

بررسی رابطه سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش

دکتر مهربان پارسامهر^۱ و سید پویا رسولی نژاد^۲

تاریخ وصول: ۹۴/۴/۲ تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۳۰

چکیده:

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی سبک زندگی با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش بود. در این پژوهش که به روش پیمایش انجام شد، ۳۸۰ نفر از ساکنان شهر تالش با استفاده از شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) انتخاب و با کمک ابزار پرسشنامه مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی کبیز بود. اعتبار ابزار به شیوه‌ی محتوایی محرز شد و بالا بودن ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرها، حکایت از مطلوبیت پایایی ابزار پژوهش داشت. نتایج نشان داد میانگین سبک زندگی سلامت محور و نیز سلامت اجتماعی بطور معنی‌داری در بین مردان بیشتر از زنان و در بین افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود ($P < 0/05$). بین سبک زندگی سلامت محور و ابعاد آن و سلامت اجتماعی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. بعبارت دیگر هر چه میزان سبک زندگی سلامت محور افراد بیشتر باشد، سلامت اجتماعی آنان نیز بالاتر خواهد بود. بر اساس نتایج پژوهش، تقویت و گسترش سبک زندگی سلامت محور در جامعه به افزایش سلامت اجتماعی منجر خواهد شد.

مفاهیم کلیدی: سبک زندگی سلامت محور، سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، تالش

^۱ دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه یزد parsamehr@yazd.ac.ir

^۲ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد (نویسنده‌ی مسئول) puya_rasulinejad@yahoo.com

مقدمه و بیان مسأله

سبک زندگی^۱ را می‌توان به مجموعه‌ای از رفتارها تعبیر کرد که فرد آنها را به کار می‌گیرد تا نه فقط نیازهای جاری او را برآورند، بلکه روایت خاصی را که وی برای هویت شخصی خود برگزیده است در برابر دیگران مجسم سازد (رحمت‌آبادی و آقابخشی، ۱۳۸۵: ۲۰). به عبارت دیگر، سبک زندگی کلیت بی‌همتا و منحصر به فرد زندگی است که همه‌ی فرایندهای عمومی زندگی، ذیل آن قرار دارند (آدلر، ۱۹۵۶: ۱۹۱)، به طوری که با ارزیابی سبک زندگی افراد می‌توان میزان موفقیت‌های فردی و اجتماعی آنان را در زندگی مورد ارزیابی و بررسی قرار داد (کاکرهام، ۲۰۰۵). در واقع، سبک زندگی شیوه‌ای نسبتاً ثابت است که فرد اهداف خود را به وسیله‌ی آن پی می‌گیرد (کاوایانی، ۱۳۹۰: ۲۸). این شیوه نسبتاً ثابت شامل بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد از جمله نظام معیشتی، تفریح و شیوه‌های گذران اوقات فراغت، الگوی خرید و مصرف، استفاده از محصولات تکنولوژیک و امثال آن می‌شود (مهدوی‌کنی، ۱۳۸۷: ۴۶).

سبک زندگی سلامت محور بعنوان یک پدیده‌ی چندعلتی، چندبعدی و چنددلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که می‌توانند مانعی در مشکلات مربوط به سلامت و تضمین‌کننده‌ی سلامت برای فرد باشند. این سبک از ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیه مناسب و نامناسب، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... تشکیل شده است. جوهره‌ی تعریف سبک زندگی سلامت‌محور انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است (چانی، ۲۰۰۲؛ آبل، ۱۹۹۱). سبک زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸)، نیز سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف کرده است (لعلی و دیگران، ۱۳۹۱: ۶۶). سبک زندگی طبق تعریف این سازمان ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه، تحرک، عادات رفتاری و ... است که در پی فرایند اجتماعی شدن به وجود آمده است (پارک، ۲۰۰۴). بدون تردید عوامل فوق نقش بسیار مهمی در ارتقای سلامت و سبک زندگی دارند؛ بطوری که بنا بر تحقیقات انجام شده افراد دارای سبک زندگی مناسب از برنامه‌ی تغذیه‌ای و فعالیت جسمانی بهتری برخوردارند (دالوندی و دیگران، ۱۳۹۱: ۳۳۳).

^۱ life style

در باب اهمیت و ضرورت پرداختن به سبک زندگی سلامت محور همین بس که بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت پنج بیماری (که عبارتند از چاقی، سکتای قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان) بعنوان مهم ترین بیماری های مزمن شناخته شده اند که تمامی آن ها با سبک زندگی و تغذیه ارتباط مستقیم دارند؛ همچنین بنا به گزارش این سازمان بیماری های مزمن بعنوان عامل ۷۰ درصد از مرگ و میرها در جهان شناخته شدند که سهم کشورهای در حال توسعه حدود ۶۵ درصد می باشد (توکلی و سنایی نسب، ۱۹۹۶). طبق اظهارات معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سه عامل از چهار عامل مرگ و میر در کشور ایران به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به سبک زندگی مربوط می شود (اکبری، ۲۰۰۴). در اواخر قرن نوزدهم، با تغییراتی که در سبک زندگی افراد (تغذیه و بهداشت فردی) اتفاق افتاد، بیماری های عفونی کاهش یافته و جای خود را به بیماری های مزمن داده است که نمی توان آن ها را از طریق دارو درمان کرد. بیماری های مزمن اغلب در نتیجه شرایط زندگی ناسالم ایجاد شده اند؛ بنابراین، توجه به منشأ این بیماری ها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان ها، معطوف شده است. عواملی مانند الگوی تغذیه نامناسب، نداشتن فعالیت بدنی، صدمه دیدن و ... از عوامل مهم مرگ و میر بوده اند (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۱۳-۱۸۱). این تغییرات حتی به انتقال در مدل سلامت و بیماری از دهه ۱۹۷۰ به بعد منجر شده است. در پی این تغییر، مدل ترکیب عوامل اجتماعی - روانی جایگزین مدل صرف پزشکی شده است (پول و توماس، ۲۰۰۲). بدین ترتیب، توجه به سبک زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت، ضرورت چشمگیری یافته است.

سبک زندگی مبتنی بر سلامت، فرایند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل عوامل مرتبط با سلامت و در نتیجه افزایش سلامت آن ها است (موحد و دیگران، ۱۳۹۱: ۱۰۹-۷۹). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ترکیبی از شش بعد مدیریت استرس، مسئولیت در قبال سلامت، روابط بین فردی، رشد معنوی، تغذیه و فعالیت بدنی است (نوری، ۱۳۸۶؛ شبان و دیگران، ۲۰۰۷)؛ بنابراین، انتخاب نوع سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با آن، نه تنها نقشی اساسی در سلامت افراد دارد، بلکه پیامدها و نتایج خواهد داشت که می تواند بر عملکرد، بهزیستی و سلامت جسمی، روانی - ذهنی، و اجتماعی آن ها مؤثر باشد. یکی از کارکردهای مثبت سبک زندگی سالم، ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد و جوامع است. سلامت اجتماعی، عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش های اجتماعی بدون

آسیب به دیگران. سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است (ویلیامز، ۱۹۹۵).

امروزه سلامت اجتماعی، بعنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز بعنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌آید (سام آرام، ۱۳۸۸). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، بخصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است، اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه‌ی اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود (فتحی و دیگران، ۱۳۹۱: ۲۲۷).

بطور کلی، بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده‌ی سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود بعنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگتر است. از این نظر، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگتر محسوب می‌شود. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه‌ی ارتباط شخص در شبکه‌ی روابط اجتماعی توجه می‌شود. اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه‌ی مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود. اهمیت سلامت اجتماعی در حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیتهای جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف اجتماعی داشته باشد که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (فتحی و دیگران، ۱۳۹۱: ۲۲۸).

با توجه به آن چه گفته شد، سبک زندگی یکی از عوامل توسعه‌ی اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی افراد و جوامع به شمار می‌رود. یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم سبک زندگی، توسعه‌ی مهارت‌های اجتماعی است. این مهارت‌ها بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر

می‌گذارد. در نهایت، با افزایش میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه، میزان سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه افزایش می‌یابد و دستیابی به اهداف توسعه، سریع‌تر و امکان‌پذیرتر می‌شود. بنابراین توجه به سلامت افراد جامعه، به ویژه سلامت اجتماعی آن‌ها و عوامل تأثیرگذار بر آن از جمله سبک زندگی افراد تأثیر مهمی بر سلامت جامعه خواهد گذاشت. این در حالی است که پژوهش‌ها در این زمینه، اندک و ناکافی است. به همین دلیل، با سنجش میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه و رابطه‌ی آن با سبک زندگی آن‌ها، می‌توان راهکارها و پیشنهادهای کاربردی در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان را به منظور ارتقاء سلامت اجتماعی آنان ارائه داد. بدین منظور، پژوهش حاضر در صدد یافتن رابطه بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی می‌باشد.

