ORIGINAL ARTICLE

Health-Promoting Lifestyle in Vulnerable Women and Related Demographic Factors in Iran

Zeinab Hamzehgardeshi[1,2],
Ensieh Rashidi[3],
Farideh Rezaei Abhari[4]

[1] Professor, Department of Midwifery, School of Midwifery and Reproductive Health, Sari, Iran
[2] Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] MSc Student of Counseling in Midwifery, School of Midwifery and Reproductive Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Instructor, Department of Midwifery, Nasibeh School of Midwifery and Reproductive Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 20, 2024 ; Accepted September 30, 2024)

Abstract

Background and purpose: Women are considered more vulnerable than men due to various biological, genetic, and physical factors, including conditions such as pregnancy and breastfeeding. Additionally, societal structures contribute to this vulnerability. Factors such as the lack of social justice, gender biases, unemployment, unequal job opportunities, insecurity, limited access to education, cultural problems, traditional gender roles, and a lack of recognition for women's capacity and potential all exacerbate the vulnerability of women. Over recent decades, the population of vulnerable women has increased significantly. On the other hand, health-promoting behaviors are major determinants of public health. Therefore, this study was designed and conducted to assess health-enhancing lifestyles among women who visited the Behavioral Diseases Counseling Center in Sari city, as well as the related demographic and social factors.

Materials and methods: This descriptive-analytical cross-sectional study included 174 vulnerable women who visited the Behavioral Diseases Counseling Center in Sari city. Participants were selected using a convenience sampling method. Data were collected using a questionnaire that measured socio-demographic factors and health-promoting lifestyles. The questionnaire comprised 52 items in six areas: nutrition (9 questions), physical activity (8 questions), health responsibility (9 questions), stress management (8 questions), interpersonal relationships (9 questions), and spiritual growth (9 questions). Data were analyzed using SPSS software (version 20). Descriptive statistics, such as frequency, mean, median, and standard deviation, were used to summarize demographic characteristics. For inferential analysis, the normality of variables was assessed using the Shapiro-Wilk test. Independent t-tests and one-way analysis of variance were used to compare health-promoting lifestyle scores across two-level and multi-level variables, respectively. Spearman's correlation coefficient and linear regression were also employed for further analysis.

Results: The mean and standard deviation (SD) scores for the components of the health-promoting lifestyle questionnaire were as follows: self-actualization (mean ± SD: 28.12±6.77), health responsibility (31.90±6.18), interpersonal support (19.25±4.65), stress management (11.13±3.35), physical activity (14.83±5.62), and nutrition (19.81±4.96). The highest and lowest scores were observed in the components of health responsibility and stress management, respectively. Overall, the mean score for health-promoting lifestyles was 127.02±23.23, with 43.3% of participants having a favorable health-promoting lifestyle. Logistic regression analysis revealed that socio-demographic variables such as age, education, occupation, monthly income sufficiency, and history or current infection with sexually transmitted diseases were significantly associated with the desirability of health-promoting lifestyles (P=0.001). The coefficient of determination (R^2=0.34) indicated that these variables accounted for 34% of the variance in health-promoting lifestyle scores.

Conclusion: Given the importance of health-promoting behaviors in improving public health, particularly among women, it is essential to identify and enhance these behaviors through applied and interventional studies. Increasing awareness and addressing socio-demographic factors can play a crucial role in improving women's health.

Keywords: lifestyle, promoter, health, women, demographic

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (237): 75-88 (Persian).

Corresponding Author: Farideh Rezaei Abhari – School of Midwifery and Reproductive Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: far2248@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و چهارم شماره ۲۳۷ مهر سال ۱۴۰۳ (۸۸-۷۵)

سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان آسیب‌پذیر و عوامل جمعیتی اجتماعی مرتبط با آن در ایران

زینب حمزه گردشی[۱و۲]
انسیه رشیدی[۳]
فریده رضایی ابهری[۴]

چکیده

سابقه و هدف: زنان به علت فاکتورهای بیولوژیکی، ژنتیکی، فیزیکی و شرایطی نظیر حاملگی و شیردهی و هم‌چنین به واسطه ظرفیت و پتانسیل وجودی خود در برابر صدمات جدی اجتماعی آسیب‌پذیرتر از مردان قلمداد می‌شوند. ساختار اجتماعی جوامع ازجمله نبود عدالت اجتماعی، نگاه جنسیتی، بیکاری، فرصت‌های نابرابر شغلی، فقدان امنیت، ضعف آموزش، مشکلات فرهنگی، نگاره‌های تفکر سنتی مردان درخصوص زنان و باور نداشتن به ظرفیت و پتانسیل زنان از دیگر دلایل آسیب پذیری این گروه می‌باشد. نرخ جمعیت زنان آسیب‌پذیر در دهه‌های اخیر رشد گسترده‌ای داشته است. از طرفی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از شاخص‌های عمده تعیین‌کننده سلامت عمومی می‌باشد. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری و عوامل جمعیتی-اجتماعی مرتبط با آن طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۷۴ نفر از زنان آسیب‌پذیر مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری، مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه عوامل اجتماعی-دموگرافیک و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بود. این ابزار که رفتارهای ارتقادهنده سلامت را بررسی می‌کند، حاوی ۵۲ سوال در شش حیطه: تغذیه (۹سوال)، فعالیت جسمانی (۸سوال)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامتی (۹سوال)، مدیریت استرس (۸سوال)، روابط بین فردی (۹سوال) و رشد معنوی (۹سوال) می‌باشد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای مشخصات دموگرافیک از روش آماری توصیفی نظیر فراوانی، میانگین، میانه و انحراف معیار استفاده شد. در تحلیل استنباطی با استفاده از آزمون نرمال بودن (شاپیروویلک (Shapiro-wilk)) به بررسی نرمال بودن متغیرها پرداخته شد. جهت مقایسه نمره سبک ارتقادهنده سلامتی در سطوح متغیرهای دو سطحی و چندسطحی به ترتیب از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف‌معیار به‌دست آمده در مولفه‌های پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت که شامل: خودشکوفایی با میانگین و انحراف‌معیار ۲۸/۱۲±۶/۷۷، میانگین و انحراف‌معیار مسئولیت‌پذیری ۳۱/۹۰±۶/۱۸، میانگین و انحراف‌معیار حمایت بین فردی ۱۹/۲۵±۴/۶۵، میانگین و انحراف معیار مدیریت استرس ۱۳/۱۱±۳/۳۵، میانگین و انحراف‌معیار ورزش ۱۴/۸۳±۵/۶۲، میانگین و انحراف‌معیار تغذیه ۱۹/۸۱±۴/۹۶ بود. هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بیش‌ترین و کم‌ترین نمره مولفه‌های مربوط به پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به‌ترتیب مربوط به مولفه‌ی مسئولیت‌پذیری و مدیریت استرس بود. در مجموع میانگین و انحراف‌معیار سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ۱۲۷/۰۲±۲۳/۲۳ بود. ۴۳/۳ درصد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مطلوبی داشتند. در مدل رگرسیون لجستیک مطلوب بودن سبک ارتقاءدهنده سلامت بر حسب متغیرهای جمعیتی اجتماعی (سن، تحصیلات، شغل، ارزیابی میزان کفایت درآمد ماهانه، سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری جنسی) از نظر آماری با P=۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. ضریب تعیین ۰/۳۴ بیانگر آن است که متغیرهای مذکور می‌توانند ۳۴ درصد در مطلوب بودن سبک ارتقاءدهنده سلامت موثر باشند.

استنتاج: با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در ارتقاء سلامت افراد جامعه به خصوص زنان، شناخت و بهبود هر چه بیش‌تر این عوامل در قالب مطالعات مداخله‌ای و کاربردی می‌تواند مؤثر واقع شود. علاوه بر این افزایش آگاهی در مورد چنین عواملی می‌تواند نقش تعیین‌کننده در بهبود سلامت زنان داشته باشد.

