

## رابطه سبک زندگی سلامت محور و سرمایه روان شناختی با سلامت اجتماعی معلمان شهرستان تنکابن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۹

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه سبک زندگی سلامت محور و سرمایه روان شناختی با سلامت اجتماعی معلمان شهرستان تنکابن انجام شد. این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی گذشته نگر با طرح همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی معلمان شاغل در مدارس دولتی و غیردولتی شهرستان تنکابن در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به تعداد ۸۰۲ نفر تشکیل دادند که از میان آنان ۱۵۰ معلم با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های سبک زندگی سلامت محور (والکر، ۱۹۹۷)، سرمایه روان شناختی (لوتانز، ۲۰۰۷) و سلامت اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به کار گرفته شد. نتیجه تحلیل رگرسیون چندگانه حاکی از آن بود که بین سبک زندگی سلامت محور، سرمایه روان شناختی و سلامت اجتماعی معلمان رابطه ساده و چندگانه معنی داری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). همچنین نتیجه تحلیل رگرسیون چندگانه حاکی از آن است که مولفه خوش بینی بهترین پیش بینی کننده سلامت اجتماعی معلمان می باشد ( $P < 0/01$ ).

**کلمات کلیدی:** سبک زندگی سلامت محور، سرمایه روان شناختی، سلامت اجتماعی، معلمان

فاطمه رفیعی پور<sup>۱</sup>  
آرزو لاریجانی<sup>\*۲</sup>  
علی خانه کشی<sup>۳</sup>

کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.  
<sup>۲\*</sup> استادیار، گروه زبان و ادبیات فارسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. (نویسنده مسئول)  
<sup>۳</sup> استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، واحد بهبهان، دانشگاه آزاد اسلامی، بهبهان، ایران.

**نویسنده مسئول:** آرزو لاریجانی، استادیار، گروه زبان و ادبیات فارسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: r\_larjani89@yahoo.com

## مقدمه

در زمینه سلامت اجتماعی چند رویکرد نظری مختلف وجود دارد. در رویکرد اول سلامت اجتماعی شاخصی است که به طور کلی وضعیت توسعه یافتگی جامعه را توصیف می‌کند و دربرگیرنده ملاک‌هایی نظیر بیمه‌های سلامت، میزان بودجه، شیوع خشونت و جرم، مصرف مواد مخدر، تعداد زندانی‌ها، تعداد افراد بی‌خانمان، سرانه‌های آموزشی و بهداشتی، نرخ شیوع بیماری و... است. در رویکرد دوم، سلامت اجتماعی رفتارهای سلامت شهروندان (شامل عادات غذایی، ورزش و تحرک، مصرف سیگار و الکل و...) را دربرمی‌گیرد که کنشی جمعی است و بر جامعه اثرگذار است (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴). رویکرد سوم بیانگر آن دسته از حالات ذهنی و روان‌شناختی است که زمینه‌ی برقراری تعامل سالم و سازنده را برای شخص مهیا می‌سازد. در این رویکرد می‌توان به نظریه‌ی سلامت روان‌شناختی ریف<sup>۱</sup>، سلامت اجتماعی کیز<sup>۲</sup> و نظریه‌ی سرمایه‌ی روان‌شناختی مثبت<sup>۳</sup> اشاره کرد (ریف و کیز، ۱۹۹۸). کیز (۱۹۹۸)، سلامت اجتماعی را گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت مجموعه‌ای معنی دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی، همراه با این حس که فرد به اجتماع تعلق دارد و خود را در پیشرفت آن سهیم می‌داند. گلداسمیت<sup>۴</sup> سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای مثبت و منفی فرد با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه بر می‌شمرد که منجر به شکوفایی فرد در جامعه خواهد شد (لارسن، ۱۹۹۳). در واقع سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری اشاره دارد و شامل عناصر متعددی است که در مجموع نشان می‌دهند افراد در زندگی اجتماعی خود بعنوان همسایه، همکار، همشهری و... چگونه عمل می‌کنند (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴).

از اهداف بسیار مهم نظام آموزشی، توسعه‌ی مهارت‌های اجتماعی است. این مهارت‌ها بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد. درنهایت، با افزایش میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه، به‌خصوص قشر تحصیل کرده، میزان سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه افزایش می‌یابد و دستیابی به اهداف توسعه، سریع‌تر و امکان‌پذیرتر می‌شود. معلمان رکن اصلی آموزش و پرورش محسوب می‌شوند و نقش بسیار مهمی در تربیت نسل آینده‌ی کشور ایفا می‌کنند. آنان برای آنکه بتوانند نقش خود را به‌درستی ایفا کنند، باید از توانایی‌ها و مهارت‌های لازم برخوردار باشند؛ زیرا بار اصلی آموزش و پرورش دانش‌آموزان را بر دوش می‌کشند و آنان را برای زندگی آماده می‌کنند. معلمی که از توانایی‌های بالایی برای رویارویی با مسائل، مشکلات، کشمکش‌ها، ناملازمات و... برخوردار باشد، می‌تواند الگویی مطلوب برای دانش‌آموزان باشد (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱).