پیشینه تجربی پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

پیرامون «سبک زندگی و سلامت اجتماعی» تحقیقات زیادی صورت نگرفته است. فارسی‌نژاد (۱۳۸۳)، رابطه‌ی سبک‌های هویتی با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان را بررسی کرد. نتایج این پژوهش نشان داد نوجوانان اطلاعات مدار و هنجارمدار و کسانی که از تعهد هویتی بالایی برخوردار بودند، سلامت اجتماعی بیشتری داشتند، اما نوجوانانی که در برخورد با مسائل هویتی، شیوه‌ی اجتنابی را به کار می‌گرفتند، میزان تعهد احساس خودکارآمدی و سلامت اجتماعی آن‌ها پایین‌تر بود.

یافته‌های تحقیق میرزامحمدی و دیگران (۱۳۹۰: ۴۵-۲۱)، نشان می‌دهد که سبک زندگی دینی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد و در نقش دین بر سلامت اجتماعی به انسجام اجتماعی و کنترل اجتماعی، کاهش رفتارهای ناپه‌نجا و انحرافی، ایجاد یک نظام فکری مشترک و اصلاح جامعه و تغییر افکار ناسالم اشاره کرده‌اند.

پورستار و حکمتی (۱۳۸۷)، در تحقیق پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر به این نتیجه رسیدند که پذیرش و مشارکت اجتماعی با همه‌ی ابعاد عمل به باورهای دینی و انسجام و انطباق اجتماعی با برخی از ابعاد عمل به باورهای دینی رابطه‌ی معناداری دارند، اما بین شکوفایی اجتماعی و عمل به باورهای دینی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد.

یافته‌های پژوهش نیازی و قبادی (۱۳۹۰: ۱۲۰-۹۱)، رابطه‌ی مثبت و معناداری را میان متغیرهای تربیت دینی والدین با میزان سلامت اجتماعی فرزندان نشان داده است.

نتایج حاصل از تحقیق صالح صدق‌پور و دیگران (۱۳۸۸: ۱۷-۲۶)، نشان داد که آموزش آموزه‌های قرآنی بصورت محسوس و معنی‌داری شاخص پذیرش اجتماعی را بهبود بخشیده است. همچنین نتایج پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۰)، نشان داده است که سبک زندگی معنوی و کسب تجارب دینی در مراحل رشد، در مصون‌سازی و پیشگیری از انحرافات رفتاری - اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی افراد مؤثر است.

طولابی و دیگران (۱۳۹۲: ۱۱۵-۱۳۲)، به این نتیجه رسیدند که سبک زندگی اسلامی اثر مثبت و معناداری بر عزت نفس و خودکارآمدی دارد و عزت نفس و خودکارآمدی اثر مثبت و معناداری بر سازگاری اجتماعی دارد. همچنین افشانی و دیگران (۱۳۹۳: ۱۰۳-۸۳)، به این نتیجه رسیدند که سبک زندگی اسلامی با میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه‌ی معناداری دارد.

سراج‌زاده و دیگران (۱۳۹۲: ۷۷-۵۵)، در پژوهش خود دریافتند متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی ۸/۳۶ درصد تغییرات سلامت کل، ۶/۱۶ درصد تغییرات سلامت جسمی، ۲/۳۱ درصد تغییرات سلامت روانی و ۶/۳۲ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

قاسمی و دیگران (۱۳۸۷)، در پژوهشی تحت عنوان «تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور»، نشان دادند که سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان بر حسب جنسیت، سن و وضعیت تأهل آن‌ها متفاوت است و اشکال متفاوت سرمایه‌ی انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی سلامت محور شهروندان رابطه‌ی معنی‌داری دارد.

حاتمی (۱۳۸۹)، به این نتیجه رسید که بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌ای و پایگاه اقتصادی - اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

وحیدی و دیگران (۱۳۹۱)، در پژوهشی با موضوع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ۲۵ مورد از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را شناسایی نمودند که برخی از آنها عبارتند از: فرهنگ و سبک زندگی، شبکه‌ی حمایت اجتماعی، دولت و شهرنشینی، رفتارهای سلامت و ... (وحیدی و دیگران، ۱۳۹۱: ۲۸-۲۰).

حسینی (۱۳۸۸)، نیز در تحقیقی با موضوع بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن نشان داد که بین میزان مهارت‌های ارتباطی، میزان

باورهای مذهبی و میزان پایگاه اقتصادی - اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

جمعه‌نیا (۱۳۸۷)، نشان داد بین سبک‌های هویت‌یابی و سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحقیق وی نشان داد بین دختران و پسران، از نظر سطح سلامت اجتماعی در ابعاد مشارکت و انسجام اجتماعی، تفاوت معناداری وجود دارد، در حالی که در ابعاد پذیرش، شکوفایی و انطباق اجتماعی در بین دختران و پسران تفاوت معناداری به دست نیامد.

نتایج پژوهش رفیع‌پور (۱۳۷۸)، نشان می‌دهد پایبندی مذهبی، بیشترین تأثیر را بر اعتماد اجتماعی به مسئولان و احتمال افزایش سلامت اجتماعی دارد. همچنین تأثیر کارکرد نامناسب دستگاه کنترل و نظارت دستگاه قضایی و پلیس بر روی کاهش اعتماد اجتماعی و ایجاد رفتار نابهنجار تأثیری بسیار قوی دارد.

یافته‌های عبدالله‌تبار و دیگران (۱۳۸۶)، در خصوص سلامت اجتماعی دانشجویان نشان می‌دهد بین متغیرهای وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، جنسیت، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال دانشجویان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه‌ی معناداری وجود دارد. میانگین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد بیشتر از کارشناسی و دانشجویان پسر بیشتر از دختران بود (عبدالله‌تبار و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۸۹-۱۷۱).

ب) تحقیقات خارجی

نتایج تحقیق دی (۲۰۱۱)، نشان داده است که سبک زندگی دینی با سلامتی اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است.

کارسون و آرنولد (۱۹۹۶)، به این نتیجه رسیدند که تقیدات درونی دینی و معنوی عامل مهمی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری و اجتماعی است؛ همچنین سبک زندگی دینی و توأم با معنویت از رفتارهای خودکشی، طلاق و انحرافات اجتماعی پیشگیری می‌کند.

یافته‌های ژوبرت (۱۹۹۵)، نیز حکایت از آن داشت که تجارب و سبک زندگی معنوی با شاخص‌های آسیب‌شناسی اجتماعی در گروه‌های مختلف اجتماعی ارتباط دارد؛ همچنین پژوهش‌های بسیاری بعنوان مثال، جانسون و دیگران (۲۰۰۰)، بایر و رایت (۲۰۰۱)، ویتن (۲۰۰۵)، سراج‌زاده (۱۹۹۸) و طالبان (۱۳۸۸)، از وجود رابطه‌ی معکوس بین سبک زندگی دینی و بزهکاری و کجروی حکایت دارند.

درآمد، تحصیلات و سن نیز با سلامت ارتباط دارد. بر اساس نظریه‌ی آدلر و دیگران (۱۹۹۴) و اندرسون و آستار (۱۹۹۶)، افراد طبقه‌ی پایین سلامت اجتماعی کمتری دارند و هیچ‌گاه درجه‌ی سلامتی کارگر معدن به اندازه‌ی پزشک و استاد دانشگاه نیست (کرایب، ۱۳۸۳). همین‌طور اشتغال ثابت نقش عمده‌ای در کسب مهارت‌های اجتماعی و تجارب و شبکه‌ی اجتماعی و در نتیجه، سلامت اجتماعی افراد دارد. اشتغال در مناصب بالا و در نتیجه، درآمد بیشتر نیز نقش مهمی در شکل‌گیری هویت سالم و عزت نفس بیشتر دارد. هلمن (۱۹۹۴)، معتقد است سطح پایین تحصیلات با سلامت اجتماعی ضعیف مرتبط است و فقر، توزیع نادرست درآمد، میزان زیاد بیکاری، نبود تأمین اجتماعی و سطح پایین سواد از جمله عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی هستند (ویلکینسون، ۱۹۹۶).

جمع‌بندی تحقیقات تجربی پیشین نشان می‌دهد که سبک زندگی و مؤلفه‌های مرتبط آن با سلامت اجتماعی رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد. از آنجا که رابطه‌ی سبک زندگی سلامت محور و ابعاد آن با سلامت اجتماعی کمتر مورد توجه و بررسی علمی و تجربی قرار گرفته است، این پژوهش قصد دارد به بررسی رابطه این دو متغیر بپردازد.

