

فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان / سال دوم / شماره پنجم / بهار ۹۱ / صفحات ۷۳-۹۴

بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر سلامت عمومی

(مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه‌های شهر جهرم)*

فخرالسادات پیلتن^۱

فرزانه قانعی^۲

چکیده:

وضع سلامت یک جمعیت به عوامل متعدد و پیچیده‌ای وابسته است که هم جنبه ژنتیک و محیطی دارد هم در یک طیف گسترده جنبه اجتماعی می‌یابد. هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عمومی می‌باشد و روش تحقیق پیمایشی است. در چارچوب تئوری از نظریه‌های آدلر، دال و کوکرهام، پارسونز، زان، ماینر و داینر برای گزینش متغیرهای مورد بررسی استفاده و تئوری ترکیبی ساخته شده است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر جهرم می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی تعداد ۳۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و از طریق پرسش‌نامه محقق ساخته و همچنین پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی، داده‌های لازم جمع‌آوری شدند. روایی سؤالات با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و با استفاده از تحلیل عاملی تعیین اعتبار گردید. سپس با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی ارتباط هر یک از متغیرها با سلامت عمومی سنجش و تجزیه و تحلیل شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که بین رشته تحصیلی با بعد شکایت جسمانی تفاوت معنادار وجود دارد و بر حسب نتایج آزمون مقایسه میانگین بین جنسیت و بومی و غیربومی بودن دانشجویان تفاوت معنادار وجود دارد. در آزمون همبستگی پیرسون بین فعالیت‌های ورزشی، سبک مصرف مواد غذایی، رضایت از زندگی به عنوان متغیرهای مستقل و سلامت عمومی به عنوان متغیر وابسته رابطه معناداری وجود دارد. بر اساس داده‌های رگرسیونی متغیرهایی چون بهداشت فردی، فعالیت ورزشی و رضایت از زندگی بیشترین تأثیر بر سلامت عمومی دارند.

کلید واژه: سلامت عمومی، سبک زندگی، رعایت بهداشت فردی، فعالیت‌های ورزشی، رضایت از کیفیت زندگی.

* تاریخ وصول: ۹۰/۴/۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۳۰

۱- دکتری جامعه‌شناسی و دبیر آموزش و پرورش جهرم

۲- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد جهرم

۱- مقدمه

نیروی انسانی در هر جامعه‌ای به عنوان مهمترین سرمایه محسوب می‌شود که سلامت آنها در فرایند توسعه نقش تعیین‌کننده دارد. سلامت شرط ضروری ایفای نقش‌های اجتماعی است، افراد جامعه زمانی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بداند. قاعدتاً بیماری ضمن‌اینکه با ضوابط بالینی قابل توجیه است شناخت اجتماعی نیز در این راستا بی‌تأثیر نمی‌باشد. سلامت چه به صورت فردی چه به صورت جمعی بی‌تردید مهمترین جنبه از مسائل حیات اجتماعی است. مسائلی که از دوران ما قبل تاریخ تا کنون بشر به منظور حصول آن تلاش وافر نموده است و حاصل این تلاش بشری مجموعه علوم پزشکی و زیستی به منظور حفظ سلامت فردی و اجتماعی می‌باشد. امروزه هر چه میزان سلامتی اعم از روانی و جسمانی در جامعه کاهش پیدا کند امر توسعه و پیشرفت دچار خلل خواهد شد. بنابراین جوامعی که در صدد توسعه پایدار هستند به سلامتی اعضای خود توجه ویژه دارند.

سلامت روانی تحت تأثیر عوامل مختلفی است که جامعه و فرهنگ نیز عامل مهمی در حفظ آن و پیشگیری از این بیماری محسوب می‌شود. زیرا سلامت روانی چیزی فراتر از فقدان بیماری است و مضمون وضعیتی می‌شود که فرد در آن ضمن لذت‌بردن از زندگی خویش، تفکرات و رفتار غیرطبیعی نداشته و قادر به برقراری ارتباط مناسب و موثر با محیط پیرامون خود است و به همه لحاظ دارای رفتاری مناسب و متعادل و مفید فایده است. از طرفی صاحب جسمی سالم و زندگی پر نشاط می‌باشد. از آنجا که سلامت روانی یک ضرورت فوری است در نتیجه سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت روان و سلامت جسمانی از مهمترین سرمایه‌گذاری‌ها بوده و نتایج و ثمرات بسیار ارزشمند و فراگیر را به همراه دارد. بنابراین توجه به عوامل اجتماعی که لازمه سلامت روانی فردی و اجتماعی از اهم موارد در حوزه بهداشت و درمان می‌باشد.

۲- بیان مسأله

پیشرفت هر جامعه منوط به توانائی‌های نیروی انسانی آن جامعه است که بهره‌گیری از توانایی و رشد استعدادهای افراد جامعه وابسته به سلامت روانی آنها می‌باشد. برنامه‌ریزان و دولت‌مردان سالیانه در تمامی کشورها مبالغ هنگفتی در جهت کاهش و حذف بیماری‌ها مصروف می‌کنند اما کماکان جامعه بشری درگیر بیماری‌های جسمی و روانی متعددی است. در این راستا کمتر به مباحث اجتماعی در کنترل و پیشگیری بیماری‌های جسمی و روانی وقعی نهاده می‌شود. قاعدتاً جامعه‌ای که اغلب مردم آن از بیماری‌های روانی و جسمانی رنج می‌برند جامعه پویا و پیشرفته نخواهد بود. بنابراین توجه به عوامل

متعدد حفظ سلامت عمومی به‌ویژه عوامل اجتماعی از اهم امور می‌باشد که این پژوهش به دنبال بررسی عوامل مذکور بر سلامت روانی است.

عوامل اجتماعی نقش مهمی در ایجاد، حفظ و یا از میان رفتن سلامت انسان دارد. شرایط و موقعیت‌های اجتماعی نه تنها امکان ایجاد بیماری و یا معلولیت را افزایش می‌دهد، بلکه می‌تواند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و نیز حفظ سلامت ترسیم نماید. مهمترین خطرات مطرح برای سلامت، رفاه و آسایش فرد، معمولاً از یک شیوه زندگی ناسالم و رفتار خطرآفرین ایجاد می‌شود و این واقعیتی است که در مورد برخی از بیماری‌ها مطرح است. از سوی دیگر شیوه زندگی سالم و اجتناب از رفتارهای پرخطر توانایی فرد را برای زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر ارتقاء می‌بخشد. عوامل اجتماعی همچنین اثر قابل توجهی در رویه‌ای که جوامع منابع خود را برای مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه مراقبت‌های پزشکی به مردم سازماندهی می‌کنند، دارد. افراد و اجتماعات همواره به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ، هنجارها و ارزش‌های خود به مسائل بهداشتی و درمانی پاسخ می‌دهند بنابراین سلامت عمومی ضرورت هر جامعه و توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر آن غیرقابل اغماض می‌باشد.

حال این مسأله اساسی مطرح می‌شود که چه عواملی بر سلامت عمومی جامعه مؤثر است؟ و از بین عوامل متعدد اجتماعی - فرهنگی کدامیک بیشترین تأثیر را دارد؟ امروزه با توجه به تغییرات اجتماعی و پیشرفت تکنولوژی و ایجاد رفاه‌طلبی انواعی از بیماری‌های جسمی و روانی پدید آمده‌است. با این وجود که هرگاه سلامت جسمی و روانی افراد به مخاطره افتد قاعدتاً بر وضعیت اشتغال، درآمد، روابط اجتماعی، نظم اجتماعی، فزونی نابهنجاری‌های اجتماعی، از هم‌پاشیدگی خانواده و تحمیل هزینه‌های مادی و روانی به اعضای خانواده تأثیر خواهد داشت. لذا بررسی علمی به‌ویژه با توجه به اینکه حوزه سلامت به عنوان حوزه فراموش شده به لحاظ جامعه‌شناسی در ایران است می‌تواند عامل عمده‌ای در برنامه‌ریزی، سیاست-دهی و تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری باشد.

از آنجا که دانشجویان از قشر تحصیل‌کرده هستند و آینده جامعه وابسته به تلاش مستمر و آگاهانه این قشر می‌باشد لذا این سؤال مطرح می‌شود که کدام عوامل اجتماعی و فرهنگی بر سلامت روانی آنها مؤثر است؟ از عوامل متعدد فرهنگی و اجتماعی کدامیک تأثیر بیشتری بر سلامت روانی دانشجویان دارد؟ بدین ترتیب چگونه می‌توان در جامعه سلامت روانی را افزایش داد؟

۳- اهداف تحقیق

اهداف نظری تحقیق حاضر دست‌یابی به چهارچوب تئوری متناسب به منظور شناسایی تبیینی تأثیر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عمومی بین دانشجویان دانشگاه‌های جهرم می‌باشد. در بعد عینی و کاربردی از نتایج این پژوهش می‌توان با شناسایی دقیق و علمی، عوامل بازدارنده و برانگیزنده سلامت

روانی را شناسایی کرد و در افزایش سلامت بهره گرفت. در این زمینه سازمان‌های مختلف متولی بهداشت و درمان و آموزش عالی به عنوان گروه‌های هدف می‌توانند از نتایج این تحقیق با دیدی واقع‌گرایانه و منطقی در جهت تقویت سلامت روانی بهره گیرند و برای رفع بیماری‌ها و افزایش سلامت تصمیمات لازم اتخاذ و در جهت برنامه‌ریزی و اجرا استفاده کنند. زیرا کاهش سلامتی برابر با نابودی اقتصادی و اجتماعی جامعه می‌باشد.