تمام اقشار جامعه با مشکلات و مسائل خاص خود روبرو بوده و گاهی عوامل خطرسازی آن‌ها را تهدید می‌کند. معلمان هم از این امر مستثنا نبوده و در عین فعالیت آموزشی خود با عواملی دست و پنجه نرم می‌کنند که بی‌تردید می‌تواند برای سلامت آن‌ها مخاطره‌آمیز باشد. آن‌ها فشارهای روحی و جسمی متعددی را متحمل می‌شوند و بر اثر کار شدید، مشکلاتی که در روابط بین‌فردی در مدرسه با مدیر، دیگر همکاران و دانش‌آموزان تجربه می‌کنند و انرژی فراوانی که برای کنترل رفتارهای نابهنجار دانش‌آموزان صرف می‌کنند، دائماً در تنش به سر می‌برند. سالم بودن معلمان نه تنها به خودی خود ارزشمند است، بلکه معلمان در صورت احراز سلامتی می‌توانند سایر نیازهای خود را برطرف سازند و به اهدافشان دست یابند. علاوه بر این برخورداری از سلامت، احساس امنیت معلمان را تامین می‌کند و به آنان اطمینان می‌دهد که قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی خود خواهند بود (ذالی آراللو و علایی، ۱۳۹۳).

بنا به پژوهش فتحی و همکاران (۱۳۹۱)، بیش از ۸۵ درصد از معلمان شهر مراغه از سلامت اجتماعی حد متوسط و بالایی برخوردارند این درحالی است که در پژوهش ذالی آراللو و علایی (۱۳۹۳)، این نتیجه حاصل شد که بین سلامت اجتماعی

<sup>1</sup> Ryff

<sup>2</sup> Keyes

<sup>3</sup> Positive psychological capital

<sup>4</sup> Goldsmith

معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل تفاوت معناداری وجود دارد.

یکی از عواملی که سلامت اجتماعی افراد را تعیین می‌کند، سبک زندگی سلامت محور<sup>۱</sup> است کرد (سلگی، ۱۴۰۱؛ شعبان و قویدل، ۱۴۰۰؛ دهقانی، ۱۳۹۵؛ کاظمی، ۱۳۹۵). سبک زندگی بسیاری از رفتارهای سلامتی و بیماری را تبیین می‌کند. بلوخ<sup>۲</sup> سبک زندگی سلامت محور را راهنمایی برای جلوگیری از مشکلات بهداشتی و تضمین کننده حد اعلاای سلامتی برای هر فرد می‌داند و در این زمینه به رژیم غذایی و ورزش اشاره می‌کند (دیواین ولپیستو، ۲۰۰۵). از طریق ارزیابی سبک زندگی می‌توان میزان موفقیت، سلامت فردی و اجتماعی افراد را در زندگی مورد بررسی قرار داد (کاکرهام<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ نقل از زنگنه مطلق و همکاران، ۱۳۹۶). بطور نمونه گاطع زاده و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی دریافتند که سلامت اجتماعی با اثرگذاری بر تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت و رشد معنوی در رابطه بین سبک زندگی و افسردگی نقش میانجی دارد.

یکی از عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی، سرمایه روان‌شناختی است (تابع، ۱۴۰۲؛ بخشعلی پور، ۱۴۰۱؛ قاسمی، ۱۳۹۹؛ یانگ و همکاران، ۲۰۲۱ و حلیم و همکاران، ۲۰۱۷). سرمایه یک حالت روان‌شناختی مثبت و رویکرد واقع‌گرا و انعطاف‌پذیر نسبت به زندگی است که از چهار سازه امید<sup>۴</sup>، خوش‌بینی<sup>۵</sup>، تاب‌آوری<sup>۶</sup> و خودکارآمدی<sup>۷</sup> تشکیل می‌شود و هر کدام از آن‌ها بعنوان یک ظرفیت روان‌شناختی مثبت در نظر گرفته می‌شود. در واقع اصطلاح سرمایه روان‌شناختی<sup>۸</sup> به مفهوم اینکه «چه کسی هستی (خود واقعی)» و «چه کسی می‌خواهید بشوید (خود ممکن)» اشاره دارد. به سخن دیگر، سرمایه روان‌شناختی افراد را به چالش می‌کشد تا در جستجوی این سوال برآیند که چه کسی

