

بررسی تطبیقی تفاوت‌های جنسیتی در عادات‌های غذایی دانش‌جویان ایرانی و هندی

دکتر محمداسماعیل ریاحی

استادیار و عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران

چکیده

بررسی‌های فراوانی در دانش پزشکی، رابطه‌ی تغذیه و بیماری را نشان داده‌است. الگوها (عادات‌های غذایی ناسالم، ریشه‌ی بنیادی پیدایش بیماری‌های مزمن است و آسیب‌های فراوانی به سلامتی افراد می‌رساند. هم‌چنین بررسی‌های دانش‌مندان علوم اجتماعی نشان می‌دهد که عادات‌های غذایی افراد رابطه‌ی پدید با عوامل روانی-اجتماعی و فرهنگی دارد. این پژوهش، برای یافتن رابطه‌ی برخی از عوامل روانی-اجتماعی و فرهنگی (جنسیت، فرهنگ، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، دانش بهداشتی، و باورهای درباره‌ی سلامتی)، با الگوهای عادات‌های غذایی در دختران و پسران دانشجوی دانشگاه مازندران و دانشگاه پنجاب هند انجام شده‌است. یافته‌های پژوهش نشان داد که عادات‌های غذایی با متغیرهای جنسیت، فرهنگ (ملیت)، پایگاه اجتماعی-اقتصادی خانواده، میزان توجه به سلامتی، باورهای درباره‌ی سلامتی، و دانش بهداشتی رابطه دارد. روی‌هم‌رفته، دختران بیش از پسران و دانش‌جویان هندی بیش از دانش‌جویان ایرانی عادات‌های غذایی سالم و سودمند دارند که آن‌ها را در برابر بیماری‌های مزمن غیرعفونی مقاوم می‌سازد.

واژه‌گان کلیدی

عادات‌های غذایی؛ تفاوت‌های جنسیتی؛ فرهنگ؛ سلامتی؛ دانش‌جویان؛ هند؛ ایران؛

پیش‌گفتار

سلامتی یکی از بنیادی‌ترین و بایسته‌ترین، و با این همه، فراموش‌شده‌ترین نیاز زنده‌گی انسان است. سلامتی، شالوده‌ئی بنیادی برای بالنده‌گی و پیش‌رفت انسان‌ها است، و نبود آن عاملی مهم و مؤثر در سستی و فروپاشی ملی شمرده می‌شود. همان‌گونه که کوکرهام^۱ به درستی می‌گوید «گر چه طبقه‌ی اجتماعی، درآمد، و میزان دست‌یابی افراد به کالاها و خدمات، اهمیت فراوانی در تعیین کیفیت زنده‌گی آن‌ها دارد، اما سرانجام، وضع سلامتی‌شان عامل بنیادی و تعیین‌کننده است.» (کوکرهام، ۱۹۸۹: ۲). از این رو، هر گروه اجتماعی برای پدیدآوری، نگهداری، و افزایش سلامتی اعضای‌اش تلاش می‌کند.

آن‌چه که برای جامعه‌شناسان در زمینه‌ی سلامتی و بیماری اهمیت می‌یابد بررسی تأثیر عوامل اجتماعی-فرهنگی، و روانی-اجتماعی بر فرآیند پدیدآوری، نگهداری، افزایش، توزیع، و پی‌آمدهای سلامتی و بیماری در جامعه است. با در نظر گرفتن سلامتی، به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه‌ئی پیچیده از عوامل زیستی، روانی-اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی، و محیطی باید گفت که در این معنا، سلامتی دیگر تنها دغدغه‌ی دست‌اندرکاران علوم پزشکی نیست، که همه‌ی دانش‌مندان علوم اجتماعی -به‌ویژه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان- به بررسی آن علاقه‌مند می‌شوند.

شمار فراوانی از پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه‌ی عوامل مؤثر بر سلامتی، تأثیر برخی از متغیرهای زیستی، روانی، و اجتماعی را برجسته ساخته است. مهم‌ترین این عوامل را می‌توان چنین برشمرد: توارث و آمیخته‌گی ژنتیکی؛ ویژه‌گی‌های جمعیتی-اجتماعی (سن، جنسیت، نژاد، محل سکونت، بعد خانوار، و از این دست)؛ پایگاه اقتصادی-اجتماعی (وضع تحصیلات، درآمد، کار، و مسکن)؛ تأثیرهای خانواده؛ گروه هم‌سالان و رسانه‌های گروهی (به عنوان الگو و چارچوب مرجع و نیز کارگزاران اطلاعاتی)؛ میزان دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی؛ فقر؛ بی‌کاری؛ سوء‌تغذیه؛ نابرابری و تبعیض (جنسیتی، نژادی، طبقاتی)؛ باورهای فرهنگی و مذهبی؛ محیط فیزیکی و طبیعی؛ اقتصاد سیاسی؛ شیوه‌ی زنده‌گی و رفتارهای مرتبط با سلامتی افراد؛ نگرش افراد به سلامتی (میزان علاقه‌مندی و توجه به سلامتی^۲)؛ و ویژه‌گی‌های فردی و شخصیتی (هم‌چون عزت نفس، مسئولیت‌پذیری برای کنش فردی، میزان

1. Cockerham, William C.
2. Health Concern



حمایت اجتماعی دریافتی، خودپنداره، عوامل انگیزشی، احساس کنترل‌شدن، و مانند این‌ها). با نگاهی گذرا به این فهرست پرشمار، می‌توان گفت که سلامتی فرد برآیند کنش‌ورزی و تأثیرهای دوسویه‌ی این عوامل است که هر کدام از آن‌ها، در شرایط گوناگون زیستی، روانی، و اجتماعی، با شدت و ضعفی بیش‌تر بر وضع سلامتی فرد تأثیر می‌گذارد.

طرح مسئله

پارسونز، مفهوم نقش سلامتی^۱ را «پای‌بندی و مسئولیت فرد برای نگاه‌داری و افزایش سلامتی خود برای داشتن کارکرد مؤثر و سودمند» تعریف کرد. از آن پس، شمار فراوانی از پژوهش‌ها در زمینه‌ی رفتارهای مرتبط با سلامتی در جهان انجام شده‌است. کوب و کاسل^۲ تعریف رفتارهای وابسته به سلامتی^۳ را گسترش دادند. از دیدگاه آن‌ها، رفتارهای مرتبط با سلامتی، هر گونه کنشی است که برای پیش‌گیری از بیماری یا شناسایی آن، پیش از آشکار شدن نشانه‌گان بیماری در فردی که خود را سالم می‌پندارد انجام می‌شود (تپ و گلدن‌تال^۴، ۱۹۸۲: ۷۲۴).

پژوهش و بررسی در زمینه‌ی رابطه‌ی الگوهای رفتاری با سلامتی یا بیماری افراد، به‌ویژه از سه دهه‌ی پیش، به گونه‌ئی روزافزون در کانون نگاه صاحب‌نظران و پژوهش‌گران رشته‌های گوناگون دانش اجتماعی و دانش پزشکی بوده‌است. این نکته، به‌ویژه از نیمه‌ی دوم سده‌ی بیستم در آمریکا که ریشه‌های مرگ و میر از بیماری‌های عفونی برآمده از سوء‌تغذیه به بیماری‌های مزمن غیرعفونی تغییر یافت، بیش‌تر به چشم می‌خورد. امروزه، ریشه‌ی بسیاری از بیماری‌های قلبی و شریانی، و انواع سرطان‌ها، به الگوهای رفتاری افراد بازمی‌گردد (سرافینو^۵، ۱۹۹۸: ۱۶۱).

مشکلات برآمده از بیماری‌های مزمن غیرعفونی در میان بزرگ‌سالان، هم در کشورهای صنعتی و هم در کشورهای در حال توسعه، اهمیت و شدتی روزافزون یافته‌است؛ به گونه‌ئی که همه‌گیرشناسان^۶ نشان داده‌اند که همه‌ی ریشه‌های عمده‌ی مرگ و میر در جوامع غربی (بیماری‌های قلبی و شریانی، فشار خون، چاقی، انواع سرطان‌ها، و بیماری‌های روان-تنی) به رفتار انسان‌ها پیوند دارد. بر پایه‌ی آمارهای سازمان جهانی بهداشت، ۷۰ تا ۷۵ درصد از مرگ و میر بزرگ‌سالان در کشورهای

1. Health Role

2. Cobb, S., and Kasl, S. V.

3. Health-Related Behaviors

4. Tapp, J. T., and Goldenthal, P.

5. Sarafino, Edward P.

6. Epidemiologists

توسعه یافته، به علت بیماری‌های قلبی و شریانی و انواع سرطان‌ها بوده است (پارک، ۲۰۰۰: ۲۷۰). با این همه، فرآیند جهانی شدن و افزایش ارتباطات که در یک‌سان‌سازی الگوهای رفتاری افراد در همه‌ی جوامع جهان مؤثر بوده، سبب شده است که در کشورهای در حال توسعه نیز افراد از تیررس خطرهای بهداشتی برآمده از رفتارهای نامناسب وابسته به سلامتی در امان نباشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در سال‌های گذشته، گسترش بیماری‌های مزمن غیرعفونی در همه‌ی کشورهای جهان، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه که الگوهای بیماری در آن‌ها دگرگون شده، روندی افزایشی داشته است. این پدیده در کشورهای در حال توسعه خطرناک‌تر نیز هست؛ چرا که در این کشورها، به علت ورود به زنده‌گی ماشینی و صنعتی، و گسترش اقتصادی-اجتماعی، بیماری‌های مزمن غیرعفونی، به‌ویژه در میان لایه‌های اجتماعی متوسط و مرفه اندک‌اندک افزایش یافته است، در حالی که هنوز بیماری‌های عفونی و واگیردار کاهش چشم‌گیری در سطح کل جامعه نداشته است. از این رو، کشورهای در حال توسعه باید برای سد کردن پورش و حمله‌ی بیماری‌های مزمن و غیرعفونی گام‌هایی بنیادی بردارند. شاید بنیادی‌ترین گام در این زمینه، تلاش برای پدیدآوری الگوهای رفتاری مناسب یا دگرگون‌سازی الگوهای رفتاری نامناسبی است که مستقیم یا نامستقیم بر سلامتی و بیماری افراد تأثیر می‌گذارد (ریاحی، ۲۰۰۳: ۱۶۵).

بررسی‌ها و پژوهش‌های فراوان نشان داده است که رفتارهای وابسته به سلامتی، پی‌آمد تأثیرهای دوسویه‌ی مجموعه‌ئی گسترده از عوامل فردی، خانواده‌گی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، و سیاسی است. از این رو، این که فردی درگیر انجام این رفتارها خواهد شد یا نه، به چندین عامل بسته‌گی خواهد داشت. شاید مهم‌ترین عوامل را بتوان در سه دسته‌ی اصلی چنین برشمرد:

۱- عوامل زیستی و تن‌کردشناسانه^۱: مانند وراثت و عوامل ژنتیکی، و کارکرد اندام‌های بدن.

۲- عوامل روانی: مانند انگیزش، ویژه‌گی‌های شخصیتی، احساس کنترل‌شدن، خودآثربخشی، خودپنداره، و عزت نفس.

۳- عوامل اجتماعی: مانند جامعه‌پذیری، نظام خانواده‌گی، طبقه‌ی اجتماعی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، سطح و رشته‌ی تحصیلی، وضع زناشویی، باورهای بهداشتی، سن، جنسیت، نژاد و قوم، مذهب، رسانه‌های گروهی، و حمایت اجتماعی.

1. Park, K.
2. Riāhi, MohammadEsmā'il
3. Physiologic



جامعه‌شناسان بر این باور اند که عوامل اجتماعی تأثیری به‌سزا در ساخت و پایداری رفتارهای تقویت‌کننده یا سست‌کننده سلامت‌ی افراد دارد. بر پایه‌ی این دیدگاه، رفتارهایی که افراد در ارتباط با سلامت‌شان انجام می‌دهند تنها زمانی می‌تواند به‌درستی شناخته‌شود که در ارتباط با متن و بافت اجتماعی‌شان کاوش و بررسی گردد. به سخن دیگر، شناسایی و دریافت رفتارهای مرتبط با سلامت‌ی، بدون شناخت محیط اجتماعی‌ئی که افراد در آن به سر می‌برند، ناتمام و شاید نشدنی است.