چارچوب نظری پژوهش

اخیراً مطالعات جامعه‌شناختی مربوط به سبک زندگی سلامت محور توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، از جمله جامعه‌شناسان پزشکی را به خود جلب کرده است. نگاهی دقیق به آثار و پیشینه‌ی این مفهوم نان می‌دهد که جامعه‌شناسانی چون ماکس وبر، گیدنز، بوردیو و کاکرهام به این موضوع پرداخته‌اند. بلوخ سبک زندگی سلامت محور را راهنمایی برای جلوگیری از مشکلات بهداشتی و تضمین‌کننده‌ی حد‌اعلای سلامتی برای فرد می‌داند و در این زمینه به رژیم غذایی و ورزش اشاره می‌کند (دیوین و لاورنس، ۲۰۰۷: ۲).

به نظر وبر سبک‌های زندگی سلامت محور، الگوهایی جمعی از رفتار مرتبط با سلامت‌اند که بر انتخاب‌هایی که طبق فرصت‌های زندگی در دسترس مردم است، متکی هستند. این فرصت‌ها عبارتند از: طبقه، سن، جنس، قومیت و دیگر متغیرهای ساختاری مناسب که انتخاب‌های سبک زندگی را شکل می‌دهند. این انتخاب‌ها برای نمونه شامل تصمیم در مورد سیگار کشیدن، مصرف الکل، رژیم غذایی، ورزش و اموری مشابه این‌ها هستند. رفتارهای منتج از کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌ها می‌توانند نتایج بهداشتی مثبت و یا منفی داشته باشند (کیوان‌آرا، ۱۳۸۶: ۶۷).

کاکرهام، از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر نیز معتقد است که سبک زندگی سالم، مجموعه انتخاب‌هایی است که فرد بنا بر موقعیت اجتماعی خود بر می‌گزیند و این انتخاب‌ها برآمده از موقعیت ساختاری و موقعیت فردی وی هستند. در حقیقت فرصت‌های زندگی یک شخص به وسیله‌ی موقعیت اجتماعی و ویژگی‌های گروه‌های منزلتی ویژه تعیین می‌شود (کاکرهام، ۲۰۰۴: ۱۴۰۹). در تعریف کاکرهام از سبک زندگی سالم، شاهد ترکیب دو مفهوم انتخاب و موقعیت هستیم؛ زیرا به عقیده‌ی وی، سبک‌های زندگی سالم، الگوهایی جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر انتخاب‌هایی است که افراد بر حسب شرایط اجتماعی و زیستی‌شان در دسترس دارند (کاکرهام، ۲۰۰۸: ۵۶). رفتارهای تولید شده از این گزینش‌ها می‌تواند نتایج مثبت و یا منفی بر روی بدن و فکر داشته باشد، اما با وجود این الگویی فراگیر از سلامتی را شکل مدهد که سبک زندگی را می‌سازد.

پندر و دیگران (۲۰۰۶)، مدل سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت را به منزله‌ی نسخه‌ی مکملی از مدل‌های ارتقای سلامت در نظر گرفته‌اند که در آن سلامت به منزله‌ی وضعیت پویای مثبت، نه صرفاً نداشتن بیماری، تعریف شده است. در واقع، این مدل ماهیت چند بعدی افراد را - زمانی که برای جست‌وجوی سلامت و ارتقای آن در محیط‌شان با هم تعامل برقرار می‌کنند - توصیف می‌کند. پایه‌ی تئوریک مدل ارتقای سلامت از تئوری‌های یادگیری اجتماعی (شناخت اجتماعی) که در آن فرایند واسطه‌ای شناختی شامل متغیرهای مهمی در رفتارهای منظم است و همچنین از نظریه‌های کنش منطقی و رفتار برنامه‌ریزی شده بهره می‌برد.

از آنجا که سلامت دو بعد فردی و اجتماعی دارد، مدل ارتقای سلامت سبک زندگی فقط بر فرد تمرکز نکرده و بر مداخله‌ی سازمانی، محیطی و اقتصادی نیز برای حمایت و انسجام رفتارهای ارتقای سلامت فردی و سبک زندگی افراد تأکید دارد (زنجری، ۱۳۹۰). در مدل ارتقای سلامت، عوامل شناختی - ادراکی (همچون منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی)، احتمال درگیر شدن در رفتارهای ارتقادهنده سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند و عوامل تعدیل‌گر (همچون عوامل جمعیت‌شناختی، تأثیر گذارنده‌های بین فردی و عوامل رفتاری) به منزله‌ی عوامل تعامل‌گر سببی، برای تأثیرگذاری بر فرایند شناختی - ادراکی هستند؛ بنابراین، بطور غیر مستقیم رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین می‌کنند (دن و هریس، ۲۰۰۴؛ کیتینگ، ۲۰۰۵). با توجه به بیان پندر، رفتارهای ارتقای سلامت، به خصوص هنگامی که با سبک زندگی سالم که در همه‌ی جنبه‌های زندگی نفوذ پیدا

کرده است سازگار شود، به گسترش سلامت، افزودن توانایی‌های ساختاری و کیفیت بهتر زندگی و ارتقای سلامت اجتماعی منجر می‌شود (پندر و دیگران، ۲۰۰۶).

سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت به آن توجه شده و جنبه‌ی اجتماعی سلامت را با محور قرار دادن فرد بررسی می‌کند. بلوک و برسلو در سال ۱۹۷۲، در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را با میزان عملکرد اجتماعی اعضای جامعه‌ی مترادف دانستند و شاخص سلامت اجتماعی را طراحی کردند؛ همچنین تلاش کردند با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (باولینگ، ۱۹۹۸). این مفهوم را در چند سال بعد، دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند. استدلال آن‌ها این بود که سلامت، موضوعی فراتر از گزارش علائم بیماری‌ها و توانایی‌های کارکردی فرد است. آن‌ها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی موضوعی متمایز از سلامت جسمی و روانی است. بر اساس برداشت آنان، سلامت اجتماعی در حقیقت، هم‌بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد (فروم، ۱۳۸۵).

سلامت اجتماعی یا حداقل فقدان آن یک نگرانی مهم در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی است. از نظر اجتماعی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به نهنجاری^۱ و بیگانگی^۲ اجتماعی دارد. از دیدگاه دورکیم (به نقل از کییز، ۱۹۹۸) سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه‌ی زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است؛ یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (کییز، ۱۹۹۸). چگونگی انفصال فرد از نظم جمعی و نابسامانی در سیستم هنجاری و آنومی از مباحث مهمی است که در تئوری نابسامانی (بی‌هنجاری) دورکیم مورد توجه قرار گرفته است. او بی‌هنجاری را به مفهوم فقدان پیوند بین فرد و جامعه درباره‌ی اهداف اجتماعی و انتظارات جمعی و آنچه که جامعه بعنوان الگوهای رفتار برای اعضای خود متصور شده است به کار می‌برد.

^۱ anomie

^۲ alienation

دورکیم دو نوع آنومی را تشخیص می‌دهد: یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی یا آنومی نوعی احساس فردی از بی‌هنجاری است و نشانگر حالتی فکری است که در آن احساسات فرد نسبت به خود وی سنجیده می‌شود. چنین حالتی همراه با اختلالاتی در درون فرد بوده و او نوعی احساس بی‌هنجاری، پوچی و بی‌قدرتی را تجربه می‌کند. آنومی در سطح اجتماعی، نشانگر نوعی اختلال و بی‌هنجاری جمعی است که در آن احساسات فرد با توجه به سیستم اجتماعی سنجیده می‌شود. زمانی که توازن اجتماعی وجود ندارد، فرد فاقد وسیله‌ی لازم جهت تنظیم رفتار خود و تطبیق آن با معیارهای اجتماعی مقرر و نیز فاقد احساس حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی است (رسولی‌نژاد، ۱۳۹۳: ۶۰).

لارسن (۱۹۹۶)، سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست، تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان‌دهنده‌ی رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند (لارسن، ۱۹۹۶: ۱۸۳). اوستون و جیکوب (۲۰۰۵)، سلامت اجتماعی را شامل مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود بعنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه و تمامیت شخص در شبکه‌ی اجتماعی او توجه کرده‌اند.

کییز (۲۰۰۴)، نیز مانند لارسن معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی است. از این‌رو او سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست می‌داند. به اعتقاد او و شاپیرو (۲۰۰۴)، آنچه که بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است؛ لذا او به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارض‌کننده‌ی شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی می‌دهد.

سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند، مثلاً بعنوان همسایه، همکار و همشهری (کییز، ۱۹۹۸). کییز (۱۹۹۸) در یک تحلیل

عاملی گسترده، یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش از سلامت اجتماعی ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه‌ی معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است و شامل ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی می‌شود. انسجام اجتماعی، ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند، سهیم می‌داند. مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد.

افرادی که دارای بعد پذیرش اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران بعنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی پذیرش خود است. در پذیرش خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته‌اش دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد، همه‌ی جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (کییز، ۲۰۰۲).

مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی مشابه با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌دهند)، در مقیاس سلامت روان است. مشارکت اجتماعی همچنین نزدیک به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی است. خودکارآمدی یعنی این که فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام برساند. مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات شخصی در ارتباط با اجتماع. بنابراین از مجموع این دو مفهوم، مشارکت اجتماعی پدید می‌آید. مشارکت اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می‌کند آن چه انجام می‌دهد در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی مؤثر است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۱۱-۱۰).

انطباق اجتماعی عبارت است از دانستن و علاقه‌مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن و اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افراد سالم و

اجتماعی در مقابل دسیسه‌های اجتماع مراقب هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آنچه که در اطرافشان رخ می‌دهد را بفهمند (کییز، ۲۰۰۲). انطباق اجتماعی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند. شکوفایی اجتماعی نیز عبارت از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع است و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده‌ی جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیت‌های جمعی مشارکت بیشتری داشته باشند؛ همچنین باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف داشته باشد که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (احمدی، ۱۳۸۴).

در مجموع، کار کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظریه‌ی کییز حلقه‌ی مفقوده در تاریخچه‌ی مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً بعنوان همسایه، همکار و شهروند اجتماعی عملکرد خوبی دارد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵) و این بستگی به سبک زندگی فرد دارد.

کییز معتقد است سلامت یک بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (چلقان، ۲۰۰۸: ۲) و معتقد است عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد؛ همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۲). بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت سلامت اجتماعی افراد متأثر از سبک زندگی آنهاست.

به باور گیدنز، سبک‌های زندگی امکانات مختلفی هستند که افراد برای تولید و بازتولید هویت خود از آن‌ها استفاده می‌کنند. به نظر وی همه‌ی موجودات انسانی بطور مداوم بر فعالیت‌های خویش نظارت دارند. در روابط اجتماعی، انسان‌ها یک حس امنیت وجودی به دست می‌آورند که وی ریشه‌ی آن را در مفهوم اعتماد تعمیم یافته می‌یابد. این اعتماد تشکیل‌دهنده‌ی رابطه‌ای است که جهت‌گیری‌های عاطفی و شناختی به سوی دیگران، دنیای عینی و هویت شخصی از آن نشأت می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۵: ۶۳). منظور ویر نیز از سبک زندگی، ارزش‌ها و رسم‌های مشترکی است که به افراد احساس هویت جمعی می‌بخشد (توسلی، ۱۳۸۳: ۶۲)؛ لذا سبک زندگی و شیوه‌ی زیستن انسان‌ها تأثیر بسزایی در سلامت اجتماعی آنها دارد.

در واقع سبک‌های زندگی منابعی هستند برای ثبات یا مکانیزم‌هایی برای مقابله که به مردم کمک می‌کنند روابطشان را در شرایط تغییر اجتماعی مدیریت کنند. سبک‌های زندگی دارای دو سطح فردی و اجتماعی هستند. سبک زندگی، سبکی گروهی و اجتماعی است که نه تنها توسط موقعیت‌های اجتماعی ثابتی همچون طبقه، جنس، سن و یا فعالیت‌هایی همچون مشاغل مشخص می‌شوند، بلکه به وسیله‌ی رفتارهای مصرفی مشترک (همچون ذائقه‌های مشترک)، الگوهای مشترک فعالیت اوقات فراغت (برای مثال علائق به ورزش)، نگرش‌های مشترک به موضوعات کلیدی (همچون نگرش‌های مشابه به مسائل جنسی، محیطی و ...) نیز مشخص می‌گردند (چانی، ۱۹۹۶: ۱۱).

سبک زندگی اجتماعی است؛ زیرا به واسطه‌ی نمودها فهمیده می‌شود، چنانکه به وسیله‌ی مجموعه‌ای از نگرش‌ها می‌توان آن را درک کرد و توسط سبک‌های لباس پوشیدن، آراستگی و مانند آن رسانده می‌شود. عقاید و تعهدات به ارزش‌های خانواده که به طور قوی حفظ می‌شوند، احتمالاً توسط سبک‌های ویژه‌ای از انتخاب‌های زیبایی‌شناسانه نمادگرایی می‌شوند (چانی، ۱۹۹۶: ۹۶).

به اعتقاد سوئل سبک زندگی - فرهنگی یا مادی - پیامدهای گسترده‌ای برای زندگی فردی و اجتماعی دارد و می‌تواند موجب ارتقای سلامت اجتماعی افراد جامعه گردد. سبک زندگی ممکن است عامل بهره‌برداری بهتر از انرژی یا از هم پاشیدن خانواده، تولید الگوهای مهاجرت، میزان جرم و جنایت، بهداشت و توزیع رفتارهای بهداشتی باشد (سوئل، ۱۹۸۱: ۱۶۹). خصلت اجتماعی سبک زندگی و شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان‌دهنده‌ی بهزیستی و سلامت اجتماعی افراد است.

گامسون نیز استدلال می‌کند که مشارکت در جنبش‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در بر می‌گیرد و نشان‌دهنده‌ی فرصتی برای درک خود است. طبق نظر هوگی و دیگران (۱۹۹۹)، مشارکت در جامعه به جوانان فرصت بسط روابط اجتماعی با افرادی غیر از خانواده و همسالان را در موقعیت‌های مختلف اجتماعی می‌دهد و به آنها کمک می‌کند تا یک درک درست نسبت به خود و دیگران پیدا کنند و از این طریق سلامت اجتماعی خود را تقویت نمایند (کیکوگ نانی و دیگران، ۲۰۰۷: ۱۰۰-۹۹). به عبارت دیگر، هر ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می‌کند شامل حمایت‌هایی است که از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند و همه‌ی اینها مستقیماً سلامت اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهند (هرزوغ و دیگران، ۲۰۰۲: ۶۰۶).

روش‌شناسی پژوهش

نوع تحقیق در این پژوهش کاربردی است. روش اجرای تحقیق نیز پیمایشی است که در آن برای گردآوری داده‌ها از تکنیک پرسشنامه استفاده شده است. همچنین برای تهیه‌ی چارچوب مفهومی و تجربی از روش‌های اسنادی (کتابخانه‌ای) یعنی رجوع به منابع موجود استفاده شده است. واحد مشاهده و تحلیل این تحقیق فرد است. علت انتخاب روش پیمایش رسیدن به بیشینه‌ی قدرت تعمیم‌یافته‌ها است.

جمعیت آماری تحقیق شامل کلیه‌ی افراد ۱۵ ساله و بیشتر ساکن شهر تالش در زمان مطالعه بود. برای انتخاب حجم نمونه از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) استفاده شده است که با استفاده از فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد، تعداد ۳۸۰ نفر بعنوان نمونه انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. به لحاظ زمانی این پژوهش در سال ۱۳۹۳ به اجرا درآمده است.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک نرم‌افزار SPSS از آماره‌های توصیفی و استنباطی (آزمون تی، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) استفاده شده است.

برای بررسی اعتبار پرسشنامه تحقیق از اعتبار صوری و اعتبار محتوا استفاده شد. برای سنجش پایایی نیز از آلفای کرونباخ استفاده گردید.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای دستیابی به اهداف پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شده است: پرسشنامه داده‌های جمعیت‌شناختی: پاسخگویان از طریق این پرسشنامه اطلاعات خود را در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، میزان تحصیلات و رشته‌ی تحصیلی گزارش کردند.

پرسشنامه‌ی سبک زندگی سلامت‌محور: پرسشنامه‌ی سبک زندگی سلامت‌محور (HPLPII)^۱ از ۵۲ سوال تشکیل شده است که ۶ زیرشاخه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی دارد. HPLPII از پاسخگو می‌خواهد تا بر روی طیف پاسخ لیکرتی ۴ نقطه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، کم و خیلی کم) مشخص کند که چقدر رفتارهای خاص ارتقادهنده‌ی سلامت را انجام می‌دهد؟ توافق درونی نهایی HPLPII ابتدا توسط آلفای کرونباخ برای ابزار ۲۴ سؤالی و سپس برای زیرشاخه‌های آن محاسبه شد. نتایج پایایی HPLPII در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: ضریب آلفای مقیاس سبک زندگی سلامت محور

متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفا
وضعیت تغذیه	۴	۰/۷۶
فعالیت بدنی	۴	۰/۷۵
مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت	۴	۰/۷۱
مدیریت استرس	۴	۰/۷۴
روابط بین فردی	۴	۰/۸۱
رشد معنوی	۴	۰/۷۳
کل HPLPII	۲۴	۰/۸۱

پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی: پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی کبیز که شامل ۱۵ سؤال بوده و ۵ بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری سؤالات بصورت ۴ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت می‌باشد. پاسخگویان موافقت خود با این سؤالات را با گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، کم و خیلی کم اعلام می‌کنند. پایین‌ترین نمره‌ی ممکن در

^۱ Health Promotion Lifestyle Profile

سلامت اجتماعی ۱۵ و بالاترین نمره‌ی ممکن ۶۰ می‌باشد و دامنه‌ی نمرات به دست آمده به سه گروه سلامت اجتماعی پایین، متوسط و بالا تقسیم می‌شود. جهت بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده شد که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۴ برای انسجام اجتماعی، ۰/۷۷ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۸۱ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۶ برای شکوفایی اجتماعی و ۰/۸۳ برای انطباق اجتماعی.

