

### توسعه انسانی، سن، رفتار سلامتی: مطالعه ای در شهر سمنان

آذر درویش<sup>۱</sup>، سهیلا علیرضا نژاد<sup>۲</sup>

#### چکیده

پرسش اصلی این مقاله آن است که آیا درک از سلامت در نزد بزرگسالان و جوانان متفاوت است؟ اگر بلی این تفاوت ها چگونه است؟ برای پاسخ به این پرسش از روش گراند تئوری و تکنیک مصاحبه نیمه ساخت یافته با ۳۴ جوان و بزرگسال در شهر سمنان، استفاده شد. در انتخاب نمونه از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. یافته های پژوهش نشان می دهد که سبک زندگی عنصری تعیین کننده در رفتار سلامتی است تا بدان حد که برخی از صاحب نظران این دو را یکسان می دانند. هم اکنون سبک زندگی سلامت محور در جامعه مطرح است. یافته ها در این پژوهش نشان می دهد که در دو گروه سنی جوانان و بزرگسالان سبک زندگی سلامت محور به عنوان یک سبک مسلط مطرح نیست. در بین جوانان توجه بیشتری به ورزش، مدیریت بدن، داشتن اندام زیبا و اجتناب از غذاهای چاق کننده دیده می شود. این در حالی است که در نزد بزرگسالان خوردن غذا به مثابه یک لذت درک شده و افراد از غذاهایی که احیانا بیماری زا هستند، اجتناب نمی کنند. ورزش در زندگی بزرگسالانی که در این پژوهش شرکت کردند، به طور جدی مطرح نیست. آنان مانند جوانان به پزشک مراجعه کرده و به چکاپ سالیانه اقدام می کنند، اما عملا اقدام چندانی برای تغییر رفتار سلامتی از خود به نمایش نمی گذارند. براین اساس افراد جوان تر بیشتر به پارادایم بدن متناسب گرایش دارند در حالی که افراد مسن تر بیشتر به پاداریم سنتی متعلق هستند. بدین ترتیب برای جوانان بدن زیبا و متناسب بر بدن سالم اولویت دارد. این امر نشان از تفاوت سرمایه فرهنگی در بین دو گروه است. براین اساس «رفتار سلامتی» در دو گروه سنی متفاوت است. برای جوانان بدن به مثابه سرمایه مطرح است اما بزرگسالان بدن را به مثابه ابزار درک می کنند.

**واژگان کلیدی:** سرمایه انسانی، رفتار سلامتی، جوانان، سرمایه جسمی، سبک زندگی.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۲۴

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری جامعه شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران (Email: azardarvish@yahoo.com)

<sup>۲</sup> دانشیار جامعه شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول) (Email: soal802001@yahoo.com)

## مقدمه

سلامت یکی از مولفه‌های اصلی توسعه انسانی است. این مولفه به ویژه در زمانی که دو مولفه دیگر توسعه انسانی یعنی درآمد و آموزش، وضعیت مناسبی را به نمایش می‌گذارد؛ نقش حتی مهم‌تری در توسعه انسانی ایفا می‌کند (مدنی، ۱۳۹۶: ۵۹). برخورداری از سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی متفاوت فرد در جامعه است. همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل اجتماعی خود را انجام دهند که هم شخصاً خود را سالم دانسته و هم جامعه آن‌ها را برخوردار از سلامتی بدانند. از نظر تالکوت پارسونز کسی که دچار بیماری می‌شود، ضمن اینکه از برعهده گرفتن مسئولیت شرایط خود، به دلیل خارج از کنترل بودن آن، معاف می‌شود؛ از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است (سگالن، ۱۹۷۶: ۱۶۲). فردی که از سلامتی برخوردار نیست علاوه بر عدم فعالیت اجتماعی، احتمالاً انتظار حمایت از سوی جامعه را خواهد داشت. «سازمان جهانی بهداشت» در تعریف سلامت می‌گوید: «سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست.» (محسنی تبریزی، ۱۳۷۶: ۴۶) بر اساس معیار کارکردی، سلامتی معادل توانایی به عهده گرفتن نقش‌های اجتماعی است (جوهری، ۱۳۸۴: ۷۲-۴۵). سلامت مفهومی مبهم با ابعادی گسترده است. بر اساس یک معیار سلیبی، سلامتی به معنای فقدان بیماری است. بیماری یکی از عوامل فرسایش دهنده‌ی کیفیت زندگی است. تأکید بر ابعاد متفاوت سلامت، منجر به دیدگاه‌های مختلفی در باره آن می‌شود. از نظر کالدول سلامت و گذار سلامت، عمدتاً بر این نکته متمرکز است که رفتار افراد در خانواده یا اجتماعات محلی چگونه است (جانسون، ۱۹۹۵: ۲۲۷). در نزد طبقات و گروه‌های مختلف اجتماعی، رفتارها و نحوه‌ی عکس‌العمل افراد به هنگام بیماری متفاوت است (محسنی، ۱۳۸۵: ۱۹۱). به درستی معلوم نیست که آیا تفاوت‌هایی که در نوع مراجعه گروه‌های اجتماعی برای مداوا و استفاده از خدمات پزشکی وجود دارد، می‌تواند تفاوت در وضعیت سلامت اعضای این گروه‌ها را توجیه کند یا خیر (قدرتی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۴۴). افراد در طول زندگی بارها اجتماعی و بازاجتماعی می‌شوند. از این رو با توجه به تفاوت‌های جسمی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در بین افراد پرسش اصلی این مقاله آن است که آیا درک از سلامت در نزد بزرگسالان و جوانان متفاوت است؟ اگر بلی این تفاوت‌ها چگونه است؟

## پیشینه پژوهش

مطالعات در باره سلامت عمدتاً در خارج از فضای علوم اجتماعی انجام شده است. به این بخش از مطالعات در باره سلامت، عمدتاً از دریچه نظام سلامت نگریسته شده است. گروه دیگری از پژوهشگران از منظر تاثیرات اقتصادی مواجهه با نظام سلامت، به آن پرداخته‌اند. مطالعات اجتماعی در این باره محدود است. در این جا به برخی از این موارد اشاره می‌شود. رابطه جنسیت و سلامت از مهمترین مباحثی است که جامعه‌شناسان به آن پرداخته‌اند. خدیجه سفیری و فاطمه منصوریان راوندی (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان «کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی؛ مطالعه زنان و مردان شهرستان تهران» رابطه کلیشه‌های جنسیتی مورد پذیرش زنان و مردان و سلامت اجتماعی آن‌ها را مورد بررسی قرار دادند. محمود شارع پور و فاطمه آرمان (۱۳۹۳) نیز در پژوهشی با عنوان «تفاوت‌های جنسیتی در سطوح مختلف سرمایه اجتماعی» به رابطه جنسیت و سلامت توجه کردند. حسین بنی فاطمه، محمد علیزاده اقدم، جعفر شهام‌فر و بهمن عبدی (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان «جنسیت و سلامتی: بررسی نقش جنسیت در تفاوت‌های سطوح سلامت» را انجام دادند. همچنین حسین بنی فاطمه، جعفر شهام‌فر، محمدباقر علیزاده اقدم و بهمن عبدی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «سنجش سطح سلامت شهروندان تبریزی و بررسی تاثیر تحصیلات و جنسیت بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» به موضوع سلامت از وجهی اجتماعی پرداختند. نکته آن است که سن در این میان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که سن عملاً وضعیت جسمانی فرد را متفاوت کرده و احتمالاً نشان از تجربه سلامت و بیماری به نحوی متفاوت، دارد.

وربورگ با استناد به آمارهای بیمارستانی در آمریکا نشان داد که برخلاف آمارهای بیمارستانی زنان بیشتر از مردان مریض می‌شوند. بیشتر از آن‌ها خدمات پزشکی دریافت می‌کنند و بیشتر از مردان دارو مصرف می‌کنند (verbrugge, 1985: 157). مطالعه منگ

و چن<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) درباره سلامت شهری و روستاییان چینی نشان داد که افراد در مناطق با سطح بالای اعتماد اجتماعی، از سلامتی بیشتری برخوردارند. ایلگار<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) به بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی با میزان سلامت فردی در نمونه متنوعی از کشورهای ثروتمند و در حال توسعه پرداخت. تحلیل‌ها نشان داد که مزایای سرمایه اجتماعی در بین زنان، از مردان بیشتر است. گیلبرت<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) مطالعه‌ای با عنوان فراتحلیل سرمایه اجتماعی و سلامت انجام و نشان داد رابطه‌ای ضعیف، اما مثبت بین سرمایه اجتماعی و سلامت وجود دارد. ییپ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی طولی در چین نشان دادند که سرمایه اجتماعی رابطه مثبتی با سلامت روانی و جسمانی دارد. پورتینگا<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای در ۲۲ کشور اروپایی به این نتیجه دست یافت که اعتماد اجتماعی و مشارکت مدنی در سطح فردی، رابطه مثبتی با سلامتی دارد. در اغلب این پژوهش‌ها به تحول در سرمایه فرهنگی و سبک زندگی فرد و تاثیر آن بر سلامتی در دوره‌های مختلف سنی کمتر توجه شده است.

### مبانی نظری

توسعه انسانی مفهومی است که می‌کوشد تا انسان را در بطن توسعه قرار دهد. در این رویکرد تاکید بر زندگی طولانی همراه با سلامت، و دستیابی به دانش و توانایی نیل به منابع معیشتی زندگی آبرومند است (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۸: ۵۲). هدف اصلی توسعه، توسعه فرصت‌های انسان‌ها است. بنابراین هدف از توسعه ایجاد محیطی است که مردم بتوانند در آن از زندگی طولانی، سالم و خلاق برخوردار باشند (مدنی، ۱۳۹۶: ۲).

