

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و محله‌ای مؤثر بر آن (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی)

توکل آقایی هیر* ، محمد عباسزاده** ، فرانک گراوند***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۲۷

چکیده

مقاله حاضر با هدف بررسی ارتباط بین برخی عوامل فردی و عوامل سطح محله با سلامت روانی شهروندان تهرانی ۱۸-۴۵ ساله، به روش پیمایشی و با جمع‌آوری داده از ۴۴۸ شهروند تهرانی ساکن ۲۵ محله مختلف این شهر با کاربرد روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام یافته است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. برای بررسی تأثیرات توأمان عوامل سطح فرد و سطح محله، از مدل رگرسیونی دوسطحی در تحلیل‌های چندمتغیره استفاده شده است. براساس نتایج، سطح سلامت روانی پاسخ‌گویان در حد ۴/۴۶ (در یک مقیاس ۱/۲ تا ۶ واحدی) و متوسط به بالا بوده و براساس تحلیل‌های دومتغیره، تمام متغیرهای سطح فرد شامل؛ پایگاه

t.aghayari@tabrizu.ac.ir

m-abbaszadeh@tabrizu.ac.ir

faranak.garavand@gmail.com

* استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز، (نویسنده مسئول).

** دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز.

*** کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز.

اقتصادی - اجتماعی (مثبت)، سن (مثبت) و سبک زندگی سالم (مثبت)، وضع تأهل (به نفع متأهل‌ها) و جنس (به نفع مردان) رابطه معناداری با سلامت روانی پاسخگویان داشته‌اند. نتایج حاصل از برآزش مدل دوسطحی (فرد - محله) نشان داد که همه متغیرهای سطح اول، به استثنای سن، تأثیر معنادار خود در مدل نهایی دوسطحی را حفظ کرده‌اند. شرایط اجتماعی مساعد در سطح محله نیز با کنترل اثر متغیرهای سطح اول، به شکل مثبت و معناداری بر سلامت روانی پاسخگویان تأثیر گذاشته است. متغیرهای سطح فرد ۱۳/۲۳ درصد و متغیرهای سطح محله ۳۳/۸۹ درصد از واریانس سلامت روانی را به ترتیب در سطوح اول و دوم مدل دوسطحی تبیین کرده‌اند.

مفاهیم کلیدی: سلامت روانی، سبک زندگی، کالبد، اقتصاد، اجتماع و فرهنگ محله، مدل دوسطحی

مسئله پژوهش

سلامت^۱، بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲، وضعیت کاملاً مناسب جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری، معلولیت و ناتوانی در نظر گرفته شده است (WHO, 1948: 100). طبق این تعریف، سلامت دارای حداقل سه بعد است: بعد جسمانی، که دلالت بر عملکرد درست و مناسب اعضای بدن دارد؛ بعد روانی که فقدان بیماری‌های روانی و سازگاری با محیط را دربرمی‌گیرد؛ و بعد اجتماعی، که به رابطه مناسب فرد با جامعه و افراد دیگر و رضایت فرد از این روابط برمی‌گردد. گرچه سه بعد سلامتی با هم کاملاً در ارتباط هستند (Hettler, 1976; Keith et al., 2010: 302)، به‌رحال، در زمان بررسی‌های دقیق‌تر و به لحاظ تحلیلی می‌توان و یا حتی لازم می‌شود که هرکدام از آنها به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرند.

-
1. Health
 2. World Health Organization (WHO)

سلامت روانی^۱ یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت عمومی است که نقش تعیین‌کننده‌ای در حیات فردی و اجتماعی افراد دارد. سلامت روانی، بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، نه تنها به نبود اختلالات روانی دلالت دارد، بلکه شرایط مساعدی در نظر گرفته می‌شود که افراد بتوانند، استعدادها و توانایی‌های خود را تحقق بخشیده؛ با استرس‌های معمول زندگی سازگار شده؛ به شکل بهره‌ورانه‌ای کار کرده و اقدامات مفیدی برای جامعه انجام دهند.

با وجود اهمیتی که سلامت روانی در مجموعه نظام سلامت و همچنین در بهروزی عمومی جامعه دارد، باین‌حال، جایگاه مناسب خود را در مطالعات حوزه سلامت و جامعه باز نکرده است. این در حالی است که مطالعات موجود در کشور نه تنها حاکی از شیوع بالای اختلالات روانی است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۱) بلکه مطالعات حکایت از روند افزایشی اختلالات روانی نیز دارد (Noorbala et al, 2012؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۹۳). برای مثال، شیوع اختلالات روانپزشکی برای سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰ در شهر تهران به ترتیب در حدود ۲۱/۵، ۳۴/۲ و ۳۹/۶ درصد برآورد شده است. شیوع افسردگی نیز (شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی) در زیرگروه‌های مختلف جمعیتی در کشور، از کم‌ترین (۵/۶۹ درصد) تا بیش‌ترین (۷۳ درصد) در نوسان است و گروه‌های زنان، جمعیت روستایی و شهرهای کوچک، افراد بیوه یا مطلقه و افراد نابارور، جزء گروه‌های پرخطر در زمینه تجربه افسردگی قابل شناسایی هستند (منتظری و همکاران، ۱۳۹۲). با دقت در میزان‌های بالای شیوع اختلالات روان‌شناختی و نیز روند رو به افزایش آن در کشور و در شهر تهران به طور خاص، به نظر می‌رسد شناسایی عوامل (به‌ویژه اجتماعی) مؤثر بر سلامت روانی در حال حاضر از اهمیت شایانی برخوردار باشد.

با وجود پیشرفت‌های فنی علم پزشکی در زمینه شناسایی و کنترل عوامل بیماری‌زا، به‌ویژه در دوران معاصر، امروزه توجه سازمان‌های متولی سلامت و متخصصان این حوزه بیش از پیش به سمت عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت معطوف شده است، تا جایی که امروزه تنها بر سهم ۲۵ درصدی مجموعه مداخلات پزشکی در بهبود وضعیت سلامتی افراد و جوامع اذعان شده و نقش عمده (سهم بالای ۵۰ درصدی)، به متغیرها و تعیین‌کننده‌های اجتماعی اختصاص یافته است (Senate Subcommittee on Population Health, 2009: 7-8؛ مرندي، ۱۳۹۲: ۲۱۷۶).

این در حالی است که سلامت روانی حتی بسیار بیشتر از بعد جسمانی سلامت می‌تواند تحت تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی - اقتصادی باشد. همین امر موجب شده تا متخصصان علوم انسانی و اجتماعی نیز مطالعه سلامت در ابعاد مختلف آن را در کانون توجهات خود قرار دهند، تا جایی که امروزه از سلامت به‌شکل یک برساخت اجتماعی^۱ (Blaxter, 2004) یا مسئله اجتماعی^۲ (Cockerham, 2004) یاد می‌شود.

پرواضح است که عوامل مؤثر بر سلامت روانی، همانند هر پدیده انسانی دیگر، نه تنها در ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی و نظایر آنها می‌توانند مطرح شوند، بلکه این عوامل در سطوح مختلفی نیز عمل می‌کنند که می‌توانند از سطح فردی (نازل‌ترین سطح) تا سطوح بالاتر، مانند؛ خانواده، محله، استان، ملی و حتی فراملی قابل تشخیص باشند. مطالعه حاضر با اتخاذ رویکردی عمدتاً اجتماعی، به بررسی عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی در دو سطح فردی و محله‌ای پرداخته است. در این میان، تأثیر برخی از عوامل مهم سطح فرد (شامل سن، سبک زندگی و پایگاه اقتصادی - اجتماعی) و برخی عوامل در سطح محله (شامل ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و کالبدی/ فیزیکی محله) بر سلامت روان شهروندان تهرانی مطالعه شده است.

-
1. Social Construct
 2. Social Problem

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۴۹

از میان مجموعه عوامل مؤثر بر سلامت، سبک زندگی به عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت عمومی (و سلامت روانی به عنوان یکی از سلامت) محسوب می‌شود (Barton et al., 2006; Lalonde, 1974; Dahlgren et al., 1991) همچنین، مطالعات روانشناسی اجتماعی نیز نشان می‌دهند که سبک زندگی فرد در ایجاد سلامت روانی اهمیت شایانی دارد (Suwazono et al., 2003؛ نوربخش و همکاران، ۱۳۸۴) و این در حالی است که بنا بر نظر برخی (مانند Walsh, 2011) متخصصان سلامت روانی در تشخیص تأثیرات متغیرهای سبک زندگی روی سلامت روانی موفق نبوده و این تأثیرات را بسیار کمتر از حد واقعی برآورد کرده‌اند.

سبک زندگی مجموعه عقاید، طرح‌ها و نمونه‌های عادی رفتار، هوی‌وهوس‌ها، هدف‌های درازمدت و شرایط اجتماعی یا شخصی است که برای تأمین بهروزی فرد ضروری هستند (نوربخش و همکاران، ۱۳۸۴: ۳۹). بلاکستر (Blaxter, 1990: 5) ضمن اشاره به مبهم بودن مفهوم سبک زندگی و توجه دادن به ابعاد اجتماعی و فرهنگی این مفهوم، معتقد است که سبک زندگی اغلب به سبک‌های انتخاب‌شده افراد برای زندگی دلالت می‌کند؛ انتخاب‌هایی که افراد درمورد رفتارهای خود، به‌ویژه در زمینه الگوهای مصرفی‌شان دارند. به‌نظر وی، در متن سلامت، انتخاب‌های افراد در زمینه غذا، در زمینه استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی و در زمینه نحوه گذران اوقات فراغت از مربوط‌ترین موارد به سلامت محسوب می‌شوند. همچنین او معتقد است در کنار موارد فوق‌الذکر، تأثیر محیط اقتصادی - اجتماعی (نظیر درآمد و اشتغال) نیز بر سلامت چشم‌گیر است.

مطالعات عدیده‌ای بر تأثیر هر یک از سه بعد اصلی سبک زندگی بر سلامت روانی تأکید کرده‌اند. کم و کیف تغذیه (Robinson et al, 2011; Gómez-Pinilla, 2008)، ورزش و میزان تحرک بدنی (Cassidy et al., 2004; Walsh, 2011) و استعمال و گرایش به دخانیات و مواد مخدر (Nakayama et al., 1997; Cassidy et al., 2004؛ Lien et al., 2009; Robinson et al., 2011) و مشروبات الکلی بیش از حد (Cassidy

(et al, 2004) هر کدام این قابلیت را دارند که سطح سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهند. انتظار می‌رود که سبک زندگی سالم نیز، ترکیبی از سه عامل فوق الذکر، تأثیرات مشابهی را روی سلامت عمومی و نیز سلامت روانی افراد داشته باشد.

همچنین، مطالعات موجود حاکی از تأثیر ویژگی‌های اجتماعی - اقتصادی محله، در سطحی فراتر از عوامل فردی، بر سلامت روان ساکنان محله بوده (Schieman et al., 2004)، و مشاهده شده که کیفیت پایین سازه‌های محیط، موجب افزایش علائم افسردگی شده است (Galea et al., 2005). محله‌ها به اشکال مختلفی بر سلامت جسمانی و سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارند (O'Campo et al., 2009)، به طوری که محیط‌های فیزیکی و ساخته‌شده محله که در قالب متغیرهایی همچون کیفیت هوا، نزدیکی مکان زندگی به زباله و سروصدای محله تعریف شده‌اند، مستقیماً می‌توانند سلامت ساکنان آن را تحت تأثیر قرار دهند (Wen et al., 2010). در ایران نیز شواهدی در دست است که نشان می‌دهد در کنار تفاوت‌های مربوط به ویژگی‌های فردی، تفاوت‌های منطقه‌ای در شهر تهران در زمینه شاخص‌های مربوط به سلامت (مانند شاخص امید به زندگی) قابل مشاهده است (فرشته‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۹).