۴- پیشینه تحقیق

در اینجا سعی شده از بین تحقیقات وسیع انجام‌شده داخلی و خارجی به تعداد معدودی که عمدتاً در زمینه سلامت روانی است، اشاره شود.

مرتضی امیدیان با تحقیقی پیرامون بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در بین دانشجویان دانشگاه یزد و با حجم نمونه ۵۵۴ دانشجو به صورت تصادفی طبقه‌ای به نتایجی دست یافت. نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار بین جنس و شادکامی و سلامت عمومی است و ۵۶/۷ درصد از دانشجویان مشکل روان‌شناختی ندارند و ۲۷/۷ درصد مشکلات متوسط و ۱۵/۷ مشکلات جدی دارند (امیدیان، ۱۳۸۸).

طهماسبی‌پور و کمانگری پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب؛ افسردگی و سلامت روانی انجام دادند و نتایج این پژوهش حاکی از آن است که هر یک از متغیرها (اضطراب؛ افسردگی و سلامت روانی) با نگرش مذهبی همبستگی داشته و در هر سه مورد معنادار بوده- است (طهماسبی‌پور و کمانگری، ۱۳۷۶).

پورشریفی و همکاران در تحقیقی با عنوان طرح بررسی بهداشت روان دانشجویان ورودی جدید دانشگاه‌های وزارت علوم در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ همبستگی بین سلامت روانی و اعتقادات مذهبی را مثبت گزارش نمودند (پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۳).

وحید قاسمی و دیگران در مطالعه‌ای با هدف تبیین سبک زندگی سلامت محور و تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای و زمینه‌ای در میان شهروندان بالای ۱۵ سال تبریز به نتایجی دست یافتند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که سبک زندگی سلامت محور شهروندان برحسب جنس، سن و وضعیت تأهل آنها متفاوت است. اشکال متفاوت سرمایه‌انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان رابطه معنادار دارد (قاسمی، ۱۳۸۷).

حسینی و همکاران در پژوهش تحت عنوان مقایسه وضعیت سلامت روانی دانشجویان کارآموز پزشکی و پیراپزشکی به این نتیجه دست یافتند که مشکلات جسمانی، اختلال خواب، اضطراب و عدم- کارکرد اجتماعی در بین دانشجویان رشته پزشکی و پیراپزشکی وجود داشته، شیوع بعد افسردگی در دانشجویان پزشکی بیشتر از دانشجویان پیراپزشکی بوده است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۳).

لبادی و همکاران با «بررسی ارتباط حمایت‌های اجتماعی با سلامت روان پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب شهرستان ارومیه» دریافتند که بیشتر پرستاران مورد پژوهش در بخش‌های ویژه از سلامت روانی مناسب (خوب) برخوردار می‌باشند و منبع حمایتی همکار را خوب و منبع حمایتی خانواده را ضعیف معرفی کرده‌اند. همچنین از دیگر نتایج این پژوهش این بود که پرستاران مرد در مقایسه با پرستاران زن از حمایت بهتر سر پرستار و همکار برخوردار بودند. همچنین پرستاران زن در مقایسه با پرستاران مرد در مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی جسمانی از سلامت روانی نامناسب برخوردار بودند. همچنین در ادامه تحقیق دیده شد که پرستاران صبح‌کار ثابت در مقایسه با پرستارانی که در شیفت عصر و شب ثابت کار می‌کردند، در مقیاس اختلال افسردگی از سلامت روان مناسب‌تری برخوردار بودند (لبادی و همکاران، ۱۳۸۵).

پژوهشی توسط لیجیون سونگ (Song, lijon) انجام شده است که وی قصد دارد یک مدل مفهومی به‌کار گیرد که سرمایه اجتماعی در تولید سلامت عمومی نقش دارد. وی تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم سرمایه اجتماعی را در سلامت عمومی مورد پژوهش قرار داد نتایج حاصله بیانگر این است که اگر سرمایه اجتماعی افزایش یابد به‌طور معکوس باعث کاهش افسردگی می‌شود. وی با فاکتورهایی همانند سن، جنس، آموزش، اعتبار شغلی، درآمد سالیانه خانواده و مشارکت داوطلبانه به بررسی افسردگی پرداخته است. نهایتاً اینکه سرمایه اجتماعی در یک فرآیند پیچیده به‌عنوان تعیین‌کننده اجتماعی می‌تواند سلامت را تبیین کند (song, 2011).

۵- سلامت روانی

سلامت یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث دنیای پیچیده انسان است که قدمتی به بلندای هستی وی دارد. سلامتی کیفیتی از زندگی می‌باشد که تعریف آن مشکل و اندازه‌گیری آن نیز سخت می‌باشد. متخصصان تعاریف متعددی از مفهوم سلامت ارائه کرده‌اند اما همه آنها به‌طور مشترک مسئولیت در قبال وجود خود و انتخاب سبک زندگی سالم را سرلوحه مباحث خود قرار داده‌اند و همه آنها با هدف به حداکثر رساندن توان فرد برای بهتر زیستن توجه دارند.

برای سلامتی معانی متعددی وجود دارد هرچند کلمه سلامتی برای ما شناخته شده و دارای مفهوم مشخص است، با این وجود تعریف آن آسان نیست و برای مردم مختلف معنای متفاوتی دارد. معنای لغوی سلامتی کامل بودن، بی‌عیب بودن، تندرستی و مقدس بودن است. سلامت در بعد جسمانی و روانی معنا می‌یابد زیرا انسان به تنهایی نه جسم است و نه روان، بلکه تلفیقی از این دو عنصر می‌باشد. لذا چون انسان در محیط اجتماع به سر می‌برد و در اجتماع پیوسته در معرض عوامل اجتماعی و بیولوژیکی گوناگون قرار می‌گیرد، نتیجه آن اختلال در سلامت روانی است. اغلب مردم از اهمیت حفظ سلامت

جسمانی خود آگاهند و از روش‌هایی چون ورزش منظم، تغذیه مناسب، و آزمایش‌های طبی مرتب برای کسب اطمینان از سلامتی خود استفاده می‌کنند، اما تنها تعداد کمی از مردم به اهمیت حفظ بهداشت روان خود واقف هستند. هر چند همه در زندگی خود فشار روانی را تجربه می‌کنند و قطعاً میزان معینی از آن برای انگیزش مفید است، اما سطوح فشار روانی باید به دقت مورد بازبینی واقع شود. فشار روانی می‌تواند مشکلات جسمانی (فشارخون بالا، سردرد، گردن درد، خستگی)، تولید کند و ممکن است سرآغازی برای ناتوانی روانی در بعضی از افراد باشد. بنابراین اصطلاح سلامت روانی، اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهارکردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می‌شود. هر فرهنگی براساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روانی است. هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می‌کند آماده نماید. منظور از سلامت روانی، سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و فکر می‌باشد. از طرف دیگر سلامت روانی روی سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. بسیاری از پژوهش‌های اخیر مشخص کرده‌اند که یک سری اختلال‌های فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند (نجات، ۱۳۷۸، ۱۶۶-۱۶۰).

با توجه به اهمیت بهداشت روانی در هر جامعه اندیشمندان در صدد توضیح و تشریح این پدیده در مفهوم کلی می‌باشند. در سال‌های اخیر، انجمن کانادایی بهداشت روانی را در سه قسمت تعریف کرده- است: قسمت اول؛ نگرش‌های مربوط به خود، با ویژگی‌های تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف- های خود و رضایت از خوشی‌های ساده است. بخش دوم؛ نگرش‌های مربوط به دیگران (با دیگران راحت بودن) با ویژگی‌های علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی می‌باشد. قسمت سوم نیز نگرش‌های مربوط به زندگی (رویاری با الزام‌های زندگی) است که دارای خصایصی چون پذیرش مسئولیت‌ها، ذوق توسعه امکانات و علاقه خود، توانایی اخذ تصمیمات شخصی و ذوق خوب کارکردن می‌باشد (شاملو، ۱۳۶۹، ۱۳-۱۴). به عقیده این انجمن، نشانه‌هایی پیدا می‌شوند که ما را از دشواری‌های روانی، به‌ویژه در خود فرو رفتن، پرخاش‌گری، خودمداری، بی‌اعتمادی شدید، بی‌خوابی، اضطراب، خیال‌بافی، هیپوکندری، ضعف در کنترل هیجان، نوسان‌های خلقی، احساس ناتوانی و وابستگی مطلع می‌سازند.