دوباس<sup>۶</sup> (۱۹۸۱) سلامتی را «توانایی انجام عمل» تعریف می‌کند. از نظر وی این بدان معنا نیست که افراد سالم مشکل تندرستی ندارند؛ بلکه به این معنا است که این افراد می‌توانند آنچه را که می‌خواهند، انجام دهند (مسعود نیا، ۱۳۹۶: ۲۳). سلامت شامل ابعاد مختلف جسمی، معنوی، روانی و اجتماعی است (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴: ۱۱۹). در یک تعریف ساده رفتارهای سلامتی را می‌توان عبارت از رفتارهایی دانست که از سوی افراد به منظور حفظ یا بهبود سلامتی انجام می‌شوند. گاجمن<sup>۷</sup> (۱۹۹۷) رفتار سلامتی را این گونه تعریف می‌کند: «آن دسته از ویژگی‌های شخصی، نظیر باورها، انتظارات، انگیزه‌ها، ارزش‌ها، ادراک و سایر عناصر شناختی، و نیز ویژگی‌های شخصیتی، نظیر حالات و خصیصه‌های عاطفی و هیجانی، الگوهای رفتاری آشکار، اقدامات، کنش‌ها و عاداتی که به حفظ سلامتی، بازگشت سلامتی و بهبود سلامتی مربوط می‌شوند.» (مسعود نیا، ۱۳۹۶: ۲۴۵-۲۴۴). با ارتقای سطح توسعه انسانی انتظار می‌رود که وضعیت سلامتی و رفتار سلامتی افراد تغییر معناداری را به نمایش گذارد. این تغییر معمولاً خود را در سبک زندگی افراد به نمایش می‌گذارد.

### سبک زندگی

مفهوم سبک زندگی، به طور معمول برای بیان شیوه‌هایی به کار می‌رود که طی آن زندگی روزمره آفریده می‌شود. «مفاهیم شیوه زندگی و سبک زندگی می‌توانند به عنوان مکمل یکدیگر در نظر گرفته شوند. درون یک شیوه زندگی می‌توان سبک‌های زندگی متفاوتی را ملاحظه کرد.» (لغت نامه آمریکن هریتیج، ۲۰۰۴).

بورديو معتقد است که سبک زندگی «جهان ویژگی‌هایی [است] که دارندگان موقعیت‌های مختلف از طریق آن‌ها خود را از دیگران متمایز می‌سازند، خواه قصد این کار را داشته باشند، خواه نداشته باشند.» (بورديو، ۱۳۹۰: ۳۴۱) از طریق سبک‌های زندگی نظام‌های مختلف سلیقه‌ها به منصفه ظهور می‌رسد (همان: ۳۵۵). مطابق مدلی که بورديو ترسیم می‌کند شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید «عادت‌واره» یا «منش» خاص او منجر می‌شود. منش اصل وحدت بخش و مولدی است که ویژگی‌های

<sup>1</sup> Meng & Chen

<sup>2</sup> Elgar

<sup>3</sup> Gilbert

<sup>4</sup> Yip

<sup>5</sup> Poortinga

<sup>6</sup> Dubos

<sup>7</sup> Gochman

اساسی و «رابطه‌ای» یک موقعیت اجتماعی را به شکل نوعی «سبک زندگی» یک دست و یک پارچه - یعنی به شکل مجموعه یکدستی از انتخاب‌ها، کنش‌ها و دارایی‌ها درمی‌آورد (جلانی پور، ۱۳۹۲: ۳۳۰-۳۲۹؛ سروش و عنایت، ۱۳۹۳: ۶۳). بورديو نشان می‌دهد که سبک‌های زندگی محصول منش‌ها، و خود منش‌ها نیز تابعی از انواع تجربه‌ها هستند (فاضلی، ۱۳۸۲: ۴۵).

بورديو (۱۹۸۴) مطرح می‌کند که سبک زندگی و نحوه مصرف فرد، صرفاً بر حسب میزان سرمایه اقتصادی قابل توضیح نیست؛ بلکه میزان سرمایه فرهنگی فرد نیز در شیوه‌های متمایز مصرف موثر است. در این جا منش به مثابه یک نظام درونی شده از خلق و خوها و کردارها ظاهر می‌شود که بورديو آن را «ناخودآگاه فرهنگی» می‌نامد. به‌طور کلی می‌توان گفت فضای موقعیت‌های اجتماعی به واسطه فضای منش‌ها به فضای «موضع‌گیری‌ها» تبدیل می‌شود. هر مجموعه از موقعیت‌ها متناظر است با مجموعه‌ای از منش‌ها یا ذائقه‌ها که محصول شرایط اجتماعی متناسب با آن موقعیت‌ها است (همان، ۳۲۹). ساختارهای اجتماعی در ذهن و در درون افراد از طریق درونی ساختن عناصر بیرونی حکم می‌شوند و به صورت عادت‌واره درمی‌آیند (توسلی، ۱۳۸۳: ۵). این ساختارهای ذهنی به شناختی اطلاق می‌شود که از آن طریق کنش‌گران با جهان اجتماعی برخورد می‌کنند. به این ترتیب آنها جهان اجتماعی‌شان را فهم و ارزشیابی می‌کنند و از طریق همین طرح‌های ذهنی، عملکردهای خود را تولید و آن‌ها را درک و ارزش‌گذاری می‌کنند. بدین ترتیب افراد گوناگون ساختمان ذهنی واحدی در جامعه ندارند. اما افراد با جایگاه اجتماعی یکسان، ساختمان ذهنی مشابهی دارند. ذائقه در این شرایط نقش آفرینی می‌کند (ریتزر، ۱۳۷۴: ۷۱۳ و ۲۷۲). بورديو معتقد است که عادت‌واره و ذائقه با «زمینه یا میدان» مرتبط است. زمینه‌ها فضای زندگی اجتماعی هستند که در یک فرآیند تاریخی بر محور روابط اجتماعی شکل می‌گیرند (همان). ذائقه از طریق عملکرد ساخته می‌شود و زمینه در نتیجه عملکرد آفریده می‌شود (ریتزر، ۱۳۷۴: ۷۲۲). بنابراین می‌توان گفت سبک زندگی از نظر بورديو در نتیجه اختلاف در دارایی‌های مادی و فرهنگی ظاهر می‌شود.

در فهم سبک زندگی توجه به دو مفهوم عاملیت و ساختار بسیار مهم است. بورديو سبک زندگی را محصول «انتخاب‌های سلیقه‌ای» می‌داند، اما معتقد است که این انتخاب‌ها تحت تأثیر «موقعیت ساختاری» انجام می‌شود (بورديو، ۱۳۹۰: ۲۴۵). سبک زندگی اعضای هر طبقه در یک میدان، شبیه یکدیگر است. به همین دلیل کسانی که در فضای اجتماعی هم‌جوار هستند، در یک میدان خاص وحدت اسلوب دارند و در یک سبک زندگی مشترک هستند.

گیدنز با طرح نظریه ساختاربندهی می‌کوشد عاملیت و خلاقیت انسانی را در فرآیند دائمی ایجاد و باز ایجاد جامعه نشان داده و رابطه‌ی دو سویه و انعکاسی فرد انسانی و جامعه، سبک زندگی، سیاست رهایی‌بخش و سیاست زندگی، پویایی‌های محلی و پویایی‌های جهانی و مفاهیمی از این دست را روشن کند. لذا ساختارها صرفاً با کار بست عملی و آگاهانه آن‌ها توسط عامل‌ها و نیروی مولدشان ساخته شده و حفظ می‌شود (گیدنز، ۱۳۷۸: ۸۶). عامل‌ها همواره ساختارها را در مقتضیات نوین به کار می‌برند و احتمالاً آن‌ها را تعدیل کرده و تغییر می‌دهند. اما در دایره عادت و رسوم زندگی روزانه، عموماً در حال تکرار مکررات هستند. درحالی‌که پیرو قواعد و سنن هستند، تنها تعدیل و انطباق‌های جزئی از خود بروز می‌دهند. بنابراین عاملیت بستگی به آگاهی از این شیوه‌های بازمانده، ابزار و اسباب انجام امور دارد. برای استمرار و تداوم ترتیب زندگی نه تنها این آگاهی لازم است، بلکه «بازاندیشی نیز ویژگی معرف هرگونه کنش انسانی است». گیدنز به «نظارت بازاندیشانه کنش»<sup>۱</sup> اشاره می‌کند (گیدنز، ۱۳۷۸: ۴۵). به این ترتیب افراد از یک سو فعالیت‌های خود در جامعه را مورد بازنگری قرار داده و خصلتشان را دگرگون می‌کنند؛ و از سوی دیگر با انجام این کار توان تأثیرگذاری برای تغییر شرایط اجتماعی را کسب می‌کنند. (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۵) گیدنز پیدایش سبک‌های زندگی را محصول بازاندیشی در دنیای مدرن می‌داند؛ زیرا داشتن سبک زندگی مستلزم آن است که افراد از میان انتخاب‌های مختلف، دست به گزینش بزنند (همان). گیدنز در فهم سبک زندگی به اشکال منتخبی از مصرف‌گرایی اشاره می‌کند که سبک زندگی افراد را مشخص می‌کند و متضمن انتخاب انواع خاصی از غذا، پوشاک، مسکن، اتومبیل، عادات کاری، اشکال گوناگون تفریح یا فراغت و انواع دیگری از

<sup>۱</sup> Reflexive monitoring of action

رفتار منزلت جویانه است. این انتخاب‌ها توسط موقعیت اجتماعی افراد و نیز امکان و میزان دسترسی آنان به منابع اقتصادی و فرهنگی مشروط می‌شود (Cockerham, 1997:32). گیدنز بر آن است که سبک‌های زندگی که افراد برای خود برمی‌گزینند نه فقط نیازهای جاری آن‌ها را برمی‌آورند، بلکه روایت خاصی را که آن‌ها برای هویت شخصی خود برگزیده‌اند، در برابر دیگران متجسم می‌سازند (گیدنز، ۱۳۷۸: ۱۲۰). گیدنز همچنین مفهوم وبری «شانس‌های زندگی» را از نظر دور نمی‌دارد و بر آن است که انتخاب سبک زندگی مشروط به شانس‌ها یا فرصت‌هایی است که نصیب هر فرد می‌شود (گیدنز، ۱۳۷۸: ۱۲۶).

