

ترویجی

## عوامل پیش‌بینی‌کننده سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان در سنین باروری شهر خاش

علی پژوهان<sup>۱</sup>

### چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به تحولات عمده اجتماعی و احتمال بیشتر ابتلای زنان به بیماری‌های مزمن، مطالعه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان به ویژه در سنین باروری از اهمیت زیادی برخوردار است، چرا که زنان محور اساسی سلامت، پویایی و اعتدالی خانواده و جامعه محسوب میشوند. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان در سنین باروری شهر خاش براساس مدل ارتقاء سلامت پندر (Pender) انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی با حجم نمونه ۲۰۰ نفر از زنان ۴۹-۱۵ ساله شهر خاش به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در سال ۱۳۹۸ انجام شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و ابزار مورد استفاده شامل فرم مشخصات فردی و پرسشنامه‌های خودکارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، عواطف درک شده، موانع درک شده و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار (SPSS v25) و بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد مطالعه  $10/11 + 33/94$  می‌باشد. ۷۸٪ پاسخگویان متاهل، اکثراً خانه‌دار (۶۵٪/۵) و از نظر تحصیلات بیشتر دیپلم (۴۵٪/۵) بودند. میانگین و انحراف معیار نمره کلی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت ۷۲/۶۳ از محدوده نمره قابل دستیابی ۱۲۸-۳۲ بود. بیشترین میانگین مربوط به زیر مقیاس تغذیه ۲۲/۰۸ و کمترین میانگین مربوط به زیر مقیاس ورزش ۱۳/۹۰ بود. سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت ارتباط معنی‌دار مثبت با خودکارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده و عواطف درک شده ( $p=0/001$ ) و ارتباط معنادار منفی با موانع درک شده داشت ( $p=0/005$ ). براساس مدل رگرسیون خطی چندگانه متغیرهای خودکارآمدی درک شده ( $p=0/001$ )، حمایت اجتماعی درک شده و عواطف درک شده از پیش‌بینی‌کننده‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان سنین باروری بودند ( $p=0/005$ )، ( $p=0/001$ ) و ۳۷ درصد تغییرات نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت وابسته به سه متغیر فوق بود.

نتیجه‌گیری: سبک زندگی زنان مطلوب نمی‌باشد و خودکارآمدی درک شده، مهمترین متغیر تاثیرگذار و مهمترین عامل پیش‌بینی‌کننده سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان مورد مطالعه بود. لذا پیشنهاد می‌شود، مداخلاتی جهت بهبود سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان سنین باروری و افزایش خودکارآمدی آنان طراحی و اجرا شود.

**واژگان کلیدی:** سبک زندگی، مدل ارتقاء سلامت پندر، زنان سنین باروری، شهر خاش

**مقدمه:**

امروزه اصلاح و بهبود سبک زندگی و به ویژه توجه به سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت پیش شرط اساسی برای حفظ و تقویت سلامت افراد محسوب می‌شود. (Pender & et al,2016)

بسیاری از مشکلات بهداشتی، انواع بیماری‌های مزمن مانند چاقی، انواع سرطان‌ها و پرفشاری خون، دیابت و مرگ و میرهای ناشی از آنها نتیجه رفتار و سبک زندگی افراد است. (Chinekesheh & et al,2018) که اگر به موقع شناسایی و تغییر داده شوند، از بروز پیامدهای خطرناک آنها بر سلامتی پیشگیری می‌شود (سپاه منصور، باقری، ۱۳۹۶).

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، ۸۰٪-۷۰٪ مرگ‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و ۵۰٪-۴۰٪ مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه به دلیل بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی رخ می‌دهد. (Kaplan 2004) و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ درصد مرگ و میر جهانی خواهد رسید (Declaration 2011) از این رو مراقبت‌های بهداشتی نوین به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به عنوان پیامد سلامتی، به سمت گسترده‌های وسیع‌تری نظیر ارتقاء سلامت و سبک زندگی تغییر داده است. سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت عبارت است از، فرآیند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل بر سلامت خود و بهبود سطح آن (Chen & et a 2014) سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت شیوه زندگی متعادل شناخته می‌شود که در آن افراد همواره انتخاب‌هایی آگاهانه در مورد وضعیت سلامت و بهداشت خود دارند. (محمد علیزاده و همکاران، ۱۳۹۲) و از طریق انجام رفتارهایی مانند داشتن فعالیت بدنی منظم و رژیم غذایی سالم، برقراری روابط دوستانه با دیگران، کنترل و کاهش استرس در زندگی روزمره و سایر موارد، سطح سلامت خود را بهبود می‌بخشند.

