

## تبیین سبک زندگی سلامت محور مبتنی بر فرهنگ اسلامی

اصغر دالوندی<sup>۱</sup>، سادات سید باقر مداح<sup>۱</sup>، حمیدرضا خانکه<sup>۲</sup>، فاضل بهرامی<sup>۳</sup>، شهریار پروانه<sup>۴</sup>، علی حسامزاده<sup>۵</sup>، نیوشا دالوندی<sup>۶</sup>، تیام کیانی<sup>۷</sup>

### چکیده

**مقدمه:** دین اسلام همواره بر اهمیت سلامتی و تندرستی تأکید دارد. قرن‌ها است که مسلمانان ارزش زندگی خوب، تمیز و سالم را به رسمیت شناختند. سبک زندگی سلامت محور به عنوان یک پدیده چند علتی، چند بعدی و چند دلالتی مطرح می‌شود. هدف این مطالعه طراحی و تبیین سبک‌های سلامت محور در فرهنگ اسلامی بر اساس نظرات، تجارب و ادراکات روحانیون، اساتید و دانشجویان بود.

**روش:** این تحقیق از نوع کیفی با رویکردگراند تئوری می‌باشد. فرایند جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند با مشارکت‌کنندگان انجام شد. همچنین از منابع موجود مانند مطالعه‌های موردی، زندگی‌نامه‌ها، خاطرات روزانه و مصاحبه‌های مطبوعاتی استفاده شد.

**یافته‌ها:** انحراف از اعتدال فکری، اعتقادی و رفتاری به عنوان متغیر مرکزی یا مشکل اساسی روانی-اجتماعی پدیده سبک زندگی سلامت محور بر مبنای فرهنگ اسلامی تعیین گردید. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها هفت طبقه اصلی شامل «تعلیم و تربیت اسلامی»، «ساختار سیاست‌گذار در نظام سلامت»، «جریان معارف اسلامی در زندگی خانواده محور»، «روابط، معاشرت و مشارکت»، «شهروند اخلاق و قانون محور»، «تحرک و اوقات فراغت» و «کار، تلاش و معاش» مشخص گردید.

**نتیجه‌گیری:** ظرفیت‌سازی در خانواده، توانمندسازی آن و اصلاح الگوی سبک زندگی در روند دستیابی به سرمایه اجتماعی و جامعه سالم با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی می‌تواند راه‌حل مناسبی برای مشکلات زندگی سالم در عصر حاضر محسوب گردد. امکان استفاده از این دستورات و توصیه‌های دینی به عنوان یک عامل تأثیرگذار در اصلاح سبک زندگی فعلی مسلمانان وجود دارد. در رویکرد ساختاری توصیه می‌گردد که مواردی همچون اقتداربخشی به خانواده و حمایت از پدر، مادر و همسر مورد توجه قرار گیرد. در تسهیل عملکردهای خانوادگی نیز راه‌حل‌های سیستمی و تقویت نهادهای هنجارساز خانواده به ویژه آموزش و پرورش و رسانه در دستور کار جدی قرار گیرند. پیشنهاد می‌گردد که نهادهای مرتبط با تعلیم و تربیت نظیر آموزش و پرورش و آموزش عالی ضمن توجه به فرهنگ کار و تلاش، نوع محتوای آموزشی و تنوع آموزش خود را در جهت مهارت‌آموزی و توانمند کردن فرزندان این جامعه جهت ایفای نقش خود در زندگی خانوادگی و اجتماعی قرار دهند و آنان را به استفاده از معارف اسلامی تشویق و ترغیب نمایند.

**کلید واژه‌ها:** سبک زندگی، سلامت محوری، فرهنگ اسلامی، تحقیق کیفی

**نوع مقاله:** پژوهشی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۱۸

**ارجاع:** دالوندی اصغر، سید باقر مداح سادات، خانکه حمیدرضا، بهرامی فاضل، پروانه شهریار، حسامزاده علی، دالوندی نیوشا، کیانی تیام. **تبیین سبک زندگی سلامت محور مبتنی بر فرهنگ اسلامی.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۴): ۳۳۲-۴۳.

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۵- دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۶- دانشجوی کارشناسی مهندسی برق الکترونیک، گروه مهندسی برق الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد توپسرکان، همدان، ایران

۷- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

Email: asghar.dalvandi@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر اصغر دالوندی

## مقدمه

شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. این شیوه وقتی که در ارتباط با رفتارهای مخاطره‌آمیز نظیر استعمال سیگار و عدم تحرک جسمانی مطرح می‌شود، به عنوان عملکردی ارادی تجسم می‌شود (۱). سبک زندگی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه، تحرک، عادات رفتاری و ... است که در پی فرایند اجتماعی شدن به وجود آمده است (۲). بدون تردید عوامل فوق نقش بسیار مهمی در ارتقای سلامت و سبک زندگی دارند؛ به طوری که بنابر تحقیق‌های انجام شده افراد دارای سبک زندگی مناسب از برنامه تغذیه‌ای و فعالیت جسمانی بهتری برخوردارند.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت پنج بیماری به عنوان مهم‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان شناخته شدند که عبارت از چاقی، سکت قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان است که تمامی آن‌ها با سبک زندگی و تغذیه ارتباط مستقیم دارند. همچنین بنا به گزارش این سازمان بیماری‌های مزمن به عنوان عامل ۷۰ درصد از مرگ و میرها در جهان شناخته شدند که سهم کشورهای در حال توسعه حدود ۶۵ درصد می‌باشد (۳).

در ایران نیز بیماری‌های مزمن به ویژه بیماری‌های قلبی-عروقی و شاخص‌های سندرم متابولیک از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی به شمار می‌رود. پیش‌بینی می‌شود که با گسترش شهرنشینی و شیوه زندگی ماشینی در آینده نزدیک باز هم بر شیوع این بیماری‌ها افزوده گردد. طبق اظهارات معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سه عامل از چهار عامل مرگ و میر در کشور ایران به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به تغذیه و شیوه زندگی مربوط می‌شود (۴).

سلامتی از بعد فرهنگی به معنی آن است که نسبت به پیشینه و سوابق فرهنگی کشور آگاه باشیم تا حدی که قادر به تشخیص تفاوت‌های فرهنگی خود با دیگران باشیم. ارتباط مؤثر با مردم و آشنا شدن بیشتر به سبک زندگی و توانایی‌ها،

اعتقادات و سنت‌های مختلف اقوام گوناگون می‌تواند این آگاهی را افزایش دهد (۵). سبک زندگی کمک می‌کند تا آنچه مردم انجام می‌دهند، دلیل انجام دادنش و معنی عمل آن‌ها برای خودشان و دیگران درک شود (۶).