دیوید چانی مشابه گیدنز «سبک زندگی را به مثابه بخشی از زندگی اجتماعی روزانه در دنیای مدرن» بازمی‌شناسد (سفیری و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳). او معتقد است که سلطه فرهنگ مصرفی موجب شده است که پایه‌های تمایزات اجتماعی به جای تولید، به روابط ذهنی و فرهنگی جامعه در حوزه مصرف (یا سبک زندگی) منتقل شود. بدین ترتیب به باور او سبک زندگی مشتمل بر نحوه استفاده از منابع و امتیازات در اختیار افراد است و نه خود امتیازات و فرصت‌هایی که بر اثر منزلت اجتماعی یکسان، نصیب آنها شده است (سفیری و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴). زیمل می‌گوید: «سبک زندگی، تجسم تلاش انسان است برای یافتن ارزش‌های بنیادی یا به تعبیری فردیت برتر خود در فرهنگ عینی و شناساندن آن به دیگران» (گروسی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۵۳). به اعتقاد زیمل فرد فقط از طریق بسط شدید فردگرایی می‌تواند فشار زندگی مدرن را تحمل کند. مصرف مدرن راهی برای اثبات خود و حفظ اقتدار فردی است (همان، ۱۵۴). در بررسی و تحلیل سبک زندگی، توجه به جوانان اهمیت بسیاری دارد. دنیای مدرن هم‌زمان با تحمیل فشارها و مشکلات فراوان، فرصت‌های جدیدی نیز پیش روی جوانان می‌نهد. در مدرنیته متأخر مسیرها متنوع، چرخه‌ای و برگشت پذیرند و همین ویژگی‌ها امکان تجدید نظر و بازاندیشی را برای جوانان فراهم کرده و آنان را در تعیین مسیر و سبک زندگی مختار می‌سازد. از سویی، خواسته‌ها و ظرفیت‌های زیاد دنیای مدرن آن‌ها را تحریک و تشویق می‌کند. و از سوی دیگر با مشکلاتی مانند کسب‌های جدید و محدود شدن به سبک‌های زندگی معین مواجه هستند. «واکنش معمول جوانان به این وضعیت، گسترش میدان تجربه حال (زندگی روزمره) است.» (ذکایی، ۱۳۸۷: ۶۸) این میدان تجربه حال دقیقاً همان عرصه‌ای است که جوانان می‌کوشند که در آن احساس بی‌قدرتی خود در حوزه‌های دیگر را با انتخاب‌ها و گزینش‌هایی، به ویژه در حوزه سبک‌زندگی جبران کنند. جوانان امروزی آشکارا مصرفی‌تر شده‌اند و زندگی را برای حال می‌خواهند (همان). به طور کلی در جامعه کنونی جوانان چالش برانگیزترین و مهم‌ترین قشر جامعه هستند و تغییرات مختلف، آن‌ها را بسیار متأثر ساخته و سبک‌های زندگی نوینی برایشان به همراه داشته است.

### سبک زندگی سلامت محور

نگاهی دقیق به آثار و پیشینه‌ی مفهوم «سبک زندگی سلامت محور» نشان 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 حد اعلا‌ی سلامتی برای فرد می‌داند. او در این زمینه به رژیم غذایی و ورزش اشاره می‌کند (کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۶۷). به نظر وبر سبک زندگی سلامت محور به الگوهای جمعی از رفتار مرتبط با سلامت توجه دارد که بر انتخاب‌هایی که طبق فرصت‌های زندگی در دسترس مردم است، متکی هستند. این فرصت‌ها بر مبنای عناصری از قبیل طبقه، سن، جنس، قومیت و دیگر متغیرهای ساختاری مناسب که انتخاب‌های سبک زندگی را شکل می‌دهند، قابل مشاهده هستند. این انتخاب‌ها برای نمونه شامل تصمیم در مورد سیگار کشیدن، مصرف الکل، رژیم غذایی، ورزش و غیره هستند. رفتارهای منتج از کنش متقابل بین انتخاب‌ها و فرصت‌ها می‌توانند نتایج بهداشتی مثبت و یا منفی در برداشته باشند (همان).

کاکرهام به پیروی از وبر، سبک‌های زندگی سلامت محور را مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری مرتبط با سلامت می‌داند که مبتنی بر انتخاب‌های افراد از گزینه‌ها و فرصت‌های موجود در زندگی‌شان است (Cockerham, 2010:20-19). او معتقد است که انتخاب‌های سبک زندگی و رفتار برآمده از این انتخاب‌ها می‌تواند نتیجه‌های مثبت و منفی برای بدن و ذهن<sup>۱</sup> افراد در پی داشته باشد.

<sup>۱</sup> mental

بنابراین سبک زندگی سلامت محور به عنوان بخشی از سبک زندگی هر فرد، ممکن است متأثر از میزان و ساختار سرمایه فرهنگی او باشد. یعنی سلامت که به طور مستقیم تحت تأثیر «سبک زندگی سلامت محور» قرار دارد، به طور غیرمستقیم و به واسطه «سبک زندگی سلامت محور» از سرمایه فرهنگی متأثر است.

### مدیریت بدن

در شناخت شرایط مدرن و گزینه‌های پیش روی فرد و همچنین سبک زندگی، به‌ویژه برای افراد جوان‌تر نمی‌توان پدیده مدیریت بدن و درک از بدن را فراموش کرد. از این رو در این بخش به آن می‌پردازیم.

همه‌ی کنش‌های اجتماعی انسان از مجرای بدن او ساخته شده و بروز می‌کند. عاملیت کنش‌گر فقط از توانمندی‌های روحی او مانند هوش مندی، آگاهی و نیات درونی سرچشمه نمی‌گیرد، بلکه از قابلیت‌های جسمانی او هم تأثیر می‌پذیرد (جوهری، ۱۳۸۷: ۳۸). از سوی دیگر بدن یک هستی زیست‌شناختی و روان‌شناختی صرف نیست بلکه پدیده‌ای است که به‌طور اجتماعی ساخته و پرداخته می‌شود (ادیبی سده، ۱۳۹۰: ۶۰). مدیریت بدن به معنای نظارت و دست‌کاری مستمر ویژگی‌های ظاهری و مرئی بدن است (ارمکی و چاوشیان، ۱۳۸۱: ۶۴). مدیریت بدن از طریق اعمال و کردارهایی مثل انتخاب نوع لباس، پوشش ظاهری، آرایش بدن، سلیقه‌های ورزشی، رژیم‌های غذایی و غیره بیان می‌شود (ابراهیمی و بهنونی گدنه، ۱۳۸۹: ۱۵۵).

### تصور بدن

توجه به دگرگونی در استفاده از بدن در جریان زندگی، موجب توجه به مفهوم تصور بدن<sup>۱</sup> گردید. تصور بدنی یک فرآیند شناختی صرف نیست بلکه خواسته‌ها، نگرش‌های عاطفی و کنش متقابل با دیگران را منعکس می‌سازد (مختاری و عنایت، ۱۳۹۰: ۶۸). تصور بدن به دریافت و احساس فرد از بدن خود اشاره دارد (خواجه نوری و دیگران: ۱۳۸۹: ۹۱). وجود انسانی، در بدو امر دارای یک مظهر بدنی است. اعضای مختلف بدن دارای ارزش‌های مساوی فرهنگی نیستند. آلن آندال به وجود رابطه‌ی دیالکتیکی (یا دو طرفه) میان بدن فیزیکی و ذهنیت انسانی توجه می‌دهد که غالباً به آن از طریق مفهوم «بدن زیست‌شده»<sup>۲</sup> ارجاع می‌شود (بابایی فرد، ۱۳۹۶: ۴). بدن عرصه‌ی بازآفرینی فرهنگ و اجتماع است و ویژگی‌ها و انواع سرمایه‌های فرهنگی افراد بر آمادگی‌های رفتار کنش‌گران به عنوان یک شاخص و مؤلفه مهم سبک زندگی مؤثر است.

گافمن به تصرف مردم در بدن و تغییر آن در جریان امور روزمره توجه داشت. او معتقد است بدن نه فقط موجودیتی ساده، بلکه وسیله‌ای عملی برای کنار آمدن با اوضاع و احوال بیرونی است (آزاد ارمکی و چاوشیان، ۱۳۸۱: ۶۱). این همان موقعیتی است که فرد با تجربه مخاطره در سلامتی، آن را از دست می‌دهد (فاتحی و اخلاصی، ۱۳۸۷: ۱۷-۱۶). گافمن در این باره مفهوم مدیریت تأثیرگذاری را مطرح می‌کند. گافمن «خود» را آسیب‌پذیر می‌داند و برای حفاظت از «خود» و اجرای آن، از داغ‌هایی مانند زشتی بدن، نقص در شخصیت یا چاقی بدن نام می‌برد (همان).

پدیدارشناسان معتقدند در اکثر موارد ما به اعمال بدنی خود وقوف نداریم. در هنگام بیماری، درد و مرگ که بدن در آستانه‌ی زوال قرار می‌گیرد و دیگر نمی‌تواند به‌طور عادی کار کند، به بدن خود آگاهی پیدا می‌کنیم. از نظر مرلوپونتی، دانش بشری بدن‌مند<sup>۳</sup> و ذهنی است. دردی که از خراش یک سوزن احساس می‌کنیم، به طور عینی در خود سوزن نیست. این واقعیت نشان می‌دهد که آگاهی ما برگرفته از بدن است (بابایی فرد، ۱۳۹۶: ۶). میشل فوکو پیکر آدمی را در ارتباط با مکانیسم‌های قدرت، تحلیل می‌کند. وی بر این باور است که بدن را باید به مثابه محصولی اجتماعی و تاریخی دانست. فوکو پذیرفته است که انسان به صورت یک زندان به کنترل بدن خود می‌پردازد. به گفته فوکو ساختارهای انضباطی، به وجود آورنده بدن‌های مطیع هستند (Giddens, 2006: 88).