به‌علاوه در یک جمع‌بندی کلی که مورد قبول اکثر صاحب‌نظران است، می‌توان برای فردی که دارای سلامت روانی است ویژگی‌های زیر را برشمرد:

از استقلال فردی خود با خبر است، زندگی را زیبا می‌بیند و در مشکلات گرفتار نمیدی نمی‌شود، از زندگی بیشتر راضی است و کمتر احساس‌نگرانی می‌کند، عهده‌دار زندگی خود است، خود و دیگران را دوست دارد، بد و خوب خود را قبول دارد، آشفتنگی و ناراحتی خود را به نحوی بروز می‌دهد که برای جامعه قابل قبول باشد، توانایی کنترل خشم خود را دارد، در میان جمع و در تنهایی احساس شادی می‌کند،

آنچه که هست را قبول می‌کند و در عین حال برای خواسته‌های خود تلاش می‌نماید، می‌کوشد به نحوی با ناسازگاری و تناقض‌ها مقابله کند، دیگران و به خصوص افراد پایین تر از خود را تحقیر نمی‌کند، در عین حالی که در میان دیگران هست اما ماهیت شخصیت خود را حفظ می‌کند (شیخ الاسلامی، ۱۳۸۱، ۳۲-۳۳). بنابراین هدف بهداشت روانی، جامعه سالمی است که در مسیر توسعه و پیشرفت ملاک عمده سلامتی آحاد جامعه می‌باشد زیرا بشر بدون سلامت تن و روان در هیچ اموری موفقیت کسب نمی‌کند و به کمال انسانی، سعادت و آسایش دست نمی‌یابد.

۶- چارچوب تئوری

نظریه ابزار توانمندی است که محقق به اتکاء آن می‌تواند ابعاد مختلف مسأله مورد تحقیق را به شیوه علمی مورد بررسی قرار دهد. لذا تعیین یک طرح نظری معتبر که راهنمای مراحل معینی از امر تحقیق باشد ضروری و اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد.

از آنجا که چارچوب تئوری الگویی است که محقق براساس آن درباره‌ی روابط بین عواملی که در ایجاد مسأله مهم تشخیص می‌دهد (خاکی، ۱۳۷۸، ۳۰) و به واقع چشم‌اندازی نظری است که برای بررسی مسأله در پرسش آغازین مطرح می‌گردد، انتخاب می‌کند (کیوی، ۱۳۷۰، ۸۱) بدین ترتیب متغیرهای مهم و مؤثر در شرایط مربوط به مسأله تعریف شده را شناسایی و ارتباط بین متغیرها را به صورت منطقی توصیف می‌کند. لذا در چارچوب تئوری روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته و همچنین متغیرهایی تعدیل‌گر و مداخله‌گر به شیوه‌ای علمی مطرح می‌شوند (خاکی، ۱۳۷۸، ۳۱).

هرچند نمی‌توان مدعی ساختن چارچوب تئوری به معنای واقعی بود اما در هر صورت لازم است که در یک جمع‌بندی مناسب سهم هریک از تئوری‌ها با انتخاب متغیرها نشان داده شود.

از آنجا که وضع سلامت یک جمعیت و در نهایت فرد متکی به عوامل متعدد و پیچیده‌ای است که هم جنبه ژنتیک و محیطی دارد و هم در یک طیف گسترده جنبه اجتماعی می‌یابد. طیف گسترده سلامت بیماری از یک سو نتیجه روابط فرد با محیط اجتماعی، گروه‌های اجتماعی و ساخت‌های اجتماعی (اقتصادی، فرهنگی و ...) است و از سوی دیگر با ویژگی‌های خود فرد از نظر تطابق فردی (در ابعاد ارگانیکی و ذهنی) در ارتباط مستقیم است.

بدین ترتیب در پزشکی هنگامی که علت بیماری تشخیص داده می‌شود از میان مجموعه وسیعی از عوامل متعددی است که چه به لحاظ نوع و زمان ضمن اینکه متأثر از محیط زیستی - فیزیکی است به محیط اجتماعی نیز وابسته می‌باشد. کما اینکه محیط اجتماعی خود نیز به نحو ناگسستگی با محیط فیزیکی - زیستی در هم تنیده شده است (آرمسترانگ، ۱۳۸۷، ۹۳).

عوامل اجتماعی نقش مهمی در ایجاد، حفظ و یا از میان بردن سلامت انسان دارد. شرایط و موقعیت‌های اجتماعی نه تنها امکان ایجاد بیماری و یا معلولیت را افزایش می‌دهد، بلکه می‌تواند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و نیز حفظ سلامت ترسیم نماید. مهمترین خطرات مطرح برای سلامت، رفاه و آسایش فرد و معمولاً از یک شیوه زندگی ناسالم و رفتار خطرآفرین ایجاد می‌شود و این واقعیتی است که در مورد برخی از بیماری‌های جسمی و روانی مطرح است. از سوی دیگر شیوه زندگی سالم و اجتناب از رفتارهای پرخطر توانایی فرد را برای زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر ارتقاء می‌بخشد. عوامل اجتماعی همچنین اثر قابل توجهی در رویه‌ای که جوامع منابع خود را برای مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه مراقبت‌های پزشکی به مردم سازماندهی می‌کنند دارد. افراد و اجتماعات همواره به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ، هنجارها و ارزش‌های خود به مسائل بهداشتی، درمانی پاسخ می‌دهند. خدمات بهداشتی، درمانی اقداماتی ناشی از فلسفه سیاسی هستند و به این جهت ارزش‌های اجتماعی و سیاسی بر انتخاب‌های صورت گرفته، مؤسسات تأسیس شده و سرمایه‌گذاری‌های انجام شده تأثیر دارد. بنابراین سلامت فقط یک امر زیست‌شناختی صرف نیست.

کارکردگراها بر این باورند که آن چه زندگی اجتماعی را ممکن می‌سازد رفتار مردم هر جامعه بر اساس ارزش‌ها و هنجارهای مشترک در نظام اجتماعی خاص خود می‌باشد. از نظر آنها این فرایند «کارکردی» است زیرا به همسازی و یکپارچگی اجتماعی می‌انجامد و فرایندهای کژ کارکردی مانند جرم و بیماری که نظم اجتماعی را متزلزل می‌کند، کنترل خواهد کرد. تمایل جامعه به حفظ خود از طریق تعادل شباهت زیادی به مفهوم زیست‌شناختی «تعادل حیاتی» دارد که بر اساس آن بدن انسان تلاش می‌کند تا به منظور حفظ کارکرد مطلوب شرایط فیزیولوژیکی خود را در گستره به نسبت دائمی و ثابت حفظ کند. یک شخص ممکن است از زگیل، سوءهاضمه، شکستگی پا یا حتی سرطان خوش‌خیم رنج ببرد ولی با این وجود به‌طور کلی سالم باشد. به همین قیاس از چشم‌انداز کارکردگرایی یک نظام اجتماعی از راه تنظیم بخش‌های مختلف در یک گستره به نسبت ثابت و دائمی خود را حفظ می‌کند. یک نظام اجتماعی ممکن است با مشکلاتی نظیر جرم و بیماری مواجه باشد اما به دلیل توانایی و ظرفیت کلی‌اش کارکردی مناسب داشته باشد.

کارکردگراها در رابطه با تندرستی و بیماری معتقدند که تندرستی برای حفظ انسان و حیات اجتماعی سازمان یافته ضروری است. جوامع در صورتی می‌توانند به گونه‌ای مؤثر عمل کنند که عرضه قابل‌قبولی از اعضای فعال و مفید برای انجام وظایف زندگی داشته باشند به نظر آنها در صورتی که تعداد وسیعی از مردم بیمار و یا از نظر جسمانی ناسالم باشند بیماری پدیده‌ای مخرب خواهد بود که موجبات برهم خوردن توازن اجتماعی می‌شود زیرا ناتوانی فرد را در اجرای نقش‌ها و انتظارات فراهم خواهد کرد. به زعم آنها تعادل اجتماعی از راه ایفای مطلوب نقش‌ها توسط افراد و گردن نهادن به نظام ارزش‌ها و

هنجارها پدید می‌آید. از این رو هر پدیده‌ای که تعادل اجتماعی را مختل کند عنصری کژکارکرد تلقی می‌شود (مسعودنیا، ۱۳۸۹، ۵۷۰ و ۵۶۹).