گر چه در بررسی‌ها و پژوهش‌های انجام‌شده رفتارهای فراوان و گوناگونی به عنوان رفتارهای مرتبط با سلامت‌ی بررسی شده‌است، اما بیش‌تر همه‌گیرشناسان شش دسته از عوامل خطرآفرین رفتاری را ریشه‌ی بیماری‌های مزمن و غیرعفونی (بیماری‌های زنده‌گی ماشینی) در بزرگ‌سالان، و عامل مرگ و میر زودهنگام آن‌ها می‌دانند: (۱) دود کشیدن، به‌ویژه سیگار کشیدن؛ (۲) آشامیدن بیش از اندازه‌ی نوشیدنی‌های الکلی؛ (۳) بهره‌نگرفتن یا بهره‌گیری اندک از خدمات بهداشتی پیش‌گیرانه، مانند کنترل فشار خون، بازدیدهای پزشکی^۱ منظم و دوره‌ئی، شناسایی به‌موقع سرطان، و مهار بیماری قند؛ (۴) پی‌گرفتن شیوه‌های نامناسب زنده‌گی، مانند عادات‌های غذایی نامناسب و پویایی اندک بدنی؛ (۵) عوامل خطرآفرین محیطی، مانند خطرهای کاری، آلوده‌گی هوا، صدا، و آب؛ و (۶) تنش و فشارهای روانی (پارک، ۲۰۰۰:۲۷۰).

نگاهی به بررسی‌ها و پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که مهم‌ترین و فراوان‌ترین رفتارهای بررسی شده‌ی مرتبط با سلامت‌ی، چهار رفتار عمده بوده‌است: عادات‌های غذایی؛ ورزش و پویایی بدنی؛ آشامیدن نوشیدنی‌های الکلی؛ و کشیدن دود، به‌ویژه سیگار. توجه فراوان و شدید به این چهار رفتار، سبب شده که آن‌ها را «چهارگانه‌ی مقدس» بنامند.

در این پژوهش، عادات‌های غذایی به عنوان یکی از رفتارهای مرتبط با سلامت‌ی بررسی شده‌است. از این رو، افزون بر بررسی رابطه‌ی برخی از عوامل اجتماعی-روانی با عادات‌های غذایی، تأکید و نگرشی ویژه به شناخت رابطه‌ی دو متغیر جنسیت و فرهنگ (ملیت) با عادات‌های غذایی دانشجویان دانشگاه مازندران و دانشگاه پنجاب هند شده‌است.

عادت‌های غذایی و سلامتی

تغذیه از دیرباز یکی از عوامل مؤثر بر سلامتی و بیماری دانسته شده است. خوردن غذا به اندازه‌ی مناسب و هم‌ترازی کارمایه (انرژی) به دست آمده (از خوردن و نوشیدن) و کارمایه‌ی مصرف شده (در فعالیت‌های بدنی و ورزش) اهمیت فراوان دارد. گرچه تغذیه در زنده‌گی سالم و بالش انسان بی‌گمان نقشی مهم و حیاتی دارد، اما خوردن غذای نابسند یا بیش از اندازه، و نیز سوءتغذیه می‌تواند به پدیدایی اختلال‌های بدنی و بیماری‌های وابسته به تغذیه بیانجامد (مارکز و هم‌کاران^۱، ۲۰۰۰:۱۲۲).

بررسی‌های همه‌گیرشناسان نشان می‌دهد که مشکلات جسمی و بیماری‌هایی مانند کم‌وزنی هنگام تولد، کم‌خونی، کم‌بود ید، لاتی‌ریسم^۲، بیماری سخت‌شده‌گی شریان‌ها، بیماری‌های قلب و شریان‌ها، بیماری قند، چاقی، انواع سرطان‌های روده‌ی بزرگ و گوارشی، فشار خون بالا، و پوکی استخوان، عمدتاً به تغذیه وابسته است. از این میان، به چاقی، فشار خون، بیماری‌های قلبی، و سرطان توجهی ویژه شده است که می‌توان با یک دستور خوراک مناسب از پیدایش آن‌ها پیش‌گیری کرد (سارافینو، ۱۹۹۸؛ پارک، ۲۰۰۰؛ ایزوف^۳، ۲۰۰۰؛ مارکز و هم‌کاران، ۲۰۰۰؛ هل‌من^۴، ۲۰۰۰؛ گریس^۵، ۱۹۹۷؛ پورتر، آدلر، و آبراهام^۶، ۱۹۹۹).

امروزه، در کشورهای توسعه‌یافته و نیز در میان لایه‌های بالا و متوسط کشورهای در حال توسعه، الگوی تغذیه به سوی افزایش مصرف شکر، چربی حیوانی، و پروتئین‌ها، همراه با کاهش مصرف الیاف گیاهی (میوه و سبزی و دانه‌های گیاهی) پیش می‌رود. بیش‌تر افراد سبزی و میوه‌ی تازه و دانه‌های گیاهی کمی مصرف می‌کنند و در همان حال، مقدار فراوانی گوشت به شکل غذاهای آماده و کنسرو شده، و شکر به شکل نوشابه‌ها و شیرینی‌ها در خوراک خود می‌گنجانند. این روند، بر اثر به‌کارگیری فن‌آوری‌های نوین تغذیه شتاب بیشتری به خود گرفته است؛ فن‌آوری‌هایی که بر فرآیند تولید، پخش، فرآوری، و مصرف مواد غذایی - که نمودهای بنیادین نقش اجتماعی غذاها است - تأثیر می‌گذارد.

جنسیت، سلامتی، و عادت‌های غذایی

همه‌ی جوامع انسانی، جمعیت خود را به دو دسته‌ی مشخص یعنی مرد و زن بخش‌بندی می‌کنند. هر کدام از این دو دسته، بر مجموعه‌ئی از پندارها و

1. Marks, David, Murray, Michael, Evans, Brian, Willig, Carla, Sykes, Catherine, and Woodall, Cailine

2. Lathyrisim: بیماری برآمده از خوردن برخی دانه‌های گیاهی

3. Aesoph, Lauri M.

4. Helman, Cecil G.

5. Grace, Ted W.

6. Porter, Mike, Alder, Beth, and Abraham, Charles



پیش‌انگاره‌ها درباره‌ی رفتارهای مناسب مردانه یا زنانه پایه‌گذاری شده‌است که از فرهنگ جامعه ریشه می‌گیرد. بخش‌بندی دنیای اجتماعی افراد به دسته‌های مردانه و زنانه، بدین معنا است که پسران و دختران به شیوه‌هایی متفاوت جامعه‌پذیر می‌شوند. به گفتار روشن‌تر، به آن‌ها آموخته می‌شود تا انتظاراتی گوناگون از زنده‌گی داشته‌باشند؛ به شیوه‌های متفاوت احساسی و منطقی کنش ورزند؛ و هنجارهای مختلفی در پوشش و رفتارهای‌شان داشته‌باشند (هل‌من، ۲۰۰۰: ۱۴۶).

بر روی هم، جنسیت نقش اجتماعی انتسابی است که بنا بر آن، فرد بسته به مرد یا زن بودن‌اش، به انجام برخی وظایف، تکالیف، و مسئولیت‌ها موظف است و جامعه از وی اندیشه و رفتاری ویژه می‌خواهد. ضمن آن که فرد ممکن است از برخی امتیازها و امکانات برخوردار شود یا از آن‌ها محروم گردد. هر جامعه‌ئی هنجارها، قواعد، و انتظاراتی ویژه برای هر جنس پدید می‌آورد که نسبی است و از جایی به جایی دیگر و نیز در دوره‌های زمانی مختلف تفاوت دارد. در چهار دهه‌ی گذشته، بسیاری از اندیشه‌مندان و پژوهش‌گران، تفاوت‌های مردان و زنان را در اندیشه‌ها و رفتارشان در زمینه‌ی سلامتی و بیماری، بررسی و کاوش کرده‌اند.

از دهه‌ی ۱۹۷۰ و به‌ویژه در آمریکا و اروپای غربی، دانش‌مندان علوم اجتماعی و رفتاری نگاهی موشکافانه به تأثیر جنسیت بر وضعیت سلامتی مردان و زنان، و نیز گونه‌گونی رفتارهای مرتبط با سلامتی بر حسب جنسیت افکنده‌اند. این نگرش و علاقه به بررسی تفاوت‌های جنسیتی در سلامتی، بر اثر دو عامل فزونی یافت: یکی موج دوم فمینیسم، و دیگری توجه روزافزون به نابرابری‌های موجود در وضعیت بهداشت و سلامتی گروه‌های مختلف در جامعه (هانت و آنان‌دیل، ۱۹۹۹: ۱). از آن‌جا که شاید هیچ یک از دیگر ویژه‌گی‌ها و شناسه‌های افراد به اندازه‌ی جنسیت‌شان در معرض یادگیری اجتماعی و فرهنگی نباشد، بررسی دقیق تفاوت‌های مردان و زنان در ابعاد نگرشی و رفتاری می‌تواند روی‌کردی بسیار سودمند در زمینه‌ی شناخت تأثیر عوامل روانی-اجتماعی و فرهنگی بر شیوه‌ی زنده‌گی بهداشتی و رفتارهای مرتبط با سلامتی باشد. تفاوت‌های کاملاً اثبات‌شده‌ی مردان و زنان در زمینه‌ی وضعیت سلامتی و بیماری، عادات‌های غذایی، ورزش و فعالیت بدنی، کشیدن دود، و آشامیدن نوشیدنی‌های الکلی، گواهی روشن بر انگاره‌ی وجود تفاوت‌های جنسیتی در سلامتی و رفتارهای مرتبط با آن است.

نگاهی به بررسی‌های انجام‌شده در زمینه‌ی تفاوت‌های جنسیتی در سلامتی نشان می‌دهد که در جوامع گوناگون، زنان طول عمر بیش‌تری از مردان دارند؛ گرچه

از بیماری‌های بیش‌تری نیز رنج می‌برند. برای توضیح این تفاوت جنسیتی، جامعه‌شناسان به‌ویژه بر برخی عوامل اجتماعی و روانی تأکید دارند. عواملی مانند یکسان نبودن پایگاه‌های اجتماعی و نقش‌های مردان و زنان؛ تأثیر فرآیند جامعه‌پذیری جنسیتی؛ یکسان نبودن شیوه‌ی زنده‌گی و الگوهای رفتاری مردان و زنان؛ هم‌سان نبودن بیماری‌های مردان و زنان؛ یکسان نبودن آستانه‌ی بیماری در مردان و زنان؛ هم‌سان نبودن شغل مردان و زنان؛ و میزان بالای حساسیت و توجه زنان به مسائل بهداشتی و سلامتی خود و اعضای خانواده‌شان.

هم‌چنین در زمینه‌ی تفاوت‌های جنسیتی در رفتارهای مرتبط با سلامتی، پژوهش‌های فراوان نشان داده‌است که زنان بیش از مردان رفتارهای بهداشتی در پیش می‌گیرند و برای نگه‌داشت و افزایش سلامتی‌شان از رفتارهای مخاطره‌آمیز دوری می‌کنند. روی هم‌رفته، زنان از مردان عادت‌های غذایی درست‌تری دارند و از دستور غذایی مناسب‌تری پیروی می‌کنند؛ کم‌تر سیگار می‌کشند؛ نوشیدنی‌های الکلی کم‌تری می‌نوشند؛ بازدیدهای پزشکی منظم‌تری دارند؛ و بیش‌تر به نظافت شخصی می‌پردازند؛ گر چه کم‌تر از مردان ورزش می‌کنند (ریاحی، ۲۰۰۳: ۱۱-۳۶).