هستند و در نتیجه به خودآگاهی بهتر که لازمه دست‌یابی به هدف‌ها و موفقیت است دست یابند (نورمن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ نقل از قربانی و همکاران، ۱۳۹۹). سرمایه روان‌شناختی با ایجاد اسنادی مثبت در مورد موفقیت در زمان حال و در آینده (خوش‌بینی)، پافشاری در رسیدن به اهداف و به هنگام لزوم تغییر دادن مسیرهای رسیدن به اهداف (امید) و هنگام مواجهه با مشکلات و سختی‌ها، تحمل کردن (تاب‌آوری) و بازگشت به جای اول برای دستیابی به موفقیت مشخص می‌شود که این امر تحمل مشکلات و سختی‌های شرایط استرس‌آور اجتماعی را آسان و به سلامت اجتماعی می‌انجامد (قربانی و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهش حاضر به این سوال پاسخ خواهد داد که بین سلامت اجتماعی معلمان شهرستان تنکابن و سبک زندگی سرمایه روان‌شناختی آنان چه رابطه‌ای وجود دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره تحقیقات کاربردی و از لحاظ ماهیت اجرا توصیفی با طرح همبستگی بود که در آن روابط پیش‌بین و زمانی میان متغیرهای پیش‌بین و ملاک مطالعه شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی معلمان شاغل در مدارس دولتی و غیردولتی شهرستان تنکابن در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل دادند که شامل معلمان مرد و زن با سابقه کاری مختلف (از تازه‌کار تا بیش از ۲۰ سال سابقه کاری) از مقاطع تحصیلی مختلف (از دبستان تا دبیرستان و هنرستان) و با سطوح تحصیلی مختلف (از فوق‌دیپلم تا دکتری) و با تخصص‌های مختلف بود. حجم این جامعه مجموعاً ۸۰۲ نفر شامل ۳۷۳ نفر آموزگار مقطع دبستان، ۳۴۷ نفر دبیر مقطع متوسطه و ۸۲ نفر هنرآموز هنرستان بود. تعیین حجم نمونه براساس تعداد مؤلفه‌های متغیرهای پیش‌بین صورت گرفت (هومن، ۱۳۹۸). به عبارتی برای تعیین حجم نمونه به ازای هریک از مؤلفه‌های پیش‌بین ۲۵ نفر اختصاص داده شد. بنابراین با توجه به دو مؤلفه سبک زندگی سلامت محور و ۴ مؤلفه سرمایه روان‌شناختی (مجموعاً ۶ مؤلفه) و اختصاص ۲۵ نمونه به

<sup>1</sup> Health-oriented lifestyle

<sup>2</sup> Bloch

<sup>3</sup> Cockerham

<sup>4</sup> Hope

<sup>5</sup> Optimism

<sup>6</sup> Resiliency

<sup>7</sup> Self-efficacy

<sup>8</sup> Psychological capital

<sup>9</sup> Norman

سلامت بالاتر از ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس‌ها هم آلفای کرونباخ قابل قبول گزارش کردند.

**پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز، ۲۰۰۷):** این مقیاس از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی را می‌سنجند، مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس‌ها نیز تایید شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال و چهار خرده مقیاس است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای بدست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه بدست می‌آید و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. دامنه نمرات در هر خرده مقیاس بین ۶ تا ۳۶ و نمره کل پرسشنامه بین ۲۴ تا ۱۴۴ می‌باشد. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI و RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند که نشان دهنده برازش کامل مدل ۴ عاملی است (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷؛ نقل از قربانی و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش نصرت آباد، تیرالدین و تساروشاهی (۱۳۹۳)، میزان پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد (قربانی و همکاران، ۱۳۹۹)

**پرسشنامه سلامت اجتماعی (کییز، ۱۹۹۸):** پرسشنامه سلامت اجتماعی ۳۳ گویه‌ای توسط کییز (۱۹۹۸) طراحی شد و ۵ خرده مقیاس «انطباق اجتماعی»، «انسجام اجتماعی»، «مشارکت اجتماعی»، «شکوفایی اجتماعی» و «پذیرش اجتماعی» می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای «کاملاً موافق:۵»، «موافق:۴»، «نظری ندارم:۳»، «مخالف:۲» و «کاملاً مخالف:۱» انجام می‌شود. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره‌ای که به دست می‌آید به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ خواهد بود. لازم به ذکر است که گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (صفاری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۳). حداقل امتیاز ممکن ۳۳ و حداکثر ۱۶۵ خواهد بود. در صورتی که

