

بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد

سیدعلیرضا افشانی*
سیدپویا رسولی‌نژاد**
محمد کاویانی***
حمیدرضا سمیعی****

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه «سبک زندگی اسلامی» با «سلامت اجتماعی» در بین مردم شهر یزد بود. در این پژوهش که به روش پیمایشی انجام شد، ۳۸۴ نفر از ساکنان مناطق سه‌گانه شهر یزد با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها «مقیاس سبک زندگی اسلامی کاویانی» (۱۳۹۰) و «سلامت اجتماعی کیز» (۱۹۹۸) بود. نتایج نشان داد که میانگین «سلامت اجتماعی» به‌طور معناداری در بین مردان بیشتر از زنان و در بین افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود ($P < 0/05$). میانگین نمرات «سبک زندگی اسلامی» در زنان به‌طور معناداری بیشتر از مردان بود ($P < 0/05$). بین «سبک زندگی اسلامی» و «سلامت اجتماعی» و ابعاد آن رابطه مستقیم و معناداری وجود داشت؛ به عبارت دیگر، هرچه «سبک زندگی» اسلامی‌تر باشد، «سلامت اجتماعی» و ابعاد آن بالاتر خواهد بود. براساس نتایج پژوهش، تقویت و گسترش «سبک زندگی اسلامی» در جامعه به افزایش «سلامت اجتماعی» منجر خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی اسلامی، سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی

Email: afshani@yazd.ac.ir
Email: puyar@yazd.ac.ir
Email: m-kavyani@rihu.ac.ir
Email: samiyyahamid@yahoo.com

* دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه یزد (نویسنده مسئول)
** دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد
*** استادیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
**** دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد
تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۱۷ تاریخ تأیید: ۹۳/۷/۲۵

مقدمه و بیان مسئله

مفهوم سبک زندگی^۱ که از آن با عنوان شیوه زندگی یا سبک زیستن یاد می‌شود، اولین بار در سال ۱۹۲۹ توسط آلفرد آدلر^۲، روان‌شناس اجتماعی، مطرح شد (مجیدی و دیگران، ۱۳۹۰، ص ۱۳۲). این مفهوم را می‌توان مجموعه‌ای کم و بیش جامع و منسجم از عملکردهای روزمره یک فرد دانست که نه فقط نیازهای جاری او را برآورده می‌سازد، بلکه روایت خاصی را که وی برای هویت شخصی خویش برمی‌گزیند، در برابر دیگران مجسم می‌سازد. از نظر آدلر، سبک زندگی؛ یعنی کلیت بی‌همتا و فردی زندگی که همه فرآیندهای عمومی زندگی، ذیل آن قرار دارند (آدلر، ۱۹۵۶، ص ۱۹۱). به طوری که با ارزیابی سبک زندگی افراد می‌توان میزان موفقیت‌های فردی و اجتماعی آنان را در زندگی مورد ارزیابی و بررسی قرار داد (کوکرها، ۲۰۰۵). سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) نیز سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف کرده است که شامل رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی انسان را تضمین می‌کنند (لعلی و دیگران، ۱۳۹۱، ص ۶۶). در مجموع، سبک زندگی شیوه‌ای نسبتاً ثابت است که فرد اهداف خود را به وسیله آن پی می‌گیرد (کاویانی، ۱۳۹۰، ص ۲۸). این شیوه نسبتاً ثابت شامل بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد؛ از جمله نظام معیشتی، تفریح و شیوه‌های گذراندن اوقات فراغت، الگوی خرید و مصرف، استفاده از محصولات تکنولوژیک و امثال آن می‌شود (مهدوی کنی، ۱۳۸۷، ص ۴۶).

به عقیده صاحب‌نظران، سبک زندگی هر فرد و جامعه متأثر از نوع باورها (جهان‌بینی) و ارزش‌های حاکم بر آن فرد و جامعه است. مشخص است که جهان‌بینی مادی و ارزش‌های لذت‌گرایانه طبیعتاً سبک زندگی خاصی را پدید می‌آورند. همان‌طور که جهان‌بینی الهی و ارزش‌های کمال‌گرایانه و سعادت‌محورانه سبک خاصی از زندگی را شکل می‌دهند (شریفی، ۱۳۹۱، ص ۳۴). حال از آنجا که در جوامع گوناگون بحث از آیین و روش زندگی دینی مطرح بوده است و ادیان مختلف در طول تاریخ دستورالعمل‌های خاصی برای همه ابعاد زندگی انسان ارائه کرده‌اند و مدعی بوده‌اند که جامعه مطلوب و زندگی سالم در نتیجه پیروی از روش زندگی ارائه‌شده توسط آنان است (رجب‌نژاد و دیگران، ۱۳۹۲، ص ۹)، پس می‌توان انتظار داشت که سبک زندگی اسلامی نیز از سبک‌های مهم و تأثیرگذار در زندگی افراد و در جوامع گوناگون است؛ خصوصاً در عصر حاضر که کاستی‌های سبک زندگی غیر دینی و مادی بر همگان روشن شده است.

1. life style

2. Alferd Addler

امروزه، مفهوم «سبک زندگی اسلامی» مورد توجه بسیاری از صاحب‌نظران و پژوهشگران علوم انسانی قرار گرفته است و اشاره به شیوه و سبکی از زندگی دارد که منبع اصلی استخراج آن کتاب الهی است و یا به تعبیر علامه مجلسی زندگی اسلامی در زندگی قرآنی معنا می‌یابد (مجلسی؛ نقل از: خطیبی و ساجدی، ۱۳۹۲، ص ۱۴). در واقع، سبک زندگی اسلامی شیوه‌ای از زندگی بر مبنای عملی است که در جهت عمل به قوانین الهی انجام می‌شود. در این سبک زندگی به آموزه‌های اسلامی و کلیت اسلام نگاه شده است و با زندگی افراد و تمام ابعاد آن مرتبط است (کجیاف و دیگران، ۱۳۹۰، ص ۶۲). در سبک زندگی اسلامی، زندگی انسان یک زندگی دنیا و آخرتی است؛ به این معنا که دنیا و آخرت را با هم و در کنار یکدیگر دارد؛ یکی مکمل دیگری و یکی فرضیه‌ساز دیگری است (شریعتی، ۱۳۹۲، ص ۶).

سبک زندگی از دیدگاه اسلام، به مجموعه‌ای از موضوعات مورد قبول اسلام در عرصه زندگی اشاره دارد که براساس آن، معیار رفتار ما باید مبتنی بر اسلام و آموزه‌های اسلامی باشد. خدامحوری و حاکمیت ارزش‌های اسلامی در زندگی از مهم‌ترین معیارهای سبک زندگی مورد تأیید اسلام است؛ در واقع، در این سبک زندگی، زندگی فردی و اجتماعی افراد باید مبتنی بر اسلام و رهنمودهای قرآنی باشد (مصباح یزدی، ۱۳۹۲، ص ۵). اسلام با احکام جاودانه خود، سبکی آرمانی و در عین حال، واقع‌گرایانه را پیشنهاد نموده است که مبتنی بر نگرشی متعالی به هستی و انسان است و آدمی را موجودی مسئول و مختار می‌داند که سرنوشت او به دست خودش رقم می‌خورد (فیضی، ۱۳۹۲، ص ۳۶). در این سبک زندگی، غایت آموزه‌های دینی رهایی از سبک زندگی غیر اسلامی و رسیدن به حیات طیبه می‌باشد که ایمان و عمل صالح، ملاک و معیار اساسی سبک زندگی اسلامی و دستیابی به حیات طیبه است (رجب‌نژاد و دیگران، ۱۳۹۲، ص ۲۵). در این سبک از زندگی، انسان به‌طور طبیعی مدلی را که بیشترین هماهنگی را برای دستیابی به قرب الهی داراست، در زندگی فردی و اجتماعی خود مطلوب می‌داند و تقرب به خدا و لقاءالله را هدف نهایی خود می‌بیند؛ از این رو، همه شئون زندگی خود را؛ از نماز و عبادت تا کسب‌وکار، تحصیل، تفریح، معاشرت، بهداشت، خوراک، معماری، هنر، سخن گفتن، تولید، مصرف، آراستگی ظاهری و امثال آن را در مسیر این هدف قرار می‌دهد (شریفی و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۳۵).

