

فصلنامه روستا و توسعه، سال ۲۰، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶، صفحات ۲۵-۴۹

## تحلیلی بر رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب

روح‌اله رضایی، سپیده نوروزی، و لیلا صفا\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۹

### چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی اثر تعدیل‌گری وضعیت تأهل در رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی بود. جامعه آماری پژوهش را ۱۳۸۳۵ نفر از زنان روستایی پانزده تا ۶۴ سال شهرستان اسلام‌آباد غرب تشکیل می‌دادند که با توجه به جدول پارتلت، ۲۵۰ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شد. روایی محتوایی پرسشنامه با نظرسنجی از متخصصان تأیید شد و روایی سازه و پایایی ترکیبی آن نیز با برآورد مدل اندازه‌گیری به دست آمد. نتایج نشان داد که سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر مثبت و معنی‌دار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد؛ همچنین، وضعیت تأهل دارای اثر تعدیل‌گری در رابطه بین دو متغیر بوده، به گونه‌ای که این رابطه برای پاسخ‌گویان مجرد غیرمعنی‌دار، ولی برای پاسخ‌گویان متأهل مثبت و معنی‌دار است.

\* به ترتیب، نویسنده مسئول و دانشیار گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی، دانشگاه زنجان (r\_rezaei@znu.ac.ir)؛ دانشجوی کارشناسی ارشد ترویج و آموزش کشاورزی، دانشگاه زنجان؛ و استادیار گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی دانشگاه زنجان.

کلیدواژه‌ها: زنان روستایی، کیفیت زندگی، سبک زندگی، سلامت، وضعیت تأهل، اسلام‌آباد غرب (شهرستان).

\*\*\*

#### مقدمه

امروزه، اصلاح و بهبود سبک زندگی و به‌ویژه توجه به سبک زندگی ارتقادهنده سلامت پیش شرط اساسی برای حفظ و تقویت سلامت افراد محسوب می‌شود (Pender et al., 2016). به‌طور کلی، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت شیوه زندگی متعادل شناخته می‌شود که در آن، افراد همواره انتخاب‌هایی آگاهانه در مورد وضعیت سلامت و بهداشت خود دارند (Gines, 2007) و از طریق انجام رفتارهایی همچون 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 (Chiou et al., 2016). آنچه مسلم است، توجه و به‌کارگیری رفتارهای مرتبط با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت می‌تواند فواید مختلف را برای افراد به همراه داشته باشد؛ برای نمونه، از ابتلای افراد به بیماری‌ها جلوگیری کند (Chen et al., 2014)، امید به زندگی را در میان آنها افزایش دهد (Mohamadian et al., 2013)، سبب احساس رضایت، اقیان شخصی و خودشکوفایی افراد شود (Tol et al., 2013)؛ و به‌طور خلاصه، به بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها بینجامد (طل و همکاران، ۱۳۹۰). در یک برداشت ساده، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به احساس یک فرد از میزان توانایی‌های خود برای انجام کارکردهای مختلف جسمی، عاطفی و اجتماعی اشاره دارد (منفرد و همکاران، ۱۳۹۲)، که بهبود آن بر اثر افزایش سطح توانمندی افراد برای انجام اثربخش فعالیت‌های روزانه و رضایت آنها از زندگی در نهایت، موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی می‌شود (Zhao et al., 2009). با در نظر گرفتن اهمیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و پیامدهای مثبت آن، در سال‌های اخیر، بررسی و شناخت عوامل تأثیرگذار بر آن به شکل جدی مورد توجه قرار گرفته است که در

این زمینه، بسیاری از محققان تأکید ویژه بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت داشته و آن را هسته مرکزی و پیش شرط اصلی بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نظر گرفته‌اند (Rakhshani et al., 2014).