از نظر پارسونز^۱ سلامتی یکی از نیازهای کارکردی عمده برای هر عضو جامعه به شمار می‌رود. وی در اثر خود با عنوان نظم اجتماعی به تشریح اهمیت کارکرد تندرستی برای جامعه پرداخته‌است. پارسونز تندرستی را حالتی از ظرفیت بهینه یک شخص برای ایفای مؤثر نقش‌ها و وظایفی که برای او اجتماعی شده‌است در نظر می‌گیرد. وی شیوع بالای بیماری در جامعه را برای نظم اجتماعی کژکارکردی می‌داند بیماری برای جامعه هزینه‌های بی‌شماری دارد لذا باید از گسترش آن جلوگیری شود این امر پارسونز را به شیوه‌ای که جامعه میزان بیماری و اثرات بالقوه مخربش را به حداقل می‌رساند رهنمون کرد (مسعودنیا، ۱۳۸۹، ۵۷۸).

در این پژوهش عوامل اجتماعی و متغیرهای مستقل مورد بررسی سبک زندگی، میزان فعالیت ورزشی، نوع مصرف مواد غذایی، بهداشت فردی، تنفر از مصرف مواد مخدر و مضر، رضایت از زندگی و نقش نهادهای آگاهی بخش می‌باشد که به تناسب از تئوری مرتبط بهره گرفته شده‌است.

اصطلاح سبک زندگی در پزشکی، دال^۲ بر استفاده از موادی نظیر الکل، سیگار یا انواع خاصی از غذاهاست که برای سلامتی فرد مضر هستند. آبل این تعریف و شاخص‌های ارائه‌شده در آن را به انجام فعالیت‌های ورزشی و بهره‌گیری از خدمات پزشکی نیز بسط می‌دهد (Abel, 1991, 902) و کوکرهام تصمیم‌گیری درباره مصرف غذا، ورزش کردن، مراعات بهداشت فردی، مصرف الکل و مواد مخدر، مسواک زدن و انجام دادن معاینات دوره‌ای پزشکی را اجزاء سبک زندگی بهداشتی می‌خواند (فاضلی، ۱۳۸۲، ۱۴۸). کوکرهام در تعریف از سبک زندگی سالم از ترکیب دو مفهوم انتخاب و موقعیت یاد می‌کند زیرا به عقیده وی سبک‌های زندگی سالم، الگویی جمعی از رفتارهای مرتبط با سلامتی است که مبتنی بر انتخاب‌هایی است که افراد برحسب شرایط و زیستشان در دسترس دارند (Cokerham, 2008, 95) واقع به زعم وی سبک زندگی سالم مجموعه انتخاب‌های فرد است که بنا به موقعیت اجتماعی خود بر می‌گزیند و این برآمده از موقعیت ساختاری می‌باشد. لذا این گزینش می‌تواند نتایج مثبت و منفی بر روی بدن و فکر داشته باشد و در نهایت سلامت یا بیماری جسمانی و روانی را برای فرد به ارمغان آورد.

کنش متقابل‌گرایان نمادی^۳ به الگوهای رفتاری و مصرفی و سبک زندگی افراد نیز توجه دارند آنها می‌کوشند تا این مسأله را تبیین کند که اگر فعالیت‌های همانند مصرف سیگار که برای تندرستی زیان‌آور است چرا مردم آن را مصرف می‌کنند؟ جهان تجربی مورد مطالعه رویکرد کنش متقابل نمادی در باره همین

1- Parsons

2- Duall

3- Symbolic interactionism

جهان طبیعی، زندگی گروهی و کنش بشری است. اصطلاح کنش متقابل نمادین به طور قطع بیانگر سرشت خاص و منحصر به فرد تعاملی است که بین انسان‌ها شکل می‌گیرد. خاص بودن این تعامل به این علت است که انسان‌ها صرفاً به کنش‌های یکدیگر واکنش نشان نمی‌دهند بلکه واکنش آنان به تفسیر یا تعریفی است که از کنش‌های یکدیگر دارند و در واقع واکنش آنان مبتنی بر معنایی است که به کنش‌های دیگران نسبت می‌دهند (جلانی‌پور و محمدی، ۱۳۸۷، ۱۷۸-۱۷۵). در این راستا این گروه از جامعه‌شناسان مسأله سلامت را با توجه به الگوهای معاشرتی (کنش متقابل میان مردم در یک گروه) و شیوه‌ای که مردم در جوامع مختلف دارند مورد تحلیل قرار می‌دهند. به زعم آنها برخی ویژگی‌های سبک زندگی همانند مصرف سیگار، نوشیدن الکل و غذا خوردن به شدت ریشه در کنش متقابل اجتماعی دارد (مسعودنیا، ۱۳۸۹، ۵۹۴). به علاوه سبک زندگی بهداشتی بیانگر مجموعه رفتارهای بهداشتی افراد است که تا چه اندازه ناشی از انتخاب فردی و تا چه حد برآمده از موقعیت ساختاری می‌باشد. موقعیت‌های ساختاری سن، جنس، نژاد، قومیت، جایگاه طبقاتی، تحصیلات و برخی موارد دیگر را شامل می‌شود. توجه کردن به موقعیت ساختاری به معنای تلاش برای نشان دادن عوامل شکل‌دهنده الگوهای سبک زندگی، زمینه‌ای که الگوها در آن تغییر می‌کنند و موانع تغییر رفتارهای شکل‌دهنده الگوهاست (Calnan, 1994, 69). به طوری که طبقات اجتماعی با آرایش منابعی چون ثروت، دانش و شهرت و سود بردن از اتصالات اجتماعی به حفظ سلامتی خود در سبکی متفاوت می‌پردازند بنابراین بر حسب طبقات اجتماعی نابرابری‌هایی دریافتن سلامتی نیز نمایان می‌شود (phelan and etal, 2010, 28-40).

در میان عواملی که سبب توجه به سبک زندگی بهداشتی شده‌اند، سلامت بدنی جذابیت زیادی دارد. جذابیت جسمی از مؤلفه‌هایی است که دوران مدرن استانداردهای جدیدی پیدا کرده و از ساز و کارهای شکل‌دهنده به روابط میان افراد است. رفتارهای بهداشتی افراد می‌تواند ویژگی‌های جسمی خاصی پدید آورد که بر میزان سلامت مؤثر باشد. انواع فعالیت‌های بدن‌سازی، رژیم‌های غذایی و استفاده از تجهیزات ورزشی و آرایشی مختلف به بخشی از سبک زندگی بهداشتی افرادی تبدیل شده‌اند که حساسیت‌های خاصی در زمینه مراقبت از بدن خود دارند. بنابراین به این گونه عوامل در این تحقیق توجه شده است. از جمله کاربردهای تحلیل سبک زندگی که در ذیل عنوان برنامه‌ریزی فراغت قابل بررسی است بازاریابی محصولات فرهنگی است که با اقتصاد فرهنگ نیز مرتبط است. غالباً در این زمینه این بحث مطرح می‌شود که چه کسانی به چه مصرف فرهنگی‌ای اهتمام می‌ورزند. بر همین اساس آندرسون^۱ نیز معتقد است که چگونگی استفاده از محتوای رسانه‌ای و پیام‌رسانی از سوی مراکز بهداشتی و درمانی بیشتر به سبک زندگی مردم مربوط است و نمی‌توان آن را مبتنی بر خواسته‌ها و نیازهای فردی آنها تبیین کرد. در

1 -Anderson

نتیجه میزان استفاده از پیام‌های بهداشتی و میزان آگاهی بخشی از سوی مراکز بهداشتی به‌عنوان یکی از متغیرهای مستقل در این پژوهش بررسی شده است.

متغیر رضایت از کیفیت زندگی^۱ که به‌عنوان یک مفهوم ذهنی و چندبعدی است و در آن می‌توان ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در زمینه نظام فرهنگی و ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، آنها مد نظر گرفت به عنوان متغیر مستقل دیگری که به آن پرداخته شده است، می‌باشد. کیفیت زندگی ممکن است دو جنبه عینی و ذهنی پیدا کند که در جنبه عینی، شاخص‌هایی مانند تولید اقتصادی، تحصیلات، انتظار از زندگی را می‌توان سنجید. اما جنبه ذهنی از کیفیت زندگی تجارب زندگی فرد در قالب گزارش شخصی از رضایت‌مندی، شادی، رفاه و غیره می‌باشد (ماجدی و دیگران، ۱۳۸۵، ۱۰۰ و ۱۰۱).

به‌طور اخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به زمینه‌های سلامتی فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی ارتباط دارد که تحت‌تأثیر تجربه‌ها، اعتقادات، انتظارات و ادراکات فردی است. هر یک از این زمینه‌ها را در دو بعد عینی^۲ و ذهنی^۳ می‌توان ارزیابی کرد. کیفیت زندگی مفهومی گسترده‌تر از یک بحث صرفاً پزشکی است و می‌تواند در حوزه‌هایی همچون روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، اقتصاد و مطالعات محیطی و منطقه‌ای نیز به‌کار برده شود.