هریک، حجم نمونه ۱۵۰ نفر برآورد شد که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از میان مقاطع مختلف تحصیلی انتخاب شدند. همینطور، از میان نمونه‌های انتخاب شده ۸۳ نفر زن (۵۵ درصد) و ۶۷ نفر مرد (۴۵ درصد) بودند. در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

**پرسشنامه‌ی سبک زندگی سلامت محور (والکر، ۱۹۹۷):** پرسشنامه شامل ۵۲ سوال در دو بخش اصلی و شش زیرمجموعه است. دو بخش اصلی شامل رفتارهای ارتقاء سلامت و سلامت روانی اجتماعی است. قسمت رفتارهای ارتقاء سلامت با ۲۵ سوال شامل احساس مسئولیت در قبال سلامت فردی، فعالیت بدنی، عادات غذایی و قسمت سلامت روانی اجتماعی با ۲۷ سوال شامل مدیریت استرس، رشد معنوی و ارتباطات بین فردی می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (همیشه، اغلب، بعضی اوقات و هیچگاه) تنظیم شده است. در محاسبه نمره عملکرد برای پاسخ هیچگاه امتیاز ۱، برای پاسخ بعضی اوقات امتیاز ۲، برای پاسخ اغلب امتیاز ۳ و برای پاسخ همیشه امتیاز ۴ تعلق گرفته است. بر اساس نمره کسب شده رفتار در سه سطح ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی شد. به طوری که برای کسب نمره‌ها کمتر از ۵۰ سطح ضعیف، نمره‌ها ۵۰-۷۵ سطح متوسط و نمره‌ها بیش‌تر از ۷۶ سطح خوب در نظر گرفته شد. دامنه نمرات در بعد رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین ۲۵ تا ۱۰۰ و در بعد سلامت روانی- اجتماعی بین ۲۷ تا ۱۰۸ می‌باشد (ذهنی و رخزادی، ۱۴۰۰). در مطالعه محمدی زیدی و همکاران پایایی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۸۲ درصد و روایی محتوای آن توسط متخصصین مورد تأیید قرار گرفته است (محمدی زیدی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش والکر و همکاران (۱۹۹۶) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل به مقدار ۰/۹۴ و برای ۶ زیر شاخه آن طیف ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ را گزارش نمودند. در پژوهش نانالی و برنستین (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده

واتسون استفاده کرد. چنانچه آماره ی دورین واتسون در فاصله بین ۲/۵-۱/۵ باشد بیانگر برقرار بودن استقلال تصادفی خطاهاست، به طوری که مقادیر زیر ۱ و بالای ۳ می تواند تهدید جدی برای تحلیل رگرسیون به شمار آید. بنابراین از آنجایی که آماره فوق برابر با ۱/۸۲ می باشد مفروضه مستقل بودن تصادفی خطاها برقرار می باشد (جدول ۱).

**تشخیص عدم هم خطی چندگانه:** به عنوان یکی از پیش فرض های رگرسیون، متغیرهای پیش بین باید مستقل از یکدیگر باشد؛ همخطی وضعیتی است که نشان می دهد یک متغیر مستقل تابعی خطی از سایر متغیرهای مستقل است. اگر همخطی در یک معادله رگرسیون بالا باشد، بدین معنی است که بین متغیرهای مستقل همبستگی بالایی وجود دارد و ممکن است با وجود بالا بودن مقدار R2، مدل دارای اعتبار بالایی نباشد. جهت این کار مقادیر تلرانس یا تحمل ۱ و عامل تورم واریانس (VIF) ۲ محاسبه شده است. به لحاظ نظری چنانچه مقدار اغماض (تحمل) کوچکتر از ۰/۱ و همینطور مقدار VIF بزرگتر از ۵ باشد، تهدیدی برای رگرسیون به حساب می آید.

#### جدول ۱. تشخیص عدم هم خطی چندگانه و استقلال تصادفی

خطاها	متغیرها	اغماض	VIF	دورین- واتسون
رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	۰/۵۹۱	۱/۶۹		
سلامت روانی-اجتماعی	۰/۵۶۹	۱/۷۶		
امید	۰/۴۲۳	۲/۳۶		
تاب آوری	۰/۳۶۷	۲/۷۲	۱/۸۲	
خوش بینی	۰/۳۱۱	۳/۲۱		
خودکارامدی	۰/۴۶۱	۲/۱۷		

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، مقادیر اغماض برای تمام متغیرها بزرگتر از ۰/۱ بوده که نشان دهنده درصد واریانس تبیین نشده هریک از متغیرهای پیش بین توسط متغیر پیش بین دیگر می باشد و همینطور مقادیر VIF برای متغیرها بسیار

