مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی و مطالعات اجتماعی، شماره ۱۳ ، پاییز ۱۳۹۷، جلد دوم، ص ۱۷۷-۱۵۶
http://www.jhss.ir

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۳ / پاییز ۱۳۹۷ / ص ۱۷۷ - ۱۵۶

بررسی رابطه بین سبک زندگی خانواده با پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی زنان در آموزش و پرورش شهرستان شهرکرد

صدیقه رفیعی طاقانکی [۱]

[۱] **دانشجوی کارشناسی دانشگاه علمی کاربردی**

نام نویسنده مسئول:

صدیقه رفیعی طاقانکی [۱]

چکیده

امروزه آسیب‌های اجتماعی زنان به عنوان یک تهدید جدی سلامت جامعه را با خطر مواجه ساخته است. خانواده نخستین نهاد اجتماعی است، اگر فرآیند سبک زندگی صحیح در نهاد خانواده به طور مناسب و سالم اجرا شود، می‌توان انتظار داشت فرزندانی که در چنین خانواده‌ای رشد یابند، در آینده شهروندانی قانون گرا باشند و در معرض کمترین آسیب‌های قرار بگیرند. بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه بین سبک زندگی خانواده با پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی زنان است. روش تحقیق در این پژوهش به صورت زمینه‌یابی و پیمایشی است. در این تحقیق از پرسشنامه‌های سبک زندگی (LSQ) و سنجش نگرش به آسیب‌های اجتماعی استفاده گردیده است.جامعه آماری تحقیق شامل زنان کارمند آموزش و پرورش شهرستان شهرکرد بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهند که رابطه معکوس و معنی داری بین مولفه های سبک زندگی با نگرش به آسیب‌های اجتماعی وجود دارد. در نتیجه با افزایش سبک زندگی سلامت مدار آسیب‌های اجتماعی کاهش می‌یابند. همچنین مشخص شد که بیشترین مولفه های موثر در پیش بینی و کاهش آسیب-های اجتماعی به ترتیب مربوط به ورزش و تندرستی، سلامت محیطی، سلامت روانشناختی و سلامت معنوی می‌باشد. در نهایت میزان آسیب‌های اجتماعی در بین زنان کارمند آموزش پرورش شهرستان شهرکرد به میزان پایینی بوده است.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، آسیب‌های اجتماعی زنان، آموزش و پرورش، شهرستان شهرکرد.

مقدمه

امروزه آسیب‌های اجتماعی زنان به عنوان یک تهدید جدی سلامت جامعه را با خطر مواجه ساخته است. خانواده نخستین نهاد اجتماعی است، اگر فرآیند سبک زندگی صحیح در نهاد خانواده به طور مناسب و سالم اجرا شود، می‌توان انتظار داشت فرزندانی که در چنین خانواده‌ای رشد یابند، در آینده شهروندانی قانون گرا باشند و در معرض کمترین آسیب‌های قرار بگیرند. زیرا خانواده در ایجاد باورهای هنجاری بسیار مؤثر است و می‌تواند از توسعه جرائم و آسیب‌های اجتماعی جلوگیری کند. جامعهٔ امن آن است که در آن آسیب‌های اجتماعی کاهش یافته باشد؛ بنابراین قبل از هر چیز می‌بایست راهکارهایی در جهت پیشگیری از ارتکاب جرائم و آسیب‌های اجتماعی ارائه شود. یکی از مهمترین راه‌های پیشگیری افراد از انحراف و ناهنجاری‌ها، تأثیر خانواده؛ به‌خصوص والدین است؛ چرا که آن‌ها با افکار و برخوردها و به‌کارگیری روش‌های درست در زندگی می‌توانند اعضای خانوادهٔ خود را از کجروی و ناهنجاری نجات دهند؛ بنابراین اهمیت دادن به خانواده، در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی حائز اهمیت است. فعالیت‌های روزمرهٔ انسان در جامعه، مبتنی بر نظم اجتماعی است و این نظم از طریق افراد و رفتار گروه‌های اجتماعی تداوم می‌یابد. در حقیقت هر رفتار اجتماعی، از طریق هنجارها و قوانین خاصی اداره می‌گردد. این امر، در مراحل اولیهٔ زندگی از طریق فرایند اجتماعی شدن در خانواده انجام و در مراحل بعدی از راه کسب تجربیات در طول زندگی حاصل می‌شود. در نتیجه با توجه به هدف اصلی این پژوهش که بررسی رابطه بین سبک زندگی خانواده با پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی زنان است در این فصل به بیان مسئله، اهمیت موضوع، فرضیات و اهداف تحقیق پرداخت می‌شود.

۱-۱- بیان مسئله

آسیب شناسی یا پاتولوژی از جمله اصطلاحات زیست شناسی و پزشکی می‌باشد که در جامعه شناسی بکار گرفته شده است. این اصطلاح حاصل تشبیه جامعه به یک کالبد زیستی و بررسی موضوعات اجتماعی مانند موضوعات زیستی می‌باشد. آسیب شناسی اجتماعی به مطالعه بی نظمی‌ها و نابسامانی‌های اجتماعی و اعمال و رفتاری می‌پردازد که در اجتماع غیر طبیعی تلقی می‌گردد و نیز شرایطی را مورد بررسی قرار می‌دهد که اصول و هنجارهای ارزشمند جامعه مورد بی توجهی و یا تخطی قرار می‌گیرد و اهداف متعالی زندگی فردی و اجتماعی انسان تحقق نمی‌یابد. آسیب‌های اجتماعی یکی از مباحث مهم در روانشناسی اجتماعی هستند. از آنجایی که خاستگاه این آسیب‌ها جامعه است، بسیاری از خصوصیات و صفات جامعه را هم در بردارند (هارجیتی و نیومن، ۲۰۰۱). نگرش مثبت یا گرایش به رفتارهای مجرمانه در خانواده، از هم گسیختگی خانواده، ناسازگار یها و اختلالات خانوادگی، کمبودهای عاطفی، بیسوادی و ناآگاهی والدین نسبت به مسائل اجتماعی، عدم کنترل فرزندان و رو شهای نامناسب تربیتی، از عوامل مؤثر در پدیدهٔ جرم محسوب می‌شوند .با توجه به اهمیت نقش خانواده در پیشگیری از پدیدهٔ جرم، این پژوهش با هدف بررسی نقش خانواده در پیشگیری از جرائم و آسی بهای اجتماعی انجام شده است.

آسیب‌های فردی و اجتماعی به‌صورت انحراف، خطا، بی‌نظمی، اختلال و ... موضوعی است که افراد و جوامع در همهٔ زمان‌ها با آن درگیر بوده‌اند. این آسیب‌ها به‌عنوان یک بیماری اجتماعی همواره مورد توجه اهل علم بوده است؛ به طوری که جامعه‌شناسان نیز به آن پرداخته‌اند (آقا حسینی و ربانی، ۱۳۸۵). فرایند شتابان شهرنشینی و صنعتی شدن و به دنبال آن پیدایش معضلات اجتماعی؛ از جمله بزهکاری، انحرافات اجتماعی و اخلاقی؛ از قبیل سرقت، قتل، تجاوز، اعتیاد و ... که سرانجام به بحران‌های اجتماعی منجر می‌شوند، از جمله آسیب‌هایی به‌شمار می‌روند که گریبان‌گیر جوامع امروزی شده است (کریمیان، ۱۳۸۷).

برای بررسی آسیب‌های اجتماعی سه دیدگاه مطرح گردیده است، ۱- تبیین زیست‌شناختی که شامل بررسی آسیب‌ها در سطوح شیمیایی، فعل و انفعالات مغزی یا هورمون‌ها می‌باشد؛ ۲- دیدگاه روان‌شناختی که بر اساس تجارب کودکی

به بررسی آسیب‌ها می‌پردازد؛ ۳- دیدگاه جامعه‌شناختی که آسیب‌های اجتماعی را از دیدگاه روابط اجتماعی، روابط طبقاتی، روابط جنسیتی و روابط فردی بررسی می‌کند (استانکو، ۲۰۰۳).

