوهش بود، تلخیص و در قالب جدول شماره ۲ ارائه شده است. با بررسی اندازه اثر پژوهش‌های فوق می‌توان دید که از میان انواع متغیرها، متغیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی با توجه به نتایج پژوهش افشار کهن و شرفی / حقیقتیان / نصرالهی قلعه شاهی و همکاران با اندازه اثر ۰/۰۸۵ بیشترین میزان اثر را بر سبک زندگی سلامت محور داشته است و بعد از آن رفتار معلمان با اندازه اثر ۰/۰۸۲ و مطالب درسی ۰/۰۷۸ در پژوهش حقیقتیان و رضایت از زندگی با اندازه اثر ۰/۰۷۴ در پژوهش زارع و همکاران بالاترین اندازه اثر را داشته‌اند و کمترین اندازه اثر مربوط به متغیر رشد معنوی در پژوهش پارسامهر و رسولی‌نژاد با ضریب ۰/۰۳۴ است. اما نکته حائز اهمیت در این پژوهش‌ها این است که علی‌رغم این که متغیرهای پژوهش فوق

## بحث

به دنبال تغییرات اقتصادی، تکنولوژیکی و اجتماعی رخ داده در آغاز قرن بیست، سبک‌های زندگی به مثابه مسأله‌ای فردی و جمعی هم از حیث نظری و هم مسائل مرتبط با زندگی، اهمیت یافته است [۴۴]. در این میان سبک‌های مرتبط با عادات غذایی، آداب و رویه‌های رفتاری مصرفی‌ای که به شکل مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت جسمی و روحی افراد اثرگذارند، مورد توجه قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، علاوه بر مرور نظری اندیشه‌های مرتبط با این حوزه و ارائه شمایی که از ابتدا تا به امروز به این موضوع پرداخته، تحقیقات اجتماعی صورت گرفته در جامعه ایران مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از روش فراتحلیل و بر مبنای محاسبات آماری نرم افزار  $cma$  اندازه اثر متغیرهای مهم بر سبک زندگی سلامت محور استخراج شد. در بخش مرور رویکردهای نظری و بر مبنای نتایج جدول شماره ۱ می‌توان گفت برخی از پژوهش‌ها همچون پژوهش پژوهش‌ها همچون پژوهش Larsen، Godfrey و همکاران، Rajerz و Prochaska و Pender، با محوریت تأکید به عملکردهای فردی و بیشتر از دریچه سنت عاملیت محور به تبیین مسأله سبک زندگی سلامت محور پرداخته‌اند و اساساً سبک زندگی سلامت محور را به مثابه انتخاب‌های عامدانه و آگاهانه عاملان در نظر گرفته‌اند و بر همین مبنای، عدم و یا سطوح پایین سلامت را با تحلیل رفتار خود فرد، تفسیر نموده‌اند و از تحلیل عوامل ساختاری غفلت کرده‌اند. از سوی دیگر، پژوهش‌هایی نظیر