علاوه بر متغیرهای مذکور، متغیرهای زمینه‌ای شامل سن (Nakayama et al., 2001؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۲)، جنس (Suwazono et al., 2003)، پایگاه اجتماعی - اقتصادی (Yu et al., 1999؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۰) و نیز وضعیت تأهل (Garima et al., 2014; Simon, 2002) می‌تواند عوامل مؤثر بر سلامت روان مطرح باشند. به همین دلیل، تأثیرات ناشی از این متغیرهای زمینه‌ای نیز در کنار متغیرهای اصلی، در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. از آنجایی که احتمال می‌رفت میزان تأثیرگذاری هریک از عوامل سطح فردی، خود تحت تأثیر عوامل سطح محله، مورد تعدیل قرار گیرند، از همین روی، اتخاذ رویکردی دوسطحی که یک ضرورت روش‌شناختی است، مورد توجه قرار گرفت.

مطالعه حاضر سعی کرده است تا با تلفیق برخی از مهم‌ترین عوامل سطح فردی و محله‌ای، با ارائه مدلی دوسطحی، اولاً به ضرورت استفاده از مدل‌های چندسطحی در پژوهش‌های اجتماعی در کشور تأکید دوباره کند و همچنین برای شناسایی عوامل فردی و محله‌ای مؤثر بر سلامت روان شهروندان تهرانی تلاش کند. مطالعه حاضر برای پاسخگویی به سؤالات زیر است:

میزان سلامت روانی شهروندان تهرانی در چه سطحی قرار دارد؟ آیا سبک زندگی سالم، در کنار برخی دیگر از متغیرهای زمینه‌ای شامل؛ سن، جنس، وضعیت تأهل و پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد می‌تواند به شکل معناداری سطح سلامت روانی آنها را تحت تأثیر قرار دهد؟ و نهایت اینکه، آیا محله و ابعاد چهارگانه آن (شامل؛ کیفیت کالبدی محله، سطح برخورداری اقتصادی محله، کیفیت تعاملات اجتماعی در سطح محله و ویژگی‌های فرهنگی محله) بر سلامت روانی پاسخگویان تأثیرگذار است و آیا تأثیرات ناشی از عوامل سطح فردی بر سلامت روانی، می‌توانند به نوبه خود تحت تأثیر عوامل سطح محله قرار داشته باشند؟

لازم به ذکر است که دست‌کم براساس امکانات جست‌وجوی عمومی در دسترس با استفاده از منابع الکترونیک داخلی، مطالعه‌ای که توأمان به بررسی تأثیر عوامل سطح فرد و عوامل سطح محله بر سلامت روانی در داخل کشور پرداخته باشد، در دسترس نبوده است. مطالعات موجود تنها در یک سطح (عموماً در سطح فردی و به‌ندرت در سطح محله) به بررسی ارتباط بین عوامل مؤثر بر سلامت روانی یا عمومی پرداخته‌اند. از این منظر، مقاله حاضر جزء اولین مطالعات علمی می‌تواند محسوب شود که با رویکرد دوسطحی، عوامل سطح فرد و سطح محله‌ای مؤثر بر سلامت روانی در بین شهروندان تهرانی را مورد بررسی قرار داده است. بدون اینکه مقاله حاضر ادعا کرده باشد که مطالعه جامعی در این زمینه انجام داده است، به‌رحال، معرفی و کاربرد چنین رویکردی، در ادامه می‌تواند امکان کاربرد بیشتر آن در تحلیل‌های انسانی و اجتماعی در کشور را فراهم آورد.

پیشینه پژوهش

در این بخش از مقاله، به شکل اجمالی به برخی از مطالعاتی که در داخل و یا خارج از کشور با موضوع شیوع و یا شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی صورت گرفته‌اند، پرداخته شده است. این بخش خود در دو بخش مطالعات داخلی و مطالعات خارجی و با توجه به زمان انتشار آنها (از جدیدتر به قدیم‌تر) الویت‌بندی و ارائه شده‌اند.

پیشینه داخلی

شیعه و همکاران (۱۳۹۲) در قالب مقاله‌ای، به بررسی عوامل تأثیرگذار بر سلامت افراد در مقیاس محله‌ای و نحوه تأثیر ویژگی‌های کالبدی و کیفیت محیط بر سلامت افراد پرداخته‌اند. نتایج بررسی آنان نشان داده است که شاخص‌های اجتماعی و کالبدی چون احساس تعلق به محله و روابط اجتماعی، میزان مشارکت در امور محله و احساس ایمنی و امنیت در محیط مسکونی، کیفیت محیط زیست و نحوه طراحی و برنامه‌ریزی شبکه ارتباطی، مسکن و امکانات و تسهیلات محله می‌توانند از عوامل تأثیرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی افراد باشند. براساس یافته‌های این پژوهش، برنامه‌ریزی شهری با حوزه‌های مختلف اثرگذاری خود می‌تواند نقش مؤثری در بهبود هریک از شاخص‌های مؤثر بر سلامت در سطح محله و در نتیجه ارتقای سلامت افراد داشته باشد.

مذهب‌دار قشقایی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای در میان ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، رابطه بین حمایت اجتماعی، مهارت اجتماعی و برخی متغیرهای زمینه‌ای و سلامت روانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. براساس نتایج این پژوهش، بیش از ۵۳ درصد از دانشجویان مشکوک به اختلال روانی بوده و افسردگی مردان بیشتر از زنان گزارش شده است. همچنین حمایت اجتماعی و مهارت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری با سلامت روانی داشته‌اند؛

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۵۳

به این معنی که سطح حمایت اجتماعی دریافتی بالا و نیز بهبود مهارت‌های اجتماعی در میان دانشجویان، موجبات ارتقای سطح سلامت روانی در بین آنها را فراهم آورده است.

نوربالا و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای ضمن بررسی وضعیت سلامت روان در میان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۸۷ و تأثیر برخی متغیرهای زمینه‌ای بر آن، دریافتند که ۳۴/۲ درصد از افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران مشکوک به داشتن نوعی از انواع اختلالات روانی هستند؛ وضعیت سلامت روان مردان بهتر از زنان بوده، به‌نحوی که زنان ۱/۳ برابر مردان در خطر ابتلا به اختلالات روانی قرار داشته‌اند و خطر ابتلا به بیماری روانی با بالا رفتن سن در بین پاسخگویان افزایش یافته است.

محمدی و همکاران (۱۳۸۲) در مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در ایران در دوره زمانی ۱۳۴۲ تا ۱۳۸۱، شیوع اختلالات روانی را از ۱۱/۹ درصد (در سال ۱۳۴۲) تا ۳۰/۲ درصد (در سال ۱۳۸۱) برآورد کرده‌اند. آنها در مطالعه خود با استفاده از پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی^۱ میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان تهران را ۱۴/۳ درصد (۱۹/۶ درصد برای زنان و ۹/۳ درصد برای مردان) برآورد کرده‌اند. یافته‌های آنان نشان داد که شایع‌ترین اختلالات، شامل اختلالات اضطرابی و خُلقی (به ترتیب ۸/۶ درصد و ۵/۴ درصد) بوده‌اند. نتایج به‌دست‌آمده، همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مناطق شهری (با ۱۳/۶۷ درصد) بالاتر از مناطق روستایی (با ۷/۶۳ درصد) بوده است.

صولتی دهکردی و همکاران (۱۳۸۳) در مقاله‌ای با استفاده از اطلاعات جمع‌آوری شده از یک نمونه ۷۲۴ نفری از بیماران ارجاعی به مراکز مشاوره و روانشناسی کلینیک آیت‌الله کاشانی شهرکرد، رابطه بین سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر با اختلال‌های روانی اعضای خانواده را بررسی کرده‌اند. نتایج این مطالعه نشان

1. SADS

داد که در حالت کلی، بین مصرف مواد و اختلال‌های روانی ارتباط مثبتی وجود دارد و اختلال روانی افسردگی بیشتر از سایر انواع اختلالات روانی تحت تأثیر تجربه استعمال دخانیات است. به عبارت دیگر، در خانواده‌هایی که برخی از اعضای آنها دارای سوء مصرف یا وابستگی به مواد بوده‌اند، احتمال ابتلا سایر اعضای خانواده به افسردگی (نسبت به سایر اختلالات روانی) نیز بیشتر بوده است.

پیشینه خارجی

اکامپو و همکاران (O'Campo et al., 2015) در مطالعه‌ای که به روش پیمایشی انجام شده، ارتباط بین برخی متغیرهای زمینه‌ای و عوامل سطح محله را با سلامت عمومی در بین ۲۴۱۲ نفر از افراد ۲۵-۶۴ ساله انگلیسی‌زبان ساکن در تورنتوی کانادا را تحت بررسی قرار داده‌اند. براساس نتایج این پژوهش، داشتن سن بالای ۶۰ سال، مهاجرت و درآمد پایین با بسیاری از معرف‌های بیماری (اعم از بیماری‌های روانی) ارتباط مثبتی داشته‌اند. در این مطالعه که تلاش عمده‌ای صرف شناسایی تأثیر متغیرهای سطح محله بر سلامت شده، ارتباط مثبت و معناداری از ناحیه متغیرهایی مانند کنترل غیررسمی و انسجام محله بر سلامت و معرف‌های مختلف آن مشاهده شده است. همچنین میزان مشکلات ادراک شده در سطح محله، تأثیر منفی بر بسیاری از معرف‌های سلامت داشته است.

بیلگر و همکاران (Bilger et al., 2013) در مطالعه‌ای، ضمن توجه دادن به تأثیرات ناشی از درآمد افراد و ویژگی‌های محله بر سلامت، تأثیر مجموعه‌ای از عوامل همچون: میزان آلودگی، میزان جرم و خلاف‌کاری، میزان آلودگی صوتی و وجود شرایط نامناسب در سطح محله، که باعث ایجاد مانع سر راه فعالیت‌های روزانه افراد می‌شود، بر سلامت افراد را بررسی کرده‌اند. براساس یافته‌های این پژوهش، افراد ساکن

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۵۵

محلله‌هایی که از کیفیت پایینی برخوردار بوده‌اند (آلودگی و میزان جرایم بیشتری داشته‌اند)، سطح سلامت پایین‌تری را گزارش کرده‌اند.

رابینسون و همکاران (Robinson et al., 2011) در مقاله خود رابطه بین متغیرهایی مانند: رژیم غذایی، متغیرهای جمعیت‌شناختی، عملکرد خانواده، فعالیت بدنی، استفاده از صفحه نمایش (میزان استفاده از تلویزیون، کامپیوتر و مانند آنها) و رفتارهای پرخطر را با سلامت روانی در میان ۱۸۶۰ نوجوان با استفاده از تحلیل رگرسیونی بررسی کرده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد نوجوانانی که مقدار گوشت و یا جایگزین‌های گوشت بیشتر مصرف کرده و یا دچار بیش‌مصرفی غذا بوده‌اند، دارای سلامت روان پایین‌تری هستند. پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین، میزان بالای استفاده از صفحه نمایش و ارتکاب رفتارهای پرخطر سلامتی نظیر استعمال سیگار و رفتارهای جنسی پرخطر با اختلالات روانی بالایی همراهی شده است.

فینچ و همکاران (Finch et al., 2010)، مطالعه‌ای را برای بررسی رابطه بین شرایط محله و تفاوت در سلامت افراد با توجه به پایگاه اجتماعی - اقتصادی آنان به انجام رسانده‌اند. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که هرچند متوسط پایین تحصیلات برای محله، تأثیری منفی بر سلامت افراد ساکن آن دارند (یعنی، تحصیلات بالا به سلامت بالاتر منجر می‌شود)؛ با این حال، افراد دارای تحصیلات بالا در مقایسه با افراد با تحصیلات پایین، بهره بیشتری از زندگی در محله‌های با سطح تحصیلات بالا نیز می‌برند. به عبارتی دیگر، تحصیلات، هم در حالت کلی و هم درون محلات، می‌تواند تأثیر مضاعفی بر سطح سلامت افراد ساکن محلات مختلف در پی داشته باشد.

