

اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی و تحمل

ناکامی زنان خانه دار شهر تهران

زینب شمس‌پور نوده‌ی ۱ و زهرا غلامی حیدرآبادی ۲

۱. کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، دانشکده علوم انسانی، تهران، ایران
 ۱. استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، دانشکده علوم انسانی، تهران، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی زنان خانه دار شهر تهران انجام شده است. روش این پژوهش از نظر طرح، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با یک گروه کنترل و یک گروه آزمایش است. جامعه آماری مورد مطالعه، زنان خانه دار شهر تهران بوده و روش نمونه‌گیری نیز به صورت تصادفی خوشه‌ای می‌باشد. به این ترتیب، تعداد ۳۰ نفر از زنان خانه دار به عنوان نمونه انتخاب شدند، ۱۵ نفر از زنان خانه دار در گروه هدف و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه‌ی آموزش سبک زندگی سالم قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های باورهای زیباشناسی هاسپرس و بیردزلی (۲۰۰۳) و تحمل ناکامی هرینگتون (۲۰۰۵) استفاده شد و نتایج با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و از طریق نرم‌افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی زنان خانه دار شهر تهران تأثیرگذار بوده است و سطح باورهای زیباشناختی را ارتقاء داده و همچنین باعث افزایش سطح تحمل ناکامی آنها شده است.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی سالم، باورهای زیباشناختی، تحمل ناکامی

مقدمه

مهم ترین نهاد اجتماعی هر جامعه ای خانواده است. فرد در خانواده به وجود می آید، رشد می کند و اجتماعی می شود و برای ورود به جامعه ی بزرگتر آماده می گردد. خانواده برای انجام رسالت های کلیدی اش باید کانونی از هر نظر سالم باشد. نتیجه ی خانواده ی سالم، جامعه ی سالم است (امیرمظاهری و قدریند فرد شیرازی، ۱۳۹۳). زن نیز به عنوان یکی از ارکان مهم کانون خانواده نقش بسیار مهم و مؤثری در سلامت خانواده دارد. سبک درست رفتار و زندگی زن در خانواده می تواند محیط سالم و امن تری را برای دیگر اعضای خانواده بیافریند.

انسان وقتی به فهم و درک شگفت انگیز زیبایی درون خود و شکوه هستی و زیبایی های ارتباطی خود با خدا، دیگران و جهان توجه می کند، به سوی جمال و جلالی رهنمون می شود که بی همتا، یکتا و مطلق است. از این رو برجسته سازی زیبایی های زندگی، افزون بر اینکه برای انسانها جذاب است، برای کسانی که به هر دلیل نازیبایی هایی در زندگانی خویش مشاهده می کنند، ره گشاست. زیبایی ها از آن نظر جذاب و تأثیرگذارند که زیباخواهی از امور فطری انسان به شمار می آید. زیبایی می تواند ذوق و احساس را تحریک کند و علاقه را جهت دهد. از این رو توجه به زیباشناسی برای همگان جذاب و اثرگذار است؛ زیرا زیبایی، به خودی خود در تمام آثار وجود ثابت است؛ یعنی هرچه در هر جا و به هر شکل که هست، با زیبایی همراه است. بر این اساس، برخی اندیشمندان معتقدند اساساً موجودی بدون زیبایی وجود ندارد و اگر امری پسندیده و زیبا یا نیک و مفید نبود، آفریده نمی شد و اراده ی لایزال به وجود آن تعلق نمی گرفت (پروین، ۱۳۹۳).

از سوئی، ناکامی به عنوان یک حالت عاطفی پیچیده، زمانی رخ می دهد که انسان در برابر مانعی قرار می گیرد و یا اوضاع زندگی آنگونه که او تصور می کرده و برای آن برنامه ریزی نموده بود پیش نمی رود؛ همه ی افراد در زمان هایی در طول زندگی باید کم و بیش در برابر ناکامی ها از خود تحمل نشان دهند. اصطلاح تحمل ناکامی به میزان فشار روانی گویند که شخص می تواند تحمل کند، قبل از اینکه رفتارش از حالت یکپارچگی در آمده و مختل گردد (بابارئسی، ۱۳۹۳). افرادی که تحمل ناکامی کمی دارند، باورهای انعطاف ناپذیری دارند، غمگین هستند، غیرمنطقی بوده و در مقابل واقعیت بسیار ناپایدارند. اما افراد با آستانه ی تحمل بالا، افرادی منطقی و خوشحال و انعطاف پذیرند و در رفتار خود، خواهان دستیابی سریع به راه حل های عملی هستند. این گونه افراد به راحتی و به سادگی با مشکلات کنار می آیند و در زمان کوتاهی بسیار سخت کار می کنند و برای رسیدن به اهداف بلندمدت تلاش می کنند (انصاری نژاد، ۱۳۹۱).

باید به این نکته توجه داشت که فهم طبیعت و رفتار انسان نقطه شروع اصلاح رفتارهای او است (دانکلی^۱، ۲۰۰۰). سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب کرده و زیربنای آن در خانواده پی ریزی می شود که در واقع متأثر از فرهنگ، نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، اعتقادات و باورها می باشد (فیپز و سندز^۲، ۲۰۰۳). سازمان جهانی بهداشت اصطلاح "Life Style" را سبک زندگی بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، برهم کنش اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی - اقتصادی حاصل می شود (ویل^۳، ۲۰۱۱). امروزه متخصصان سبک زندگی را یکی از مهم ترین عوامل مؤثر بر سلامتی می دانند (مک ایون^۴، ۲۰۰۲). سازمان جهانی بهداشت معتقد است با تغییر و اصلاح سبک زندگی می توان با بسیاری از عوامل خطرسازی که جزء مهم ترین عوامل مرگ و میر هستند، مقابله کرد (جوان^۵، ۲۰۰۲؛ ترجمه: احمدوند، ۱۳۸۱).