سبک زندگی سلامت محور به عنوان یک پدیده چند علتی، چند بعدی و چند دلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که می‌توانند برای جلوگیری از مشکلات مربوط به سلامت و تضمین‌کننده سلامت برای فرد باشند. این سبک از ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیه مناسب و نامناسب، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... تشکیل شده است. جوهره تعریف سبک زندگی سلامت محور انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است (۶، ۷).

مطالعه‌های در باب سبک زندگی بیشتر از نوع توصیفی و هنجاری است. با این وجود در جامعه اسلامی ممکن است این مسأله نیز مطرح شود که سبک زندگی افراد و گروه‌ها چقدر با آموزه‌های اسلامی منطبق است؟ آیا می‌شود افراد و گروه‌ها را از این جهت درجه‌بندی کرد؟ برای نمونه آیا مردم متدین ایران پس از گذشت سه دهه از انقلاب اسلامی سبک زندگی کاملاً اسلامی دارند؟ آیا اساساً نظریه سبک زندگی دینی که با موضوع‌های مهمی مانند انسان کامل، انسان سالم، معیار بهنجار و نابهنجار، پیشگیری، درمان و ... ارتباط مستقیم دارد، شناسایی و تحلیل شده است؟ (۸).

مواردی همچون گسترش روزافزون سبک زندگی غربی در جامعه ایران به ویژه در میان نسل جوان و خطر استحاله فرهنگی، نیاز قشر مذهبی جامعه به دانستن سبک زندگی اسلامی بر اساس آموزه‌های اسلام ناب برای جلوگیری از لغزش به سبک غربی یا دچار شدن به ارتجاع و تحجر مذهبی، جذب قشر به اصطلاح خاکستری به سوی اسلام ناب که تأمین‌کننده نیازهای مادی و معنوی بشر می‌باشد و از جذابیت‌ها و زیبایی‌های خاص خودش برخوردار است و حفظ و تقویت امنیت ملی که بر پایه امنیت فرهنگی استوار شده است، همه و همه ضرورت توجه به آموزه‌های دین مبین اسلام را دو چندان می‌کند. با توجه به عظمت دین اسلام

در روش جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختارمند انجام شد. به عنوان نمونه سؤال‌ها بدین صورت آغاز شد که «لطفاً توضیح دهید که باورها و اعتقادات اسلامی چه ارتباطی با سلامت شما دارد». در ادامه پس از جمع‌آوری اطلاعات اولیه، سؤال‌های پیگیری حسب مورد انجام شد. به طور نمونه در مورد شیوه زندگی و استفاده از مفاهیم اسلامی پرسش شد. روایی و پایایی داده‌ها با معیارها و واژه‌های پژوهش کیفی که مقبولیت و تعیین خواننده می‌شوند، شرح داده خواهد شد.

مقبولیت به معنی قابل پذیرش بودن داده‌ها و آن نیز در گرو جمع‌آوری داده‌های حقیقی است. جهت افزایش مقبولیت داده‌ها از انواع روش‌ها استفاده شد. از جمله این روش‌ها می‌توان به بررسی مداوم، تحلیل همزمان داده‌ها و بازخورد به پژوهش، تخصیص زمان کافی، انتخاب مطلعین اصلی و بازنگری ناظری اشاره نمود. در ارتباط با اعتبار و اعتماد داده‌ها، داده‌های این مطالعه با شرکت‌کنندگان، همکاران و متخصصین در حوزه فرهنگ اسلامی (گروه معارف دانشگاه) مورد بررسی و کنترل قرار گرفت. اطلاعاتی از مصاحبه به طور همزمان با استفاده از روش مقایسه‌ای مداوم تجزیه و تحلیل شد. کدگذاری‌های باز، محوری و انتخابی برای این اطلاعات به کار گرفته شد.

#### یافته‌ها

بر اساس نتایجی که از این تحقیق حاصل گردید و بر اساس تجارب شرکت‌کننده‌ها، انحراف از اعتدال فکری، اعتقادی و رفتاری به عنوان متغیر مرکزی یا مشکل اساسی روانی-اجتماعی پدیده سبک زندگی سلامت محور بر مبنای فرهنگ اسلامی تعیین شد. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها هفت طبقه اصلی شامل «تعلیم و تربیت اسلامی»، «ساختار سیاست‌گذار در نظام سلامت»، «جریان معارف اسلامی در زندگی خانواده محور»، «روابط، معاشرت و مشارکت»، «شهروند اخلاق و قانون محور»، «تحرك و اوقات فراغت» و «کار، تلاش و معاش» مشخص گردید.

انحراف از اعتدال فکری، اعتقادی و رفتاری به عنوان

فقدان بزرگ در ارایه شیوه‌ای دقیق و کاربردی و در عین حال زیبا و جذاب برای جامعه اسلامی و حتی دیگر جوامع کاملاً محسوس می‌باشد (۹).

سؤال اساسی در این پژوهش این است که چرا با داشتن این همه منابع پر بار زمینی و آسمانی اسلام، مردم جامعه توان استفاده عملی از آن را ندارند؟ چرا مفاهیم و دستورات در قالب شیوه‌های مبتنی بر سلامت بروز و ظهور کاملی پیدا نمی‌کنند؟ چه موانعی بر سر راه پیاده شدن آن‌ها وجود دارد؟ چه راه‌های عملی برای تسهیل در اجرای آن‌ها در جامعه متصور است؟ تمهیدات لازم در این مسیر کدامند؟ از این رو هدف این مطالعه تبیین سبک زندگی سلامت محور در فرهنگ اسلامی بر اساس نظرات، تجارب و ادراکات روحانیون، اساتید و دانشجویان بود.

#### روش

این بررسی از نوع تحقیق کیفی بارویکرد گراند توری استفاده شده است که روش پژوهشی کیفی است و برای بررسی فرایندهای در حال انجام و در تعامل انسانی به کار می‌رود. مشارکت‌کنندگان ابتدا به صورت هدفمند و در ادامه مبتنی بر نیاز مطالعه به روش نظری انتخاب شدند. فرایند نمونه‌گیری تا زمان اشباع مفهومی ادامه یافت. انتخاب واحدهای پژوهش بر اساس تجارب و تمایل مشارکت‌کنندگان در خصوص پدیده مورد مطالعه بود. در پژوهش حاضر روحانیون، اساتید و دانشجویان داوطلب (متماثل به شرکت در پژوهش) و در ظاهر سالم (فقدان ابتلا به بیماری‌های حاد و یا مزمن در زمان انجام پژوهش) طی نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در این پژوهش نیز متناسب با گراند توری انواع روش‌های جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد (مصاحبه، نوشتار عرصه و یادآور). پس از مصاحبه آگاهان اصلی (بر اساس عمق و حسن ارتباطات) مورد بررسی بیشتر قرار گرفتند. همچنین جهت اشباع اطلاعاتی از روش‌هایی چون اتو بیوگرافی، مطالعه‌های موردی، زندگی‌نامه‌ها، خاطرات روزانه و نامه‌ها نیز استفاده گردید. در این بررسی ۴ روحانی، ۱۸ استاد و ۲۵ دانشجو مشارکت داشتند.