بخش بزرگی از بررسی‌ها و پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه‌ی رابطه‌ی جنسیت و عادت‌های غذایی نشان می‌دهد که روی هم‌رفته زنان عادت‌های غذایی بهداشتی‌تری از مردان دارند. آن‌ها میوه و سبزی بیش‌تری می‌خورند و نیز از خوردن بیش از اندازه‌ی چربی و کولسترول^۱، نمک، شکر، و گوشت قرمز پرهیز می‌کنند. گذشته از این، زنان شیر بیش‌تری می‌نوشند و در خوردن صبحانه منظم‌تر از مردان اند. در جوامع غربی که مردان مقدار زیادی نوشیدنی‌های الکلی می‌آشامند، زنان در عوض، به طور عمده قهوه را برای نوشیدنی برمی‌گزینند. بررسی‌های فراوان نشان داده‌است که زنان گرایش دارند تا با به‌کارگیری دستور غذایی مناسب وزن خود را کاهش دهند و به اندام خود تناسب بخشند. این بررسی‌ها نشان می‌دهد که زنان بیش از مردان به ظاهر و بدن خود توجه دارند و تلاش می‌کنند برای لاغر ماندن و داشتن اندام ظریف و متناسب، عادت‌های غذایی خود را دگرگون سازند (ریاحی، ۲۰۰۳: ۱۵-۱۸). چنین تفاوت‌هایی میان مردان و زنان، با عقاید و باورها، چشم‌داشت‌ها و انتظارات، و تشویق و تحریم‌های فرهنگی شکل می‌گیرد و استوار می‌شود.

1. Cholesterol



فرهنگ (ملیت)، سلامتی، و عادات‌های غذایی

گذشته از مفهوم جنسیت، فرهنگ نیز یکی از متغیرهای بنیادی در این بررسی است. در این پژوهش، دانش‌جوی دانشگاه مازندران یا دانشگاه پنجاب بودن به منزله‌ی وابستگی به یک کشور، جامعه، و فرهنگ متفاوت است. فرهنگ بر همه‌ی ابعاد زنده‌گی انسان تأثیر می‌گذارد؛ به گونه‌ئی که می‌توان گفت که عقاید و باورها، رفتارها، ادراک‌ها، احساسات و عواطف، زبان، مذهب، آداب و رسوم، ساخت خانواده‌گی، تغذیه، پوشاک، پندار از بدن، مفاهیم زمان و مکان، نگرش‌ها به بیماری، درد و دیگر اشکال رنج و ناراحتی، که همه‌گی تأثیرهایی مهم بر وضع سلامتی و نیز رفتارهای تقویت‌کننده یا سست‌کننده‌ی سلامتی دارد، از چارچوب و بافت فرهنگی یک جامعه تأثیر می‌پذیرد (هلمن، ۲۰۰۰:۴). فرهنگ‌ها تأثیرهای گوناگونی بر سلامتی افراد دارند؛ چرا که آن‌ها به بقا و زیست ارزش‌های گوناگونی می‌دهند، سلامتی را به اشکال و شیوه‌های متفاوت تعریف می‌کنند، به سلامتی درجه‌های متفاوتی از ارزش می‌دهند، و انجام رفتارهای تقویت‌کننده یا سست‌کننده‌ی سلامتی را آسان می‌کنند یا سد راه آن می‌شوند.

یکی از زمینه‌های مهم و برجسته‌ئی که آشکارا تأثیر فرهنگ را بر سلامتی انسان‌ها نشان می‌دهد، تغذیه و عادات‌های غذایی است. برخی از صاحب‌نظران معتقد اند که بیش‌تر کنش‌های اجتماعی و لذت‌بخش در تجربه‌های انسان‌ها، پیرامون خوردن و آشامیدن می‌گردد. بدین معنا، خوردن و آشامیدن نه تنها راهی برای پاسخ‌گویی به غریزه‌های گرسنگی و تشنه‌گی، که کنشی اجتماعی است که بار نمادی، اخلاقی، و فرهنگی دارد (مارکز و هم‌کاران، ۲۰۰۰:۱۲۲). از این رو، می‌توان گفت که غذا بخشی جدانشدنی از شیوه‌ئی است که هر جامعه‌ئی خود را پیرامون آن سازمان‌دهی می‌کند و پنجره‌ئی است که جامعه از درون آن به جهان گرداگردش می‌نگرد. انسان‌شناسان نشان داده‌اند که چه‌گونه و تا چه اندازه باورها و رفتارهای مربوط به تغذیه در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. برای نمونه، گونه‌گونی و تفاوت چشم‌گیری از آن‌چه که مواد غذایی خوردنی و غیرخوردنی شمرده‌می‌شود در دنیا دیده‌شده‌است. بدین سان، غذایی که در جامعه یا گروهی خورده یا حتا مقدس شمرده‌می‌شود می‌تواند در جامعه یا گروهی دیگر به‌شدت دغدن باشد و تحریم شود. همه‌ی گام‌ها، از فراهم‌آوری غذا تا مصرف آن (شیوه‌ی کاشت، داشت، و برداشت فرآورده‌های غذایی؛ شیوه‌ی نگه‌داری و به‌کارگیری دام و فرآورده‌های دامی؛ غذاهای خوش‌آیند و ذائقه‌های غذایی؛ شیوه‌ی پخت‌وپز و آش‌پزی؛ شیوه‌ی غذا خوردن و

زمان آن؛ و مانند این‌ها) به‌شدت توسط فرهنگ تعریف، سازمان‌دهی، و الگوبندی می‌شود و چونان بخشی از شیوه‌ی زنده‌گی در هر جامعه پذیرفته‌می‌شود. نگاهی موشکافانه‌تر به پدیده‌ی سوءتغذیه می‌تواند تأثیر عقاید و باورهای فرهنگی را بر سلامتی افراد بیش‌تر آشکار سازد. از دیدگاه بالینی، فرهنگ می‌تواند به دو شکل بنیادی، بر وضع تغذیه‌ی افراد اثر گذارد:

- ۱- وجود برخی از باورهای فرهنگی درباره‌ی غذا می‌تواند غذاهای بسیار نیروبخش و موردنیاز را از فهرست غذای افراد حذف کند. باورهای فرهنگی می‌تواند این غذاها را دغدن و حرام شمارد، یا آن‌ها را غذای بیگانه‌گان و لایه‌های پائین اجتماعی بداند، یا این غذاها را در طبیعت سرد و گرم دسته‌بندی کند.
- ۲- باورهای فرهنگی هم‌چنین می‌تواند مصرف غذاها و نوشیدنی‌هایی را تشویق، سفارش، و توجیه کند که در عمل برای سلامتی افراد جامعه زیان‌آور باشد. باورهای فرهنگی این غذاها را خوردنی، مقدس، دارو، یا نشانه‌ئی از هویت قومی یا مذهبی برمی‌شمارد.

هنگامی که هر دوی این تأثیرها با هم رخ دهد احتمال سوءتغذیه به شکل کم‌خوری یا بی‌بهرگی غذایی (که همراه با کم‌بود ویتامین، پروتئین، و انرژی است) یا به شکل پرخوری (به‌ویژه به شکل چاقی و پی‌آمدهای آن) افزایش می‌یابد. هم‌چنین برخی دیگر از عوامل فرهنگی مانند پنداشت‌هایی درباره‌ی ساختمان و کارکرد بدن، شکل و نمودار و اندازه‌ی پسندیده‌ی اندام، و نقش تغذیه در سلامتی، می‌تواند اثری نامستقیم بر تغذیه و عادات‌های غذایی داشته‌باشد (هل‌من، ۲۰۰۰:۴).

با نگاه به آنچه گفته‌شد، این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این پرسش بنیادی است که آیا عادات‌های غذایی پاسخ‌گویان (میزان مصرف مواد غذایی سودمند یا زیان‌بار برای سلامتی) بر حسب جنسیت و فرهنگ (ملیت) آن‌ها متغیر و متفاوت است؟ به سخن روشن‌تر، آیا مردان و زنان پاسخ‌گو در این پژوهش تفاوتی معنادار در زمینه‌ی عادات‌های غذایی دارند؟ و چنین تفاوتی را آیا می‌توان در میان پاسخ‌گویان ایرانی و هندی نیز یافت؟ و آیا پس از ترکیب جنسیت و فرهنگ می‌توان گفت که مردان و زنان ایرانی عادات‌های غذایی متفاوتی با مردان و زنان هندی دارند؟ در صورت وجود چنین تفاوت‌هایی، چه عوامل روانی-اجتماعی را می‌توان یافت که با پراکنده‌گی متفاوت عادات‌های غذایی در پاسخ‌گویان هم‌بسته‌گی داشته‌باشد؟ و آیا می‌توان پیش‌بینی کرد که گروهی از پاسخ‌گویان (برای نمونه مردان هندی یا زنان ایرانی) عادات‌های غذایی سالم‌تر و بهداشتی‌تری از دیگران دارند؟



پیشینه‌ی پژوهش

پژوهش‌های فراوانی رابطه‌ی جنسیت و عادات‌های غذایی را بررسی کرده و تقریباً همه‌ی آن‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که زنان در برابر مردان از دستور غذایی سالم‌تری پیروی می‌کنند و عادات‌های غذایی‌شان به گونه‌ئی است که در برابر سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی و شریانی از آنان بیش‌تر محافظت می‌کند. در برابر مردان، زنان با مصرف بیش‌تر میوه، سبزی، شیر، و نظم بیش‌تر در خوردن صبحانه از یک‌سو، و پرهیز از مصرف بیش از اندازه‌ی شکر، چربی، نمک، گوشت قرمز، و کولسترول از سوی دیگر، به عمر خود می‌افزایند و کم‌تر از مردان دچار بیماری‌های کشنده و مرگ‌بار می‌شوند (کورتنی، مک‌کریری، و مریای^۱، ۲۰۰۲؛ مونیوس، بلیل، و کوپرت^۲، ۱۹۹۷؛ کالاهان^۳، ۱۹۹۵؛ سه‌تونگ و هم‌کاران^۴، ۱۹۹۶؛ استپتو و واردل^۵، ۱۹۹۲؛ راس و برد^۶، ۱۹۹۴).

مه‌نل، مورکت، و فان‌اوت‌رلو^۷ (۱۹۹۲) در بررسی الگوهای مصرف مواد غذایی دریافتند که زنان کم‌تر از مردان غذا می‌خورند و پرهیز از مصرف گوشت قرمز در میان آنان بیش‌تر است. هم‌چنین در حالی که مردان فراوان نوشابه‌های الکلی می‌نوشند، زنان بیش‌تر گرایش به نوشیدن شیر و قهوه دارند. پژوهش آن‌ها نشان داد که تفاوت‌های جنسیتی در مصرف مواد غذایی به گونه‌ئی گسترده از باورها، تابوها، تجویزها، و دستوره‌های فرهنگی جوامع گوناگون تأثیر می‌پذیرد.

مورابیا و واین‌در^۸ (۱۹۹۰) نیز در بررسی عادات‌های غذایی سیگاری‌ها و غیرسیگاری‌ها دریافتند که زنان بیش‌تر از مردان میوه و سبزی، و کم‌تر از مردان گوشت قرمز، شیر، قهوه، و دانه‌های گیاهی مصرف می‌کنند.

از سوی دیگر، گروهی از بررسی‌های پژوهشی (راس و برد، ۱۹۹۴؛ مه‌نل، مورکت، و فان‌اوت‌رلو، ۱۹۹۲؛ فروند و مک‌گوایر^۹، ۱۹۹۱؛ کالاهان، ۱۹۹۵؛ داگ‌لاس و هم‌کاران^{۱۰}، ۱۹۹۷؛ فه‌نل^{۱۱}، ۱۹۹۷) نشان می‌دهد که زنان بیش از مردان به نمایه و اندام خود علاقه دارند و تلاش می‌کنند دستور غذایی ویژه‌ئی را پیروی کنند تا وزن خود را کاهش دهند و اندامی مناسبی داشته‌باشند. گر چه این امر عمدتاً در جوامع غربی که زنان نگران

1. Courtenay, Will H., McCreary, Donald R., and Merighi, Joseph R.

2. Monneuse, M. O., Bellisle, F., and Koppert, G.

3. Callaghan, Patrick

4. Seong, H., Kie-Moon, S., Yangha, C., Moo-Jin, J., Dongmok, W., Kimoon, K., Uitenbroek, D. G., Kerekovska, A., and Festschieva, N.