نگاهی به سلسله مراتب ارزش های اجتماعی جوامع مختلف در دوره های گوناگون نشان می دهد، زیبایی یکی از ارزش های مهم اجتماعی با مصادیق و جلوه های بسیار متنوع است و معمولاً بر آن تأکید بسیار زیادی می شود. به گونه ای که محرومیت از آن می تواند به لحاظ جامعه شناختی موجب محرومیت از بسیاری از مزایای اجتماعی شود و به لحاظ روان شناختی افراد را

1. Dunkley

2. Phipps & Sands

3. Veal

4. Mc. Ewen

5. Juane

دچار ناکامی و پیامدهای منفی پس از آن کند. این ارزش در کنار ارزش های مهم دیگری نظیر امنیت، احترام و آزادی به شیوه های مختلفی قابل حصول است که یکی از مهم ترین آن ها مصرف به شمار می رود. مصرف در حقیقت یکی از راه کارهای مهم انسان امروز برای دستیابی به هویت و بیان تمایز محسوب می شود که جلوه های آن در ابعاد مختلف زندگی اجتماعی امروز از نوع غذاهای مصرفی گرفته تا نحوه گذران اوقات فراغت یا حتی طرح و نقشه محل سکونت آشکار است. انسان امروز تمامی تلاش خود را به کار می گیرد تا دیده و پسندیده شود تا بتواند به طور ناخودآگاه، اندکی از مرارت های ناشی از قفس آهنین تنهایی و غریبگی جهان بکاهد (حیدری چروده و کرمانی، ۱۳۹۰).

مطالعات گسترده ای در زمینه سبک زندگی نشان دادند که سیگار، فعالیت جسمانی ناکافی، تغذیه نامناسب و افزایش وزن خطر بروز بیماری های مزمن مختلف را افزایش می دهد (ارل، فورد، گوگجیانگ، ویلیام، جیمز و کورت، ۲۰۱۰). به طور کلی فعالیت بدنی، رژیم غذایی، سیگار و مصرف الکل با مرگ و میر افراد مرتبط بوده؛ به علاوه ترکیب این عوامل خطر بر مرگ و میر با علت خاص نیز در ارتباط است (کوایویک، باتی، اورسین، هاکسلی و گیل، ۲۰۱۰). مطالعه ای که توسط فورد^۳ و همکاران در سال ۲۰۱۰ در میان بزرگسالان ایالات متحده طی دهه ۲۰۰۷-۱۹۹۶ انجام شده بود و عواملی مانند مصرف میوه و سبزیجات، فعالیت بدنی، سیگار و شاخص توده بدنی افراد را بررسی کرده بودند نشان داد که درصد بزرگسالانی که در ایالات متحده سبک زندگی سالم داشتند در طی این دهه کاهش یافته است (ارل و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین مطالعه ای که توسط پیسینگر^۴ و همکاران در سال ۲۰۰۶ در کشور دانمارک انجام شده نشان داد بین فعالیت بدنی و سلامت جسمانی، بهبود وضعیت روانی و رژیم غذایی سالم ارتباط وجود داشته و افراد با سبک زندگی ناسالم از سلامت روانی و جسمانی کمتری نسبت به افرادی که سبک زندگی سالم تری داشتند، برخوردار بودند (پیسینگر، تافت، ادال، گلومر و جورگنسن، ۲۰۱۰).

درک سبک زندگی افراد در گذشته و حال و تغییر سبک زندگی می تواند دیدگاهی جهت انجام پژوهش های تغییر رفتار و اطلاعات برای اجرا و هدفمندسازی برنامه های ارزشمند مختلفی در سطح جامعه ایجاد نماید (پترسون، هاینس و پاکین، ۱۹۹۴). نتایج یک مطالعه در استرالیا که در سال ۲۰۰۶ انجام شده بود نشان داد، سنین میانسالی برای زنان در ایجاد تغییرات رفتار بهداشتی مثبت، زمان مناسبی است. بر اساس نتایج این مطالعه یک سوم از جمعیت مورد مطالعه (۳۴ درصد) در انجام تمرینات ورزشی افزایش داشتند و نزدیک به ۶۰ درصد از افراد سعی داشتند که رژیم غذایی مناسب از سن ۴۰ سالگی داشته باشند (اندرسون، اندرسون و هارست، ۲۰۱۱). همچنین نتایج مطالعاتی در خصوص سبک زندگی نشان دادند که عوامل مرتبط با سبک زندگی سالم در این مطالعات در جمعیت مورد پژوهش در طول چند سال تغییراتی داشته؛ به طوری که فعالیت بدنی از ۵۳ درصد به ۴۳ درصد و مصرف سبزیجات و میوه جات ۵ بار در روز از ۴۳ درصد به ۲۶ درصد کاهش و شاخص توده بدنی از ۲۸ درصد به ۳۶ درصد و مصرف الکل از ۴۰ درصد به ۵۱ درصد افزایش داشته است (کینگ، مینوس، کامیمولا، ایورت، ۲۰۰۹). در مطالعه ای تحت عنوان بررسی سبک زندگی در زنان یائسه در سبزوار نتایج نشان داد که آموزش تغییر در شیوه های زندگی می تواند از بروز بسیاری از عوارض یائسگی جلوگیری نماید (یوسف زاده، ۱۳۸۳).

با توجه به اهمیت سلامت کانون خانواده و نقش زن و روحیات او در خانواده و همچنین عدم وجود پژوهش های گسترده ای در رابطه با پارامترهای باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی که از ویژگی های مهم انسان و از جمله زن در گذر سالها زندگی در محیط خانواده است، این پژوهش برای محقق از اهمیت بسیاری برخوردار است. از سویی سبک زندگی سالم از دیدگاه های مختلف برای زن لازم و ضروری به نظر می رسد، همچنانکه سراهای محله با همکاری شهرداری ها دوره های آموزشی سبک

1 . Earl, Ford, Guixiang, William, James & Kurt

2 . Kvaavik, Baaty, Ursin, Huxley & Gale

3 . Ford

4 . Pisinger

5 . Pisinger, Toft, Adahl, Glumer & Jorgensen

6 . Patterson, Haines, Popkin

7 . Anderson, Anderson & Hurst

8 . King, Mainous, Camemolla & Everett

زندگی سالم را برگزار می کنند و هدف این است که فرد در موقعیت های مختلف زندگی، سعی کند تا خود را از لحاظ روحی و جسمی در موقعیت متناسب و متعادلی نگهدارد تا بدین وسیله کانون خانواده و جامعه نیز از تعادل قابل قبولی برخوردار شود و سالم بماند. بنابراین محقق بر آن است تا طی پژوهشی دریابد که آیا با آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی زنان خانه دار تأثیرگذار است؟