سبک زندگی را می‌توان به مجموعه‌ای از رفتارها تعبیر کرد که فرد آن‌ها را به کار می‌گیرد تا نه فقط نیازهای جاری او را برآورند، بلکه روایت خاصی را که وی برای هویت: شخصی خود برگزیده است در برابر دیگران مجسم سازد (رحمت‌آبادی و آقابخشی، ۱۳۸۵). به عبارت دیگر، سبک زندگی کلیت بی همتا و منحصر به فرد زندگی است که همه فرایندهای عمومی زندگی، ذیل آن قرار دارند (آدلر، ۱۹۵۶). به طوری که با ارزیابی سبک زندگی افراد می‌توان میزان موفقیت‌های فردی و اجتماعی آنان را در زندگی مورد ارزیابی و بررسی قرار داد (کاکرهام، ۲۰۰۵). در واقع، سبک زندگی شیوهای نسبتاً ثابت است که فرد اهداف خود را به وسیلهٔ آن پی می‌گیرد (کاویانی، ۱۳۹۰). این شیوه نسبتاً ثابت شامل بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد از جمله نظام معیشتی، تفریح و شیوه‌های گذران اوقات فراغت، الگوی خرید و مصرف، استفاده از محصولات تکنولوژیک و امثال آن می‌شود (مهدویکنی، ۱۳۸۷). سبک زندگی سلامت محور بعنوان یک پدیدهٔ چندعلتی، چندبعدی و چنددلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که می‌توانند مانعی در مشکلات مربوط به سلامت و تضمین کنندهٔ سلامت برای فرد باشند. این سبک از ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیه مناسب و نامناسب، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... تشکیل شده است. جوهرهٔ تعریف سبک زندگی سلامت محور انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است (چانی، ۲۰۰۲؛ آبل،۱۹۹۱(. سبک زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است .سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸)، نیز سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف کرده است (لعلی و دیگران، ۱۳۹۱).

سبک زندگی مبتنی بر سلامت، فرایند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل عوامل مرتبط با سلامت و در نتیجهٔ افزایش سلامت آن‌هاست (موحد و دیگران، ۱۳۹۱). سبک زندگی ارتقادهندهی سلامت ترکیبی از شش بعد مدیریت استرس، مسئولیت؛ در قبال سلامت، روابط بین فردی، رشد معنوی، تغذیه و فعالیت بدنی است (نوری، ۱۳۸۶). بنابراین، انتخاب نوع سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با آن، نه تنها نقشی اساسی در سلامت افراد دارد، بلکه پیامدها و نتایجی خواهد داشت که می‌تواند بر عملکرد، بهزیستی و سلامت جسمی، روانی ذهنی، و اجتماعی آنها مؤثر باشد .یکی از کارکردهای مثبت سبک زندگی سالم، ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد و جوامع است. سلامت اجتماعی، عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب به دیگران .سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است (ویلیامز، ۱۹۹۵). امروزه سلامت اجتماعی، بعنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گستردهای یافته است؛ به گونهای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماریهای جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز بعنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌آید (سام آرام، ۱۳۸۸). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، بخصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گامهای مناسبی برداشته شده است، اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبهٔ اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود (فتحی و دیگران، ۱۳۹۱).

بطور کلی، بعد اجتماعی سلامت دربرگیرندهٔ سطوح مهارتهای اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود بعنوان عضوی از جامعهٔ بزرگتر است. از این نظر، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگتر محسوب می‌شود. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوهی ارتباط شخص در شبکهٔ روابط اجتماعی توجه می‌شود.

اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغهٔ مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود. اهمیت سلامت اجتماعی در حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقشه‌ای اصلی اجتماعی کنار بیایند .آنان در خانوادههایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیتهای جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف اجتماعی داشته باشد که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (فتحی و دیگران، ۱۳۹۱). با توجه به آن چه گفته شد، سبک زندگی یکی از عوامل توسعهٔ اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی افراد و جوامع به شمار می‌رود .یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم سبک زندگی، توسعهی مهارت‌های اجتماعی است. این مهارت‌ها بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد. در نهایت، با افزایش میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه، میزان سرمایهٔ اجتماعی در جامعه افزایش می‌یابد و دستیابی به اهداف توسعه، سریع‌تر و امکانپذیرتر می‌شود .بنابراین توجه به سلامت افراد جامعه و عوامل تأثیرگذار بر آن از جمله سبک زندگی افراد تأثیر مهمی بر سلامت جامعه و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی خواهد گذاشت.

این در حالی است که پژوهش‌ها در این زمینه، اندک و ناکافی است. به همین دلیل، با سنجش سبک زندگی افراد جامعه و رابطهٔ آن با پیشگیری آسیب‌های اجتماعی می‌توان راهکارها و پیشنهادهای کاربردی در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان را به منظور ارتقاء سلامت اجتماعی زنان ارائه داد. بدین منظور، پژوهش حاضر در صدد یافتن رابطه بین سبک زندگی خانواده و پیشگیری آسیب‌های اجتماعی زنان می‌باشد.

۱-۲- اهمیت و ضرورت پژوهش

در باب اهمیت و ضرورت پرداختن به سبک زندگی سلامت محور همین بس که طبق اظهارات معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سه عامل از چهار عامل مرگ و میر در کشور ایران به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به سبک زندگی مربوط می‌شود (اکبری، ۲۰۰۴). در اواخر قرن نوزدهم، با تغییراتی که در سبک زندگی افراد (تغذیه و بهداشت فردی) اتفاق افتاد، بیماری‌های عفونی کاهش یافته و جای خود را به بیماریهای مزمن داده است که نمی‌توان آنها را از طریق دارو درمان کرد .بیماری‌های مزمن اغلب در نتیجه شرایط زندگی ناسالم ایجاد شدهاند؛ بنابراین، توجه به منشأ این بیماریها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان‌ها، معطوف شده است. عواملی مانند الگوی تغذیهٔ نامناسب، نداشتن فعالیت بدنی، صدمه دیدن و ... از عوامل مهم مرگ و میر بوده‌اند. این تغییرات حتی به انتقال در مدل سلامت و بیماری از دههٔ ۱۹۷۰ به بعد منجر شده است. در پی این تغییر، مدل ترکیب عوامل اجتماعی روانی جایگزین مدل صرف پزشکی شده است (پول و توماس، ۲۰۰۲). بدین ترتیب، توجه به سبک زندگی و رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت، ضرورت چشمگیری یافته است. همچنین آسیب‌های اجتماعی پدیده‌هایی واقعی، متغیر، قانونمند و قابل کنترل و پیشگیری هستند. کنترل‌پذیری آسیب‌های اجتماعی، شناخت علمی آنها را در هر جامع‌های، برای پاسخ به پرس شهای نظری و عملی؛ همچنین کاربرد ایده‌ها و یافته‌های علمی تولید شده در برنامه ریزی‌های کوتاه مدت و بلند مدت برای مقابلهٔ صحیح با آسیب‌های اجتماعی، درمان یا پیشگیری از پیدایش و گسترش آنها ضروری و پراهمیت می‌سازد. عوامل متعددی در این زمینه نقش دارند که در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌گردد که ارتباط مستقیم با سبک زندگی خانواده‌ها می‌باشد. این موارد شامل؛ عدم پایبندی خانواده‌ها به آموزه‌های دینی؛ آشفتگی کانون خانواده؛ طرد اجتماعی؛ نوع شغل؛ بیکاری و عدم اشتغال؛ فقر و مشکلات معیشتی؛ دوستان ناباب؛ محیط؛ فقرفرهنگی و تربیت نادرست؛ رسانه‌ها و وسایل ارتباط جمعی است. بنابراین مقابله با جرم و آسیب‌های اجتماعی امری در قابل شناختن سبک زندگی در خانواده ضروری است؛ چرا که هیچ جامع‌های با وجود جرم و آسیب‌های عمومی نمی‌تواند زندگی امن و متعادلی داشته باشد.

۱-۳- فرضیه‌های پژوهش

۱-۳-۱- فرضیه اصلی

- سبک زندگی سلامت محور موجب پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی زنان می‌شود.

۱-۳-۲- فرضیه‌های فرعی

- نگرش به آسیب‌های اجتماعی در بین کارمندان زن آموزش و پرورش در شهرستان شهرکرد بالا است.
- مؤلفه‌های سبک زندگی رابطه معکوس و معنی داری با نگرش نسبت به آسیب‌های اجتماعی دارند.
- مؤلفه‌های سبک زندگی باعث پیش بینی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی می‌شوند.

۱-۴- اهداف پژوهش

۱-۴-۱- هدف اصلی

- بررسی رابطه بین سبک زندگی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی زنان

۱-۴-۲- اهداف فرعی

- بررسی میزان آسیب‌های اجتماعی در بین کارمندان زن آموزش و پرورش در شهرستان شهرکرد
- بررسی رابطه مؤلفه‌های سبک زندگی با نگرش نسبت به آسیب‌های
- بررسی قابل پیش بینی بودن آسیب‌های اجتماعی توسط مؤلفه‌های سبک زندگی

فصل دوم
مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲-۱- تئوری‌های کلان آسیب‌های اجتماعی

۲-۱-۱- بحران ارزش‌ها

در جوامعی که در حال انتقال از وضع اجتماعی و اقتصادی خاص به وضع و شرایط دیگری هستند، مشکلاتی پدید می‌آید که نتیجه تصادم نوگرایی و پایبندی به سنتهای دیرین و تشدید جنگ بین نسل‌ها است. در این مرحلهٔ برزخی و حساس، عناصر اخلاقی و ارزشهای اجتماعی بیش از هر چیز دیگر تغییر وضع و موضع می‌دهند. ولی از آنجا که سرعت حرکت هر فرهنگ با حرکت اقتصادی و نوآوری‌های تکنولوژی یکسان نیست، نسل‌هایی که در معرض چنین تحولات سریع اجتماعی قرار می‌گیرند، نمی‌توانند معیارهای همه پسندی برای وظیفه، فداکاری و ارزش‌های همانند آن داشته باشند، در این احوال کشمکش درون خانواده ایجاد می‌شود و نابسامانی خانواده و طلاق افزایش می‌یابد (مساواتی، ۱۳۷۴).