5. Steptoe, A., and Wardle, J.

6. Ross, Catherine, and Bird, Chloe E.

7. Mennell, Stephen, Murcott, Anne, and van Otterloo, Anneke H.

8. Morabia, A., and Wynder, E. L.

9. Freund, Peter E. S., and McGuire, Meredith B.

10. Douglas, K. A., Collins, J. L., Warren, C., Kann, L., Gold, R., Clayton, S., Ross, J. G., and Kolbe, L. J.

11. Fennell, R.

وزن خود اند و تلاش می‌کنند کم‌تر غذا بخورند دیده‌می‌شود، با این همه، در سال‌های گذشته چنین فرآیندی در میان زنان جوان کشورهای درحال توسعه نیز، به‌ویژه در لایه‌های بالا و متوسط دیده‌شده‌است.

بررسی ناناکورن و هم‌کاران^۱ (۱۹۹۹) در میان دانش‌جویان تایلندی نشان داد که دختران دانش‌جو با این که کم‌تر از پسران دوچار اضافه‌وزن بودند، اما بیش‌تر از آن‌ها برای کاهش وزن و تناسب اندام خود تلاش می‌کردند. شیوه‌ی اصلی کاهش وزن در دختران دانش‌جو نیز، پیروی از دستور غذایی ویژه گزارش شده‌بود. از سوی دیگر، پژوهش‌های بین‌فرهنگی^۲ فراوانی انجام شده‌است که بر روی هم تفاوت فرهنگ‌های گوناگون را در عادت‌های غذایی نشان می‌دهد. سه‌ئونگ و هم‌کاران (۱۹۹۶) در بررسی رفتارهای مرتبط با سلامتی مردم وارنا^۳، گلس‌کو^۴ و ادین‌بورو^۵ دریافتند که مردم وارنا به گونه‌ئی معنادار کم‌تر از مردم گلس‌کو و ادین‌بورو میوه و سبزی مصرف می‌کنند. هم‌سان با این پژوهش، استپ‌تو و وارنل (۲۰۰۱) در مقایسه‌ی دانش‌جویان اروپای شرقی با دانش‌جویان اروپای غربی دریافتند که دانش‌جویان کشورهای اروپای غربی، با مصرف الیاف گیاهی (میوه، سبزی، و دانه‌های گیاهی) و پرهیز از چربی و نمک، شیوه‌ی زنده‌گی سالم‌تر و بهداشتی‌تری نسبت به هم‌تایان شرقی‌شان در پیش گرفته‌بودند.

متأسفانه، در کشورهای درحال توسعه بررسی‌های اندکی در این باره انجام شده‌است که ایران و هند نیز از این میان برکنار نیستند. بیش‌تر بررسی‌های انجام‌شده در این باره، از دیدگاه پزشکی و همه‌گیرشناسانه انجام شده و عمدتاً حالت توصیفی داشته‌است. برای نمونه، مصلی (۱۳۶۹) در بررسی تطبیقی رفتارهای مرتبط با سلامتی در دانش‌جویان پرستاری دانشگاه‌های تهران، دریافت که ۵۹/۳ درصد دانش‌جویان عادت‌های غذایی مناسبی داشته‌اند که این میزان در میان دختران و پسران دانش‌جو، به‌ترتیب ۷۰/۶ درصد و ۴۸/۰ درصد گزارش شده‌است. حسین‌خانی (۱۳۷۱) نیز در بررسی رفتارهای مرتبط با سلامتی در دانش‌جویان سال آخر دانشکده‌های پزشکی شهر تهران دریافت که ۸/۷ درصد دانش‌جویان هرگز به غذای خود نمک نمی‌افزایند و ۵۶/۰ درصد آن‌ها به مصرف گوشت قرمز گرایش داشته‌اند. هم‌چنین ۸۲/۷ درصد از این دانش‌جویان، در میان وعده‌های غذایی اصلی خود، خوراکی‌های گوناگون (مانند بیسکویت، چیپس، و پفک) می‌خورده‌اند.

1. Nanakorn, S., Osaka, R., Chusilp, K., Tsuda, A., Maskasame, S., and Ratanasiri, A.

2. Cross-Cultural

3. Varna: بندری در بلغارستان

4. Glasgow: بندری در اسکاتلند

5. Edinburgh: پایتخت اسکاتلند



شتی^۱ (۲۰۰۲) در بررسی خود درباره‌ی دگرگونی الگوهای تغذیه در هند، به تأثیر این دگرگونی‌ها در پیدایش و گسترش بیماری‌های مزمن غیرعفونی توجه کرد. وی دریافت که دگرگونی‌های جمعیتی، شهرنشینی، و دگرگونی الگوهای تغذیه و عادات‌های غذایی به پیدایش بیماری‌های مزمن انجامیده‌است.

مجیب‌الرحمان و ویس‌وس‌وارا رائو^۲ (۲۰۰۲) در بررسی الگوهای مصرف مواد غذایی بر حسب مذهب در هند، تفاوت‌های جنسیتی معناداری در میزان مصرف بسیاری از اقلام خوراکی و میزان کالری دریافتی در میان مسلمانان و هندوها گزارش کردند. میزان مصرف غذاهای گوشتی در میان مسلمانان، گذشته از میزان تحصیلات و درآمد سرانه، بالاتر از هندوها بود، و در برابر، مصرف شیر و فرآورده‌های آن، چربی‌ها، و روغن‌های خوراکی در میان هندوها بیشتر از مسلمانان گزارش شده‌بود. سرانجام پژوهش‌گران به این نتیجه رسیدند که بعد خانوار، درآمد سرانه، و میزان تحصیلات، تأثیری معنادار بر عادات‌های غذایی و میزان کالری دریافتی در میان پیروان هر دو مذهب داشته‌است.

نگاهی کوتاه بر پیشینه‌ی پژوهش، به‌ویژه در ایران و هند، نشان می‌دهد که بررسی‌های تحلیلی اندکی در زمینه‌ی شناسایی تفاوت‌های جنسیتی در عادات‌های غذایی با تأکید بر عوامل روانی-اجتماعی و فرهنگی و با بهره‌گیری از نظریه‌های جامعه‌شناسانه انجام شده‌است. از این رو، در این پژوهش بر آن شدیم تا پس از مقایسه‌ی تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی در عادات‌های غذایی، عوامل اجتماعی مرتبط با این تفاوت‌ها را شناسایی کنیم.

اهداف پژوهش

این پژوهش در پی آن است تا پس از بررسی تطبیقی تفاوت‌های جنسیتی در زمینه‌ی الگوها و عادات‌های غذایی، نقش فرهنگ‌های متفاوت (ایران و هند) را در این باره روشن سازد و سپس عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با این تفاوت‌ها را شناسایی کند. از این رو، پرسش اساسی پژوهش این است که آیا زنان و مردان در ایران و هند از الگوهای متفاوتی در عادات‌های غذایی پیروی می‌کنند؟ و اگر چنین است عوامل روانی-اجتماعی و فرهنگی تأثیرگذار در این الگوها کدام است؟ آیا متغیرهایی مانند جنسیت، فرهنگ، باورهای مربوط به سلامت، دانش بهداشتی، میزان

1. Shetty, Prakash S.

2. Mujeeb-Ur-Rahman, and Visweswara Rao, K.

توجه به سلامتی، و پایگاه اجتماعی-اقتصادی خانواده می‌تواند در توضیح این تفاوت‌ها به کار آید؟

چهارچوب نظری

در این پژوهش، با به‌کارگیری نظریه‌های گوناگون جامعه‌شناختی (مانند یادگیری اجتماعی، نقش اجتماعی، ستیز، و فمینیستی)، و نیز بهره‌گیری از یافته‌های پژوهش‌های پیشین، تلاش شده‌است رابطه‌ی برخی از متغیرهای روانی-اجتماعی با الگوهای مصرف مواد غذایی (عادت‌های غذایی) مردان و زنان دانش‌جو در ایران و هند بررسی شود.

نظریه‌ی یادگیری اجتماعی^۱ بر پیوند سه‌گانه‌ی میان فرد (فرآیندهای شناختی)، رفتار، و محیط، با فرآیند التزام یا علیت دوسویه تأکید می‌کند. به سخن دیگر، از آن‌جا که محیط در پهنه‌ئی گسترده تعیین‌کننده یا علت پدیدآورنده‌ی رفتار است، فرد فرآیند شناختی را برای تعبیر و تفسیر محیط و رفتار خودش به کار می‌گیرد و نیز به گونه‌ئی رفتار می‌کند که محیط را دگرگون سازد و باپی‌آمدهای رفتاری دل‌خواه بیش‌تری روبه‌رو شود (گراف، الدر، و بوث^۲، ۲۸:۱۳۸۱). یکی از کاربردهای نظریه‌ی یادگیری اجتماعی، توضیح و تبیین تفاوت‌های جنسیتی در باورها و رفتار است. در این مورد ویژه، نظریه‌ی یادگیری اجتماعی بیان می‌کند که کودک، رفتار هم‌آهنگ با جنسیت (مرد یا زن بودن) را از راه پاداش، تنبیه، و تقلید از الگوهای بزرگ‌سال می‌آموزد. «کودکان برای انجام رفتارهای هم‌آهنگ با جنسیت خود پاداش داده می‌شوند، و از این‌رو، این رفتارها برای آن‌ها ارزش بیش‌تری می‌یابد و احتمال تکرارشان افزوده می‌شود. هم‌چنین، کودکان با دیدن رفتار افراد دور و برشان (الگوهای نقش، به‌ویژه الگوهای هم‌جنس خودشان)، رفتارهای مورد انتظار و هم‌آهنگ با جنس خود را می‌آموزند. بدین سان، آن‌ها یاد می‌گیرند تا با انتظارات و چشم‌داشت‌های والدین و فرهنگ جامعه هم‌نوا شوند.» (اکلس^۳، ۴۵۵:۲۰۰۰).

از سوی دیگر، **نظریه‌ی نقش^۴** بر بررسی رفتارهای مردان و زنان در جامعه بر حسب نقش‌های اجتماعی و جنسیتی‌شان تأکید دارد. بر این اساس، «کسانی که در جامعه جایگاه اجتماعی معینی به عنوان یک مقوله‌ی اجتماعی ویژه (مانند طبقه، نژاد، جنس) دارند، لزوماً تجربه‌های مشترکی نیز دارند. بدین سان، نقش‌های جنسیتی

1. Social Learning Theory

2. Graeff, Judith Allen, Elder, John P., and Booth, Elizabeth Mills

3. Eccles, Jacquelynne S.

4. Role Theory



آن دسته از تجربه‌های مشترک است که افراد بنا به زن یا مرد بودن‌شان به دست می‌آورند و بر آن اساس رفتار می‌کنند. بر این اساس، اعضای جامعه چشم‌داشت‌ها و انتظاراتی درباره‌ی رفتارهای مناسب از یک فرد دارند که این انتظارات اجتماعی بر پایه‌ی وابسته‌گی افراد به یکی از دسته‌های مرد یا زن شکل گرفته‌است.^۱ (ایگلی، ۲۰۰۰: ۴۴۸). در واقع، بنیادی‌ترین انگاره در نظریه‌ی نقش این است که تفاوت‌های رفتاری مردان و زنان برآمده از نقش‌های متفاوتی است که در جامعه دارند، چرا که نقش‌های اجتماعی رفتارهایی ویژه را ایجاب یا نفی می‌کند. آشکارترین شیوه‌ئی که فرهنگ جامعه از راه آن در پدیدآیی تفاوت‌های رفتاری مردان و زنان و سپردن نقش‌های اجتماعی گوناگون به آنان نقش دارد اجتماعی شدن یا جامعه‌پذیری^۲ است. «جامعه‌پذیری جنسیتی آن بخش از اجتماعی شدن است که با آن، نه تنها کودکان به افراد اجتماعی، بلکه به افرادی با ویژه‌گی‌های مردانه^۳ یا زنانه^۴ تبدیل می‌شوند. در این وضع، جنسیت، یعنی مرد یا زن بودن، دربردارنده‌ی مجموعه‌ئی از ویژه‌گی‌ها و رفتارهایی است که در درون هر جامعه شایسته‌ی مردان و زنان است.» (استنلی و وایز،^۵ ۲۰۰۲: ۲۷۳).