واژه های کلیدی: سبک زندگی، ارتقاءدهنده سلامت، زنان، آسیب‌پذیر

مولف مسئول: فریده رضایی ابهری- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه E-mail: far2248@yahoo.com
۱. استاد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشجوی مشاوره در مامایی علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۵/۲۲ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۷/۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

مقدمه

زنان آسیب‌پذیر به کسانی گفته می‌شود که خود و یا همسرانشان مصرف‌کننده مواد باشند، همسرانشان زندانی باشند، زنانی که شرکای جنسی متعدد داشته باشند و زنانی کـه سرپرسـت خـانوار باشـند(۱). نـرخ جمعیـت زنـان آسیب‌پذیر در دهه‌های اخیر رشد گسترده‌ای داشته است. امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان نان‌آور خانواده هستند و ۳۷/۵درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند(۲). این گروه از زنان با مشکلاتی ازجمله عدم امنیت اجتمـاعی، مشـکلات بهداشـتی، عـدم رفـاه اجتمـاعی-اقتصـادی و تهدید سلامت روبه‌رو هستند. تهدید سلامت عمومی بـه ویـژه سـلامت روان از معضـلات جـدی در ایـن گـروه می‌باشد(۳). گروه عمده‌ای از این زنـان بـا فقـر، نـاتوانی، بی- قدرتی به‌ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبه‌رو هستند؛ به گونه‌ای که عزت نفس و سلامت روانی آنـان را مختل نموده و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلال‌هـا را فراهم می‌سازد. این گـروه، بـه‌دلیـل ایـن کـه توانـایی اداره امور اقتصادی خود و خـانواده خـود را ندارنـد، بـه سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری‌های ناچیز نهادهای دولتـی بسـنده کـرده و بـا مسائل زندگی درچارچوب خانه دست و پنجه نرم می‌کنند. از سوی دیگر، گروه دیگری از این زنان افزون بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی و بازار اشتغال شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌کنند و بـه دلیـل عدم دسترسی به مشاغل با منزلت، مجبـور بـه اشـتغال در مشاغل حاشـیه‌ای، نیمـه‌وقـت، غیررسـمی و کـم‌درآمـد می‌شوند(۴). با توجـه بـه ایـن کـه زنـانی کـه در معـرض آسیب‌های اجتماعی هستند، بیش‌ترین صدمات و لطمـات را خواهند دید و از حساسیت‌هـای بـیش‌تـری نسـبت بـه تنش‌های محیطی- اجتماعی برخوردارند(۵)، بنـابراین بـا درک مناسب عوامل منجرشونده به آسیب‌پذیری زنان و شناخت پتانسیل و ظرفیت زنان تا حدود زیادی می‌تـوان فرآیند آسـیب‌پـذیری ایـن قشـر از گـروه‌هـای مـردم را مشخص نمود(۴).

سلامت زنـان از اولویـت‌هـای هـر جامعـه‌ای اسـت بنابراین ارتقاء و تأمین سلامت زنان یکی از ارکـان مهـم پیشرفت جوامع می‌باشد و روز به روز توجه به ایـن مهـم افزایش می‌یابـد(۶). مطالعـات نشـان داده‌انـد کـه سـبک زندگی ناسالم یکی از عوامل اثرگذار در بروز بیمـاری‌هـای مزمن از جمله سرطان کولون، فشارخون بالا، بیماری‌هـای مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، ایـدز و بیماری‌های قلب و عروق مـی‌باشـد(۷). براسـاس آمارهـای گزارش شده در مورد علل اصلی مـرگ‌ومیرهـا، سـبک زندگی ناسالم و رفتارهای غیربهداشتی ۵۳ درصد از این علل را شامل می‌شود(۸). رفتارهای ارتقاءدهنده سـلامت یکی ازعوامل اصلی تعیین‌کننده برای سلامتی است(۹) و می‌توانند باعث تاثیر بالقوه طـولانی مدت بر پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و کیفیت زنـدگی شـوند کـه ایـن اثـرات بـا طـولانی‌تـر شـدن عمـر، کـاهش هزینـه‌هـای مراقبـت‌هـای بهداشـتی-درمـانی و افـزایش تولیـد ملـی آشـکار مـی‌شـود(۱۰). افـراد دارای رفتـار ارتقاءدهنـده، سالم‌تر بوده و بـار بیمـاری و نـاتوانی کـم‌تـری خواهنـد داشت(۱۱). براساس نظریه پندر، رفتارهـای ارتقاءدهنـده سـلامت شـامل هـر گونـه فعـالیتی مـی‌باشـد کـه جهـت افزایش و یا نگهداری سـطح سـلامتی و خودشـکوفایی فرد و یا گروه‌ها انجام گیرد(۱۲) و شامل مسئولیت‌پذیری سلامتی، رشد معنوی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، روابط بین فردی و کنترل استرس می‌باشد(۱۳).

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از شاخص‌های عمده تعیین‌کننده سلامت عمومی می‌باشد که بـه عنـوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلاء به بسیاری از بیماری‌ها بوده و تاثیر بالقوه طولانی مدت بر کیفیت زندگی دارد. رفتارهـای ارتقاء سلامت شامل رفتارهایی می‌شود که طی آن فرد بـه تغذیه مناسب، ورزش منظم، دوری از رفتارهـای پرخطـر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشـانه‌هـای بیمـاری در ابعـاد جسـمی و روانـی، کنتـرل عواطـف و افکار، سازگاری با استرس، استقلال، اصلاح روابط بـین فردی در بعد اجتماعی می‌پردازد. هم‌چنین این رفتارها و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

به طبع آن سبک زندگی سالم به‌طور معناداری در طولانی کردن عمر و امید به زندگی اثر دارد(۱۴،۱۳).

مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، یکی از تجربیات موفق کشور است که توانسته گام‌های موثری در کنترل HIV و دیگر بیماری‌های رفتاری بردارد. این مراکز توسط وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی جهت آموزش، مشاوره و پیشگیری در سه حوزه‌ی مشاوره و درمان اعتیاد؛ مشاوره و درمان ایدز؛ مشاوره و درمان بیماری‌های آمیزشی به صورت رایگان و بدون دریافت هزینه راه‌اندازی شده است و حتی درصورت تمایل مراجعه‌کننده، خدمات‌دهی به صورت مخفی و ناشناس انجام می‌شود(۱۵).

مطالعات مختلفی در راستای ارتقاء سلامت زنان آسیب‌پذیر صورت گرفته است اما مطالعه‌ای مشابه با مطالعه حاضر تاکنون صورت نگرفته است. مقدم تبریزی و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان "بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامتی و ارتباط آن با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه شهر ارومیه"، به این نتایج دست یافتند که بین مشخصات جمعیت‌شناختی تأهل و تحصیلات با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، ارتباط مثبت معنی‌داری مشاهده شد(P<۰/۰۰۱) اما بین شغل و سن با رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت(۱۶). ملکی و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان "رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان شهرستان فسا" به این نتایج دست یافتند که بین خرده مقیاس فعالیت فیزیکی و شغل زنان رابطه معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵). رابطه بین خرده مقیاس‌های رشد معنوی و روابط بین فردی با سطح تحصیلات نیز معنادار بود (به‌ترتیب P=۰/۰۱۱ و P=۰/۰۳۸)(۱۷). خسروان و همکاران مطالعه‌ای با هدف "تعیین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی و عوامل مرتبط با آن در زنان سرپرست خانوار" انجام دادند. نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره آماری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سطح متوسط ۲۰/۴۲±۱۲۳/۱۶ بوده است و با عوامل شناختی و عاطفی خودکارآمدی، موانع و روابط بین فردی رابطه معنی‌داری نشان داد (P<۰/۰۵). در بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی، رشد معنوی بالاترین میانگین نمره آماری (۵/۳ ± ۲۴/۹۱) و فعالیت بدنی (۳/۵ ± ۱۲/۸۳) و مدیریت استرس (۳/۹ ± ۱۷/۸۳) کم‌ترین میانگین نمره را داشت(۱۸). Hurlbut و همکاران در مطالعه‌ای با هدف "تعیین همبستگی بین معنویت و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بین زنان بی سرپرست بی‌پناه" به این نتایج دست یافتند که همبستگی مثبت متوسطی بین بهزیستی معنوی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت وجود دارد (r= ۰/۴۲۶)(۱۹).