سونگ و همکاران (Song et al., 2007) در مقاله خود به بررسی این مسئله پرداخته‌اند که آیا ویژگی‌های فیزیکی و اجتماعی محیط که به طراحی شهری مربوط هستند، بر استرس ترافیکی که تأثیرگذار بر سلامت عمومی افراد است، مؤثر است یا نه؟ در این بررسی از داده‌های مطالعه اپیدمیولوژیک روان‌پزشکی آمریکا و چین،

اطلاعات سرشماری امریکا و داده‌های سیستم اطلاعات جغرافیایی استفاده شده است. برای تحلیل نیز مدل‌های خطی سلسله‌مراتبی به کار گرفته شده است. نتایج این پژوهش نشان داده است که استرس ترافیکی ادراک‌شده در محله، رابطه منفی با سطح سلامت و رابطه مثبتی با میزان افسردگی ساکنان محله دارد. مهم‌تر اینکه، تراکم بالای خیابان‌های اصلی و تعدد وسایل نقلیه در محله، به دلیل افزایش استرس ترافیکی، می‌تواند به سلامت ساکنان محله آسیب وارد کند. براساس یافته‌ها، در دسترس بودن فضا برای پارک خودروها در محله می‌تواند خطر ناشی از تأثیر منفی ناشی از استرس ترافیکی بر سلامت افراد را تعدیل کند.

فرانزینی و همکاران (Franzini et al., 2005)، در مطالعه خود با استفاده از مدل چندسطحی، به بررسی مدل‌های جامعی پرداختند تا بتوانند تأثیرات غیرمستقیم ناشی از ویژگی‌های اقتصادی محله بر سلامت (از مسیر سازمان‌های فیزیکی و اجتماعی محله) را توضیح دهند. نتایج به دست آمده براساس تحلیل‌ها از محله‌های کم‌درآمد در ایالت تگزاس امریکا به طور کلی نشان داد که سطح فقر یا برخورداری اقتصادی پایین محله، از کانال ویژگی‌های اجتماعی و فیزیکی محله، بر سطح سلامت ساکنان آن محلات تأثیر معناداری برجای گذاشته است.

کاسیدی و همکاران (Cassidy et al., 2004) نتایج حاصل از بررسی‌های خود در زمینه تأثیرگذاری سیگار، مصرف الکل، ورزش، تغذیه و تحصیلات بر سلامت روانی (شامل: افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و عملکرد شناختی) در میان ۲۷۸ زن سالمند را در مقاله‌ای منتشر کرده‌اند. آنها براساس نتایج این مطالعه دریافته‌اند که بعد از کنترل اثر ناشی از وضعیت تأهل و کشیدن سیگار، احتمال افسردگی در میان زنان دارای فعالیت بدنی، در حدود نصف احتمال مربوطه برای زنان بدون فعالیت بدنی است. کشیدن سیگار (در برابر نکشیدن آن) و نیز استعمال بیشتر آن، با سطح پایین‌تر سلامت روانی زنان مورد بررسی در رابطه بوده است.

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۵۷

ناکایاما و همکاران (Nakayama et al., 1997) در مقاله خود با بررسی ارتباط بین تجارب زندگی ۱۵۹۸ کارگر مرد کارخانه‌های ژاپنی در زمینه انواع آشامیدنی‌های مورد علاقه آنها، خوردن صبحانه و سیگارکشیدن و سلامت روانی آنها، دریافتند که ارتباط ضعیفی بین کشیدن سیگار و وضعیت سلامت کارگران وجود دارد، اما افراد زیر ۳۰ سال سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری، سبک زندگی بدتری (از لحاظ آشامیدنی‌ها و خوردن صبحانه) داشتند. علاوه بر آن، نتایج نشان داد که افراد سیگاری ۳۰-۴۴ ساله از نظر برخی مؤلفه‌های سبک زندگی (مانند آشامیدنی‌ها و خوردن صبحانه) وضعیت نامناسب و از لحاظ برخی دیگر از مؤلفه‌های سبک زندگی (مانند تنظیم مناسب ساعات خواب و کار) وضعیت بهتری داشته‌اند. افراد زیر ۳۰ سال سیگاری نسبت به افرادی که سیگار را ترک کرده بودند، سلامت روان پایین‌تری را (در بعد عملکرد اجتماعی شاخص سلامت روان) گزارش کرده‌اند و از این نظر تفاوت محسوسی بین افراد ۳۰-۴۴ ساله و ۴۵ ساله و بالاتر وجود نداشته است.

دقت در مطالعات انجام‌شده، به‌ویژه مطالعات داخلی، نشان از این دارد که تقریباً هیچ‌کدام از آنها به‌شکل توأمان به بررسی تأثیرات عوامل سطوح فردی و محله‌ای بر سلامت روانی نپرداخته‌اند و هر کدام، تنها به ارتباط برخی از متغیرهای سطح فرد و یا برخی عوامل سطح محله تمرکز داشته‌اند. مرور مطالعات خارجی نیز نشان می‌دهد که کار به‌نسبت جامعی که همه ابعاد حیات محله، اعم از ابعاد کالبدی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در مطالعه خود در کنار متغیرهای سطح فرد مورد بررسی قرار داده باشند، اگر نه غایب، دست‌کم تا جایی که امکان جست‌وجوی منابع وجود داشته، بسیار نایاب هستند. اغلب مطالعات خارجی نیز بیشتر توجه خود را تنها به عوامل فردی و یا عوامل سطح محله معطوف داشته و جایی هم که هر دو دسته عوامل سطح فرد و محله مورد بررسی قرار گرفته‌اند، صرفاً بر برخی ابعاد حیات محله (و عمدتاً بر ابعاد کالبدی و یا اقتصادی آن) پرداخته شده و کمتر ابعاد اجتماعی و فرهنگی محله در مطالعات مذکور وارد شده‌اند. بنابراین، مطالعه حاضر را می‌توان از جمله کارهایی قلمداد کرد که گامی

فراتر از مطالعات موجود در این زمینه برداشته و برخی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت روانی را در سطح فردی در کنار وجوه چهارگانه حیات محله‌ای مورد مذاقه قرار داده است. مطالعه حاضر با توجه به کارهای موجود در کشور، به لحاظ روش‌شناختی (کاربرد مدل‌های دوسطحی) نیز در سابقه مطالعات حوزه سلامت (و سلامت روانی) دارای نوآوری‌های نسبی بوده و در زمینه فراهم آوردن امکان استفاده از این مدل‌ها در کارهای بعدی راه‌گشاست.

چهارچوب نظری

هرچند امروزه سلامت به عنوان پدیده‌ای چندبعدی و چندسطحی در نظر گرفته می‌شود (Mellor et al., 2012)، به هر ترتیب، شناسایی و بحث از عوامل مؤثر بر آن در هر دوره‌ای متناسب با سطح درک و نوع تلقی افراد از مفهوم سلامت بوده است. در گذشته‌ای نه‌چندان دور، سلامت عمدتاً تعریفی زیستی داشته و اغلب تحت تأثیر عوامل بیولوژیک در نظر گرفته شده است. ویژگی اصلی بسیاری از رویکردهای تبیینی اولیه درمورد سلامت (و بیماری) محدود به شناسایی تک‌علتها، عامل تعیین‌کننده سلامت، بوده است. مثال‌هایی برای چنین رویکردهایی، می‌توان به نظریه بیماری واگیردار، نظریه میکروب (نظریه جرم)، نظریه رفتار فردی و فساد هوا اشاره کرد (سام‌آرام و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۳۸). این نظریه‌ها همگی با نگاهی تقلیل‌گرایانه به سلامتی، عمدتاً یک عامل خاص را تنها عامل تأثیرگذار بر سلامتی در نظر گرفته‌اند.

در مقابل، رویکردهای امروزی درمورد سلامتی، با اتخاذ نگاهی جامع، سعی در شناسایی مجموعه عوامل مؤثر بر سلامتی در ابعاد و سطوح مختلف دارند. شاید یکی از اولین تلاش‌ها در این زمینه، بتوان از مارک لالوند (۱۹۷۴) یاد کرد که با جمع‌بندی مباحث نظری و تجربی در حوزه تعیین‌کننده‌های سلامتی، چهار دسته از عوامل اصلی

را تشخیص داده است که عبارت‌اند از: بیولوژی انسانی^۱، محیط^۲، سبک زندگی و نظام مراقبت‌های سلامتی^۳. از نظر لالوند، متغیرهای سبک زندگی، در قالبی که میدان سلامت^۴ نام‌گذاری شده است، «شامل مجموع تصمیمات گرفته‌شده توسط افراد است که سلامت آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تصمیماتی که کم‌ویش افراد توانایی کنترل آنها را دارا هستند». به‌زعم او، «تصمیمات و عاداتی که به لحاظ سلامتی نامناسب طبقه‌بندی می‌شوند، مخاطراتی را که توسط خود فرد ایجاد شده‌اند را برای سلامتی وی به‌وجود می‌آورند. زمانی که این تصمیمات و یا عادات منجر به بیماری و یا مرگ فرد شوند، می‌توان گفت که سبک زندگی وی عامل بیماری و یا فوت او بوده است».

مدل پیشنهادی تعیین‌کننده‌های سلامت (Dahlgren and Whitehead, 1991)

دامنه تعیین‌کننده‌های سلامت در ابعاد مختلف آن را از عوامل زیستی و ژنتیکی شامل جنس، سن و ویژگی‌های وراثتی افراد در نظر گرفته و در سطحی بالاتر به عوامل مربوط به سبک زندگی توجه کرده است. شبکه‌های اجتماعی و محلی در سطح سوم؛ عوامل کلان مربوط به شرایط زندگی و حرفه‌ای (مانند کشاورزی و تولید مواد غذایی، تحصیلات، شرایط کاری، بیکاری، کیفیت آب و بهداشت، خدمات بهداشتی و مراقبتی و شرایط مسکن) در سطح چهارم و نهایتاً شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و محیطی در سطح پنجم مدل تعیین‌کننده‌های سلامتی قرار گرفته‌اند.

شاید بتوان نقشه سلامت^۵ را (Barton et al., 2006)، به عنوان جامع‌ترین رویکردها جهت شناسایی تعیین‌کننده‌های سلامتی محسوب کرد. براساس این نقشه، متغیرهای متعددی می‌توانند بر سلامت افراد (شامل سلامت روانی) تأثیر بگذارند که طیف بلندبالای این عوامل از خردترین سطح با نام افراد^۶ که مربوط به ویژگی‌های

-
1. Human Biology
 2. Environment
 3. Health Care Organization
 4. Health field
 5. Health map
 6. People

فردی (مانند سن، جنس و عوامل وراثتی) است شروع شده و در ادامه به ترتیب عوامل مربوط به سبک زندگی^۱ (از قبیل تعادل بین کار و زندگی، الگوی تغذیه، فعالیت بدنی)، عوامل اجتماعی^۲ (مانند شبکه‌ها و سرمایه اجتماعی)، اقتصاد محلی^۳ (مثل کسب ثروت و بازارها)، فعالیت‌های روزمره^۴ (آموزش، تفریح، کار، خرید و جزو آنها)، محیط ساخته‌شده به دست انسان^۵ (نظیر ساختمان‌ها و مکان‌های ساخته دست بشر، خیابان‌ها، جاده‌ها و نظایر آنها)، محیط زیست طبیعی^۶ (مثل زمین، آب‌وهوا و سکونتگاه‌های طبیعی) و در نهایت زیست‌بوم جهانی^۷ (مانند تنوع زیستی و تغییرات جوی) قرار گرفته‌اند. از نگاه بارتون و همکاران این مجموعه عوامل، دست‌کم از بعد نظری و تحلیلی، این امکان را دارند که به شکل تعاملی بر سلامت فرد تأثیر بگذارند.