بنا بر سنت معهود در میان علمای اسلام، آموزه‌ها و تعالیم اسلام مشتمل بر سه حوزه مختلف اعتقادی، اخلاقی و فقهی است. رکن اساسی تعالیم انسان که پایه دورکن دیگر به شمار می‌رود، حوزه اعتقادات می‌باشد که مشتمل بر نگرش آدمی به عالم و آدم است و به اصطلاح همان «جهان‌بینی» است. بدیهی است انسان موحد در گزینش سبک زندگی

خویش؛ یعنی در انتخاب الگو و مدل معینی که ضوابط و معیارهای مشخصی دارد و مشی و سیره زندگی او را تعیین می‌کند، از این حوزه شناختی الهام می‌گیرد و سعی می‌کند که آن آموزه‌ها را در دستور برنامه زندگی خود نصب‌العین حیات فردی و اجتماعی‌اش قرار دهد. روش و منش انسان موحد؛ همان‌گونه که در حوزه نگرش‌ها و اعتقادات توحیدمحور بود، در عرصه امور اخلاقی نیز چنین است. اگر روش معمول چنین انسانی در زندگی بر اصول اخلاقی همچون صداقت، امانت، وفای به عهد، عدالت و... استوار است و جامع این امور به عنوان روش مرسوم و مورد اتباع وی؛ پیونددهنده گذشته، حال و حتی رصدکننده آینده وی باشد، تداعی‌کننده سبک زندگی اسلامی می‌باشد (فیضی، ۱۳۹۲، ص ۳۸)؛ برای مثال، اگر سبک و سیره زندگی پیامبر اکرم(ص) در مواجهه با مردم مورد مطالعه قرار گیرد، تبلور پایه‌های سبک زندگی ایشان در اخلاق اجتماعی قابل دریافت خواهد بود. رسول خدا(ص) در مقام برقراری ارتباط با دیگران؛ نه تنها توصیه‌کننده به مکارم اخلاقی بود، بلکه عامل به آن نیز بود؛ یعنی نه تنها در مقام خوبی، به نیکی‌ها عمل می‌کرد، بلکه عامل به «رد احسن» بود؛ چرا که او تجلی این آموزه اخلاقی بود که: «ادْفَعِ بِأَلْتِي هِيَ أَحْسَنُ» (فصلت، ۳۴). آن حضرت نه تنها خوبی را با بهتر و بهترین پاسخ می‌داد، بلکه بدی را نیز با خوبی پاسخ می‌گفت: «وَيَدْرُؤُونَ بِالْحَسَنَةِ السَّيِّئَةَ» (رعد، ۲۲)؛ بنابراین، دین با ارائه جهان‌بینی و ایدئولوژی ویژه، زیربنای شکل‌دهی به زیست دین‌دارانه را می‌سازد (شریفی، ۱۳۹۱، ص ۳۳).

فیض کاشانی درباره برنامه و روش زندگی انسان مؤمن، به محورهایی اشاره نموده است که خلاصه آن، الهام‌بخش تنظیم سبک زندگی براساس آموزه‌های قرآن و عترت است: آغاز و انجام برنامه روزانه یک مؤمن براساس قرآن با نام پروردگار می‌باشد: «وَأذْكُرِ اسْمَ رَبِّكَ بُكْرَةً وَأَصِيلًا» (انسان، ۲۵)؛ و نام پروردگارت را هر صبح و شام به یاد آور. شروع فعالیت روزانه با صدقه، طهارت ظاهری و باطنی، و مراقبت تام و با نیت صادقانه و خالصانه انجام پذیرد و در اثنای فعالیت‌های خویش، این امور را در دستور کار خود قرار دهد: کمک به نیازمندان، عیادت بیمار، تشییع جنازه، گوش کردن به وعظ و اندرز، فریضه ظهر و عصر، و همگام عصر هم به ذکر خدا مشغول شود. رفتار با مردم با آمیزه‌ای از ادب، فروتنی، گذشت، صفا، صمیمیت و خیرخواهی باشد و همچنین در پایان، توصیه به تهجد و شب زنده‌داری و نافله شب، براساس فرمان قرآن صورت گیرد تا از مواهب دنیایی و آخرتی آن بهره‌مند شود (بهشتی، ۱۳۸۸، ص ۳۷۲). نمونه‌ای از توجه به ابعاد مادی در کنار امور معنوی را در دستورالعمل امیرمؤمنان علی(ع) خطاب به فرزندش امام حسن مجتبی(ع) می‌توان مشاهده نمود. ایشان می‌فرمایند: «اوقات زندگی مؤمن به سه قسمت تقسیم می‌شود؛ بخشی از آن را

به مناجات پروردگار، بخشی به محاسبه نفس و قسمتی نیز به لذات مشروع و زیبا اختصاص دارد. هیچ مؤمنی نیست مگر آنکه تلاش‌های او در سه جهت قرار دارد: اقتصاد و معیشت که باید برای به دست آوردن آن سعی کند؛ همچنین، قدمی که برای تأمین آخرت خود برمی‌دارد و سوم، توجه به لذت‌هایی که خداوند پرداختن به آنها را مجاز دانسته است» (مجلسی، ۱۴۰۴، ص ۴۰۳). این حدیث شریف راهبرد مناسبی برای ترسیم سبک زندگی اسلامی برابر محققان قرار می‌دهد.

آنچه سبک زندگی اسلامی و سایر سبک‌های زندگی را از هم متمایز می‌کند، چارچوب کلی سبک زندگی انسان است که آدمی براساس آن، مسیر خویش به سوی هدف نهایی و سعادت پایدار را تعقیب می‌نماید؛ درواقع این چارچوب کلی، از سوی پروردگاری ترسیم شده است که خالق عالم، آدم و آگاه به ابعاد وجودی اوست و از آنجا که خداوند کریم، مدون این سبک زندگی است و به راز و رمزهای درونی او آگاه و به نیازها و خواسته‌های او واقف است؛ پس حکمت خداوند حکیم اقتضا می‌کند که نیازهای انسان‌ها در تمام ابعاد در این سبک زندگی لحاظ شده باشد. از این رو، سبک زندگی در دیدگاه اسلام زمینه‌ساز اهداف و راه و روش بشر در زندگی به شمار می‌آید (فیضی، ۱۳۹۲، ص ۳۴). سبک زندگی اسلامی به دلیل جامعیت دین مبین اسلام، مؤلفه‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد؛ بر این اساس، رفتاری که مبنای اسلامی داشته باشد، ضرورتاً از وظایفی که فراتر از خود می‌باشد، غفلت نمی‌کند. مؤلفه اجتماعی به وظایفی اشاره دارد که فرد در ارتباط با دیگران، فراتر از خود و خانواده هسته‌ای خود انجام می‌دهد (کاوایانی، ۱۳۹۰، ص ۳۰).