با توجه به اهمیت سلامت در جوامع و نقش آن در پیشرفت و توسعه کشورها از یک طرف و افزایش جمعیت زنان آسیب‌پذیر، تعامل و ارتباطات تنگاتنگ این گروه از زنان با دیگر اقشار جامعه و نقش آنان در خانواده و تربیت کودکان به عنوان مدیران و کارگذاران آینده از طرف دیگر، هم‌چنین با توجه به این‌که در جستجوهای انجام شده توسط محققین کم‌تر مطالعه‌ای در راستای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در زنان آسیب‌پذیر در کشور انجام شده است، محققین را بر آن داشت که این مطالعه را با هدف تعیین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری و عوامل جمعیتی- اجتماعی مرتبط با آن در سال ۱۳۹۹ طراحی نموده و به اجرا درآورند. امید است نتایج مطالعه حاضر راهنمای مناسب جهت تدوین برنامه‌های جدیدتر و مناسب در این زمینه باشد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی که از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد، جامعه مورد مطالعه زنان آسیب‌پذیر مراجعه-کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری در سال ۱۴۰۰ بودند. معیارهای ورود افراد به مطالعه عبارت بود از: ۱) سواد خواندن و نوشتن، ۲) رضایت برای شرکت در مطالعه، ۳)تابعیت ایرانی، دارا بودن حداقل یک مورد از مواردی که مشمول تعریف زنان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

آسیب‌پذیر می‌شود (خود و یا همسرانشان مصرف‌کننده مواد باشند؛ همسرانشان زندانی باشند؛ دارای شرکای جنسی متعدد باشند؛ زنانی که سرپرست خانوار باشند؛ زنانی که بیماری‌های مقاربتی مثل ایدز و هپاتیت داشته باشند). معیارهای خروج هم شامل: ۱) عدم تمایل به ادامه مطالعه، ۲) عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰درصد سوالات پرسشنامه بود. برای انجام مطالعه با استفاده از پژوهش خسروان و همکاران(۲۰۱۹)(۱۱) و با در نظر گرفتن α=۰/۰۱ و هم‌چنین حد اشتباه برآورد ۴ نمره، حجم نمونه لازم برابر ۱۷۴ نفر محاسبه شد.

$$n=\frac{[z_{1-\frac{\alpha}{2}}]^2\times(SD)^2}{(\varepsilon)^2}$$

جهت دستیابی به این تعداد حجم نمونه، بعد از کسب مجوز از ریاست محترم مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری، از ایشان جهت نمونه‌گیری کمک گرفته شد. در روزهای مراجعه گروه هدف به مرکز، پژوهشگر در مرکز حضور داشت و از مراجعینی که واجد معیارهای ورود بودند، به صورت در دسترس و به ترتیب ورود به مرکز اطلاعات موردنظر در راستای پژوهش جمع‌آوری شد، نمونه‌گیری تا زمان کفایت نمونه‌ها ادامه داشت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی (وضعیت تاهل، سن، سن همسر، تعداد فرزند، شغل، شغل همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، خودارزیابی از میزان کفایت درآمد ماهانه، خودارزیابی از نظر طبقه اجتماعی اقتصادی، میزان رضایت از طبقه اجتماعی- اقتصادی، وضعیت مالکیت منزل مسکونی، سابقه مصرف سیگار، سابقه مصرف قلیان، سابقه و یا مصرف کنونی موادمخدر و مصرف داروهای روان‌گردان، مصرف داروهای اعصاب و روان، سابقه و یا مصرف کنونی الکل، سابقه بیماری جسمی، سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جنسی، سابقه بیماری‌های روانی تشخیص داده شده توسط پزشک) و پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بود.

در پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی منظور از "تجاوز جنسی"، دخول جنسی به یک کودک یا بزرگسال (واژینال، دهانی یا مقعدی) تعریف می‌شود که با آلت تناسلی، انگشت یا هر شیئی انجام شده باشد. تجاوز زمانی رخ می‌دهد که رضایت قربانی به خاطر ترس از مرگ و یا صدمه دیدن باشد و یا این‌که این عمل از طریق خوراندن دارو و با واسطه زور، تهدید یا فریب صورت گیرد(۲۰). منظور از "مصرف سیگار، قلیان و سابقه یا مصرف کنونی مواد مخدر"، سابقه مصرف در سه ماه گذشته(۲۱)، بود. منظور از "سابقه یا مصرف کنونی الکل"، مصرف‌کننده فعلی الکل فردی بود که الکل را طی سه ماه اخیر مصرف نموده بود و مصرف‌کننده پیشین فردی تلقی می‌شد که الکل را پیش از این زمان مصرف می‌نموده است(۲۲). منظور از "سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری جسمی"، وضعیت جسمی که بیش از یک سال طول بکشد و موجب محدودیت‌های عملکردی شده و نیازمند پایش یا درمان مستمر باشد شامل سرطان‌ها، دیابت، پرفشاری خون، سکته مغزی، بیماری‌های قلبی و عروقی و بیماری‌های تنفسی(۲۳)، بود.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت این ابزار که رفتارهای ارتقادهنده سلامت را بررسی می‌کند، توسط واکر و همکاران در سال ۱۹۸۷ ارائه شده است و حاوی ۵۲ سوال در شش حیطه: تغذیه (۹سوال)، فعالیت جسمانی (۸ سوال)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامتی (۹سوال)، مدیریت استرس (۸ سوال)، روابط بین فردی (۹سوال) و رشد معنوی (۹سوال) می‌باشد. ارزیابی سبک زندگی در تمام سوالات با مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت (۱= هرگز، ۲= برخی اوقات، ۳= اغلب و ۴=همیشه) صورت گرفت. محدوده نمره‌ی کلی سبک زندگی بین ۲۰۸-۵۲ است و نمره‌ای که فرد کسب کرد نسبت به میانگین کل (۱۳۰ امتیاز) سنجیده شد؛ به گونه‌ای که نمره کم‌تر از میانگین (کم‌تر از ۱۳۰ امتیاز) سبک زندگی نامطلوب و نمره بیش‌تر از میانگین (بیش از ۱۳۰ امتیاز) سبک زندگی مطلوب را گزارش می‌دهد(۲۴). پرسشنامه سبک زندگی ابزاری معتبر و پایا برای بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در فرهنگ‌های مختلف است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

این ابزار توسط محمدی زیدی و همکاران در ایران مورد روان‌سنجی قرار گرفت. میزان آلفا کرونباخ برابر با ۰/۸۲ بوده است. آلفا کرونباخ زیر شاخه‌های تغذیه، فعالیت جسمی، مسوولیت‌پذیری درمورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۶، ۰/۹۱، ۰/۷۵، ۰/۶۴ بوده است(۲۵). حسینی و همکاران در ۱۳۹۱ برای تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد (r=۰/۹۲) و جهت محاسبه همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۹۵) استفاده کردند که پایایی ابزار مورد تایید قرار گرفته است(۲۶).

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ استفاده شد. از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف‌معیار برای توصیف نمونه‌های مطالعه و آزمون‌های آماری استنباطی شامل تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی استفاده شد.