دیدگاه ستیز (تضاد)^۶ که نظریه‌ی مارکسیستی نیز نامیده می‌شود تأکیدی عمده بر شرایط اقتصادی و اجتماعی دارد؛ بدین معنا که جایگاه اجتماعی فرد در ساختار اجتماعی، شکل‌دهنده‌ی عقاید و باورهای فرهنگی، و نیز رفتار و کنش‌های وی خواهد بود. ستیزگرایان، سلامتی را منبعی ارزشمند می‌دانند که همانند دیگر منابع ارزشمند، مانند قدرت، دارایی، و مقام، به گونه‌ئی نابرابر در جامعه توزیع شده‌است و این نابرابری در پایگاه سلامتی افراد مبتنی بر تفاوت در پایگاه اجتماعی-اقتصادی آن‌ها است. «توزیع سلامتی کامل درون یک جامعه، از الگوی لایه‌بندی اجتماعی پیروی می‌کند. به طور کلی، هر اندازه پایگاه اجتماعی شخص بالاتر باشد، احتمال برخورداری وی از سلامتی بدنی و روانی، بهره‌مندی وی از درمان پیش‌رفته‌ی پزشکی، داشتن عمری دراز، [و انجام رفتارهای مثبت و سودمند برای نگه‌داشت و افزایش سلامتی، مانند عادات‌های غذایی مناسب، نوشیدن نوشابه‌های الکلی، و سیگار نکشیدن] بیش‌تر خواهد بود. مردم لایه‌های بالای اجتماعی معمولاً دانش‌آموخته‌اند و آگاهی‌شان از بدن و شناخت بیماری‌ها بسنده است و بی‌درنگ برای درمان بیماری دست‌به‌کار می‌شوند؛ در حالی که مردم نادر درد را تاب می‌آورند و به این امید که

1. Eagly, Alice H

2. Socialization

3. Masculine

4. Feminine

5. Stanley, Lyz, and Wise, Sue

6. Conflict Perspective

بهبود خواهند یافت برای رفتن نزد پزشک درنگ می‌کنند، به‌ویژه اگر رفتن به بیمارستان همراه با هزینه کردن باشد. گذشته از این، بیشتر کسانی که پایگاه اجتماعی-اقتصادی پائینی دارند در بخش‌های شلوغ و ناپه‌داستی زنده‌گی می‌کنند و بدین سان، در خطر دوچار شدن به بیماری‌های عفونی و واگیردار اند. معیارهای تغذیه‌ی آن‌ها نیز پائین‌تر است، [عادت‌های غذایی نامناسب دارند، و به سوءتغذیه دوچار اند]، که مقاومت آنان را در برابر بیماری‌ها کاهش می‌دهد. آنان دست‌رسی کم‌تری به امکانات درمانی دارند، به‌ویژه امکانات خصوصی و با کیفیت بالا که به هزینه‌ی بالا نیاز دارد.» (رابرتسون^۱، ۱۳۷۴:۳۸۸). بدین سان، کسانی که خود یا خانواده‌های‌شان پایگاه اجتماعی-اقتصادی پائینی دارند، احتمال این که رفتارهایی کنند که برای سلامتی‌شان زیان‌بار است (مانند پیروی از دستور غذایی نامناسب، آشامیدن بیش از اندازه‌ی نوشیدنی‌های الکلی، و کشیدن سیگار) و دوچار بیماری و مرگ زودرس شوند، از هم‌تایان‌شان در پایگاه‌های اجتماعی-اقتصادی بالاتر بیشتر است.

دیدگاه فمینیستی^۲ نیز بر این باور است که ساختار اجتماعی، فراهم‌آور منابع و محدودیت‌هایی است که شیوه‌ی اندیشیدن افراد را تعیین می‌کند. از این رو، تفاوت در باورها و نگرش‌های افراد، بیش از آن که برآمده از تفاوت‌های زیستی یا جمعیتی باشد، بازتاب‌دهنده‌ی جایگاه فرد در ساختار اجتماعی است. در چارچوب این دیدگاه، نظریه‌های متفاوتی آمده‌است که سویی‌های مشترک همه‌ی آن‌ها این است که نابرابری‌های جنسیتی بیش از آن که ژنتیکی، زیستی، یا حتا روانی و عاطفی باشد، برآمده از ساختارهای اجتماعی (به‌ویژه نظام سرمایه‌داری و پدرسالاری) است و باید از بین برود. از دیدگاه فمینیست‌ها «شیوه و چه‌گونه‌گی نقش‌پذیری ما به عنوان مرد یا زن در فرآیند جامعه‌پذیری، اثری قطعی و تعیین‌کننده در وضع سلامتی و بیماری ما به جای می‌گذارد. جامعه‌ی مدرن جامعه‌ی مردسالار است و مردان بر زنان اعمال قدرت می‌کنند و زنان ناگزیر اند با تعریفی که مردان برای چه‌گونه‌گی نمایه و اندام و نیز چه‌گونه‌گی رفتار زنان می‌دهند، خود را هم‌نوا کنند و این تعریف‌ها را بپذیرند.» (وایت^۳، ۲۰۰۲:۹).

با توجه به نظریه‌های یادشده، تلاش کردیم تا از میان آن‌ها برخی از مفاهیم و متغیرهایی را که رابطه‌ی آن‌ها با عادت‌های غذایی به عنوان یکی از رفتارهای مؤثر بر سلامتی در این پژوهش بررسی می‌شود، به صورت فرضیه درآوریم. بدین سان، متغیرهای جنسیت و فرهنگ را به نظریه‌های یادگیری اجتماعی و نقش، متغیرهای

1. Robertson, Ian

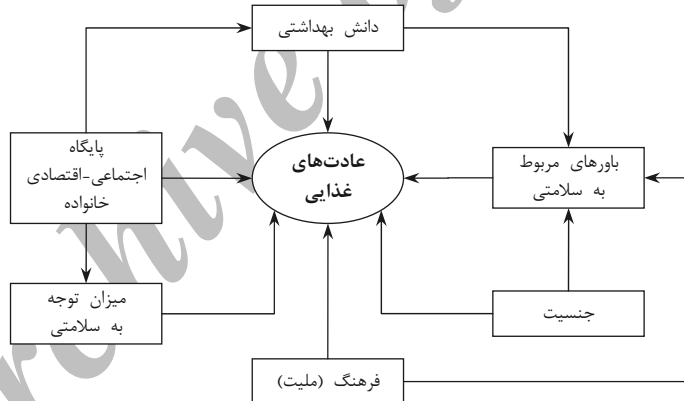
2. Feminist Perspective

3. White, Kevin



پایگاه اجتماعی-اقتصادی خانواده و باورهای مربوط به سلامتی را به دیدگاه ستیز، و میزان توجه به سلامتی و نگرانی درباره‌ی آن را به دیدگاه فمینیستی پیوند دادیم. از سوی دیگر، پژوهش‌های فراوانی رابطه‌ی دانش بهداشتی را با کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز بهداشتی (دیت‌مار و هم‌کاران^۱، ۱۹۸۰)، افزایش رفتارهای بهبوددهنده‌ی سلامتی (فلیت‌وود و پاکا^۲، ۱۹۹۱)، عادات‌های غذایی مناسب (هارنک و هم‌کاران^۳، ۱۹۹۷)، کاهش آشامیدن نوشیدنی‌های الکلی، و افزایش فعالیت بدنی (واردل و استپ‌تو، ۱۹۹۱) نشان داده‌است. همچنین، رابطه‌ی میزان توجه به سلامتی با رفتارهای مرتبط با سلامتی (استپ‌تو و واردل، ۲۰۰۱) و گرایش به ترک سیگار (گرین‌لاند و هم‌کاران^۴، ۱۹۹۷) نیز بررسی و تأیید شده‌است.

بدین سان، با نگاهی به چارچوب نظری پژوهش و به‌کارگیری یافته‌های پژوهش‌های پیشین، برای نشان دادن روابط عوامل روانی-اجتماعی بررسی‌شونده در این پژوهش با عادات‌های غذایی، الگوی نظری پژوهش ساخته‌شد که در نمودار ۱ آمده‌است.



نمودار ۱- الگوی نظری پژوهش

روش‌شناسی

این پژوهش به صورت پیمایشی^۵ و با نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از پاسخ‌گویان انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش، همه‌ی دانش‌جویان دختر و پسر دانشگاه‌های

1. Dittmar, S. S., Haughey, B. P., O'Shea, R. M., and Brasure, J.
 2. Fleetwood, J., and Packa, D. R.
 3. Harnack, L., Block, G., Subar, A., Lane, S., and Brand, R.
 4. Greenlund, K. J., Johnson, C. C., Webber, L. S., and Berenson, G. S.
 5. Survey

مازندران (ایران) و پنجاب (هند) در سال ۱۳۸۰ است که از میان آن‌ها با توجه به امکانات پژوهش، به‌ویژه زمان و هزینه، ۵۰۴ دانش‌جو بررسی شدند. از این میان، ۲۶۳ دانش‌جو از دانشگاه مازندران (۱۲۷ مرد و ۱۳۶ زن) و ۲۴۱ دانش‌جو از دانشگاه پنجاب (۱۱۶ مرد و ۱۲۵ زن) گزیده شدند. رشته‌های تحصیلی دانش‌جویان، علوم انسانی (جامعه‌شناسی، اقتصاد، مدیریت، تربیت بدنی، روان‌شناسی، علوم سیاسی، تاریخ، و زبان‌های خارجی)، علوم پایه (فیزیک، شیمی، ریاضی، و زمین‌شناسی)، مهندسی شیمی، و گیاه‌شناسی بود.

داده‌های پژوهش با پرسش‌نامه‌ئی خودپاسخ^۱ گردآوری شد که در زبان‌های انگلیسی (برای دانش‌جویان هندی) و فارسی (برای دانش‌جویان ایرانی) طراحی و پیش‌آزموده شده بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون‌های آماری کای‌اسکووار، F، T، و رگرسیون با نرم‌افزار SPSS^{Ver. 10} انجام شد.

برای بررسی متغیر عادت‌های غذایی، پرسش‌هایی درباره‌ی میزان مصرف میوه، سبزی، شیر، گوشت قرمز، شکر، نمک، و چربی به عنوان متغیرهای وابسته پرسیده شد و بر اساس آن شاخص عادت‌های غذایی (که دارای پنج حالت از «بسیار خوب» تا «بسیار ضعیف» است) ساخته شد. از سوی دیگر، دسته‌ئی از عوامل اجتماعی-روانی مانند جنسیت، فرهنگ (ملیت)، وضع اشتغال، بعد خانوار، پایگاه اقتصادی-اجتماعی خانواده، میزان علاقه و توجه به سلامتی، دانش بهداشتی، و باورهای درباره‌ی سلامتی، به عنوان متغیرهای مستقل و روشن‌گر تفاوت عادت‌های غذایی مردان و زنان دانشجوی ایرانی و هندی در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

بررسی تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی

در این بخش، از آوردن جدول‌های جداگانه و آمار و ارقام دقیق. میزان مصرف مواد غذایی خودداری کرده و تنها به میزان معنادار بودن تفاوت‌های جنسیتی در عادت‌های غذایی اشاره کرده‌ایم.

هم‌چنان که جدول ۱ نشان می‌دهد تفاوت‌های آشکاری در عادت‌های غذایی دختران و پسران دانش‌جو به چشم می‌خورد. برای نمونه، در کل دانش‌جویان ایرانی و هندی دیده می‌شود که دختران دانش‌جو به گونه‌ئی معنادار بیش‌تر از پسران میوه می‌خورند و نیز مصرف شکر، چربی، و گوشت قرمز آنان کم‌تر است. هم‌چنین، در

1. Self Administered



دانشگاه مازندران، تفاوت‌های جنسیتی در زمینه‌ی مصرف میوه، گوشت قرمز، شکر، نمک، و چربی، کاملاً به نفع زنان معنادار است. با این همه، در دانشگاه پنجاب، تفاوت جنسیتی تنها در زمینه‌ی مصرف شکر معنادار است. چنین به نظر می‌رسد که الگوهای غذایی در هند، بیش از آن که متأثر از نقش‌های جنسیتی باشد، از فرهنگ عمومی و باورهای فرهنگی رایج در جامعه تأثیر می‌پذیرد.