رودولف موس^۸ (Mouse, 1980, cited in Sallis et al., 2008: 468)، با ارائه مدل محیط اجتماعی^۹، چهار دسته از متغیرها و عوامل محیطی را که با سلامتی در ارتباط هستند، مشخص کرده است. نخستین آنها زمینه یا محیط فیزیکی^{۱۰} است که مؤلفه‌هایی از محیط‌زیست طبیعی (مانند آب و هوا) و یا اجزای محیط ساخته‌شده به دست بشر (مانند ساختمان‌ها و طراحی‌های شهری) را شامل می‌شود. دسته دوم، عوامل یا متغیرهای مربوط به متن یا شرایط سازمانی^{۱۱} است که ناظر بر اندازه و کارکرد سازمان‌هایی مانند مکان‌های کار، مدارس و نظایر آنهاست. دسته سوم از عوامل محیطی شامل توده انسانی^{۱۲} است که می‌توان آن را خصوصیات جمعیتی - اجتماعی - فرهنگی

-
1. Lifestyle
 2. Community
 3. Local economy
 4. Activities
 5. Built environment
 6. Natural environment
 7. Global ecosystem
 8. Rudolf Mouse
 9. Social ecology
 10. Physical setting
 11. Organizational setting
 12. Human aggregate

مردمی دانست که در محیط مشخصی ساکن هستند. در نهایت، دسته چهارم از عوامل محیطی شامل جو اجتماعی^۱ است که می‌تواند به شکل پشتیبانی برای ترغیب (یا ممانعت) از رفتار خاصی عمل کنند. به نظر موس، این چهار دسته از عوامل محیطی می‌توانند روی هر نوع رفتاری و از جمله رفتارهای مرتبط با سلامت و از این طریق بر سطح سلامت فرد، تأثیرگذار باشند.

در کنار رویکردهای سطح خرد، رویکردهای محله‌محور به سلامت، از جمله نظریه‌های محیطی (محله‌ای)، بر تأثیر زمینه‌های اجتماعی و فضایی محله بر سلامتی تأکید دارند. این نظریه‌ها معتقدند که ویژگی‌های واحدهای اجتماعی بزرگ‌تر، نظیر محله‌ها، می‌تواند بر سلامتی افراد تأثیر بگذارد. فرض می‌شود که پذیرش رفتارهای ناسالم، تحت تأثیر متغیرهای محله‌ای، مانند سطح کلی فقر، بی‌ثباتی اقامتی، شیوع جرم و رفتارهای پرخطرانه قرار دارد. در نقطه مقابل، عواملی نظیر اعتماد اجتماعی و مشارکت مدنی که به پیوستگی و انسجام جامعه کمک می‌کنند، می‌توانند به صورت عوامل حمایتی در زمینه تأمین سلامتی برای افراد عمل کنند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۹۰).

سبک زندگی سلامت‌محور^۲ (Blaxter, 1990; Cockerham, 2007) بیش از همه به بحث از ارتباط بین سبک زندگی و سلامت مربوط می‌شود. کاکرهام (۲۰۰۷: ۲۰۶۱) با لحاظ سبک زندگی سلامت‌محور که الگوهای رفتاری مرتبط با سلامت است، با توجه به انتخاب‌های در دسترس افراد براساس شانس‌های زندگی آنها، معتقد است که رفتارهایی که تحت تأثیر این انتخاب‌ها صورت می‌گیرند، می‌توانند تأثیراتی مثبت یا منفی بر وضعیت سلامتی افراد داشته باشند. این متغیرها عدیده بوده و از میان آنها می‌توان به استعمال الکل و دخانیات، عادات غذایی و ورزش اشاره کرد. به نظر وی، سبک زندگی سلامت‌محور، به دلیل محدودیت‌های مداخلات پزشکی در مواجهه با بیماری‌های مزمن، به سرعت در حال تبدیل شدن به شکلی از رفتار اجتماعی عمومی

1. Social climate
2. Health lifestyle

است. از نظر کارهام عمده رفتارهای مبتنی بر سبک زندگی سلامت‌محور، خارج از نظام سلامت بروز می‌کنند.

باید اذعان داشت که ماکس وبر در بین جامعه‌شناسان کلاسیک، مهم‌ترین نقش را در توسعه مفهوم سبک زندگی داشته است. او با اذعان به این نکات که ارتباط نزدیکی بین سبک زندگی و موقعیت گروهی (پایگاه اقتصادی - اجتماعی) افراد وجود دارد؛ سبک‌های زندگی بیشتر براساس آنچه که افراد مصرف می‌کنند، تعیین می‌شود تا این که تولید می‌کنند و اینکه، رفتارها در فضای دیالکتیکی بین شانس‌ها (نیروهای ساختاری) و انتخاب‌ها (نیروی‌های عاملیتی) شکل می‌گیرند، نقش مؤثری در مفهوم‌سازی سبک زندگی در جامعه‌شناسی داشته است (Cockerham, 2013: 132-3). از نظر کارهام، سبک زندگی در معنای وبری آن، تجارب جمعی^۱ مرتبط با سلامت است که گروه یا طبقه خاصی آنها را دارند؛ آنها توأمان هم عامل و هم معلول وضعیت سلامتی افراد هستند؛ و نهایت اینکه، تعامل بین عاملیت و ساختار شکل و محتوای تجارب افراد را در زمینه‌های مختلف، از جمله سلامت، شکل می‌دهند.

در بین نظریه‌پردازان متأخر نیز، بیشتر نظرات بوردیو در مورد سبک زندگی محل ارجاع مباحث جامعه‌شناختی بوده است. در مباحث بوردیو، به این دلیل که تأکید عمده‌ای در کارهای وی در زمینه تأثیرگذاری سلسله‌مراتب طبقه‌ای روی رفتار شده است، نوعی ترجیح نسبی به نفع ساختار (در مقابل عاملیت) قابل سراغ گرفتن است و در این میان، مهم‌ترین بخش از نظریات بوردیو در ارتباط با مفهوم سبک زندگی، نظریات او در مورد عادت‌واره^۲ بوده است (Cockerham, 2013: 134-5). به نظر بوردیو (Bourdieu, 1990: 53) عادت‌واره «نظام‌هایی از منش‌های بادوام و قابل جابه‌جایی هستند که می‌توانند برای ساختاربنندی ساختارها کارکرد داشته باشند، به‌عنوان اصولی که تجارب و نمونه الگوها را ایجاد کرده و سازمان می‌دهند، تجارب و الگوهای که،

-
1. Collective
 2. Habitus

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۶۳

بدون اینکه به شکل پیش‌انگاره‌ای، آگاهانه در پی نتایج بوده باشند، به شکل عینی می‌توانند منطبق با نتایج رفتار باشند». به عبارتی ساده‌تر، «عادت‌واره راهی است که از طریق آن عاملان انسانی کنش‌های آتی خود را براساس هنجارها، قواعد و ارزش‌هایی که شرایط حال حاضر را نمایندگی و منعکس می‌کنند، محاسبه و تعیین می‌نمایند» (Eisenberg, 2007: 2045).

با توجه به عوامل سطوح مختلف مؤثر بر سلامت، به نظر می‌رسد نظریه سبک زندگی سلامت‌محور کاکرهام (۲۰۰۵) که سعی کرده تا تلفیقی از عوامل مربوط به دوگانه عاملیت - ساختار^۱ را که عوامل مؤثر بر سلامت است شناسایی کند، می‌تواند مناسب‌ترین چهارچوب نظری برای مطالعه حاضر باشد. کاکرهام در این رویکرد نظری، نیاز به توسعه چنین رویکردی را ناشی از وجود تبعات سلامتی برای بسیاری از تجارب مربوط به سبک زندگی می‌داند. او با نقد رویکردهای عاملیت‌محور صرف، آنها را برای تبیین سلامتی ناکافی دانسته و معتقد است رویکرد مناسب رویکردی تلفیقی است که توأمان بتواند عوامل عاملیت - ساختاری را در نظر بگیرد.

در یکی از مهم‌ترین تعاریف ارائه شده (Emirbayer et al., 1998)، عاملیت به‌عنوان اشتغالات موقت عامل‌های انسانی در محیط‌های متنوع ساختاری - شرایط گذرا / ارتباطی کنش - در نظر گرفته شده است که در پاسخ تعاملی به مسائلی که ناشی از تغییر شرایط تاریخی به وجود می‌آیند، از طریق تعامل بین عادات، ادراکات و قضاوت‌ها، هم بازتولید شده و هم تغییر می‌کنند. به عبارت دیگر، عاملیت فرایندی تعریف می‌شود که افراد، گذشته خود را مرور کرده، کنش‌های آتی خود را متصور شده، شرایط حال حاضر خود را نقادانه ارزیابی می‌کنند و رفتارهای خودشان را براساس نتایج این ارزیابی‌ها شکل داده و تنظیم می‌کنند (Emirbayer et al., 1998, cited in Cockerham, 2013: 128). در مقابل، ساختارها، در تعریف سول (Sewell, 1992: 19)،

1. Agent-Structure

عبارت‌اند از مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها و منابع باثبات که کنش اجتماعی را تقویت کرده یا تحدید می‌کنند و معمولاً کنش‌های اجتماعی آن را بازتولید می‌کنند.

براساس رویکرد عاملیت - ساختاری نسبت به سلامت، گرچه عوامل مربوط به کنشگر یا عاملیت^۱ مهم‌اند، ولی به هر ترتیب، شرایط ساختاری می‌تواند خود را بر کنشگر تحمیل کرده و الگوهای سبک زندگی آنها را به شیوه‌های خاصی تحت تأثیر قرار دهد. گرچه نیروهای مبتنی بر کنشگر، به افراد اجازه می‌دهد تا این الگوها را تعدیل کرده یا رد کنند، اما ساختار، سطح انتخاب‌های در دسترس افراد را محدود می‌کند. مبتنی بر این صورت‌بندی نظری، تعلق طبقاتی یا پایگاهی که یکی از زمینه‌هاست، می‌تواند بسیاری از تجارب سبک زندگی و نیز در ادامه تجارب حوزه سلامت و بیماری را تحت تأثیر خود قرار دهد.

این خط نظری را تیو (Tew, 2005) نیز، آنجایی که در جمع‌بندی مباحث مربوط به رویکردهای اجتماعی در زمینه سلامت روانی، از ضرورت اتخاذ یک رویکرد کل‌گرا^۲ به جای رویکردهای تقلیل‌گرایانه صحبت کرده است، مورد تأکید قرار داده؛ رویکردی که بتواند فرد (یا کنشگر) را در زمینه (اقتصادی - اجتماعی) مربوطه‌شان^۳ (ساختار اجتماعی) در نظر بگیرد. از جمله دغدغه‌های چنین رویکردی، در کنار ویژگی‌های خود فرد، توجه به متن و شرایط اجتماعی و فرهنگی است که فرد در آن زندگی می‌کند. با توجه به مباحث نظری مطرح‌شده می‌توان مدل تحلیلی پژوهش را به‌شکل زیر ارائه کرد:

-
1. Agent
 2. Holistic
 3. Person-in-their-context



شکل ۱- مدل تحلیلی پژوهش

چنان‌که از دقت در مدل مفهومی پژوهش برمی‌آید، سلامت روانی دست‌کم می‌تواند تحت تأثیر دو دسته از عوامل سطح فردی و عوامل سطح محله قرار گیرد. با توجه به مباحث مذکور، می‌توان فرضیات مورد بررسی در مطالعه حاضر را به صورت زیر صورت‌بندی کرد:

- بین سبک زندگی سالم و سلامت روانی در بین شهروندان تهرانی رابطه معناداری وجود دارد.