لازم به ذکر است که مطالعه فوق، پس از کسب مجوزهای لازم برای انجام آن، با دریافت کد اخلاق با شماره IR.MAZUMS.REC.1400.200 از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از زنان، و ضمن بیان اهداف و نحوه انجام مطالعه، انجام شده است. ضمنا به افراد مورد مطالعه اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان در جهت اهداف مطالعه به کار گرفته خواهد شد و کلیه اطلاعات آن‌ها با حفظ اصل گمنام بودن، محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌های مورد بررسی ۱۱/۵±۳۷/۱۸ و سن همسران آنان ۱۱/۵±۴۱/۸۶ بود. میانگین و انحراف‌معیار تعداد فرزند ۱/۲۳±۱/۳۲ بود. ۶۱/۲ درصد میزان کفایت درآمد ماهانه خود را تا حدودی کافی و ۶۲/۴ درصد طبقه اجتماعی- اقتصادی خود را متوسط گزارش نمودند. ۵۳/۹ درصد از طبقه اجتماعی-اقتصادی خود تا حدودی راضی بودند. اکثریت آن‌ها خانه‌دار (۳۹/۳ درصد) بودند.

۷۷/۵ درصد بدون سابقه تجاوز، ۶۷/۴ درصد بدون سابقه مصرف سیگار بوده و ۶۵/۲ درصد بدون سابقه مصرف قلیان بودند. ۵۷/۳ درصد سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جسمی و ۲۷/۵درصد سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جنسی داشتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بیماری¬های رفتاری شهر ساری در سال ۱۳۹۹

متغیر	مشخصات	تعداد	درصد
میزان تحصیلات	ابتدایی	۱۱	۶/۱
	راهنمایی	۲۱	۱۱/۸
	دیپلم	۶۹	۳۸/۸
	کاردانی	۱۴	۷/۹
	کارشناسی	۴۱	۲۳
	کارشناسی ارشد	۱۶	۹
	دکتری و بالاتر	۶	۳/۴
وضعیت تاهل	مجرد	۴۲	۲۳/۶
	متاهل	۱۰۷	۶۰/۱
	جداشده	۲۰	۱۱/۲
	همسر فوت شده	۹	۵/۱
طبقه آسیب‌پذیری	سرپرست خانوار	۴۴	۲۴/۶
	اعتیاد همسر	۵۷	۳۱/۸
	اعتیاد خود شخص	۵۰	۲۷/۹
	زندانی بودن همسر	۹	۵
	داشتن شرکای جنسی متعدد	۱۹	۱۰/۶
شغل	بیکار	۷۰	۳۹/۳
	کارمند	۴۱	۲۳
	آزاد	۵۸	۳۲/۶
	بازنشسته	۹	۵/۱
شغل همسر	بیکار	۱۳	۱۱/۷
	کارمند	۲۳	۲۰/۷
	آزاد	۶۸	۶۱/۳
	بازنشسته	۷	۶/۳
ارزیابی از میزان کفایت درآمد ماهانه	اصلا کفایت نمی کند	۵۱	۲۸/۷
	تا حدودی کفایت می کند	۱۰۹	۶۱/۲
	کاملا کفایت می کند	۱۸	۱۰/۱
ارزیابی طبقه اجتماعی اقتصادی	پایین	۵۲	۲۹/۲
	متوسط	۱۱۱	۶۲/۴
	بالا	۱۵	۸/۴
میزان رضایت از طبقه اجتماعی -اقتصادی	اصلا راضی نیستم	۷۱	۳۹/۹
	تا حدودی راضی هستم	۹۶	۵۳/۹
	کاملا راضی هستم	۱۱	۶/۲
دفعات ازدواج	۱ بار	۱۱۷	۶۵/۷
	۲بار	۱۸	۱۰/۱
	۳بار	۱	۰/۶
سابقه تجاوز	بله	۴۰	۲۲/۵
	خیر	۱۳۸	۷۷/۵
مصرف سیگار	بله	۵۸	۳۲/۶
	خیر	۱۲۰	۶۷/۴
مصرف قلیان	بله	۶۲	۳۴/۸
	خیر	۱۱۶	۶۵/۲
سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جسمی	بله	۱۰۲	۵۷/۳
	خیر	۷۶	۴۲/۷
سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جنسی	بله	۴۹	۲۷/۵
	خیر	۱۲۹	۷۲/۵
سابقه بیماری های روانی تشخیص داده شده توسط پزشک	بله	۴۲	۲۳/۶
	خیر	۱۳۶	۷۶/۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

میانگین و انحراف‌معیار سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ۲۳/۲۳±۱۲۷/۰۲ بود. میانگین و انحراف‌معیار خودشکوفایی ۶/۷۷±۲۸/۱۲، میانگین و انحراف‌معیار مسئولیت‌پذیری ۶/۱۸±۳۱/۹۰، میانگین و انحراف‌معیار حمایت بین فردی ۴/۶۵±۱۹/۲۵، میانگین و انحراف‌معیار مدیریت استرس ۳/۳۵±۱۳/۱۱، میانگین و انحراف‌معیار ورزش ۵/۶۲±۱۴/۸۳، میانگین و انحراف‌معیار تغذیه ۴/۹۶±۱۹/۸۱ بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بیش‌ترین و کم‌ترین نمره به ترتیب در ابعاد مسئولیت‌پذیری و مدیریت استرس می‌باشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار مولفه های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان آسیب پذیر مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری شهر ساری در سال ۱۳۹۹

متغیر مورد بررسی	انحراف معیار±میانگین	حداقل	حداکثر
خودشکوفایی	۶/۷۷±۲۸/۱۲	۱۴	۴۳
مسئولیت پذیری	۶/۱۸±۳۱/۹۰	۱۷	۴۹
حمایت بین فردی	۴/۶۵±۱۹/۲۵	۷	۳۳
مدیریت استرس	۳/۳۵±۱۳/۱۱	۶	۲۳
ورزش	۵/۶۲±۱۴/۸۳	۲	۳۴
تغذیه	۴/۹۶±۱۹/۸۱	۸	۳۲
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	۲۳/۲۳±۱۲۷/۰۲	۸۱	۱۹۳

با توجه به جدول شماره ۳، بر اساس آزمون آنالیزواریانس میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب وضعیت تاهل (P<۰/۲۰۲)، تعداد فرزند (P=۰/۲۵۱) تفاوت معنی‌داری نداشت. بر اساس آزمون آنالیزواریانس میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب سطح تحصیلات زنان (P=۰/۰۰۱)، شغل زنان (P=۰/۰۰۱)، ارزیابی از میزان کفایت درآمد ماهانه (P=۰/۰۰۱)، وضعیت منزل مسکونی (P=۰/۰۰۱) تفاوت معنی‌داری داشت.

با توجه به جدول شماره ۴ و براساس آزمون تی مستقل میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب سابقه مصرف سیگار زنان (P=۰/۳۸۶)، سابقه و یا مصرف کنونی الکل(P=۰/۲۴۱) تفاوت معنی‌داری نداشت. براساس آزمون تی مستقل میانگین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت برحسب سابقه تجاوز زنان (P=۰/۰۰۶)، سابقه مصرف قلیان (P=۰/۰۰۳)، سابقه و یا مصرف کنونی مواد مخدر (P=۰/۰۰۱)، سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جسمی (P=۰/۰۱۹)، سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جنسی (P=۰/۰۰۷) و سابقه بیماری‌های روانی تشخیص داده شده توسط پزشک (P=۰/۰۰۳) تفاوت معنی‌داری داشت.