به اعتقاد زان^۴ کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که شامل رضایت از زندگی، تصور از خود، فاکتورهای بهداشتی، عملکردی، اقتصادی و فرهنگی است. مطابق نظر او کیفیت زندگی، تحت‌تأثیر زمینه‌های شخصی، سلامت، عوامل اقتصادی - اجتماعی، فرهنگ و محیط و سن است. مفهوم درک‌شده از کیفیت زندگی در نتیجه اثر متقابل بین شخص و محیط او ایجاد می‌شود.

برای متغیر وابسته یعنی سلامت عمومی نیز اندیشه آدلر^۵ مورد توجه می‌باشد. زیرا وی به انتخاب مسؤولیت و معناداری مفاهیم در شیوه زندگی و سلامت روان اعتقاد دارد و شیوه‌های زندگی افراد را متفاوت می‌داند. محرک اصلی رفتار بشر هدف‌ها و انتظار او از آینده است و هدف انسان نیاز به سازگاری با محیط و پاسخگویی به آن است. فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خویش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست، او جذاب و شاداب است و رابطه اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد (شاملو، ۱۳۶۹، ۱۶۳).

1-Life quality satisfactions

2 -Subjective

3 -Objective

4 - Zan

5 - Adeler

به نظر آدلر، فرد دارای سلامت روان دارای روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی می‌باشد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه‌های اجتماعی به درستی می‌شناسد. همچنین فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت‌مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است و غایی‌ترین هدف شخصیت سالم، تحقق خویشتن است. از ویژگی‌های دیگر سلامت روان‌شناختی این است که فرد سالم مرتباً به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویشتن می‌پردازد و اشتباه‌های خود را برطرف می‌سازد. چنین فردی خالق عواطف خویش است نه قربانی آنها، آفرینش‌گری و ابتکار فیزیکی، از ویژگی‌های دیگر این افراد است و فرد سالم از اشتباه‌های اساسی پرهیز می‌کند. اشتباه‌های اساسی شامل تصمیم‌مطلق، اهداف نادرست و محال، درک نادرست و توقع بی‌مورد در زندگی، تقلیل یا انکار ارزشمند خود و ارزش‌ها و باورهای غلط می‌باشد (نجات، ۱۳۷۸، ۱۶۲). بنابراین اندیشه‌های آدلر، دال و کوکرهام، پارسونز، زان و ابل برای گزینش متغیرها مورد استفاده قرار گرفت.

۷- روش تحقیق

از آنجا که سلامت روانی یکی از پدیده‌های اجتماعی پیچیده می‌باشد؛ با تکیه بر یک رویکرد تحقیقی نمی‌توان به شناخت دقیق دست یافت. لذا تلفیق رویکرد نظری و تجربی بهترین گزینه برای بررسی موضوع می‌باشد. این تحقیق از روش اسنادی در تنظیم چارچوب تئوری و از روش پیمایشی در جهت آزمون فرضیات بهره گرفته شده است.

بدین ترتیب روش عمده در این تحقیق پیمایشی است و ابزار جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش-نامه از دانشجویان دانشگاه‌های شهر جهرم است.

سؤالات پرسش‌نامه عمدتاً توسط محقق ساخته شده و بعضاً از تحقیقات مشابه استفاده گردید و برای متغیر وابسته تحت عنوان سلامت عمومی از پرسش‌نامه استاندارد فرم ۲۸- GHQ General Health (Questionnaire) استفاده شده است. شیوه اجرای پرسش‌نامه در تحقیق حاضر از نوع حضوری و محل اجرای آن دانشگاه‌های شهر جهرم می‌باشد که پرسشگری شده است.

۸- جمعیت آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری

براساس تحقیق به عمل آمده از دانشگاه‌های جهرم جامعه آماری ۹۵۳۵ دانشجو است که در دانشگاه‌های شهر جهرم مشغول به تحصیل می‌باشند. در این تحقیق از طریق فرمول کوکران ۳۵۰ نفر از دانشجویان به عنوان نمونه در نظر گرفته شد و تعداد ۳۸۰ پرسش‌نامه تهیه و توزیع شد که ۳۰ پرسش‌نامه به علت عدم برگشت به محقق و یا به علت مخدوش بودن در محاسبات قرار نگرفتند.

قابل ذکر است شیوه نمونه‌گیری در این تحقیق احتمالی است و از ترکیب شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و تصادفی استفاده شده‌است.

بدین ترتیب دانشگاه‌ها بر حسب نسبت گیری پس از تعیین حجم نمونه مشخص و کلاس‌های درس به‌طور تصادفی انتخاب و سپس پرسش‌نامه بین دانشجویان کلاس‌های منتخب به‌طور تصادفی توزیع شد. در پیش‌آزمون ۵۰ نفر از دانشجویان در جامعه آماری انتخاب و پرسش‌نامه ابتدایی اجرا شد و سپس روایی سؤالات با آلفای کرونباخ و اعتبار آنها با تحلیل عاملی سنجیده شد که ذیلاً اشاره می‌گردد.

جدول مربوط به روایی و اعتبار گویه‌ها در هر متغیر

نام متغیر	تعداد گویه‌ها	ضریب روایی	kmo
سلامت عمومی	۲۸	۰/۹۱	۰/۹۰
میزان تنفر از مواد مخدر و مشروبات الکلی	۵	۰/۸۱	۰/۷۹
نقش نهادهای بهداشتی و درمانی در آگاهی بخشی سلامتی	۴	۰/۴۴	۰/۵۹
میزان رضایت از کیفیت زندگی	۶	۰/۵۵	۰/۶۲
میزان فعالیت‌های ورزشی	۴	۰/۷۰	۰/۷۰
سبک مصرف مواد غذایی	۸	۰/۶۶	۰/۶۷
مراعات بهداشت فردی	۴	۰/۶۹	۰/۷۲
میزان اهمیت دادن به سلامت جسمانی	۶	۰/۷۵	۰/۷۴

۹- یافته‌های توصیفی

- از بین دانشجویان پاسخگو به پرسش‌نامه که در حجم نمونه قرار گرفتند ۸۲/۶ درصد مجرد و ۱۷/۱ درصد متأهل می‌باشند. از آنجا که دانشجویان اغلب در گروه سنی جوان قرار دارند و هنوز امکان ازدواج را به لحاظ شغل، مسکن ندارند بنابراین بیشتر آنها مجرد می‌باشند.
- بر اساس توصیفات انجام‌شده در زمینه جنسیت دانشجویان پاسخگو ۷۰/۶ درصد زن و ۲۹/۴ درصد مرد می‌باشند که این خود بیانگر استقبال جنس مؤنث از دانشگاه و ادامه تحصیل می‌باشد. زیرا نسبت جنسیتی در دانشگاه نیز ۷۰٪ زن و ۳۰٪ مرد می‌باشد. بنابراین اینجا نیز این قاعده لحاظ گردیده‌است.
- رشته تحصیلی پاسخگویان ۳۴٪ در زیر گروه علوم ریاضی و ۵۳/۷٪ در زیر گروه علوم تجربی و ۱۱/۴٪ درصد در زیر گروه علوم انسانی قرار می‌گیرند. استقبال از زیر گروه ریاضی به دلیل امید به اشتغال به دلیل فنی‌بودن بیشتر است.
- دانشگاه محل تحصیل پاسخگویان در دانشگاه علوم پزشکی ۱۴/۶ در دانشگاه علمی-کاربردی ۶٪ و برای دانشگاه پیام نور ۴۲/۹ و در دانشگاه آزاد ۳۵/۴ درصد و در آموزش عالی ۵/۴ است.