<sup>1</sup> Body image

<sup>2</sup> lived body

<sup>3</sup> Embodied

نظر فوکو یکی از ابعاد اساسی جهان مدرن، انضباط است (Ibid). از دیدگاه فوکو این قدرت که از آن تحت عنوان قدرت زیستی یا قدرت مشرف بر زندگی نام می‌برند، در کنترل بدن افراد و جمعیت‌ها کارآیی دارد (جواهری، ۱۳۸۷: ۵۶-۵۳). گیدنز معتقد است بدن وسیله‌ای عملی برای کنار آمدن با اوضاع و احوال و رویدادهای بیرونی محسوب می‌شود (نوغانی و دیگران، ۱۳۸۹: ۷۹). به اعتقاد گیدنز برای اینکه بتوانیم به‌طور مساوی با دیگران در تولید و بازتولید روابط اجتماعی شریک شویم، باید قادر باشیم نظارتی مداوم و موفقیت‌آمیز بر چهره و بدن خویش اعمال کنیم (فاتحی و اخلاصی، ۱۳۸۷: ۱۹-۱۸). این مسئولیت در شرایط سلامت فرد، قابل اجرا است. فرد بیمار قادر به کنترل بدن خویش نخواهد بود و نقش‌آفرینی اجتماعی وی دچار مشکل می‌شود. از نظر بوردیو مدیریت بدن، مرکزی برای اکتساب پایگاه و حفظ طبقه و دیگر تمایزات افراد است (حیدری چروده و دیگران، ۱۳۸۹: ۲۳). او به کالایی شدن بدن در جوامع مدرن اشاره می‌کند که به صورت سرمایه‌ی فیزیکی ظاهر می‌گردد (فاتحی و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۹-۱۸). بوردیو سرمایه‌ی بدنی را به مثابه یکی از انواع فرعی سرمایه فرهنگی، نوعی منبع فرهنگی می‌داند که در بدن سرمایه‌گذاری شده است. تولید سرمایه جسمانی به شکل‌دهی اجتماعی بدن‌ها توسط افراد از طریق ورزش، فراغت و دیگر فعالیت‌ها اشاره دارد که خود ریشه در عادت‌واره‌های افراد دارد. این شکل‌دهی به گونه‌ای است که ارزش منزلتی ویژه‌ای به آن‌ها می‌بخشد. در واقع بدن جوان، زیبا و محکم به نشانه‌ای از شادی و منزلت تبدیل شده است (ذکایی، ۱۳۸۷: ۱۲۳). این امر می‌تواند در گروه‌های مختلف سنی در سطوح متفاوتی مدنظر قرار گیرد.

با توجه به مبانی تئوریک می‌توان انتظار داشت که با توجه به تغییر سرمایه جسمانی افراد در سنین مختلف و همچنین تغییر در ادراک بدن و تمایل به سبک زندگی مدرن و سنتی، شاهد تفاوت‌های جدی در درک و مواجهه با سلامتی در بین افراد در سنین جوانی و بزرگسالی باشیم.

## روش

در این پژوهش از رهیافت کیفی نظریه بنیانی<sup>۱</sup> استفاده شد. از کیا (۱۳۹۰) تصریح می‌کند که این رهیافت، روش‌های متعددی را برای جمع‌آوری اطلاعات فراهم می‌نماید. برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه‌های نیمه ساخت یافته و مشاهده بهره‌برداری شد. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. حجم نمونه در این پژوهش ۳۲ نفر بود که با توجه به جنس، گروه‌های سنی، درآمد، شغل و تحصیلات در دو محله‌ی شهرک تعاون (به‌طور نسبی فرادست) و محله سعدی (به‌طور نسبی فرودست‌تر) شهر سمنان انجام شد. افراد به‌طور داوطلبانه و با آگاهی کامل به پژوهش پیوستند. پس از انجام هر مصاحبه، کدگذاری باز اجرا شد و نتایج حاصل از هر مصاحبه با دیگر مصاحبه‌ها و نیز با مبانی نظری مقایسه شد. پس از استخراج مقولات، کدگذاری محوری و گزینشی برای نیل به انواع پارادایم‌ها و پارادایم مسلط انجام شد. نهایتاً گزاره‌های تئوریک استخراج شد.

در این پژوهش اصول اخلاقی به مثابه یک ضرورت مدنظر قرار گرفته و موارد ذیل رعایت شد: (۱) ورود داوطلبانه افراد به پژوهش (۲) حفظ گمنامی مشارکت‌کنندگان (۳) آگاهی مشارکت‌کنندگان از اهداف پژوهش. همچنین پژوهشگر همواره مدنظر قرار داد که در فرآیند پژوهش کیفی به مثابه یک یادگیرنده است و نمی‌تواند مدعی دانستن پاسخ باشد. او متوجه بود که پاسخ در نزد مشارکت‌کنندگان در پژوهش است و باید حداکثر تلاش برای جلب همکاری صمیمانه و رضایتمندانه آنان انجام شود (علیرضائزاد، ۱۳۹۶: ۱۴۳-۱۴۲). از این رو پژوهشگر به مشارکت‌کنندگان اطمینان داد که از آزادی کامل در پاسخ به پرسش‌ها برخوردار هستند و به هیچ نحوی مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند. همچنین اگر مشارکت‌کننده‌ای مایل به پاسخ‌گویی به یکی از پرسش‌ها نبود، پژوهش‌گر حتی دلیل امتناع او را نمی‌پرسید. به مصاحبه‌شوندگان اطلاع داده شد که چنان‌چه پس از مصاحبه به هر دلیل از شرکت در مصاحبه پشیمان شدند، تنها کافی است این موضوع را به پژوهش‌گر اطلاع دهند تا بخش‌ها یا حتی تمام داده‌های گردآوری شده از آن مصاحبه، از

<sup>۱</sup> Grounded Theory

مجموعه داده‌ها حذف شود (از کیا، ۱۳۹۶: ۷۵۹-۷۵۸). مصاحبه‌ها با اجازه مشارکت کنندگان ضبط شد. همچنین مطالبی که مشارکت کنندگان تمایلی به ضبط کردن آن نداشتند، یادداشت شد. همواره انجام مصاحبه بعدی منوط به تصمیم مصاحبه شونده بود.

جدول (۱): نمونه کدگذاری

نوع مقوله	زیرمقوله	مقوله	مفهوم
شرایط علی	جنسیت و بیماری	دردهای زنانه	پریود سخت
	عدم اعتماد به نظام درمانی	بی توجهی در مراحل درمان	مقصر بودن پزشک از دست زمان توسط پزشک
زمینه‌ها و بسترها	اولین مواجهه با مرگ	تجربه مرگ پدر در جوانی	مواجهه با مرگ بر اثر بیماری سخت
	مواجهه با بیماری	مواجهه با بیماری	مواجهه با بیماری یکی از والدین
	اجتناب از بیماری	مراقبت	آگاهی از بدن
	تجربه درد زنانه از زایمان تحمیل درد درد جنسیتی	آگاهی از درد	آگاهی مانع درد نیست درد زنانه
	نظام درمان	خروج از نظام درمان	درمان غیرپزشکی (یوگا)
	درد	دوگانه درد جسمی/درد روحي	درد جسمی درد روحی
شرایط مداخله گر	مرگ به معنای از دست دادن	مرگ به معنای از دست دادن مرگ به مثابه رنج دیگری	مرگ به معنای از دست دادن
	مراقبت از سلامتی	ضرورت چکاپ	چکاپ به عنوان یک ضرورت و توجه به سلامت
	الویت فرد بر جمع الویت فرد و گروه خانواده خانواده هسته ای بر جامعه و اجتماع سبک زندگی	فرد در خدمت خود و خانواده الویت فرزندان بر جامعه/اجتماع سبک زندگی فرد گرایانه	الویت اجتماع /جامعه الویت فرد و خانواده بر اجتماع / جامعه رضایت فرزندان اصل
استراتژی‌ها و پیامدها	چکاپ- پیشگیری	ارتباط مداوم با پزشک اعتماد-چکاپ	ضرورت چکاپ
	الویت جمع بر فرد سبک زندگی غیر خودی	فرد در خدمت جامعه/اجتماع الویت جمع بر فرد سبک زندگی جمع گرایانه	جمع گرایی (فرد و خانواده) برای اجتماع یا جامعه
	منجر به مرگ و از دست دادن نقش اطرافیان بیماردر مراحل درمان	اکتفا کردن به نظر یک پزشک	فرصت سوزی
	سلامت	الویت سلامت روحی به جسمی	الویت سلامت روحی، سلامت جسمی لزوماً منجر به سامت روحی نیست

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش تفاوت بین درک و مواجهه گروه‌های سنی جوان (۳۵ سال و پایین تر) با بزرگسالان (بالتر از ۳۵ سال) از سلامت مدنظر است. در خلال داده‌های گردآوری شده مقولات متفاوتی شناسایی شد. اولین مفهومی که در رفتار سلامتی مهم است درک فرد از زندگی است.

### درک از زندگی

مشارکت کنندگان در این پژوهش زندگی را به اشکال متفاوتی درک کرده و در برابر آن عکس‌العمل نشان دادند.

### زندگی به مثابه درد و رنج



زهره ۵۲ ساله و متأهل در مورد زندگی می گوید: "زندگی این زمانه هیچ معنایی ندارد فقط سختی و مشکلات؛ مشکلات زندگی، رفت و آمد بچه ها ... سخته. باباشون مریضه. یک سرآسایشگاه است، وقتی می آریم از آسایشگاه ما را اذیت می کنه... سختی خودشو داره. نداره؟" علی ۲۷ ساله و مجرد در مورد زندگی می گوید: "زندگی رنجش بیشتر از شادی هاشه. زندگی رنج نامه ای هست که شیرینه. یک چیزهایی هست که آدم می بیند دوستش داره. "شیدا ۳۰ ساله و مجرد در مورد زندگی می گوید: "ای کاش همیشه همین طور که بچه بودیم و می دونستیم که بازیه، پیش خودمون فکر می کردیم که زندگی هم واقعا یک بازیه و داریم نقش بازی می کنیم ولی می دونم زندگی سخته...."

### زندگی به مثابه مسئولیت

سحر ۲۶ ساله و مجرد می گوید: "زندگی یک فرصت هست برای کامل شدن و این که خودت را پیدا کنی. بینی کی هستی و چه توانایی هایی داری. بینی ماموریتت تو این زندگی چیه. می تونی این ماموریتو تو زندگی انجام بدی. انرژی بدی به دیگران و این که آن چیزی که هدف از آفرینشات بود زندگی کنی و ماموریت را کامل کنی." پریسا ۴۸ ساله و متأهل در مورد زندگی می گوید: "... احساس می کنم زندگی یک مجموعه ای هست که همه چیزش کامل نیست ولی می تونی با راهکارهایی کاملش کنی و احساس رضایت کنی ازش." ساناز ۳۰ ساله و متأهل می گوید: "زندگی از یک نقطه ای شروع می شه و یک مسیری به جلو میره ... و این ما هستیم که تو این که شرایط چطور پیش میره تصمیم می گیریم." پری ۴۰ ساله و مجرد می گوید: "زندگی از نظر من یعنی اینکه خودت برای خودت هدف و معنا برای آن بسازی. در واقع زندگی بی معنا است و این ما هستیم که باید به زندگی معنا بدهیم." در این نوع از درک از زندگی فردیت از اهمیت بسیاری برخوردار است. از نظر این افراد زندگی به خودی خود هیچ معنایی ندارد و فرد مسئول زندگی خود است.