جدول ۱- بررسی معناداری آماری تفاوت‌های جنسیتی در عادات‌های غذایی دانشجویان دختر و پسر در ایران و هند (درجه‌ی آزادی = ۴)

دانش‌جویان دانشگاه پنجاب			دانش‌جویان دانشگاه مازندران			کل دانش‌جویان			پاسخ‌گویان
Cramers' V	p	χ^2	Cramers' V	p	χ^2	Cramers' V	p	χ^2	شناسه‌های عادات‌های غذایی
۰/۱۷۳	>۰/۰۵	۷/۲۲	۰/۲۷۹	<۰/۰۱	۲۰/۳۰	۰/۱۹۱	<۰/۰۱	۱۸/۳۰	مصرف میوه
۰/۱۷۹	>۰/۰۵	۷/۶۸	۰/۱۷۸	<۰/۰۵	۸/۲۷	۰/۱۲۹	<۰/۰۵	۸/۲۹	مصرف سبزی
۰/۱۷۳	>۰/۰۵	۷/۱۹	۰/۱۲۴	>۰/۰۵	۳/۹۷	۰/۱۲۳	>۰/۰۵	۷/۵۹	مصرف شیر
۰/۱۰۳	>۰/۰۵	۲/۴۷	۰/۷۶۴	<۰/۰۱	۱۰۲/۹۰	۰/۴۶۱	<۰/۰۱	۸۷/۴۰	مصرف گوشت قرمز
۰/۲۶۲	<۰/۰۱	۱۶/۱۰	۰/۲۵۷	<۰/۰۱	۱۷/۸۰	۰/۲۴۱	<۰/۰۱	۲۸/۷۰	مصرف بیش از اندازه‌ی شکر
۰/۱۲۵	>۰/۰۵	۳/۷۰	۰/۲۴۵	<۰/۰۱	۱۵/۴۰	۰/۱۱۶	>۰/۰۵	۶/۶۰	مصرف بیش از اندازه‌ی نمک
۰/۱۴۷	>۰/۰۵	۴/۹۰	۰/۲۵۱	<۰/۰۱	۱۶/۴۰	۰/۱۸۷	<۰/۰۱	۱۶/۹۰	مصرف بیش از اندازه‌ی چربی

در این پژوهش، برای ارائه‌ی تصویری کامل‌تر از تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی در عادات‌های غذایی، هفت متغیر بررسی‌شده درباره‌ی عادات‌های غذایی را با هم‌دیگر ترکیب کرده و شاخص عادات‌های غذایی را ساخته‌ایم. این متغیرها چنین است: مصرف میوه، سبزی، شیر، گوشت قرمز، چربی بیش از اندازه، شکر بیش از اندازه، و افزودن نمک بیش‌تر به غذا. از این رو، شاخص عادات‌های غذایی یک فرد در این پژوهش، نشان‌دهنده‌ی وضعیت او در مجموع این هفت متغیر است. هم‌چنان که جدول ۲ نشان می‌دهد ۸ درصد و ۳۴ درصد از کل دانشجویان مرد و زن، در هر دو دانشگاه، به‌ترتیب عادات‌های غذایی بسیار خوب و خوب داشته‌اند؛ در حالی که ۱۶/۷ درصد و ۳/۶ درصد از آن‌ها، به‌ترتیب عادات‌های غذایی ضعیف و بسیار ضعیف داشته‌اند. روی‌هم‌رفته، دانش‌جویان زن دانشگاه پنجاب بیش‌ترین میزان (۱۹/۱ درصد) و دانش‌جویان مرد دانشگاه مازندران کم‌ترین میزان (صفر درصد) عادات‌های غذایی بسیار خوب را گزارش کرده‌اند؛ در حالی که بدترین عادات‌های غذایی، به ترتیب از آن مردان دانشگاه مازندران (۷/۷ درصد) و زنان این دانشگاه (۰/۸ درصد) بوده‌است.

تفاوتی کاملاً معنادار میان عادت‌های غذایی دانش‌جویان دانشگاه پنجاب و مازندران دیده می‌شود. دانش‌جویان دانشگاه پنجاب عادت‌های غذایی کاملاً بهداشتی‌تری از هم‌تایان خود در دانشگاه مازندران داشته‌اند؛ چنان که ۷۰/۱ درصد از دانش‌جویان دانشگاه پنجاب در برابر ۱۶/۸ درصد از دانش‌جویان دانشگاه مازندران عادت‌های غذایی بسیار خوب و خوب داشته‌اند. این در حالی است که ۴۰/۰ درصد از دانش‌جویان دانشگاه مازندران در برابر ۶/۱ درصد از هم‌تایان‌شان در دانشگاه پنجاب عادت‌های غذایی ضعیف و بسیار ضعیف داشته‌اند. روی هم رفته، دانش‌جویان دانشگاه پنجاب عادت‌های غذایی بهداشتی‌تری داشته‌اند.

جدول ۲- تفاوت جنسیتی و فرهنگی در عادت‌های غذایی

جمع	درجه بندی عادت‌های غذایی					پاسخ‌گویان	
	بسیار خوب	خوب	متوسط	ضعیف	بسیار ضعیف		
۱۱۷ (/۱۰۰/۰)	۰ (/۰/۰)	۴ (/۳/۴)	۶۱ (/۵۲/۱)	۴۳ (/۳۶/۸)	۹ (/۷/۷)	مردان	دانشگاه مازندران
۱۱۹ (/۱۰۰/۰)	۳ (/۲/۵)	۲۲ (/۲۶/۹)	۵۸ (/۴۸/۷)	۲۵ (/۲۱/۰)	۱ (/۰/۸)	زنان	
$X^2 = ۳۶/۰ \mid df = ۴ \mid P < ۰/۰۱ \mid Cramers' V = ۰/۳۹۱$							
۹۹ (/۱۰۰/۰)	۱۱ (/۱۱/۱)	۵۸ (/۵۸/۶)	۲۳ (/۲۳/۲)	۶ (/۶/۱)	۱ (/۱/۰)	مردان	دانشگاه پنجاب
۱۱۵ (/۱۰۰/۰)	۲۲ (/۱۹/۱)	۵۹ (/۵۱/۳)	۲۸ (/۲۴/۳)	۱ (/۰/۹)	۵ (/۴/۳)	زنان	
$X^2 = ۹/۲۱ \mid df = ۴ \mid P > ۰/۰۵ \mid Cramers' V = ۰/۱۵۱$							
۲۳۶ (/۱۰۰/۰)	۳ (/۱/۳)	۳۶ (/۱۵/۳)	۱۱۹ (/۵۰/۴)	۶۸ (/۲۸/۸)	۱۰ (/۴/۲)	مازندران	کل دانش‌جویان
۲۱۴ (/۱۰۰/۰)	۳۳ (/۱۵/۴)	۱۱۷ (/۵۴/۷)	۵۱ (/۲۳/۸)	۷ (/۳/۳)	۶ (/۲/۸)	پنجاب	
$X^2 = ۱۴۴/۹ \mid df = ۴ \mid P < ۰/۰۱ \mid Cramers' V = ۰/۵۶۸$							
۲۱۶ (/۱۰۰/۰)	۱۱ (/۵/۱)	۶۲ (/۲۸/۷)	۸۴ (/۳۸/۹)	۴۹ (/۲۲/۷)	۱۰ (/۴/۶)	مردان	
۲۳۴ (/۱۰۰/۰)	۲۵ (/۱۰/۷)	۹۱ (/۳۸/۹)	۸۶ (/۳۶/۸)	۲۶ (/۱۱/۱)	۶ (/۲/۶)	زنان	
$X^2 = ۱۸/۳ \mid df = ۴ \mid P < ۰/۰۱ \mid Cramers' V = ۰/۲۰۲$							
۴۵۰ (/۱۰۰/۰)	۳۶ (/۸/۰)	۱۵۳ (/۳۴/۰)	۱۷۰ (/۳۷/۸)	۷۵ (/۱۶/۷)	۱۶ (/۳/۶)	جمع	

بررسی تفاوت جنسیتی نشان می‌دهد که تفاوت میان مردان و زنان دانش‌جو در این زمینه به نفع زنان معنادار است. در هر دو دانشگاه، ۵۰/۶ درصد زنان در برابر ۳۳/۸ درصد مردان عادت‌های غذایی بسیار خوب و خوب داشته‌اند، در حالی که



۲۷/۳ درصد مردان در برابر ۱۳/۷ درصد زنان عادات‌های غذایی ضعیف و بسیار ضعیف نشان داده‌اند. این تفاوت جنسیتی در دانشگاه مازندران نیز معنادار بود. در این دانشگاه، ۲۹/۴ درصد زنان در برابر ۳/۴ درصد مردان عادات‌های غذایی بسیار خوب و خوب داشته‌اند، در حالی که ۴۴/۵ درصد مردان در برابر ۲۱/۸ درصد زنان عادات‌های غذایی ضعیف و بسیار ضعیف نشان داده‌اند. در دانشگاه پنجاب اگر چه درصد زنان دارای عادات‌های غذایی ضعیف و بسیار ضعیف کم‌تر از مردان بوده‌است، اما این تفاوت جنسیتی معنادار نبود.

عوامل روانی-اجتماعی مرتبط با عادات‌های غذایی

برای یافتن هم‌بسته‌های اجتماعی-روانی عادات‌های غذایی، آزمون F به کار گرفته شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده‌است. هم‌چنان که دیده می‌شود هم‌بستگی عادات‌های غذایی با برخی از متغیرهای اجتماعی-روانی معنادار است.

جدول ۳- عوامل اجتماعی-روانی مرتبط با عادات‌های غذایی در کل نمونه‌ی آماری

سطح معناداری	درجه‌ی آزادی	F	میانگین نمره‌ی عادات‌های غذایی		عوامل مرتبط
۰/۰۰۰	۴۴۹	۲۲/۷	۲۵/۲	مردان	جنسیت
			۲۷/۲	زنان	
۰/۰۰۰	۴۴۹	۱۸۶/۴	۲۳/۹	دانشگاه مازندران	ملیت (دانشگاه محل تحصیل)
			۲۸/۸	دانشگاه پنجاب	
۰/۰۰۸	۴۴۸	۴/۸۲	۲۶/۴	فقط دانش‌جو	وضع اشتغال
			۲۵/۱	دانش‌جو و شاغل	
۰/۰۲۳	۴۰۹	۳/۷۹	۲۶/۹	کوچک	بعد خانوار
			۲۶/۲	متوسط	
			۲۴/۷	بزرگ	
۰/۰۰۰	۴۳۱	۲۱/۳	۲۳/۲	کم‌تر از دبیرستان	تحصیلات پدر
			۲۵/۲	دبیرستان و دیپلم	
			۲۷/۵	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۰۰	۴۲۵	۱۶/۷	۲۳/۸	کم‌تر از دبیرستان	تحصیلات مادر
			۲۵/۷	دبیرستان و دیپلم	
			۲۷/۷	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۴۱	۴۴۰	۳/۲۱	۲۵/۳	پائین	میزان توجه به سلامتی
			۲۶/۷	متوسط	
			۲۷/۶	بالا	
۰/۰۴۶	۳۸۱	۳/۱۰	۲۵/۶	پائین	باورهای درباره‌ی سلامتی
			۲۵/۹	متوسط	
			۲۶/۹	بالا	
۰/۰۰۸	۱۹۶	۴/۹۳	۲۳/۸	پائین	دانش بهداشتی
			۲۵/۷	متوسط	
			۲۶/۴	بالا	