روش پژوهش

طرح پژوهش شبه آزمایشی، با پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان خانه دار شهر تهران تشکیل دادند. برای انتخاب آزمودنی ها از نمونه گیری تصادفی خوشه ای استفاده شد. بدین ترتیب که از مناطق پنجگانه جغرافیایی شهر تهران، منطقه ی غرب انتخاب شد. از بین ۵ منطقه از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران که در غرب تهران واقع شده است (مناطق ۵، ۹، ۱۸، ۲۱ و ۲۲) منطقه ۲۲ انتخاب و از میان سراهای محله نواحی مختلف منطقه ۲۲، ناحیه ۱ و سرای محله زیبادشت انتخاب شد. با توجه به معیارهای ورود به پژوهش که عبارتند از: غیرشاغل بودن زنان خانه دار، عدم مشاوره یا درمان غیر از موضوع پژوهش بر روی آزمودنیها؛ و معیارهای خروج از پژوهش که عبارتند از: غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در فعالیت های آموزشی، پرسشنامه ها در اختیار بانوان قرار گرفت. ۳۰ نفر از افرادی که نمرات پایین تری در باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی کسب کرده بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس این ۳۰ نفر به صورت گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس ۱۵ نفر از خانم ها که در گروه آزمایش قرار گرفته بودند تحت آموزش ۱۰ جلسه ای سبک زندگی سالم که طی دوره هایی تحت نظارت شهرداری ها و در سراهای محلات انجام می شود قرار گرفتند و دوباره از دو گروه کنترل و آزمایش آزمون های باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی به عمل آمد.

ابزار اندازه گیری

۱- پرسشنامه باورهای زیباشناسی هاسپرس و بیردزلی (۲۰۰۳)

این پرسشنامه توسط هاسپرس و بیردزلی تدوین شد که حاوی ۳۲ گویه است و به منظور سنجش باورهای زیباشناسانه افراد طراحی شده است. آزمونگر برای دستیابی به نتیجه ی آزمون باید به ازای هر پاسخ «کاملاً مخالفم» یک امتیاز، «مخالفم» دو امتیاز، «نظری ندارم» سه امتیاز، «موافقم» چهار امتیاز و «کاملاً موافقم» پنج امتیاز بدهد. این پرسشنامه زیرمقیاس ندارد. همانگونه که بیان شد این پرسشنامه دارای ۳۲ گویه است و دارای هیچ زیرمقیاسی نیست. سوال های پرسشنامه بر مبنای مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. بنابراین حداقل نمره ۳۲ و حداکثر نمره ۱۶۰ است. در این مقیاس هرچه نمره ی فرد بالاتر باشد سطح باور زیباشناسی او بالاتر و هرچه نمره پایین تر باشد، سطح باور زیباشناسی فرد نیز پایین تر است. نمره بین ۳۲ تا ۶۹: سطح باور زیباشناسی کم است. نمره بین ۷۰ تا ۱۲۲: سطح باور زیباشناسی متوسط است. نمره بین ۱۲۳ تا ۱۶۰: سطح باور زیباشناسی شدید است. ملاک های مهم برای بررسی روایی پرسشنامه یعنی همبستگی بین نمرات مؤلفه ها با نمره کل آزمون مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج نشان داد که همه ی مؤلفه ها دارای همبستگی مناسبی بوده اند؛ با این حال کمترین همبستگی (۰/۴۲) و بیشترین همبستگی نیز برابر با (۰/۷۹) بوده است. بنابراین ضرایب همبستگی مقیاس باورهای زیباشناسی مناسب هستند و این امر نشان از روایی همسانی درونی مقیاس دارد. در زمینه ی پایایی مقیاس باورهای زیباشناسی نیز، تمام آلفاهای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۹۷ بوده است که پایایی بسیار خوب این مقیاس را نشان می دهد. در ایران نیز طی پژوهشی که در جامعه ی آماری ۳۰ دانشجوی روانشناسی دانشگاه آزاد مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ انجام شد، پایایی این پرسشنامه ۰/۹ درصد گزارش شد و روایی آن نیز از طریق آزمون کرویت بارتلت و تحلیل عاملی تأییدی مناسب گزارش شد.

۲- پرسشنامه تحمل ناکامی هرینگتون (۲۰۰۵)

هدف این مقیاس سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. از آنجایی که مقیاس جهت سنجش تحمل ناکامی در ایران وجود نداشت این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط بابارئسی و علی مهدی (۱۳۹۳) ترجمه و ویژگی های روان سنجی آن بررسی شد. این مقیاس دارای ۳۵ گویه و ۴ عامل است که به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی (۵ = کاملاً