از میان مؤلفه‌های اجتماعی، یکی از مهم‌ترین مفاهیمی که به ارزیابی نحوه عملکرد فرد در جامعه می‌پردازد و به نظر می‌رسد که متأثر از نگرش‌ها و سبک زندگی انسان‌ها باشد، سلامت اجتماعی^۱ است. مفهوم سلامت اجتماعی برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی توسط بلوک و برسلو (۱۹۷۲) مورد بررسی قرار گرفت، این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش (۱۹۸۷) گسترش دادند؛ آنها معتقدند که سلامت اجتماعی، درحقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد (حاتمی، ۱۳۸۹، ص ۱۲). سلامت اجتماعی این‌گونه تعریف شده است: «ارزشگذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» که این بازتابی از «سلامت اجتماعی مثبت» است (کییز، ۱۹۹۸، ص ۱۲۲) و نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط

1. social health

اجتماعی است؛ در واقع، سلامت اجتماعی همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. برخی از چالش‌های اجتماعی، ابعاد سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند که عبارت‌اند از: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی (باباپور خیرالدین و دیگران، ۱۳۸۰، ص ۱۱). به طور کلی، انسجام اجتماعی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی است که به آن تعلق دارد. پذیرش اجتماعی؛ یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و به صورت کلی شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توانمندی‌های بالقوه اجتماع برمی‌گردد. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد، خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و انطباق اجتماعی؛ یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی (گنجی و دیگران، ۱۳۹۰، ص ۱۰۳). طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص ۲۹). یکی از کارکردهای دین و سبک زندگی دینی، ایجاد جامعه‌ای توأم با سلامت اجتماعی است. بدیهی است که دین به عنوان ارزشی متعالی باعث به وجود آمدن و شکل‌گیری برخی روحيات و عملکردهایی در زندگی اجتماعی افراد می‌شود که بر هیچ‌کس پوشیده نیست. شاید مهم‌ترین تبعات جدی دین در جامعه، تحکیم روابط اجتماعی افراد آن جامعه است. دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند (قمری، ۱۳۹۰، ص ۹۰)؛ همچنین، دین در پیروانش احساس خوش سعادت و خوشبختی اجتماعی به وجود می‌آورد. دین با ایجاد تعهد و حس مسئولیت در انسان نسبت به هم‌نوعان و افراد اجتماع، افشاندن بذل و صفا، اعتماد و علاقه نسبت به یکدیگر موجب می‌شود که زمینه همبستگی اجتماعی و روابط سالم برقرار شود و منجر به تحکیم روابط اجتماعی انسان‌ها گردد (آقاپور، ۱۳۹۲، ص ۵۶). دین برای اصلاح روابط فردی و اجتماعی و ایجاد و ادامه یک زندگی سالم انسانی ضرورت دارد. دین در متن زندگی بشر قرار دارد و دارای نقش حیاتی در ابعاد فردی و اجتماعی جامعه انسانی است (ابراهیم‌زاده آملی، ۱۳۸۴). در بررسی کارکردهای اجتماعی دین مشخص شده است که دین هم در حیات اخروی و هم در حیات اجتماعی انسان‌ها نقش عمده‌ای دارد و کارکردهای اصلی آن در چند محور اصلی انسجام‌بخشی، معنا دادن به حیات انسان‌ها و اهتمام افراد برای اصلاح و سلامت جامعه می‌باشد (میرزاحمدی و دیگران، ۱۳۹۰، ص ۲۵). در مجموع، جامعه دیندار دارای انسجام، وحدت، یکپارچگی و

همبستگی بالایی است و شهروندان از امنیت اجتماعی، سلامت در روابط خانوادگی و اجتماعی و نیز روح تعاون و همکاری بالایی برخوردارند و در برابر سرنوشت یکدیگر احساس مسئولیت می‌کنند (ابراهیم‌زاده آملی، ۱۳۸۴، ص ۲۹).

با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد که سبک زندگی مبتنی بر آموزه‌های دینی می‌تواند نقشی عمده در سلامت اجتماعی افراد و جوامع ایفا نماید؛ بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که چه رابطه‌ای بین سبک زندگی اسلامی و سلامت اجتماعی وجود دارد؟

پیشینه بحث

پیرامون «سبک زندگی اسلامی» به اصطلاح رایج امروزی، تحقیقات زیادی به فارسی صورت نگرفته است. می‌توان به کتاب دین و سبک زندگی (۱۳۸۷) تألیف مهدوی کنی اشاره نمود؛ همچنین، کجباف و دیگران (۱۳۹۰) به رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی در رضایت از زندگی پرداخته‌اند. در بررسی ادبیات پژوهش در زمینه‌های سبک زندگی اسلامی و سلامت اجتماعی، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم با موضوع بررسی حاضر همخوانی داشته باشد، به دست نیامد؛ اما بررسی‌های مهمی در حیطه رابطه دینداری و جهت‌گیری دینی با سلامت اجتماعی و ابعاد آن صورت گرفته است.

یافته‌های تحقیق میرزامحمدی، فرمehنی فراهانی و اسفندیاری (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که دین و باورهای دینی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد و در نقش دین بر سلامت اجتماعی به انسجام اجتماعی و کنترل اجتماعی، کاهش رفتارهای نابهنجار و انحرافی، ایجاد یک نظام فکری مشترک و اصلاح جامعه و تغییر افکار ناسالم اشاره کرده‌اند. سراج‌زاده، جواهری و ولایتی خواجه (۱۳۹۲) نشان دادند که دینداری دارای تأثیر معنادار مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت کل است که تأثیر آن بر سلامت اجتماعی به‌طور غیر مستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است.

پورستار و حکمتی (۱۳۸۷) در تحقیق پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر به این نتیجه رسیدند که پذیرش و مشارکت اجتماعی با همه ابعاد عمل به باورهای دینی و انسجام و انطباق اجتماعی با برخی از ابعاد عمل به باورهای دینی رابطه معناداری دارند، اما بین شکوفایی اجتماعی و عمل به باورهای دینی رابطه معناداری وجود ندارد. یافته‌های پژوهش نیازی و قبادی (۱۳۹۰) رابطه مثبت و معناداری را میان متغیرهای تربیت دینی والدین با میزان سلامت اجتماعی فرزندان نشان داده است. نتایج حاصل از تحقیق صالح صدق‌پور،

محمودیان و سلیمانیان (۱۳۸۸) نشان داد که آموزش آموزه‌های قرآنی به صورت محسوس و معناداری شاخص پذیرش اجتماعی را بهبود بخشیده است؛ همچنین، نتایج بررسی توسط میرزایی و پروین (۱۳۹۱) نشان داده است که مسجد به عنوان مهم‌ترین کانون اجتماع مسلمانان؛ علاوه بر کارکردهای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، حقوقی، تبلیغی، و... موجب تحکیم روابط و مناسبات درون خانوادگی و در نتیجه، ارتقای سلامت اجتماعی می‌گردد.