- بیشترین پاسخگویان در سال سوم تحصیلی با ۲۵/۷ درصد به سر می‌برند و کمترین آنها در سال ۶ با ۲/۶ درصد قرار دارند.
- سن پاسخگویان بین ۲۰ تا ۳۳ ال ۵۷/۱ درصد است و به طور کلی میانگین سنی ۲۲/۵ سال می‌باشد. از آنجا که دانشجویان اغلب جوان می‌باشند این میانگین کاملاً معقول می‌باشد.
- مقاطع تحصیلی دانشجویان در بخش کاردانی ۰.۲۰ درصد و در کارشناسی ۰.۷۰ درصد و در کارشناسی ارشد ۰.۶ درصد و در رشته پزشکی ۲.۹ درصد می‌باشد. بیشترین فراوانی به گروه کارشناسی اختصاص یافته است. دلیل عمده آن پذیرش دانشجو در مقطع کارشناسی در دانشگاه‌های مختلف است در حالی که در مقاطع تحصیلی تکمیلی کمتر پذیرش می‌گردد.
- از بین دانشجویان ۵۱/۱ درصد بومی هستند یعنی ساکن شهر جهرم می‌باشند و ۴۸/۶ درصد غیربومی می‌باشند. دلیل عمده آن پذیرش بیشتر دانشجویان بومی و استقبال خانواده‌ها از حضور فرزندانشان در دانشگاه‌های شهر خود به دلیل محدودیت خوابگاه‌ها و مسأله کنترل جوانان می‌باشد.
- سلامت عمومی که مجموعه خرده‌مقیاس‌های اضطراب، شکایت جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می‌گیرد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که از مجموع دانشجویان پاسخگو ۶۲/۹ درصد به لحاظ روانی در وضعیت مطلوب قرار دارند و ۲۴/۹ درصد از دانشجویان دارای وضعیت روانی تاحدی مطلوب هستند و ۲/۶ درصد از پاسخگویان از وضعیت روانی نامطلوب رنج می‌برند. بنابراین بیشترین فراوانی به افراد متعادل به لحاظ سلامت روانی اختصاص می‌یابد. یعنی خوشبختانه جوانان دانشجو به دلیل هدفمندبودن زندگی، احتمالاً امید به آینده بهتر و نگاه منطقی و واقع‌بینانه تر نسبت به زندگی از وضعیت متناسبی به لحاظ سلامت روانی برخوردارند.
- از دانشجویان پاسخگو برای سلامت جسمانی خود اهمیت خیلی زیادی قائلند که بیانگر توجه به سلامت جسمانی برای جوانان و دوست داشتن جسم خود دارای اولویت در زندگی آنهاست و این رویکرد ضامن توسعه انسانی و بهداشتی است و قطعاً رویکرد تحصیلکردگان با افراد عامه در توجه به سلامت جسمانی قابل تأمل است.
- یکی دیگر از متغیرهای مستقل رعایت بهداشت فردی است که ۷۴.۶ درصد از پاسخگویان در سطح بالایی رعایت بهداشت فردی می‌کنند و این نشان‌دهنده ارتقاء بهداشت در زندگی جوانان امروز می‌باشد. قابل ذکر است که از دانشجویانی که تحصیلات دارند انتظار بیش از این نمی‌رود که به بهداشت فردی توجه کنند.
- ۵۵.۱ درصد از پاسخگویان دانشجو سبک مصرف غذایی در حد متوسط به لحاظ کیفیت مناسب می‌دانند. بیانگر این موضوع می‌باشد که در مقایسه با کشورهای صنعتی دانشجویان از وضعیت مصرف مواد غذایی کاملاً مطلوبی برخوردار نمی‌باشند و خود نیز بر این مسأله اذعان دارند سبک مصرف مواد

غذایی مطلوب مثل چربی‌ها، تنقلات، فست‌فود و مصرف شکر و قند به‌عنوان فرهنگ غذایی برای دانشجویان مطرح است که تغییر نحوه مصرف مهم است.

- میزان فعالیت ورزشی دانشجویان پاسخگو در حد زیاد ۴۷.۷ در حد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است این موضوع بیانگر فعالیت‌های ورزشی جوانان دانشجویی می‌باشد.

- جوانان دانشجویی در حد زیاد و خیلی‌زیادی با ۶۰.۸ درصد احساس رضایت از زندگی می‌کند. این بیانگر اوضاع اجتماعی است که وضعیت شغلی، همسریابی و امثال آن در این بخش مهم ارزیابی می‌شود.

- درصد از پاسخگویان میزان آگاهی بخشی را از سوی نهاد های بهداشتی و درمانی زیاد و خیلی‌زیاد عنوان داشته‌اند یعنی مراکز درمانی با بروشورها و ارائه اطلاعات می‌تواند نقش مهمی در سلامتی ایفا کند.

- ۸۳/۷ درصد از دانشجویان پاسخگو در حد زیاد و خیلی‌زیاد از مصرف مواد مخدر بیزار هستند و تنفر دارند. شاید بتوان عنوان کرد که تحصیلات و آگاهی بخشی نقش مهمی در بیزاری جوانان از مصرف مواد مخدر داشته باشد.

۱۰- یافته‌های تبیینی

به‌منظور آزمودن رابطه بین متغیر جنسیت و بومی و غیربومی بودن دانشجویان با سلامت عمومی از آزمون تفاوت میانگین‌ها یعنی T.test استفاده شده‌است که جدول مربوطه در ذیل ارائه می‌شود.

جدول تفاوت میانگین بومی و غیر بومی بودن و جنسیت

جنسیت			بومی و غیر بومی			متغیر مستقل سلامت عمومی
sig	df	t	sig	df	t	
۰/۰۰۰	۳۴۲	۴/۸	۰/۱۲۵	۳۴۱	-۱/۵	شکایت جسمانی
۰/۰۶۰	۳۳۷	۱/۸	۰/۳۵۶	۳۳۶	-۱/۱	اضطراب
۰/۹۴۵	۳۳۰	۰/۰۶۹	۰/۳۰۰	۳۲۹	۰/۳	اختلال در عملکرد اجتماعی
۰/۶۳۵	۳۴۲	۰/۴۷۵	۰/۱۲۴	۳۴۱	-۱/۵	افسردگی
۰/۰۵۱	۳۱۴	۹/۱	۰/۰۶۱	۳۱۳	-۱/۸	سلامت عمومی

در جدول نتایج آزمون T نشان می‌دهد که بین بومی و غیربومی بودن دانشجویان با سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود ندارد به‌جز در اختلال عملکرد اجتماعی که برای افراد غیربومی با میانگین ۷/۵ و برای دانشجویان بومی با میانگین ۶/۵ تفاوت معنادار وجود دارد. زیرا دانشجویانی که از مناطق دیگر به قصد ادامه تحصیل به شهر مقصد می‌روند اولاً به دلیل خارج شدن از نفوذ خانواده و همچنین مواجه شدن با آداب و فرهنگ منطقه جدیدی که در مواردی خود را بایستی با فرهنگ شهر مقصد انطباق دهند اختلال در عملکرد اجتماعی بالاتری دارند.

در بررسی تفاوت بین جنسیت با سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود ندارد. در حالی که بین جنسیت و شکایات جسمانی تفاوت معنادار وجود دارد به طوری که شکایت جسمانی زنان با میانگین ۶.۷ درصد و مردان با میانگین ۴.۵، نشان می‌دهد که زنان بیشتر از ناراحتی جسمی خود شکایت دارند و عمدتاً این مسأله شاید حضور بیشتر زنان در منزل، ورزش کمتر و فعالیت اجتماعی کمتر نسبت به مردان و بعضاً مسؤلیت بیشتری برای تربیت فرزند و خانه‌داری می‌باشد که بیشتر به مسائل جسمی با رویکرد منفی توجه می‌کنند. بر این اساس نتایج حاصله با یافته‌های پژوهشی خاطره قاسمی (۱۳۸۹) و حبیب شیرازی (۱۳۸۶) بیگدلی و کریم‌زاده (۱۳۸۵) همسو و هماهنگ است اما با یافته‌های هاشم‌زاده و همکاران (۱۳۷۹) عبدی ماسوله (۱۳۸۶) و آراسته و همکاران (۱۳۸۵) ناهمسو می‌باشد.

از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه در مورد وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، نوع دانشگاه و رشته تحصیلی استفاده شده که نتایج حاصله از آزمون F در جدول ذیل آمده است.

جدول تفاوت میانگین بین وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، نوع دانشگاه و رشته تحصیلی با سلامت عمومی و ابعاد آن

رشته تحصیلی		نوع دانشگاه		مقطع تحصیلی		وضعیت تأهل		متغیر مستقل سلامت عمومی
Sig	F	sig	F	sig	F	Sig	F	
۰/۰۱۷	۴/۱	۰/۸۹۱	۰/۲۸۰	۰/۲۵۰	۱/۳	۰/۶۲۲	۰/۲۴۴	شکایت جسمانی
۰/۸۴۴	۰/۱۶۹	۰/۱۰۳	۱/۹	۰/۲۸۲	۱/۲	۰/۳۲۵	۰/۹۷۲	اضطراب
۰/۶۴۰	۰/۴۴۷	۰/۰۵۸	۲/۳	۰/۳۸۴	۱	۰/۵۶۹	۰/۳۲۵	اختلال در عملکرد اجتماعی
۰/۸۵۶	۰/۱۵۵	۰/۹۳۶	۰/۲۰۶	۰/۲۱۶	۱/۴	۰/۶۷۹	۰/۱۱۲	افسردگی
۰/۵۴۵	۰/۶۰۸	۰/۶۳۸	۰/۶۳۵	۰/۱۸۶	۱/۶	۰/۶۳۲	۰/۲۳۰	سلامت عمومی

بین وضعیت تأهل و سلامت عمومی که بیانگر میزان اختلالات روانی می‌باشد هیچگونه تفاوت معناداری بر اساس آزمون تحلیل واریانس وجود ندارد و با یافته‌های حبیب شیرازی (۱۳۸۶) و بیگدلی و کریم‌زاده (۱۳۸۵) همسو می‌باشد. بین مقطع تحصیلی و سلامت عمومی تفاوت معناداری مشاهده نشده و با یافته‌های پژوهشی آراسته و همکاران (۱۳۸۵)، حبیب شیرازی (۱۳۸۶) ناهمسو می‌باشد. بر اساس جدول تحلیلی واریانس نوع دانشگاه و سلامت عمومی و ابعاد آن هیچ‌گونه تفاوت معنادار بین این دو متغیر مشاهده نمی‌شود. بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین رشته تحصیلی و اختلالات روانی و ابعاد آن تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در بعد شکایت جسمانی بین زیر مجموعه رشته علوم تجربی با زیرمجموعه علوم ریاضی تفاوت معنادار وجود دارد.