هم‌چنین تجزیه و تحلیل رگرسیونی داده‌ها نشان داد که پنج متغیر از این متغیرها رفتار عادت‌های غذایی را به گونه‌ئی معنادار پیش‌بینی می‌کند که به‌ترتیب شدت چنین است: فرهنگ ($\beta = 0.556$)؛ جنسیت ($\beta = 0.245$)؛ تحصیلات مادر ($\beta = 0.244$)؛ توجه به سلامتی ($\beta = 0.176$)؛ و باورهای درباره‌ی سلامتی ($\beta = 0.127$). این متغیرها بر روی هم ۴۶/۷ درصد از واریانس عادت‌های غذایی را تبیین می‌کند ($R^2 = 0.467$). از این میان، فرهنگ (دانشگاه محل تحصیل) به‌تنهایی ۳۳/۷ درصد از واریانس را توضیح می‌دهد که خود نشان‌دهنده‌ی اهمیت تفاوت فرهنگی و ملی در عادت‌های غذایی دانش‌جویان است. اگر بخواهیم بر پایه‌ی نتایج رگرسیون چندمتغیره پیش‌بینی کنیم که کدام یک از دانش‌جویان عادت‌های غذایی سالم‌تر و بهداشتی‌تری دارند، می‌توان آن‌ها را چنین برشمرد:

- دختران (زنان) دانش‌جو در کل نمونه‌ی بررسی‌شده؛
- دانش‌جویان مرد و زن دانشگاه پنجاب؛
- دانش‌جویانی که مادرشان تحصیل‌کرده‌تر باشد؛
- دانش‌جویانی که توجه بیشتری به سلامتی خود داشته‌باشند؛
- دانش‌جویانی که باورهای قوی‌تری درباره‌ی تأثیر برخی رفتارها بر سلامتی داشته‌باشند.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش در زمینه‌ی تفاوت‌های جنسیتی در عادت‌های غذایی نشان داد که زنان دانش‌جو به گونه‌ئی معنادار بیش‌تر از مردان دانش‌جو میوه می‌خورند و نیز مصرف شکر، نمک، و چربی آنان کم‌تر است (دستور غذایی محافظت‌کننده از سرطان و بیماری‌های قلبی و شریانی). هم‌چنین، تفاوت فرهنگی در همه‌ی عادت‌های غذایی بررسی‌شده معنادار بوده‌است. دانش‌جویان دانشگاه پنجاب بیش‌تر از هم‌تایان خود در دانشگاه مازندران سبزی و شیر می‌خورند، و در عین حال، گوشت قرمز، نمک، شکر، و چربی در غذای آن‌ها کم‌تر است. دانش‌جویان دانشگاه مازندران تنها در مصرف میوه از هم‌تایان هندی خود پیش‌تر اند.

در بحث تأثیر جنسیت بر عادت‌های غذایی، باید به مسائل مربوط به فرآیند جامعه‌پذیری یا شرطی شدن به انتظارات نقش (مرد یا زن بودن) در یک فرهنگ اشاره کرد. جامعه‌پذیری یا یادگیری اجتماعی، فرآیندی است که افراد در طول عمر

خود آن‌ها را تجربه می‌کنند. این فرآیند به آن‌ها کمک می‌کند تا رفتارهایشان را در راستای پسندیده و پذیرفته‌ی فرهنگ جامعه‌ی خود هدایت کنند. در هر جامعه‌ئی، هنگامی که افراد جامعه‌پذیر شدند، خودخواسته کردارها و رفتارهایی را انجام می‌دهند که دیگران در فرهنگ خودی آن‌ها را پذیرفته می‌دانند. جامعه‌پذیری کمک می‌کند دریا بیم چرا گروه‌های اجتماعی و فرهنگ‌های گوناگون از انجام برخی رفتارهای مرتبط با سلامتی خودداری می‌کنند یا به‌شدت به آن پای‌بند اند. مردان و زنان، هم در ایران و هم در هند، در فرآیندهای جامعه‌پذیری متفاوتی قرار می‌گیرند و به شیوه‌هایی گوناگون جامعه‌پذیر می‌شوند. در واقع، از آنان انتظار می‌رود بنا به جنسیت خود، به شیوه‌هایی متفاوت بیان‌دیشند و رفتار کنند؛ انگاره‌ها، آرمان‌ها، و ارزش‌هایی نسبتاً متفاوت داشته‌باشند؛ متفاوت بپوشند؛ متفاوت سخن بگویند؛ متفاوت بخورند؛ و متفاوت کار کنند. از این رو، زنان در فرآیند اجتماعی شدن خود، مصرف غذاهای دارای الیاف گیاهی و بی‌چربی را بیش‌تر از مردان می‌آموزند؛ چرا که مادران‌شان راهنمای خوبی برای آموختن یک دستور غذایی سالم و بهداشتی به آن‌ها هستند.

هم‌چنین، زنان با توجه به علاقه و نگرانی درباره‌ی سلامتی خود و تلاش برای کاهش وزن (که برآمده از فشارهای هنجاری و انتظارات اجتماعی برای داشتن اندام متناسب و زیبا است) تلاش می‌کنند به دانش و آگاهی بیش‌تری درباره‌ی عوامل مؤثر بر حفظ و بهبود سلامتی خود دست یابند، که در این راه، داشتن عادات‌های غذایی سالم و بهداشتی و دگرگون‌سازی عادات‌های غذایی ناسالم از مهم‌ترین راه‌هایی است که زنان برای دستیابی به این هدف پیش می‌گیرند، در حالی که مردان برای تناسب اندام عمدتاً به ورزش روی می‌آورند.

در توضیح رابطه‌ی فرهنگ با عادات‌های غذایی باید گفت که شاید مهم‌ترین عامل تبیین‌کننده‌ی تفاوت در عادات‌های غذایی دانشجویان ایرانی و هندی در این پژوهش، عوامل فرهنگی-اجتماعی است. سنت‌های فرهنگی تا اندازه‌ئی تعیین می‌کند که افراد از چه دیدگاهی به سلامتی بدنی و روانی خود می‌نگرند. چیزی که در یک جامعه سلامتی شمرده‌می‌شود می‌تواند در جامعه و فرهنگی دیگر سالم نبودن یا سوء بهداشت شناخته‌شود. گر چه اختلال‌های بدنی و روانی در همه‌ی فرهنگ‌ها دیده‌می‌شود، اما چه‌گونه‌گی پیدایش و نمود آن می‌تواند بر پایه‌ی سامانه‌های باورهای فرهنگی اشکالی گوناگون به خود گیرد. فرهنگ می‌تواند به شیوه‌های گوناگون بر نگرش‌های مربوط به سلامتی تأثیر گذارد. فرآیندی دوسویه نیز وجود دارد که بر اساس آن باورها و سنت‌های فرهنگی چشم‌اندازها و دیدگاه‌های جوامع مختلف را در زمینه‌ی سلامتی می‌سازد و جامعه نیز خود شیوه‌های درمان را تعیین می‌کند.

تأثیرهای فرهنگی بر عادت‌های غذایی کاملاً آشکار است. باورهای فرهنگی و مذهبی آشکارا مصرف برخی از خوراکی‌ها و آشامیدنی‌ها را با دسته‌بندی آن‌ها به عنوان غذاهای پاک یا ناپاک، غذاهای دارویی سودمند یا زین‌بار و بیماری‌زا، یا به عنوان نماد هویت اجتماعی، مذهبی، یا قومی، تشویق یا تحریم می‌کند.

در این پژوهش، دو فرهنگ مختلف در ایران و هند، اعضای خود را به گونه‌هایی متفاوت، به مصرف غذاهای مختلف وامی‌دارد. فرهنگ هندی تأکید بسیار زیادی بر گیاه‌خواری و نوشیدن شیر دارد، در حالی که تأکید فرهنگ ایرانی بیشتر بر غذاهای گوشتی و غیرگیاهی است. به سخن دیگر، الگوی شایع تغذیه در هند (یعنی گیاه‌خواری) به مصرف غذاهایی با الیاف گیاهی زیاد و کم‌چربی می‌انجامد که کارشناسان تغذیه تأثیر این گونه غذاها را در کاهش انواع سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی و شریانی ثابت کرده‌اند. بر خلاف هند، الگوی رایج تغذیه در ایران عمدتاً گوشت‌خواری است. گیاه‌خواری در ایران گرچه در باورهای مذهبی یا فرهنگی غدن و ناپسند نیست، اما به آن سفارش نیز نشده است.

گیاه‌خواری در هند شیوه‌ی رایج در سراسر کشور است که حتا برخی از فرقه‌ها در این امر بسیار متعصب و سخت‌گیر اند. بخشی از هندیان نیز که گوشت و فرآورده‌های دامی مصرف می‌کنند، نه همیشه‌گی که در زمان‌هایی ویژه (مانند یک‌شنبه‌ها) گوشت می‌خورند و بسیاری دیگر سالی چند بار در آئین‌های ویژه مانند جشن‌ها غذای گوشتی مصرف می‌کنند. گیاه‌خواری دلایل فراوانی دارد که از آن میان می‌توان به عوامل مربوط به سلامتی، عوامل اقتصادی، باورهای اخلاقی، مسائل بوم‌شناختی، و عوامل مذهبی اشاره کرد که در هند، عوامل مذهبی، اخلاقی، و اقتصادی اهمیت فراوان دارد. در بیش‌تر کیش‌های هندی (هندو، جین، و بودایی)، کشتن حیوان برای خوردن گوشت آن به‌شدت غدن شده است و حتا آزار حیوان‌ها نیز ناپسند شمرده می‌شود. برای نمونه، در کیش جین، پاک‌سازی روان تنها با نی‌آزردن جان‌داران شدنی است. مه‌اویرا^۲ (بنیان‌گذار این کیش) هنگام راه رفتن جارویی نرم در دست داشت و با آن زمین را می‌روبید تا مبادا حشرات و جانوران کوچک زیر گام‌های‌اش آسیب بینند. در کیش بودا نیز پیروان باید برای پاک‌سازی روان خویش برخی از دستوره‌های بنیادی را رعایت کنند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها پرهیز از کشتن جانوران است (حسینیان، ۱۳۸۰: ۱۲). از سوی دیگر، در کیش هندو، شیر (به‌ویژه شیر گاو) و فرآورده‌های آن خوراکی مقدس و مذهبی شمرده می‌شود. آمارها نشان می‌دهد که مصرف سرانه‌ی شیر در هند ۷۵ لیتر است، در حالی که این میزان در

1. Jain

2. Mahāvīra (Vardhamana)



ایران ۵/۳ لیتر است. از سوی دیگر، در ایران مصرف سرانه‌ی گوشت و مرغ به‌ترتیب ۱۲/۷ و ۹/۶ کیلوگرم و در هند به‌ترتیب ۳/۸ و ۰/۵ کیلوگرم است. روی‌هم‌رفته، جمعیت ۷۵ درصدی روستانشین در هند، سطح پائین ماشینی‌شدن کشاورزی که بهره‌گیری از نیروی دام را سبب می‌شود، و مهم‌تر از همه، باورها و کیش‌های مردم هند، از دلایل بنیادی پرهیز از کشتار دام، مصرف اندک گوشت و فرآورده‌های گوشتی، و سرانجام روی آوردن به گیاه‌خواری است (خسروی‌نیا، ۱۳۸۱: ۳۷).

پیشنهادات

۱- برای بهبود عادات‌های غذایی افراد، باید برنامه‌های مداخله‌گرانه بر روی زمینه‌های چندگانه و در چند سطح متمرکز شود: در سطح فردی، سطح اجتماعی (والدین، اعضای خانواده، گروه هم‌سالان، و دوستان)، سطح سازمانی (مدرسه‌ها، آموزشکده‌ها و دانشگاه‌ها، محل کار، سازمان‌های مذهبی، و نظام بهزیستی)، سطح عمومی (رسانه‌های گروهی و همه‌گانی)، و سطح سیاست‌گذاری. با نگرش به چنین پهنه‌ئی گسترده از ابعاد مؤثر بر عادات‌های غذایی و این که چه‌گونه این عوامل به عادات‌های غذایی گره خورده‌است، ما در جایگاهی بهتر برای تعیین آن دسته از انگیزه‌ها خواهیم‌بود که خواست‌ها و گرایش‌ها را به سوی عادات‌های غذایی مثبت و بهداشتی می‌برد.