۰/۰۵۳ است و نتایج ۴ پژوهش در زمینه سبک زندگی سلامت محور، معناداری رابطه بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور را تأیید کرده است. هرچند که کم بودن تعداد نمونه و مطالعاتی که به اثر متغیرهای فوق پرداخته باشند و از سوی دیگر شفاف نبودن کیفیت مطالعات وارد شده به آنالیز و روش‌شناسی‌های متنوع و از متفاوت اجرای مطالعات، موجب ضعف متاآنالیز شده است و از سوی دیگر ناهمسانی آماره‌های مورد استفاده در تحلیل نسبت‌های همبستگی و علاوه بر آن ماهیت همبستگی‌های متفاوت که برخی پژوهش‌ها بر سنجش همبستگی‌های تفاوتی و برخی دیگر به بررسی همبستگی‌های رابطه‌ای پرداخته‌اند، امکان استفاده از نتایج پژوهش‌ها را گرفت. نتایج اندازه اثر این فراتحلیل که حاکی از تأثیر معنی‌داری سرمایه اجتماعی بر سبک زندگی سلامت محور است، با نتایج تحقیق Kawachi و Fujiwara همسو است؛ این دو محقق معتقدند که سرمایه اجتماعی با تقویت پراکندن سریع اطلاعات سلامتی و پذیرش هنجارهای رفتار سالم و کنترل رفتارهای مضر بر سلامتی تأثیر می‌گذارد [۵۳]. در همین رابطه، نتایج پژوهش Buysse و همکاران [۳۹]، Christensen و Carpiano [۵۴]، موسی‌زاده و عزیززاده اقدم، زارع و همکاران همسو است [۵۵]. از سوی دیگر نتایج این بخش در واقع تأییدی است به دیدگاه و پژوهش‌های Cockerham، چرا که وی بر نقش سرمایه اجتماعی از طریق جماعت‌ها و شبکه‌های اجتماعی تأکید داشت و آن‌ها را گروه‌هایی از کنشگران می‌داند که توسط روابط اجتماعی خاصی همچون خویشاوند، کار، مذهب و سیاست‌ها به هم مرتبط شده‌اند و هنجارها، ارزش‌ها، ایده‌آل‌ها و دیدگاه‌های اجتماعی مشترک آن‌ها، اجتماع فکری چند فاعلی را ایجاد می‌کند که فراتر از فردیت افراد بوده و انعکاس‌دهنده یک دیدگاه جمعی خاص است و وقتی نقش زنجیره ارتباطی و سرمایه اجتماعی را در ارتباط با سلامت بازخوانی کنیم، می‌توان گفت در واقع سبک زندگی سلامت محور فرد بسته به آگاهی‌ها، عملکردها و رفتارهای هنجاری‌ای است که از طریق شبکه‌های پیرامونی و ارتباطات اجتماعی می‌آموزد.

#### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش فوق نشان می‌دهد که از میان عوامل ساختاری مؤثر بر بهبود کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی از یک‌سو میزان اثرگذاری بالایی بر بهبود وضعیت سلامت افراد دارد و از سوی دیگر تنها متغیر ساختاری با اثرگذاری معنی‌دار است. بنابراین می‌توان توصیه کرد که پژوهش‌های اجتماعی باید به شاخص فوق و ابعاد متنوع آن همچون شناختی، ارتباطی و مشارکتی توجه بیشتری داشته باشند. توجه به این موضوع از سویی می‌تواند مشی