### زندگی به مثابه یک امر طبیعی و تقدیر

محمد ۵۴ ساله و متأهل می گوید: "زندگی یک فرآیندی است که از یک جایی شروع می شود و به یک جایی ختم می شود. خودمان هم در انتخاب این مسیر نقش نداریم و وقتی به دنیا می آییم انتخابش نمی کنیم. یک فرآیند کمال و رشدی هست که به قله می رسه و با مرگ به پایان می یابد." کامران ۵۴ ساله در باره زندگی می گوید: "زندگی یک جریانی است که روز به روز اتفاق می افتد و با روز قبلش فرق می کنه و آدم باید با این شرایط کنار بیاد." در این شرایط فرد مسئولیت اصلی خود را پذیرش امر طبیعی، فاصله زندگی و مرگ و تطبیق خود با آن می داند. جوانان کمتری در این گروه دیده می شوند.

### زندگی به مثابه هدیه برای لذت بردن

ارمغان ۳۰ ساله و مجرد می گوید: "... اینکه آدم حس خوشبختی بکنه یا اینکه از ساعت هاش، روزها و شبهاش داره خوب استفاده می کنه؛ از اینکه پشیمون نباشه مدام هی برنگرده به روزهای قبلش نگاه کنه... به نظر من از زمان حال لذت ببره برای آینده اش برنامه داشته باشه معنای زندگیه. یعنی یه جورایی داره زندگی می کنه و از زندگیش هم داره لذت می بره" ندا ۲۹ ساله و متأهل می گوید: "زندگی کردنو دوست دارم. دوست دارم از اینکه زندگی جریان داره و ذوق و شوق دارم. خونه مو دوست دارم از اینکه گل و گیاه می بینم و می تونم تو آشپزخونه نقلی آشپزی کنم." رضا ۴۷ ساله و متأهل در تعریف زندگی می گوید: "زندگی الان قشنگ تره مسلما. من معتقدم بیماری همیشه بدبختی نیست. بیماری خیلی وقت ها نعمتی هست که از جانب خداوند بهت داده میشه." علی ۴۱ ساله و متأهل می گوید: "... اگر از من می پرسیدن هیچ وقت دوست نداشتم به این دنیا پیام. ولی حالا که به دنیا اومدم فکر می کنم که باید زندگی کنم. بالاخره یک فرصت کوتاهی به شما داده شده تا جایی که ممکن هست باید از زندگی لذت ببره و زندگی کنه."

۱: برای حفظ گمنامی مصاحبه شوندگان، تمامی اسامی به کار رفته برای ارجاع به مشارکت کنندگان، مستعار هستند.

در این نوع نگاه نسبت به زندگی، لذت بردن از فرصتی که به مثابه یک هدیه تلقی می‌شود، مدنظر افراد است. نکته مهم آن است که فرد ممکن است در خلال دوره‌های مختلف زندگی رویکردهای متفاوتی نسبت به آن داشته باشد. مثلاً رضا ۴۷ ساله تا پیش از مواجهه با بیماری صعب‌العلاج زندگی را به مثابه یک هدیه نمی‌دید. بدین ترتیب تغییر در شرایط سلامتی و مواجهه با مرگ در نگاه به زندگی تاثیرگذار است. دوره‌های مختلف زندگی انسان علاوه بر ماهیت زیست شناختی، ماهیت اجتماعی دارد. این مراحل از تفاوت‌های فرهنگی و نیز شرایط مادی که مردم در انواع معین جامعه در آن به سر می‌برند، تأثیر می‌پذیرد (گیدنز، ۱۳۷۹: ۱۱۰). نتایج حاصل از یافته‌ها بین گروه‌های سنی جوان و بزرگسالان در مورد فهم زندگی تفاوت روشنی را به نمایش می‌گذارد به نحوی که میزان جوانان

در نحوه نگاه به زندگی به مثابه لذت به طور اساسی بر تعداد بزرگسالان فزونی دارد. از سوی دیگر نگاه نقادانه به زندگی و تلقی زندگی به مثابه امر طبیعی به طور مشخص در بزرگسالان دیده می‌شود. جوانان حتی در محلات کم‌تر برخوردار از نگاه زندگی به مثابه درد و رنج امتناع می‌کنند. در نگاه به زندگی به مثابه مسئولیت بیشترین نزدیکی بین جوانان و بزرگسالان دیده می‌شود. بر این اساس می‌توان به تحلیل رفتار سلامتی در نزد این دو قشر پرداخت.

جدول (۱): معرفی درک از زندگی مصاحبه‌شوندگان

درک از زندگی			
دلایل درک از زندگی	فراوانی (نفر)	جوانان	بزرگسالان
		۳۵ سال و پایین‌تر	بالتر از ۳۵ سال
زندگی به مثابه درد و رنج	۵	۱	۴
زندگی به مثابه مسئولیت	۱۱	۶	۵
زندگی به مثابه یک امر طبیعی و تقدیر	۱۱	۰	۱۱
زندگی به مثابه هدیه برای لذت بردن	۷	۵	۲

#### درک از سلامت و مواجهه با آن

در سال‌های اخیر مفهوم‌سازی سلامت جمعیت از سنجش مرگ و میر فراتر رفته و شامل سنجه‌های ویژه‌ی سلامت می‌شود. از جمله این سنجه‌ها می‌توان به امید زندگی سالم و کیفیت زندگی سلامت محور اشاره کرد. این امر ناشی از افزایش امید به زندگی است که کانون توجهات را از کمیت زندگی به کیفیت زندگی تغییر داده است. سازمان بهداشت جهانی سلامت را چنین تعریف کرده است: وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی (Lamb, Vicki L. and Jacob S. Siegel, 2004: 341-347).

بر اساس یافته‌ها علی ۲۸ ساله و مجرد در باره سلامت می‌گوید: "به نظرم دغدغه نداشته باشی که تو جای سرد و گرم باشی. هر چی دوست داری بخوری." ارمغان ۳۰ ساله و مجرد می‌گوید: "به لحاظ جسمی آدم رو پایی باشی. آدم فعالی باشی که بگی من در سلامت کامل جسمانی‌ام." سحر ۲۶ ساله می‌گوید: "سلامتی یعنی اینکه تمام اعضای بدن به درستی کار کنه و اینکه تو فرم مناسب باشی." نگار ۲۷ ساله می‌گوید: "سلامتی یعنی اینکه بیماری جسمی نداشته باشم."

در رویکردی متفاوت میترا ۵۴ ساله در مورد سلامت می‌گوید: "در درجه اول سلامتی روح بعد سلامتی جسم. اگر جسم سالمی داشته باشی ولی روح سالم نداشته باشی خودت هم آسیب می‌بینی و اطرافیانو هم آسیب می‌رسونی." طاهره ۴۰ ساله می‌گوید: "سلامتی هم آرامش روح و هم آرامش جسم. آرام بودن و از زندگی لذت بردن از زندگی را من سلامتی می‌دونم." محمد، ۵۴ ساله می‌گوید: "سلامتی یعنی آن جور باشی که خودت می‌خواهی زندگی کنی و اینکه هیچ بیماری جسمی و روانی نداشته باشی."

در درک از سلامت در بین جوانان (۳۵ سال و پایین‌تر) و بزرگسالان (بالتر از ۳۵ سال) در این پژوهش تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود. نکته جالب آن است که جوان‌ترها سلامتی را داشتن جسم سالم و برازنده تعریف می‌کنند؛ در حالی که بزرگسالان سلامتی را معادل

داشتن روح<sup>۱</sup> و جسم سالم می‌دانند. آنان یادآور می‌شوند که جسم و روح با هم مرتبط هستند. آرامش در سخنان آنان نکته‌ای کلیدی است. آنان معتقدند فردی سلامت است که روح (روان) و جسم سالمی داشته باشد.

### رفتار سلامتی

رفتار سلامتی<sup>۲</sup> را می‌توان عبارت از رفتارهایی دانست که از سوی افراد به منظور حفظ یا بهبود سلامتی انجام می‌شود. در این باره فاطمه ۳۰ ساله می‌گوید: "برای سلامتی‌ام چکاپ می‌روم. و به نظرم همه باید بروند و پیشگیری کنند. اگر مریض هم باشی خیلی زود می‌فهمی و زودتر درمان می‌شوی." شیدا ۳۰ ساله و مجرد می‌گوید: "با چاقی خیلی مخالفم. غذای چرب نمی‌خورم. حتما ورزش می‌کنم. با هر شامپویی سر خودمو نمی‌شورم. از ضد آفتاب استفاده می‌کنم." نگار ۲۷ ساله می‌گوید: "برای سلامتی‌ام باشگاه می‌روم. ورزش می‌کنم. رژیم غذایی مناسب می‌گیرم. از لوازم آرایشی مارک دار استفاده می‌کنم." ابراهیم ۲۷ ساله و متأهل می‌گوید: "خیلی دوست ندارم وزنم زیاد باشه. بعد کارم حتما تایم‌هایی رو پیاده‌روی می‌کنم." علی ۲۸ ساله و مجرد می‌گوید: "برای زدن ریش‌هام به جای ژیلت از ماشین ریش تراشی استفاده می‌کنم چون ژیلت برای پوست ضرر داره."

نکته جالب توجه جوانان به سلامت جسمانی است. جوانان به دلیل شرایط سنی و نیز قرار داشتن در اوج نیروهای جسمانی، تجربه چندانی از بیماری ندارند. آن‌ها نسبت به وضع ظاهر، اندام، وزن، موی سر، تغذیه، ورزش و جنبه‌های مختلف سلامت نگران هستند. عناصری از سبک زندگی سلامت محور در بین این گروه دیده می‌شود.