تعلیم و تربیت اسلامی: بدون شک در هیچ مکتب و آئینی به اندازه اسلام به مفهوم تعلیم و تربیت پرداخته نشده است. این سنت در سیره و زندگی پیامبر اسلام و ائمه معصومین به روشنی پیداست که از این راه به آگاهی، دانایی و کسب علوم حتی در سرزمین‌های دوردست تأکید فراوان شده است. عدم اطلاع کافی مردم از مفهوم سلامت در تعلیم و تربیت اسلامی، کم رنگ بودن الگوهای رفتاری سلامت محور بر پایه تعلیم و تربیت اسلامی در رفتار والدین، کمبود مهارت‌های زندگی و مراقبت از خود، کنترل آزاد منشانه بچه‌ها در مصارف فرهنگی و همچنین توجه به فرهنگ مدرک‌گرا به جای فرهنگ دانایی محور و کار محور در جامعه فشار مضاعفی را بر سلامت روحی و اجتماعی نسل جوان تحمیل کرده است.

«گنجاندن منابع و محتوای اسلامی به صورت کاربردی و جذاب در برنامه‌های درسی مدارس و دانشگاه‌ها» (م ۱۸).  
 «با آموزش و آگاه‌سازی زنان از ارزش‌های اجتماعی‌شان که زنان تبلور همه فضیلت‌های اجتماعی در حوزه‌های محبت در خانواده، تربیت و اصلاح و ارزش‌گذاری بر اساس سبک‌های سلامت محور هستند» (م ۹). «گسترش و روایت رفتارهای سلامت محور در سبک زندگی بزرگان دین به صورت کتاب، انیمیشن و فیلم در خانواده و جامعه و استفاده از شخصیت‌های اثرگذار کارتون‌ی بر بچه‌ها و جوانان بسیار می‌تواند مؤثر باشد» (م ۲۰).

ساختار سیاست‌گذار در نظام سلامت: ساختار اجتماعی به نحوه مؤثری بر زندگی افراد تأثیرگذار است و این امر می‌تواند فرصت‌های انتخابی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارتی شانس‌های زندگی افراد و فرصت‌های انتخابی آن‌ها بیشتر تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی و زمینه‌ای است که افراد در آن قرار گرفتند. به عنوان نمونه سن و جنس به عنوان متغیرهای ساختاری در دستیابی افراد به فرصت‌های انتخابی و شانس‌های زندگی تأثیر مهمی دارند.

مطالعه‌های اخیر نشان دادند که محیط اجتماعی رواج رفتارهای سلامتی را در جوامع مختلف و جمعیت‌های فرعی (زیر گروه) تحت تأثیر قرار می‌دهد. در برخی جوامع مانند

متغیر مرکزی: بر اساس تجارب شرکت‌کننده‌ها و نقطه نظرات آنان در این بررسی، انحراف از اعتدال فکری، اعتقادی و رفتاری به عنوان متغیر مرکزی یا مشکل اساسی روانی-اجتماعی پدیده سبک زندگی سلامت محور بر مبنای فرهنگ اسلامی تعیین گردید. اعتدال یعنی پیمودن و گزینش راه میانه و عدم تمایل به افراط و تفریط است. اعتدال، تفکر و اندیشه‌ای است که در اعمال انسان ظهور پیدا می‌کند.

از جمله مسایل مهمی که در یک زندگی سالم از توجه و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، مسأله اعتدال در مجموعه زندگی است. به این معنی که انسان تمام ارزش‌ها از قبیل عبادت، خدمت به مردم، آزادی، محبت، عشق ورزیدن و امور دیگر را به طور هماهنگ و معتدل در خود ایجاد نماید و به رشد حساب شده آن‌ها پردازد؛ به صورتی که به حد متوسط آن‌ها دست پیدا کند. افرادی که مسؤولیت‌های اجتماعی دارند، باید از هر گونه افراط و تفریط دوری کنند؛ چرا که این عرصه و میدان شخصی افراد نیست که ضرر آن متوجه خودشان باشد، بلکه هر اقدام افراطی یا تفریطی می‌تواند عواقب ناگواری داشته باشد. وسعت دایره افراط و تفریط به جایگاه اجتماعی افراد مرتبط است.

«از این جهت حاکمان و متولیان امور عامه جایگاه ویژه‌ای در تصمیم‌گیری‌ها و عملکرد خود دارند و باید مراقب باشند. خسارات تصمیم‌ها و عملکرد آنان، دامن جامعه را نگیرد. حرکت سنجیده، معقول و معتدل آنان می‌تواند زمینه گسترش، توسعه اعتدال و میانه‌روی باشد و از رفتارهای افراطی و تفریطی در حوزه‌های مختلف جلوگیری نماید» (م ۱).

«سلام یک دین سلامت محور است؛ چرا که همیشه حفظ تعادل را تقویت کرده، بنیاد و فطرت انسان هم سراسر تعادل دیده می‌شود. پس اگر هم نگاه اسلام را کنار بگذاریم، یک جامعه فردی را می‌پذیرد که رفتار متعادلی دارد و اگر در رفتارش تندی یا کاستی ببیند، حذفش می‌کند. پس سلامت اجتماعی متصل به سلامت فردی است که در کل مفهومی که فرد از خویش دارد، بازتابی از نگاهی است اجتماع به فرد دارد که این یکی از بزرگ‌ترین ارکان سلامت اجتماعی است یعنی همان هویت فرد» (م ۸).

خانواده برای افراد ارایه داده است. با توجه به قدرت و احاطه مستقیمی که در زمینه‌های مختلف فرهنگی و اجتماعی در دست این گونه جوامع قرار دارد، ابزارهای مناسبی وجود دارند که هر چه بیشتر در راستای بسط و توسعه این تفکرات عمل کنند. در چنین شرایطی به نظر می‌رسد که کشورهای جهان سوم آسیب‌پذیری بیشتری در این زمینه‌ها داشته باشد. به این ترتیب ته‌مانده تفکرات پوسیده و مخرب غربی پس از این که در جوامع غرب ثمری جز بی‌بند و باری، گسترش انواع انحرافات اخلاقی، بی‌ثباتی و انحلال نظام خانواده نداشت، اکنون ردپایی را در جوامع اسلامی بر جای گذاشته است.

«همه چیز از خانواده شروع می‌شود. رعایت اصول اخلاقی و اجتماعی که در اسلام به آن تأکید شده است مانند اجتناب از گناه، رعایت مسایل اخلاقی و پوششی در برابر نامحرمان، حفظ احترام و حفظ حرمت کوچک‌ترها و بزرگ‌ترها و دیگر رفتارهای سلامت محور که همگی در اسلام هم توصیه و تأکید شده است. چرا که هر فرد از آن خانواده اعضای جامعه هستند و یک خانواده سالم که تک‌تک افراد آن سلامت باشند، در پیشرفت و ترقی جامعه نقش مهمی را ایفا می‌کنند» (م ۱۳).