یکی از الگوهای جامع و پیش‌گویی کننده جهت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت زندگی که چارچوب تئوریک برای کشف عوامل موثر در رفتارهای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی فراهم آورده، مدل ارتقاء سلامت پندر می باشد. در این الگو مفاهیم تعیین کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل: ۱) تجربه‌ها و ویژگی‌های فردی (۲) احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار و (۳) نتایج رفتاری

می‌باشد. تجربیات و خصوصیات فردی مفهومی است که به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم از طریق شناخت و عواطف رفتاری، رفتار را تحت تأثیر قرار داده و شامل عوامل شخصی و رفتارهای مرتبط قبلی می‌باشد. درحالی‌که مفهوم شناخت و عواطف خاص رفتار به صورت مستقیم رفتار را تحت تأثیر خود قرار داده و شامل سازه‌هایی از جمله فواید و موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، عواطف مرتبط با رفتار، تأثیر گذارنده‌های بین فردی و تأثیرگذارنده‌های موقعیتی است. به بیان پندر، رفتارهای ارتقاء سلامت، به خصوص هنگامی که با سبک زندگی سالم سازگار شود، به گسترش سلامت، افزودن توانایی‌های ساختاری و کیفیت بهتر زندگی در همه مراحل رشد منجر می‌شود (Pender 2011)

مهمترین مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت شامل چهار مؤلفه تغذیه، ورزش، مدیریت استرس و مسئولیت‌پذیری درباره سلامت می‌باشد. مروری بر مطالعات انجام شده، نشان می‌دهد که سبک زندگی با ویژگی‌های فردی-اجتماعی افراد ارتباط دارد. یافته‌های برخی مطالعات حاکی از آن است کسانی که سطح تحصیلات پایینتری دارند، کمتر از رفتارهای ارتقاء سلامت پیروی می‌کنند (Lim & et al 2010) (ایزدی‌راد و ضاربان، ۱۳۹۴) وجود همسر، احتمال پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می‌دهد (حاجی زاده میمن‌دی و دهقان چناری 1394 Hirth, Lim & et al). مطالعه میرغفوروند و همکاران، در تهران بر روی زنان سنین باروری نیز نشان داد که حمایت اجتماعی، سن، تأهل و تحصیلات از جمله عوامل مرتبط با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت می‌باشند (Mirghafourvand 2015) (& et a). در مطالعه موحد و همکاران (۱۳۹۱) حمایت اجتماعی مهم‌ترین عامل در سبک زندگی سالمندان شناخته شده است و پیش‌بینی کننده قوی ارتقاء سلامت افراد است. مطالعه انجام شده توسط میرغفوروند و همکاران، نیز نشان داد، سن و درآمد از جمله عوامل مرتبط با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت هستند (2015 Mirghafourvand & et a).

همچنین صاحب‌نظران معتقدند سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، منبعی سودمند جهت کاهش عوامل استرس‌زای زندگی و تأثیر چشمگیری بر کاهش هزینه‌های

بهداشتی، افزایش طول عمر افراد و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها دارد. لذا در جامعه از اهمیت و جایگاه ویژه‌ای برخوردار می‌باشد (Mo, Winnie 2010) و در این میان توجه به سلامت و رفاه اجتماعی زنان، که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به منزله حقی شناخته شده، بلکه به دلیل تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روز افزونی یافته است. از آنجا که نقش زنان در مراقبت از خود و در منزل از کودکان، سالمندان، بیماران و سایر اعضای خانواده بسیار اهمیت دارد (۲۴)، انتخاب هر نوع سبک زندگی از سوی زنان، نه تنها بر زندگی شخصی آن‌ها، بلکه بر رفتارها و سبک زندگی سایر افراد نیز تأثیر می‌گذارد. عدم توجه به سلامت زنان می‌تواند به مشکلات دائمی در سبک زندگی و سلامت نسل‌های آینده منجر شود. (Baheiraei & et al 2012)