شرایط بزرگسالان متفاوت است. در این مورد رضا ۴۷ ساله می‌گوید: "الان برای سلامتی‌ام چکاپ می‌رم ولی سیگار هم می‌کشم. مگر سیگار چقدر تاثیر داره تو سلامتی‌ام. من روزی یک پاکت سیگار می‌کشم." همچنین امیر ۴۴ ساله می‌گوید: "من غذای چرب دوست دارم. عاشق چربی از جمله دنبه با کبابم. ولی سعی می‌کنم با ورزش کردن به من ضرر نرسونه." مجتبی ۴۰ ساله می‌گوید: "... بیماری‌هامو می‌شناسم. خیلی در بند تغذیه‌ام نیستم. اصلا تو خوردن مراعات نمی‌کنم. باید سبزیجات کمتر بخورم. حیواناتو نباید بخورم. نفاخه، من لیستی دارم که نباید یکسری چیزها رو بخورم. ولی می‌خورم." پریسا ۴۸ ساله می‌گوید: "اصلا اهل رژیم گرفتن نیستم. غذای گیاهی اصلا دوست ندارم. یادگوسفند می‌افتم. اصلا موقع غذا خوردن به فکر سلامتی‌ام نیستم؛ به فکر لذت‌م. چون غذا خوردن بخش تفریح روحیم هست و به جسمی آن موقع فکر نمی‌کنم. همه چیو دوست دارم. خدا رو شکر. از دیزی بگیر تا کباب و فستفود و هر چی تو بگی دوست دارم."

یافته‌ها نشان می‌دهد که رفتارها و عادت‌های سلامتی بین جوانان و بزرگسالان متفاوت است. رفتارهای سلامتی در برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت در بین جوانان بیشتر از بزرگسالان است. یعنی انجام اقدامات لازم برای مبارزه با عوامل بیماری در بین جوانان بیشتر مشاهده می‌شود. لازم به ذکر است که انگیزه جوانان در این باره حفظ زیبایی اندام و چهره است اما می‌تواند پیامد ناخواسته آن، سلامتی جسمی باشد. یکی از جوانان به هنگام اندیشیدن در باره بیماری صعب‌العلاج اولین نکته‌ای را که مطرح کرد، به هم ریختن ظاهر زیبایش مربوط بود. مایل نبود او را غیر زیبا ببینند.

از سوی دیگر بزرگسالان رفتار سلامتی نامناسب را به نمایش می‌گذارند. این رفتارها نه تنها باعث بیماری می‌شود بلکه به راحتی به عادت‌های نامناسب سلامتی تبدیل می‌شوند. به نظر می‌رسد بزرگسالان عادت‌های سلامتی را رفتارهای مرتبط با سلامتی می‌دانند که اغلب به طور خودکار و بدون آگاهی و عادت انجام می‌دهند. در واقع به نظر می‌رسد که جوان‌ترها و افراد مسن دو نوع سبک زندگی متفاوت را به نمایش می‌گذارند. مفهوم دیگری که گاه معادل مفهوم رفتار سلامتی استفاده می‌شود، سبک زندگی است (مسعودنیا، ۱۳۹۶: ۲۴۸). سبک زندگی تنها مجموعه‌ای از رفتارها برای تامین نیازهای جاری فرد نیست، بلکه در عین حال روایت

<sup>۱</sup>. شایان توجه است که برخی از آنان از مفهوم روان به جای روح استفاده می‌کنند که در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی مفاهیم متفاوتی را در برمی‌گیرد.

<sup>۲</sup> Health behavior

خاصی را که وی برای هویت شخصی خود برگزیده است در برابر دیگران مجسم سازد (رحمت آبادی و آقابخشی، ۱۳۸۵: ۲۰). رفتارها به ویژه رفتارهای سلامت، عامل اصلی مشخص کننده وضعیت سلامت و طول عمر انسانند. سبک زندگی سلامت محور به عنوان یک پدیده چند علتی، چندبعدی، و چند دلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می شود که می تواند مانعی در مشکلات مربوط به سلامت و تضمین کننده سلامت برای فرد باشند. این سبک از ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیه مناسب و نامناسب، خود کنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و عواملی مشابه تشکیل شده است. جوهره‌ی سبک زندگی سلامت محور، انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است. در این میان نکته مهم عدم توجه جوانان به سلامت روحی است. سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف کرده است (لعلی و دیگران: ۱۳۹۱: ۶۱). عدم توجه جوانان به سلامت روحی (روانی) می تواند پیامدهای ویژه‌ای را به همراه داشته باشد.

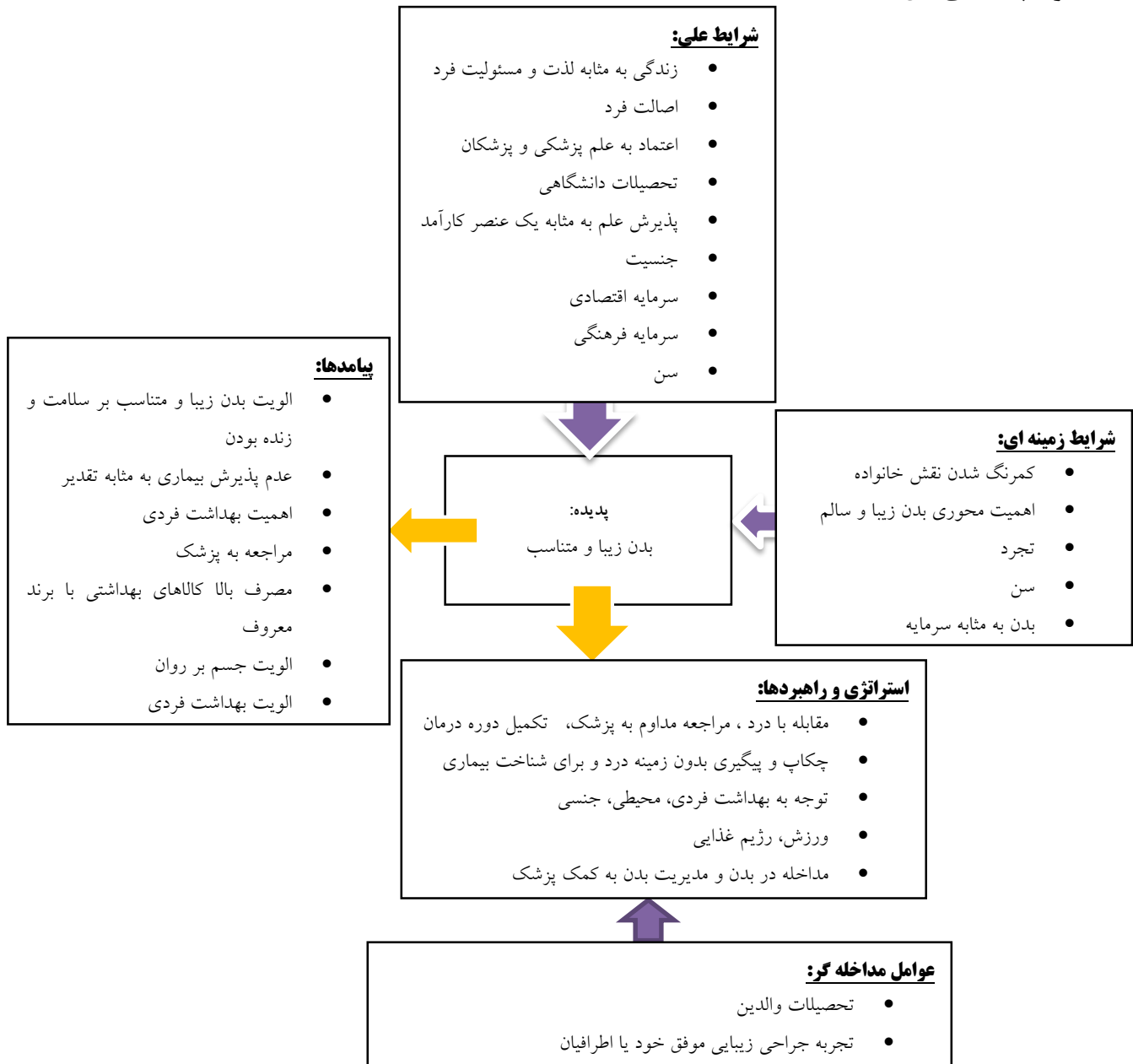
### بدن به مثابه سرمایه/بدن به مثابه ابزار

مساله بدن و تصور از آن، به ارزش‌ها و فرهنگ اجتماع برمی گردد. با افزایش سرمایه فرهنگی افراد تمایل بیشتری به مدیریت بدن خود می یابند. تفکر خود کنترلی در آن‌ها پرورش یافته و افراد تشویق می شوند تا با استفاده از استراتژی‌های ابزاری به مدیریت بدن خود بپردازند و بدن‌شان را به عنوان پروژه‌ای در دست اقدام بدانند (قادرزاده، ۱۳۹۲: ۸۶؛ خواجه نوری و همکاران، ۱۳۹۰: ۸۱). علی ۲۸ ساله می گوید: "برای عمل‌هایی که کردم دوست دارم جاهای عملی ببوشوم. لیزر کنم. چون یک وقت‌هایی استخر می‌رفتم. ی جور خاصی به آدم نگاه می‌کنند، مخصوصا بچه‌های کوچیک. الان دیگه استخر نمی‌رم." سحر ۲۶ ساله می گوید: "روزی یک ساعت و نیم ورزش بدن‌سازی می‌کنم. بدن‌سازی را برای تناسب اندام انجام می‌دهم و این رو اعتماد به نفسم خیلی تأثیر داره." نگار ۲۷ ساله می گوید: "من شش ساله حرفه‌ای ورزش می‌کنم و رژیم می‌گیرم. چون خودم را دوست دارم. می‌خوام بهترین خودم باشم." فاطمه ۳۰ ساله می گوید: "اولین بار بینی‌ام. ۱۸ ساله بودم و برای زیبایی عمل کردم. زیبایی خدادادی هست. ولی من دوست دارم یک‌سری تغییرات بدم چون روحیه‌ام عوض می‌شه. و راضی‌تر باشم و سه بار عمل کردم." ارمغان می گوید: "به فکر سلامتی هستم. باشگاه می‌رم. یوگا می‌رم. آمادگی جسمانی رفتم. باید اندامم خوب نگه دارم." طبق یافته‌های پژوهش، جوانان ظاهر فیزیکی خود را آن گونه که هست، نپذیرفته و معمولا به دنبال تغییر آن هستند. آنان توجه زیادی به برازندگی و تناسب اندام دارند. آنان احساس می‌کنند که همواره توسط دیگران قضاوت و ارزش‌گذاری می‌شوند. از این رو زیبایی ظاهر و شکل اندام بسیار مورد توجه جوانان است و به آن به مثابه یک سرمایه می‌نگرند. از سوی دیگر یافته‌ها بدن به مثابه ابزار باید توجه داشته باشیم که درک بزرگسالان با جوانان متفاوت است. برای بزرگسالان بدن ابزاری است برای انجام وظیفه، تحمل فشار زندگی، و شاید رنج بردن؛ اما برای یک جوان بدن باید زیبا و متناسب به مثابه سرمایه مطرح است؛ زیرا او به واسطه این بدن زیبا و متناسب خود را به جامعه معرفی کرده و هویت خود را بر می سازند