نمرات پرسشنامه بین ۳۳ تا ۶۶ باشد، میزان سلامت اجتماعی ضعیف می باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۶۶ تا ۹۹ باشد، میزان سلامت اجتماعی در سطح متوسطی می باشد. در صورتی که نمرات بالای ۹۹ باشد، میزان سلامت اجتماعی بسیار خوب می باشد (کیزی، ۱۹۹۸). در پژوهش کیزی (۱۹۹۸) میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به دست آمد که ضرایب قابل قبولی است. نتایج حاصل از پژوهش حیدری و غنایی (۱۳۸۷)، که در ایران پرسشنامه بهزیستی اجتماعی را هنجاریابی کردند، نشان داد که اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ است.

**روش های تجزیه و تحلیل داده ها:** در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

#### نتایج

به منظور بررسی فرضیه اصلی تحقیق یعنی رابطه چندگانه میان متغیرها یا تعیین سهم سبک زندگی سلامت محور و سرمایه روان شناختی در پیش بینی سلامت اجتماعی از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش همزمان استفاده شد که طی آن مؤلفه های سبک زندگی سلامت محور و سرمایه روان شناختی به عنوان متغیرهای پیش بین و سلامت اجتماعی بعنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند که نتایج آن در جداول ۱ تا ۴ ارائه شده است. قبل از گزارش مدل ابتدا پیش فرض های تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که به آنها اشاره می شود.

**استقلال تصادفی خطاها:** این مفروضه بیانگر تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر مشاهده شده توسط مدل رگرسیون می باشد. در صورتی که فرضیه استقلال خطاها رد شود و خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند، امکان استفاده از رگرسیون وجود ندارد. برای دستیابی به این مهم می توان از آماره دورین-

1. Tolerance

2. Variance inflation factor

سبک زندگی سلامت محور و سرمایه روان‌شناختی بطور مشترک تبیین می‌شود.

**جدول ۳.** آماره F معنی‌داری رگرسیون و ضرایب همبستگی

چندگانه

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	سطح معناداری
۱ رگرسیون	۴۶۰۵۸/۳۳	۶	۷۶۷۶/۳۹	۱۹/۰۲	۰/۰۰۱
باقیمانده	۵۷۷۱۱/۵۶	۱۴۳	۴۰۳/۵۸		
کل	۱۰۳۷۶۹/۸۹	۱۴۹			

همان‌طور که جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، مقدار f به دست آمده مدل‌های رگرسیونی فوق‌اولا نشان‌دهنده رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بوده و همین‌طور بیانگر آن است که همبستگی چندگانه میان متغیرها و نیز رگرسیون سلامت اجتماعی روی متغیرهای پیش‌بین از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/01$ ).

**جدول ۴.** خلاصه ضرایب رگرسیونی

مدل رگرسیون	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	آماره t	سطح معناداری
	B	خطای معیار			
	۱۵/۷۴	۷/۳۹	-	۲/۱۳	۰/۰۳۵
سبک زندگی سلامت محور	۰/۲۰۸	۰/۱۱۲	۰/۲۰۹	۲/۲۹	۰/۰۴۴
	۰/۲۹۹	۰/۱۰۶	۰/۲۳۲	۲/۸۱	۰/۰۰۶
سرمایه روان‌شناختی	۰/۶۱۸	۰/۴۳۵	۰/۱۸۶	۲/۰۰	۰/۰۴۸
	۰/۴۵۷	۰/۴۱۷	۰/۱۱۳	۱/۰۹	۰/۲۷۵
	۲/۳۸	۰/۴۷۵	۰/۵۵۹	۵/۰۱	۰/۰۰۱
	۰/۴۱۶	۰/۳۲۶	۰/۱۱۷	۱/۲۸	۰/۲۰۳

این دسته از متغیرها به طور معنی‌داری توان پیش‌بینی سلامت اجتماعی را دارند؛ بطوری که خوش‌بینی ( $\beta = 0/559; t = 5/01; P < 0/01$ )، با بیش‌ترین میزان بتا بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی و پس از آن سلامت روانی-اجتماعی ( $\beta = 0/232; t = 2/81; P < 0/01$ )، رفتارهای ارتقادهنده

کوچک ( $VIF < 10$ ) می‌باشند، بنابراین مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه میان متغیرها برقرار بوده و اجرای رگرسیون امکان‌پذیر می‌باشد.