از منظر پیتریم سوروکین جوامع سه مرحله را طی می‌کنند:

۱ – جامعه ایدئولوژیک

در چنین جامعه‌ای اولویت با پدیده‌های مادی نیست، بلکه ستون جامعه را معنویت می‌سازد و توجه انسانها به امور آسمانی است.

۲ – جامعه معنوی مآب

در این جامعه، ارزش‌های معنوی به طور رسمی وجود دارد، اما عمل نمی‌شود، زیرا در درون رسوخ نکرده است. انسان‌ها به ظاهر پدیده‌های معنوی اولویت می‌دهند و آن را مقدس می‌شمارند ولی در عمل و در رویارویی با واقعیت به آنچه که گفته‌اند عمل نمی‌کنند ۰

۳ – جامعه حسی

در این جامعه، تنها امور مادی، جسمانی و ملموس ارزشمند است. در اینجا کالاها و اشیاء ارزشگذاری می‌شوند و بها و ارزش انسانها به میزان دارایی‌های آنان تعیین می‌شود، و انسانها از جوهر و ذات خود بیگانه می‌شوند، در چنین زمینه اجتماعی، طلاق بسط و تعدد می‌یابد و اخلاق انسانی سقوط می‌کند و امنیت در روابط انسانی کاهش می‌یابد.

۲-۱-۲- تئوری آنومی

از دیدگاه جامعه شناسان، آنومی به مفهوم فقدان اجماع در مورد اهداف اجتماعی، انتظارات جمعی و الگوی رفتار برای اعضا جامعه است. این حالت منجر به محو و غیبت تدریجی آتوریته و ضابطه اخلاقی می‌شود و جامعه کنترل اجتماعی خود را از دست می‌دهد.

۲-۱-۳- بحران وجدان جمعی

وجدان جمعی یکی از مهم‌ترین ضمانت‌های تحقق اهداف و ارزش‌های جامعه است. شخص یا اشخاص می‌توانند هنجارهای جامعه را تحقیر کنند، اما در برابر وجدان جمعی جز اطاعت راهی ندارند. به اعتقاد دورکیم هر چقدر وجدان جمعی قوی باشد، خشم عمومی در مقابل هنجارشکنی حادتر است. با ضعیف شدن وجدان جمعی، ارزش‌های منفی منتسب به طلاق کاهش می‌یابد و جامعه مطلقه‌ها را به عنوان مطرودین اجتماعی تلقی نمی‌کند و بدین ترتیب بر میزان طلاق افزوده می‌شود.

۲-۱-۴- مشکلات اقتصادی

به نظر کانگر، دوران‌های سخت اقتصادی در جامعه نتایج زیانباری بر خانواده‌ها دارد، از جمله آنها، احتمال وقوع گسیختگی خانواده و بی سامانی آن است. محرومیت اقتصادی تعاملات مثبت زوجین را کاهش می‌دهد و آنها را به سوی طلاق سوق می‌دهد. طلاق، نتیجه جامعه‌ای است که هیچ رابطه نرمالی بین درآمد و هزینه برقرار نکرده است . به نظر می‌رسد برنامه تعدیل ساختاری از طریق تورم فزاینده و گسترش و تعمیق فقر، علاوه بر اینکه در کوتاه مدت، اثر از هم گسیختگی و طلاق را بر جای می‌گذارد، در بلند مدت آثاری بر نهاد خانواده می‌گذارد که بسیار عمیق‌تر است و بیشتر مترتب بر فرزندان می‌باشد (بابایی، ۱۳۸۸).

۲-۲- تئوری‌های خرد آسیب‌های اجتماعی

۲-۲-۱- تئوری توزیع قدرت

گاه بین زن و شوهر تضادی ایجاد می‌شود و هر یک برای احراز منزلت خود و رسیدن به اهداف خویش، از طریق توسل به امکانات مالی، فرهنگی و .... قصد تسلط بر دیگری را دارد. تداوم این وضعیت، تنش و کشمکش بین زوجین را افزایش داده و در نهایت منجر به جدایی و طلاق آن‌ها می‌شود.

۲-۲-۲- تئوری نیاز ـ انتظار

هر موقعیتی هنجارهایی دارد که صاحب آن موقعیت، باید بر اساس آن عمل کند و افرادی که با وی در کنش متقابل هستند، از او انتظار دارند بر اساس هنجارهای آن موقعیت عمل کند. «انتظار» معیاری برای ارزیابی فردی است که دارای موقعیت معینی می‌باشد. در واقع فرد باید در آن موقعیت وظایفی را انجام دهد تا مناسب موقعیت مورد نظر باشد. (هرسی و بلانچارد، ۱۳۶۵). اگر این انتظارات برآورده نشود، ناراضی و پشیمان خواهند شد. ازکمپ معتقد است که احساس رضایت با نحوهٔ انطباق کامل امیدها و انتظارات با پیشرفتهای فرد تعیین می‌شود، در حالی که نارضایتی معلول ناکامی در رسیدن به انتظارات است (ازکمپ، ۱۳۶۹).

۲-۲-۳- تئوری تسری

گرونبرگ بیان می‌کند که رضایت و عدم رضایت از یک بخش از زندگی بر روی رضایت و عدم رضایت از بخشهای دیگر زندگی تأثیر دارد. بطور مثال نارضایتی فرد از زندگی اجتماعی می‌تواند موجب نارضایتی او از زندگی خانوادگی شود.

۲-۲-۴- تئوری خود میان بینی

هر گاه انسان یا انسانهایی، دیگری یا دیگران را با خود و ارزشهای خود ارزیابی نمایند، دچار خود میان بینی گردیده‌اند، این وضعیت جلوه ایی از خود گرایی است. این حالت بر روابط انسان با دیگران تأثیر منفی می‌گذارد و به سستی ارتباط، عدم امنیت، انزوای اجتماعی در سطح زندگی خانوادگی و اجتماعی منجر می‌شود..

۲-۳- سبک زندگی

اصطلاح سبک زندگی را نخستین بار در سال ۱۹۲۲ م .آلفرد آدلر روان شناس اتریشی به عنوان موضوعی مطالعاتی در روان شناسی مطرح کرد (کاویوانی، ۱۳۹۱). و پس از یک دورهٔ افول، دوباره از سال ۱۹۶۱ م. مورد اقبال اندیشمندان به ویژه جامعه شناسان قرار گرفت (مجدی و دیگران، ۱۳۸۲). جامعه شناسان در این توجه جدید، رویکرد دیگری به سبک زندگی یافته بودند. بنا به نقل اباذری و چاوشیان از جامعه شناسان در ادبیات جامعه شناسی، دو برداشت و دو گنه مفهوم سازی متفاوت از مفهوم سبک زندگی به عمل آمده است. در فرمول بندی نخست که یشینهٔ آن به دهه ۱۹۲۰ م، باز می‌گردد، سبک زندگی، معرّف ثروت و موقعیت اجتماعی افراد و غالباً به عنوان شاخصی برای تعیین طبقهٔ اجتماعی به کار رفته است .در فرمول بندی دوم، سبک زندگی، نه راهی برای تعیین طبقهٔ اجتماعی، بلکه شکل اجتماعی نوینی دانسته می‌شود کوه تنها در متن تغییرات فرهنگی مدرنیته و فرهنگ مصرف گرایی معنا می‌یابد (اباذری و چاوشیان،۱۳۸۱)؛ چراکه مفهوم سبک زندگی، انعطاف‌پذیر است؛ زیرا بر خلاف مفهوم طبقه، محتوا و منطق یا منشأ سبک‌های زندگی را از پیش تعیین نمی‌کند (رستمی و اردشیرزاده، ۱۳۹۲).به اعتقاد واکوانت میدان در وهله اول فضای ساختمندی از جایگاه‌ها است (استونز، ۱۳۸۱). هر میدان یا حوز های به کنشگران و عاملان خود، فضایی از امکانات عرضه می‌کند که سبب می‌شود، آفرینشگران در عمل هماهنگی یابند (بوردیو، ۱۳۸۱).

۲-۳-۱- ویژگی‌های سبک زندگی در اصطلاح روان شناسی

سبک زندگی همان گونه که شامل الگوهای رفتارهای عینی و خارجی است، الگوهای رفتارهای درونی و ذهنی را در بر می‌گیرد .بنابراین سبک زندگی، هم عینی و هم ذهنی است. سبک زندگی، تنها نوعی بیان یا نماد نیست؛ بلکه راه دستیابی به هدف و دارای اصالت است. به بیان دیگر کارکرد سبک زندگی در این اصطلاح، واقعی است. راهی برای رفع مشکلات و پیگیری اهداف است. سبک زندگی در این علوم، تجویزی و متکی بر آگاهی، گزینش گری و خلاقیت فرد با پذیرش تأثیر محیط فیز یکی و اجتماعی به عنوان بستر بروز است (مهدوی کنی، ۱۳۷۶).