یافته‌های پژوهش

از مجموع ۳۸۰ پاسخگویی که بعنوان نمونه انتخاب شدند، ۵۳/۴ درصد را مردان و ۴۶/۶ درصد را زنان تشکیل دادند که میانگین سن آن‌ها ۲۷/۸ می‌باشد. ۴۲/۶ درصد پاسخگویان مجرد و ۵۷/۴ درصد متأهل، همچنین ۴۸/۷ درصد شاغل و ۵۱/۳ درصد آن‌ها غیر شاغل بودند؛ و بالاخره این که تحصیلات ۱۰/۵ درصد از پاسخگویان زیر دیپلم، ۲۸/۹ درصد دیپلم، ۳۲/۴ درصد کاردانی، ۲۳/۴ درصد کارشناسی، ۴/۷ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بوده است.

جدول ۲: آمار توصیفی متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی به تفکیک

جنس

متغیر	گروه	میانگین	واریانس	انحراف معیار
سبک زندگی سلامت محور	مرد	۵۶/۱۶	۰/۶۲۶	۸/۸۹
	زن	۵۳/۸۷	۰/۵۳۰	۷/۰۶
سلامت اجتماعی	مرد	۳۸/۰۸	۰/۳۰۸	۴/۳۸
	زن	۳۶/۵۸	۰/۳۰۳	۴/۰۴

با توجه به جدول بالا، میانگین و انحراف معیار سبک زندگی سلامت محور در گروه مردان به ترتیب ۵۶/۱۶ و ۸/۸۹ و در گروه زنان ۵۳/۸۷ و ۷/۰۶ بوده است. همچنین میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی در گروه مردان به ترتیب ۳۸/۰۸ و ۴/۳۸ و در گروه زنان، ۳۶/۵۸ و ۴/۰۴ بوده است.

جدول ۳: آزمون تی برای مقایسه‌ی میانگین میزان سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی

بر حسب وضعیت تأهل

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	آزمون تی	سطح معنی‌داری
وضعیت تأهل	مجرد	۵۴/۰۵	۷/۷۱	۲/۱۴۴	۰/۰۳۳
	متأهل	۵۵/۸۶	۸/۴۰		
	مجرد	۳۷/۴۳	۴/۳۱	۱۷۴	۰/۸۶۲
	متأهل	۳۷/۳۵	۴/۲۷		

در جدول ۳، نتایج بررسی میزان سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل آمده است. میانگین نمرات نشان می‌دهد که میان افراد مجرد و متأهل از نظر سبک زندگی سلامت محور تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین سبک زندگی متأهلین (۵۵/۸۶) بیشتر از افراد مجرد (۵۴/۰۵) است؛ اما با توجه به سطح معناداری، تفاوت میانگین سلامت اجتماعی افراد مجرد و متأهل معنی‌دار نیست.

جدول ۴: خروجی آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی میانگین سلامت اجتماعی بر حسب

میزان تحصیلات

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معنی‌داری
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۳۷/۸۰	۴/۲۵	۰/۵۶۱	۰/۶۹۱
	دیپلم	۳۷/۷۲	۴/۳۹		
	کاردانی	۳۷/۰۷	۴/۳۷		
	کارشناسی	۳۷/۱۲	۴/۱۵		
	ارشد و بالاتر	۳۷/۸۳	۳/۹۱		

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی‌داری ($Sig = 0/691$) بین میانگین میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

متغیرهای اصلی این تحقیق، سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن و همچنین سلامت اجتماعی است. به‌منظور بررسی رابطه‌ی میان متغیرها و با توجه به اینکه این متغیرها در سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده‌اند از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: ماتریس همبستگی مرتبه‌ی صفر بین سبک زندگی سلامت محور و مؤلفه‌های آن با

سلامت اجتماعی

متغیرها	سلامت اجتماعی	وضعیت تغذیه	فعالیت بدنی	مسئولیت سلامت	مدیریت استرس	روابط بین فردی	رشد معنوی
وضعیت تغذیه	۰/۴۱۰***						
فعالیت بدنی	۰/۴۶۲***	۰/۵۷۳***					
مسئولیت سلامت	۰/۴۰۴***	۰/۵۳۳***	۰/۵۹۵***				
مدیریت استرس	۰/۳۱۹***	۰/۱۰۸***	۰/۱۰۶***	۰/۱۳۰***			
روابط بین فردی	۰/۳۸۷***	۰/۰۹۸***	۰/۱۶۷***	۰/۱۶۶***	۰/۵۶۹***		
رشد معنوی	۰/۶۳۸***	۰/۴۹۵***	۰/۴۶۰***	۰/۴۵۸***	۰/۰۵۷***	۰/۱۷۷***	
سبک زندگی سلامت محور	۰/۶۵۹***	۰/۵۴۴***	۰/۵۲۷***	۰/۴۶۷***	۰/۵۸۱***	۰/۶۱۹***	۰/۶۷۳***

*** معنی‌دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱

بر اساس اطلاعات جدول ۵ بین سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن و سلامت اجتماعی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر هر چه میزان سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن در افراد بیشتر باشد، سلامت اجتماعی آنان نیز بالاتر خواهد بود. در بین ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور، بعد رشد معنوی بالاترین همبستگی را با سلامت اجتماعی دارد؛ همچنین بعد رشد معنوی قوی‌ترین و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت کمترین همبستگی را با سبک زندگی سلامت محور دارد.

در این قسمت از تحلیل داده‌ها، از رگرسیون چندگانه با روش ورود همزمان برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل معنی‌دار بر میزان سلامت اجتماعی استفاده شده است.

جدول ۶: متغیرهای وارد شده در مدل رگرسیون چندگانه برای سنجش اثر متغیرهای مستقل بر

میزان سلامت اجتماعی

متغیرها	B	S.E	Beta	T	Sig
جنس	۱/۱۳۴	۰/۳۰۲	۰/۱۳۲	۳/۷۶	۰/۰۰۰
فعالیت بدنی	۰/۳۵۴	۰/۰۸۵	۰/۱۶۱	۴/۰۷۴	۰/۰۰۰
مدیریت استرس	۰/۳۹۴	۰/۰۹۰	۰/۱۸۵	۴/۳۶۹	۰/۰۰۰
روابط بین فردی	۰/۴۱۶	۰/۱۰۷	۰/۱۶۷	۳/۸۸۵	۰/۰۰۰
رشد معنوی	۱/۱۴۳	۰/۰۸۸	۰/۵۱۴	۱۲/۹۳	۰/۰۰۰
مدل	۱۵/۵۳۳	۱/۲۰۲		۱۲/۹۲۲	۰/۰۰۰

متغیرهای جنس، فعالیت بدنی، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی تأثیر معنی‌داری بر میزان سلامت اجتماعی دارند. در بین متغیرهای مستقل تحقیق، رشد معنوی با ۵۱/۴ درصد بیشترین سهم را در تبیین میزان سلامت اجتماعی دارد. بعد دیگری که تأثیر زیادی بر سلامت اجتماعی گذاشته است، بعد مدیریت استرس با ۱۸/۵ درصد می‌باشد.

جدول ۷: خلاصه مدل رگرسیون چندگانه برای سنجش اثر متغیرهای مستقل بر میزان سلامت اجتماعی

<i>S.E</i>	<i>Adjust R^r</i>	<i>R^r</i>	<i>R</i>
۲/۹۰	۰/۵۴۳	۰/۵۴۹	۰/۷۴۱

از مجموع متغیرهای وارد شده در معادله‌ی رگرسیون، پنج متغیر مستقل تأثیر معنی‌داری بر متغیر وابسته داشته‌اند. از بین متغیرهای باقیمانده در مدل رگرسیون، جنس، فعالیت بدنی، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی در مجموع بیشترین تأثیر را بر میزان سلامت اجتماعی داشته‌اند. اطلاعات بدست آمده نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای وارد شده در مدل ۵۴/۳ درصد از واریانس را تبیین کرده‌اند. مابقی تغییرات متغیر وابسته به دلیل پیچیده و چندبعدی بودن متغیر وابسته یعنی میزان سلامت اجتماعی و همچنین به حساب نیامدن برخی از متغیرهایی است که بر این متغیر تأثیرگذار هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

سبک زندگی مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی مردم به کار می‌رود و منعکس‌کننده‌ی طیف کاملی از ارزش‌ها، عقاید و فعالیت‌های اجتماعی است. به عبارتی سبک زندگی شامل فعالیت‌های معمول و روزانه‌ای است که شخص آن‌ها را در زندگی خود بکار گرفته و روی سلامت او تأثیر دارد (ایگلتون، ۱۳۸۱).