- پایگاه اقتصادی - اجتماعی رابطه معناداری با سطح سلامت روانی پاسخگویان دارد.

- بین سن پاسخگویان و سطح سلامت روانی آنها رابطه معناداری وجود دارد.

- سطح سلامت روانی در جامعه مورد بررسی به شکل معناداری در بین مردان و زنان متفاوت است.

- سطح سلامت روانی در جامعه مورد بررسی برحسب وضعیت تأهل تفاوت معناداری می‌کند.

- ویژگی‌های محله (شامل ویژگی‌های کالبدی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) رابطه معناداری با سطح سلامت روان در محلات مورد بررسی دارد.

روش پژوهش

روش اصلی مورد استفاده در پژوهش حاضر پیمایش بوده و داده‌های مورد نیاز با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری شده‌اند. برای اندازه‌گیری سلامت روانی از گویه‌های مربوط به بُعد سلامت روان پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شده و برای سنجش ویژگی‌های محله در چهار بعد آن (شامل؛ کیفیت کالبدی محله، برخورداری اقتصادی، کیفیت تعاملات اجتماعی و بعد فرهنگی محله)، سبک زندگی (در سه بعد تغذیه، ورزش و استعمال دخانیات و گرایش به مشروبات الکلی و مواد مخدر) و پایگاه اجتماعی - اقتصادی (درآمد، تحصیلات، رتبه شغلی و برخی معرف-های اقتصادی دیگر) از گویه‌های طراحی شده پژوهشگران استفاده شده است. برای ایجاد شاخص‌های نهایی مورد استفاده نیز از ترکیب (محاسبه میانگین نمرات گویه‌ها) برای ایجاد شاخص‌های اصلی پژوهش، بهره گرفته شده است. بررسی پایایی شاخص‌های مورد استفاده نشان می‌دهد که پایایی شاخص‌ها در سطح قابل قبولی است (ضرایب پایایی بالای ۰/۶ در مورد عموم شاخص‌ها). جامعه آماری پژوهش شامل افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بوده که براساس اطلاعات مرکز آمار ایران (۱۳۹۳)، در حدود ۵۸۰۰ هزار نفر برآورد شده است. در ادامه و با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران و برآورد واریانس سلامت روانی با استفاده از مطالعه مقدماتی (حدود ۵۰ نفر)، حجم نمونه در حدود ۴۴۸ نفر تعیین شد. با توجه به ماهیت جامعه مورد بررسی، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای برای نمونه‌گیری استفاده شد؛ بدین نحو که ابتدا از میان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، با تشکیل خوشه‌های پنج‌گانه مناطق شمالی، جنوبی، مرکزی، شرقی و غربی شهر، از هر خوشه یک منطقه به شکل تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب و در مرحله بعدی در هر منطقه سعی شد از ۵ محله اقدام به جمع‌آوری اطلاعات شود.

یافته‌های پژوهش

در این بخش از مقاله یافته‌های پژوهش ارائه شده است. ابتدا سعی شده است تا نمونه و متغیرها با استفاده از آماره‌های مناسب توصیف شوند. در ادامه روابط دوجه‌دوی متغیرها مورد بررسی قرار گرفته است و در نهایت نتایج کاربرد مدل رگرسیونی دوسطحی سلامت روانی (تحلیل چندمتغیره) ارائه و مورد بحث قرار گرفته است.

جدول ۱، اطلاعات مربوط به توصیف متغیرهای فاصله‌ای مورد استفاده در پژوهش حاضر را اجمالاً ارائه کرده است. این جدول دارای سه بخش است که بخش اول، اطلاعات توصیفی متغیر وابسته (سلامت روانی)، بخش دوم شامل اطلاعات مربوط به متغیرهای مستقل فاصله‌ای در سطح اول (فردی) و بخش سوم شامل اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای مستقل سطح دوم (محله؛ شامل اقتصاد محله، کالبد محله، اجتماع محله و فرهنگ محله) است. براساس بررسی‌های مقدماتی، توزیع بیشتر متغیرهای پژوهش، با وجود تفاوت‌های نسبی در مواردی، تفاوت قابل ملاحظه‌ای نسبت به توزیع نرمال نداشته و تأثیرگذاری انحرافات جزئی نسبت به توزیع نرمال در تحلیل‌ها، کاملاً حاشیه‌ای بوده است. به همین دلیل فرض توزیع نرمال برای شاخص‌های مورد استفاده در پژوهش پذیرفته شده است که در صورت نیاز اطلاعات مربوط به این ارزیابی‌ها از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله قابل ارائه است.

براساس اطلاعات جدول ۱، سطح سلامت روانی افراد نمونه (با توجه به حداقل و حداکثر مقیاس مربوطه که بین ۱/۲ تا ۶ بوده) در سطح متوسط به بالایی قرار دارد. متوسط سلامت روانی افراد نمونه در طیف مذکور، ۴/۴۶ و با انحراف معیار حدود ۱ است. نمره متوسط شاخص سبک زندگی سالم (شامل تغذیه، تحرک بدنی و دخانیات و گرایش به مواد مخدر و مشروبات الکلی) در کمترین حد خود در حدود ۰/۴۳، میانگین شاخص در حدود ۲/۸۳ و در بیش‌ترین حالت ۴/۷۶ با انحراف معیار ۰/۶۳ بوده است. متوسط نمره پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد مورد بررسی در حدود ۱/۵۳

۱۶۸ فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۷، تابستان ۱۳۹۵

(در مقیاس ۰/۲۴ تا ۳/۵۱) حاکی از این است که افراد نمونه در مجموع پایگاه اقتصادی - اجتماعی خود را اندکی پایین‌تر از سطح متوسط اظهار کرده‌اند. انحراف معیار نمره پایگاه اقتصادی - اجتماعی ۰/۵۸ برآورد شده است. میانگین سنی پاسخگویان ۳۴/۳ سال بوده و در کمترین و بیشترین میزان خود (با توجه به بازه انتخابی برای سن) به ترتیب در حدود ۱۸ و ۶۵ سال مشاهده شده است.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای فاصله‌ای پژوهش (متغیر وابسته، عوامل سطح فرد و محله)

تعداد	انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	
					متغیر وابسته پژوهش
۴۴۸	۱/۰۵	۴/۴۶	۶	۱/۲۰	سلامت روانی
					عوامل سطح فرد
۴۴۸	۰/۶۳	۲/۸۳	۴/۷۶	۰/۴۳	سبک زندگی سالم
۴۴۸	۰/۵۸	۱/۵۳	۳/۵۱	۰/۲۴	پایگاه اجتماعی - اقتصادی
۴۴۷	۱۲/۴۱	۳۴/۳۵	۶۵	۱۸	سن پاسخگو
					عوامل سطح محله
۲۵	۰/۴۳	۱/۷۴	۲/۴۳	۰/۷۹	اقتصاد محله
۲۵	۰/۵۴	۳/۹۹	۴/۷۳	۲/۵۹	کالبد محله
۲۵	۰/۲۷	۳/۴۳	۳/۸۶	۲/۹۵	اجتماع محله
۲۵	۰/۳۱	۳/۲۵	۳/۷۰	۲/۷۵	فرهنگ محله

مطابق اطلاعات مربوط به عوامل سطح محله که در بخش سوم جدول ۱ ارائه شده، میانگین نمره برخورداری اقتصادی محله (اقتصاد محله) در سطحی متوسط قرار

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۶۹

دارد و نمرات مشاهده شده این شاخص برای ۲۵ محله مورد بررسی در کمترین سطح خود ۰/۷۹ و در بیشترین مقدار خود ۲/۴۳ بوده است. میانگین این شاخص برای محلات مورد بررسی در حدود ۱/۷۴ و با انحراف معیار ۰/۴۳ برآورد شده است. نمره کیفیت کالبدی محله (کالبد محله) ۲/۵۹ و ۴/۷۳ در کمترین و بیشترین حالت با میانگین ۳/۹۹ و انحراف معیار ۰/۵۴ برآورد شده است. میانگین کیفیت تعاملات اجتماعی محله (اجتماع محله) برابر با ۳/۴۳ بوده که در کمترین و بیشترین حالت به ترتیب در حدود ۲/۹۵ و ۳/۸۶ و در سطح متوسط قابل ارزیابی است. بعد فرهنگی محله (فرهنگ محله) با میانگین ۳/۲۵ در کمترین و بیشترین حالت در حدود ۲/۷۵ و ۳/۷۰ نیز با توجه به دامنه تغییرات مقیاس مورد نظر، در سطح متوسطی قرار دارد. قابل ذکر است که براساس اطلاعات مربوط به متغیرهای اسمی مستقل، از میان ۴۴۸ نفر نمونه انتخابی، ۱۹۲ نفر (۴۲/۹ درصد) را مردان و ۲۶۴ نفر (۵۸/۹ درصد) را افراد متأهل تشکیل داده‌اند.

براساس یافته‌های مربوط به روابط دومتغیره (جدول ۲)، رابطه هر سه متغیر مستقل فاصله‌ای پژوهش و متغیر وابسته (سلامت روانی) در سطح ۰/۰۵، روابط معناداری است. براساس نتایج، سبک زندگی سالم با ضریب همبستگی ۰/۲۷۳ (و سطح معناداری ۰/۰۰۰) ارتباط مثبت و معناداری با سلامت روانی در بین افراد مورد بررسی داشته است، به این معنی که داشتن سبک زندگی سالم، می‌تواند به شکل معناداری سطح بالاتری از سلامت روانی را در پی داشته باشد. پایگاه اقتصادی - اجتماعی نیز با ضریب همبستگی هر چند ضعیف (۰/۱۵۶)، ولی مثبت و معنادار به لحاظ آماری (سطح معناداری ۰/۰۰۰)، با سلامت روانی داشته است. چنین همبستگی مثبتی را بین سن پاسخگویان و سطح سلامت روانی آنها نیز می‌توان مشاهده کرد که البته در این ارتباط باید به بازه سنی انتخابی برای مطالعه حاضر (افراد ۱۸-۶۵ ساله) نیز توجه داشت.

جدول ۲- نتایج آزمون همبستگی سلامت روانی و متغیرهای مستقل فاصله‌ای سطح اول

سلامت روانی			
تعداد پاسخگویان	سطح معناداری	ضریب همبستگی	
۴۴۸	۰/۰۰۰	۰/۲۷۳	سبک زندگی سالم
۴۴۸	۰/۰۰۰	۰/۱۵۶	پایگاه اجتماعی - اقتصادی
۴۴۷	۰/۰۱۰	۰/۱۲۲	سن پاسخگو

بر اساس بررسی‌ها، میانگین سلامت روانی مردان و زنان به ترتیب در حدود ۴/۶۱ و ۴/۳۵ بوده است. استفاده از آزمون مقایسه میانگین‌ها برای دو گروه مستقل جهت ارزیابی تفاوت معنادار بین دو جنس نشان از معنادار بودن تفاوت سلامت روانی در بین دو جنس دارد ($\text{Sig}=۰/۰۰۷$ ؛ $t=۲/۶۹$) براساس نتایج می‌توان گفت که سطح سلامت روانی مردان به شکل معناداری بیشتر از سطح سلامت روان زنان مورد بررسی بوده است. مقایسه میانگین سلامت روانی براساس نتایج آزمون ($t\text{-test Sig}=۰/۰۰۰$)؛ بین افراد متأهل و مجرد نیز نشان می‌دهد که میانگین سلامت روانی برای متأهل‌ها (۴/۶۲) و مجردها (۴/۲۴) تفاوت معناداری (به‌نفع متأهل‌ها) دارد. افراد متأهل، به‌شکل معناداری سلامت روانی بالاتری در مقایسه با افراد مجرد داشته‌اند.