دارای ضریب اندازه اثر بالایی هستند، اما مقدار  $P$  آن‌ها معنادار نیست و این بدین معناست که به متغیرهای فوق در تبیین سبک زندگی سلامت محور نمی‌توان اتکا نمود و تنها متغیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی که بالاترین اندازه اثر را میان پژوهش‌های مورد بررسی دارد، دارای  $P$  معنادار است. نتیجه فوق همسو با نتایج تحقیق Lamont و همکاران [۴۵] و Christensen و Carpiano است [۴۶]. در واقع بالا بودن اندازه اثر این متغیر از یک‌سو می‌تواند به این معنا باشد که نقش عوامل ساختاری همچنان‌که Bourdieu در دستگاه معرفتی خود آن را در ذیل مفاهیمی چون میدان و سرمایه‌ها مطرح می‌کند و یا Cockerham که تحت عنوان (شرایط زندگی) از آن یاد می‌کند، متغیر فوق یکی از متغیرهای مهم در تبیین و تفسیر سبک زندگی سلامت محور افراد است. از میان متغیرهای سن، جنس و تحصیلات که جزو متغیرهای زمینه‌ای محسوب می‌شوند، نتایج فراتحلیل نشان می‌دهد که اندازه اثر متغیر جنس با میزان ۰/۰۶۶ بیش از دو متغیر دیگر است. در این زمینه نتایج پژوهش افشار کهن و همکاران نیز نشان می‌دهد که جنس بیش از سایر متغیرهای زمینه‌ای بر سبک زندگی سلامت محور اثرگذار است [۴۲]. بدین معنا که زنان از سبک زندگی سالم‌تری نسبت به مردان برخوردار هستند. نتیجه فوق از سویی با نتایج مطالعه بنی‌فاطمه و همکاران همسو است که نشان می‌دهد نمرات زنان در متغیر سبک زندگی سلامت محور بهتر از مردان است [۳۴] و از سویی نتایج سایر پژوهش‌ها که نشان می‌دهد زنان کمتر از مردان الکل مصرف می‌کنند، کمتر سیگار می‌کشند، علاقه کمتری به رانندگی‌های پرخطر دارند و در مجموع در مؤلفه‌های سبک زندگی در مقایسه با مردان از سبک زندگی سالم‌تری برخوردار می‌باشند [۴۲، ۴۷، ۴۸]. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش را تأیید می‌کند. در زمینه رابطه سن و تحصیلات با سبک زندگی سلامت محور که در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است، این نتایج همسو با نتایج پژوهش Torche [۴۹] و رفعت‌جاء [۵۰] می‌باشد و از سوی دیگر نتایج تحلیل رگرسیونی پژوهش شاه‌آبادی و خالویی نشان می‌دهد که تحصیلات و سن ۱۱ درصد از تغییرات سبک زندگی سلامت را می‌تواند پیش‌بینی کند [۲۹] و پژوهش‌های دیگر در این زمینه بیانگر این نکته است که عملکرد افراد در حیطه عملکرد سلامت با در نظرگیری متغیر تحصیلات، تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای دارد، چراکه افراد با تحصیلات پایین‌تر، آگاهی بهداشتی کمتری دارند و مهارت کمتری در رفتارهای سلامت محور و اجتناب از رفتارهای پرخطر دارند [۵۱، ۵۲]. از سوی دیگر تنها متغیر دیگری که در این زمینه مقدار  $P$  آن معنادار است، سرمایه اجتماعی است که بر مبنای پژوهش قاسمی و همکاران / الماسی / موسی‌زاده و عزیززاده اقدم / پارسامهر و رسولی‌نژاد، اندازه اثر آن



### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تلاش پژوهشی کلیه محققانی که از تحقیقات آنان در این پژوهش استفاده شد و همچنین از راهنمایی‌های معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان و فعالان سازمانی بخش پژوهشی این نهاد سپاسگزاری می‌شود.

سیاست‌های حوزه سلامت را مورد تأثیر قرار دهد و از سوی دیگر بر بهبود تعاملی بین کنشگران اجتماعی و عاملان اجتماعی نظام درمانی که خود بر بهبود سطح سلامت فرد اثرگذار است، کمک کند.