موافقم، ۴ = موافقم، ۳ = نظری ندارم، ۲ = مخالفم و ۱ = کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود. مجموع نمرات پایین نشانه ی تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی است. **عامل اول:** به عنوان عدم تحمل عاطفی، مانند عدم تحمل استرس (دارای ۷ عبارت که عبارتند از گویه های ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱ و ۲۵). **عامل دوم:** به عنوان عدم تحمل ناراحتی، مانند عدم تحمل مشکلات و گرفتاری ها (دارای ۷ عبارت است که عبارتند از گویه های ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳ و ۲۷). **عامل سوم:** به عنوان پیشرفت، مانند عدم تحمل اهداف پیشرفت (دارای ۷ عبارت که عبارتند از گویه های ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴ و ۲۸). **عامل چهارم:** به عنوان شایستگی، مانند عدم تحمل بی عدالتی و خوشنودی (دارای ۱۴ عبارت که عبارتند از گویه های ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵). در روش روایی همسانی درونی ساخت درونی آزمون بررسی می شود. ملاک مورد استفاده برای بررسی همسانی درونی نمره کل آزمون است. روش معمول برای این کار این است که همبستگی بین نمرات خرده آزمون ها با نمره کل آزمون محاسبه می شود و هر یک از خرده آزمون ها که با نمره کل آزمون همبستگی اندکی داشته باشند از آزمون حذف می شوند. روایی همسانی درونی مقیاس تحمل ناکامی در یک گروه نمونه ۵۰۰ نفری که به صورت تصادفی از جامعه ی آماری انتخاب شده بودند اجرا گردید. نتایج نشان داد که بیشترین همبستگی بین مؤلفه ی استحقاق با نمره ی کل مقیاس تحمل ناکامی مثبت ($r = 0.89$) و کمترین همبستگی بین مؤلفه ی پیشرفت با مؤلفه ی عدم تحمل ناکامی مثبت ($r = 0.38$) است. بنابراین ضرایب همبستگی بین مؤلفه های مقیاس تحمل ناکامی مطلوب و رضایتبخش هستند و نشان از روایی همسانی درونی مقیاس دارد. مقیاس تحمل ناکامی با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه شد. همسانی درونی بر همسانی یا یکنواختی ماده ها یا اجزای تشکیل دهنده یک آزمون دلالت دارد و بیانگر این است که عبارات پرسشنامه تا چه اندازه با هم رابطه دارند. نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی برای کل آزمودنی ها ۰/۸۴، برای مؤلفه ی عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، مؤلفه ی عدم تحمل ناراحتی ۰/۶۱، مؤلفه ی پیشرفت ۰/۵۲ و مؤلفه ی استحقاق ۰/۷۱ است. علاوه بر این، ضریب آلفا در نمونه ی خارجی هارینگتون (۲۰۰۵) بالاتر از نمونه ی ایرانی است که دامنه آنها از ۰/۸۷ (مؤلفه عدم تحمل ناراحتی) تا ۰/۹۴ کل مقیاس گزارش شده است (بابارثیسی، ۱۳۹۳).

همانگونه که پیشتر بیان شد، بعد از انتخاب آزمودنی ها، پرسشنامه های باورهای زیباشناسی و تحمل ناکامی در اختیار افراد قرار گرفت. با نظارتی که به عمل آمد تمام پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها بطور کامل و بدون نقص تکمیل شد و سپس تعداد ۳۰ نفر از افرادی که نمرات پایین تری در باورهای زیباشناسی و تحمل ناکامی نسبت به بقیه افراد داشتند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در انتظار ماند و آموزش سبک زندگی سالم برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه و هر جلسه دو ساعته به اجرا گذاشته شد. پس از پایان جلسات آموزش، بار دیگر آزمودنی های دو گروه آزمایش و کنترل، توسط پرسشنامه های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱. شرح جلسات آموزش سبک زندگی سالم (منبع: شیوه نامه اجرایی برنامه های اداره کل سلامت شهرداری تهران،

۱۳۹۷).

جلسات	اهداف جلسات	شرح فعالیت ها
جلسه اول	سلامت اجتماعی	- توانایی تعامل با دیگران - احترام گذاشتن به دیگران - مسئولیت در قبال دیگران - تعامل سالم
جلسه دوم	سلامت روان	- مدیریت استرس، اضطراب و افسردگی - کنترل خشم - سلامت روانی در منزل - رازهای شاد زیستن
جلسه سوم	ایمنی در زندگی	- رعایت بهداشت در خانواده

	- رعایت ایمنی در ارتباطات - آشنایی با مخاطرات بهداشتی	
جلسه چهارم	- تغذیه سالم - آشنایی با شیوه ی تغذیه سالم - آشنایی با هرم غذایی و لزوم استفاده از غذای سالم برای حفظ سلامتی	
جلسه پنجم	- فعالیت جسمانی - آشنایی با لزوم ورزش - آشنایی با ورزش های خانگی و در محیط بسته - آشنایی با حرکات ورزشی ساده	
جلسه ششم	- دوری جستن از مصرف سیگار و قلیان - آشنایی با مضرات سیگار و قلیان - شیوه ی پیشگیری از نفوذ آن در خانواده - شیوه ی مبارزه با آن در خانواده - شیوه ی تشخیص آثار آن	
جلسه هفتم	- دوری جستن از مصرف مواد مخدر و الکل - آشنایی با مضرات مواد مخدر و الکل - شیوه ی پیشگیری از نفوذ آن در خانواده - شیوه ی مبارزه با آن در خانواده - شیوه ی تشخیص آثار آن	
جلسه هشتم	- مهارت های زندگی - مهارت خودآگاهی - مهارت روابط بین فردی - مهارت ارتباط مؤثر - مهارت تصمیم گیری - مهارت حل مسئله - مهارت مدیریت بر هیجانات - مهارت مقابله با استرس - مهارت همدلی - مهارت تفکر خلاق - مهارت تفکر نقاد	
جلسه نهم	- سلامت معنوی - آشنایی با معارف اسلامی و علوم قرآنی - آشنایی با احادیث مختلف در خصوص شیوه زندگی سالم	
جلسه دهم	- سلامت جسمی، آشنایی و پیشگیری از انواع بیماری ها - شناخت و پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر - شناخت و پیشگیری از بیماری های واگیر	

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار نمرات باورهای زیباشناسی و تحمل ناکامی به تفکیک گروه ها مورد بررسی قرار می گیرد. سپس با آزمون فرض های نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون همگنی واریانس گروهها، آزمون همگنی ماتریس پراکندگی و آزمون شیب خط رگرسیون، فرضیه های پژوهش مورد آزمون آماری تحلیل کوواریانس قرار می گیرند و همه این تحلیل ها نیز با استفاده از نرم افزار SPSS 24 صورت می گیرد.