برای تحلیل‌های چندمتغیره، از آنجایی که دو دسته از متغیرهای تبیینی در دو سطح فرد و محله مورد توجه بودند، از مدل دوسطحی استفاده شده است. ارزیابی‌های اولیه نشان داد که برای برازش مدل دوسطحی سلامت روانی، تنها کاربرد مدل ضریب ثابت - متغیر^۱ کفایت می‌کند؛ به این معنی که تغییرات عمده در ضرایب سطح اول مدل (شامل ضریب ثابت و ضرایب رگرسیونی متغیرهای سطح اول) تنها در مورد ضریب ثابت مدل و تغییرپذیری معنادار آن در بین محلات مورد بررسی مصداق دارد و

1. Random intercept model

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۷۱

ضرایب رگرسیونی مربوط به متغیرهای مستقل سطح اول (جنس، تأهل، سن، سبک زندگی سالم و پایگاه اقتصادی - اجتماعی)، تغییرات معناداری در بین محلات نمی‌کند. اولین گام برای برازش مدل‌های چندسطحی، اطمینان از وجود نسبت معناداری از واریانس متغیر وابسته در دو سطح فرد و محله، به‌ویژه در سطح بالاتر (محله) است. براساس ارزیابی‌های اولیه و اطلاعات منتج از مدل مبنایی^۱ پژوهش (بدون حضور متغیرهای تبیینی دو سطح) که در جدول ۳ ارائه شده، تفکیک واریانس متغیر وابسته بین دو سطح نشان می‌دهد که از کل واریانس سلامت روانی (مجموع واریانس‌های باقیمانده و ضریب ثابت)، $0/989643$ (یا $88/6$ درصد) در سطح فرد و $0/127319$ (یا $11/4$ درصد) در سطح محله قرار دارد. دقت در آماره والد^۲ مربوط به هر دو واریانس و سطح معناداری آنها (که به ترتیب برای سطح فرد و محله در حدود $0/000$ و $0/016$ برآورد شده است)، حاکی از حضور مقدار معناداری از واریانس متغیر وابسته پژوهش در هر دو سطح فرد و محله است. بنابراین، کاربرد مدل دوسطحی برای بررسی تأثیرات عوامل سطح فرد و محله بر سلامت روانی امری موجه به معنای آماری است.

جدول ۳- میزان واریانس سلامت روانی در هر یک از دو سطح فرد و محله در مدل مبنایی و نهایی

معناداری والد	آماره والد	انحراف معیار	برآورد	پارامتر	
$0/000$	$14/523$	$0/068142$	$0/989643$	باقیمانده	مدل مبنایی
$0/016$	$2/4$	$0/053054$	$0/127319$	واریانس ضریب ثابت (سطح دو = محله)	
$0/000$	$14/458$	$0/059407$	$0/858875$	باقیمانده	مدل نهایی
$0/036$	$2/095$	$0/040181$	$0/084163$	واریانس ضریب ثابت (سطح دو = محله)	

1. Null model
2. Wald

جدول ۴، ضرایب تأثیر رگرسیونی برای مدل دوسطحی نهایی برازش داده شده پژوهش را ارائه کرده است. بررسی ضرایب ثابت^۱ مدل نهایی برازش داده شده نشان می‌دهد که از میان متغیرهای وارد شده در سطح فرد (شامل جنس، سن، تأهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سبک زندگی سالم)، متغیر سن به دلیل نداشتن تأثیر معنادار در مدل دوسطحی از مدل نهایی کنار گذاشته شده و سایر متغیرهای سطح فرد تأثیرات معناداری بر متغیر وابسته (سلامت روانی) داشته‌اند. از میان چهار متغیر مربوط به محله (شامل کالبد، اقتصاد، اجتماع و فرهنگ محله) در سطح دوم مدل، تنها متغیر اجتماع محله به‌عنوان متغیر دارای تأثیر معنادار در مدل نهایی قابل شناسایی است. لازم به ذکر است که متغیر دوم سطح محله (اقتصاد محله) صرفاً به دلیل نزدیکی سطح معناداری اثر مربوطه به سطح معناداری ۰/۰۵ در مدل نهایی حفظ شده است. از طرف دیگر، این متغیر دارای تأثیر جالبی در نوع خود روی متغیر وابسته پژوهش نیز بوده است.

جدول ۴- ضرایب تأثیر رگرسیونی مدل دوسطحی سلامت روانی (Fixed Effects)

پارامترها	برآورد	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	سطح معناداری
ضریب ثابت	۰/۰۸۵	۱/۰۸۶	۲۳/۶۵	۰/۰۷۸	۰/۹۳۸
اجتماع محله	۰/۹۶۵	۰/۳۹۱	۲۲/۲۹	۲/۴۶۹	۰/۰۲۲
اقتصاد محله	-۰/۳۹۴	۰/۲۵۳	۲۳/۳۳۴	-۱/۵۵۸	۰/۱۳۳
جنس (مرد=۰)	-۰/۲۵۳	۰/۰۹۶	۴۳۳/۱۴۳	-۲/۶۲۵	۰/۰۰۹
وضع تأهل (متأهل = ۱)	۰/۲۵۱	۰/۰۹۴	۴۳۹/۰۹۲	۲/۶۶۳	۰/۰۰۸
پایگاه اقتصادی - اجتماعی	۰/۲۷۶	۰/۰۸۷	۴۳۷/۶۹۷	۳/۱۵۵	۰/۰۰۲
سبک زندگی سالم	۰/۴۶۸	۰/۰۷۳	۴۳۳/۸۰۲	۶/۴۲۵	۰/۰۰۰

1. Fixed

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۷۳

بر اساس نتایج مربوط به تأثیر متغیرهای معنادار سطح فرد در مدل نهایی، می‌توان گفت تغییر از موقعیت مرد به زن، سطح سلامت روانی را (در مقیاس ۱/۲ تا ۶) با ضریب ۰/۲۵۳ و به شکل معنادار از نظر آماری ($p < ۰/۰۱$) کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، زن بودن در مقایسه با مرد بودن، تأثیر معنادار کاهشی بر سطح سلامت روانی افراد داشته است. همچنین متأهل بودن (در مقایسه با مجرد بودن) سطح سلامت روانی افراد را با ضریب ۰/۲۵۱ و به شکل معناداری ($p < ۰/۰۱$) افزایش می‌دهد. پایگاه اقتصادی - اجتماعی نیز از جمله متغیرهایی است که با افزایش یک واحدی خود، توانسته سطح سلامت روان را با ضریب ۰/۲۷۶ و به شکل معنادار ($p < ۰/۰۱$) افزایش دهد. به عبارت دیگر، افراد متعلق به پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا، سطح بالاتری از سلامت روانی را گزارش کرده‌اند. سبک زندگی سالم نیز توانسته اثر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت روانی پاسخگویان برجای بگذارد. افزایش یک واحدی در نمره سبک زندگی سالم، توانسته نمره سلامت روان را با ضریب ۰/۴۶۸ و به شکل کاملاً معناداری ($p < ۰/۰۰۰$) افزایش دهد.

دقت در تأثیرات رگرسیونی متغیرهای مربوط به سطح دوم تحلیل (محلّه) حاکی از تأثیر مثبت و معنادار ویژگی‌های اجتماعی محلّه (اجتماع محلّه) بر سلامت روانی است. افزایش یک واحدی نمره اجتماع محلّه (که به معنای داشتن محلّه‌ای مناسب‌تر به معنای اجتماعی است) می‌تواند سلامت روانی افراد مورد بررسی را با ضریب ۰/۹۶۵ (تقریباً یک واحد) افزایش دهد؛ به معنایی دیگر، داشتن محلّه با ویژگی‌های مناسب اجتماعی (داشتن شرایط جمعیتی مناسب، نداشتن جرم و بزهکاری و... در محلّه و نیز وجود تعاملات بالای اجتماعی از نوع مثبت در میان ساکنان محلّه) توانسته اثر مثبت و معناداری بر سلامت روانی افراد ساکن محلات برجای بگذارد. این تأثیر، حتی با کنترل اثر متغیرهای سطح فرد نیز همچنان تأثیری معنادار به لحاظ آماری بوده است ($p < ۰/۰۵$). با توجه به اینکه مدل انتخابی مدل ضریب ثابت - متغیر بوده است، می‌توان چنین نتیجه گرفت که متوسط سطح سلامت روانی محلات دارای شرایط

اجتماعی مناسب‌تر، به شکل معناداری بالاتر از سلامت روانی محلات بدون چنین ویژگی‌هایی بوده است. متغیر دوم سطح محله تأثیری جالب (و شاید غیر مورد انتظار) بر سلامت روانی برجای گذاشته است، اینکه، افزایش نمره اقتصاد محله (وضعیت اقتصادی بهتر) تأثیر کاهشی بر سلامت روانی داشته است. هر چند این تأثیر در سطح معناداری ۰/۰۵ جزء تأثیرات معنادار آماری محسوب نمی‌شود، به هر حال، به دلیل نزدیکی سطح معناداری آن به سطح ۰/۰۵، در مدل نهایی برازش داده شده حفظ شده است. ارائه نتایج مربوط به این متغیر صرفاً به این دلیل بوده که زمینه را برای بررسی دقیق‌تر در این زمینه (در قالب کارهای مستقلی) فراهم آورد.

دقت در اطلاعات مربوط به برآورد پارامترهای کواریانس مدل‌های مبنا و نهایی (جدول ۳) چند نکته را یادآوری می‌کند. اول این که سطح معناداری واریانس مربوط به سطح اول (۰/۰۰۰) و نیز سطح دوم (۰/۰۳۶) در مدل نهایی حکایت از این دارد که با وجود متغیرهای تبیینی سطح اول و دوم در مدل، هنوز بخش معناداری از واریانس سلامت روانی، به ویژه در سطح اول و کمتر در سطح دوم، باقی مانده است که می‌تواند با متغیرهای سطح اول و دوم دیگری که در مدل برازش داده شده حضور ندارند، تبیین شود. به هر حال، حضور متغیرهای سطح محله در مدل نهایی به طور نسبی توانسته با تبیین بخشی از واریانس موجود در سطح محله از متغیر وابسته پژوهش، سطح معناداری آن را به سمت غیرمعنادار شدن سوق دهد، هر چند هنوز واریانس موجود در سطح دوم مدل نیز در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ قرار دارد.

نکته دوم، مقایسه برآوردهای واریانس موجود در مدل نهایی با مقدار مشابه مدل مبنا و کاهش صورت گرفته در مقدار واریانس ناشی از حضور متغیرهای تبیینی در مدل نهایی، حاکی از این است متغیرهای وارد شده به مدل در سطح اول توانسته‌اند حدود ۱۳/۲ درصد از واریانس سلامت روانی در سطح فردی مدل را تبیین کنند. همچنین مقایسه میزان واریانس مربوط به سطح دوم (محله) در دو مدل نهایی و مبنا و کاهش صورت گرفته ناشی از حضور متغیرهای سطح دوم در مدل در این واریانس نشان

می‌دهد که اثر معنادار متغیر اجتماع محله (به همراه اثر نسبی و غیرمعنادار اقتصاد محله) توانسته‌اند حدود ۳۳/۹ درصد از واریانس موجود در سلامت روانی در سطح محله را تبیین کنند. به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر، حاکی از تأثیرگذاری توأمان متغیرهای سطح فردی و نیز برخی متغیرهای سطح محله بر سلامت روانی شهروندان تهرانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج به‌دست‌آمده، سلامت روانی شهروندان تهرانی در سطح متوسط به بالا قرار داشته و مردان، افراد متعلق به پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا، افراد دارای سبک زندگی سالم‌تر و افراد متأهل به‌شکل معناداری دارای سلامت روانی بالاتری بوده‌اند. رابطه مثبت سن در تحلیل‌های دومتغیره و نیز عدم معناداری اثر سن در تحلیل‌های چندمتغیره را می‌توان با بازه سنی مورد استفاده در پژوهش حاضر در ارتباط دانست که عملاً انتخاب افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله واریانس عمومی سلامت روانی را در ارتباط با سن، کمتر کرده است. البته قابل ذکر است که این انتخاب، با توجه به اهداف پژوهش و نیز براساس ادبیات پژوهشی صورت گرفته است. به هر ترتیب، یافته پژوهش حاضر در زمینه ارتباط مستقیم بین سن و سلامت روانی با یافته‌های نوربالا و همکاران (۱۳۸۹) که رابطه مثبتی بین سن و اختلالات روانی پیدا کرده‌اند، منافات دارد. البته باید اذعان داشت که نوربالا و همکاران در مطالعه خود، سقف سنی خاصی را در نظر نگرفته‌اند و به احتمال زیاد، همین مسئله می‌تواند دلیلی برای تفاوت یافته‌های نوربالا و همکاران و پژوهش حاضر بوده باشد.