همچنین، نتایج پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۰) نشان داده است که شیوه زندگی معنوی و کسب تجارب دینی در مراحل رشد، در مصون‌سازی و پیشگیری از انحرافات رفتاری - اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی افراد مؤثر است. مهدوی و رحمانی خلیلی (۱۳۸۷) نیز در بررسی تأثیر دینداری بر مشارکت اجتماعی شهروندان تهرانی به این نتیجه رسیدند که دینداری در کنار پایگاه اقتصادی - اجتماعی و تیپ شخصیتی معاشرتی بر مشارکت اجتماعی مؤثر است. همین‌طور، نتایج تحقیق علی‌جانی (۱۳۸۵) نشان داد که افراد دارای هویت دینی موفق از تعاملات و کنش اجتماعی موفق برخوردارند.

نتایج پژوهش کجباف (۱۳۹۲) بیانگر آن بود که سبک زندگی اسلامی رابطه معناداری با رضایت از زندگی دارد. طولابی، صمدی و مطهری‌نژاد (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که سبک زندگی اسلامی اثر مثبت و معناداری بر عزت نفس و خودکارآمدی دارد و نیز عزت نفس و خودکارآمدی، اثر مثبت و معناداری بر سازگاری اجتماعی دارد. طغیانی، کجباف و بهرام‌پور (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با نگرش‌های ناکارآمد در میان دانشجویان دانشگاه اصفهان پرداختند و نتایج نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی و نگرش‌های ناکارآمد، رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

بورن و همکاران (۲۰۱۰)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین شادکامی و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. هدی و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که افراد مذهبی، رضایت بیشتری از زندگی دارند و بالعکس، افرادی که از نظر مذهبی ضعیف‌ترند، رضایت کمتری از زندگی دارند. نتایج تحقیق دی (۲۰۱۱) نشان داده است که اعمال و باورهای دینی با سلامتی اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است. کارسون و آرنولد (۱۹۹۶) به این نتیجه رسیدند که تقیدات درونی دینی و معنوی عامل مهمی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری و اجتماعی است؛ همچنین، سبک زندگی دینی و توأم با معنویت از رفتارهای خودکشی، طلاق و انحرافات اجتماعی پیشگیری می‌کند. یافته‌های ژوبرت (۱۹۹۵) نیز حکایت از آن داشت که تجارب و سبک زندگی معنوی با شاخص‌های آسیب‌شناسی اجتماعی در گروه‌های مختلف اجتماعی ارتباط دارد. تحقیقات باتلر، جولی و برانت (۲۰۰۲) نشان دادند که عبادت و نیایش

موجب همدلی، درک، تعهد، انعطاف‌پذیری در روابط، احساس مسئولیت‌پذیری و استفاده از فن خودمداخله‌ای برای حل تعارض می‌شود؛ همچنین، پژوهش‌های بسیاری مانند جانسون و دیگران (۲۰۰۰)، بایر و رایت (۲۰۰۱)، ویتن (۲۰۰۵)، سراج‌زاده (۱۹۹۸) و طالبان (۱۳۸۸) از وجود رابطه‌ای معکوس بین زندگی دینی و بزهکاری و کجروی حکایت دارند.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ اجرا از نوع پیمایشی است. این مطالعه از نظر معیار زمان، مقطعی و به لحاظ ماهیت، کاربردی و به لحاظ وسعت، پهنانگر است.

جمعیت آماری تحقیق؛ شامل همه افراد هجده‌ساله و ساکن شهر یزد بود که با استفاده از فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد، تعداد ۳۸۴ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شدند و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) مورد مطالعه قرار گرفتند. بدین صورت که ابتدا سه منطقه شهرداری یزد (منطقه یک؛ شامل محدوده امام‌شهر، فرودگاه، سیدگل‌سرخ، خلدبرین، چاه ملکی و منطقه دو؛ شامل محدوده میدان امام حسین، بلوار دانشجو، میدان امیرچخماق، چهارراه سلمان و منطقه سه؛ شامل محدوده صفاییه، شهرک رزمندگان، آزادشهر) به عنوان سه خوشه اصلی و در مرحله بعد خیابان‌ها و میدان‌های اصلی هر منطقه از شهرداری در حکم بلوک برای خوشه‌ها در نظر گرفته شد و در مرحله آخر به روش تصادفی، پاسخگویان مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه است. برای احراز اعتبار از اعتبار محتوایی و برای سنجش پایایی نیز از آلفای کرونباخ استفاده گردید. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای دستیابی به اهداف پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه داده‌های جمعیت‌شناختی: پاسخگویان از طریق این پرسشنامه اطلاعات خود را در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، میزان تحصیلات و رشته تحصیلی گزارش کردند.

پرسشنامه سبک زندگی اسلامی: پرسشنامه سبک زندگی اسلامی (ILST) که توسط کاویانی (۱۳۸۸) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم بلند (۱۳۵ سؤالی) و فرم

کوتاه (۷۶سؤالی) است که در این پژوهش، از فرم کوتاه آن استفاده شد. فرم کوتاه سبک زندگی اسلامی دارای ۷۶ سؤال (گویه) و نه بعد است: روشنفکری، ویژگی‌های درونی، عبادی، دنیاخواهی، اجتماعی، گنجهکاری، نوع دوستی، لذت خواهی و کم‌همتی. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵۸ محاسبه گردید که حکایت از مطلوبیت ابزار داشت.

پرسشنامه سلامت اجتماعی: پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز که دارای ۳۳ سؤال است و پنج بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری سؤالات به صورت پنج‌گزینه‌ای در مقیاس لیکرت است. این سؤالات با گزینه‌های کاملاً موافقم، تا حدودی موافقم، بی‌نظر، تا حدودی مخالفم و کاملاً مخالفم سنجیده شده است. پایین‌ترین نمره ممکن در سلامت اجتماعی ۳۳ و بالاترین نمره ممکن ۱۶۵ است و دامنه نمرات به دست آمده، به سه گروه سلامت اجتماعی پایین، متوسط و بالا تقسیم می‌شود. جهت بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده شد که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها؛ به ترتیب عبارت بود از: ۰/۷۹ برای انسجام اجتماعی، ۰/۷۲ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۶ برای شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۰ برای انطباق اجتماعی.

یافته‌های پژوهش

اطلاعات توصیفی مرتبط با پاسخگویان پژوهش در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۴۵/۱ درصد نمونه مورد مطالعه را زنان و بقیه را مردان تشکیل می‌دهند؛ همچنین، بیشتر جمعیت نمونه را افراد متأهل (معادل ۵۵/۲) و مابقی را مجردها شکل داده‌اند. اکثر پاسخگویان (بیش از ۶۰ درصد)، تحصیلاتی بالاتر از دیپلم داشته‌اند.

جدول ۱: توزیع نسبی پاسخگویان تحقیق

جنس	درصد	وضع تأهل	درصد	تحصیلات	درصد
مرد	۵۴/۹	مجرد	۴۴/۸	دیپلم و پایین‌تر	۳۹/۶
زن	۴۵/۱	متأهل	۵۵/۲	بالاتر از دیپلم	۶۰/۴

به منظور مقایسه میانگین سبک زندگی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین مردان و زنان و نیز افراد مجرد و متأهل از آزمون تی مستقل استفاده شد.