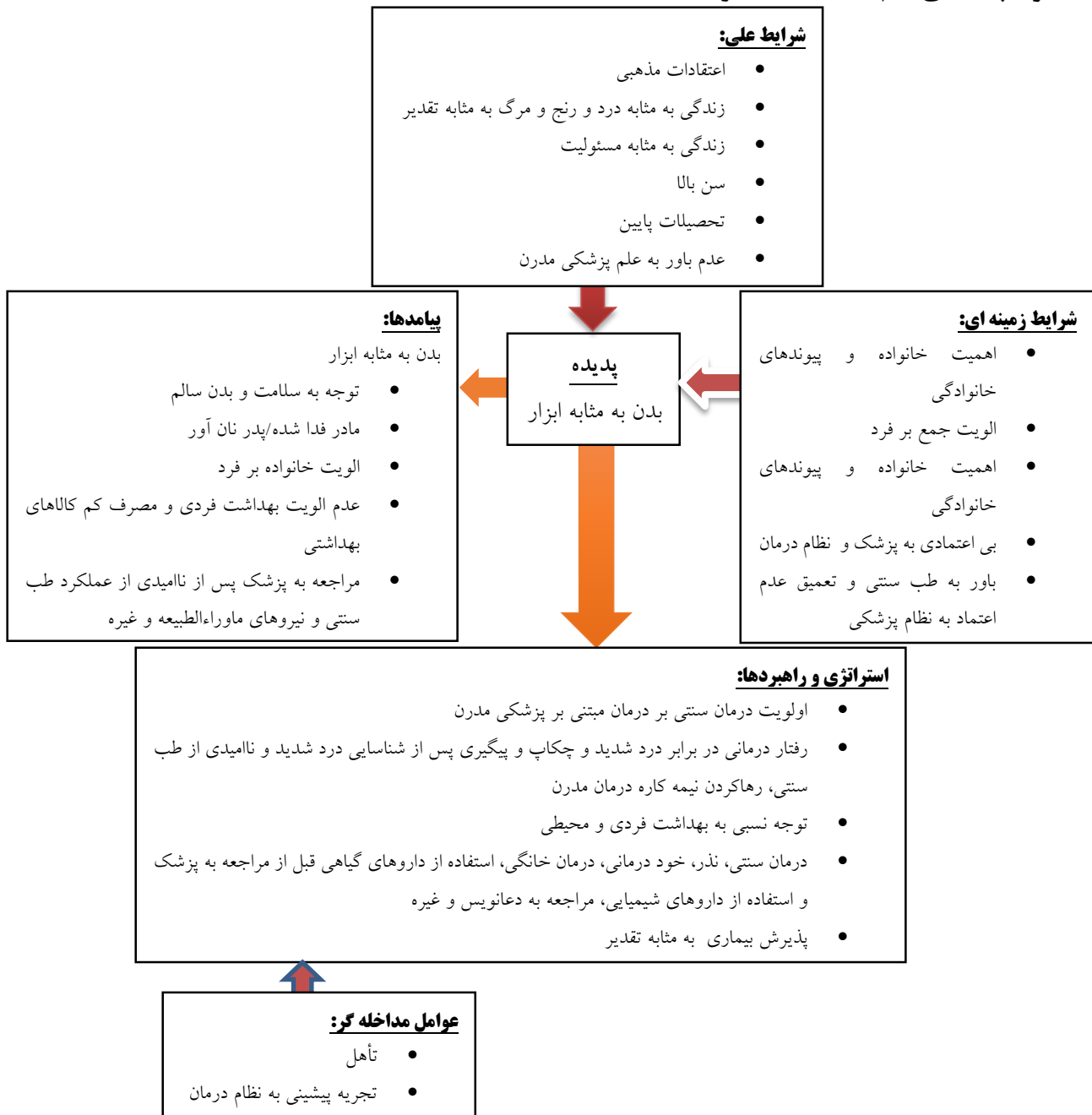
در این مورد سعید ۴۱ ساله می گوید: "به یک چیز اعتقاد دارم. آدم تا روزی که زنده هست یک‌طوری باشه بدنش، که زندگی‌اش یک‌طور دیگه زهرمار نشه. می‌گم آدم آنقدر سالم باشه تا وقتی که زنده هست زندگی براش سخت نباشه. ولی به این اعتقاد ندارم که میوه، سبزی، فلان و فلان بخورم که ده سال بیشتر زنده بمونم نه اصلا. اگر بدونم یک وقتی یک همچین تأثیری داره، نمی‌خورم." میترا ۵۸ ساله می گوید: "من اهل آرایش کردن نیستم از بچگی نبودم. وقتی عروسی کردم رژ لبی که مالیده بود رو لبم، خوشم نمی‌اومد. یک حس بدی بهم دست می‌ده ولی دیگران آرایش می‌کنند دوست دارم." آرزیتا ۴۴ ساله می گوید: "من از قیافه‌ی خودم راضی‌ام. هر کسی راضی نیست نگام نکنه. با اینکه تو تصادف سیصد تا بخیه خورده و یک طرف صورتم مثل سوختگی بوده، هیچ وقت دنبال جراحی پلاستیک نبودم. حتی تتو یک ابرو ساده رو هم دوست ندارم." پریسا ۴۸ ساله می گوید: "در حال حاضر

چروک‌های صورتم نه روی روحم تاثیر داره و نه رو جسمم." پری ۴۱ ساله می‌گوید: "در حد کمی اضافه وزن دارم. ولی از بدنم راضی‌ام. چون فکر می‌کنم اگر نواقصی هم در بدنم دارم، خدادادیه. بنابراین من عامل به وجود آوردنش نیستم." یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین شرکت‌کنندگان بزرگسال این پژوهش برخلاف جوانان، گزینه‌هایی مثل گرایش به تناسب اندام، استفاده از لوازم آرایشی، و هم‌چنین نگرش مثبت به جراحی‌های زیبایی کمتر است. به نظر می‌رسد سرمایه فرهنگی بین جوانان و بزرگسالان متفاوت است. و علیرغم سرمایه اقتصادی متفاوت بین ساکنان دو محله، عملاً سرمایه فرهنگی یکسان جوانان آنان را به سوی رفتار سلامتی معطوف به مدیریت بدن سوق داده است. این دو گروه در پارادایم‌های متفاوتی از نظر سبک زندگی قرار می‌گیرند. برای شناخت پارادایم‌ها کدگذاری محوری انجام و با توجه به تفاوت سن دو پارادایم سنتی و مدرن شناسایی شد. این‌طور به نظر می‌رسد که جوان‌ها بیشتر به پارادایم بدن متناسب و زیبا و بزرگسالان به پارادایم سنتی تعلق دارند.

### الگوی پارادایمی اول: "بدن زیبا و متناسب"



## الگوی پارادایمی دوم: "بدن به مثابه ابزار"



### جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

سبک زندگی عصری تعیین‌کننده در رفتار سلامتی است تا بدان حد که برخی از صاحب‌نظران این دو را یکسان می‌دانند. هم‌اکنون سبک زندگی سلامت محور به‌طور جدی در جامعه مطرح است و نظریه‌پردازان بسیاری بدان توجه کرده‌اند. اما نکته مهم آن است که در این پژوهش در دو گروه سنی جوانان و بزرگسالان سبک زندگی سلامت محور به عنوان یک سبک مسلط مطرح نیست. در بین جوانان توجه بیشتر به مدیریت بدن و ارائه تصویر زیبا و کامل از بدن است. ظهور استراتژی تغذیه ویژه، اجتناب از غذاهای چاق‌کننده، ورزش و غیره برای داشتن اندام زیبا و مدیریت بدن در بین جوانان مطرح است. این در حالی است که در نزد بزرگسالان خوردن غذا به مثابه یک لذت درک شده و فرد از غذاهایی که احیاناً بیماری‌زا هستند، اجتناب نمی‌کند. ورزش در زندگی بزرگسالانی که در این پژوهش شرکت کردند، به‌طور جدی مطرح نیست. آنان مانند جوانان به پزشک مراجعه کرده و به چکاپ سالیانه اقدام

می کنند، اما عملاً اقدام چندانی برای تغییر رفتار سلامتی از خود به نمایش نمی گذارند. آنان بدن را به مثابه ابزار می نگرند. توجه ویژه جوانان به بدن متناسب عملاً موجب فاصله گرفتن آنان از سبک زندگی سلامت محور می شود. جسم در این پارادایم از اهمیت محوری برخوردار است. در مقابل با این رویکرد برای افراد مسن تر سلامت روانی و آرامش از اهمیت بسیار برخوردار است. با توجه به یافته های این پژوهش می توان اظهار داشت که برای جوانان بدن به مثابه یک سرمایه مطرح است؛ از این رو آنان توجه ویژه ای به مدیریت آن معطوف می کنند و رفتار سلامتی آنان با بزرگسالان کاملاً متفاوت است. رفتار سلامتی متفاوت و نیز سبک زندگی متفاوت جوانان می تواند الگوی بیماری و رفتار در مقابله با بیماری را در نسل جوان به کلی دگرگون نماید. این امر نکته مهمی است که در توسعه انسانی باید مدنظر قرار گیرد. زیرا با تغییر سبک زندگی جوانان، موجب تفاوت درک از سلامتی شده و روند بیماری و احتمالاً بیماری هایی که جوانان با آن مواجه خواهند شد با افراد بزرگسال کنونی متفاوت است.