«همیت و ارزش دادن به نقش دختران و زنان در خانواده و ایجاد فضای عاطفی و صمیمی برای جذب و جلب دختران و زنان در جهت تربیت و حفظ ارزش‌های آنان از اهمیت خاصی برخوردار است. باید به نقش زنان در فرایند تربیت فرزندان، ایجاد آرامش و محبت در خانواده ارزش‌گذاری بیشتری صورت گیرد. به طور نمونه بدحجابی دختران نشأت گرفته از تأثیر مادر بر فرزند خود می‌باشد» (م ۳۵).

روابط و معاشرت و مشارکت: اسلام دینی است که در آن به روابط خود با خود، خود با دیگران و خود با خداوند توجه و امر نموده است. خودشناسی از مفاهیمی است که علما و بزرگان بیشتری تأکید را بر آن داشتند و حضرت امام خمینی (ره) بزرگ‌ترین جهاد اسلامی را بنا نهاد.

ارزش و احترام به خود، حفظ عزت نفس و ضرر نزدن به خود از عوامل حفظ بهداشت جسمی و روانی است. داشتن صلح رحم، احترام به پدر و مادر، خوش‌رویی در ارتباط با دیگران، حفظ حرمت دیگران و محبت به دیگران حتی در

ایران که افراد کنترل کمتری بر رژیم غذای خود و آلودگی‌های اکولوژیکی دارند و همچنین نوع محیط اجتماعی که استعمال دخانیات در آن به عنوان یک نرم رفتاری پذیرفته شده است، احتمال بروز سبک زندگی ناسالم بسیار بالاتر است. در ایران استعمال دخانیات بالا، رژیم غذایی سرشار از چربی‌ها و سیگار به سادگی در دسترس افراد است و شهروندان انتخاب‌های اندکی در مورد نوع غذاهایی دارند که تهیه و مصرف می‌کنند. این امر نتیجه طبیعی ضعف سیستم حکومتی است که با بی‌اعتنایی به خطرات همبسته با سیگار کشیدن، رژیم‌های ناسالم غذایی و ... برخورد می‌کند.

«جهت نهادینه کردن شیوه زندگی سالم با رویکرد اسلامی و به دلیل پیچیدگی مفهوم شیوه سلامت زیستن، مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی درون جامعه می‌بایست مورد توجه و اصلاح قرار گیرد. وزارت بهداشت تنها بخشی از نظام سلامت است و سایر نهادهای کشور می‌بایست در اجرای برنامه‌های اصلاح شیوه زندگی مردم بر مبنای فرهنگ اسلامی هماهنگی و همسویی لازم را با آن نهاد داشته باشند» (م ۳).

جریان معنویت در زندگی خانواده محور: اسلام دین جامع‌نگر است که کلیه ابعاد زندگی بشری را پوشش می‌دهد و برای کلیه امر زندگی بشر برنامه دارد. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، علما و مسؤولین ذیربط تلاش نمودند که معرفت دینی را از شکل کلی به شکل کاربردی در زندگی مردم ساری و جاری کنند. بستر این گونه تلاش‌ها در درون جامعه از طریق مساجد، نمازهای جمعه، مناسبت‌های مذهبی و رسانه‌های جمعی بوده است. نظام خانواده، نظام ارزشمند و محبوبی است که در اسلام هیچ بنایی محبوب‌تر از آن پایه‌ریزی نشده است. خانواده بی‌تردید در جوامع اسلامی خود را به عنوان یک سازمان فناپذیر معرفی کرده است. پیامبر اسلام می‌فرماید: «ما بنی فی الاسلام بناء احب الی الله عز و جل و اعز من التزوج: هیچ بنیانی در اسلام نزد خداوند عز و جل، محبوب‌تر از ازدواج (و تشکیل خانواده) نیست».

متأسفانه دنیای مدرن غرب، امروزه تصاویر جدیدی از

«من همیشه در حفظ نداکت به عنوان یک شهروند خوب تلاش کردم. مثلاً در مترو، اتوبوس و سایر وسایل نقلیه هم به ضرر نرسوندن به آنها اهمیت دادم و هم به حق دیگر مسافران احترام گذاشتم» (م ۲۵).

«من فکر می‌کنم که امروزه خیلی از ما آدم‌ها خودشون را از بقیه جدا می‌دانند و فقط به زندگی شخصی خودشان ارزش می‌دهند. منافع دیگری براشون اهمیتی ندارد و فکر نمی‌کنند که بقیه آدم‌ها هم مثل خودشان هستند. هر چیزی که برای ما خوب، لذت‌بخش و قشنگ است، برای بقیه هم هست و بالعکس. همان طوری که ما توقع داریم که بهمان بی‌احترامی نشود، ما هم باید در مقابل بقیه مسؤول باشیم» (م ۳۷).

تحرک و اوقات فراغت: تحرک یکی از مفاهیم اصلی است که اسلام در قرآن و احادیث اشاره‌های زیادی به آن نموده است. فضای ماشینی انگیزه تحرک را در مردم کاسته است و کمبود فضاها و اماکن تفریحی و ورزشی خاصه جهت بانوان بدین مسأله دامن زده است. فقدان برنامه کلی از سوی دولت جهت ایجاد انگیزش تحرک و نشاط، جامعه را دچار خمودگی کرده است. تحرک همانند سایر امور باید در محیط خانواده شروع شود. والدین و سپس نهادهای مدرسه، دانشگاه و محیط کار در افزایش آن می‌بایست برنامه‌های سلامت را اجرا کنند تا به عنوان یک فرهنگ در افزایش کیفیت زندگی و جزیی از فرهنگ سلامت محور در سبک زندگی مردم عملی گردد.

«نشاط هر فرد در میزان نشاط اجتماعی تأثیرگذار است. از سوی دیگر وضعیت اجتماع و نشاط جامعه نیز بر نشاط افراد آن جامعه اثر می‌گذارد. بنابراین در بحث نشاط اجتماعی نمی‌توان به ارتباط نشاط فردی و نشاط جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، بی‌تفاوت بود» (م ۱۴).