جدول ۲: مقایسه میانگین سبک زندگی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین مردان و زنان

متغیرها	مقولات	میانگین	انحراف معیار	تی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
انسجام اجتماعی	مرد	۲۶/۴۷	۳/۸۵۹	۳/۲۶۶	۳۸۲	۰/۰۰۱
	زن	۲۵/۲۴	۳/۴۳۹			
پذیرش اجتماعی	مرد	۲۱/۰۵	۴/۲۲۳	۲/۰۷۴	۳۸۲	۰/۰۳۹
	زن	۲۰/۱۲	۴/۶۱۳			
مشارکت اجتماعی	مرد	۲۰/۰۴	۴/۵۲۵	۱/۲۳۸	۳۸۲	۰/۲۱۶
	زن	۱۹/۴۶	۴/۷۲۲			
انطباق اجتماعی	مرد	۱۶/۶۳	۴/۳۴۳	۰/۶۷۸	۳۸۲	۰/۴۹۸
	زن	۱۶/۹۲	۴/۰۶۱			
شکوفایی اجتماعی	مرد	۲۳/۸۴	۴/۳۹۱	۳/۸۶۴	۳۸۲	۰/۰۰۰
	زن	۲۲/۱۸	۳/۹۱۸			
سلامت اجتماعی	مرد	۱۰۸/۰۴	۱۳/۷۱۲	۲/۹۱۸	۳۸۲	۰/۰۰۴
	زن	۱۰۳/۹۲	۱۳/۸۲۸			
سبک زندگی اسلامی	مرد	۳۹۵/۲۸	۴۶/۳۲۴	۲/۰۵۲	۳۸۲	۰/۰۴۱
	زن	۴۰۴/۲۵	۳۷/۶۰۵			

بر اساس اطلاعات جدول بالا، در مجموع میانگین میزان سلامت اجتماعی در بین مردان (۱۰۸/۰۴) بیشتر از زنان (۱۰۳/۹۲) بوده است. در ابعاد مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی تفاوت معناداری بین مردان و زنان وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$)؛ ولی مردان در ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند ($P < ۰/۰۵$). همچنین، میانگین نمرات سبک زندگی اسلامی در زنان (۴۰۴/۲۵) به‌طور معناداری بیشتر از مردان (۳۹۵/۲۸) بوده است.

جدول ۳: مقایسه میانگین سبک زندگی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین افراد مجرد و متأهل

متغیرها	مقولات	میانگین	انحراف معیار	تی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
انسجام اجتماعی	متأهل	۲۶/۰۹	۳/۶۳۶	۰/۹۹۶	۳۸۲	۰/۳۲۰
	مجرد	۲۵/۷۱	۳/۸۲۵			
پذیرش اجتماعی	متأهل	۲۱/۲۲	۴/۱۶۴	۲/۹۱۵	۳۸۲	۰/۰۰۴
	مجرد	۱۹/۹۱	۴/۶۳۱			
مشارکت اجتماعی	متأهل	۲۰/۱۷	۴/۹۳۹	۱/۸۴۹	۳۸۲	۰/۰۶۵
	مجرد	۱۹/۳۰	۴/۱۵۲			

متغیرها	مقولات	میانگین	انحراف معیار	تی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
انطباق اجتماعی	متأهل	۱۶/۹۹	۴/۵۲۱	۱/۱۷۷	۳۸۲	۰/۲۴۰
	مجرد	۱۶/۴۸	۳/۸۰۰			
شکوفایی اجتماعی	متأهل	۲۳/۶۵	۳/۹۴۸	۲/۸۳۴	۳۸۲	۰/۰۰۵
	مجرد	۲۲/۴۲	۴/۵۳۷			
سلامت اجتماعی	متأهل	۱۰۸/۱۱	۱۳/۴۶۷	۳/۰۴۸	۳۸۲	۰/۰۰۲
	مجرد	۱۰۳/۸۱	۱۴/۰۹۳			
سبک زندگی اسلامی	متأهل	۴۰۷/۷۰	۴۰/۲۸۱	۴/۳۵۵	۳۸۲	۰/۰۰۰
	مجرد	۳۸۹/۰۱	۴۳/۶۶۲			

اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که در مجموع، میانگین میزان سلامت اجتماعی در بین افراد متأهل (۱۰۸/۱۱) بیشتر از افراد مجرد (۱۰۳/۸۱) بوده است. در ابعاد انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی تفاوت معناداری بین افراد مجرد و متأهل وجود نداشت ($P > 0/05$)، ولی افراد متأهل در پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند ($P < 0/05$)؛ همچنین، میانگین نمرات سبک زندگی اسلامی در افراد متأهل (۴۰۷/۷۰) به طور معناداری بیشتر از افراد مجرد (۳۸۹/۰۱) بوده است.

متغیرهای اصلی این تحقیق، سبک زندگی اسلامی و نیز سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن است. به منظور بررسی رابطه میان متغیرها و با توجه به اینکه این متغیرها در سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده‌اند، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۴ گزارش شده است:

جدول ۴: ماتریس همبستگی مرتبه صفر^۱ بین سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن

متغیرها و ابعاد	سبک زندگی اسلامی	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انطباق اجتماعی	شکوفایی اجتماعی
انسجام اجتماعی	۰/۲۵۱***					
پذیرش اجتماعی	۰/۱۷۷***	۰/۳۶۶***				
مشارکت اجتماعی	۰/۳۰۱***	۰/۳۲۳***	۰/۲۲۷***			
شکوفایی اجتماعی	۰/۲۵۶***	۰/۰۴۹	۰/۱۸۱***	۰/۲۰۷***		
انطباق اجتماعی	۰/۲۹۷***	۰/۴۳۷***	۰/۴۰۷***	۰/۴۱۸***	۰/۲۳۶***	
سلامت اجتماعی	۰/۳۹۲***	۰/۶۳۹***	۰/۶۶۸***	۰/۶۸۲***	۰/۵۱۵***	۰/۷۶۲***

*** معنادار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱

1. zero order correlation matrix

بر اساس اطلاعات جدول بالا بین سبک زندگی اسلامی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر هرچه سبک زندگی اسلامی تر باشد، سلامت اجتماعی و ابعاد آن بالاتر خواهد بود. در این ابعاد سلامت اجتماعی، بعد مشارکت اجتماعی بالاترین همبستگی را با سبک زندگی اسلامی دارد؛ همچنین، بعد شکوفایی اجتماعی قوی‌ترین و انطباق اجتماعی کمترین همبستگی را با سلامت اجتماعی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم یزد صورت پذیرفت. یافته‌های این تحقیق نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ به طوری که با اسلامی‌تر شدن سبک زندگی، میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن نیز افزایش پیدا می‌کند. بیشتر پاسخگویان از نظر سبک زندگی اسلامی در گروه متوسط قرار گرفتند. توضیح این مطلب ضروری است که از آنجا که شهر یزد هنوز ویژگی‌های دینی و مذهبی خود را حفظ نموده و کمتر در معرض پیامدهای نامناسب شهری شدن و صنعتی شدن قرار گرفته است؛ بر این اساس، هنوز سبک زندگی مردم آن اسلامی بوده و کمتر مظاهر سبک زندگی غربی در آن دیده می‌شود.