براساس یافته‌ها، مردان در مقایسه با زنان سطح بالاتری از سلامت روانی را گزارش کرده‌اند که چنین رابطه‌ای را نوربالا و همکاران (۱۳۸۹) و محمدی و همکاران (۱۳۸۲) نیز مشاهده کرده‌اند. به‌هرحال، این یافته با یافته مذهب‌دار قشقایی و همکاران

(۱۳۹۲) که افسردگی بالاتری را برای دانشجویان مرد گزارش کرده‌اند، منافات دارد که البته در مورد اخیر، باید در نظر داشت که اولاً افسردگی صرفاً یکی از انواع مختلف اختلالات روانی بوده و دوماً جمعیت دانشجویی تنها بخشی از جمعیت کل را تشکیل می‌دهد که ممکن است تجارب متفاوتی در زمینه سلامت روانی نسبت به کل جمعیت داشته باشند.

گرچه در نگاه اول و با استناد به امید به زندگی در بدو تولد در دو جنس، که در شرایط طبیعی معمولاً چند سالی به نفع زنان بیشتر است، امکان دارد یافته اخیر غیرمنتظره به نظر برسد؛ به هر حال، باید اذعان داشت گرچه زنان به طور متوسط بیشتر از مردان عمر می‌کنند، ولی اغلب سطح سلامتی پایین‌تری نسبت به مردان دارند (Arber et al., 2001). هرچند مشاهدات آربر و همکاران در زمینه سلامت عمومی بوده، به هر حال، یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد سطح سلامت روانی نیز (همانند سلامت عمومی)، دارای الگویی شبیه الگوی توزیع جنسی سلامت بوده و به شکل معناداری در میان مردان بالاتر است.

تأثیر مثبت پایگاه اقتصادی - اجتماعی و یا هریک از مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده آن (مانند تحصیلات و درآمد) بر سلامت روانی در مطالعه حاضر نیز همانند بسیاری از مطالعات قبلی، مانند اکامپو و همکاران (۲۰۱۵)، رایبسون و همکاران (۲۰۱۱) و فینچ و همکاران (۲۰۱۰) مشاهده شده است. رویکردهای عمومی نسبت به رابطه بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت، که تحت عنوان نردبان اجتماعی سلامت^۱ از آن یاد شده (Marmot, 1996)، نیز در پژوهش حاضر مستنداتی برای تأیید به دست آورده است. چنان‌که یو و همکاران (۱۹۹۹) نیز با مرور ادبیات موجود در زمینه ارتباط بین پایگاه افراد و سلامت روانی آنها، بر تأثیر ناشی از پایگاه اذعان و تأکید داشته‌اند؛ به نظر می‌رسد به تبع تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت، می‌توان از «نردبان اجتماعی

1. Social gradient in mortality [or Health]

سلامت روانی» نیز صحبت کرد، هرچند، به ادعای یو و همکاران، شناسایی ساز و کارهای این تأثیرگذاری نیازمند بررسی‌های بیشتر باشد.

بنابر یافته‌های پژوهش حاضر، سبک زندگی سالم، چنان‌که انتظار هم این می‌توانست باشد، تأثیر مثبت و معناداری بر سلامت روانی افراد مورد بررسی داشته است. ارتباط بین سبک زندگی (و یا مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده آن مانند تغذیه، ورزش و استعمال دخانیات و مشروبات الکلی) و سلامت روانی در کارهای قبلی نیز همانند صولتی دهکردی و همکاران (۱۳۸۳)، کاسیدی و همکاران (۲۰۰۴)، رایبسون و همکاران (۲۰۱۱) مورد تأکید قرار گرفته است. شاید بتوان ادعا کرد که رابطه بین سبک زندگی و سلامت، رابطه‌ای دوطرفه است، به این معنی که تأثیر وضعیت سلامت روانی افراد می‌تواند اثر متقابلی روی تجارب زندگی فرد، به‌ویژه در ارتباط با متغیرهای سبک زندگی (فعالیت بدنی، تغذیه مناسب و اجتناب از مواد دخانی و مشروبات الکلی) داشته باشد. گرچه، صحت و سقم این ادعا بدون بررسی تأثیرات ساختاری و رابطه علی همزمان بین دو متغیر سبک زندگی و سلامت روانی ممکن نیست، که بحث در این رابطه خود مقوله مستقلی است. به‌هرحال، تأثیرات ناشی از متغیرهای سبک زندگی بر سلامت روانی نشانگر این واقعیت است که تغییرات در سبک زندگی افراد می‌تواند دستاوردهای بزرگی در حیات روانی آنها در پی داشته باشد.

به همین دلیل است که مداخلات حوزه سبک زندگی، که در عمل لزوماً مداخلات پرهزینه‌ای هم نیستند، می‌توانند و یا باید در اولویت برنامه‌ریزی‌های حوزه جامعه و سلامت در زمینه ارتقای سلامت روانی جامعه قرار گیرند. چنان‌که کاکرهام (۲۰۰۴) هم به‌درستی ادعا کرده، مداخلات حوزه سبک زندگی در تقاطع عوامل مربوط به کنشگر و ساختار^۱ قرار می‌گیرند، جایی که افراد از مجموعه انتخاب‌هایی که شانس‌های زندگی آنها در اختیارشان گذاشته است، دست به انتخاب می‌زنند. از همین

روست که در وهله اول بایستی آگاهی‌ها و اطلاعات لازم در زمینه سبک زندگی سلامت‌محور در دسترس آحاد جامعه قرار گرفته و در مرحله بعدی، این وظیفه ساختار اجتماعی است که امکانات عملیاتی‌کردن ایده‌آل‌های افراد را در زمینه انتخاب‌های سالم‌تر مربوط به سبک زندگی، در اختیار آنها قرار دهد. از همین مسیر است که توجه به قشرهای دارای پایگاه اجتماعی - اقتصادی پایین و نیز تدارک فرصت‌های بیشتر انتخاب در زمینه سبک زندگی سالم در بین آنها، برای برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارتقای سطح سلامت روانی جامعه باید در اولویت قرار گیرند.

آنچه در مقاله حاضر به عنوان یکی از اهداف اصلی پژوهش مطرح بوده، بررسی تأثیر عوامل سطح محله بر سلامت روانی افراد بوده که نتایج بررسی نشانگر این است که از میان عوامل سطح محله، شرایط مساعد اجتماعی محله، تأثیر مثبت و معناداری بر سلامت روانی افراد داشته است. چنین روابطی را در کارهای قبلی و مرور شده در بخش ادبیات پژوهشی مانند شیعه و همکاران (۱۳۹۲) که تأثیر مثبتی از ناحیه ویژگی‌های کالبدی و اجتماعی محله بر سلامت روانی پیدا کرده‌اند، فرانزینی و همکاران (۲۰۰۴) که تأثیر منفی برخورداری اقتصادی پایین محله را بر سلامت روانی مشاهده کرده‌اند، آکامپو و همکاران (۲۰۱۵) که رابطه مثبتی بین انسجام محله با سلامت روانی و رابطه منفی با مشکلات ادراک‌شده محله و سلامت روانی یافته‌اند، بیلگر و همکاران (۲۰۱۳) که تأثیر مثبت ویژگی‌های کالبدی و اجتماعی محله بر سلامت روانی را گزارش کرده‌اند و سونگ و همکاران (۲۰۰۷) که تأثیر منفی از ناحیه استرس ترافیکی ادراک شده بر سلامت روانی پیدا کرده‌اند نیز می‌توان سراغ گرفت. البته باید اذعان داشت که تأثیرات ناشی از ویژگی‌های کالبدی و اقتصادی محله که در برخی کارهای قبلی مورد تأیید قرار گرفته‌اند، در مطالعه حاضر چنین روابطی، دست کم به شکل معنادار به لحاظ آماری، مشاهده نشده است.

در پژوهش حاضر، اجتماع محله - که به دارا بودن کیفیات مناسب در ابعاد مختلف اجتماعی - جمعیتی مانند شرایط جمعیتی مناسب، شلوغی کمتر، انسجام محلی

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۷۹

و تعامل مثبت اجتماعی در بین ساکنان محله دلالت داشته است — در کنار متغیرهای مستقل سطح اول مدل، تأثیر معناداری بر سلامت روانی افراد برجای گذاشته است. به معنای دیگر، سلامت روانی افراد در وهله اول تحت تأثیر ویژگی‌های فردی آنها بوده و در مرحله بعدی، اجتماع محله می‌تواند تغییرات معناداری را در متوسط سلامت روانی ساکنان محله‌های مختلف ایجاد کند.

مشاهده تأثیر معنادار از ناحیه برخی عوامل سطح محله (اجتماع محله) بر سلامت روانی، پیام مشخص و روشن پژوهشی و سیاست‌گذاری با خود به همراه دارد. پیام پژوهشی عبارت از تأکید دوباره بر ضرورت به‌کارگیری مدل‌های چندسطحی در تحقیقات مربوط به سلامت (و حتی پژوهش‌های اجتماعی با شدت بیشتری) است که متأسفانه بعد از گذشت دهه‌ها از معرفی مدل‌های چندسطحی در دنیا و کاربردی شدنشان، هنوز جایگاه شایسته و بایسته خود در پژوهش‌های جامعه‌شناسی سلامت (نظیر سایر حوزه‌ها) در کشور را به‌دست نیاورده است. پیام سیاست‌گذاری حاصل از نتایج پژوهش حاضر نیز ضرورت توجه دوباره دست‌اندرکاران و متولیان امر سلامت جامعه (در کنار جامعه‌شناسان پزشکی و نیز پزشکان اجتماعی) به عوامل فراتر از فرد مؤثر بر سلامت است و شاید تأکید دوباره‌ای است بر رویکردی که امروزه متغیرهای اجتماعی را در قالب مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (Marmot et al., 2005)، نیازمند توجه جدی در سیاست‌گذاری‌های سلامت می‌داند.

منابع

- سام‌آرام. عزت‌الله؛ امینی یخدانی، مریم (۱۳۸۸). «بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی قم». *دو فصلنامه بانوان شیعه*. (۶) ۲۱: ۱۳۳-۱۶۰.