فرهنگ کار، تلاش و معاش: مشارکت‌کنندگان در تحقیق در ارتباط با این مفهوم به عوامل متعددی اشاره کردند. مواردی همچون اشاعه فرهنگ کسب و درآمد حلال، ارزش‌گذاری به ماهیت کار، کار به عنوان یکی از ارکان سلامت جامعه، توجه به اشتغال، کارآفرینی و تربیت نیروی کار مورد نیاز در کشور، رویکرد کار محورانه در نظام تعلیم و تربیت کشور، سعی و تلاش در تولید ثروت مشروع و آرایه

زمان عصبانیت، رعایت رفتار با محرم و نامحرم، روابط درون خانوادگی صمیمی و توأم با عواطف و برون خانوادگی معتدل (نیمه باز) در مواردی است که در روابط باید به آن اشاره کرد. مشارکت فعال در امور اجتماعی، کمک به دیگران، احترام به امور اجتماعی و احساس مسؤولیت اجتماعی از نکاتی است که در همکاری و تعامل اجتماعی می‌توان به آن اشاره کرد. ترویج فرهنگ احترام اجتماعی و حمایت مقررات اجتماعی از مواردی است که افراد در تعاملات اجتماعی خود باید به آن توجه کنند.

«صله رحم یکی از کارهایی است که من از خانواده‌ام آموختم و چون به مهم بودن و تأثیرگذار بودن دید و باز دیده‌ام اعتقاد دارم. در اولین فرصت که فراغت پیدا کردم، از زندگی یکنواخت و روزمره به دیدار بزرگان، اقوام و دوستانم می‌روم تا از حال و نیاز همدیگر اطلاع پیدا کنیم» (م ۲۲).

«من خودم با خودم درگیری دارم. یعنی توانایی و مهارت لازم را ندارم که با مشکلات زندگی کنار بیایم. در این شرایط چگونه می‌تونم به کسی کمک کنم. متأسفانه دغدغه‌های زندگی فرصت فکر کردن به دیگران یا حتی درست زندگی کردن و داشتن نگاه اسلامی را از من گرفته است» (م ۱۳).

شهروند اخلاق و قانون محور: در اسلام تأکید شده است که مردم از حقوق فردی و اجتماعی خود مطلع باشند. اسلام توصیه می‌کند که زنان خود را از چشم نامحرمان دور کنند و در محیط اجتماعی رعایت عفاف، عفت و حجاب کنند تا از امنیت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند. اجتناب از غیبت، گناه، دروغ و ربا بارها تأکید شده است. حفظ حریم‌های شخصی و خصوصی مردم و همچنین اشاعه فرهنگ اخلاق در جامعه در آیات و روایات در قالب بحث امر به معروف و نهی از منکر مورد توجه قرار گرفته است. حلال و حرام از مفاهیم نهفته در اخلاق و قانون اسلام است. رفتارها و کردارهای اخلاق و قانون محور باید راه و رسم مسؤولین باشد تا مردم با لمس کردن، پیروی و عمل به آن جامعه را به سمت فضای سالم‌تر پیش ببرند. افراط و تفریط در رفتارها و تصمیم‌گیری‌های مسؤولین شاکله‌های اخلاقی را در جامعه کم رنگ می‌نماید و گریز از قانون را جانشین قانون محوری می‌کند.

مردم، عدم توجه کافی به آموزش‌های سلامت عمومی که ناشی از رویکرد بیمار محور در نظام سلامت است، مشکلات بیمه‌ای در حمایت این گونه خدمات در جامعه، کمبود محتوای آموزشی مبتنی بر سلامت محوری و بهبود سبک زندگی در متون درسی سطوح دانش‌آموزی و دانشجویی و همچنین غفلت خانواده‌ها در توجه به تعلیم و تربیت اسلامی منجر به کم رنگ شدن جریان معارف اسلامی در زندگی آن‌ها شده است. افراط و تفریط در روابط و معاشرت‌های خانوادگی و اجتماعی و کاهش اعتماد و اطمینان در مشارکت‌های اجتماعی نیز گریز از قانون و افزایش رفتارهای غیر اخلاقی را دامن می‌زند.

افزایش سرطانی زندگی شهرنشینی، تحرک مردم را کاهش داده است. خستگی و زندگی ماشینی، محیط‌های آپارتمانی و همچنین کمبود برنامه‌های شادی‌بخش و نشاط‌آفرین موجب شده است تا مردم از اوقات فراغت مناسبی استفاده نکنند. انگیزه کار و تلاش در جامعه بنا بر عللی مانند پایین بودن سطح دستمزدها، تورم، مدرک‌گرایی به جای مهارت‌افزایی و تخصص‌گرایی در افزایش بهره‌وری نیروی کار کم فروغ شده است. عدم هماهنگی بین مفاهیم و عوامل فوق موجب انحراف فکری، اعتقادی و رفتاری جامعه از سبک زندگی سلامت محور مبتنی بر فرهنگ اسلامی شده است.

کوکرها و ویلیام تأیید نمودند که تحقیق‌های سلامت عمومی اغلب تأکیدشان روی رفتارهای سلامتی شخصی و مستقل از زمینه اجتماعی آن‌ها است. آن‌ها استدلال کردند که تحقیق روی سبک زندگی سلامت محور نیاز است، اما اندازه‌گیری، تجزیه و تحلیل نباید در سطح فردی متوقف شود و بایستی تا در نظر گرفتن الگوهای جمعی رفتار مربوط به سلامتی که سبک زندگی سلامت محور را تشکیل می‌دهد، گسترش یابد. سبک‌های زندگی مختلف باید در ارتباط با زمینه اجتماعی که در آن رخ می‌دهد، مورد توجه قرار گیرد (۱۰).

همچنین موسوی جزایری تأکید نمود که خانواده محوری از رویکرد مبنایی جامعه اسلامی است. نظام خانواده در اسلام از مهم‌ترین ارکان است. عملکرد مناسب آن ضامن اجرای معارف و فرهنگ دینی درون جامعه اسلامی است که از طرف

الگوهای موفق کار و تلاش می‌توانند روحیه کار کردن و ارزش‌گذاری آن را در جامعه گسترش دهند. همچنین مشارکت‌کنندگان به موانع متعددی اشاره کردند که مانع ترویج فرهنگ کار و تلاش در جامعه می‌شود. به عنوان نمونه می‌توان به سودجویی با هر روشی به غیر از کار و تلاش، ترویج شعار کار کمتر و درآمد بیشتر، کم رنگ بودن فرهنگ کار در متون درسی و کم رنگی کار و مشارکت جمعی در کار اشاره کرد.

«همیشه در کارهای شراکتی نه تنها به ضایع نشدن حق خودم فکر می‌کردم، بلکه مواظب کم کاری خودم هم بودم. حواسم را جمع می‌کردم که فقط منفعت مالی این کار مهم نیست. شخصیت من به عنوان یکی از اعضا هم در کیفیت کار و ارزش گذاشتن به تلاشی که کردم مهم است» (م ۴۰).

«گر به ازای کار و زحمتی که می‌کشم، درست و به حق رسیدگی کنند و از این که مطمئنم باشم که انرژی و وقتم را به هدر ندادم، من هم سعی خودم را می‌کنم که کاری که بهم محول شده را با وجدان انجام بدهم. اگر همه این احساس را داشته باشند، دلیلی برای کم کاری و دزدی در وقت کاری نمی‌بینند» (م ۱۲).