۲- مداخله‌ها برای بهبود عادات‌های غذایی دانشجویان باید راهبردی چندسویه را برای افزایش دانش و آگاهی‌های دانش‌جویان درباره‌ی عوامل مؤثر بر حفظ یا تهدید سلامتی، و نیز بهسازی و بهبود باورها درباره‌ی رفتارهای تأثیرگذار بر سلامتی و کمک به افزایش توجه به سلامتی در پیش گیرند. برای نمونه، گنجاندن آگاهی‌هایی در زمینه‌ی رفتارهای مرتبط با سلامتی مانند اهمیت تغذیه و عادات‌های غذایی درست، ورزش و فعالیت‌های بدنی، یا پرهیز از سیگار و الکل، به عنوان واحدهای درسی اجباری برای همه‌ی دانش‌جویان، می‌تواند گامی بسیار مهم و علمی برای تشویق و راهنمایی آن‌ها برای رعایت رفتارهای تقویت‌کننده‌ی سلامتی و ترک رفتارهای آسیب‌رسان باشد.

۳- با نگاهی به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مداخله‌هایی برای بهبود سلامتی و پیش‌گیری از بیماری با توجه به ویژه‌گی‌های جنسیتی افراد (مرد یا زن بودن) و نیز هم‌سو با فرهنگ آنان انجام شود. افزایش آگاهی‌های مردان و دانش‌جویان دانشگاه مازندران (و دانشگاه‌های ایران) و نیز دادن هشدارهای لازم در

زمینه‌ی آسیب‌های مصرف فراوان شکر، چربی، نمک، و گوشت قرمز، و نیز مصرف اندک میوه، سبزی، و شیر بایسته است.

در پایان، باید گفت به پژوهش‌هایی بیشتر (به‌ویژه در ایران) نیاز است تا شرایط و لوازم بهبود عادت‌های غذایی یا کاهش آسیب‌های مربوط به این عادت‌ها را به‌دقت روشن سازد. بررسی‌های دوره‌ئی و مقطعی در مراحل زمانی گوناگون در سطح ملی و جهانی برای شناسایی زمینه‌های نیازمند مداخله ضروری به نظر می‌رسد. افزون بر این، پژوهشی در سطح ملی در همه‌ی دانشگاه‌های کشور و در مقیاس گسترده، با همکاری همه‌ی دانشگاه‌ها و مؤسسه‌های آموزش عالی، می‌تواند دست‌آوردی مهم در این زمینه داشته‌باشد، پژوهش‌ها و یافته‌های آن‌ها را پرمایه‌تر کند، و سیمای آینده‌ی وضع سلامتی دانشجویان دانشگاه‌ها را روشن سازد. البته، بررسی‌های بیشتری را نیز می‌توان در دیگر گروه‌های اقتصادی-اجتماعی جامعه انجام داد تا یافته‌های آن با یافته‌های وضع سلامتی دانشجویان دانشگاه‌ها مقایسه شود و بدین سان، جایگاه دانشجویان را در سلسله‌مراتب سلامتی در جامعه دریافت.

Archive



منابع

- ۱- حسین‌خانی، نوابه. ۱۳۷۱. بررسی رفتار بهداشتی دانش‌جویان سال آخر کارشناسی پرستاری دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران [پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد]. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۲- حسینیان، میترا. ۱۳۸۰. ادیان و مذاهب هند. *نامه‌ی علمی هند*، شماره‌ی ۷. دفتر نماینده‌گی وزارت علوم، تحقیقات، و فن‌آوری.
- ۳- خسروی‌نیا، حشمت‌الله. ۱۳۸۱. جنبه‌های اجتماعی پرورش دام در ایران و هند. *نامه‌ی علمی هند*، شماره‌ی ۸ و ۹. دفتر نماینده‌گی وزارت علوم، تحقیقات، و فن‌آوری.
- ۴- رابرت‌سون، یان. ۱۳۷۴. *درآمدی بر جامعه*. برگردان حسین بهروان. تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.
- ۵- گراف، جودیت، جان پ. الدر، و الیزابت م. بوث. ۱۳۸۱. *برقراری ارتباط برای سلامت و تغییر رفتار*. برگردان محمد پوراسلامی، و دیگران. تهران: گروه مدیریت برنامه‌های آموزش سلامت، وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی.
- ۶- مصلی، خدیجه. ۱۳۶۹. *بررسی تطبیقی رفتارهای بهداشتی دانش‌جویان دختر و پسر پرستاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران* [پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری]. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۷- . ۱۳۷۹. *نامه‌ی علمی هند*، شماره‌ی ۱. دفتر نماینده‌گی وزارت علوم، تحقیقات، و فن‌آوری.
- 8- Aesoph, Lauri M. 2000. *Six Ways Your Lifestyle can Make a Difference*. Retrieved 23 May 2006 (<http://www.healthy.net/scr/article.asp?id=224>).
- 9- Bucher, Charles A., Einar A. Olsen, and Carl E. Willgoose. 1967. *The Foundations of Health*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- 10- Callaghan, Patrick. 1995. "A preliminary survey of nurses' health-related behaviours." *International Journal of Nursing Studies* 32(1): 1-15.
- 11- Cockerham, William C. 1989. *Medical Sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 12- Courtenay, Will H., Donald R. McCreary, and Joseph R. Merighi. 2002. "Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors." *Journal of Health Psychology* 7(3): 219-231.
- 13- Dittmar, S. S., B. P. Haughey, R. M. O'Shea, and J. Brasure. 1989. "Health Practices of nursing students: a survey." *Health Values* 13(2): 24-31.
- 14- Douglas, K. A., J. L. Collins, C. Warren, L. Kann, R. Gold, S. Clayton, J. G. Ross, and L. J. Kolbe. 1997. "Results from the 1995 national college health risk behavior survey." *Journal of American College Health* 46(2): 55-66.
- 15- Eagly, Alice H. 2000. Gender roles. pp. 448-453 IN *Encyclopedia of Psychology, Vol. 3* edited by Alan E. Kazdin. New York: Oxford University Press.
- 16- Eccles, Jacquelynne S. 2000. Gender Socialization. pp. 455 IN *Encyclopedia of psychology, Vol. 3* edited by Alan E. Kazdin. New York: Oxford University Press.
- 17- Fennell, R. 1997. "Health behaviors of students attending historically black colleges and universities: Results from the National College Health Risk Behavior Survey." *Journal of American College Health* 46(3): 109-117.

- 18- Fleetwood, J., and D. R. Packa. 1991. "Determinants of health-promoting behaviors in adults." *The Journal of Cardiovascular Nursing* 5(2): 67-79.
- 19- Freund, Peter E. S., and Meredith B. McGuire. 1991. *Health, Illness, and the Social Body: A Critical Sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- 20- Grace, Ted W. 1997. "Health problems of college students." *Journal of American College Health* 45(6): 243-250.
- 21- Greenlund, K. J., C. C. Johnson, L. S. Webber, and G. S. Berenson. 1997. "Cigarette smoking attitudes and first use among third-through sixth-grade students: The Bogalusa Heart Study." *American Journal of Public Health* 87 (8): 1345-1348.
- 22- Harnack, L., G. Block, A. Subar, S. Lane, and R. Brand. 1997. "Association of cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes to cancer prevention dietary behavior." *Journal of the American Dietetic Association* 97(9): 957-965.
- 23- Helman, Cecil G. 2000. *Culture, Health, and Illness*. 4th Ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- 24- Hunt, K., and E. Annandale. 1999. "Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health." *Social Science and Medicine* 48(1): 1-5.
- 25- Marks, David, Michael Murray, Brian Evans, Carla Willig, Catherine Sykes, and Cailine Woodall. 2000. *Health Psychology: Theory, Research, and Practice*. London: Sage Publications Ltd.
- 26- Mennell, Stephen, Anne Murcott, and Anneke H. van Otterloo. 1992. "Patterns of food consumption." *The Sociology of Food: Eating, Diet, and Culture* [A Special Issue of Current Sociology (Volume 40, Issue 2)]. Newbury Park, CA: Sage Publications/International Sociological Association.
- 27- Monneuse, M. O., F. Bellisle, and G. Koppert. 1997. "Eating habits, food and health related attitudes and beliefs reported by French students." *European Journal of Clinical Nutrition* 51(1): 46-53.
- 28- Morabia, A., and E. L. Wynder. 1990. "Dietary habits of smokers, people who never smoked, and exsmokers." *The American Journal of Clinical Nutrition* 52(5): 933-937.
- 29- Mujeeb-Ur-Rahman, and K. Visweswara Rao. 2002. "Pattern of food consumption and nutrient adequacy: A case study of adults by religion." *The Indian Journal of Nutrition and Dietetics* 39(4): 160-172.
- 30- Nanakorn, S., R. Osaka, K. Chusilp, A. Tsuda, S. Maskasame, and A. Ratanasiri. 1999. "Gender differences in health-related practices among university students in northeast Thailand." *Asia-Pacific Journal of Public Health* 11(1): 10-15.
- 31- Park, K. (Ed.). 2000. *Park's Textbook of Preventive and Social Medicine*. 16th Ed. Jabalpur, India: M/S Banarsidas Bhanot Publishers.
- 32- Porter, Mike, Beth Alder, and Charles Abraham (Eds.). 1999. *Psychology and Sociology Applied to Medicine: An Illustrated Colour Text*. Hong Kong: Churchill Livingstone.
- 33- Riāhi, MohammadEsmā'il. 2003. *Gender Differences in Health-Related Behaviors: A Comparative Study of University Students in Irān and India* [Ph.D. Thesis]. Department of Sociology, Punjab University, India.
- 34- Ross, Catherine, and Chloe E. Bird. 1994. "Sex stratification and health life-style: Consequences for men's and women's perceived health." *Journal of Health and Social Behavior* 35(2): 161-178.



- 35- Sarafino, Edward P. 1998. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 3rd Ed. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- 36- Shetty, Prakash S. 2002. "Nutrition transition in India." *Public Health Nutrition* 5(1A): 175-182.
- 37- Stanley, Lyz, and Sue Wise. 2002. What's wrong with socialization? pp. 273-279 IN *Gender: A Sociological Reader* edited by Stevi Jackson and Sue Scott. London: Routledge.
- 38- Steptoe, A., and J. Wardle. 1992. "Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe." *British Journal of Clinical Psychology* 31(4): 485-502.
- 39- Steptoe, A., and J. Wardle. 2001. "Health behaviour, risk awareness, and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe." *Social Science and Medicine* 53(12): 1621-1630.
- 40- Tapp, J. T., and P. Goldenthal. 1982. "A factor analytic study of health habits." *Preventive Medicine* 11(6): 724-728.
- 41- Seong, H., S. Kie-Moon, C. Yangha, J. Moo-Jin, W. Dongmok, K. Kimoon, D. G. Uitenbroek, A. Kerekovska, and N. Festchieva. 1996. "Health lifestyle behaviour and socio-demographic characteristics. A study of Varna, Glasgow, and Edinburgh." *Social Science and Medicine* 43(3): 367-377.
- 42- United Nations Development Programme (UNDP). 2001. *Human Development Report 2001: Making New Technologies Work for Human Development*. New York: Oxford University Press.
- 43- Wardle, J., and A. Steptoe. 1991. "The European health and behaviour survey: Rationale, methods, and initial results from the United Kingdom." *Social Science and Medicine* 33(8): 925-936.
- 44- White, Kevin. 2002. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage Publication, Ltd.
- 45- Wilson, Eva D., Katherine H. Fisher, and Mary E. Fuqua. 1971. *Principles of Nutrition*. New Delhi: Willey Eastern Private Limited.

نویسنده

دکتر محمد اسماعیل ریاحی،

استادیار و عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی،
دانشکده‌ی علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران
meriahi2005@gmail.com

مسئولیت‌های پیشین:

مدیر گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران؛
رئیس کتابخانه‌ی علوم انسانی دانشگاه مازندران؛
کارشناس ارشد تحقیقات در وزارت ارشاد؛

مجری طرح‌های پژوهشی در زمینه‌ی خانواده، ازدواج و جنسیت، و تفاوت‌های جنسیتی؛
نگارنده‌ی ۱۵ نوشتار در مجلات داخلی.