۲-۳-۲- مؤلفه‌های عینی سبک زندگی

راه دیگر برای تحلیل محتوایی تعاریف سبک زندگی، تحلیول مصادیق یا مؤلفه‌های آن‌ها است. در این صورت تنها در صورتی می‌توان سبک زندگی را در هر تعریف، حقیقتی مستقل دانست که مصادیقی را که جامعه شناسان برای سبک زندگی نام برده‌اند صلاحیت بازگشت به یک معنای جامع نداشته باشند. ما شماری از مصادیق سبک زندگی از دیدگاه جامعه شناسان را نام می‌بریم (مهدوی کنی، ۱۳۷۶).

یک: الگوهای مصرف و تولید و کور و سرمایه: بودجه بندی، انتقال سرمایه‌ها، نوع نگاه و رفتار در مورد اشتغال زنان و تقسیم کار در زندگی، نوع و ویژگی‌های اشتغال اعضای خانواده، نوع لباس کار یا محل کار، فاصلهٔ محل کار توا خانواده، میزان مأموریت‌ها؛

دو: غذا: شیوهٔ تغذیه، خوردنی‌ها، سلیقه در غذا و مشروبات، روش پخت؛

سه: لباس، خودآرایی (نوع پوشاک و پیروی از مد)

چهار: مسکن: نوع مسکن (چیدمان، معماری و اثاثیه، فضای داخلی خانه وزتقسیم بندی فضاهای خصوصی و فضاهای عمومی و تفریحی داخلی و خارجی)

پنج، وسائل زندگی: نوع وسیلهٔ حمل و نقل، یخچال، ماشین لباسشویی و تلوزیون؛

۲-۴- پیشینه تجربی پژوهش

۲-۴-۱- تحقیقات داخلی

فارسی‌نژاد (۱۳۸۳)، رابطهٔ سبک‌های هویتی با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان را بررسی کرد. نتایج این پژوهش نشان داد نوجوانان اطلاعات مدار و هنجارمدار و کسانی که از تعهد هویتی بالایی برخوردار بودند، سلامت اجتماعی بیشتری داشتند، اما نوجوانانی که در برخورد با مسائل هویتی، شیوهٔ اجتنابی را به کار می‌گرفتند، میزان تعهد احساس خودکارآمدی و سلامت اجتماعی آنها پایین‌تر بود.

وحیدی و دیگران (۱۳۹۱)، در پژوهشی با موضوع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ۲۵ مورد از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را شناسایی نمودند که برخی از آنها عبارتند از :فرهنگ و سبک زندگی، شبکهی حمایت اجتماعی، دولت و شهرنشینی، رفتارهای سلامت و...

جمعه‌نیا (۱۳۸۷)، نشان داد بین سبک‌های هویت یابی و سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحقیق وی نشان داد بین دختران و پسران، از نظر سطح سلامت اجتماعی در ابعاد مشارکت و انسجام اجتماعی، تفاوت معنادای وجود دارد، در حالی که در ابعاد پذیرش، شکوفایی و انطباق اجتماعی در بین دختران و پسران تفاوت معناداری به دست نیامد.

۲-۴-۲- تحقیقات خارجی

نتایج تحقیق دی (۲۰۱۱)، نشان داده است که سبک زندگی با سلامتی اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است. کارسون و آرنولد (۱۹۹۶)، به این نتیجه رسیدند که تقیدات درونی دینی و معنوی عامل مهمی در پیشگیری از آسیبهای رفتاری و اجتماعی است؛ همچنین سبک زندگی دینی و توأم با معنویت از رفتارهای خودکشی، طلاق و انحرافات اجتماعی پیشگیری می‌کند.

یافته‌های ژوبرت (۱۹۹۵)، نیز حکایت از آن داشت که تجارب و سبک زندگی معنوی با شاخص‌های آسیب‌شناسی اجتماعی در گروه‌های مختلف اجتماعی ارتباط دارد؛ همچنین پژوهشهای بسیاری بعنوان مثال، جانسون و دیگران (۲۰۰۰)، بایر و رایت (۲۰۰۱)، ویتن (۲۰۰۵)، سراجزاده (۱۹۹۸) و طالبان (۱۳۸۸)، از وجود رابطه‌ای معکوس بین سبک زندگی دینی و بزهکاری و کجروی حکایت دارند.

فصل سوم

مواد و روش‌های تحقیق

۳-۱-نوع روش تحقیق

این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی- همبستگی می‌باشد. در این نوع تحیقیق رابطه میان متغیرها بر اساس هدف تحقیق تحلیل می‌گردد. تحقیق حاضر نیز به توصیف، بررسی و ارزیابی رابطه بین سبک زندگی با پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در میان زنان آموزش و پرورش شهرستان شهرکرد می‌پردازد.

۳-۳- جامعه آماری و روش برآورد حجم نمونه

جامعه آماری که به آن جمعیت آماری نیز گفته می‌شود به مجموعه افراد (یا عناصر) دارای ویژگی‌های مشترکی اطلاق می‌شود که تحقیق درباره آن انجام می‌شود (عزتی، ۱۳۸۳: ص ۱۲۸). در این پژوهش جامعه آماری شامل ۱۴۰۰ نفر از کارمندان زن آموزش و پرورش در شهرستان شهرکرد می‌باشد.

۳-۴- روش گرد آوری اطلاعات

گردآوری اطلاعات در این پژوهش با استفاده از روش کتابخانه‌ای و روش میدانی می‌باشد. در روش کتابخانه‌ای، استفاده از منابع موجود در کتابخانه‌ها و استفاده از اسناد و مدارک در رابطه با موضوع و کاوش در سایت‌های اینترنتی مورد توجه قرار می‌گیرد. در روش میدانی، توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه مد نظر خواهد بود. ابزار گرد آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه، فیش برداری، آمار و اطلاعات مربوط کارمندان آموزش و پروش شهرستان شهرکرد می‌باشد. در این تحقیق برای جمع آوری اطلاعات میدانی از پرسشنامه‌های سبک زندگی (LSQ) و سنجش نگرش به آسیب‌های اجتماعی استفاده شده است.

۳-۵- ابزار گرد آوری اطلاعات

از متداول‌ترین روش‌های جمع آوری اطلاعات در تحقیقات توصیفی و از شاخه میدانی، پرسشنامه است. در این تحقیق سعی برآن است که از شیوه‌هایی که به نتایج مطلوب منجر می‌گرددداستفاده گردد. لذا برای این کار محقق از دو پرسشنامه سبک زندگی (LSQ) و سنجش نگرش به آسیب‌های اجتماعی به شرح ذیل استفاده گردیده است.

۳-۵-۱- پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)

پرسشنامه LSQ توسط لعلی و همکاران (۱۳۹۱) با هدف ارزیابی ابعاد مختلف سبک‌های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) طراحی گردیده است.

- روش نمره گذاری و تفسیر

این پرسشنامه دارای ۷۰ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک‌های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول ۳-۱ ارائه گردیده است:

جدول۳-۱. امتیاز دهی به پرسشنامه سبک زندگی

گزینه	هرگز	گاهی اوقات	معمولاً	همیشه
امتیاز	۱	۲	۳	۴

پرسشنامه فوق دارای ۱۰ بعد بوده که سؤالات مربوط به هر بعد در جدول ۳-۲ ارائه گردیده است:

جدول۳-۲. ابعاد پرسشنامه سبک زندگی

بعد	سؤالات مربوطه
سلامت جسمانی	۱-۸
ورزش و تندرستی	۹-۱۵
کنترل وزن و تغذیه	۱۶-۲۲
پیشگیری از بیماری‌ها	۲۳-۲۹
سلامت روان شناختی	۳۰-۳۶
سلامت معنوی	۳۷-۴۲
سلامت اجتماعی	۴۳-۴۹
اجتناب از داروها و مواد مخدر	۵۰-۵۵
پیشگیری از حوادث	۵۶-۶۳
سلامت محیطی	۶۴-۷۰

برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نمایید. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع کنید.