براساس آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۵ جمعیت استان سیستان و بلوچستان ۲۷۷۵۰۱۴ نفر و جمعیت زنان در سنین باروری آن ۷۲۰۴۵۹ نفر می‌باشد که این رقم ۵۲ درصد جمعیت زنان و ۲۶ درصد جمعیت استان را تشکیل می‌دهد. با این وجود تحقیقات بسیار اندکی به مطالعه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در این سنین پرداخته است. میزان باروری کل نیز در استان ۳/۹۶ فرزند به ازای هر زن است که بالاترین نرخ باروری در کشور می‌باشد (سایت مرکز آمار ایران). از طرفی شرایط فرهنگی اجتماعی، عدم توسعه، سواد پایین، عدم دسترسی کامل به امکانات بهداشتی درمانی و نابرابری‌های اجتماعی همواره سلامت زنان این استان را تهدید میکند، بطوریکه دراکثر شاخص‌های بهداشتی نسبت به میانگین کشوری از شرایط نامطلوب‌تری برخوردارند.

بنابراین با توجه به این که فعالیت‌های ارتقاءدهنده سلامت و شیوه زندگی سالم، استراتژی‌های اصلی تسهیل و حفاظت سلامتی‌اند و نظر به اینکه در شهر خاش، مطالعه‌ایی در زمینه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و عوامل آن در میان زنان سنین باروری انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی کننده سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان ۴۹-۱۵ شهر خاش براساس مدل ارتقاء سلامت پندر، انجام شد.

**مواد و روش‌ها:**

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که به روش مقطعی در پاییز ۱۳۹۸ انجام شد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۲۰۰ نفر از زنان ۱۵-۴۹ ساله شهر خاش بودند که به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که در ابتدا از مناطق مختلف شهر به صورت تصادفی ۱۰ بلوک و سپس در هر بلوک ۲۰ زن ۱۵-۴۹ ساله واجد شرایط با مراجعه به درب منازل به صورت یکی در میان بطور تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند.

داده‌ها در این پژوهش با استفاده از فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه‌های خودکارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، عواطف درک شده، موانع درک شده و شاخص سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت جمع‌آوری شد. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعات سن، تحصیلات، شغل، میزان درآمد خانوار، قومیت، مذهب، تعداد فرزندان بود.

پرسشنامه خودکارآمدی درک شده، که از مقیاس سلامت اسمیت و همکاران اقتباس شده و شامل ۸ سؤال براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از طیف «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» طراحی شده است. محدوده نمره در این مقیاس بین ۸ تا ۴۰ است. امتیاز بالاتر در این مقیاس بیانگر این است که فرد از توانایی بالایی در کنترل نتایج و پیامدهای برنامه‌های مرتبط با سلامتش برخوردار است. پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اسمیت و همکاران، ۰/۸۴/گزارش شد (Smith & et al, 1995) در مطالعه حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده، از ابزار کانتی و همکاران اقتباس شده است. در این ابزار حمایت اجتماعی از ۳ منبع مجزا شامل: خانواده، دوست و فرد مهم برای شخص بررسی می‌شود. پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال در مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از طیف «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» طراحی شده است و برای هر منبع ۴ سؤال اختصاص یافته است. محدوده نمره در هر منبع بین ۴ تا ۲۴ می‌باشد. امتیاز بالاتر حاکی از کسب حمایت بیشتر از سوی دوستان،

خانواده و سایر افراد مهم میباشد. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط کانتی و همکاران برای کل منابع این ابزار ۰/۹۱ و برای منابع بطور جداگانه بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ بوده است (Canty-Mitchell, Zimet 2000). در مطالعه حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه عواطف درک شده، برگرفته از ابزار واتسون و همکاران، شامل ۲۰ سؤال بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از طیف «اصلاً» تا «کاملاً» طراحی شده است و دارای دو بخش، عاطفه مثبت (۱۰ سؤال) و عاطفه منفی (۱۰ سؤال) است. محدوده نمرات در هر بخش بین ۱۰ تا ۵۰ می باشد و امتیاز بالاتر حالات عاطفی بهتری را در طی ۲۴ ساعت گذشته گزارش می کند. واتسون و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای عواطف مثبت ۰/۹۴ و برای عواطف منفی ۰/۹۱ گزارش نمودند (Watson & et al 1998). در مطالعه حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

پرسشنامه موانع درک شده، از ابزار بکر و همکاران اقتباس شده و دارای ۱۸ سؤال در مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از طیف «هرگز» تا «همیشه» است. محدوده نمرات بین ۱۸ تا ۷۲ میباشد. امتیاز بالاتر مشخص کننده این است که پاسخگو برای انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با موانع بیشتری مواجه است. ضریب آلفای کرونباخ توسط بکر و همکاران ۰/۸۰ و ضریب آزمون- باز آزمون ۰/۷۵ گزارش شد (Becker, Stuijbergen 2004). در مطالعه حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