به‌منظور بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده‌است. نتایج آزمون بیانگر رابطه معنادار بین توجه به سلامت جسمانی، رعایت بهداشت فردی، میزان فعالیت ورزشی، سبک مصرف مواد غذایی (مصرف مواد غذایی مضر) و رضایت از زندگی با سلامت عمومی که برای اندازه‌گیری اختلالات روانی طراحی شده می‌باشد. جدول ذیل بیانگر میزان همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته است.

جدول نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و سلامت عمومی

متغیر وابسته	متغیر مستقل	توجه به سلامت جسمانی	رعایت بهداشت فردی	میزان فعالیت ورزشی	سبک مصرف مواد غذایی مضر	رضایت از زندگی	تغیر از مواد مخدر	آگاهی جسمی افراد	رابطه	
									ضرایب	sig
شکایت جسمانی	ضرایب	۰/۰۷۸	۰/۰۲۸	-۰/۱۴۷	-۰/۰۲۹	-۰/۳۲۲	۰/۰۳۹	-۰/۰۵۷	ضرایب	۰/۱۶۷
	sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۴	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	sig	۰/۰۰۱
اضطراب	ضرایب	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	-۰/۱۳۱	-۰/۰۹۱	-۰/۴۵۷	-۰/۱۲۸	-۰/۰۱۸	ضرایب	۰/۹۹۳
	sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	sig	۰/۰۰۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	ضرایب	-۰/۰۱۸	-۰/۱۱۸	-۰/۲۰۶	-۰/۱۲۴	-۰/۳۳۰	-۰/۱۲۵	-۰/۱۹۱	ضرایب	۰/۷۵۷
	sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	sig	۰/۰۰۱
افسردگی	ضرایب	-۰/۱۱۵	-۰/۱۳۸	-۰/۱۷۴	-۰/۲۲۸	-۰/۴۲۷	-۰/۲۴۳	-۰/۰۹۷	ضرایب	۰/۰۴۱
	sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	sig	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	ضرایب	۰/۰۲۳	۰/۰۳۲	-۰/۱۸۸	-۰/۰۹۶	۰/۴۷۰	۰/۱۱۳	۰/۰۶۳	ضرایب	۰/۶۹۹
	sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	sig	۰/۰۰۱

- بین اهمیت به سلامت جسمانی با اختلالات روانی رابطه وجود ندارد به‌جز در بعد افسردگی که رابطه معکوسی است. بنابراین اگر قرار است افسردگی از جامعه رخت بریند و افراد را در افسردگی غرق نکند بایستی توجه به سلامتی را به افراد گوشزد کرد.

- بین رعایت بهداشت فردی و اختلالات روانی رابطه منفی در بعد اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی وجود دارد رعایت بهداشت فردی جزء اساسی سلامت روانی است و انطباق با نظر و پژوهش بالکستر (۱۹۹۰) و کالنن (۱۹۹۴) کوکرهام (۱۹۹۷) دارد (فاضلی، ۱۳۸۲، ۱۴۹).
- بین فعالیت‌های ورزشی و اختلالات روانی رابطه معنادار منفی وجود دارد که این منطبق با اندیشه لی مونت و همکارانش (۲۰۰۰) می‌باشد (فاضلی، ۱۳۸۲، ۱۲۸).
- سبک مصرف مواد غذایی با اختلالات روانی رابطه معناداری از نوع منفی وجود دارد یعنی هرچه مصرف مواد غذایی مطلوب و مفید بیشتر باشد اختلالات روانی کاهش می‌یابد و سبک زندگی در پزشکی دال بر استفاده از مواردی نظیر الکل، سیگار یا انواع غذاهایست که برای سلامتی مضر است که با نظریه آبل (۱۹۹۱) و کوکر هام (۱۹۹۹) انطباق دارد (فاضلی، ۱۳۸۲، ۱۴۸).
- بین میزان رضایت از زندگی و اختلالات روانی و خرده‌مقیاس‌های آن رابطه معناداری وجود دارد. از آنجا که احساس خوشبختی و رضایت از زندگی ضامن سلامت فرد می‌باشد و هر چه میزان رضایت از زندگی افزایش یابد میزان اختلالات روانی کاهش پیدا می‌کند.
- میزان تنفر از مصرف مواد مخدر با اختلالات روانی رابطه معنادار معکوس دارد از آنجا که مصرف مواد مخدر به‌عنوان یک معضل محسوب می‌شود و اغلب دانشجویان از مصرف مواد مخدر تنفر دارند بنابراین رابطه معکوس می‌باشد.
- بین آگاهی بخشی توسط نهادهای سلامت با اختلالات روانی هیچگونه رابطه معناداری وجود ندارد. اما در بعد اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه معکوس مشاهده می‌شود یعنی هر چه آگاهی بخشی بیشتر باشد اختلال در عملکرد اجتماعی کاهش می‌یابد نقش مراکز درمانی و بهداشتی در ارائه آگاهی به‌ویژه برای کنترل اختلال در عملکرد اجتماعی مهم ارزیابی می‌شود و جهت کاهش این معضل نهادهای آگاهی بخشی بایستی فعالیت‌های متناسبی برای این امر داشته باشند.

جدول رگرسیون متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت عمومی و ابعاد آن

متغیر وابسته	R	R ²	adj R	متغیرهای مستقل	Bata	Sig
سلامت عمومی	۰/۴۹۵	۰/۲۴۵	۰/۲۳۷	میزان رضایت از زندگی	-/۴۷۵	۰/۰۰۰
				میزان فعالیت‌های ورزشی	-/۱۲۴	۰/۰۲۶
				رعایت بهداشت فردی	-/۱۱۵	۰/۰۴۰

۱۱- نتیجه‌گیری

بدون تردید بیماری‌های جسمی و روانی امروزه به مسأله اجتماعی بدل شده‌است و عوامل اجتماعی، سیاسی و اقتصادی از عوامل مهم مؤثر بر سلامت می‌باشند. زیرا انسان با زندگی در محیط اجتماعی همواره در معرض انواعی از بیماری‌های جسمانی و روانی قرار می‌گیرد از آنجا که اغلب مردم توجه به سلامت جسمانی را در اولویت درمان قرار می‌دهند اما اختلال در سلامت روان جزء معدود مراجعات درمانی محسوب می‌گردد. به‌علاوه از طرفی هر کسی در زندگی خود فشار روانی را تجربه کرده اما سطوح بالای فشار روانی می‌تواند سر‌آغازی بر مشکلات جسمانی باشد. لذا هر جامعه‌ای به تناسب فرهنگ حاکم بر آن و بر اساس معیارهای اجتماعی می‌تواند در جهت حفظ سلامت روانی و کنترل بیماری‌های روانی اعضای خود مؤثر باشد. تا بدین‌سان افراد سالم در فرآیند توسعه پایدار در عرصه‌های مختلف نقش پویایی داشته باشد.

پژوهش حاضر با جامعه آماری دانشجویان دانشگاه‌های شهر جهرم و با هدف توصیف و تبیین عوامل مؤثر بر سلامت عمومی دانشجویان با متغیرهای مستقلی که به نظر محققان با مطالعات از تئوری-هایی متعدد استنباط شد موردبررسی قرار گرفت که متغیرهای در نظر گرفته‌شده عبارتند از اهمیت به سلامت جسمانی و رعایت بهداشت فردی به عنوان متغیرهای اجتماعی که ناشی از فرآیند جامعه‌پذیری است. به‌زعم کوکر هام (۱۹۹۷) رعایت بهداشت فردی ناشی از انتخاب فردی و برآمده از موقعیت ساختاری اجتماعی که شامل قومیت، طبقات اجتماعی، تحصیلات، موقعیت خانوادگی، جنس، نژاد و ... می‌باشد. بنابراین توجه‌کردن به موقعیت ساختاری به معنای تلاش برای نشان‌دادن عوامل شکل‌دهنده الگوهای سبک زندگی از جمله نحوه رعایت بهداشت فردی و اهمیت‌دادن به سلامت جسمانی می‌باشد (Calnan, 1994, 69).