- روایی و پایایی

در پژوهش لعلی و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از آزمون تحلیل عاملی روایی سازه پرسشنامه سبک زندگی را به منزلهٔ ابزاری چند بعدی برای ارزیابی و اندازه گیری سبک زندگی مورد تأیید قرار دادند. همچنین پایائی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (۱+) به معنای پایائی کامل قرار می‌گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می‌شود. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سبک زندگی (LSQ) در جدول ۳-۳ ارائه شده است:

۳-۳. مقدار آلفای کرونباخ در پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)

بعد	آلفای کرونباخ
سلامت جسمانی	۰/۸۹
ورزش و تندرستی	۰/۸۷
کنترل وزن و تغذیه	۰/۸۵
پیشگیری از بیماری‌ها	۰/۸۷
سلامت روان شناختی	۰/۸۸
سلامت معنوی	۰/۸۴
سلامت اجتماعی	۰/۸۲
اجتناب از داروها و مواد مخدر	۰/۷۹
پیشگیری از حوادث	۰/۸۵
سلامت محیطی	۰/۷۶
کل	۰/۸۷

فصل چهارم

یافته‌های تحقیق

۴-۱- آمار توصیفی

۴-۱-۱- ویژگی‌های دموگرافیک

جدول ۴-۱ ویژگی دموگرافیک سن و تأهل، آزمودنی‌ها را به شرح ذیل نشان می‌دهد. در جدول ۴-۱ مشاهده می‌شود که گروه سنی ۳۱ الی ۴۰ سال با ۴۱ درصد بیشترین فراوانی و گروه زیر ۳۰ سال با ۱۳ درصد کمترین فراوانی را داشتند. همچنین مشاهده می‌شود که میزان تأهل در زنان کارمند ۷۱ درصد و مجرد ۲۹ درصد است.

جدول ۴-۱. توزیع فراوانی و درصد فراوانی سن و تأهل آزمودنی‌ها

سن	فراوانی و درصد فراوانی	تأهل	فراوانی و درصد فراوانی
زیر ۳۰ سال	۱۳	متأهل	۷۱
۳۱ الی ۴۰	۴۱	مجرد	۲۹
۴۱ الی ۵۰	۴۰		
بالای ۵۰	۱۶		

جدول ۴-۲ ویژگی دموگرافیک سنوات خدمت و مدرک تحصیلی آزمودنی‌ها را به شرح ذیل نشان می‌دهد. در جدول ۴-۲ مشاهده می‌شود که گروه با سنوات ۵ الی ۱۰ سال با ۳۸ درصد بیشترین و گروه با سنوات زیر ۵ سال با ۱۷ درصد کمترین فراوانی را داشتند. جدول ۴-۲ همچنین نشان می‌دهد که ۲۳/۰٪ نمونه تحت بررسی مجرد (۲۳ نفر) و ۷۷/۰٪ متأهل (۷۷ نفر) بودند و ۲۳٪ نمونه تحت بررسی فوق دیپلم یا پایین‌تر، ۶۱٪ از نمونه لیسانس و ۱۶٪ از نمونه تحت بررسی فوق لیسانس یا بالاتر بودند.

جدول ۴-۲. توزیع فراوانی و درصد فراوانی سنوات خدمت و مدرک تحصیلی

سنوات خدمت	فراوانی و درصد فراوانی	مدرک تحصیلی	فراوانی و درصد فراوانی
زیر ۵ سال	۱۷	فوق دیپلم و پایینتر	۲۳
۵ الی ۱۰	۳۸	لیسانس	۶۱
۱۱ الی ۱۵	۲۰	فوق لیسانس	۱۶
بالای ۱۵	۲۱		
	۱۰۰		۱۰۰

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱-بحث

سبک زندگی مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی مردم به کار می‌رود و منعکس کنندهٔ طیف کاملی از ارزش‌ها، عقاید و فعالیت‌های اجتماعی است. به عبارتی سبک زندگی شامل فعالیتهای معمول و روزانه‌ای است که شخص آنها را در زندگی خود بکار گرفته و روی سلامت او تأثیر دارد (ایگلتون، ۱۳۸۱). سبک زندگی دارای دو جنبهٔ مثبت و منفی (سالم و خطرپذیر) است. بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهند کسانی که سبک زندگی سالم را انتخاب می‌کنند رفتارهای خطرپذیر کمتری دارند. شیوه‌های زندگی مرسوم بین انسان‌ها، تأثیر مهمی بر سلامت و تندرستی آنها دارد. زندگی سالم‌تر، محصول تعامل بین فردی و محیط اجتماعی- اقتصادی احاطه‌کنندهٔ شیوه و سبک زندگی افراد با افراد است (سرگین و الیتون، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر، نحوهٔ ارتباطات اجتماعی و حضور آنها در جامعه و بطور کلی سلامت اجتماعی آنها مرتبط می‌باشد. پژوهش حاضر، رابطهٔ سبک زندگی سلامت محور و ابعاد آن با نگرش و پیشگیری ازآسیب‌های اجتماعی در بین زنان کارمندآموزش و پرورش شهرستان شهرکرد، مورد بررسی قرار داد. یافته‌های این تحقیق به صورت سؤالات ذیل بحث می‌شوند.

سؤال اول: نگرش به آسیب‌های اجتماعی در بین کارمندان زن آموزش و پرورش در شهرستان شهرکردبه چه میزانی است؟

باتوجه به یافته‌های پژوهش در جدول ۵-۱ میزان نگرش به آسیب‌های اجتماعی در زنان کارمند آموزش و پرورش با میانگین ۲,۸۸ از طیف لیکرت (۱ تا ۵) با ۴۲ گویه به شرح ذیل می‌باشد.

جدول ۵-۱. میزان نگرش به آسیب‌های اجتماعی

نوع نگرش	(نگرش منفی) نمره ۴۲- ۸۵	(نگرش متوسط) نمره ۸۶- ۱۵۴	(نگرش مثبت) ۱۵۵- ۲۱۰
میانگین مجموع نمرات	٪۳۰	٪۴۵	٪۲۵

در نتیجه بیشترین فراوانینگرش به صورت متوسط (٪۴۵) می‌باشد. همچنین نگرش منفی که نشان دهنده آسیب اجتماعی پایین است ٪۳۰ و نگرش مثبت ٪۲۰ درصد است. همچنین با توجه به نتایج آزمون t تک نمونه مستقل مشاهد شد که متوسط پاسخ دهیدارای اختلاف کمتر و معنی داری با عدد استاندارد ۳ می‌باشد. در نتیجه متوسط آسیب‌های اجتماعیدر بین زنان کارمند آزموزش و پرورش پایین می‌باشد. ولی نباید از ٪۲۵ نگرش مثبتو ٪۴۵ نگرش متوسط به آسیب‌های اجتماعی در این طیف جشم پوشی کرد. زیرا آسیب‌های اجتماعی مفاهیمی پرنوسان هستند و همچنین این دو طیف در معرض قرار گیری به این آسیب‌ها می‌باشند.

سؤال دوم: آیا مؤلفه‌های سبک زندگی رابطه‌ای با نگرش نسبت به آسیب‌های اجتماعی دارند؟

نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین میانگین مولفه‌های سبک زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، سلامت روان شناختی، پیشگیری از بیماری‌ها و کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از حوادث، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و

مواد مخدر، سلامت معنوی و سلامت محیطی) با میانگین نگرش به آسیب‌های اجتماعی نشان دادند که تمامی مؤلفه‌های سبک زندگی با نگرش به آسیب‌های اجتماعی دارای همبستگی معکوسی می‌باشند و به جز مؤلفه کنترل وزن و تغذیه و پیشگیری از حوادث همگی رابطه معکوس معنی داری با نگرش به آسیب‌های اجتماعی دارند. همچنین بیشترین همبستگی مربوط به مؤلفه ورزش و تندرستی، سلامت محیط، سلامت روان شناختی، پیشیگیری از بیماری‌ها و سلامت روانی می‌باشند.

سؤال سوم: آیا مؤلفه‌های سبک زندگی باعث پیش بینی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی می‌شوند؟

نتایج مدل رگرسیون خطی به روش پیشرونده نشان دادند که متغیرهای اولیه سلامت محیطی و ورزش و تندرستی دارای بیشترین همبستگی با سنجش نگرش به آسیب‌های اجتماعی می‌باشند. سپس مولفه‌های سلامت معنوی و سلامت روانشناختی دارای همبستگی با سنجش نگرش به آسیب‌های اجتماعی می‌باشند. در نتیجه مشاهده می‌شود که با افزایش مولفه‌های سبک زندگی، نگرش به آسیب‌های اجتماعی کاهش می‌یابند. همچنین نتایج آزمون آنوا نشان دهنده اعتبار بالای هر دو مدل رگرسیونی؛ سلامت محیطی/ ورزش و تندرستی و سلامت معنوی / سلامت روانشناختی با سنجش مگرش به آسیب‌های اجتماعی بوده است.

۵-۲-نتیجه گیری

در تعریف سلامت در سال 1948 که توسط سازمان بهداشت جهانی بیان شد، کاهش آسیب‌های اجتماعی (طلاق، سرقت و ...) یکی از سطوح سلامت کلی فرد بیان شده است به طور کلی از دید سلامت اجتماعی هر کسی عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعهٔ بزرگتر به حساب می‌آید. در نتیجه کاهش آسیب‌های اجتماعی را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای کیفیت زندگی و سبک زندگی هر فرد در نظر گرفت. در حقیقت کاهش آسیب‌های اجتماعی و بهبود سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند. در نتیجه حرکت به سوی تندرستی ایده‌آل و سالم سازی محیط از عناصر ضد اجتماعی و ضد فرهنگی با تلاش در راستای پیشگیری از بیماری‌های فردی و افزایش توان افراد در نظارت بر تندرستی و بهبود آن جهت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی امکان‌پذیر و کارمد است. در این راستا غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر اولین گام در راستای ارتقای سلامتی است. در این طرح سنجش سلامت زنان به منظور شناسایی افراد در معرض خطر، تحت درمان قراردادن افراد بیمار، ارزیابی امکانات موجود و تعیین اولویت‌های بهداشتی و آموزشی، بایدصورت بپذیرد.