جدول شماره۳: مقایسه میانگین و انحراف‌معیار سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب متغیرهای جمعیتی شناختی (چندسطحی) در زنان آسیب‌پذیر مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری در سال ۱۳۹۹

متغیر جمعیت شناختی	سطوح متغیر مورد بررسی	انحراف معیار±میانگین	مقدار ملاک آزمون (آنالیز واریانس)	سطح معنی‌داری
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۸/۷ ±۱۱۰/۹۱		
	راهنمایی	۱۴/۰±۱۱۱/۲۴		
	دیپلم	۲۱/۹±۱۲۵/۴۶		
	کاردانی	۲۲/۵±۱۳۱/۲۱	۷/۹۷۱	۰/۰۰۱
	کارشناسی	۲۲/۴ ±۱۲۹/۶۶		
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲۲/۴±۱۴۷/۴۵		
	کل	۲۳/۲۳±۱۲۷/۰۲		
شغل زنان	بیکار	۱۸/۰ ±۱۱۴/۷۹		
	کارمند	۲۱/۹±۱۴۲/۲۷		
	آزاد	۲۳/۳±۱۳۰/۹۵	۱۶/۲۵	۰/۰۰۱
	بازنشسته	۱۵/۷±۱۲۷/۴۴		
ارزیابی از میزان کفایت درآمد ماهانه	اصلا کفایت نمی کند	۲۰/۰ ±۱۱۴/۳۵		
	تا حدودی کفایت می کند	۲۱/۳۵±۱۲۹/۷۰	۱۷/۵۴	۰/۰۰۱
	کاملا کفایت می کند	۲۴/۶۰±۱۴۶/۷۲		
طبقه اجتماعی اقتصادی	پایین	۱۷/۳۸ ±۱۱۵/۹۲		
	متوسط	۲۲/۴۶±۱۲۹/۷۲	۱۲/۱۲	۰/۰۰۱
	بالا	۲۹/۶۰±۱۴۵/۵۳		
وضعیت منزل مسکونی	مالک	۲۲/۳۱ ±۱۳۱/۹۲		
	مستاجر	۲۰/۶۸±۱۱۷/۳۸	۰/۵۳۷	۰/۰۰۲
	زندگی با خانواده خود یا همسر	۲۵/۰۴±۱۲۷/۵۸		

جدول شماره۴: مقایسه میانگین و انحراف‌معیار سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب متغیرهای جمعیتی شناختی (دوسطحی) در زنان آسیب پذیر مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری در سال ۱۳۹۹

متغیر جمعیت شناختی	سطوح متغیر مورد بررسی	انحراف معیار±میانگین	مقدار ملاک آزمون (tمستقل و من‌ویتنی)	سطح معنی‌داری
سابقه تجاوز	بله	۲۲/۷۷ ±۱۱۸/۲۵	-۲/۷۶۳	۰/۰۰۶
	خیر	۲۲/۸۱±۱۲۹/۵۷		
مصرف قلیان	بله	۱۹/۶۵ ±۱۲۰/۰۸	-۲/۹۷۹	۰/۰۰۳
	خیر	۲۴/۲۰±۱۳۰/۷۳		
سابقه و یا مصرف کنونی مواد مخدر	بله	۱۳/۲۰ ±۱۰۶/۰۰	-۴/۵۲۶	۰/۰۰۱
	خیر	۲۲/۸۸±۱۲۹/۶۸		
سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جسمی	بله	۲۲/۷۷ ±۱۲۳/۴۹	-۲/۳۷۲	۰/۰۱۹
	خیر	۲۳/۱۴±۱۳۱/۷۶		
سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری جنسی	بله	۲۰/۰۱ ±۱۱۹/۳۹	-۲/۷۵۲	۰/۰۰۷
	خیر	۲۳/۷۷±۱۲۹/۹۲۶		
سابقه بیماری‌های روانی تشخیص داده شده توسط پزشک	بله	۲۳/۴۶ ±۱۱۷/۷۴	-۳/۰۳۱	۰/۰۰۳
	خیر	۲۲/۴۸±۱۲۹/۸۹۶		

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

برای ارزیابی ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی، ابتدا متغیر سبک ارتقادهنده سلامت براساس مطلوب بودن (نمره بالای ۱۳۰) و نامطلوب بودن (نمره کم‌تر از ۱۳۰) تقسیم‌بندی شد و تاثیر فاکتورها با استفاده از روش رگرسیون لجستیک ارزیابی شد. پس از وارد نمودن کلیه متغیرهای مرتبط، نتایج مهم در جدول شماره ۵ نشان داده شده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که داشتن وضعیت مطلوب در سبک زندگی در افراد بالای ۵۰ سال نسبت به افراد کم‌تر از ۴۰ سال ۳/۳۰ برابر می‌باشد. داشتن وضعیت مطلوب در سبک زندگی در افراد دارای سطح تحصیلات دانشگاهی ۲/۵۱ برابر بیش‌تر از افراد با تحصیلات دیپلم و پایین‌تر است. افراد دارای شغل آزاد ۴/۰۹ برابر بیش‌تر از افراد بیکار و بازنشسته در وضعیت مطلوبی در زمینه سبک زندگی قرار دارند. افراد با کفایت درآمد بالا ۸/۰۹ برابر بیش‌تر از افراد با کفایت درآمد پایین وضعیت مطلوبی در سبک زندگی دارند. افرادی که مبتلا به بیماری جنسی هستند، ۲/۳۱ برابر بیش‌تر از افرادی که مبتلا نیستند سبک زندگی مطلوبی دارند.

جدول شماره۵: آنالیز رگرسیون لجستیک مطلوب بودن سبک ارتقادهنده سلامت براساس متغیرهای جمعیتی اجتماعی زنان آسیب‌پذیر مراجعه¬کننده به مرکز مشاوره بیماری¬های رفتاری شهر ساری در سال ۱۳۹۹

متغیر پیش بین	B (ضریب استاندارد نشده رگرسیون)	خطای استاندارد	آماره والد	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	EXP (B)
ضریب ثابت	-۳/۱۷	۰/۶۱۵	۲۶/۶۶	۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۴
سن						
کم‌تر از ۴۰	مرجع	-	-	-	-	-
۵۰-۴۰ سال	۰/۷۲۸	۰/۴۶۵	۲/۴۵	۱	۰/۱۱۷	۲/۰۷
۵۰ سال و بالاتر	۱/۱۹۴	۰/۵۲۵	۵/۱۷	۱	۰/۰۲۳	۳/۳۰
تحصیلات						
دیپلم و کم‌تر	مرجع	-	-	-	-	-
بالای دیپلم	۰/۹۲۲	۰/۴۰۱	۵/۲۷	۱	۰/۰۲۲	۲/۵۱
شغل						
بیکار	مرجع	-	-	-	-	-
آزاد	۱/۴۱۰	۰/۴۳۷	۱۰/۴۳	۱	۰/۰۰۲	۴/۰۹
کارمند	۰/۹۱۵	۰/۵۱۵	۳/۱۵	۱	۰/۰۷۶	۲/۴۹
ارزیابی کفایت درآمد						
پایین	مرجع	-				
متوسط	۰/۹۲۰	۰/۴۵۳	۴/۱۲	۱	۰/۰۴۲	۲/۵۱
بالا	۲۱/۱۷	۷۴۲۷/۹	۰	۱	۰/۰۰۸	۸/۰۹
ابتلا به بیماری جنسی						
عدم ابتلا	مرجع					
ابتلا	۰/۸۴۰	۰/۴۳	۳/۸۱	۱	۰/۰۵۱	۲/۳۱