جدول ۲. شاخص های آماری متغیرهای مورد بررسی به تفکیک گروه و آموزش

انحراف معیار	واریانس	میانگین	بیشترین	کمترین		
۶/۱۶۲	۸۳/۹۴۵	۶۹/۵۵	۱۲۸	۴۷	کنترل	باور
۹/۶۴۲	۹۳/۱۱۶	۶۶/۸۰	۱۱۲	۳۵	آزمایش	زیباشناختی
۹/۸۷۲	۹۷/۴۶۱	۹۴/۷۵	۱۳۵	۴۲	کنترل	تحمل ناکامی
۹/۲۸۸	۸۶/۲۷۴	۹۵/۳۰	۱۵۲	۴۷	آزمایش	
۸/۶۸۰	۷۵/۳۵۸	۶۵/۱۰	۱۳۰	۳۹	کنترل	باور
۹/۱۸۵	۸۴/۳۶۸	۹۲/۰۰	۱۴۸	۴۹	آزمایش	زیباشناختی
۸/۸۳۸	۷۸/۱۱۶	۹۶/۲۰	۱۳۹	۵۸	کنترل	تحمل ناکامی
۹/۰۴۳	۸۱/۷۸۷	۶۸/۵۵	۹۵	۴۲	آزمایش	

با توجه به جدول ۲، میانگین باورهای زیباشناختی گروه آزمایش در پیش آزمون (۶۶/۸۰) و در پس آزمون (۹۲/۰۰) بوده است که این نشان دهنده آن است که باورهای زیباشناختی گروه آزمایش پس از آموزش، افزایش یافته است. همچنین میانگین تحمل ناکامی گروه آزمایش در پیش آزمون (۹۵/۳۰) و در پس آزمون (۶۸/۵۵) بوده است که نشانگر آن است که میزان تحمل ناکامی گروه آزمایش پس از مراحل آموزش، افزایش یافته است (با توجه به این امر که هرچه نمره ی آزمون تحمل ناکامی فرد بالاتر باشد، میزان تحمل ناکامی او پایین تر است). باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت چندانی نداشته است.

جدول ۳ نتایج مربوط به آزمون K-S (کولموگروف - اسمیرنوف) جهت بررسی توزیع داده های مربوط به متغیرهای تحقیق را نشان می دهد. همانطوری که در این جدول مشاهده می شود، با توجه به مقدار P، توزیع داده های متغیر نرمال می باشد ($P > 0.05$).

جدول ۳. نتایج آزمون K-S جهت بررسی توزیع داده های مربوط به متغیرهای تحقیق

نتیجه توزیع	شاخص های آماری		متغیر
	P	K-S	
نرمال	۰/۲۲۱	۰/۲۴۸	باورهای زیباشناختی
نرمال	۰/۳۲۴	۰/۱۴۶	تحمل ناکامی
نرمال	۰/۵۸۲	۰/۶۲۲	کل

با توجه به جدول ۴ مربوط به آماره Box's M، این آزمون دارای فرض صفری است مبنی بر برابر بودن ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف. در جدول بالا چون مقدار F در سطح خطای داده شده معنی دار نیست، بنابراین فرض صفر تأیید می شود؛ بدین معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند. بنابراین این پیش فرض نیز برقرار است.

جدول ۴. آزمون M باکس همگونی ماتریس های پراکندگی کوواریانس

Sig.	df2	df1	F	Box's M
۰/۰۷۲	۶۱۹۱/۸۴۶	۹	۱/۴۲۱	۳/۱۶۱

برای بررسی همسانی واریانس های خطای گروه ها از آزمون لوین استفاده شد. در جدول ۵ نتیجه آزمون لوین نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مشاهده می شود اندازه آزمون F برابر $۱/۴۸۸$ می باشد که سطح معناداری متناسب با این آزمون $۰/۷۲۴$ می باشد؛ یعنی واریانس داده های گروه های مورد مقایسه در تمامی متغیرهای مورد مطالعه همگن می باشد ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۵. نتایج آزمون لوین جهت بررسی تجانس واریانس گروه ها

نتیجه آزمون	شاخص	آماره لوین	df1	df2	p
پرسشنامه	گروه های مستقل	$۱/۴۸۸$	۱	۲۸	$۰/۷۲۴$

با توجه به جداول ارائه شده، تمام پیش فرض های تحلیل کوواریانس برقرار بوده است. بنابراین فرضیه ها مورد آزمون قرار می گیرند.

فرضیه اصلی: آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی زنان دار شهر تهران تأثیرگذار است.

برای آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می شود؛ چون دو متغیر وابسته (باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی) وجود دارد.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره فرضیه اصلی

اثر	آماره	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی	معناداری	مجذور نسبی اتا
آموزش	آزمون لامبدای ویلکز	$۰/۱۲۹$	$۱۲/۴۵۶$	۲	۲۵	$۰/۰۰۱$	$۰/۵۲۲$

همانطور که در جدول ۶ نشان داده شده است سطح معنی داری آزمون لامبدای ویلکز، بیانگر آن است که آموزش در میان زنان لااقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری ایجاد کرده است. از طرف دیگر با توجه به ارزش مجذور نسبی اتا $۰/۵۲۲$ ، می توانیم معین کنیم که متغیر مستقل (آموزش سبک زندگی سالم) مقدار نسبتاً بالایی از واریانس کل را تبیین می کند. یعنی حدود ۵۲ درصد از کل واریانس متغیرهای وابسته را تبیین می کند. لازم به ذکر است چون دو گروه با یکدیگر مقایسه می شوند، لذا مقدار F و سطح معنی داری و مجذور نسبی اتای تمام آزمونها برابر می باشد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره اثرات گروه بر متغیرهای باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	زیباشناختی	۵۷/۱۱۴	۱	۵۷/۱۱۴	۲۹/۶۲۱	$۰/۰۰۱$	$۰/۳۲۱$	$۰/۵۴۲$
	تحمل ناکامی	۷۴/۱۴۵	۱	۷۴/۱۴۵	۲۳/۱۵۲	$۰/۰۰۱$	$۰/۲۵۳$	$۰/۵۹۲$
خطا	زیباشناختی	۲۵۳/۲۱۱	۲۶	۲۸/۲۲۳				
	تحمل ناکامی	۱۲۵/۲۸۳	۲۶	۲۳/۴۲۳				
کل	زیباشناختی	۵۲۱/۴۱۵	۳۰					
	تحمل ناکامی	۲۱۷/۳۵۲	۳۰					

همانطور که در جدول ۷ ملاحظه می شود نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای متغیرهای باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی نشان می دهد بین میانگین های پس آزمون دو گروه پس از حذف اثر متغیر تصادفی کمکی اختلاف معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اندازه اثر (مجذور اتا) $0/253$ و توان آماری $0/592$ است. بنابراین فرضیه اصلی تأیید شد.