**جدول ۲.** خلاصه رگرسیون همزمان نشانگان سلامت

اجتماعی روی متغیرهای پیش‌بین

مدل	ضریب همبستگی R	ضریب تعیین $R^2$	ضریب تعیین تعدیل‌شده $\Delta R^2$	خطای معیار برآورد SEE
۱	۰/۶۶۶	۰/۴۴۴	۰/۴۲۱	۲۰/۰۹

در جدول ۲ خلاصه رگرسیون همزمان آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه میان متغیرها برابر با ۰/۶۶۶ و ضریب تعیین تعدیل‌شده ۰/۴۲۱ می‌باشد. بدین معنی که تقریباً ۴۲ درصد از واریانس سلامت اجتماعی توسط

در جدول ۴ ضرایب رگرسیونی مبنی بر سهم متغیرها در پیش‌بینی سلامت اجتماعی ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، با توجه به این که سطح معنی‌داری آزمون‌های t در دو سبک زندگی سلامت‌محور و امید و خوش‌بینی (از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی) کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، می‌توان گفت که

۱۳۹۹). با توجه موارد فوق به نظر می‌رسد خوش‌بینی با احتمال بیش‌تری می‌تواند سلامت اجتماعی معلمان را پیش‌بینی کند. همانطور که نشان داده شد، پس از خوش‌بینی، سلامت روانی- اجتماعی (شامل مولفه‌های مدیریت استرس، رشد معنوی و روابط بین فردی)، رفتارهای ارتقادهنده سلامت (شامل مولفه‌های فعالیت بدنی، عادات غذایی و مسئولیت در قبال سلامت) و نیز امید (از مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی)، به ترتیب بطور معنی‌داری قابلیت پیش‌بینی‌کنندگی سلامت اجتماعی را دارا می‌باشند. با توجه به اینکه نحوه تاثیر این مولفه‌ها همگی در بخش‌های قبلی تبیین شدند، به طور خلاصه و جمع‌بندی شده می‌توان عنوان کرد که مدیریت استرس، رشد معنوی و روابط بین فردی از جمله عوامل کلیدی هستند که می‌توانند به سلامت اجتماعی معلمان کمک کنند. مدیریت استرس به معلمان این امکان را می‌دهد که با چالش‌های شغلی و فشارهای روزمره بهتر کنار بیایند و در نتیجه روابط مثبت‌تری با دانش‌آموزان و همکاران خود برقرار کنند (خاکبازان و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین، رشد معنوی و ارتباطات بین فردی سالم می‌تواند حس تعلق و حمایت اجتماعی را تقویت کند، که برای سلامت روانی و اجتماعی معلمان حیاتی است (خوش‌نیت و خوشنودی، ۱۳۹۷). علاوه بر این، فعالیت بدنی و عادات غذایی سالم تأثیر مستقیمی بر انرژی و روحیه معلمان دارند. فعالیت بدنی منظم می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی کمک کند، در حالی که تغذیه مناسب انرژی لازم را برای انجام وظایف آموزشی فراهم می‌کند (شاهینودی و همکاران، ۱۳۹۳). مسئولیت‌پذیری معلمان در قبال سلامت خود، به آن‌ها این امکان را می‌دهد که الگوی مناسبی برای دانش‌آموزان باشند و به ترویج فرهنگ سلامت در جامعه کمک کنند (شیخ‌الاسلامی کندلوسی و همکاران، ۱۴۰۱). حس امیدواری می‌تواند به افزایش ارتباطات مثبت و حمایت اجتماعی در میان معلمان کمک کند، که این امر به تقویت سلامت روانی و عاطفی آن‌ها می‌انجامد. همچنین، امیدواری موجب افزایش انگیزه و تعهد به کار، و در نتیجه بهبود کیفیت آموزش و یادگیری در محیط مدرسه می‌شود (بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری، ۱۴۰۱).

سلامت ( $\beta=0/209; t=2/29; P<0/05$ )، و نیز امید ( $\beta=0/186; t=2/00; P<0/05$ )، به ترتیب بطور معنی‌داری قابلیت پیش‌بینی‌کنندگی سلامت اجتماعی را دارا می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه سبک زندگی سلامت محور و سرمایه روان‌شناختی با سلامت اجتماعی معلمان شهرستان تنکابن انجام شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد، از بین مولفه‌های موجود، مولفه خوش‌بینی (از مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی) بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی معلمان است. این یافته از این جهت با پژوهش رحیمیان بوگر (۱۳۹۲) هم‌راستا است که نشان داد خوش‌بینی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت موثر است.