نتایج مطالعه نشان داد، مطلوب بودن سبک ارتقاءدهنده سلامت بر حسب متغیرهای جمعیتی اجتماعی (سن، تحصیلات، شغل، ارزیابی میزان کفایت درآمد ماهانه، سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری جنسی) از نظر آماری با P=۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰/۳۴ است در نتیجه متغیرهای مذکور می‌توانند ۳۴ درصد در مطلوب بودن سبک ارتقاءدهنده سلامت موثر باشند (جدول شماره ۵).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری و عوامل جمعیتی اجتماعی مرتبط با آن در سال ۱۳۹۹ صورت پذیرفت. در این مطالعه ۱۷۸ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری، مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بیش‌ترین و کم‌ترین نمره به‌ترتیب در ابعاد مسئولیت‌پذیری و مدیریت استرس می‌باشد. در مطالعه مقدم تبریزی و همکاران، بیش‌ترین و کم‌ترین نمره به ترتیب در ابعاد مسئولیت‌پذیری و تغذیه به‌دست آمد(۱۶). در مطالعه عابدی و همکاران بیش‌ترین میانگین ابعاد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مربوط به ابعاد مسئولیت‌پذیری در سلامت و خودشکوفایی و کم‌ترین میانگین مربوط به بعد ورزش بوده است(۲۷). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه محمدبیگی و همکاران و مطالعه عابدی و همکاران در بعد مسئولیت‌پذیری همسو بود(۲۸،۲۷). در مطالعه Wei و همکاران و Raiyat و همکاران، کم‌ترین نمره به بعد مسئولیت‌پذیری سلامت مربوط بود که با نتایج این مطالعه همخوانی نداشت(۳۰،۲۹). تغییرات ایجاد شده در جوامع در دهه‌های اخیر باعث تغییر ساختار خانواده، مسئولیت‌پذیری بیش‌تر و استرس بیش‌تر برای اداره زندگی توسط زنان شده است. استرس می‌تواند منجر به بروز بیماری‌های جسمی و روانی، اختلال در عملکرد و قدرت سازگاری و در نهایت پایین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

آمدن کیفیت زندگی شود(۳۱). محققان معتقدند که سبک‌های زندگی ارتقادهنده سلامت یک منبع سودمند برای کاهش عوامل استرس‌زای زندگی است و تأثیر قابل توجهی در کاهش هزینه‌های سلامتی، افزایش امید به زندگی افراد و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها دارد؛ بنابراین چنین سبکی از زندگی از اهمیت و جایگاه ویژه‌ای در جامعه برخوردار است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بر اساس مدل مفهومی استرس، استرس می‌تواند بر سازگاری روانشناختی و فیزیولوژیکی بیماران تأثیر بگذارد. درک بیمار از بیماری و راهبردهای مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، از اهمیت بالایی برای بازسازی شناختی، در دست‌گرفتن کنترل بیماری و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برخوردار است(۳۲).

میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب وضعیت تاهل تفاوت معنی‌داری نداشت. در مطالعه مقدم تبریزی و همکاران بین تاهل با رفتارهای ارتقادهنده سلامت ارتباط مثبت معنی‌داری مشاهده شد(۱۶). به‌طور کلی وضعیت تاهل بر سلامت افراد تاثیر می‌گذارد. در ایران نیز زنان متاهل به علت مسئولیت در قبال انجام وظایف خانه‌داری، فعالیت فیزیکی کم‌تری دارند و همچنین از تغذیه ناسالم و توجه کمتر به سلامتی خود برخوردارند(۳۳). وضعیت تاهل نیز یکی از متغیرهای جمعیت‌شناختی است که ارتباط متفاوتی را در مطالعات مختلف نشان داده است. مطالعه لیم و همکاران نشان داد وجود همسر، احتمال پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می‌دهد(۳۴). اما مطالعه فلاح طاهرپذیر و همکاران نشان داد که افراد متاهل موانع بیشتری در انجام دادن رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارند(۳۵). در حالی که مطالعه موحد و همکاران نشان داد افرادی که تنها زندگی می‌کنند، سبک زندگی ارتقادهنده پایین‌تری دارند(۳۶). علاوه بر این، زمانی که وضعیت تاهل در سنین سالخوردگی مدنظر باشد، نتایج متفاوت از سنین دیگر است.

میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب سطح تحصیلات زنان تفاوت معنی‌داری داشت. نتایج مقایسات زوجی نشان داد میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در افراد با سطح تحصیلات بالاتر، بیش‌تر بود. در مطالعه مقدم تبریزی و همکاران بین سطح تحصیلات با رفتارهای ارتقادهنده سلامت ارتباط مثبت معنی‌داری مشاهده شد(۱۶). در مطالعات دیگر که توسط حسین‌پور و همکاران و هم‌چنین Li و همکاران صورت گرفت تحصیلات را از جمله متغیرهای اساسی در تعیین سلامت در زنان می‌دانند(۳۸،۳۷). تحصیلات بالا می‌تواند عامل مهمی در هدایت زنان جهت اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت و اجرای آن‌ها در عمل باشد. هم تحصیلات زن و هم تحصیلات همسر وی از طریق تأثیر بر رفتارهای شیوه زندگی (مثل تغذیه و ورزش) ارزش‌ها و ظرفیت حل مشکلات، با نتایج سلامت، مرتبط در نظر گرفته می‌شوند.

میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب شغل زنان تفاوت معنی‌داری داشت. نتایج مقایسات زوجی نشان داد میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در افراد کارمند بیش‌تر از افراد خانه‌دار، افراد دارای شغل آزاد بیش‌تر از افراد خانه‌دار و در افراد کارمند بیش‌تر از افراد دارای شغل آزاد بود. در مطالعه مقدم تبریزی و همکاران بین شغل با رفتارهای ارتقادهنده سلامت ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد(۱۶). نتایج مطالعه میرغفوروند و همکاران(۳۹) با نتایج مطالعه حاضر همسو بود.

در مطالعه حاضر، میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب ارزیابی از میزان کفایت درآمد ماهانه زنان تفاوت معنی‌داری داشت. به طوری که افراد با درآمد ماهانه کافی بالاترین میانگین سبک ارتقادهنده سلامت را داشتند. میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب ارزیابی طبقه اجتماعی-اقتصادی زنان تفاوت معنی‌داری داشت. به طوری که افراد با ارزیابی طبقه اجتماعی-اقتصادی بالا، بالاترین میانگین سبک ارتقادهنده سلامت را داشتند. در مطالعه طل و همکاران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

زنانی که وضعیت اقتصادی خود را "کاملاً کفاف زندگی را می‌دهد" توصیف نمودند، نمره بهتری از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را نسبت به سایر گروه‌ها کسب نمودند(۴۰). اگرچه این نتایج با مطالعه Deaton همخوانی داشت اما مشخص نیست که وضعیت اقتصادی مطلوب منجر به سلامتی می‌شود یا سلامتی منجر به کار و درآمد بیش‌تر می‌شود(۴۱). شغل زن و شغل همسر و کفایت درآمد ماهانه از عوامل تأثیرگذار دیگر بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت هستند، که بر تأثیر وضعیت اقتصادی خانواده بر سلامت تأکید دارد بدین معنا که زنان شاغل و زنانی که همسران شاغل دارند، دسترسی بیش‌تری به مراقبت‌های بهداشتی داشته و امکانات بیش‌تری برای تهیه مسکن و تغذیه مناسب و زندگی در محل‌های امن‌تر در اختیار دارند، بنابراین فرصت بهتری جهت انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت خواهند داشت.

میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب رضایت از طبقه اجتماعی-اقتصادی زنان تفاوت معنی‌داری داشت، به‌طوری‌که میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت افرادی که کاملا راضی بودند، بالاتر بود. درآمد پایین افراد را در معرض استرسورهای بیش‌تر نظیر شرایط زندگی ضعیف یا فشار اقتصادی قرار می‌دهد که آن‌ها را مستعد مشکلات روانی می‌کند که ارائه خدمات مراقبت روان ممکن است مفید و کمک کننده باشد(۴۲).

میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر حسب تعداد فرزند زنان تفاوت معنی‌داری نداشت. در مطالعه عابدی و همکاران تعداد فرزندان از جمله عوامل مؤثر دیگر بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بود(۲۷). مطالعه Enjezab و همکاران در یزد بر روی زنان میانسال نشان داد که ارتباط منفی معنی‌داری بین تعداد فرزند و رفتارهای ارتقادهنده سلامت وجود دارد بدین معنی که زنانی که فرزندان بیش‌تری داشتند سبک زندگی پایین‌تری را دارا بودند(۴۳). در مطالعه کریمی، میان تعداد فرزندان همراه خانواده و رفتارهای ارتقادهنده سلامت، رابطه‌ای معنی‌دار وجود داشت، به طوری که افراد دارای ۱ یا ۲ فرزند، رفتارهای ارتقادهنده سلامت بهتری داشتند(۴۴). شاید علت این مسئله این باشد که زنان دارای فرزندان بیش‌تر، وقت و فرصت کم‌تری برای دریافت مراقبت‌های مربوط به سلامتشان دارند.

بر اساس مدل رگرسیون لجستیک، نتایج نشان داد، مطلوب بودن سبک ارتقاءدهنده سلامت بر حسب متغیرهای جمعیتی اجتماعی (سن، تحصیلات، شغل، ارزیابی میزان کفایت درآمد ماهانه، سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری جنسی) از نظر آماری با P=۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰/۳۴ است در نتیجه متغیرهای مذکور می‌توانند ۳۴ درصد در مطلوب بودن سبک ارتقاءدهنده سلامت موثر باشند.

در مطالعه عابدی و همکاران نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک نشان داد که تعداد فرزند، تحصیلات و شغل زن و تحصیلات و شغل همسر از عوامل موثر بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بودند(۲۷). در مطالعه عبدالکریمی و همکاران بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با سطح اقتصادی، تحصیلات و جنس ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت(۴۵). در مطالعه میرغفورونند و همکاران رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، کفایت درآمد برای هزینه‌ها، منبع حمایت اولیه، بعد خانوار، شاخص توده بدنی، سطح تحصیلات و شغل همسر برای شرکت‌کنندگان متاهل به طور معنی‌داری ارتباط داشت(۳۹).

سبک‌های زندگی ارتقادهنده سلامت می‌توانند در کیفیت زندگی بالا نقش داشته باشند، زیرا افرادی‌که از سبک زندگی ارتقادهنده سلامت استفاده می‌کنند، بدون مواجهه با فشار بیماری و ناتوانی، سالم باقی می‌مانند. در مقابل سبک‌های زندگی ناسالم مانند سیگار کشیدن، رژیم غذایی نامناسب، زندگی بی‌تحرک و مصرف بیش از حد الکل می‌توانند منجر به افزایش خطر ابتلا به بیماری و مرگ شوند(۴۶). مدیریت روزانه خانواده توسط زنان آسیب‌پذیر، آن‌ها را با مسائل متعدد مالی، معنوی و خصوصا آسیب‌های جسمی از قبیل اختلالات تغذیه‌ای،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

اختلال خواب، خستگی زودهنگام و بیماری‌های متعدد روبرو می‌کند که اغلب ناشی از درگیر شدن با مشکلات نقش‌های جدید مانند سرپرستی، انجام کارهای سخت، کاهش احساس مسئولیت نسبت به مراقبت از سلامت خود در رقابت با تامین نیازهای فرزندان، احساس تنهایی و ناامیدی نسبت به خود و نقص در سیستم حمایتی خانوادگی و اجتماعی می‌باشد. بنابراین این زنان برای آن که توان کافی برای سرپا نگه داشتن خانواده را داشته باشند، می‌بایست در وهله نخست از سلامت جسمانی کافی برخوردار باشند. بنابراین این افراد نیازمند توانمندسازی به منظور ارتقاء رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به ویژه در بعد جسمی می‌باشند(۱۸).

با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در ارتقاء سلامت افراد جامعه به خصوص زنان، شناخت و بهبود هر چه بیش‌تر این عوامل درقالب مطالعات مداخله‌ای و کاربردی می‌تواند مؤثر واقع شود. علاوه بر این افزایش آگاهی در مورد چنین عواملی می‌تواند نقش تعیین‌کننده در بهبود سلامت زنان داشته باشد. یافته‌های مطالعه بیانگر این بود که در مجموع رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در میان زنان مورد مطالعه در حد متوسط بوده است.

نتایج این مطالعه جهت تعیین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ساری و عوامل جمعیتی اجتماعی مرتبط با آن نشان داد داشتن وضعیت مطلوب در سبک زندگی در افراد بالای ۵۰ سال نسبت به افراد کم‌تر از ۴۰ سال ۳/۳۰ برابر می‌باشد. داشتن وضعیت مطلوب در سبک زندگی در افراد دارای سطح تحصیلات دانشگاهی ۲/۵۱ برابر بیش‌تر از افراد با تحصیلات دیپلم و پایین‌تر است. افراد دارای شغل آزاد ۴/۰۹ برابر بیش‌تر از افراد بیکار و بازنشسته در وضعیت مطلوبی در زمینه سبک زندگی قرار داشتند. افراد با کفایت درآمد بالا ۸/۰۹ برابر بیش‌تر از افراد با کفایت درآمد پایین وضعیت مطلوبی در سبک زندگی داشتند. افرادی که مبتلا به بیماری جنسی هستند، ۲/۳۱ برابر بیش‌تر از افرادی که مبتلا نیستند، سبک زندگی مطلوبی داشتند. بنابراین، متخصصان سلامت بایستی سطوح رفتارهای ارتقادهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن را در جهت ارتقاءکیفیت زندگی مرتبط با سلامت، مدنظر قرار دهند. این رویکرد می‌تواند به متصدیان و سیاست‌گزاران سلامت برای پیشگیری و هدف قرار دادن مشکلات زنان آسیب‌پذیر کمک کند.

در این مطالعه به منظور زمینه‌یابی، از پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی استفاده شد، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند. تعداد زیاد گویه‌های پرسشنامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تاثیر نبوده است. نتایج مطالعه حاضر قابل تعمیم به زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بوده است و در صورت نیاز به تعمیم به سایر افراد می‌بایست با احتیاط و دانش کافی این کار صورت بگیرد.

به محققان پیشنهاد می‌شود بررسی مقایسه¬ای بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری با زنان بدون مشکل و همچنین بررسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در خانواده زنان آسیب‌پذیر را در مطالعات آینده در نظر داشته باشند.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران انجام شد و طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مازندران با شماره تصویب ۴۰۶۶ می‌باشد بدین وسیله مجریان طرح از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تشکر و قدردانی می‌نمایند. نویسندگان این مقاله لازم می‌دانند مراتب قدردانی خود را از زحمات مدیریت مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهرستان ساری، کلیه پرسنل مرکز و تمامی بانوان محترمی که در اجرای این مطالعه ما را یاری نمودند، ابراز نمایند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