فرضیه فرعی اول: آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی زنان خانه دار شهر تهران تأثیرگذار است.

جدول ۸. آزمون های اثرات متقابل فرضیه فرعی اول

منبع	مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig.	مربع جزئی	اتای
گروه	۷۱۲۰/۲۰۱	۱	۷۱۲۰/۲۰۱	۱۲۳/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱	
آموزش	۲۲۱۲/۲۷۵	۱	۲۲۱۲/۲۷۵	۱۸۵/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴	
گروه * آموزش	۲۳۱۰/۷۶۴	۱	۲۳۱۰/۷۶۴	۱۹۸/۵۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳	
خطا	۶۶۰۷/۹۵۰	۲۷	۵۳/۹۳۷				
کل	۴۲۶۱۱۰/۰۰۰	۳۰					

با توجه به مقدار Sig. در ردیف (گروه * آموزش) که برابر است با $(0/001)$ ، میانگین نمرات باورهای زیباشناختی نسبت به گروه و همچنین آموزش دارای تفاوت معنادار است و از ضریب مربع اتای جزئی در همین سطر $(0/553)$ چنین برداشت می شود که $0/553$ تفاوت های نمرات تعدیل شده به وسیله این دو متغیر مستقل (گروه و آموزش) تبیین می شود. بنابراین فرضیه فرعی اول تأیید شد.

فرضیه فرعی دوم: آموزش سبک زندگی سالم بر میزان تحمل ناکامی زنان خانه دار شهر تهران تأثیرگذار است.

جدول ۹. آزمون های اثرات متقابل فرضیه فرعی دوم

منبع	مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig.	مربع جزئی	اتای
گروه	۳۲۱۱۰/۲۲۱	۱	۳۲۱۱۰/۲۲۱	۲۱۴/۱۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱	
آموزش	۲۳۴۱/۱۴۱	۱	۲۳۴۱/۱۴۱	۲۵۴/۲۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	
گروه * آموزش	۲۵۲۲۴/۱۲۰	۱	۲۵۲۲۴/۱۲۰	۳۲۸/۱۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲	
خطا	۲۱۳۱/۲۰۰	۳۷	۱۱۲/۲۵۷				
کل	۲۱۳۴۰۰/۰۰۰	۴۰					

با توجه به مقدار Sig. در ردیف (گروه * آموزش) که برابر است با $(0/001)$ ، میانگین نمرات تحمل ناکامی نسبت به گروه و همچنین آموزش دارای تفاوت معنادار است و از ضریب مربع اتای جزئی در همین سطر $(0/502)$ چنین برداشت می شود که $0/502$ تفاوت های نمرات تعدیل شده به وسیله ی این دو متغیر مستقل (گروه و آموزش) تبیین می شود. بنابراین فرضیه فرعی دوم نیز تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج نشان داد که آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی زنان خانه دار شهر تهران تأثیرگذار بود. به عبارتی گذراندن دوره های آموزش سبک زندگی سالم توسط زنان خانه دار شهر تهران، باعث ایجاد تفاوت در دیدگاه آنها به زندگی و تغییراتی در باورهای زیباشناختی و تحمل ناکامی آنها شده است و سطح این دو متغیر در آنها افزایش یافت. در همین راستا عباسی و همکاران (۱۳۹۷)، شهبازی و همکاران (۱۳۹۴)، محمودی و غباری بناب (۱۳۹۴)، حکمت پور و همکاران (۱۳۹۲)، نوربخش و همکاران (۱۳۸۴)، فولک و همکاران (۲۰۱۸)، گری (۲۰۱۶)، خلیلا و لیتوین (۲۰۱۴)، مونت (۲۰۱۲)، دلمن (۲۰۱۲) و سونگ (۲۰۰۹) نیز که به اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم و آموزش هایی از این دست بر ارتقاء سلامت جسمانی و روانی افراد پرداختند به نتایج مشابهی دست یافتند و یافته های آنها با نتایج این فرضیه همسو بوده است. در تبیین این نتایج می توان گفت، ارتقاء سطح سواد سلامت، ارتقاء تحرک بدنی، اصلاح عادات نامناسب غذایی، بهبود ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به زنان به ویژه گروه های پرخطر، ارتقاء میزان باروری کلی در زنان، جلب مشارکت و به کارگیری مطلوب از امکانات بالقوه و بالفعل و ارائه خدمات مراقبتی و بررسی عوامل خطر در زنان از مهمترین اهداف کمی این طرح بوده است. با توجه به گذران بخش عمده ای از وقت زنان خانه دار در داخل منزل و دارا بودن فرصت کافی برای بهبود سبک زندگی خود و خانواده، و همچنین با نگاهی به تأثیر بسزای نقش زن در خانواده می توان از این آموزش به عنوان یکی از شیوه های مؤثر برای تأثیرگذاری بر شیوه ی زندگی زن و دیگر اعضای خانواده نام برد. با توجه به این نکته که زنان باید فرصت کافی برای برنامه هایی از قبیل ورزش کردن، تغذیه ی مناسب و تنظیم وزن و ... به منظور بهبود سبک زندگی خود داشته باشند، نتایج نشان داد که با مشاوره و آموزش برنامه ریزی برای بهبود ابعاد مختلف زندگی، می توان زندگی سالم تر از نظر جسمانی و روانی داشت. به طور کل احساسات بخش عمده ای از تصمیمات و کارکردهای زنان را در زندگی روزمره در بر می گیرد. زنان در فراز و نشیب زندگی تحت تأثیر احساسات و درونیات فراوانی قرار گرفته و ممکن است سنگینی بار مشکلات زندگی بر دوش زنان، حس زیباشناختی را در آنها تقلیل داده و از سویی بروز ناکامی ها در مسیر زندگی آنها را در مواجهه با مشکلات و ناکامی ها تسلیم نماید. با توجه به طرح آموزش سبک زندگی سالم و اهداف مختلف آن، تأثیری که بر مثبت اندیشی و تغییر دیدگاه زن نسبت به جامعه و مسائل پیش روی دارد بسیار حائز اهمیت و محسوس است. به نظر می رسد چاشنی احادیث و آیات قرآنی و برنامه های معنوی می تواند بیش از هر امر دیگری بر روحیه زنان تأثیر گذاشته و روح زیباشناسی را در آنها تقویت نماید؛ همچنین با شناخت مشکلات و مسائل و تقویت بعد روانی و روحی زنان نیز می توان مفهوم ناکامی و تقابل با آن را در نگاه بانوان تغییر داد. واضح است که با روانی آرام و سالم بهتر می توان راه حل های مؤثر برای مشکلات و مصائب یافت.