شاخص سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، والکر و همکاران که شامل ۳۲ سؤال بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از طیف «هرگز» تا «همیشه» در چهار مولفه تغذیه، ورزش، کنترل استرس (مدیریت استرس) و مسئولیت پذیری از سلامت خویشتن طراحی شده است. محدوده نمرات ۳۲ تا ۱۲۸ می باشد. امتیازهای بالاتر، نشانگر آن است که پاسخگویان از سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مطلوب تری برخوردارند. ضریب آلفای کرونباخ توسط واکر و همکاران ۰/۹۴ گزارش شد (1395 Walker & et al). در مطالعه حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ

۰/۸۹ محاسبه شد.

روایی سازه‌های نیز با استفاده از نرم افزار spss و از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج به دست آمده، ضریب شاخص کفایت نمونه (KMO) در هر سازه بالای ۰/۸۰ و نشان دهنده آن است که سازه‌های ابزار از روایی مناسبی برخوردار است.

پرسشنامه‌ها توسط پرسشگران آموزش دیده و با مراجعه حضوری به درب منازل پاسخگویان در یک جلسه تکمیل شد. در صورتی‌که نمونه فرد با سواد بود، خود پاسخگو پس از توجیه و توضیح پرسشگر در خصوص نحوه پاسخگویی به سوالات، پرسشنامه را تکمیل می‌کرد و در صورت بی‌سواد یا کم سواد بودن نمونه، پرسشنامه توسط پرسشگر به صورت مصاحبه تکمیل می‌شد. تمامی مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر، از اهداف مطالعه آگاه بوده و رضایت نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ گردید. همچنین جهت حفظ محرمانه بودن اطلاعات، تکمیل پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام صورت گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۵ و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی چندگانه به روش Enter تجزیه و تحلیل شد. قبل از تحلیل چند متغیره، پیش فرض‌های رگرسیون شامل نرمال بودن مانده‌ها، همگنی تغییرات مانده‌ها، هم خطی داده‌های پرت و استقلال مانده‌ها بررسی شد. سطح معنی‌داری برای تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ منظور شد.

#### یافته‌ها:

بر اساس یافته‌ها میانگین سنی زنان مورد مطالعه  $10/11 + 33/94$  می‌باشد. ۷۸٪ پاسخگویان متاهل، ۱۸٪ مجرد و ۴٪ مطلقه یا بیوه و از نظر قومیت اکثراً بلوچ (۹۲٪/۵) بودند. اکثراً زنان مورد مطالعه خانه‌دار (۶۵٪/۵) و از نظر تحصیلات بیشتر دیپلم (۴۵٪/۵) بودند. اکثر پاسخگویان میزان دسترسی خود را به خدمات بهداشتی درمانی در حد متوسط (۴۳٪) اعلام کرده بودند.

میانگین نمره کلی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت ۷۲/۶۳ از محدوده نمره قابل دستیابی ۱۲۸-۳۲ بود. در بین ابعاد سبک زندگی، بیشترین نمره را تغذیه با میانگین ۲۲/۰۸ کمترین نمره را ورزش با میانگین ۱۳/۹ به خود اختصاص داده است (جدول ۱). براساس آزمون آنالیز واریانس میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت براساس متغیرهای سن ( $p=0.002$ )، تحصیلات ( $p=0.02$ )، میزان درآمد خانوار ( $p=0.01$ ) و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی ( $p>0.001$ ) بطور معناداری متفاوت بود. بطوری که افراد گروه سنی ۴۹-۶۰ سال (با میانگین ۷۵/۶۸)، افراد با تحصیلات عالی (با میانگین ۷۵/۷۳)، افراد با درآمد خانوار بیش از ۴ میلیون تومان (با میانگین ۸۰/۸۶) و افرادی که دسترسی زیاد و خیلی زیاد به خدمات بهداشتی درمانی داشتند، (با میانگین ۷۹/۸۴) سبک زندگی سالم تری نسبت به سایر گروهها داشتند (جدول ۲). همچنین بر اساس متغیرهای وضعیت تاهل و تعداد فرزندان میانگین نمرات سبک زندگی تفاوت معناداری نداشت.