همچنین افزایش سلامت روان از آن جهت که رابطهٔ مستقیمی با بهبود عملکرد فردی، اجتماعی و معکوسی با آسیب‌های روانی و اجتماعی دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است و این اهمیت باعث پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و درمان، تدوین و اجرای برنامه‌های متعدد سلامت روانی در سه بعد در نظام شبکه سلامت شده است. همگانی کردن آموزش بهبود سبک زندگی و مهارت زندگی به عنوان اصلی‌ترین و موثرترین اقدام پیشگیرانه از اختلال‌های روانی-اجتماعی می‌تواند نتایج مفیدی در کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای فرهنگ فردی و اجتماعی داشته باشد. میرزامحمدی و دیگران (۱۳۹۰)، در تأیید نتایج این تحقیق، نشان دادند که سبک زندگی سالم و معنوی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد و در نقش این نوع سبک زندگی بر سلامت اجتماعی به انسجام اجتماعی، کاهش رفتارهای نابهنجار و انحرافی، ایجاد یک نظام فکری مشترک و اصلاح جامعه اشاره کرده‌اند. یافته‌های این تحقیق همچنین با نتایج تحقیقات محققین دیگری که رابطهٔ بین دو متغیر زندگی سالم و سلامت اجتماعی و ابعاد آن را بررسی نموده‌اند، همخوانی دارد (سراجزاده و دیگران، ۱۳۹۲؛ صالح صدقپور و دیگران، ۱۳۸۸؛ میرزایی و علیجانی، ۱۳۸۵؛ پروین، ۱۳۹۱). سراجزاده و دیگران (۱۳۹۲)، نشان دادند که سبک زندگی دینی دارای تأثیر معنادار مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت کل است که تأثیر آن بر سلامت اجتماعی بطور غیر مستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است. دی (۲۰۱۱)، در تحقیقات خود نشان داده است که سبک زندگی سالم با سلامت اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است. کارسون و آرنولد (۱۹۹۶)، نیز به این نتیجه رسیدند که تقیدات درونی و معنوی و سبک زندگی دینی عامل مهمی در پیشگیری از آسیب‌های رفتاری و اجتماعی است. سبک زندگی دینی و توأم با معنویت از رفتارهای خودکشی، طلاق و انحرافات اجتماعی پیشگیری می‌کند. همچنین پژوهش‌های بسیاری مانند جانسون و دیگران (۲۰۰۰)، بایر و رایت (۲۰۰۱)، ویتن (۲۰۰۵) و طالبان (۱۳۸۸)، از وجود رابطه‌ای معکوس بین سبک زندگی سالم و بزهکاری و کجروی حکایت دارند. ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۰)، به این نتیجه رسیدند که شیوهٔ زندگی سالم، در مصون‌سازی و پیشگیری از انحرافات رفتاری اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی افراد مؤثر است. نتایج تحقیقات باتلر و دیگران (۲۰۰۲)، نیز نشان دادند که سبک زندگی سالم موجب درک، تعهد، انعطافپذیری در روابط، احساس مسئولیت‌پذیری و استفاده از فن خود مداخل‌های برای حل تعارض می‌شود.

آنچه بطور کلی از این مطالعه استنباط می‌شود این است که سبک زندگی سالم منجر به بهبود و ارتقای سلامت اجتماعی افراد جامعه می‌شود.

بنابراین بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهادهای زیر توصیه می‌گردد:

- تقویت مراکز مشاوره و مددکار اجتماعی زنان درمحل کار؛

- ترغیب زنان برای شرکت در کلاس‌های مشاور و مددکاری اجتماعی؛
- ارائهٔ خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی بررسی منظم سلامت روانی زنان توسط افراد کارآمد؛
- گسترش برنامه‌های بهداشت روان و آشنایی بیشتر زنان با اهداف آن؛
- ارائهٔ حمایت‌های روانی- معنوی و اجتماعی در مواقع تجربهٔ بحران، فقدان یا رخداد مهم در زندگی زنان و خانوادهٔ آن‌ها؛
- گسترش فعالیتهای فوق برنامه و تفریحات سالم؛
- کلاس‌های آموزشی مهارتهای مدارا، حل مشکل، مدیریت استرس و مهارت‌های ارتباطی؛
- تمهیداتی برای تخلیهٔ هیجانی؛ مثل :ورزش به منظور کاهش اضطراب؛
- برگزاری کارگاه‌هایی به منظور ارتقای آگاهی زنان در مورد مهارتهای اجتماعی.

برای پیشگیری از آسیب اجتماعی، می‌توان سه سطح در نظر گرفت .پیشگیری سطح اول در سطح جامعه عمل می‌نماید و شامل آموزش مهارتهای زندگی برای کل افراد جامعه به ویژه زنان است. پیشگیری سطح دوم شامل تشخیص زودرس آسیبهای اجتماعی همراه با اقدامات هماهنگ اجتماعی است و پیشگیری سطح سوم در پی جلوگیری از شدت یافتن آسیبهای اجتماعی و کاستن از تنش‌های آن در خانواده و جامعه فعالیت می‌نماید. به دلیل هزینهٔ زیاد و اثربخشی و کارآمدی ناچیز پیشگیری ثانویه، توجه متخصصان حول محور برنامه‌های پیشگیرانه در سطح اول متمرکز گردید و به دنبال آن برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی به منظور ارتقای بهداشت روان و پیشگیری از آسیب‌ها تهیه شد.

سبک‌های زندگی شامل مجموعهای ازالگوهای زندگی هستند که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش می‌دهد و در نتیجه شخص را قادر می‌سازد تا بدون این که به خود یا دیگران صدمه بزند، مسئولیت خود را بپذیرد و با چالشهای روزمره به صورت مؤثر روبه‌رو گردد.

محققان تأثیر مثبت سبک زندگی را در کاهش سوء مصرف مواد، استفاده از ظرفیت وتوانمندیهای هوشی و شناختی و پیشگیری از رفتارهای خشونت‌آمیز موردتایید قرار داده‌اند. یادگیری موفقیت‌آمیز مهارت‌های زندگی و احساس یادگیرنده را در مورد خود و دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ به همین خاطر کسب مهارتهایی در مورد سبک زندگی سالم، هم شخص و هم محیط را تغییر می‌دهد و این کار ارتقای بهداشت روان را در زنان جامعه دو چندان می‌سازد.

منابع و مآخذ

ابراهیمی، امرالله؛ سموعی، راحله؛ آرمان، سرور و میرزایی، فرزانه .(1380) بررسی نقش تاریخچه ی تجارب مذهبی معنوی در پیشگیری از آسیبهای رفتاری و اجتماعی دختران، نخستین همایش جوان و آرامش روان :مشکلات مشاوره و درمانگری با نگرش اسلامی، قم :پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

آتش پور، سید حمید، اثرات روانی – اجتماعی طلاق، مجله بهداشت جهان، سال یازدهم(۱۳۷۵)، شماره دوم.

ادیب، محمد حسین، جامعه شناسی ایران، نشر هشت بهشت(اصفهان)، ۱۳۷۴، ص۸۷.

احمدی، حسین .(1384) جامعه شناسی انحرافات، چاپ اول، تهران :سمت.

آزاد، تقی، بررسی مسائل اجتماعی، نشر جهاد دانشگاهی، ۱۳۷۷،ص ۲۰۳.

ازکمپ،الف، (۱۳۶۹). روانشناسی اجتماعی کاربردی، ترجمۀ فرهاد ماهر، انتشارات آستان قدس رضوی، ص۲۶۰.

اسکندری، لاله .(1388) بررسی عوامل مؤثر بر اعتماد اجتماعی، پایاننامه ی کارشناسی ارشد، دانشکده ی علوم اجتماعی، دانشگاه الزهراء(س)

افشانی، سید علیرضا؛ رسولی نژاد، سید پویا؛ کاویانی، محمد و سمیعی، حمیدرضا(1393) "بررسی رابطه ی سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد"، دوفصلنامه ی .مطالعات اسلام و روانشناسی، سال هشتم، شماره ی 14

اورعی، غلامرضا، بررسی مسائل اجتماعی ایران،انتشارات خوشه،۱۳۶۶، ص ۶۴.

ایگلتون، تری .(1381) درآمدی بر ایدئولوژی، ترجمه ی اکبر معصوم بیگی، تهران :نشر آگه.

ایوت والچاک و شیلا برنز، طلاق از دید فرزند، ترجمه فرزانه طاهری، نشر مرکز، ۱۳۶۶، ص ۲۳۲..