سبک زندگی دارای دو جنبه‌ی مثبت و منفی (سالم و خطرپذیر) است. بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهند کسانی که سبک زندگی سالم را انتخاب می‌کنند رفتارهای خطرپذیر کمتری دارند.

شیوه‌های زندگی مرسوم بین انسان‌ها، تأثیر مهمی بر سلامت و تندرستی آن‌ها دارد. زندگی سالم‌تر، محصول تعامل بین فردی و محیط اجتماعی - اقتصادی احاطه‌کننده‌ی افراد است (سرگین و الیتون، ۲۰۰۰: ۴۹۵). به عبارت دیگر، شیوه و سبک زندگی افراد با نحوه‌ی ارتباطات اجتماعی و حضور آن‌ها در جامعه و بطور کلی سلامت اجتماعی آن‌ها مرتبط می‌باشد.

پژوهش حاضر، رابطه‌ی سبک زندگی سلامت محور و ابعاد آن با سلامت اجتماعی را در بین مردم شهر تالش مورد مورد بررسی قرار داد. یافته‌های این تحقیق نشان داد بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد، بطوری که با سالم‌تر شدن سبک زندگی، میزان سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند. بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین سلامت اجتماعی مردان بیشتر از زنان است. در تأیید این نتایج، مطالعه‌ی صالحی هیکویی (۱۳۸۴)، نشان داد اندازه‌ی شبکه‌ی اجتماعی و میزان اعتماد به دیگران دور در بین مردان بیش از زنان است. به همین ترتیب پژوهش اسکندری (۱۳۸۸)، نشان داد که اعتماد اجتماعی در زنان بعنوان یک نشانه آسیب‌شناختی روابط اجتماعی اندک بوده و به منزله‌ی سدی برای ورود زنان به اجتماع محسوب می‌شود. کمالی (۱۳۸۳)، به این نتیجه رسید سطح اعتماد بعنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی زنان کمتر از مردان بوده و این تفاوت در اعتماد به دیگران دور، بیشتر است. نتایج تحقیق موسی‌نژاد (۱۳۸۸)، نشان دادند که زنان بیش از مردان به خانواده و دوستان اهمیت می‌دهند، اما ارتباط مردان با خانواده و دوستان بیش از زنان است؛ همچنین نتایج تحقیقات چابکی (۱۳۸۱: ۱۳۵-۱۰۷)، بشیریه (۱۳۸۲)، لهسایی‌زاده و باور (۱۳۸۱: ۱۵۰-۱۳۷) و سیادت‌نسبت (۱۳۸۰: ۵-۳) نشان می‌دهد که مشارکت سیاسی زنان، اغلب منفعلانه و در سطح توده است. بر اساس این پژوهش‌ها، زنان نسبت به مردان آگاهی سیاسی کمتری دارند و در مقایسه با مردان از نظر سیاسی بی‌اعتنا ترند.

مفهوم سبک زندگی می‌تواند یک ابزار تحلیلی مفید برای درک تفاوت‌های جنسیتی باشد؛ چرا که اکثر تحقیقات انجام شده در این زمینه جنسیت را یک متغیر تأثیرگذار و مهم دانسته‌اند (شارع‌پور و دیگران، ۱۳۸۹: ۷۰). مطابق با دیدگاه کاکرهام، جنسیت نوعی ساختار اجتماعی است که به استنباط جامعه از رفتار، ویژگی‌ها و نقش‌های مناسب برای مردان و زنان مربوط می‌شود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد میزان سبک زندگی سلامت محور مردان از زنان بیشتر می‌باشد.

تفاوت سبک زندگی مردان و زنان را تحقیقات بسیاری تأیید کرده‌اند. برای مثال یافته‌های قاسمی و همکاران (۱۳۸۷)، نشان داد که جنسیت، در سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان مؤثر بوده است. در رابطه با تفاوت سبک زندگی زنان و مردان، پژوهش شارع‌پور و دیگران (۱۳۸۹)، نشان داد که اعمال مذهبی که بخشی از مفهوم سبک زندگی را تشکیل می‌دهد در میان زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود.

همچنین زنان کمتر از مردان الکل مصرف می‌کنند، کمتر سیگار می‌کشند، علاقه‌ی کمتری به رانندگی‌های پرخطر دارند و در عوض، علاقه به انجام فعالیت‌های زیبایی در میان آنان زیادتر است و از سوی دیگر، مصرف فرهنگی و نیز علاقه به انجام امور دینی در بین آن‌ها بیشتر دیده می‌شود و در مجموع در مؤلفه‌های سبک زندگی در مقایسه با مردان از سبک زندگی سالم‌تری برخوردار می‌باشند. رضایی و دیگران (۱۳۹۲: ۶۰-۵۳)، نیز به این نتیجه رسیدند که مردان شاخص سبک زندگی بالاتری نسبت به زنان دارند.

لاروج (۱۹۹۸)، به این نتیجه رسید که زنان دانشجوی به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت، رفتار بهتری از مردان دارند (به نقل از پورافکاری، ۱۳۹۱: ۴۶)؛ همچنین یافته‌های تحقیق کاکرهام و دیگران (۲۰۰۲)، نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان سبک زندگی سالم‌تری دارند، مثلاً مردان ۲۱/۲ دفعه بیشتر از زنان الکل مصرف می‌کنند و ۱۶ برابر بیشتر از زنان سیگار می‌کشند. کاکرهام (۲۰۰۴)، نیز به این نتیجه دست یافت که از میان ابعاد متفاوت سبک زندگی ابعادی نظیر رانندگی پرخطر در میان زنان کمتر دیده می‌شود. تحقیق او نشان داد که زنان معمولاً الکل کمتری در مقایسه با مردان مصرف می‌کنند و سبک زندگی سالم‌تری دارند.

در مجموع، نتایج این تحقیق نشان دادند بین میزان سبک زندگی سلامت‌محور و ابعاد آن و میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. این نتایج با نتایج تحقیقات دیگری که رابطه‌ی این دو متغیر را بررسی کرده‌اند همخوانی دارد. میرزاحمدی و دیگران (۱۳۹۰)، در تأیید نتایج این تحقیق، نشان دادند که سبک زندگی سالم و معنوی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد و در نقش این نوع سبک زندگی بر سلامت اجتماعی به انسجام اجتماعی، کاهش رفتارهای نابهنجار و انحرافی، ایجاد یک نظام فکری مشترک و اصلاح جامعه اشاره کرده‌اند. یافته‌های این تحقیق همچنین با نتایج تحقیقات محققین دیگری که رابطه‌ی بین دو متغیر زندگی سالم و سلامت اجتماعی و ابعاد آن را

بررسی نموده‌اند (سراج‌زاده و دیگران، ۱۳۹۲؛ صالح صدق‌پور و دیگران، ۱۳۸۸؛ میرزایی و پروین، ۱۳۹۱: ۵۶-۵۱؛ علی‌جانی، ۱۳۸۵: ۱۰۶-۸۹)، همخوانی دارد.

سراج‌زاده و دیگران (۱۳۹۲)، نشان دادند که سبک زندگی دینی دارای تأثیر معنادار مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت کل است که تأثیر آن بر سلامت اجتماعی بطور غیر مستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است. دی (۲۰۱۱)، در تحقیقات خود نشان داده است که سبک زندگی سالم با سلامت اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است. کارسون و آرنولد (۱۹۹۶)، نیز به این نتیجه رسیدند که تقیدات درونی و معنوی و سبک زندگی دینی عامل مهمی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری و اجتماعی است. سبک زندگی دینی و توأم با معنویت از رفتارهای خودکشی، طلاق و انحرافات اجتماعی پیشگیری می‌کند. همچنین پژوهش‌های بسیاری مانند جانسون و دیگران (۲۰۰۰)، بایر و رایت (۲۰۰۱)، ویتن (۲۰۰۵)، سراج‌زاده (۱۹۹۸) و طالبان (۱۳۸۸)، از وجود رابطه‌ای معکوس بین سبک زندگی سالم و بزهکاری و کجروی حکایت دارند. ۱

براهیمی و همکاران (۱۳۸۰)، به این نتیجه رسیدند که شیوه‌ی زندگی سالم، در مصون‌سازی و پیشگیری از انحرافات رفتاری - اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی افراد مؤثر است. نتایج تحقیقات باتلر و دیگران (۲۰۰۲)، نیز نشان دادند که سبک زندگی سالم موجب درک، تعهد، انعطاف‌پذیری در روابط، احساس مسئولیت‌پذیری و استفاده از فن خود مداخله‌ای برای حل تعارض می‌شود.