مقایسه میانگین سبک زندگی اسلامی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین مردان و زنان نشان داد که میانگین نمرات سبک زندگی اسلامی در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان است. تفاوت سبک زندگی مردان و زنان را تحقیقات بسیاری تأیید کرده‌اند؛ برای مثال، یافته‌های قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان برحسب جنسیت، سن و وضعیت تأهل تفاوت دارد و در واقع، جنسیت در سبک زندگی سلامتی مؤثر بوده است. در رابطه با تفاوت سبک زندگی زنان و مردان، شارع‌پور و همکاران (۱۳۸۹) نیز به این نتیجه رسیدند که از آنجا که اعمال مذهبی که بخشی از سبک زندگی را تشکیل می‌دهد، در میان زنان بیش از مردان دیده می‌شود و سبب می‌گردد که علاقه کمتری به انجام کارهای خطرناک داشته باشند و کمتر الکل مصرف کنند و در مجموع، زنان در مؤلفه‌های سبک زندگی در مقایسه با مردان از سبک زندگی سالم‌تری برخوردارند که با نتایج این تحقیق همخوان است. یافته‌های لاروچ (۱۹۹۸) نشان داد که زنان دانشجو به نحو معناداری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، رفتار بهتری از مردان داشتند (نقل از: پورافکاری، ۱۳۹۱، ص ۴۶)؛ همچنین، یافته‌های تحقیق کوکرهام، ایسناد و دیوال (۲۰۰۲) که در روسیه انجام شده است، نشان می‌دهد که زنان در

مقایسه با مردان سبک زندگی سالم‌تری دارند؛ مثلاً مردان ۲۱/۲ دفعه بیشتر از زنان الکل مصرف می‌کنند، در زمینه سیگار هم مردان شانزده برابر بیشتر از زنان سیگار می‌کشند و به همین ترتیب، تحقیق آبل و کوکرهام (۱۹۹۷) نشان می‌دهد که زنان کمتر از مردان سیگار می‌کشند، کمتر الکل مصرف می‌کنند، در مقایسه با مردان در هنگام رانندگی بیشتر از کمربند ایمنی استفاده می‌کنند، غذاهای دارای کالری کمتر مصرف می‌کنند و در هنگام بیماری نیز بیشتر به دکتر مراجعه می‌کنند. نتایج ابراهیمی و بهنویی گدنه (۱۳۸۹) نیز نشان داد که بین نمرات دختران و پسران در باب سبک زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به گونه‌ای که بین دختران و پسران در خصوص نمرات مؤلفه مصرف فرهنگی و اوقات فراغت تفاوت دیده می‌شود و به این نتیجه رسیدند که این تفاوت ریشه در آموزه‌های دینی و خانوادگی جامعه ما دارد که انجام بعضی از رفتارهای مصرف فرهنگی و گذران اوقات فراغت در برخی مکان‌ها را برای دختران شایسته نمی‌داند و بدین ترتیب، مؤلفه‌های اعمال مذهبی در میان دختران قوی‌تر است که این نتایج نیز با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی دارد.

همچنین، نتایج تحقیق حاضر نشان داد که میزان سلامت اجتماعی مردان از زنان بیشتر است؛ به‌طور خاص، مردان در ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و شکوفایی از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به زنان برخوردارند، اما در ابعاد مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی تفاوت معناداری بین مردان و زنان مشاهده نگردید. در تأیید این نتایج، مطالعه صالحی هیکویی (۱۳۸۴) نشان داد که اندازه شبکه اجتماعی و میزان اعتماد به دیگران در بین مردان بیش از زنان است؛ به همین ترتیب، پژوهش اسکندری (۱۳۸۸) نشان داد که اعتماد اجتماعی در زنان به عنوان یک نشانه آسیب‌شناختی روابط اجتماعی اندک بوده و به منزله سدی برای ورود زنان به اجتماع محسوب می‌شود.

در مجموع، نتایج این تحقیق مؤید فرضیه اصلی تحقیق مبنی بر رابطه سبک زندگی اسلامی با میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن است. این نتایج با یافته‌های تحقیقات دیگری که رابطه این دو متغیر را بررسی کرده‌اند همخوانی دارد. دی (۲۰۱۱) در تحقیقات خود نشان داده است که اعمال و باورهای دینی با سلامت اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است. کارسون و آرنولد (۱۹۹۶) نیز به این نتیجه رسیدند که تقیدات درونی دینی و معنوی عامل مهمی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری و اجتماعی است. سبک زندگی دینی و توأم با معنویت از رفتارهای خودکشی، طلاق و انحرافات اجتماعی پیشگیری می‌کند که مؤید نتایج تحقیق حاضر، مبنی بر رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی افراد و انطباق افراد با جامعه می‌باشد. همچنین، پژوهش‌های بسیاری از وجود رابطه‌ای معکوس بین زندگی دینی و بزهکاری و

کجروی حکایت دارند (جانسون و دیگران، ۲۰۰۰؛ بایر و رایت، ۲۰۰۱؛ ویتن، ۲۰۰۵؛ سراج‌زاده، ۱۹۹۸ و طالبان، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۰) نیز نشان داده است که شیوه زندگی معنوی و کسب تجارب دینی در مراحل رشد، در مصون‌سازی و پیشگیری از انحرافات رفتاری - اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی افراد مؤثر است.

در بین ابعاد سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی بالاترین همبستگی را با سبک زندگی اسلامی دارد. در این رابطه، تحقیقات باتلر، جولی و برانت (۲۰۰۲) نشان دادند که عبادت و نیایش موجب همدلی، درک، تعهد و انعطاف‌پذیری در روابط اجتماعی می‌شود که با نتایج تحقیق حاضر، مبنی بر رابطه سبک زندگی اسلامی با مشارکت اجتماعی همخوان است. مهدوی و رحمانی خلیلی (۱۳۸۷) نیز در بررسی تأثیر دینداری بر مشارکت اجتماعی شهروندان تهرانی به این نتیجه رسیدند که دینداری بر مشارکت اجتماعی مؤثر است.

همین‌طور، یافته‌های تحقیق میرزامحمدی، فرمهینی‌فراهانی و اسفندیاری (۱۳۹۰) در تأیید نتایج این تحقیق، نشان داد که دین و باورهای دینی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد و در نقش دین بر سلامت اجتماعی به انسجام اجتماعی، کاهش رفتارهای نابهنجار و انحرافی، ایجاد یک نظام فکری مشترک و اصلاح جامعه اشاره کرده‌اند. پورستار و حکمتی (۱۳۸۷) نیز نشان دادند که پذیرش و مشارکت اجتماعی با همه ابعاد عمل به باورهای دینی و انسجام و انطباق اجتماعی با برخی از ابعاد عمل به باورهای دینی رابطه معناداری دارند، اما بین شکوفایی اجتماعی و عمل به باورهای دینی رابطه معناداری وجود ندارد. نتیجه اخیر این تحقیق با نتایج تحقیق حاضر که حکایت از رابطه بین سبک زندگی اسلامی با شکوفایی اجتماعی داشت، ناهمخوان است. همچنین یافته‌های این تحقیق با نتایج تحقیقات محققان دیگری که رابطه بین دو متغیر زندگی دینی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن را بررسی نموده‌اند (سراج‌زاده، جواهری و ولایتی‌خواجه، ۱۳۹۲؛ صالح صدق‌پور، محمودیان و سلیمانیان، ۱۳۸۸؛ میرزایی و پروین، ۱۳۹۱ و علی‌جانی، ۱۳۸۵)، همخوانی دارد.