### بحث

بر اساس نتایجی که از این تحقیق حاصل گردید و بر اساس تجارب شرکت‌کننده‌ها، انحراف از اعتدال فکری، اعتقادی و رفتاری به عنوان متغیر مرکزی یا مشکل اساسی روانی-اجتماعی پدیده سبک زندگی سلامت محور بر مبنای فرهنگ اسلامی تعیین گردید. هفت مفهوم اصلی در ارتباط با این متغیر مرکزی توسط شرکت‌کننده‌ها تجربه و بیان شد. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها هفت طبقه اصلی شامل «تعلیم و تربیت اسلامی»، «ساختار سیاست‌گذار در نظام سلامت»، «جریان معارف اسلامی در زندگی خانواده محور»، «روابط، معاشرت و مشارکت»، «شهروند اخلاق و قانون محور»، «تحرک و اوقات فراغت» و «کار و تلاش» مشخص گردید. بر اساس یافته‌های این تحقیق مواردی همچون ضعف ناشی از ساختار سیاست‌گذار حوزه سلامت در ارتقای زندگی

شده است، احتمال بروز سبک زندگی ناسالم بسیار بالاتر است. در ایران استعمال دخانیات بالا، رژیم غذایی سرشار از چربی‌ها و سیگار به سادگی در دسترس افراد است و شهروندان انتخاب‌های اندکی در مورد نوع غذاهایی دارند که تهیه و مصرف می‌کنند. این امر نتیجه طبیعی ضعف سیستم نظارتی است که با بی‌اعتنایی به خطرات همبسته با سیگار کشیدن، رژیم‌های ناسالم غذایی و ... برخورد می‌کند.

بسیاری از اندیشمندان معتقدند که اساس سبک زندگی غربی بر مبنای تفکر مادی و مصرف‌گرایی پایه‌ریزی شده است. این تفکر از راه فیلم، سایت‌های اینترنتی، بازی‌های رایانه‌ای، تبلیغات تلویزیونی و ماهواره‌ای، فروشگاه‌ها و بیلبوردهای تبلیغاتی به فکر و ذهن مخاطبان جامعه القا می‌شود. در این میان مکتب غنی اسلام سخنان و دستورالعمل‌های فراوانی را در ساحت سبک زندگی مطلوب ارائه کرده است. از آن جا که آسان‌ترین و پر استفاده‌ترین رسانه نزد مردم به ویژه ایرانیان تلویزیون می‌باشد، از قالب رسانه تصویری می‌توان برای بیان صورت مسأله و مشخص کردن سبک زندگی غربی که گریبان‌گیر جوامع اسلامی شده است، تبیین سبک زندگی اسلامی، پرداختن به جزئیات آن و ایجاد حس فقدان در خصوص سبک زندگی اسلامی در مسؤولان و دستگاه‌های مربوطه به خوبی استفاده کرد (۹).

در بسیاری از حکومت‌های امروزی وقتی افراد سلامتی ضعیفی دارند یا دچار مرگ و میر زودرس می‌شوند، علت این امر را بی‌اعتنایی افراد نسبت به انتخاب‌هایشان می‌دانند. این تبیین به سیستم‌های حکومتی این اجازه را می‌دهد که نسبت به شرایط ناسالم اجتماعی یا اشتباهات پزشکی شانه خالی کند. متعاقب تبیین سبک زندگی به عنوان شکلی از مقصر دانستن قربانی است که در این شکل به دولت‌ها اجازه داده می‌شود تا از زیر بار مسؤولیت‌پذیری شانه خالی کنند. این در حالی است که شواهد تجربی اندکی نشان دادند که سبک زندگی فقط محصول انتخاب فردی است. بنابراین فرصت‌های زندگی که تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی - سیاسی قرار دارند، به مراتب نقش مهم‌تری در سبک زندگی افراد دارند (۱۰).

شیوه‌های مقابله مذهبی با مسایل، توانایی‌های شناختی و

مسؤولان نظام باید توجه ویژه‌ای به این نهاد گردد. از طرفی ساختار سیاست‌گذاری سلامت با چالش‌های مختلفی روبه‌رو است و مسؤولین هماهنگی لازم را به دلیل پشتوانه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و مهارتی کافی برای طراحی مهندسی اجتماعی جهت حل این مسأله ندارد. از این رو مردم در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی در ایفای سبک‌های زندگی سلامت محور بر اساس آموزه‌های اسلامی دچار دوگانگی شدند و با وجود علاقه درونی، محدودیت‌ها و محرومیت‌های مختلفی را در ایفای سبک‌های سلامت تجربه می‌کنند (۹).

رفتارها و عقاید مذهبی تأثیر مثبتی در معنی‌دار کردن زندگی دارد. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت، زیارت و ... می‌تواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت موجب آرامش درونی فرد شود. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و ... همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند.

ساختار اجتماعی به نحوه مؤثری بر شانس‌های زندگی افراد تأثیرگذار است. این امر می‌تواند فرصت‌های انتخابی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارتی شانس‌های زندگی افراد و فرصت‌های انتخابی آن‌ها بیشتر تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی و زمینه‌ای است که افراد در آن قرار گرفتند. به عنوان نمونه سن و جنس به عنوان متغیرهای ساختاری در دستیابی افراد به فرصت‌های انتخابی و شانس‌های زندگی تأثیر مهمی دارند.

مطالعه‌های اخیر نشان دادند که محیط اجتماعی رواج رفتارهای سلامتی را در جوامع مختلف و جمعیت‌های فرعی (زیر گروه) تحت تأثیر قرار می‌دهد. در برخی جوامع مانند ایران که افراد کنترل کمتری بر رژیم غذای خود و آلودگی‌های اکولوژیکی دارند و همچنین نوع محیط اجتماعی که استعمال دخانیات در آن به عنوان یک نرم رفتاری پذیرفته



مواردی همچون اقتداربخشی به خانواده و حمایت از پدر، مادر و همسر مورد توجه قرار گیرد. در تسهیل عملکردهای خانوادگی نیز راه‌حل‌های سیستمی و تقویت نهادهای هنجارساز خانواده به ویژه آموزش و پرورش و رسانه در دستور کار جدی قرار گیرند.

پیشنهاد می‌گردد که نهادهای مرتبط با تعلیم و تربیت نظیر آموزش و پرورش و آموزش عالی ضمن توجه به فرهنگ کار و تلاش، نوع محتوای آموزشی و تنوع آموزش خود را در جهت مهارت‌آموزی و توانمند کردن فرزندان این جامعه برای ایفای نقش خودشان در زندگی خانوادگی و اجتماعی قرار دهند و آنان را تشویق و ترغیب به استفاده از معارف اسلامی نمایند. بر همین اساس سازمان بهداشت جهانی این موضوع را در سرلوحه فعالیت‌های خود قرار داده است. همچنین استفاده و بهره‌گیری از توصیه‌ها و آموزه‌های دینی در اصلاح رفتارها و عادات نامناسب را برای جوامع مختلف به ویژه مردم کشورهای مسلمان پیشنهاد نموده است.