## منابع

۱. آزاد ارمکی، تقی و چاوشیان، حسن. (۱۳۸۱). "بدن به مثابه ی رسانه، مجله ی جامعه شناسی ایران" دوره ی چهارم، شماره ی چهارم.
۲. اباذری، یوسف، چاوشیان، حسن. (۱۳۸۱). "از طبقه اجتماعی تا سبک زندگی رویکردهای نوین در تحلیل جامعه شناختی هویت اجتماعی" نامه علوم اجتماعی، شماره ۲۰، پاییز و زمستان.
۳. ابراهیمی، قربانعلی و بهنوئی گدنه، عباس. (۱۳۸۹). "سرمایه ی فرهنگی، مدیریت ظاهر و جوانان" (مطالعه ی دختران و پسران شهر بابلسر) فصلنامه ی زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ی هشتم، شماره ی سوم.
۴. ادیبی سده، مهدی، علیزاده، مهستی و کوهی، کمال. (۱۳۹۰). "تبیین جامعه شناختی مدیریت بدن در میان زنان" فصلنامه ی مطالعات زنان، سال نهم، شماره ی سوم.
۵. ازکیا، مصطفی و غلامرضا غفاری (۱۳۸۸). "جامعه شناسی توسعه" تهران: انتشارات کیهان.
۶. ازکیا، مصطفی و همکاران. (۱۳۹۶). روشهای تحقیق کیفی از نظریه تا عمل (جلد دوم)، چاپ اول، تهران: کیهان.
۷. ازکیا، مصطفی، ایمانی جاجرمی، حسین. (۱۳۹۰). روشهای کاربردی تحقیق (جلد دوم)، چاپ اول، تهران: کیهان.
۸. بابایی فرد، اسداله، حیدریان، امین. (۱۳۹۶). "مروری بر نظریه های اجتماعی و فرهنگی مطالعات بدن" هشتمین کنفرانس روانشناسی و علوم اجتماعی. بنی فاطمه، حسین، شهامفر، جعفر، علیزاده اقدم، محمدباقر، عبدی، بهمن. (۱۳۹۳). "سنجش سطح سلامت شهروندان تبریزی و بررسی تاثیر تحصیلات و جنسیت بر آگاهی های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت" نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی.
۹. بوردیو، پی.یر. (۱۳۸۱). "نظریه کنش" ترجمه مرتضی مردی ها، تهران، نقش نگار.
۱۰. بوردیو، پی.یر. (۱۳۹۰). "تمايز، نقد اجتماعی قضاوت های ذوقی" ترجمه حسن چاوشیان، تهران، ثالث.
۱۱. توسلی، عباس. (۱۳۸۳). "تحلیلی از اندیشه پیر بوردیو درباره فضا منازعه آمیز اجتماعی و نقش جامعه شناسی" نامه علوم اجتماعی
۱۲. جلانی پور، حمیدرضا، محمدی، جمال. (۱۳۸۷). "نظریه های متأخر جامعه شناسی" چاپ ۵. انتشارات نی
۱۳. جواهری، فاطمه. (۱۳۸۷). "بدن و دلالت های فرهنگی اجتماعی آن" نامه ی پژوهش فرهنگی، سال نهم، شماره ی اول.
۱۴. حیدری چروده، مجید و کرمانی، مهدی. (۱۳۸۹). "رابطه ی باورهای زیباشناختی با تصویر ذهنی از بدن و نحوه مدیریت ظاهر در جوانان، مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۱ ساله ساکن شهر مشهد، فصلنامه ی مطالعات اجتماعی ایران، سال چهارم، شماره ی چهارم.
۱۵. خواجه نوری، بیژن، روحانی، علی و هاشمی، سمیه. (۱۳۸۹). "رابطه ی سبک زندگی و تصور بدن" مطالعه ی موردی: زنان شهر شیراز، فصلنامه ی تحقیقات فرهنگی، دوره ی چهارم، شماره ی اول.
۱۶. ذکائی، محمد سعید. (۱۳۸۷). جامعه شناسی جوانان ایران، چاپ دوم، تهران: نشر آگه
۱۷. ذکایی، محمد سعید. (۱۳۷۸). "جوانان، بدن و فرهنگ تناسب" فصل نامه ی تحقیقات فرهنگی، سال اول، شماره ی اول
۱۸. رحمت آبادی، الهام و آقابخشی، حبیب. (۱۳۸۵). "سبک زندگی و هویت اجتماعی جوانان"، فصلنامه ی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ی ۲۰.
۱۹. ریتزر، جورج. (۱۳۷۴). نظریه های جامعه شناسی در دوران معاصر، ترجمه ی محسن ثلاثی، تهران، انتشارات علمی.

۲۱. سفیری، خدیجه، جبارنژاد، سمیرا، حاتمی. (۱۳۹۴). " بررسی رابطه گرایش به مدرنیته با سبک زندگی زنان جوان؛ مورد مطالعه: زنان جوان ۱۵ تا ۲۹ ساله شهر تبریز " فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۲۴
۲۲. سگالن، مارتین. (۱۳۶۳). جامعه شناسی تاریخی خانواده، مترجم: حمید الیاسی، تهران: نشر مرکز.
۲۳. ش. ۲۳
۲۴. شارع پور، محمود، آرمان، فاطمه. (۱۳۹۳). " بررسی تفاوت های جنسیتی در سطوح مختلف سرمایه ی اجتماعی (مطالعه ی موردی: شهر تهران) " فصلنامه- ی مطالعات توسعه ی اجتماعی- فرهنگی، دوره ی سوم، شماره ی ۱، تابستان
۲۵. علیرضانژاد، سهیلا. (۱۳۹۶). اصول اخلاقی در پژوهش های اجتماعی. گرمسار: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی
۲۶. فاتحی، ابوالقاسم و اخلاصی، ابراهیم. (۱۳۸۷). " مدیریت بدن و رابطه ی آن با پذیرش اجتماعی بدن " (مطالعه ی موردی: زنان شهر شیراز) فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان (مطالعات راهبردی زنان) سال یازدهم، شماره ی سی و یکم.
۲۷. فاضلی، محمد. (۱۳۸۶). " مصرف و سبک زندگی " قم. صبح صادق.
۲۸. قادرزاده، محمدپور، احمد و غلامی، احمد. (۱۳۹۲). " خال کوبی و برساخت هویت فردی بازتابنده مسائل اجتماعی ایران " (۱)۴
۲۹. کیوان آرا، محمود. (۱۳۸۶). " اصول و مبانی جامعه ی شناسی پزشکی، اصفهان " انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
۳۰. گروسی، سعید، گروسی، بهشید، امیرحیدری، اسما. (۱۳۹۱). " بررسی رابطه نگرش جنسیتی و سبک زندگی در بین زنان شهر کرمان " نشریه دانشکده علوم انسانی و اجتماعی (علوم اجتماعی) سال ۱۴، شماره های ۳۴-۳۵
۳۱. گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۲). تجدد و تشخص (چاپ دوم). تهران: نشرنی.
۳۲. گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۸). " پیامدهای مدنیت " ترجمه محسن ثلاثی. تهران مرکز.
۳۳. گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۸). " تجدد و تشخص؛ جامعه و هویت شخصی در عصر جدید " ترجمه ناصر موفقیان. تهران نی.
۳۴. گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۹). جامعه شناسی ترجمه منوچهر صبوری، نشر نی.
۳۵. لعلی، محسن؛ عابدی، احمد و کجیاف، محمدباقر. (۱۳۹۱). " ساخت و اعتباریابی پرسشنامه ی سبک زندگی LSQ ". پژوهش های روانشناختی، دوره ی ۱۵، شماره ی ۱.
۳۶. محسنی، منوچهر. (۱۳۸۵). " جامعه شناسی پزشکی " چاپ هشتم، انتشارات گلشن
۳۷. محسنی تبریزی، علیرضا و فریبا سیدان. (۱۳۸۳). " منشا اجتماعی بیماری افسردگی زنان "، پژوهش دوره ۲ شماره ۲.
۳۸. مختاری، مریم و عنایت، حلیمه (۱۳۹۰). " نقش نگرش های جنسیتی در پیدایش تصور بدنی زنان "
۳۹. مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۹۶). " وضعیت توسعه انسانی در ایران " (چاپ اول). تهران: بنگاه و ترجمه و نشر کتاب پارسه (مطالعه موردی: زنان تحت عمل جراحی زیبایی در شهر شیراز) فصلنامه ی زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان) دوره نهم، شماره سوم.
۴۰. مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۶) " جامعه شناسی پزشکی " چاپ سوم، ویرایش فرشاد رضوان ناشر موسسه انتشارات دانشگاه تهران
۴۱. موسوی، میرطاهر، شیبانی، ملیحه. (۱۳۹۴). " سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی: مفاهیم و رویکردها " چاپ یکم، انتشارات آگاه
۴۲. نوغانی، محسن، مظلوم خراسانی، محمد و ورشوی، سمیه (۱۳۸۹) " عوامل اجتماعی مؤثر بر انجام جراحی زیبایی زنان "، فصل نامه ی مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان، سال هشتم، شماره ی چهارم

1. Cockerham, W. C. Rutten, A. & Abel, T. (1997) "Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber." *Journal the Sociological Quarterly*, 38(2): 32
2. Cockerham, WC. (2010). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health SocBehav.* 46(1), P.p: 19-20
3. Gidense, A. (2006). *Modernity and dignity and personal identity in modern society*, translated by Movafaqian, N, Ney Publication, Tehran: 88, (Persian).
4. Johnson, Byron R.; De Li. Spencer; Larson David B. & McCullough Michael (2000), *A Systematic Review of the Religiosity and Delinquency Literature*, *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 16(1): 32-52.
5. Lamb, Vicki L. and Jacob S. Siegel (2004). "Health demography", In: *The methods and aterials of demography*. Edited by Siegel, Jacob and David, Swanson. Pp: 341-371, USA: Elsevier.
6. Verbrugge L.M. *Gender and health: An update for hypotheses and evidence*, *Journal of Health and Social Behavior* 1985; 26: 156-82