آنچه بطور کلی از این مطالعه استنباط می‌شود این است که سبک زندگی سالم منجر به بهبود و ارتقای سلامت اجتماعی افراد جامعه می‌شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان پیشینه‌ی کافی پیرامون رابطه‌ی سبک زندگی سلامت‌محور با مسائل اجتماعی بطور عام و سلامت اجتماعی بطور خاص اشاره نمود؛ چرا که بیشتر تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، به رابطه‌ی سبک زندگی با سلامت جسمی یا روانی پرداخته‌اند. به همین منظور پیشنهاد می‌گردد که تحقیقاتی پیرامون سبک زندگی سلامت محور و ارتباط آن با سایر متغیرهای اجتماعی و در بین گروه‌های مختلف انجام گیرد. با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش که حاکی از اهمیت و ضرورت سبک زندگی سلامت‌محور برای فرد و جامعه می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد جهت آشنایی بیشتر با سبک زندگی سلامت‌محور در حوزه‌های تخصصی زندگی فردی و اجتماعی، کارگاه‌های آموزشی در این زمینه برای گروه‌های مختلف مردم توسط سازمان‌های مسئول برگزار گردد.

این پژوهش در شهر تالش صورت گرفت که برای دستیابی به افق گسترده‌تر در این زمینه، توصیه می‌شود این موضوع، در مورد سایر جوامع، خانواده‌ها، نوجوانان و رابطه‌ی میزان سبک زندگی سلامت محور با سایر متغیرها مانند سلامت روانی، نشاط اجتماعی و ... مورد مطالعه قرار گیرد.

فهرست منابع:

- ابراهیمی، امرالله؛ سموعی، راحله؛ آرمان، سرور و میرزایی، فرزانه (۱۳۸۰). بررسی نقش تاریخچه‌ی تجارب مذهبی - معنوی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری و اجتماعی دختران، نخستین همایش جوان و آرامش روان: مشکلات مشاوره و درمانگری با نگرش اسلامی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- احمدی، حسین (۱۳۸۴). جامعه‌شناسی انحرافات، چاپ اول، تهران: سمت.
- اسکندری، لاله (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه الزهراء (س).
- افشانی، سید علیرضا؛ رسولی‌نژاد، سید پویا؛ کاویانی، محمد و سمیعی، حمیدرضا (۱۳۹۳). "بررسی رابطه‌ی سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد"، دوفصلنامه‌ی مطالعات اسلام و روانشناسی، سال هشتم، شماره‌ی ۱۴.
- ایگلتون، تری (۱۳۸۱). درآمدی بر ایدئولوژی، ترجمه‌ی اکبر معصوم بیگی، تهران: نشر آگه.
- بشیریه، حسین (۱۳۸۲). جامعه‌شناسی سیاسی، تهران: نشر نی.
- پورافکاری، نصراله (۱۳۹۱). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه، فصلنامه‌ی تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، سال ششم، شماره‌ی ۱۸.
- پورستار، ملیحه و حکمتی، عیسی (۱۳۸۷). "پیش‌بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر"، زن و مطالعات خانواده، سال دوم، شماره‌ی ۷.
- توسلی، غلامعباس (۱۳۸۳). "تحلیلی از اندیشه‌ی پیر بوردیو درباره‌ی فضای منازعه‌آمیز اجتماعی و نقش جامعه‌شناسی"، نامه‌ی علوم اجتماعی، شماره‌ی ۲۳.
- جمعه‌نیا، سکینه (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی سلامت اجتماعی با سبک‌های هویت‌یابی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر گنبد، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
- چابکی، ام‌البنین (۱۳۸۱). "نقش عوامل روانشناختی در مشارکت سیاسی زنان"، فصلنامه‌ی علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، شماره‌ی ۱۹.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۸). بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی در سال ۸۸-۱۳۸۷، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

دالوندی، اصغر؛ مداح، سید باقر؛ خانکه، حمیدرضا؛ بهرامی، فاضل؛ پروانه، شهریار؛ حسام‌زاده، علی؛ دالوندی، نیوشا و کیانی، تیام (۱۳۹۱). "تبیین سبک زندگی سلامت‌محور مبتنی بر فرهنگ اسلامی"، مجله‌ی تحقیقات کیفی در علوم سلامت، سال اول، شماره‌ی ۴. رحمت‌آبادی، الهام و آقابخشی، حبیب (۱۳۸۵). "سبک زندگی و هویت اجتماعی جوانان"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره‌ی ۲۰.

رسولی‌نژاد، سید پویا (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی سبک زندگی با سلامت اجتماعی در شهر تالش، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه یزد.

رضایی، زینب؛ حسن‌زاده، رمضان و میرزاییان، بهرام (۱۳۹۲). "مقایسه‌ی رضایت زناشویی، سبک زندگی و سلامت روان در مردان و زنان بازنشسته و غیر بازنشسته"، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال چهاردهم، شماره‌ی ۴.

رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۷۸). آنومی یا آشفتگی اجتماعی (پژوهشی در زمینه‌ی پتانسیل آنومی در شهر تهران)، تهران: انتشارات سروش.

زنجری، نسیم (۱۳۹۰). مطالعه‌ی تعیین‌کننده‌های اجتماعی - روان شناختی سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت سالمندان، مطالعه‌ی موردی: سالمندان شهر شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز.

سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). "بررسی رابطه‌ی سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور"، فصلنامه‌ی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره‌ی ۱.

سراج‌زاده، سیدحسین؛ جواهری، فاطمه و ولایتی‌خواجه، سمیه (۱۳۹۲). "دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان"، جامعه‌شناسی کاربردی، شماره‌ی ۴۴.

سیادت‌نسبت، سید مهرداد (۱۳۸۰). "عوامل مؤثر بر مشارکت سیاسی زنان در شهر یاسوج"، فصلنامه آوای دانا، شماره‌ی ۴.

شارع‌پور، محمود؛ ودادهیر، ابوعلی و قربان‌زاده، سکینه (۱۳۸۹). "تحلیل جنسیتی تصادف با تأکید بر مفهوم سبک زندگی سالم: مطالعه‌ی موردی جوانان شهر تهران"، زن در توسعه‌ی سیاست (پژوهش زنان)، دوره‌ی ۸، شماره‌ی ۲.

- صالح صدق پور، بهرام؛ محمودیان، مجید و سلیمانیان، حمیدرضا (۱۳۸۸). "بررسی تأثیر آموزش آموزه‌های قرآنی بر بهبود پذیرش اجتماعی"، فصلنامه‌ی تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی، سال اول، شماره‌ی ۲.
- صالحی هیکویی، مریم (۱۳۸۴). بررسی رابطه‌ی متقابل بین سرمایه‌ی اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل شخصی و جنسیت، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پژوهش، دانشگاه الزهراء (س).
- طالبان، محمدرضا (۱۳۸۸). دینداری و بزهکاری در میان جوانان دانش‌آموز، طرح پژوهشی، معاونت پژوهشی وزارت آموزش و پرورش.
- طولابی، زینب؛ صمدی، سعید و مطهری‌نژاد، فاطمه (۱۳۹۲). "بررسی نقش میانجی عزت نفس و خودکارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی"، مجله‌ی مطالعات جامعه‌شناختی جوانان، شماره‌ی ۹، بهار.
- عبدالله‌تبار، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق‌کمال، سید حسین؛ ستاره‌فروزان، آمنه و صالحی، مسعود (۱۳۸۶). "سلامت اجتماعی دانشجویان"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره‌ی ۳۰ و ۳۱.
- علی‌جانی، مریم (۱۳۸۵). "رابطه‌ی بین هویت دینی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی"، فصلنامه‌ی مطالعات روانشناختی دانشگاه آزاد تهران جنوب، شماره‌ی ۳.
- فارسی‌نژاد، معصومه (۱۳۸۳). بررسی رابطه‌ی سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه‌ی دوم دبیرستان‌های شهر تهران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی روانشناسی دانشگاه تهران.
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا و خاک‌رنگین، مریم (۱۳۹۱). "عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره‌ی ۴۷.
- فروم، اریک (۱۳۸۵). جامعه‌ی سالم، ترجمه‌ی اکبر تبریزی، چاپ چهارم، تهران: بهجت.
- قاسمی، وحید؛ ربانی خوراسگانی، رسول؛ ربانی خوراسگانی، علی و علی‌زاده اقدم، محمداقبر (۱۳۸۷). "تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور"، مجله‌ی دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم، سال شانزدهم، شماره‌ی ۶۳.
- کاویانی، محمد (۱۳۹۰). کمی‌سازی و سنجش سبک زندگی اسلامی، روان‌شناسی و دین، سال چهارم، شماره‌ی ۲.
- کرایب، یان (۱۳۸۳). نظریه‌ی اجتماعی مدرن از پارسونز تا هابرماس، ترجمه‌ی عباس مخبر، تهران: انتشارات آگاه.