افراد خوش‌بین حوادث مثبت را به اسنادهای کلی و پایدار و یا خودشان نسبت می‌دهند و حوادث منفی را به عوامل خارجی، ناپایدار و موقعیت‌های خاص و زودگذر نسبت می‌دهند. در نتیجه‌ی این سبک‌های بیانی و اسنادی متفاوت، خوش‌بین‌ها انتظارات مثبتی را در خود ایجاد می‌کنند که آن‌ها را در جهت دستیابی به اهداف ترغیب می‌کند و به اتخاذ رفتارهای انعطاف‌پذیر در برخورد با مشکلات کمک می‌کند (حیدری و همکاران، ۱۳۹۶). خوش‌بینی باعث می‌شود که معلمان روابط بهتری با همکاران، دانش‌آموزان و والدین داشته باشند. این روابط حس جامعه‌پذیری و همکاری را در آنان تقویت می‌کند. معلمان خوش‌بین می‌توانند محیطی مثبت‌تر در کلاس ایجاد کنند که به نوبه خود تأثیر مثبتی بر رفتار و عملکرد دانش‌آموزان خواهد داشت (پودینه و همکاران، ۱۴۰۱). معلمان خوش‌بین توانایی بیش‌تری در مدیریت استرس و فشارهای شغلی موجود در محیط مدرسه دارند. خوش‌بینی به آنان کمک می‌کند تا با چالش‌ها و مشکلات شغلی بهتر کنار بیایند و راه‌حل‌های خلاقانه‌تری برای فائق آمدن بر آن‌ها پیدا کنند. و در نهایت مجموعه این عوامل موجب می‌شود معلمان رضایت بیش‌تری از شغل خود داشته باشند که می‌تواند به کاهش نرخ ترک شغل و افزایش ثبات در حرفه معلمی بینجامد (خسروی و همکاران،

خسروی، حسین؛ طاهرپور، فاطمه و پورشافعی، هادی. (۱۳۹۹). تبیین نقش خوش‌بینی و سرزندگی در رفتار نوآورانه معلمان دوره ابتدایی با میانجیگری انعطاف‌پذیری. فصلنامه تعلیم و تربیت، (۱)، ۳۹، ۱۰۸-۹۱.

ذالی آراللو، محمد؛ علایی، محسن. (۱۳۹۳). بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل و عوامل اجتماعی مرتبط با آن. نشریه مطالعات جامعه‌شناسی، (۲۲)، ۶، ۱۴۰-۱۲۳.

ذهنی، کامیز و رزادی، محمدزاهد. (۱۴۰۰). ارتباط سبک زندگی سلامت محور با ویژگی‌های دموگرافیک دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۷. فصلنامه پرستاری مامایی و پیراپزشکی، (۱)، ۸، ۸۰-۹۵.

رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۹۲). نقش پیش‌بین شادکامی، خوش‌بینی و وضعیت جمعیت‌شناختی در اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت. فصلنامه دانش و تندرستی، (۱)، ۸، ۱۷-۲۳.

سلگی، فریبا. (۱۴۰۱). بررسی رابطه سبک زندگی و احساس امنیت اجتماعی و اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی معلمان (مورد مطالعه شهرستان نهاوند). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور استان همدان

شعبان، مریم و قویدل، نوشین. (۱۴۰۰). ارتباط بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر کرج. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، (۲)، ۱۰، ۲۰۵-۱۹۶.

شیخ‌الاسلامی کندلوسی، نادر؛ نفری، ندا و کوهستانی، سحر. (۱۴۰۱). مسئولیت فردی در قبال سلامت در اولویت‌گذاری ارائه خدمات سلامت توسط سیاست‌گذاران عرصه بهداشت و درمان در ایران. نشریه مدیریت بهداشت و درمان، (۲)، ۱۳، ۲۸-۱۹.

فتیحی، منصور؛ عجیم نژاد، رضا و خاک رنگین، مریم. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. نشریه رفاه اجتماعی، (۴۷)، ۱۲، ۲۴۴-۲۲۵.

مجموعه این عوامل به نوبه خود به بهبود کیفیت تدریس و تعاملات اجتماعی آن‌ها منجر می‌شود و سلامت اجتماعی آنان را ارتقا می‌بخشد.

### تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران می باشد. موضوع پایان نامه در شورای آموزشی و پژوهشی دانشکده علوم انسانی واحد تنکابن با کدرهگیری ۱۶۲۸۴۶۶۳۳ در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۴ به تصویب کمیته تخصصی گروه مربوطه رسید." در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

### منابع

بخشعلی پور، وحید و میاندهی رودسری، حجت‌اله. (۱۴۰۱). ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران شاغل در مراکز بخش درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان. نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی، (۱)، ۶، ۱۰۹-۱۰۲.

پودینه، ابوالفضل؛ معتمدی‌نسب، ساجده و نجاری، مرتضی. (۱۴۰۱). باور خودکارآمدی و خوش‌بینی آموزشی معلم و تاثیر آن بر عملکرد معلم. دومین کنفرانس ملی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت، هرمزگان.