آموزش سبک زندگی سالم بر میزان باورهای زیباشناختی زنان خانه دار شهر تهران نیز تأثیرگذار بود و سطح باورهای زیباشناختی را در زنان افزایش داد. در همین راستا محمودی و غباری بناب (۱۳۹۴)، حکمت پور و همکاران (۱۳۹۲)، نوربخش و همکاران (۱۳۸۴)، مونت (۲۰۱۲) و سونگ (۲۰۰۹) نیز که در پژوهش خود تأثیر آموزش سبک زندگی سالم را بر سطح سلامت معنوی، کیفیت زندگی، شادکامی و سلامت روان مورد بررسی قرار دادند نتایج همسو با نتیجه ی پژوهش یافته بودند. در تبیین این نتایج می توان گفت، مطالعات نشان داده که داشتن سبک زندگی سالم تر می تواند موجب افزایش عملکرد اجرایی مغز، یا قدر ذهن در اعمال خودکنترلی، تعیین و تحقق اهداف، و حل مسائل و مشکلات شود. یافته همچنین نشان می دهد این ارتباط یک حلقه بازخوردی است؛ بدین معنا که عملکرد اجرایی بیشتر موجب می شود فرد سبک زندگی سالم تری داشته باشد و در مقابل، عملکرد اجرایی اش بهبود می یابد. افرادی که در سبک زندگی شان تغییر ایجاد می کنند، به عنوان مثال در فعالیت فیزیکی شرکت کرده، کمتر غذاهای فرآوری شده خورده یا بیشتر میوه و سبزیجات مصرف می کنند، می توانند به مرور زمان شاهد بهبود عملکرد مغزیشان باشند و با افزایش سن، سلامت خود را حفظ کنند. بدیهی است که بهبود عملکرد مغز، در تصمیم گیری و کیفیت نگاه به زندگی و زیبایی های آن نیز تأثیر بسزایی خواهد داشت.

همچنین آموزش سبک زندگی سالم بر میزان تحمل ناکامی زنان خانه دار شهر تهران تأثیرگذار بود و سطح تحمل ناکامی را در زنان ارتقاء داد. در همین راستا عباسی و همکاران (۱۳۹۷)، محمودی و غباری بناب (۱۳۹۴) و دلمن (۲۰۱۲) نیز که در پژوهش خود تأثیر آموزش سبک زندگی سالم را بر اضطراب و تحمل ناکامی مورد بررسی قرار دادند نتایج همسو با نتیجه ی

پژوهش یافته بودند. در تبیین این نتایج می توان گفت، در نظر گرفتن اینکه در مواجهه با مسائل و مصائب زندگی، ابعاد جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی کیفیت زندگی در زنان دستخوش تغییرات فراوان می شود، این تغییرات می تواند تأثیر ناخوشایندی بر مسیر زندگی آنان داشته باشد. با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی و نامناسب بودن سبک زندگی و سطح تحمل ناکامی در بسیاری از زنان، به نظر می رسد آموزش سبک زندگی با تکیه بر پرورش روح و روان زنان، آموزش حل مسأله، مهارت های اجتماعی، مهارت های مقابله ای و مهارت هایی از این دست، تأثیر محسوسی داشته و نتایج قابل قبولی را نشان می دهد. نتایج نشان می دهد که در حالت کلی افراد در موقعیت های مختلف یا مطابق با احساساتشان و یا بر اساس تفکرشان تصمیم گیری و رفتار می کنند. تفکیک فرآیندهای عقلانی و احساسی به معنای به شدت عینی گرا بودن و توقف اظهارات عاطفی نیست؛ بلکه منظور این است که افراد نباید تحت تأثیر احساساتی قرار بگیرند که در برهه های مختلف زندگی دچارشان می شوند. آموزش سبک زندگی با تأکید بر مهارت هایی که نام برده شد، به فرد کمک می کند تا در بزنگاه های زندگی بهترین و عاقلانه ترین تصمیمات را بگیرند.

با توجه به اینکه ارتقاء سلامت، به ویژه سلامت اجتماعی بیش از پیش بر پیشگیری متمرکز است می توان انتظار داشت تقویت بعد اجتماعی سلامت در کنار سایر ابعاد آن بسترهای لازم را برای افزایش نشاط اجتماعی، وفاق، تعامل، همبستگی اجتماعی، رضایت از زندگی، مسئولیت پذیری، مشارکت، افزایش کارآمدی، کاهش آسیب های اجتماعی و جرایم، کاهش هزینه ها، تقویت هویت فرهنگی و ... در هر جامعه ای فراهم نماید. بدون شک تقویت و توسعه شاخص های سلامت اجتماعی در هر جامعه ای، کاهش بار آسیب های جسمی و روانی را به دنبال خواهد داشت. یکی از مهمترین اقدامات به منظور تقویت و توسعه شاخص های سلامت در جامعه، برنامه ریزی در جهت بهبود و ارتقاء آگاهی های افراد جامعه است. آگاهی دادن به شهروندان کمک می کند تا آنان شیوه های زندگی خود را در جهت حفظ و ارتقاء سلامت گسترش دهند که این مهم می تواند از طریق آموزش های سلامت محور تحقق پیدا کند، آموزش های سلامت محور و ایجاد سواد سلامتی یکی از راه های دستیابی به عدالت اجتماعی نیز می باشد (شیوه نامه ی اجرایی برنامه های اداره کل سلامت، ۱۳۹۷). که همواره محبوب و مورد توجه اقشار مختلف جامعه بوده است.