آنچه به‌طور کلی از این مطالعه استنباط می‌شود این است که سبک زندگی دینی و اسلامی منجر به بهبود و ارتقای سلامت اجتماعی افراد جامعه خواهد شد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان پیشینه کافی پیرامون سبک زندگی اسلامی اشاره نمود. به همین منظور، پیشنهاد می‌گردد که تحقیقاتی پیرامون سبک زندگی اسلامی و ارتباط آن با سایر متغیرهای فردی و اجتماعی و در بین گروه‌های مختلف انجام گیرد. درخت سبک زندگی، برای این است که بدانیم شکل‌گیری سبک زندگی به چه صورتی است. چه نگرش‌هایی در آن تأثیر می‌گذارد، چگونه تعامل ریشه‌ها و نگرش‌ها در زندگی روزانه ایفای نقش می‌کنند و به زندگی

انسان سبک و الگو می‌دهند و مسیر نسبتاً ثابتی را برای زندگی آنها ترسیم می‌کنند. برای رسیدن به سبک زندگی‌ای که از نظر اسلام این ویژگی‌ها را داشته باشد؛ الگویی لازم است که از جهات گوناگون مورد تأیید دین باشد و مؤلفه‌های گوناگون آن نیز با یکدیگر تعامل داشته باشند. دیگر اینکه، با یافته‌های مسلم علمی مخالف نباشد و دنیا و آخرت را در کنار هم ببیند و با توجه به جامعیت انسان از هیچ‌یک از ابعاد مادی و معنوی، فردی، اجتماعی، اعتقادی و رفتاری او غافل نشوند. تدوین سبک زندگی اسلامی را می‌توان گامی محکم در راستای اسلامی‌سازی علوم انسانی ارزیابی نمود. سبک زندگی اسلامی با مراجعه به آیات قرآن و روایات اهلبیت عصمت و طهارت (ع) و سیره ایشان، استخراج و تدوین گردیده تا بتوان به علوم انسانی مبتنی بر اقتضائات این سبک زندگی دست یافت؛ درواقع، هدف نهایی از علوم انسانی اسلامی نیز چیزی جز دستیابی به سبک زندگی اسلامی نیست که این سبک زندگی نیز با خود جامعه‌ای سالم و شهروندانی با سلامت اجتماعی به همراه می‌آورد.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش که حاکی از اهمیت و ضرورت سبک زندگی اسلامی برای فرد و جامعه می‌باشد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌گردد جهت آشنایی بیشتر با سبک زندگی اسلامی در حوزه‌های تخصصی زندگی فردی و اجتماعی، کارگاه‌های آموزشی در این زمینه برای گروه‌های مختلف مردم توسط سازمان‌های مسئول برگزار گردد؛ همچنین، پیشنهاد می‌شود که سبک زندگی اسلامی از طریق آموزش رسمی در متون درسی آموزش و پرورش و آموزش عالی مورد تدریس قرار گیرد.

از آنجا که این پژوهش در شهر یزد به عنوان یکی از شهرهای مذهبی جامعه ایران انجام شده است، پیشنهاد می‌گردد که رابطه دو متغیر سبک زندگی اسلامی و سلامت اجتماعی در سایر شهرها نیز مطالعه گردد و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد و نیز پیشنهاد می‌گردد که رابطه سبک زندگی اسلامی با متغیرهای دیگری نظیر نشاط اجتماعی، سلامت روانی و... مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع

- آقاپور، رضا (۱۳۹۲)، تأثیر دینداری در ارتقای روابط اجتماعی از دیدگاه قرآن، تهران: جهاد دانشگاهی.
- ابراهیم‌زاده آملی، عبدالله (۱۳۸۴)، «آثار دینداری در زندگی فردی و اجتماعی»، مریان، ش ۱۷، ص ۲۹-۶۵.
- ابراهیمی، امرالله؛ راحله سموعی؛ سرور آرمان و فرزانه میرزایی (۱۳۸۰)، «بررسی نقش تاریخیچه تجارب مذهبی - معنوی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری و اجتماعی دختران»، نخستین همایش جوان و آرامش روان: مشکلات مشاوره و درمانگری بانگوش اسلامی، قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- ابراهیمی، قربانعلی و عباس بهنوئی‌گدنه (۱۳۸۹)، «سبک زندگی جوانان: بررسی جامعه‌شناختی سبک زندگی و مؤلفه‌های آن در بین دختران و پسران شهر بابلسر»، فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات و ارتباطات، س ۶، ش ۱۸، ص ۱۳۵-۱۶۰.
- اسکندری، لاله (۱۳۸۸)، بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه الزهراء (س).
- بابا پورخیرالدین، جلیل؛ فهیمه طوسی و عیسی حکمتی (۱۳۸۰)، «بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز»، فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، س ۴، ش ۱۶، ص ۸-۲۶.
- بهشتی، محمد (۱۳۸۸)، آرای دانشمندان مسلمان در تعلیم و تربیت و مبانی آن، چ ۲، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- پورافکاری، نصراله (۱۳۹۱)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاره»، فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، س ۶، ش ۱۸، ص ۴۱-۶۰.
- پورستار، ملیحه و عیسی حکمتی (۱۳۸۷)، «پیش‌بینی سلامت اجتماعی براساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر»، زن و مطالعات خانواده، س ۲، ش ۷، ص ۲۷-۴۰.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- خطیبی، حسین و ابوالفضل ساجدی (۱۳۹۲)، «مروری بر شاخص‌های سبک زندگی اسلامی»، ماهنامه معرفت، س ۲۲، ش ۲، ص ۱۳-۲۵.

- رجب نژاد، محمدرضا؛ یحیی حاجی؛ امیرمهدی طالب و سعید رجب نژاد (۱۳۹۲)، «بررسی سبک زندگی اسلامی از منظر حیات طیبه در قرآن»، سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، س ۱، ش ۱، ص ۹-۲۶.
- سراج زاده، سیدحسین؛ فاطمه جواهری و سمیه ولایتی خواجه (۱۳۹۲)، «دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان»، جامعه‌شناسی کاربردی، ش ۴۴، ص ۵۵-۷۷.
- شارع پور، محمود؛ ابوعلی و دادهیر و سکینه قربان زاده (۱۳۸۹)، «تحلیل جنسیتی تضاد با تأکید بر مفهوم سبک زندگی سالم: مطالعه موردی جوانان شهر تهران»، زن در توسعه سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، ش ۲، ص ۶۲-۶۹.
- شریعتی، سیدصدرالدین (۱۳۹۲)، «درآمدی بر سبک زندگی اسلامی در آیات و روایات»، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، س ۴، ش ۱۳، ص ۱-۱۰.
- شریفی، احمدحسین (۱۳۹۱)، همیشه بهار: اخلاق و سبک زندگی اسلامی، قم: دفتر نشر معارف.
- صالح صدق پور، بهرام؛ مجید محمودیان و حمیدرضا سلیمانان (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر آموزش آموزه‌های قرآنی بر بهبود پذیرش اجتماعی»، فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی، س ۱، ش ۲، ص ۱۷-۲۶.
- صالحی هیکویی، مریم (۱۳۸۴)، بررسی رابطه متقابل بین سرمایه اجتماعی شبکه و اعتماد متقابل شخصی و جنسیت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پژوهش، دانشگاه الزهراء (س).
- طالبان، محمدرضا (۱۳۸۸)، «دینداری و بزهکاری در میان جوانان دانش‌آموز»، طرح پژوهشی، معاونت پژوهشی وزارت آموزش و پرورش.
- طغیانی، مجتبی؛ محمدباقر کجباغ و مهدی بهرام پور (۱۳۹۳)، «بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با نگرش‌های ناکارآمد در میان دانشجویان دانشگاه اصفهان»، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ش ۵۴، ص ۳۵-۴۳.
- طولابی، زینب؛ سعید صمدی و فاطمه مطهری نژاد (۱۳۹۲)، «بررسی نقش میانجی عزت نفس و خودکارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی»، مجله مطالعات جامعه‌شناختی جوانان، ش ۹، ص ۱۱۵-۱۳۲.
- علی جانی، مریم (۱۳۸۵)، «رابطه بین هویت دینی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی»، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی دانشگاه آزاد تهران جنوب، ش ۳، ص ۸۹-۱۰۶.
- فیضی، مجتبی (۱۳۹۲)، «درآمدی بر سبک زندگی اسلامی»، ماهنامه معرفت، س ۲۲، ش ۱۸۵، ص ۲۷-۴۲.