- کمالی، افسانه (۱۳۸۳). مطالعه‌ی تطبیقی اعتماد اجتماعی در دو حوزه‌ی فرهنگ و سیاست، پایان‌نامه‌ی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶). اصول و مبانی جامعه‌ی شناسی پزشکی، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۵). تجدد و تشخص (جامعه و هویت شخصی در عصر جدید)، ترجمه‌ی ناصر موفقیان، تهران: نشر نی.
- لعلی، محسن؛ عابدی، احمد و کجیاف، محمدباقر (۱۳۹۱). "ساخت و اعتباریابی پرسشنامه‌ی سبک زندگی (*LSQ*)"، پژوهش‌های روانشناختی، دوره‌ی ۱۵، شماره‌ی ۱.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و باور، یوسف (۱۳۸۱). "نگرش دانشجویان نسبت به مشارکت سیاسی زنان"، فصلنامه‌ی علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، شماره‌ی ۱۹.
- موحد، مجید؛ زنجری، نسیمه و صادقی، رسول (۱۳۹۱). "تعیین‌کننده‌های اجتماعی - جمعیتی سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت سالمندان (مطالعه‌ی موردی: سالمندان شهر شیراز)"، نامه‌ی انجمن جمعیت‌شناسی، سال پنجم، شماره‌ی ۱۰.
- موسی‌نژاد، پریسا (۱۳۸۸). بررسی هویت جنسیتی زنان و مردان در کلان‌شهر تهران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشگاه الزهراء (س).
- مهدوی‌کنی، محمدسعید (۱۳۸۷). دین و سبک زندگی، تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق.
- میرزایی، خلیل و پروین، پژمان (۱۳۹۱). "مسجد، خانواده، سلامت اجتماعی"، ماهنامه‌ی اصلاح و تربیت، سال دهم، شماره‌ی ۱۲۸.
- میرزامحمدی، محمدحسن؛ فرمهینی فراهانی، محسن و اسفندیاری، سهیلا (۱۳۹۰). "بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی"، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال پانزدهم، شماره‌ی ۲.
- نوری، علی (۱۳۸۶). "شیوه‌ی زندگی سالم در رویکرد نوین"، نشریه‌ی داخلی انجمن ارتقای سلامت و شیوه‌ی زندگی سالم، سال دوم، شماره‌ی ۵.
- نیازی، محسن و قبادی، علیرضا (۱۳۹۰). "تبیین رابطه‌ی تربیت دینی با شیوه‌های تربیتی والدین و سلامت اجتماعی فرزندان (مطالعه‌ی موردی: موزان مقطع متوسطه‌ی شهرستان کاشان در سال ۹۰-۱۳۸۹)"، فصلنامه‌ی خانواده و پژوهش، سال هشتم، شماره‌ی ۱.

وحیدی، رضاقلی؛ کوشا، احمد؛ کلانتری، هادی و تبریزی، جعفر صادق (۱۳۹۱). "تعیین-کننده‌های اجتماعی سلامت و سازمان‌های مرتبط در استان آذربایجان شرقی"، مجله‌ی سلامت و بهداشت، سال سوم، شماره‌ی ۴.

Abel, T. (1991). "Measuring hearth lifestyle in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings", *Soc Sci Med*, 32(8): 899- 908.

Adler, A. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books Inc.

Akbari, I. (2004). Community nutrition as a healthy Key, *Proceeding of the 8th Congress of Nutrition*, Sep 6-9, Tehran. Iran.

Baier. Colin, J., and Bradley R. E. Wright. (2001). "If You Love Me, Keep My Commandments: A Meta Analysis of the Effect of Religion on Crime", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38 (1): 3-21.

Bowling, A. (1998). *Measuring Health*, Philadelphia: Open University Press.

Butler, M. H., Julie, A. S., & Brandt C. G. (2002). "Prayer as a Conflict Resolution Ritual: Clinical Implications of Religious Couples' Report of Relationship Softening, Healing Perspective, and Change Responsibility Therapy", *the American Journal of Family Therapy*, 30(1): 19-37.

Carson, V. B. & Arnold, E. (1996). *Mental Health Nursing: The Nurse Patient Journey*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2007). "Social Participation, Sense of Community and Social Well-Bing: A Study on American, Italian and Iranian University Students", *Springer Science Business Media B.V.* pp 97-112.

Challaghan, L. (2008). *Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature*, personal social service research unit, established at the University of Kent a Canterbury, www.ukc.ac.uk/PSSRU.

Chaney, D. (1996). *Lifestyle*, London, Routledge.

Chaney, D. (2002). "Comopolitan art and cultural citizenship, Theory", *Culture and Society*, 19(1-2): 157-74.

Cockerham, W. C. (2005). "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure", *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 51-67.

Cockerham, W. C., Snead, C. S., & Dewaal, D. F. (2002). "Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage", *Journal of Health and Social Behavior*, 43(1): 42-55.

Cockerham, W. C. (2008). *Social Causes of Health and Disease*, London: Polity Press.

Cockerham, W. C. (2004). *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle*, London: Prentice Hall College.

Day, J. M. (2011). "Religious factors in moral decision-making: Towards an integrated", socio-cultural developmental model, *Estudios de Psicología*, 32: 147-161.

Divine, R. L. & Lawrence, L. (2007). *Analysis of the Healthy Lifestyle Consumer*, Central Michigan University, Mt Pleasant, Michigan, USA.

Don, N. & Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories*, 2ed ed, New York City: McGraw-Hill Incorporated: 110-28.

Herzong, A. R., Ofstedal, M. B., & Wheeler, L. M. (2002). "Social Engagement and its Relationship to health", *Clinical Geriatric Medicine*, 18(3), ix.

Johnson, B. R., Spencer, D. L., David, B. L., & Michael, M. (2000). "A Systematic Review of the Religiosity and Delinquency Literature", *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 16 (1): 32-52.

Joubert, C. E. (1995). "Catholicism and indices of social pathology in the states", *Psychological Reports*, 76: 573-574.

Keating, X. D. (2005). "A meat-analysis of college students Physical activity behaviors", *Journal of Am Coll Health*, Vol. 54, No. 2: 25-116.

Keyes, C. L. M. (2004). *Complete mental health: an agenda for the 21 century* Washington.

Keyes, C. L. M. (1998). "Social well-bing", *Social Psychology Quarterly*, 61 (2): 121-140.

Keyes, C. L. M. (2002). "The mental health continuum: From languishing to flourishing in life", *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (2004). "Social Well-Being in the United States", *A Descriptive Epidemiology* Pp. 350-372 in *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife*, edited by Orville G. Brim, Carol Ryff and Ronald Kessler. Chicago: University of Chicago Press.

Larounh, R. (1998). "Determinants of College Students Health Promoting Lifestyle", *Clinical Excellent Nurse Practitioners*, 2 (1): 35-44.

Larson, J. S. (1996). "The World Health Organization Definition of Health: Social Versus Spiritual Health", *Social Indicators Research*, 38: 181-192.

Park, J. I. (2004). *General health: textbook of community medicine*, Trans. Shojaei Tehrani, H. Tehran, Iran: Samat Publications.

Pender, J. N., Murdugh, L. C., & Parsons, A. M. (2006). *Health promotion in nursing practice*, Nurs. 5th ed, upper saddle river.

Pol, G. L. & Thomas, K. R. (2002). *The demography of health and health care*, New York, 2ed.

Serajzadeh. S. H. (1998). *Muslims Religiosity & Delinquency: An Examination of Iranian Youth*, PhD. Dissertation, Essex University.

Sergin, C. & Eliton, S. (2000). *Social Skills Rating: Poor Social Skills Are a Vulnerability Factor in the Development of Psychosocial*, *Human Communication Research*, 26.

Sobel, M. (1981). *Lifestyle and Social Structure: Concepts, Definition, and Analyses*, Academic Press.

Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy Societies: From Inequality to well-being* Routledge, London.

Williams, S. J. (1995). "Theorizing Class, Class, Health and Lifestyle: Can Bourdieu Help Us?", *Sociology of Health & Illness*, 7 (5): 577-604.

Witten, D. A. (2005). Religion and Delinquency in the Context of Race and Place, Dissertation, University of Maryland, College Park.

World Health Organization (1998). Health promotion glossary, Geneva, Switzerland: author.

Tavakoli, R. & Sanaei Nasab, H. (1996). "Use of safety belt", *Journal World Health*, 11(1): 38-41.

Shaban, M., Mehran, A. & Taghlili, F. (2007). "Relationship between perception of health concept and health promoting behaviors: A comparative study among Tehran University medical and non-medical Students", *Persian Hayat*, Vol. 13, No. 3: 27-36.

Ustun, B. & Jakob, R. (2005). Re-Defining Health, *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, 83: 802.