در بررسی رابطه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با متغیرهای مدل ارتقاء سلامت پندر، نتایج نشان داد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با متغیرهای خودکارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده رابطه مثبت معنی دار ( $p>0.001$ ) و با موانع درک شده رابطه معکوس دارد ( $p>0.001$ ). این روابط نشان دهنده آن است که وقتی خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده افزایش یابد، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت نیز افزایش خواهد یافت. اما وقتی موانع درک شده افزایش یابد، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت نیز افزایش خواهد یافت. همچنین در بین متغیرهای مدل ارتقاء سلامت، خودکارآمدی درک شده با  $r=0.70$  = بیشترین رابطه را با سبک مروج سلامت زنان داشته است. بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و عواطف درک شده نیز رابطه معناداری وجود نداشت. (جدول ۳).

به منظور بررسی پیش‌بینی کننده‌های سبک زندگی ارتقاء دهنده از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، تمام عاملهای مدل پندر، در پیش‌بینی سبک زندگی زنان نقش داشتند. از میان عاملها، متغیر خودکارآمدی درک شده با  $\beta=0.448$  = بیشترین قدرت پیش‌بینی کنندگی سبک زندگی ارتقاء

دهنده سلامت را داشت و بعد از آن به ترتیب عامل‌های موانع درک شده نیز با  $\beta = -0.248$ ، حمایت اجتماعی درک شده  $\beta = 0.148$  و عواطف درک شده با  $\beta = 0.133$  پیش‌بینی کننده سبک زندگی بودند و با توجه به مقدار ضریب تعیین ( $R^2$  Adjusted)، در مجموع این ۴ عامل، ۴۳ درصد تغییرات متغیر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را پیش‌بینی می‌کنند. (جدول ۴).

#### بحث:

یافته‌ها نشان می‌دهد، بین سن و سبک زندگی ارتباط معناداری وجود دارد و افراد در سنین بالاتر از سبک زندگی سالم تری برخوردار بودند، که با نتایج مطالعه کانت سینگ و همکاران (۲۰۰۶) و الکندری و همکاران (۲۰۰۸) که به ارتباط معکوسی بین سن و سبک زندگی دست یافته بودند، مغایرت داشت. این مسأله می‌تواند به علت تفاوت در نمونه‌های مورد بررسی باشد.

دسترسی به خدمات بهداشتی امکان مراقبت، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها را فراهم و در ارتقاء سبک زندگی سلامت محور مؤثر است. در مطالعه حاضر نیز میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در افرادی که دسترسی زیاد و خیلی زیاد به خدمات بهداشتی درمانی داشتند، بیشتر از سایر گروه‌ها بود. نوع مطالعه، تفاوت‌های فردی، فرهنگی و اجتماعی از محدودیت‌های مطالعه بودند که می‌تواند بر نحوه پاسخگویی به پرسشنامه تأثیرگذار باشد.

میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان در مطالعه حاضر کمتر از متوسط است و این در حالی است که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت یک عامل تعیین کننده مهم در وضعیت سلامت است (Wei & et al 2012) در مطالعه یاراحمدی و روستا (۱۳۹۲) میانگین نمره سبک زندگی سلامت محور  $12/8 + 54$  (در مقیاس صفر تا ۱۰۰) و در سطح متوسط به بالا گزارش شده است. در مطالعه انجام گرفته توسط لیم و همکاران (۲۰۱۰) نیز نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان مورد مطالعه، نزدیک به نمره میانگین می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر در بررسی ابعاد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در سنین

باروری نشان داد که مطلوب‌ترین وضعیت از میان ابعاد سبک زندگی مربوط به تغذیه و نامطلوب‌ترین آنها مربوط به ورزش می‌باشد. در مطالعه یاراحمدی و روستا (۱۳۹۲) نیز نتایج مشابه و بیشترین نمره سبک زندگی را تغذیه و کمترین نمره را فعالیت فیزیکی به خود اختصاص داده است. همچنین در مطالعه حسین نژاد و همکاران (۱۳۹۲) دانشجویان در بعد تغذیه نمره متوسطی را کسب نموده بودند، اما در رابطه با فعالیت جسمانی نمره کمتری داشتند، که با یافته‌های این مطالعه مطابقت دارد. اما نتایج مطالعه دوکاس و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که زنان باردار اسپانیایی دارای سبک متوسط تغذیه‌های و سبک مطلوب فعالیت جسمانی بودند و مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۷) در تایوان نیز نشان داد، زنان باردار سبک تغذیه‌های نامطلوب و فعالیت جسمی متوسطی داشتند، که متفاوت با یافته‌های این مطالعه می‌باشد. به نظر می‌رسد، این تفاوت‌ها به دلایل فرهنگی و سبک زندگی متفاوت زنان در کشورهای مختلف باشد.