References

1. Ghamat J, Saberi Ghomi P. Iran's Accession to the Convention on the Elimination of Discrimination against Women, Opportunities and Threats. Studies of International Relations J 2012; 5(18): 179-212 (Persian).
2. Boldaji LT, Foruzan A, Rafiey H. Quality of life of head-of-household women: A comparison between those supported by Welfare Organization and those with service jobs. REFAHJ 2011; 11(40): 9-28 (Persian).
3. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry 2015; 14(2): 231-233. PMID: 26043341.
4. Afshani S, Fatehi E. An Investigation of Socio-cultural Factors influencing Women Householder Abilities in the City of Tabriz. Quarterly Journal of Women and Society 2017; 7(27): 19-38 (Persian).
5. Fatema SR, East L, Islam MS, Usher K. Health impact and risk factors affecting south and southeast Asian women following natural disasters: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(21): 11068. PMID: 34769589.
6. Zanganeh Motlagh F, Abbasi F, Ebrahimi S. Effect of healthy lifestyle psycho-educational training on university students' quality of life (physical and psychological) and social health. Islamic Lifestyle with a Focus on Health 2018; 2(1): 1-4 (Persian).
7. Bayat M, Sharifi M, Pezhhan A, Baghaei Sarabi A, Shayegan F. Predictors of a Health-Promoting Lifestyle in Women of Reproductive Age. Med Surg Nurs J 2020; 9(3): e110264
8. Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No. 2 in Chaloos (2012). Razi Journal of Medical Sciences 2013; 20(110): 63-70 (Persian).
9. Hsiao CY, Chien MJ, Wu HS, Chiao CY. Correlates of health-promoting lifestyle behaviors among Vietnamese female immigrants in Taiwan. Women Health 2017; 57(3): 342-357. PMID: 26959383.
10. Peltzer K, Pengpid S, Mohan K. Prevalence of health behaviors and their associated factors among a sample of university students in India. Int J Adolesc Med Health 2014; 26(4): 531-540.
11. Khosravan S, Alami A, Mansoorian MR, Kamali M. The Effect of Intervention Based on Pender's Model of Health-Promoting Self-Care Behaviors in Women who are the Head of their Household. Nursing and Midwifery Studies. 2016; 5(4).
12. Chehri M, Farsi Z, Zareiyan A. The Effect of a Healthcare Plan Based on the Pender Health Promotion Model on Quality of Life in Patients With Heart Failure in a Military Setting. MCS 2018; 5(1): 13-25 (Persian).
13. Kim M-S, Yun S-Y. Effects of eating habits and self-efficacy on nursing students' health promotion behaviors: in convergence era. J Converg Inf 2017; 7(2): 111-117.
14. Shaahmadi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Arefi Z. Factors influencing health promoting behaviours in women of reproductive age in Iran: based on Pender's health promotion model. Open Access Maced J Med Sci 2019; 7(14): 2360-2364. PMID: 31592009.
15. Rezaei M, Mahmoodi F. Meaning reconstruction of women headed of household's quality of life: a qualitative study. Journal of Applied Sociology 2019; 30(1): 143-166 (Persian).
16. Shaykhi N, Najafi S. Investigating the Status

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

of Health Promoting Behaviors and Its relation to Self-Efficacy and Social Support in Female Heads of Suburban Households of Urmia City. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2020; 27(6): 394-404 (Persian).

17. Maleki Z, Vali M, Mobasheri F. Health-promoting behaviors in women in Fasa city. J Prevent Med 2020; 7(3): 11-19 (Persian).
18. Khosravan S, Alami A, Mansoorian M, Kamali M. Health-Promoting Behaviors and its Related Factors in Iranian Female Household Heads Based on Pender's Model. Health Edu Health Promot 2019; 7(3): 125-131. (Persian).
19. Hurlbut JM, Robbins LK, Hoke MM. Correlations between spirituality and health-promoting behaviors among sheltered homeless women. J Community Health Nurs 2011; 28(2): 81-91. PMID: 21541870.
20. Sarkar J. Mental health assessment of rape offenders. Indian J Psychiatry 2013; 55(3): 235-243. PMID: 24082243.
21. kaveh MH, Jafari A, Keshavarzi S, Momenabadi V, Taheri M, Dehbozorgi F, et al. Evaluation of explanation of the BASNEF model on smoking waterpipe among the students one of the medical universities located in the south of Iran. Iran J Health Educ Health Promot 2019; 7(4): 312-322 (Persian).
22. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia; IWW : 2000.
23. Gordis L. Epidemiology E-Book. Amsterdam, Elsevier Health Sciences; 2013.
24. Sn W, Kr S, Nj P. The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. Nurs Res 1987; 36(2): 76-80. PMID: 3644262.
25. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Evaluation of educational programs based on the theory of planned behavior on employees' safety behaviors. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 22(97): 166-177 (Persian).
26. Hosseini M, Yaghmaei F, Hosseinzade S, Alavi MH, Sarbakhsh P, Tavousi M. Psychometric Evaluation Of The "Health Promoting Life Style Profile 2". Payesh 2012; 11(6): 849-856 (Persian).
27. Abedi P, Jorfi M, Afshari P. Evaluation of the health promotion lifestyle and its related factors in reproductive aged women in Ahvaz, Iran. Community Health Journal 2015; 9(1): 68-74 (Persian).
28. Mohammadbeigi A, Anbari Z, Mohammadsalehi N, Mahdipour A, Ahmadli R, Ansari H. Study of the relationship between self-efficacy and health-promoting lifestyle and associated factors in nurses. Qom Univ Med Sci J 2016; 10(7): 49-57 (Persian).
29. Wei C-N, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environ Health Prev Med 2012; 17(3): 222-227.
30. Raiyat A, Nourani N, SAMIEI SF, Sadeghi T, Alimoradi Z. Health Improving Behaviors in students of Qazvin Secondary schools in 2011. Journal of Health 2012; 3(3): 51-59 (Persian).
31. Feizi A. Study of relationship between stress and different lifestyle dimensions with quality of life in Isfahan's inhabitants aged 19 and older an application of latent class regression on latent factor predictors. Health System Research 2011; 7(6): 1188-1202 (Persian).
32. Malekzadeh M, Hashemi Mohammad Abad N, Vazir S. Health Related Quality of Life, Perceived Stress, Depression, Perceived Social Support, Coping Strategies and Health Locus

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

of Control in Patients with Gastrointestinal Cancer; A Path Analysis Study. Journal of Clinical Care and Skills 2020; 1(1): 23-30 (Persian).

33. Azizi F, Eyni E. Women, occupation, marital status and non-communicable disease risk factors: findings from the Tehran Lipid and Glucose Study. Payesh 2008; 7(1): 11-15 (Persian).
34. Lim YM, Sung MH, Joo KS. Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. J Gerontol Nurs 2010; 36(10): 42-50. PMID: 20506936.
35. Zeighami Mohamadi S, Alhani F, Shakoor M, Farmani P, Mohseni B, Fallah Taherpazir E. Self-care behaviors in patients with systolic heart failure. Journal of Nursing and Midwifery Sciences 2015; 2(1): 46-54 (Persian).
36. Movahed M, Enayat H, Zanjari N. Healthy ageing: A comparative analysis of health promoting lifestyle among elderly males and females in shiraz. Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences 2015; 12(1): 197-223 (Persian).
37. Hosseinpoor AR, Stewart Williams J, Amin A, Araujo de Carvalho I, Beard J, Boerma T, et al. Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health. PloS One 2012; 7(4): e34799. PMID: 22514667.
38. Li Y-H, Nie X-Q, Yang C, Pang J, Zhang G, Tao M-X. Study on lifestyle and self-rated health among 5 kinds of occupational populations in 6 provinces in China. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi 2012; 46(3): 214-219. PMID: 22800590.
39. 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): 586-594. PMID: 24395956.
40. Tol A, Yekaninejad M, Sabouri M. Influential factors on health promoting behaviors and happiness among women. RJMS 2018; 25(4): 11-22 (Persian).
41. Deaton A. Health, inequality, and economic development. Journal of Economic Literature 2003; 41(1): 113-158.
42. Murata C, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Ojima T. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). Health Place 2008; 14(3): 406-414. PMID: 17913562.
43. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. Int J Prev Med 2012; 3(Suppl1): S191-198. PMID: 22826765.
44. Karimy M. Evaluation of the effect of educational intervention based on empowerment model of health promotion behaviors on menopautic women. Daneshvar Medicine. 2011;19(94):73-80 (Persian).
45. Abdolkarimy M, Zareipour M, Mahmoodi H, Dashti S, Faryabi R, Movahed E. Health promoting behaviors and their relationship with self-efficacy of health workers. Iran Journal of Nursing 2017; 30(105): 68-79 (Persian).
46. Mak YW, Kao AH, Tam LW, Virginia W, Don T, Leung DY. Health-promoting lifestyle and quality of life among Chinese nursing students. Prim Health Care Res Dev 2018; 19(6): 629-636. PMID: 29623871.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]