تابع، رها. (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای احساس امنیت رابطه بین سرمایه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی با سلامت اجتماعی و سلامت روان در کارکنان ادارات دولتی شهر شیراز. پایان‌نامه دکتری تخصصی، رشته روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

حیدری، غلامحسین و غنایی، زیبا. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی. اندیشه و رفتار، (۷)، ۳۱-۴۰.



موسوی طاهر، شیانلی ملیحه، فاطمی نیا سیاوش، امیدنیا سهیلا. (۱۳۹۴). بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی رفاه اجتماعی. ۱۵ (۵۷): ۱۰۹-۱۴۸.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۸). آمار توصیفی در علوم رفتاری. تهران: پیک فرهنگ.

Haleem, M., Masood, S., Aziz, M. and Jami, H. (2017). *Pakistan journal of psychological research*, 32(2), 429-447.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61(2), 90-120.

Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (1998). Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life consequences. *American Psychological Association*, 62(1), 226-263.

Larson, J. S. (1996). The World Organization Definition of Health: Social Versus Spiritual Health. *Social Indicator Research*, 38, 1-8.

Luthans, F., & Avolio, B. J. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 6, 138-146.

Walker, S.N., Polerrcky, H. (1996). Psychometric Evaluation of the Health Promoting Lifestyle profile II. University of Nebraska Medical Center; Unpublished manuscript.

Yang, G., Wang, Z. and Wu, W. (2021). Social comparison orientation and mental health: The mediating role of psychological capital. *Social behavior and personality*, 78(1), 1-11.

قاسمی، ندا. (۱۳۹۹). بررسی رابطه بین تمایز یافتگی خود و سرمایه روان‌شناختی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی شرق گلستان.

قربانی، سارا؛ جهانی زاده، محمدرضا؛ میرید، سید مهران و امیدی، لیلا. (۱۳۹۹). بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۱۰(۳۸)، ۱۰۰-۸۳.

کاظمی، سمیه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه سبک زندگی و میزان سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) (مورد مطالعه: افراد ۱۸-۷۴ ساله شهرستان دلفان). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته علوم اجتماعی، دانشگاه الزهرا (س).

گاطع زاده، عبدالامیر؛ برجعلی، احمد؛ اسکندری، حسین؛ فرخی، نورعلی؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۶). آزمون مدل علی افسردگی بر اساس مولفه‌های سبک زندگی با میانجی‌گری سلامت اجتماعی. فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۱(۱)، ۲۳-۱۳.

محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی آقا، امیر و محمدی زیدی، بنفشه. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۱(۱)، ۱۱۳-۱۰۳.

*Original Article***The relationship between health-oriented lifestyle and psychological capital with the social health of teachers in Tonkabon city**

Received: 24/05/2024 - Accepted: 10/10/2024

Fateme Rafieipour<sup>1</sup>  
Arezo Larijani<sup>2\*</sup>  
Ali Khaneh Keshi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>M.A. General Psychology ,  
Department of Psychology ,  
Tonkabon Branch , Islamic Azad  
University, Tonkabon , Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of  
Persian language and literature,  
Tonkabon Branch , Islamic Azad  
University, Tonkabon , Iran.

<sup>3</sup>Assistant Professor, Department of  
Psychology, Faculty of Psychology,  
Behbahan Branch, Islamic Azad  
University, Behbahan, Iran.

Corresponding author: Arezo Larijani,  
Assistant Professor, Department of  
Persian language and literature,  
Tonkabon Branch , Islamic Azad  
University, Tonkabon, Iran.

Email: r\_larijani89@yahoo.com

**Abstract**

**Introduction:** The present study was conducted with the aim of determining the relationship between health-oriented lifestyle and psychological capital with the social health of teachers in Tonkabon. This research was a retrospective descriptive study with a correlational design. The statistical population of this research was made up of all the teachers working in public and private schools of Tonkabon city in the academic year of 1402-1403 in the number of 802 people, among whom 150 teachers were selected as a sample by stratified random sampling method. To collect information from health-oriented lifestyle questionnaires (Walker, 1997), psychological capital (Luthans, 2007) and social health (Keyes, 1998) were used. To analyze the data, Pearson's correlation test and multiple regression analysis were used. The result of multiple regression analysis indicated that there is a significant simple and multiple relationship between health-oriented lifestyle, psychological capital and social health of teachers ( $P < 0.01$ ). Also, the result of multiple regression analysis indicates that is that the optimism component is the best predictor of the social health of the teachers.

**Keywords:** health-oriented lifestyle, psychological capital, social health, teachers