براساس یافته‌ها، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده رابطه معنادار مثبت و با موانع درک شده ارتباط معکوس داشت. به عبارتی وقتی خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده افزایش یابد، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت نیز افزایش خواهد یافت. اما وقتی موانع درک شده افزایش یابد، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت کاهش خواهد یافت.

در مطالعه حاضر، از بین متغیرهای مدل ارتقاء سلامت، خودکارآمدی درک شده که اشاره به ارزیابی و قضاوت فرد درباره توانایی‌های خود برای حفظ یا بهبود سلامتی دارد، مهمترین متغیر تأثیرگذار و مهمترین عامل پیش‌بینی کننده سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان مورد مطالعه می‌باشد. یافته پژوهش حاضر با نتایج حاصل از به کارگیری مدل ارتقاء سلامت پندر، در سایر مطالعات مطابقت دارد. در اکثر مطالعات صورت گرفته براساس مدل ارتقاء سلامت نیز، خودکارآمدی به عنوان موثرترین عامل در انجام این رفتارها گزارش شده است. (روستا و احمدی ۱۳۹۵، روزبھانی و همکاران ۱۳۹۱، Wei & et al 2012).

### نتیجه‌گیری:

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره سبک زندگی زنان و همچنین میانگین نمرات ابعاد ورزش و مسئولیت‌پذیری سلامت از شرایط چندان مطلوبی برخوردار نیستند و نیازمند اجرای مداخلات لازم جهت بهبود سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان سنین باروری میباشد. لذا پیشنهاد می‌شود آموزش و اطلاع‌رسانی کافی به زنان سنین ۱۵-۴۹ در زمینه مسئولیت‌پذیری سلامت و انجام فعالیت‌های جسمانی صحیح و منظم، صورت گیرد. همچنین با عنایت به کمبود فضاهای تفریحی و ورزشی برای بانوان در استان و اهمیت ورزش در سبک زندگی سالم، ضروری است این مهم بیشتر مورد توجه مسئولان امر قرار گیرد.

براساس یافته‌های مطالعه و اهمیت خودکارآمدی در سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان ضروری است، مدیران و سیاستگذاران حوزه سلامت زنان، برنامه‌های آموزشی مناسبی را در جهت افزایش خودکارآمدی زنان طراحی و اجرا نمایند. از طرفی با عنایت به اینکه یافته‌های مطالعه نشان داد، حمایت اجتماعی به عنوان دومین عامل پیش‌بینی کننده سبک زندگی زنان میباشد، و با توجه به اهمیت ارتباطات بین فردی و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی در ایجاد سرمایه اجتماعی و در نتیجه، بهبود سلامت زنان، لذا ضروری است در زمینه تقویت شبکه‌های حمایتی زنان در خانواده و اجتماع اقدامات موثر صورت گیرد.

جدول ۱: میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد آن در موارد زیر

شاخص	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمرات
نمره کل سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	۷۲/۶۳	۱۵/۵۵	۳۲-۱۲۸
تغذیه	۲۲/۰۸	۴/۹۹	۸-۳۲
ورزش	۱۳/۹	۴/۹۴	۸-۳۲
مدیریت استرس	۲۰/۰۵	۴/۵۴	۸-۳۲
مسئولیت پذیری سلامت	۱۶/۶	۵/۳۷	۸-۳۲

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت به تفکیک متغیرهای سن، تحصیلات، درآمد خانوار و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی

متغیر	طبقات	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	*P
سن	۱۵-۱۹	۲۳	۶۹/۵۲	۲۱/۳۵	۳/۱۵	۰/۰۲
	۲۰-۲۹	۴۲	۶۷/۲۱	۱۰/۹۲		
	۳۰-۳۹	۶۵	۷۳/۹۵	۱۴/۶۴		
	۴۰-۴۹	۷۰	۷۵/۶۸	۱۵/۸۳		
تحصیلات	بیسواد	۲۵	۷۷/۷۲	۱۸/۷۷	۵/۲۷	۰/۰۰۲
	کمتر از دیپلم	۱۰۹	۷۲/۸۵	۱۵/۱۲		
	دیپلم	۲۸	۶۳/۰۳	۱۳/۹۴		
	تحصیلات عالی	۳۸	۷۵/۷۳	۱۲/۹۱		
درآمد (میلیون تومان)	کمتر از یک	۴۰	۷۲/۲۲	۱۷/۱۳	۳/۱۶	۰/۰۱
	یک تا دو	۵۲	۶۸/۰۹	۱۵/۰۸		
	دو و صد تا سه	۵۱	۷۴/۷۴	۱۵/۵۸		
	سه و صد تا چهار	۳۱	۷۰/۸۷	۱۳/۶۶		
	بیش از چهار	۲۳	۸۰/۸۶	۱۳/۶۳		
دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی	کم و خیلی کم	۵۲	۶۱/۳۶	۱۲/۷	۲۶/۱۸	۰/۰۰۰
	متوسط	۸۴	۷۴/۱۱	۱۳/۴		
	زیاد و خیلی زیاد	۸۶۴	۷۹/۸۴	۱۵/۳۸		

جدول ۳: همبستگی میان سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با متغیرهای مدل ارتقاء سلامت در زنان سنین باروری شهر خاش

متغیر	r	P
خودکارآمدی درک شده	۰/۶۰	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۴۱	۰/۰۰۰
عواطف درک شده	۰/۰۳	۰/۶۱
موانع درک شده	-۰/۴۴	۰/۰۰۰

جدول ۴: قدرت پیش‌بینی کنندگی متغیرهای مدل ارتقاء سلامت بر سبک زندگی زنان سنین باروری شهر خاش

p	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیرهای پیش‌بینی	
		Beta	Std.Error		
۷/۰۸	۰/۴۴۸		۰/۲	۱/۴۷	خودکارآمدی درک شده
۰/۰۱	۲/۴۷	۰/۱۴۸	۰/۰۷	۰/۱۸	حمایت اجتماعی درک شده
۰/۰۱	۲/۴۳	۰/۱۳۳	۰/۱۱	۰/۲۷	عواطف درک شده
۰/۰۰۰	-۴/۱۲	-۰/۲۴۸	۰/۱۱	-۰/۴۵	موانع درک شده

منابع:

- ایزدی‌راد حسین، ضاریان ایرج (۱۳۹۴) رابطه سواد سلامت با وضعیت سلامت عمومی، رفتارهای پیشگیرانه و استفاده از خدمات سلامت در منطقه بلوچستان. مجله آموزش و سلامت جامعه. دوره ۲، شماره ۳، صص ۴۳-۵۰.
- حاجی‌زاده میمندی، مسعود؛ دهقان چناری، مریم (۱۳۹۴) سبک زندگی سلامت محور و رضایتمندی زناشویی در بین زنان متأهل شهر یزد، فصلنامه زن در فرهنگ و هنر، دوره ۷ - شماره ۱، صص ۷۶-۶۱.
- حسین‌نژاد مریم، کلانترزاده مریم (۱۳۹۲) بررسی شیوه زندگی بر اساس الگوی ارتقاء سلامت پندر، بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمان، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، سال اول، شماره ۴. صص ۲۸-۱۵.
- روزبهانی نسرین، غفرانی‌پور فضل‌الله، افتخار اردبیلی حسن، حاجی‌زاده ابراهیم (۱۳۹۱) ارتباط بین خودکارآمدی، مراحل تغییر و رفتار فعالیت جسمانی زنان بعد از زایمان مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۵ (۹): ۶۱-۷۱.
- روستا فاطمه، احمدی علی (۱۳۹۵) خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان سنین باروری شهر شیراز در سال ۱۳۹۲، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۴ (۲): ۹۰-۱۰۰.
- سپاه منصور، مژگان، باقری، فاطمه (۱۳۹۶) پیش بینی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت براساس کانون کنترل سلامت و سبک‌های دلبستگی، فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، دوره ۶، شماره ۲۲، صص ۱۴۴-۱۳۱.
- غفاری نژاد علیرضا، پویا فاطمه (۱۳۸۱) بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در معلمان شهر کرمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان: پاییز ۱۳۸۱، دوره ۱۱، شماره ۴۳، صص ۹-۱.
- محمد علیزاده چرندابی سکینه، میرغفوروند مژگان، توانانژاد نیکتا، کارخانه مهسا (۱۳۹۲) سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و خودکارآمدی در نوجوانان پسر، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، جلد ۲۳، شماره ۱۰۹، صص ۱۶۲-۱۵۲.
- محمدیان هاشم، افتخار اردبیلی حسن، رحیمی فروشانی عباس، تقدیسی

محمدحسین، شجاعی زاده داوود (۱۳۸۹) ارزشیابی مدل ارتقاءیی سلامت پندر در پیشگویی کیفیت زندگی دختران نوجوان، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۸، شماره ۴، صص ۱۳-۱۰.