### References:

- [1] Blanco A, Díaz D. Social order and mental health: A social wellbeing approach. *Psychol Spain* 2007; 11(1): 61-71.
- [2] Sajadi h, Sadrosadat sj. Social Health Indicators. *Monthly Political-Economic Information Monthly Economic* 2005; 19(7-8): 244-53. [in Persian]
- [3] Mohan J. An alternative approach to social capital: Exploring the linkage between health consciousness and community participation. *Health Communication* 2004; 16: 393-409.
- [4] Cockerham W C. Health Lifestyle in Russia. *Soc Sci Med* 2000; 3(51): 1313-24.
- [5] Koochani Esfahani M, Mahmoudian H. A Study of the Impact of Cultural Capital on General Health by the Mediating role of Healthy Lifestyle (Case study: High School Students of Shiraz). *Applied Sociology* 2018; 29 (2): 1-16. [in Persian]
- [6] Khalis M, Chajè V, Moskal A, Biessy C, Huybrechts I, Rinaldi S, et al. Healthy lifestyle and breast cancer risk: A case-control study in Morocco. *Cancer Epidemiol* 2019; 58: 160-6.
- [7] Yanting Z, Xiaotian L, Zhenxing M, Jian H, Wenqian H, Chongjian W, Sheng W. Relationship between multiple healthy lifestyles and serum lipids among adults in rural China: A population-based cross-sectional study. *PM* 2020; 138: 160-6.
- [8] Prof Guangfu J, Jun Lv, Ming Y, Mengyun W, Meng Z, Tianpei W, et al. Genetic risk, incident gastric cancer, and healthy lifestyle: a meta-analysis of genome-wide association studies and prospective cohort study. *Lancet Oncol* 2020; 21(10): 1378-866.
- [9] Kelana K, Dharmaa P. Use of mobile-stroke risk scale and lifestyle guidance promote healthy lifestyles and decrease stroke risk factors. *Nurs Sci* 2020; 7(4): 401-7.
- [10] Colleen M, Lisa K, Kimberly J, Bernadette M. Factors Associated with Healthy Lifestyle Behaviors Among Adolescents. *J Pediatr Health Care* 2018; 32 (5): 473-80.
- [11] Kroesen M. Is active travel part of a healthy lifestyle? Results from a latent class analysis. *JTH* 2019; 12: 42-9.
- [12] Adewale Ahmeda I, Abimbola Mikailb M, Rais Mustafaa M, Ibrahim M, Rozana O. Lifestyle Interventions for Non-alcoholic Fatty Liver Disease. *Saudi J Biol Sci* 2019; 26(7): 1519-24.
- [13] Pol LG, Thomas RK. The demography of health and health care. Springer Science & Business Media. 3th Edition. Netherlands: Springer; 2000. P. 20.
- [14] Chaney D. Cosmopolitan art and cultural citizenship. *Theory, Culture Society* 2002; 19: 74-157.
- [15] Abel T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Soc Sci Med* 1991; 32(8): 899-908.
- [16] Ghasemi V, Rabbani R, Alizadeh aghdam MB. Structural and capital determinants of a health-centered lifestyle. *Social Issues Iran* 2009; 63: 281-13. [in Persian]
- [17] Mcqueen D, Kickbusch Ilona. Health and Modernity (The Role of Theory in Health Promotion), Springer Macaskill, Petra, Walter, Stephen, Irwig, Les. A comparison of methods to detect publication bias in meta-analysis; *Statistics Med* 2007; 20: 641-54.
- [18] Bourdieu, P. Distinction: A Social Critique of the Judgements of Taste. London: R.K.P; 1984. p. 76-89
- [19] Cockerham WC. New Direction in Health Lifestyle Research. *Int J Public Health* 2007; 52: 327-8.
- [20] Cockerham WC. The new Blackwell Companion to Medical Sociology. West Sussex: Blackwell Press; 2010 .p. 153.
- [21] Larson J S. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Res* 1996; 63: 181-92.
- [22] Petty RE, Barden J, Wheeler SC. The elaboration likelihood model of persuasion. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. P. 71-99.
- [23] Safaari M, SHOjaee D. Health education and health promotion. Tehran: Samat Publishing; 2009. P. 67.
- [24] Pender NJ. Health promotion: An emerging science for self care and professional care. *Qual Nurs* 1997; 3(5): 449-54.
- [25] Divine L, Lawrance L. Analysis of the Healthy Lifestyle Consumer. Central Michigan: University Mt Pleasant; 2007. p. 141.
- [26] Abel T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings *Soc Sci Med* 1991; 32(8): 899-908.