بابایی، ف، (۱۳۸۸). تعدیل ساختاری و فقر و ناهنجاریهای اجتماعی، انتشارات کویر، ص ۱۶۳.

بروس کوئن (۱۳۷۰)، درآمدی بر جامعه شناسی، محسن ثلاثی، انتشارات فرهنگ معاصر، ص ۱۳۳.

بشیریه، حسین .(1382) جامعه شناسی سیاسی، تهران :نشر نی.

پورافکاری، نصراله .(1391) بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه،فصلنامه ی تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، سال ششم، .شماره ی18

پورستار، ملیحه و حکمتی، عیسی .(1387) "پیش بینی سلامت اجتماعی بر اساس باورهای دینی در بین دانشجویان دختر"، زن و مطالعات خانواده، سال دوم، شماره ی7

توسلی، غلامعباس .(1383) "تحلیلی از اندیشه ی پیر بوردی و درباره ی فضای منازعه آمیز .اجتماعی و نقش جامعه شناسی"، نامه ی علوم اجتماعی، شماره ی23

جمعه نیا، سکینه .(1387) بررسی رابطه ی سلامت اجتماعی با سبکهای هویت یابی دانش آموزان دبیرستانهای دولتی شهر گنبد، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشکده ی روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.

چابکی، ام البنین .(1381) " نقش عوامل روان شناختی در مشارکت سیاسی زنان"، فصلنامه ی علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، شماره ی19

حاتمی، پریسا .(1389) بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید برشبکه های اجتماعی، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی 60.فصلنامه توسعه اجتماعی، دوره دهم، شماره1 ، پاییز94

حسینی، سیده فاطمه .(1388) بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده ی علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی در سال88 ،پایان نامه ی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

حسینی، بیرجندی، سید مهدی، مشاوره ازدواج، انتشارات آوای نور، ۱۳۷۷،ص۲۶۴.

حسامزاده، علی؛ دالوندی، نیوشا و کیانی، تیام .(1391) "تبیین سبک زندگی سلامت محور .مبتنی بر فرهنگ اسلامی"، مجله ی تحقیقات کیفی در علوم سلامت، سال اول، شماره ی4
دالوندی، اصغر؛ مداح، سید باقر؛ خانکه، حمیدرضا؛ بهرامی، فاضل؛ پروانه، شهریار؛
رحمت آبادی، الهام و آقابخشی، حبیب .(1385) "سبک زندگی و هویت اجتماعی جوانان"، .فصلنامه ی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ی20
رسولی نژاد، سید پویا .(1393) بررسی رابطه ی سبک زندگی با سلامت اجتماعی در شهرتالش، پایان نامه ی کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشکده ی علوم اجتماعی دانشگاه یزد.
رضایی، زینب؛ حسنزاده، رمضان و میرزاییان، بهرام.(1392) "مقایسه ی رضایت زناشویی،سبک زندگی و سلامت روان در مردان و زنان بازنشسته و غیر بازنشسته"، دانش و پژوهش .در روانشناسی کاربردی، سال چهاردهم، شماره ی4
رفیعپور، فرامرز .(1378) آنومی یا آشفتگی اجتماعی پژوهشی در زمینه ی پتانسیل آنومی در شهر تهران، تهران : انتشارات سروش.
زنجری، نسیبه .(1390) مطالعه ی تعیین کننده های اجتماعی روان شناختی سبک زندگی ارتقادهنده ی سلامت سالمندان، مطالعه ی موردی :سالمندان شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه شیراز.
ساروخانی،ب، (۱۳۷۲)، جامعه شناسی ارتباطات، انتشارات اطلاعات، ۱۳۷۲،ص .۶۷
ساروخانی، ب، (۱۳۷۶)، طلاق، پژوهشی در شناخت واقعیت و عوامل آن، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۶، ص ۷.
سام آرام، عزت الله .(1388) "بررسی رابطه ی سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس .جامعه محور"، فصلنامه ی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره ی1
سراجزاده، سیدحسین؛ جواهری، فاطمه و ولایتی خواجه، سمیه .(1392) دین و سلامت:آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه ای از دانشجویان، جامعه شناسی کاربردی، .شماره ی44
سوزان فوروارد، مردان زن ستیز، ترجمه شیما نعمت اللهی، انتشارات خجسته، ۱۳۷۷، ص۳۳۵و ص ۳۴۰.
سیادت نسبت، سید مهرداد .(1380) "عوامل مؤثر بر مشارکت سیاسی زنان در شهر .یاسوج"، فصلنامه آوای دانا، شماره ی4
شارعپور، محمود؛ ودادهیر، ابوعلی و قربانزاده، سکینه .(1389) "تحلیل جنسیتی تصادف با تأکید بر مفهوم سبک زندگی سالم :مطالعه ی موردی جوانان شهر تهران"، زن در توسعه ی سیاست(پژوهش زنان)، دوره ی8 ، شماره ی2
صالح صدقپور، بهرام؛ محمودیان، مجید و سلیمانیان، حمیدرضا .(1388) "بررسی تأثیرآموزش آموزه های قرآنی بر بهبود پذیرش اجتماعی"، فصلنامه ی تخصصی پژوهشهای میان .رشته ای قرآنی، سال اول، شماره ی2
صالحی هیکویی، مریم .(1384) "بررسی رابطه ی متقابل بین سرمایه ی اجتماعی شبکه واعتماد متقابل شخصی و جنسیت، پایان نامه ی کارشناسی ارشد پژوهش، دانشگاه الزهراء(س.)
طالبان، محمدرضا .(1388) "دینداری و بزهکاری در میان جوانان دانش آموز، طرح پژوهشی، معاونت پژوهشی وزارت آموزش و پرورش.
طولابی، زینب؛ صمدی، سعید و مطهری نژاد، فاطمه .(1392) "بررسی نقش میانجی عزت نفس و خودکارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی"، مجله ی مطالعات جامعه شناختی جوانان، شماره ی9 ، بهار.
عبدالله تبار، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محققی کمال، سید حسین؛ ستاره فروزان، آمنه و صالحی،مسعود .(1386)"سلامت اجتماعی دانشجویان"، فصلنامه ی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره ی 30 و31
عبدی، عباس، گودرزی، محسن، تحولات فرهنگی در ایران، انتشارات سروش، ۱۳۷۸، صص۱۶۴-۱۶۳.

علیجانی، مریم .(1385) "رابطه ی بین هویت دینی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه .آزاد اسلامی"، فصلنامه ی مطالعات روانشناختی دانشگاه آزاد تهران جنوب، شماره ی3
فارسی نژاد، معصومه .(1383) "بررسی رابطه ی سبکهای هویت با سلامت اجتماعی وخودکارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه ی دوم دبیرستانهای شهر تهران،پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشکده ی روانشناسی دانشگاه تهران.
فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا و خاکرنگین، مریم (1391) "عوامل مرتبط با سلامت .اجتماعی معلمان شهر مراغه"، فصلنامه ی رفاه اجتماعی، سال دواردهم، شماره ی47
فروم، اریک .(1385) جامعه ی سالم، ترجمه ی اکبر تبریزی، چاپ چهارم، تهران :بهجت.
فصلنامه توسعه اجتماعی، دوره دهم، شماره1 ، پاییز94
قاسمی، وحید؛ ربانی خوراسگانی، رسول؛ ربانی خوراسگانی، علی و علیزاده اقدم، محمدباقر(۱۳۸۷)،"تعیین کننده های ساختاری و سرمایه ای سبک زندگی سلامت محور"، مجله ی . دانشکده ی ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم"، سال شانزدهم، شماره ی63
کاویانی، محمد .(1390) کمی سازی و سنجش سبک زندگی اسلامی، روانشناسی و دین، سال چهارم، شماره ی2

کرایب، یان .(1383) نظریه ی اجتماعی مدرن از پارسونز تا هابرماس، ترجمه ی عباس مخبر، تهران :انتشارات آگاه.
کگی کریستیان، بعد از جدایی، ترجمه مهشید میرمعزی، نشر بانو، ۱۳۷۷، ص۷۸.
کمالی، افسانه .(1383) "مطالعه ی تطبیقی اعتماد اجتماعی در دو حوزه ی فرهنگ و سیاست، پایان نامه ی دکتری جامعه شناسی، دانشگاه تهران.
کی نیا، مهدی، پژوهشی در عوامل اجتماعی طلاق، مطبوعات دینی(قم)، ۱۳۷۳، ص۴۷۶
کیوان آرا، محمود .(1386) اصول و مبانی جامعه شناسی پزشکی، اصفهان :انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
گواهی، زهرا، بررسی حقوق زنان در مسئله طلاق، چاپ سازمان تبلیغات اسلامی، ۱۳۷۳،ص ۱۴۷ و ص۱۵۴.
گیدنز، آنتونی .(1385) تجدد و تشخص جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه ی ناصر موفقیان، تهران :نشر نی.
لعلی، محسن؛ عابدی، احمد و کجباف، محمدباقر .(1391) "ساخت و اعتباریابی .پژوهشهای روانشناختی، دوره ی 15 ، شماره ی 1 ، (*LSQ*)"پرسشنامه ی سبک زندگی
لهسایی زاده، عبدالعلی و باور، یوسف .(1381) "نگرش دانشجویان نسبت به مشارکت .سیاسی زنان"، فصلنامه ی علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی"، شماره ی19
مرتن، ر، (۱۳۷۶). مشکلات اجتماعی و نظریه های جامعه شناختی، ترجمه نوین تولایی، انتشارات امیرکبیر، صص۲۶-۲۵ -۳۳.
موحد، مجید؛ زنجری، نسیبه و صادقی، رسول (1391) تعیین کننده های اجتماعی جمعیتی سبک زندگی ارتقادهنده ی سلامت سالمندان ،مطالعه ی موردی :سالمندان شهر .شیراز، نامه ی انجمن جمعیت شناسی، سال پنجم، شماره ی 10
موسی نژاد، پریسا .(1388) بررسی هویت جنسیتی زنان و مردان در کلانشهر تهران،پایان نامه ی کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشگاه الزهراء (س).
مهدوی کنی، محمدسعید .(1387) دین و سبک زندگی، تهران :انتشارات دانشگاه امام صادق.