- شیعه، اسماعیل؛ زهرالسادات سعیده زرآبادی؛ و ملیسا یزدان‌پناهی (۱۳۹۲). «بررسی و تبیین مفهوم محله سالم در محلات سنتی ایران». *مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای*. (۵) ۱۷: ۱-۲۰.
- صادقی، رؤیا؛ مرادعلی زارعی‌پور؛ حسین اکبری؛ و محمد خان‌بیگی (۱۳۹۰). «وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی». *فصلنامه سلامت و مراقبت*. (۱۳) ۴: ۹-۱.
- صولتی دهکردی. سیدکمال؛ محمدرضا عابدین‌زاده؛ مسعود نیک‌فرجام؛ و فاطمه دریس (۱۳۸۳). «بررسی رابطه بین سوء‌مصرف و وابستگی به مواد مخدر با اختلال‌های روانی اعضای خانواده». *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. (۶) ۲: ۸-۱.
- فرشته‌نژاد، سیدمحمد؛ محسن اسدی لاری؛ مازیار مرادی لاکه؛ محمدرضا واعظ مهدوی؛ سیدعباس متولیان؛ و محمد اسحاق افکاری (۱۳۸۹). «برآورد امید زندگی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در جمعیت شهری مناطق مختلف شهر تهران در سال ۱۳۸۷ (طرح سنجش عدالت در شهر)». *فصلنامه علمی- پژوهشی طب و تزکیه*. ۷۷: ص ۲۵-۴۰.
- محمدی، محمدرضا، مهدی رهگذر؛ سیدعباس باقری یزدی؛ حمیدرضا تقوی؛ حمیدرضا پوراعتماد؛ همایون امینی؛ محمدرضا رستمی؛ فریده خلج‌آبادی فراهانی؛ و بیتا مسگرپور (۱۳۸۲). «همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانپزشکی در استان تهران». *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۳۴: ۴-۱۳.
- مذهب‌دار قشقایی، هما؛ سیدمصطفی حسینی ذیجود؛ محمد زاهدی‌اصل (۱۳۹۲). «بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹». *مجله علمی- پژوهشی پژوهش‌های روان‌پژوهان*. (۱۲) ۲: ۵۵-۶۳.

مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و ... ۱۸۱

- مرکز آمار ایران (۱۳۹۳). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰. آنلاین به آدرس اینترنتی:

http://www.sci.org.ir/SitePages/report_90/ostani/ostani_population_report_final_permission.aspx. [تاریخ دسترسی: خردادماه ۱۳۹۳]

- مردی، علیرضا (۱۳۹۲). «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت». در کتاب جامع بهداشت عمومی. تألیف حسین حاتمی و همکاران. جلد ۳، فصل ۱۴، گفتار ۳: ۲۱۷۴-۲۱۸۹.

- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی پزشکی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- منتظری، علی؛ سیدجواد موسوی؛ سپیده امیدواری؛ محمود طاووسی؛ اکرم‌هاشمی؛ و طاهره رستمی (۱۳۹۲). «افسردگی در ایران: مرور نظام‌مند متون پژوهشی». پایش. (۱۲): ۵۶۷-۵۹۴.

- نوربالا، احمدعلی؛ بهزاد دمازی؛ و سهند ریاضی اصفهانی (۱۳۹۳). «بررسی روند شیوع اختلالات روانی در ایران». دو ماهنامه دانشور پزشکی. (۲۱): ۱۱۲-۱۱۱.
- نوربالا، احمدعلی؛ سیدعباس باقری یزدی؛ محسن اسدی لاری؛ و محمدرضا واعظ مهدوی (۱۳۸۹). «وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران در سال ۳۸۷». مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. (۱۶): ۴: ۴۷۹-۴۸۳.

- نوربالا، احمدعلی؛ محمد کاظم؛ سیدعباس باقری یزدی؛ و محمدتقی یاسمی (۱۳۸۱). «بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸». حکیم. (۵): ۱-۱۰.

- نوربخش، اعظم؛ سیدحمید آتش‌پور؛ و حسین مولوی (۱۳۸۴). «مقایسه سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی دبیران زن و زنان خانه‌دار شهرستان بشرویه». دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۲۶: ۳۷-۶۲.

- Arber, S.; Thomas, H. (2001). "From Women's health to a gender analysis of health". In W. C. Cockerham (Ed.). *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Chapter 4: 94-113.
- Barton, H.; Grant, M. (2006). "A health map for the local human habitat". *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health*. (126) 6: 252-253.
- Bilger, M.; Carrieri V. (2013). "Health in the cities: When the neighborhood matters more than income". *Journal of Health Economics*. (32) 1: 1-11.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London and New York: Routledge.
- Blaxter, M. (2004). *Health*. (Second Edition). Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Translated by Richard Nice. Stanford: Stanford University Press.
- Cassidy, K.; Kotynia-English, R.; Acres, J.; Flicker, L.; Lautenschlager, N. T.; & Almeida, O. P. (2004). "Association between lifestyle factors and mental health measures among community dwelling older women". *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. (38) 11-12: 940-947.
- Cockerham, W. C. (2013). "Bourdieu and an update of health lifestyle theory". In W. C. Cockerham (Ed.). *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. New York: Springer Science+Business Media Dordrecht. Chapter 7: 127-154.
- Cockerham, W. C. (2007). "Health lifestyles". In G. Ritzer (Ed.). *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. USA: Blackwell Publishing Ltd.: 2061-63.

- Cockerham, W. C. (2005). "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure". *Journal of Health and Social Behaviour*. (46)1: 51-67.
- Cockerham, W. C. (2004). "Health as a social problem". In G. Ritzer (Ed.). *Handbook of Social Problems*. London: Sage Publications. Chapter 17: 281-297.
- Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health: Background Document to WHO- Strategy Paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Eisengerg, A. F. (2007). "Habitus/Field". In G. Ritzer (Ed.). *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. USA: Blackwell Publishing Ltd, PP: 245-46.
- Emirbayer, M.; Mische, A. (1998). "What Is Agency?". *American Journal of Sociology*. (103) 4: 962-1023.
- Finch, B. K.; Phuong, Do, D.; Heron, M.; Bird, C.; Seeman, T.; & Lurie, N. (2010). "Neighborhood effects on health: Concentrated advantage and disadvantage". *Health and Place*. (16) 5: 1058-1060.
- Franzini, L.; Caughy, M.; Spears, W.; & Esquer, M. E. F. (2005). "Neighborhood economic conditions, social processes, and self-rated health in low-income neighborhoods in texas: A multilevel latent variables model". *Social Science and Medicine*. 61: 1135-1150.
- Galea, S.; Ahern, J.; Rudenstine. S.; Wallace, Z.; & Vlahov D. (2005). "Urban built environment and depression: A multilevel analysis". *Journal of Epidemiology and Community Health*. (59) 10: 822-827.

- Garima, M.; Kiran, U. V. (2014), "Impact of marital status on mental health of working women". *Journal of Medical Science and Clinical Research*. (2) 10: 2594-2605.
- Gómez-Pinilla, F. (2008). "Brainfoods: The effect of nutrients on brain". *Nature Reviews Neuroscience*. (9) 7: 568-578.
- Hettler, B. (1976). *Six Dimensions of Wellness Model*. Washington D.C: National Wellness Institute, Inc.
- Keith, V. M.; Brown, D. R. (2010). "African american women and mental well-being: The triangulation of race, gender, and socioeconomic status". In Scheid. T. L.; Brown, T. N. (Eds.). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Second Edition. UK: Cambridge University Press. Chapter 15: 291-305.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Government of Canada.
- Lien, L.; Sagatun, A.; Heyerdahl, S.; Johanne Søgaard, A.; & Bjertness E. (2009). "Is the relationship between smoking and mental health influenced by other unhealthy lifestyle factors? Results from a 3-Year follow-up study among adolescents in oslo, norway". *Journal of Adolescent Health*. (45) 6: 609-617.
- Marmot, M. (1996). "The social pattern of health and disease". In Blane, D.; Brunner, E.; & Wilkinson, R. (Eds.). *Health and Social Organization: towards a Health Policy for the Twenty-first Century*. Londen: Routledge, Chapter 4: 42-67.
- Marmot, M.; Wilkinson, R. G. (2005). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Mellor, N.; Karanika-Murray, M.; & Waite, K. (2012). "Taking a multi-faceted, multi-level, and integrated perspective for addressing

- psychosocial issues at the workplace". In Biron, C.; Karanika-Murray, M.; & Cooper, C. (Eds.). ***Improving Organizational Interventions for Stress and Well-being: Addressing Process and Context***. London: Routledge. Chapter 3: 39-58.
- Nakayama, K.; Yamaguch, K.; Maruyama, S.; & Morimoto, K. (1997). "Association of smoking with other lifestyle factors and mental health status of Japanese factory workers". ***Environmental Health and Preventive Medicine***. (2) 1: 11-15.
 - Nakayama, K.; Yamaguch, K.; Maruyama, S.; & Morimoto, K. (2001). "The relationship of lifestyle factors, personal character, and mental health status of employees of a major Japanese electrical manufacturer". ***Environmental Health and Preventive Medicine***. (5) 4: 144-149.
 - Noorbala, A. A.; Bagheri Yazdi, S. A.; & Hafezi, M. (2012). "Trends in change of mental health status in the population of tehran between 1998 and 2007". ***Archives of Iranian Medicine***. (15) 4: 201-204.
 - O'Campo, P.; Wheaton, B.; Nisenbaum, R.; Glazier, R. H.; Dunn, J. R.; & Chambers, C. (2015). "The Neighbourhood Effects on Health and Well-being (NEHW) study". ***Health and Place***. 31: 65-74.
 - O'Campo, P.; Salmon, C.; & Burke, J. (2009). "Neighbourhoods and mental well-being: What are the pathways?". ***Health and Place***. (15) 1: 56-68.
 - Robinson, M., Zubrick S. R., Kendall G. E., Oddy W. H., Jacoby P., Hands B., Beilin L. J., and Silburn S. R. (2011). "Lifestyle and demographic correlates of poor mental health in early adolescence". ***Journal of Paediatrics and Child Health***. (47) 1-2: 54-61.
 - Sallis, J. F.; Owen, N.; Fisher, E. B. (2008). "Ecological models of health behavior". In Glanz, K.; Rimer, B. K.; & Viswanath, K. (Eds.).

Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th Edition, San Francisco: John Wiley & Sons, Inc. Chapter 20: 465-485.

- Schieman, S.; Meersman, S. C. (2004), "Neighborhood problems and health among older adults: Received and donated social support and the sense of mastery as effect modifiers". ***Journal of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences***. (59) 2: 89-97.
- Senate Subcommittee on Population Health [Canada] (2009). ***A Healthy, Productive Canada: A Determinant of Health Approach***. Ontario: The Senate.
- Sewell, W. H. (1992). "A theory of structure: Duality, agency, and transformation". ***American Journal of Sociology***. (98) 1: 1-29.
- Simon, R. W. (2002). "Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health". ***American Journal of Sociology***. (107) 4: 1065-96.
- Song, Y.; Gee, G. C.; Fan, Y.; & Takeuchi, D. T. (2007). "Do physical neighborhood characteristics matter in predicting traffic stress and health outcomes?". ***Transportation Research Part F***. 10: 164-176.
- Suwazono, Y.; Okubo, Y.; Kobayashi, E.; Kido, T.; Nogawa, K. (2003). "The influence of total number of favourable working conditions and lifestyle on mental health in Japanese workers in a large company". ***Stress and Health***. (19) 2: 119-126.
- Tew, J. (2005). "Social perspectives: Towards a framework for practice". In Tew, J. (Ed.). ***Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress***. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. Chapter 12: 216-227.

- Walsh, R. (2011). "Lifestyle and mental health". *American Psychologist*. (66) 7: 579-592.
- Wen, M.; Fan, J.; Jin, L.; & Wang, G. (2010). "Neighborhood effects on health among migrants and natives in shanghai, China". *Health and Place*. (16): 452-60.
- World Health Organization (2014). "**Mental health: A state of well-being**". Online at:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ [Access Date: 10/16/2014].
- World Health Organization (1948). "Official records of the world health organization". *Proceedings and Final Acts of the International Health Conference*. New York, 19-22 June 1946.
- Yu, Y.; Williams, D. R. (1999). "Socioeconomic status and mental health". In Aneshensel, C. S.; Phelan, J. C. (Eds.). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer: 151-166.