زندگی ماشینی امروز، چشم دوختن به محصولات هنری با هویت غربی، دور شدن از الگوهای خودی و متعال دینی، انس یافتن با سبک زندگی غربی، محدود کردن الگوهای همه جانبه دینی در قالب حزن، سوگ و تقدس، کم رنگ کردن نقش‌های مادرانه و همسری و تضعیف کانون خانواده زنگ خطرهایی هستند که درمان آن‌ها با بازگشت به فرهنگ فاطمی و علوی حاصل می‌شود. این پژوهش پیشنهاد می‌کند که تحقیق مشترکی بین حوزه و دانشگاه در خصوص سبک زندگی سلامت محور به ویژه مکتب تشیع که از نظر وجود توصیه‌ها و دستورات مربوط به جنبه‌های مختلف سبک زندگی بسیار غنی است، انجام شود و با سایر فرق اسلامی مقایسه گردد. همچنین با توجه به گستردگی کار و جهت عمق بخشیدن و درک بیشتر راه‌های عملی کردن فرهنگ اسلامی در زندگی مردم پیشنهاد می‌شود که برای طراحی و مهندسی سبک زندگی مردم بر اساس فرهنگ اسلامی، در خصوص سبک زندگی سلامت محور بر اساس تقسیم‌بندی مراحل رشد خانواده (هشت مرحله) از قبل از ازدواج تا مرحله سالمندی تحقیقی ملی انجام گردد. پیشنهاد می‌شود که

رفتاری هستند که فرد مضطرب برای کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی فشارزا به کار می‌گیرد (۱۱). در مقابله مذهبی از منابع مذهبی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند و ... استفاده می‌شود. یافته‌های اخیر نشان دادند که از آن جایی که این نوع مقابله‌ها هم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند، می‌توانند مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند. بنابراین به کارگیری آن‌ها برای اکثر افراد موجب تقویت سلامت روانی می‌شود (۱۲).

نونماکر، مک نلی و بلوم تحقیقی با هدف بررسی رابطه دینداری و سلامت روانی نوجوانان سامان انجام دادند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که دینداری در برابر اعمالی مانند سیگار کشیدن، نوشیدن الکل، مصرف مواد افیونی، برقراری رابطه جنسی نامتعارف و ... از نوجوانان محافظت می‌کند (۱۳). همچنین مطالعه مالتبی و دی نشان دادند که مذهب سطح بهداشت روانی را افزایش می‌دهد (۱۴).

تحقیق‌هایی در ایران به بررسی رابطه اعتقاد به اصول مذهبی اسلام و بهداشت روانی - اجتماعی پرداختند. آن‌ها نیز نشان دادند که میان نگرش مذهبی و سازگاری فردی و اجتماعی دانش‌آموزان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۱۵، ۱۶). عوامل مؤثر بر بهداشت روانی از دیدگاه اسلام ایمان به خدا، نماز، تفریح‌های سالم و شادمانی، سلامت خانواده و جامعه، تقوا و دوری از معصیت، شکر نعمت و قناعت هستند (۱۷). بنابراین با افزایش اعتقادات مذهبی می‌توان تقویت، رشد و توسعه هوش هیجانی و به دنبال آن بهبود بهداشت روانی جامعه را انتظار داشت.

### نتیجه‌گیری

ظرفیت‌سازی در خانواده، توانمندسازی آن و اصلاح الگوی سبک زندگی در روند دستیابی به سرمایه اجتماعی و جامعه سالم با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی می‌تواند راه‌حل مناسبی برای تمامی مشکلات زندگی سالم در عصر حاضر محسوب گردد. امکان استفاده از این دستورات و توصیه‌های دینی به عنوان یک عامل تأثیرگذار در اصلاح سبک زندگی فعلی مسلمانان وجود دارد. در رویکرد ساختاری توصیه می‌گردد که

فراهم شود و به نقش زنان و دختران اهمیت داده شود. آن‌ها را از اهمیت عفت در جلوگیری از خانواده‌گریزی و آسیب‌های اجتماعی آگاه سازند.

بر احترام، اجرای قانون در جامعه، انجام کارهای قانونی و پایفشاری بر آن تأکید شود تا به صورت عرف و اخلاق در زندگی مردم نهادینه گردد. به صلح و رحمت، کم کردن موانع انجام آن در جامعه و تشویق مردم به مشارکت‌های اجتماعی، مراسم ارزشی و معنوی توجه شود. تحرک همانند سایر امور باید در محیط خانواده شروع شود. اول والدین و سپس نهادهای مدرسه، دانشگاه و محیط کار در افزایش آن می‌بایست برنامه‌های سلامت را اجرا کنند تا به عنوان یک فرهنگ در افزایش کیفیت زندگی و جزیی از فرهنگ سلامت محور در سبک زندگی مردم عملی گردد.

#### محدودیت‌ها

این پژوهش همچون دیگر پژوهش‌های کیفی بر پدیده ذهنی یافته‌های آن متمرکز شده است که احتمالاً محدود به شرایط و بافت‌های موجود در طول دوره بررسی است و شاید برای وضعیت‌های دیگر قابل اجرا نباشد. با این حال نتایج جامعه منسوب به تجربیات شرکت‌کنندگانی بود که کاملاً با تجربه، آگاه و متخصص به موضوع و وضعیت زندگی خودشان بودند. از این رو توجه به ابعاد مهم برای آنان حایز اهمیت بود. با این وجود مطالعه‌های بیشتری که بتواند نتایج را در میان یک جمعیت بزرگ‌تر تأیید نماید، در شرایط و سبک زندگی ایرانی-اسلامی ضروری است.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله ابتدا از کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش سپاس و قدردانی می‌نمایند، همچنین از دفتر نهاد مقام معظم رهبری در دانشگاه به دلیل حمایت معنوی بسیار سپاس گذارند.

تحقیقی به عنوان طراحی و اجرای مدل سبک زندگی سلامت محور بر مبنای فرهنگ اسلامی در جامعه ایرانی اسلامی تدوین و انجام گردد.

بر اساس نتایج و با توجه به متغیر مرکزی کشف شده، اعتدال در تفکر، اعتقاد و رفتار به خصوص در شیوه زندگی مردم و دوری از افراط و تفریط‌ها بهترین راهکارهایی هستند که مجدد بر آن تأکید می‌گردد. مواردی همچون ایجاد تعادل، عدالت اجتماعی و فضایی پاسخگو به نیازهای افراد از هر قشر اجتماعی و فرهنگی سبب می‌شود که حس اعتماد و ارزش‌دهی مردم به جامعه بیشتر شود. پیشنهاد می‌گردد که وزارت بهداشت با هماهنگی سایر نهادهای مسؤول و ذیربط در جهت ارتقا، بهداشت عمومی، توجه به متغیرهای مؤثر در سلامت اجتماعی، توانمندی و مشارکت مردم برنامه‌ریزی نمایند.