- موحد مجید، زنجری نسبی، صادقی رسول (۱۳۹۱) تعیین کننده‌های اجتماعی جمعیتی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت سالمندان (مطالعه موردی سالمندان شهر شیراز)، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، شماره ۱۰.

- یاراحمدی علی، روستا فاطمه (۱۳۹۲) سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان در سنین باروری (مطالعه موردی شهر شیراز)، نشریه زن در توسعه و سیاست، شماره ۴، صص ۵۵۸-۵۴۳.

-AlKandari F, Vidal VL, Thomas D. Health promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nurs Health sci*. 2008; 10(1): 43 - 50. doi: 10.1111/j.14422018.2007.00370-.x PMID: 18257831

-Becker H, Stuijbergen A. What make it so hard? Barriers to health promotion experienced by people with multiple sclerosis and polio. *Family & Community Health*. 2004;27(1):75. DOI: 10.109700008-200401000-00003727/ PMID: 14724504

-Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Mohammad-Alizadeh Charandabii S. The experiences of women of reproductive age regarding health-promoting behaviours: A qualitative study. *BMC public health*. 2012;12(1):573.

- Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*. 2000;28(3):391 - 400. doi: 10.1023/A:1005109522457 PMID: 10945123

- Chen, M.; Lai, L.; Chen, H.; and Gaete, J. Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. *BMC Public Health*,2014,14:1- 9.

- Chen MY, James K, Wang EK. Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(1): 59- 69.

- Chinekesh A, Hoseini SA, Shahbolaghi FM, Motlagh ME, Eftekhari MB, Ardalan G, et al. A comprehensive health plan: The lifestyle affecting factors in Iranian youth. *International Journal of Preventive Medicine*. 2018; 9: 1. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM-309 - 17

- Chiou, A : Hsu, M. and Hung, M. Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Applied Nursing Research*, 2016, 30: 1- 6.

-Declaration M. The first global ministerial conference on healthy lifestyles and noncommunicable disease control, Moscow. Geneva, World Health Organization; 2011.

-Dukas L, Willet WC, Giovannucci EL. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98(8):

- 17901796-. doi: 10.1111/j.15720241.2003.07591-.x PMID: 12907334.
- Hirth, J. The Effect of Social Networks and Social Support on the Relationship between Race, Ethnicity and Disability in Older Adults. 2010.
- Lim YM., Sung MH. & Joo KS. (2010).» Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women.» *Journal of Gerontol Nurse*, Vol.36,pp : 42- 50. [-https://www.amar.org.ir/news/ID/5080](https://www.amar.org.ir/news/ID/5080)
- Kant Singh A, Maheshwari A, Sharma N, Anand K. Lifestyle Associated Risk Factors in Adolescents. *Indian J Pediatric*. 2006; 73(10):901 - 6. doi: 10.1007/BF02859283 PMID: 17090902
- Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Charandabi SM-A, Majdzadeh R. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. *Health Promot Int*. 2015; 30(3):586 - 94. doi: 10.1093/heapro/dat086 PMID: 24395956
- Mo PK, Winnie WM. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. *Social Indicators Research*. 2010; 95(3): 503 - 17.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Prentic Hall Publication2011;P:57-64.
- Pender, N.; Murdaugh, C.; and Parsons, M. (2016), *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Pearson.
- Peker K, Bermark G. Predictors of healthpromoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *J Dent Educ* 2011; 75(3):413 - 20. PMID: 21368265
- Smith MS, Wallston KA, Smith CA. The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*.1995;10(1):51. doi: 10.1093/her/10.1.51
- Tol A, Tavassoli E,Shariferad GR, Shojaeezadeh D.Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan Universityof Medical Sciences.*J Educ Health Promot*. 2013 Feb 28;2:11
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promoting lifestyle profile II, University of Nebraska Medical Center,College of Nursing, Omaha, Nebraska, USA.1995.
- Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*1998, 54(6):1063. doi: 10.10373514.54.6.1063-0022/
- Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2012; 17(3):222 - 7. doi: 10.1007/s12199-0244-011-8 PMID: PMC3348247