ساختار اجتماعی و فرهنگ حاکم بر جامعه چگونگی سبک زندگی افراد جامعه را تعیین می‌کند و در واقع بر حسب پایگاه اجتماعی و اقتصادی خانواده سبک زندگی افراد مشخص و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت می‌باشد. به‌طوری‌که در نحوه مصرف مواد غذایی مفید، استفاده از مشروبات الکلی، مواد مخدر و سیگار، فعالیت‌های ورزشی، انجام معاینات دوره‌ای و ... وضعیت جوامع متفاوت است و به فراخور فرهنگ موجود جامعه با رویکردهای متفاوت به آن پرداخته می‌شود (Abel, 1991, 902). لذا در اینجا سبک زندگی با اندیشه آبل (۱۹۹۱) فعالیت‌های ورزشی با نظر لی مونت و همکاران (۲۰۰۰)، رضایت از زندگی با رویکرد وایت (۲۰۰۷) و زان، تنفر از مصرف مواد مخدر با نظر آبل (۱۹۹۱) و ویژگی‌های فردی به عنوان متغیرهای مستقل انتخاب و متغیر وابسته نیز از پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی GHQ-28 با چهار خرده‌مقیاس شکایت جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد

اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت نتایج حاصله بیانگر تأثیر متغیرهایی همچون میزان احساس خوشبختی، میزان فعالیت‌های ورزشی و رعایت بهداشت فردی بر اختلال روانی می‌باشد.

با این توصیف توجه به عوامل مذکور می‌تواند سلامت عمومی را ارتقاء دهد زیرا سلامت روانی نقش مهمی در حفظ و تداوم حیات اجتماعی دارد. از آنجا که پدیده بیماری و عدم سلامتی صرفاً امور زیستی نیست بلکه یک پدیده اجتماعی - فرهنگی است کارگزاران و برنامه‌ریزان و مجریان طرح سلامت با توجه بر مقوله‌های مذکور می‌تواند در ایجاد یک جامعه متعادل با افراد سالم در امر توسعه پیشگام باشند.

در این راستا متخصصان بهداشت روان با توجه به عوامل مؤثر بر سلامت بایستی در صدد شناسایی و تقویت عوامل اثرگذار مثبت و تضعیف عوامل اثرگذار منفی باشند. سیاستگذاران و برنامه‌ریزان با توجه به عوامل مؤثر اجتماعی بهداشت روان و سلامتی سعی در درک اساس فرهنگی و اجتماعی داشته و به تناسب فرهنگ جامعه برنامه‌ریزی و اجرای متناسبی داشته باشند.

به‌علاوه به منظور حفظ سلامت دانشجویان، لازم است کارگزاران و برنامه‌ریزان آموزش عالی به نکات همچون برنامه‌ریزی و فعالیت‌های فوق‌برنامه با هدف حفظ شادکامی دانشجویان، برنامه‌ریزی جهت ممانعت از گرایش دانشجویان به مصرف موادمخدر و مشروبات الکلی، ترتیب برنامه‌های ورزشی برای حفظ سلامت جسمی، امکان سرو غذاهای سستی در سلف سرویس‌های دانشگاه، ضرورت برگزاری کلاس‌های عمومی با هدف آموزش بهداشت روان با استفاده از متخصصان برای ارتقاء سلامت دانشجویان و چگونگی مواجهه با مواقع اضطراب‌زا و فشارهای روانی، آگاهی‌سازی دانشجویان با تراکت‌ها و بروشورها در جهت ارتقای بهداشت جسمانی و روانی زیر نظر متخصصان امور بهداشت و درمان اقدام کنند.

فهرست منابع

۱. آراسته، مدبر، هادی‌نیا، بهروز، صداقت، عبدالله، چاروجو، نادر، ۱۳۸۵، بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان کارکنان درمانی و غیر درمانی شهر سنندج، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی، کردستان، دوره سیزدهم، پاییز ۱۳۸۷، ۴۴-۳۵.
۲. آرمسترانگ، دیوید، ۱۳۸۷، ترجمه: توکل، محمد، جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: انتشارات مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.
۳. امیدیان، مرتضی، ۱۳۸۸، بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد، مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی، دوره دهم، شماره ۱.
۴. بیگدلی، ایمان‌الله، کریم‌زاده، سعید، ۱۳۸۵، بررسی تأثیر عوامل تنیدگی‌زا بر سلامت روانی پرستاران شهر سمنان، جلد ۸، شماره ۲.

۵. پورشریفی، حمید و همکاران، ۱۳۸۳، بررسی بهداشت روان دانشجویان جدید دانشگاه‌های وزارت علوم، دومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس.
۶. جلالی‌پور، حمیدرضا، محمدی، جلال، ۱۳۸۷، نظریه‌های متأخر جامعه‌شناسی، نشر نی، تهران.
۷. حبیب، سپیده، شیرازی، محمدعلی، ۱۳۸۶، رضایت شغلی و سلامت روانی در کارکنان یک بیمارستان عمومی، اندیشه و رفتار، سال هشتم شماره ۴.
۸. حسینی، س ح، موسوی م، ۱۳۸۳، مقایسه وضعیت سلامت روانی دانشجویان کارآموز پزشکی و پیراپزشکی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ۱۳۸۳، سال ۶، شماره ۱۳، صفحات ۱۰۱ تا ۱۰۷.
۹. خاکی، غلام‌رضا، ۱۳۷۸، روش تحقیق با رویکردی به پایان‌نامه‌نویسی، نشر مرکز تحقیقات علمی کشور، تهران.
۱۰. شاملو، سعید، ۱۳۶۹، مکتب و نظریه‌ها در روان‌شناسی شخصیت، انتشارات رشد، تهران.
۱۱. شیخ‌الاسلامی، حمیدرضا، ۱۳۸۱، بررسی میزان توجه مدیران به بهداشت روانی دبیران و دانش‌آموزان مدارس متوسطه شهر میانه، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، مرکز مدیریت دولتی تبریز.
۱۲. طهماسبی‌پور، ناهید و کمانگری، مریم، ۱۳۷۶، بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب افسردگی و سلامت روانی، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی، انیستیتو روانپزشکی تهران.
۱۳. فاضلی، محمد، ۱۳۸۲، مصرف و سبک زندگی، انتشارات صبح صادق.
۱۴. قاسمی، خاطره، ۱۳۸۹، بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی کارکنان سازمان منطقه ویژه اقتصادی انرژی پارس، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد جهرم.
۱۵. قاسمی، وحید، ربانی‌رسول، ربانی خوارسگانی، علی و علیزاده اقدام، محمدباقر، ۱۳۸۷، تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور، مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۶، شماره ۱، ۶۳.
۱۶. عبدی ماسوله، فتانه، حسین، کاویانی، خاقانی‌زاده، مرتضی، مؤمنی عراقی، ابوالفضل، ۱۳۸۶، بررسی رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان، مطالعه در ۲۰۰ پرستار، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۵، شماره ۶.
۱۷. کیوی، ریمون و کامپنهود، کوک وان، ۱۳۷۰، روش تحقیق در علوم اجتماعی، ترجمه عبدالحسین نیک‌گهر، انتشارات فرهنگ معاصر، تهران.
۱۸. لبادی، شادیه، کریمی، کامره، صغوی، محبوبه، محمدی، محمود، ۱۳۸۷، بررسی ارتباط حمایت‌های اجتماعی با سلامت روان پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب شهرستان ارومیه سال ۱۳۸۵، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال ششم، شماره سوم، ص ۱۴۴-۱۳۵.
۱۹. ماجدی، سیدمسعود، لهسایی‌زاده، عبدالعلی، ۱۳۸۵، بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای، سرمایه اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی، فصلنامه روستا و توسعه، سال ۹، شماره ۴.

۲۰. مسعودنیا، ابراهیم، ۱۳۸۹، جامعه‌شناسی پزشکی، مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران، تهران.
۲۱. نجات، حمید و ایروانی، محمود، ۱۳۷۸، مفهوم سلامت روان در مکاتب روان‌شناسی، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره سوم.
۲۲. هاشم‌زاده، ایرج، اورنگی، مریم، بهره‌دار، محمدجعفر، ۱۳۷۹، استرس شغلی و رابطه آن با سلامت روانی در کارکنان بیمارستان‌های شهر شیراز، اندیشه و رفتار، ۵۵ سال ششم، شماره ۲ و ۳.
23. Abel , Thomas.(1991) Measuring health lifestyles in a comparative analysis : Theoretical issues and empirical findings .Social Science and Medicine , vol.32 , No.8 , 1991, pp.899-908 .
24. Calanan, Michael . Lifestyle and its social meaning. Advance in medical sociology , vol.4,1994 , pp.69-87.
25. Conrad,p.(1992) . Medicalization and social control. Annual Review of Sociology, 18 : 137-162 .
26. Cokerham , William C. (2008) social causes of health and disease, London : polity press.
27. Song,Lijun. (2011) , social capital and psychological distress , Journal of health and social behavior , December 2011 ,vol 52 , N4.478-492.
28. Phelan ,joc . Bruce,G.link & thranifar,parisa,(2010) . Social condition as fundamental causes of health inequalities , theory, evidence and policy implication, Journal of Health and Social Behavior , vol. 51 .N.1.pp 28-40.