با توجه به آغاز اجرای طرح پزشک خانواده در کشور، رویکرد بیمار محوری توصیه می‌گردد. مسؤولین به رویکرد سلامت محوری توجه لازم را مبذول نمایند و به خصوص محور سبک زندگی و مفاهیم کشف شده در این تحقیق را مورد توجه قرار دهند. مواردی که در ادامه به آن اشاره می‌شود. گروه‌های متخصص شامل افرادی باتجربه و علمی که توانایی آموزش گسترده سبک زندگی سلامت محور را در تمام ابعاد فردی، اجتماعی و فرهنگی در زندگی مردم بر اساس منش اسلامی داشته باشند، تربیت و تزریق شوند. ارزش‌گذاری و اصالت‌بخشی به خانواده به عنوان نهاد تعیین‌کننده سلامتی در جامعه، نظام ارزشمند در توسعه و تکامل بخش جریان معارف اسلامی صورت گیرد.

به فرهنگ کار و تلاش و کاستن دغدغه‌های مردم با تأکید بر مهارت‌افزایی در حین تحصیل دبیرستان و دانشگاه به جای محتوی‌زدگی و مدرک‌گرایی رسیدگی و اهمیت داده شود. خانواده‌ها به ارزش‌گذاری به کار و تلاش در جامعه تشویق شوند. بستر آرام، امن و جاذب برای افراد خانواده

#### References

1. Rafei Far Sh, Ahmadzadeh Asl M, Esmaeili M, Dezhpasand S, Parsi Nia S, Khosro Beigi MR, et al. Health promotion (history, principles, procedures, guidelines). Tehran, Iran: Office of Communications and Health Education, Deputy of Health, Ministry of Health and Medical Educations and Qom University of Medical Sciences; 2005. [In Persian].

2. Park JI. General health: textbook of community medicine. Trans. Shojaei Tehrani H. Tehran, Iran: Samat Publications; 2004. [In Persian].
3. Tavakoli R, Sanaei Nasab H. Use of safety belt. *J World Health* 1996; 11(1): 38-41. [In Persian].
4. Akbari I. Community nutrition as a healthy key. Proceedings of the 8<sup>th</sup> Congress of Nutrition; 2004 Sep 6-9; Tehran, Iran. [In Persian].
5. - Mohammad Nabi M. Socail health and its domains: social health with individuals- oriented in society. The Institute of Improving of Women's Life [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: [www.rwl.org/farsi/faeducation/social%20health.pdf](http://www.rwl.org/farsi/faeducation/social%20health.pdf). [In Persian].
6. Chaney D. Cosmopolitan art and cultural citizenship. *Theory, Culture and Society* 2002; 19(1-2): 157-74.
7. Abel T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Soc Sci Med* 1991; 32(8): 899-908.
8. Kaavyani M. The quantification and measurement of Islamic life style. *Ravanshenasi Va Din* 2011; 4(2): 27-44. [In Persian].
9. Mousavi Jazayeri SM Islamic life style against the west cultural hegemony [Online]. [cited 2010]; Available from: URL: <http://resalaat.ir/Members/Printable.aspx?itemid=418>. [In Persian].
10. Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav* 2005; 46(1): 51-67.
11. King V, Elder GH, Whitbeck LB. Religious involvement among rural youth: an ecological and life-course perspective. *Journal of Research on Adolescence* 1997; 7(4): 431-56.
12. Gordon EW, Song LD. Variations in the experience of resilience. In: Wang MC, Gordon EW, editors. *Educational resilience in inner-city America: challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1994.
13. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Sci Med* 2003; 57(11): 2049-54.
14. Maltby J, Day L. Religious experience, religious orientation and schizotypy. *Mental Health, Religion and Culture* 2002; 5(2): 163-74.
15. Sohrabian T. The relationship between religious attitudes and personal and social adjustment of middle school students in Lorestan province [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Alzahra University; 2000. [In Persian].
16. Khalili TA. The relationship between religious attitudes and personal and in district 2 city of Arak [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2000. [In Persian].
17. Lashgari M. Mental health in Islam. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003; 6(4): 72-6. [In Persian].

## The Health-Oriented Lifestyle in Islamic Culture

Asghar Dalvandi<sup>1</sup>, Sadat Seyed Bagher Maddah<sup>1</sup>, Hamid Reza Khankeh<sup>2</sup>, Fazel Bahrami<sup>3</sup>,  
Shahriar Parvaneh<sup>4</sup>, Ali Hesam Zadeh<sup>5</sup>, Niusha Dalvandi<sup>6</sup>, Tiam Kiani<sup>7</sup>

Received date: 18.11.2012

Accept date: 17.12.2012

### Abstract

**Introduction:** Islam has always stressed the importance of health and wellness. For centuries, Muslims have recognized the value of a good, clean, and healthy life. The purpose of this study is to explain the health-oriented lifestyle in the Islamic culture based on opinions, experiences, and perceptions of clergies, teachers, and students.

**Method:** A qualitative research method was conducted in this study by grounded theory approach. Data were gathered through semi-structured interviews with participants. Moreover, the existing resources, such as case studies, life stories, letters, diaries, and press interviews have been used.

**Results:** This study's central variable was deviation from moderation of thought, belief and behavior. Seven main categories were gained by analysis of data. They were: "policy in the health system", "Islamic education", "Islamic movement in people's family centered lives", "work, effort, and money", "ethics and law abiding citizen", "mobility and leisure", "relationships, interaction, and participation".

**Conclusion:** Lifestyle modification, in the process of acquiring healthy communities and social capital, based on religious teachings could be the perfect solution for the problems of a healthy life in the present day. In structural approach, the government should pay attention to such issues like authority of the family, and supporting parents, and spouses, facilitate family functions by systematic problem solving, and empower and strengthen institutions such as the education system and media. It is suggested that educational institutions direct their teachings toward empowering children of this society in order for them to better play their roles in family and social life, and encourage them to use Islamic teachings

**Keywords:** Health-oriented lifestyle, Islamic culture, Qualitative research

**Type of article:** Original article

**Citation:** Dalvandi A, Seyed Bagher Maddah S, Khankeh HR, Bahrami F, Parvaneh Sh, Hesam Zadeh A, et al. **The Health-Oriented Lifestyle in Islamic Culture**. J Qual Res Health Sci 2013; 1(4): 332-43.

1- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Islamic Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

5- PhD Student, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

6- Electronical Engineering Student, Azad University, Tuyserkan Branch, Hamedan, Iran

7- MSc Student, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Asghar Dalvandi PhD, Email: asghar.dalvandi@gmail.com