نمونه تحقیق حاضر منحصر به یکی از نواحی تهران است، لذا در تعمیم نتایج به مناطق دیگر باید احتیاط شود. پیشنهاد می شود پژوهش هایی از این دست در مناطق مختلف انجام شود و نتایج مورد مقایسه و بررسی قرار گیرد. همچنین در پژوهش های آتی پیشنهاد می شود پیرامون مبحث زیبایی و زیبایی شناسی در زندگی اجتماعی عموم افراد بررسی های بیشتری صورت گیرد تا تعاریف دقیق تر و جامع تری از این مقوله در سطح اجتماعی در دسترس پژوهشگران دیگر قرار گیرد. نتایج این پژوهش می تواند برای مراکز آموزشی و درمانی از جمله مدارس و مراکز مشاوره مفید واقع شود.

منابع

- امیرمظاهری، امیرمسعود و قدربند فرد شیرازی، زینب. (۱۳۹۳). بررسی عوامل مؤثر بر خشونت خانگی علیه زنان و علت تحمل خشونت توسط آنان. فصلنامه مطالعات جامعه شناختی ایران، سال چهارم، شماره پانزدهم، ۲۷-۴۶.
- انصاری نژاد، نصرالله. (۱۳۹۱). تحلیل بزهکاری نوجوانان کانون اصلاح و تربیت تهران. رفاه اجتماعی، ۴۵ و ۳۸۶-۳۶۵.
- بابارئسی، محمد. (۱۳۹۳). پرسشنامه تحمل ناکامی. انتشارات: آزمون یار پویا.
- پروین، فضل الله. (۱۳۹۳). زیبایی و هنر (زیبایی چیست؟ هنر چیست؟). قم: کتابخانه آیت الله العظمی بروجردی (مسجد اعظم).
- جوان، اشتون. (۲۰۰۲). کاهش خطرات، ارتقاء زندگی سالم. گزارش سازمان بهداشت جهانی. ترجمه: احمدوند، علیرضا. (۱۳۸۱). مجله علمی توسعه سلامت و پزشکی، شماره ۲، ۴(۱۰)، ۳۹۲-۳۳۴.
- حکمت پور، داوود، شمسی، محسن و زمانی، مجید. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان شهر اراک. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال ۱۶، شماره ۳ (شمار پیاپی ۷۲)، صص ۱-۱۱.

حیدری چروده، مجید و کرمانی، مهدی. (۱۳۹۰). رابطه باورهای زیباشناختی با تصویر ذهنی از بدن و نحوه مدیریت ظاهر در جوانان: مورد مطالعه: جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله ساکن شهر مشهد. مطالعات اجتماعی ایران، دوره ۴، شماره ۱۲، ۱۳-۱. شهبازی، مریم؛ گلزاری، محمود و برجعلی، احمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم بر مبنای مدل بهداشت جهانی بر اضطراب مرگ سالمندان شهر ایلام. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۲، شماره ۲ صص ۳۱۶-۳۰۷. شیوه نامه اجرایی برنامه های اداره کل سلامت شهرداری تهران. (۱۳۹۷). نشر: معاونت امور اجتماعی و فرهنگی اداره کل سلامت.

عباسی، حسین؛ کریمی، بهروز و جعفری، داوود. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش های ناکارآمد مادران دانش آموزان با کم توانی ذهنی. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی، دوره ششم، شماره ۲۴، صص ۱۰۸-۸۱.

محمودی، معصومه و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سلامت معنوی با امید به زندگی، تحمل ناکامی و کیفیت زندگی در دانشجویان. همایش ملی هزاره سوم و علوم انسانی، شیراز.

نوربخش، اعظم؛ آتش پور، حمید و مولوی، حسین (۱۳۸۴). مقایسه سبک زندگی، سلامت روانی و شادکامی دبیران زن و زنان خانه دار شهرستان بشرویه، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، شماره ۲۶، صص ۶۲-۳۷. یوسف زاده، صدیقه. (۱۳۸۳). بررسی تغذیه، سبک زندگی و ورزش در زنان یائسه شهرستان سبزوار. اسرار، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سال یازدهم، شماره ۱، صص ۶۶-۶۲.

Anderson A, Anderson D, Hurst C. (2011). Modeling factors that influence exercise and dietary change among midlife Australian women: Results from the Healthy Aging of Women Study. *Maturitas*; 67:151-8.

Daaleman TP. (2012). Religiosity, spirituality, and death attitude in chronically III older adults. *Res Aging*; 32: 224-45.

Dunkley J. (2000). Health promotion in midwifery. 1th ed. Bailliere Tindall; P.46-8.

Earl S, Ford CL, Guixiang Z, William S, James T, Kurt J. Greenlund. (2010). Trends in lowrisk lifestyle factors among adults in the United States: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System 1996–2007. *Prevent Med*; 51:135-41.

Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2018, in press). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Grey, M. (2016). Coping skills training for youth on intensive treatment has long-lasting effects on control and quality life. *Diabetes Spectrum*, 24(2), 70-75.

Khalaila R, Litwin H. (2014). Changes in health behaviors and their associations with depressive symptoms among Israelis aged 50+. *J Aging Health*; 26(3): 401-21.

King DE, Mainous AG, Carnemolla M, Everett CJ. (2009). Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults, 1988-2006. *Am J Med*; 122:528-34.

Kvaavik E, Batty GD, Ursin G, Huxley R, Gale CR. (2010). Influence of individual and combined health behaviors on total and causespecific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey *Arch Internal Med*; 170:711-8.

McEwen M. (2002). Community- based learning: an introduction. 2th ed. Philadelphia: Mosby Co.

Mundt, M.P. (2012). 12-step participation reduces medical use costs among adolescents with a history of alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 126 (1-2), 124-130.

Patterson RE, Haines PS, Popkin BM. (1994). Health lifestyle patterns of U.S. adults. *Prevent Med*; 23:64-70.

- Phipps M, Sands MN. (2003). Medical- surgical nursing health and illness perspectives. 7th ed. Philadelphia: Mosby Co; P. 34.
- Pisinger C, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Jørgensen T. (2010). The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population. Prevent Med 2009;49:418-23.9. World Health Organization (WHO). Diet. J Nutr; 21:528-33.
- Sung, R. (2009). Effectiveness of a stress management program in hardiness and health status. Journal of Behavioral Medicine, 6, 12-24.
- Veal A.J. (2011). Leisure and life style. A review and annotated bibliography. J Behave; 2:341-7.