- [27] Suda M, Nakayama K, Morimoto K. Relationship between behavioral lifestyle and mental health status evaluated using the GHQ-28 and SDS questionnaires in Japanese factory workers. *Ind Health* 2007; 45(3): 467-73.
- [28] Smith K, Noreen G. Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. *Soc Sci Med* 2007; 65: 4372-95.
- [29] Fathabadi I J, Sadeghi S, Jomhari F, Talaneshan A. The Role of Health-Oriented Lifestyle and Health Locus of Control in Predicting the Risk of Overweight. *Ihepsa* 2018; 5(4): 280-7. [in Persian]
- [30] Zare Shahabadi A, Khalooe Z. Comparing the Healthy Lifestyle among Different Groups of Women in Yazd (With Emphasis on Employed and Unemployed Women). *Women Society* 2015; 6(24): 1-18. [in Persian]
- [31] Marques A, Loureiro N, Avelar-Rosa B, Naia A, Gaspar M, Mato d. Adolescents' healthy lifestyle. *Estilo de vida saudável dos adolescentes. SBP* 2020; 96 (2): 217-24
- [32] Haidich AB. Meta-analysis in medical research. *Hippokratia* 2010; 14(1): 29-37.
- [33] Afsharkohan J, Sharafi B. Mass media, socio-economic status of the audience and highlighting knowledge related to health-oriented lifestyle. *Appl Sociol* 2015; 61: 94-77. [in Persian]
- [34] Bani Fatemeh H, Shahamfar J, Alizadeh Aghdam MB, Abdi B. Assessing the health level of Tabriz citizens and examining the impact of education and gender on health awareness, health-oriented lifestyle and health-related quality of life. *Payesh* 2014; 1: 92-85. [in Persian]
- [35] Hassanzadeh Yamchi D, Alizadeh Aghdam M B. Investigating the relationship between health-oriented lifestyle and cultural capital among students of Islamic Azad University, Hadi Shahr Branch. *Sociological Studies* 2014; 6(24): 85-98. [in Persian]
- [36] Zare B, Kaveh Firooz Z, Soltani M R. Demographic-social factors affecting the health-oriented lifestyle of the elderly in Tehran. *Social Studies Res Iran* 2014; 4 (1): 119-44. [in Persian]
- [37] Almasi M. Determinants of health-oriented lifestyle in the elderly in Ilam. *IJN* 2018; 31(111): 85-75. [in Persian]
- [38] Haghghatian M. School, family and health-oriented lifestyle among high school students in Isfahan. *Social Development Studies* 2017; 9(4): 110-8. [in Persian]
- [39] Musazadeh S, Alizadeh Aghdam MB. Investigating the relationship between health-oriented lifestyle and social capital among students of Tabriz University. *Sociological Studies* 2015; 8 (30): 93-81. [in Persian]
- [40] Parsamehr k, Rasoolnejad SP. Investigating the relationship between health-oriented lifestyle and social health among Talesh people. *Social Development Quarterly* 2014; 10(1): 66-35. [in Persian]
- [41] Nasrallah Qala Abdshahi HR, Rezadoust K, Nabavi SAH. Investigating the relationship between structural and class situations and lifestyle. *Sociological Lifestyle* 2015; 2(3): 171-200. [in Persian]
- [42] Afshar Kohan J, Balali E, Sharafi B. A Study of Structural and Behavioral Determinants of Health-Lifestyle with Emphasis on Gender Differences. *Lifestyle Sociol* 2015; 1(1): 66-29. [in Persian]
- [43] Niazi M, Behrozian B, Sakhaie A, Hosini Arani S. Meta-analysis of the relationship between tribalism and mass conflict with emphasis on the moderating variable of ethnicity. *Strategic Res Social Issues in Iran* 2018; 6(3): 1-16. [in Persian]
- [44] Cockerham, WC. Health lifestyle in Ukraine. *Int J Public Health* 2004; 50: 264-271.
- [45] Lamont M, Schmalzbauer J, Waller M, Weber D. Cultural and moral boundaries in the United States: Structural position, geographic location, and lifestyle. *Explanations Poetics* 1996; 24: 31-56.
- [46] Christensen VT, Carpiano RM. Social class differences in BMI among Danish women: applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. *Soc Sci Med* 2014; 112: 12-21.
- [47] Cockerham WC, Snead CS, Dewaal DF. Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage *J Health Soc Behav* 2002; 43(1): 42-55.
- [48] Cockerham WC. The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle. London: Prentice Hall College; 2004. P. 171.
- [49] Torche F. Social Status and Cultural Consumption: The Case of Reading in Chile. *Poetics* 2007; 35 (2-3): 70-92.
- [50] Rafatjah M. effect of position job on the employed women lifestyle. *JREF* 2008; 4 (11): 139-60. [in Persian]
- [51] Link BG, Phelan JO. Social conditions as fundamental causes of disease *J Health Soc Behav* 2005; 36: 80-94.
- [52] Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav* 2010; 51: 28-40.
- [53] Fujiwara T, Kawachi I. Social capital and health: a study of adult twins in the US. *PM* 2008; 35(2): 139-44.
- [54] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2): 193-213.