میرزایی، خلیل و پروین، پژمان .(1391) "مسجد، خانواده، سلامت اجتماعی"، ماهنامه ی .اصلاح و تربیت، سال دهم، شماره ی128
.میرزامحمدی، محمدحسن؛ فرمهینی فراهانی، محسن و اسفندیاری، سهیلا (1390)بررسی نقش آموزشهای دینی در سلامت فردی و اجتماعی"، فرهنگ در دانشگاه .اسلامی، سال پانزدهم، شماره ی2
نوری، علی .(1386) "شیوه ی زندگی سالم در رویکرد نوین"، نشریه ی داخلی انجمن .ارتقای سلامت و شیوه ی زندگی سالم، سال دوم، شماره ی5
نیازی، محسن و قبادی، علیرضا .(1390) "تبیین رابطه ی تربیت دینی با شیوه های تربیتی والدین و سلامت اجتماعی فرزندان ،مطالعه ی موردی :موزان مقطع متوسطه ی شهرستان کاشان در سال ۹۰.
.وحیدی، رضاقلی؛ کوشا، احمد؛ کلانتری، هادی و تبریزی، جعفر صادق .(1391) "تعیین کننده های اجتماعی سلامت و سازمانهای مرتبط در استان آذربایجان شرقی"، مجله ی .سلامت و بهداشت، سال سوم، شماره ی4
ویلیام، جی، گود (۱۳۸۹)، خانواده و جامعه، ویدا ناصحی، بنگاه ترجمه و نشر کتاب، ص ۲۵۳.
هرسی و بلانچارد (۱۳۶۵)، روانشناسی اجتماعی، انتشارات دانشگاه تهران. ص ۲۶..

Abel, T. (1991). “Measuring hearth lifestyle in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings”, Soc Sci Med,32(8): 899- 908.
Adler, A. (1956). The Individual Psychology of Alfred Adler.New York: Basic Books Inc.
Akbari, I. (2004). Community nutrition as a healthy Key,Proceeding of the 8th Congress of Nutrition, Sep 6-9, Tehran. Iran.
Baier. Colin, J., and Bradley R. E. Wright. (2001). “If You Love Me, Keep My Commandments: A Meta Analysis of the Effect of Religion on Crime”, Journal of Research in Crime and Delinquency, 38 (1): 3-21.
Bowling, A. (1998). Measuring Health, Philadelphia: Open University Press.
Butler, M. H., Julie, A. S., & Brandt C. G. (2002). “Prayer as a Conflict Resolution Ritual: Clinical Implications of Religious Couples' Report of Relationship Softening, Healing Perspective, and Change Responsibility Therapy”, the American Journal of Family Therapy, 30(1): 19-37.
Carson, V. B. & Arnold, E. (1996). Mental Health Nursing:,The Nurse Patient Journey, Philadelphia: W. B. Saunders.
Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami,R., & Nosratabadi, M. (2007). “Social Participation, Sense of Community and Social Well-Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students”, Springer Science Business
Media B.V.pp 97-112.
Challaghan, L. (2008). Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature, personal social service research unit, established at the University of Canterbury,www.ukc.ac.uk/PSSRU.
Chaney, D. (1996). Lifestyle, London, Routledge.
Chaney, D. (2002). “Cosmopolitan art and cultural citizenshipTheory”, Culture and Society, 19(1-2): 157-74.
Cockerham, W. C. (2005). “Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure”, Journal of Health and Social Behavior, 46: 51-67.
Cockerham, W. C., Snead, C. S., & Dewaal, D. F. (2002).“Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage”, Journal of Health and Social Behavior, 43(1): 42-55.
Cockerham, W. C. (2008). Social Causes of Health and Disease, London: Polity Press.

Cockerham, W. C. (2004). The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyle, London: Prentice Hall College.
Conger & Elder ,(1999). Linking Economic hardship to material quality in stability. Journal of marriage and the family. P.646.
Day, J. M. (2011). "Religious factors in moral decision making:Towards an integrated socio-cultural developmental model", Estudios de Psicología, 32: 147-161.
Divine, R. L. & Lawrence, L. (2007). Analysis of the Healthy Lifestyle Consumer, Central Michigan University, Mt Pleasant, Michigan, USA.
Don, N. & Harris, E. (2004). Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories, 2nd, New York City: McGraw-Hill Incorporated: 110-28.
Herzong, A. R., Ofstedal, M. B., & Wheeler, L. M. (2002)."Social Engagement and its Relationship to health", Clinical Geriatric Medicine, 18(3), ix.
How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife,edited by Orville G. Brim, Carol Ryff and Ronald Kessler.Chicago: University of Chicago Press.
Johnson, B. R., Spencer, D. L., David, B. L., & Michael. M.(2000). "A Systematic Review of the Religiosity and Delinquency Literature", Journal of Contemporary Criminal Justice, 16 (1): 32-52.
Joubert, C. E. (1995). "Catholicism and indices of social pathology in the states", Psychological Reports, 76: 573-574.
Keating, X. D. (2005). "A meat-analysis of college students Physical activity behaviors", Journal of Am Coll Health, Vol. 54,No. 2: 25-116.
Keyes, C. L. M. (2004). Complete mental health: an agenda for the 21 century Washington.
Keyes, C. L. M. (1998). "Social well-being", Social Psychology Quarterly, 61 (2): 121-140.
Keyes, C. L. M. (2002). "The mental health continuum: From languishing to flourishing in life", Journal of Health and Social Behavior, 43(2), 207-222.
Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (2004). "Social Well-Being in the United States", A Descriptive Epidemiology Pp. 350-372
Larounh, R. (1998). "Determiants of College Students Health Promoting Lifestyle", Clinical Excellent Nurse Practioners, 2 (1):35-44.
Larson, J. S. (1996). "The World Health Organization Definition of Health: Social Versus Spiritual Health", Social Indicators Research, 38: 181-192.
Mills. C. w. (1976), Sociological Imagination. Newyork.. P.9
Park, J. I. (2004). General health: textbook of community medicine, Trans by. Shojaei Tehrani, H. Tehran, Iran: Samt Publications.
Pender, J. N., Murdugh, L. C., & Parsons, A. M. (2006).
Pol, G. L. & Thomas, K. R. (2002). The demography of health and health care, New York, 2nd.
Serajzadeh. S. H. (1998). Muslims Religiosity & Delinquency: An Examination of Iranian Youth, PhD. Dissertation, Essex University.
Sergin, C. & Eliton, S. (2000). Social Skills Rating: Poor Social Skills Are a Vulnerability Factor in the Development of Psychosocial, Human Communication Research, 26.
Shaban, M., Mehran, A. & Taghlili, F. (2007). "Relationship between perception of health concept and health promoting behaviors: A comparative study among Tehran University medical and non-medical Students", Persian Hayat, Vol. 13, No. 3: 27-36.

Sobel, M. (1981). Lifestyle and Social Structure: Concepts, Definition, and Analyses, Academic Press.
Tavakoli, R. & Sanaei Nasab, H. (1996). "Use of safety belt", Journal World Health, 11(1): 38-41.

Wilkinson, R. G. (1996). Unhealthy Societies: From Inequality to well-being Routledge, London.
Williams, S. J. (1995). "Theorizing Class, Class, Health and Lifestyle: Can Bourdieu Help Us?", Sociology of Health & Illness, 7 (5): 577-604.
Witten, D. A. (2005). Religion and Delinquency in the Context of Race and Place, Dissertation, University of Maryland, College Park.
World Health Organization (1998). Health promotion glossary, Geneva, Switzerland: author.
Udry. R. (1971), Social control of marriage. Newyork . P.456.
Ustun, B. & Jakob, R. (2005). Re-Defining Health, Bulletin of the World Health Organizatio (WHO), 83: 802.