- قاسمی، وحید؛ رسول ربانی خوراسگانی؛ علی ربانی خوراسگانی و محمدباقر علیزاده آقدم (۱۳۸۷)، «تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور»، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم، س ۱۶، ش ۶۳، ص ۱۸۱-۲۱۳.
- قمری، محمد (۱۳۹۰)، «رابطه دینداری و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی منطقه دو»، روان‌شناسی و دین، س ۴، ش ۱، ص ۸۹-۱۰۴.
- کاویانی، محمد (۱۳۹۰)، «کمی‌سازی و سنجش سبک زندگی اسلامی»، روان‌شناسی و دین، س ۴، ش ۲، ص ۲۷-۴۴.
- کجباف، محمدباقر (۱۳۹۲)، «رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی و رضایت از زندگی»، ماهنامه علمی تخصصی صدای جمهوری اسلامی ایران، س ۱۱، ش ۷۰، ص ۲۲-۲۹.
- کجباف، محمدباقر؛ پریناز سجادیان؛ محمد کاویانی و حسن انوری (۱۳۹۰)، «رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی در رضایت از زندگی دانشجویان شهر اصفهان»، روان‌شناسی و دین، س ۴، ش ۴، ص ۶۱-۷۴.
- گنجی، کامران؛ مهرداد نوابخش و رزیتا ذیحی (۱۳۹۰)، «رابطه سبک‌های هویت و سلامت اجتماعی با رفتار کمک‌طلبی در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی در ریاضیات»، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، س ۷، ش ۲۲، ص ۹۵-۱۲۳.
- لعلی، محسن؛ احمد عابدی و محمدباقر کجباف (۱۳۹۱)، «ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)»، پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۱۵، ش ۱، ص ۶۴-۸۰.
- مجدی، علی‌اکبر؛ رامپور صدر نبوی؛ حسین بهران و محمود هوشمند (۱۳۹۰)، «سبک زندگی جوانان ساکن شهر مشهد و رابطه آن با سرمایه فرهنگی و اقتصادی والدین»، مجله علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، ش ۲، ص ۱۳۱-۱۶۱.
- مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴)، بحارالانوار، بیروت: مؤسسه الوفاء.
- مصباح یزدی، محمدتقی (۱۳۹۲)، «سبک زندگی اسلامی، ضرورت‌ها و کاستی‌ها»، ماهنامه معرفت، س ۲۲، ش ۱۸۵، ص ۵-۱۲.
- مهدوی کنی، محمدسعید (۱۳۸۷)، دین و سبک زندگی، تهران: دانشگاه امام صادق (ع).
- مهدوی، سیدمحمدصادق و احسان رحمانی خلیلی (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر دینداری بر مشارکت اجتماعی شهروندان تهرانی»، پژوهشنامه علوم اجتماعی، س ۲، ش ۴، ص ۵-۲۹.
- میرزامحمدی، محمدحسن؛ محسن فرمهبینی فراهانی و سهیلا اسفندیاری (۱۳۹۰)، «بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی»، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، س ۱۵، ش ۲، ص ۲۱-۴۵.

- میرزایی، خلیل و پژمان پروین (۱۳۹۱)، «مسجد، خانواده، سلامت اجتماعی»، ماهنامه اصلاح و تربیت، س ۱۰، ش ۱۲۸، ص ۵۱-۵۶.
- نیازی، محسن و علیرضا قبادی (۱۳۹۰)، «تبیین رابطه تربیت دینی با شیوه‌های تربیتی والدین و سلامت اجتماعی فرزندان (مطالعه موردی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹)»، فصلنامه خانواده و پژوهش، س ۸، ش ۱، ص ۹۱-۱۲۰.
- Abel, Tomas & William C. Cockerham (1997), "Conceptualizing Contemporary Health Life Style: Moving Beyond Weber", *The Sociological Quarterly*, (38)2: 121-342.
- Adler, A. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, New York: Basic Books Inc.
- Baier, Colin J. & Wright Bradley R. E. (2001), "If You Love Me, Keep My Commandments: A Meta Analysis of the Effect of Religion on Crime", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38(1): 3-21.
- Bourne, P. A., C. Morris & D. Eldemire-Shearer (2010), "Re-Testing Theories on the Correlations of Health Status, Life Satisfaction and Happiness", *North American Journal of Medical, Sciences*, 2(7): 311-319.
- Butler, Mark H.; A. Stout Julie & C. Gardner Brandt (2002), "Prayer as a Conflict Resolution Ritual: Clinical Implications of Religious Couples' Report of Relationship Softening, Healing Perspective, and Change Responsibility Therapy", *The American Journal of Family Therapy*, 30(1): 19-37.
- Carson, V. B. & E. Arnold (1996) *Mental Health Nursing: The Nurse Patient Journey*, Philadelphia: W. B. Saunders.
- Cockerham, W. C. (2005), "Health Lifestyle theory and the Convergence of Agency and Structure", *Journal of Health and Social Behavior* 46, pp.51-67.
- Cockerham, W. C.; C. S. Snead & D. F. Dewaal (2002), "Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage", *Journal of Health and Social Behavior*, 43(1): 42-55.
- Day, J. M. (2011), "Religious Factors in Moral Decision-Making: Towards an Integrated, Socio-Cultural Developmental Model", *Estudios de Psicología* 32, pp.147-161.

- Headey, B.; J. Schupp; I. Tucci & G. Wagner Gert (2010), "Authentic Happiness Theory Supported by Impact of Religion on Life Satisfaction: A Longitudinal Analysis with Data for Germany", *The Journal of Positive Psychology*, 5(1): 73-82.
- 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.
- Joubert, C. E. (1995), "Catholicism and Indices of Social Pathology in the States", *Psychological Reports* 76, 573-574.
- Keyes, C. M. (1998), "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly*, 61(2): 121-140.
- Keyes, Corey L. M. & Shapiro Adam (2004), "Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology", *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife*, edited by G. Brim Orville, Carol Ryff & Ronald Kessler, Chicago: University of Chicago Press, pp.350-372.
- Serajzadeh. S. H. (1998), *Muslims Religiosity & Delinquency: An Examination of Iranian Youth*, PhD. Dissertation, Essex University.
- Witten, Dell-Autumn (2005), *Religion and Delinquency in the Context of Race and Place*, Dissertation, University of Maryland, College Park.