اسلام‌آباد غرب از شهرستان‌های جنوب استان کرمانشاه است. نتایج بررسی‌های صورت گرفته حاکی از آن است که زنان روستایی در این شهرستان با برخی مسائل و مشکلات مواجه‌اند؛ برای نمونه، از نظر مشخصات اقتصادی، شمار اندکی از زنان روستایی در این منطقه دارای حق مالکیت بوده و بیشتر آنها فاقد زمین زراعی به نام خود می‌باشند؛ همچنین، به لحاظ مشخصات اجتماعی، سطح ارتباطات و آگاهی اجتماعی زنان روستایی در این شهرستان پایین است و از نظر مشخصات روان‌شناختی نیز زنان دارای وضعیت مطلوب نبوده و درصد اندکی از آنها از اعتماد به نفس کافی برخوردارند (جلیلیان و سعدی، ۱۳۹۴). وجود چنین مسائلی سبب شده است تا کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان در روستاهای شهرستان اسلام‌آباد غرب در سطح مطلوب نباشد. با توجه به اهمیت این مسئله و با در نظر داشتن این موضوع که تاکنون مطالعه‌ای خاص در زمینه بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان در مناطق روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب انجام نگرفته، هدف اصلی تحقیق حاضر بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی این شهرستان و اثر تعدیل‌گری وضعیت تأهل در این ارتباط بوده است.

### مبانی نظری تحقیق

#### کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و مؤلفه‌های آن

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک مفهوم جامع و پیچیده محسوب می‌شود که علی‌رغم ارائه تعاریف پرشمار از سوی محققان مختلف، هنوز در مورد آن یک تعریف مشخص پذیرفته شده در سطح بین‌المللی وجود ندارد (Gellman and Turner, 2013). به‌طور کلی، در یک

برداشت نسبتاً جامع می‌توان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را برداشت ذهنی فرد در مورد توانایی‌های خود برای انجام فعالیت‌هایی دانست که در طول زندگی روزمره، برای وی مهم محسوب می‌شوند؛ و به‌طور عمده، این برداشت فرد از سلامت جسمانی، وضعیت روحی و روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و ارزش‌ها و باورهای شخصی او در مورد سلامتی تأثیر می‌پذیرد (Karimi and Brazier, 2016). به دیگر سخن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به توانایی فرد در انجام مناسب فعالیت‌ها و کارکردهای زندگی اشاره داشته و دربرگیرنده ادراک افراد درباره سلامت جسمانی، ذهنی و اجتماعی آنهاست (Romero et al., 2013).

به‌طور کلی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک مفهوم تک‌بعدی نیست، بلکه به‌منزله یک حیطه چندبعدی دارای مؤلفه‌های مختلف است که در یک طبقه‌بندی جامع، کوتاه و دارای روایی و پایایی بالا (Zhou et al., 2011)، سازمان جهانی بهداشت این مؤلفه‌ها را در قالب چهار بعد جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی در نظر گرفته است. در این زمینه، بعد جسمانی به توانایی افراد در فراهم کردن شرایط ضروری برای زندگی اشاره دارد که شامل فعالیت‌های آنها برای رفع نیازهای اولیه، انجام نقش‌های معمول، مقابله با درد و ناراحتی و نگه داشتن خود در یک وضعیت مطلوب می‌شود (Phaladze et al., 2005).

بعد روان‌شناختی شامل تصور افراد درباره بدن، عملکرد شناختی (فکر کردن، یادگیری، به خاطر سپردن و تمرکز)، احترام به خود، احساس فرد در مورد خود و تصور هر فرد درباره نظر دیگران در مورد اوست. بعد روابط اجتماعی را می‌توان به دیدگاه شخصی افراد در خصوص روابطشان با خود، خانواده و دوستان و توانایی آنها برای ایفای نقش‌شان در جامعه نسبت داد. در نهایت، در بعد محیطی، بر مواردی مانند توانایی مالی، ایمنی محیط خانه و جامعه، توانایی دسترسی به خدمات اجتماعی و بهداشتی و نبود آلودگی و ترافیک تأکید می‌شود (WHOQOL, 1998).

### سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

سبک زندگی ارتقادهنده سلامت از شاخص‌های اصلی برای بهبود سطح سلامت افراد جامعه و عاملی اساسی برای پیشگیری از ابتلا به شمار زیادی از بیماری‌ها محسوب می‌شود (Harroni et al., 2014). بنا به یک تعریف ساده، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت عبارت است از فرایند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل بر سلامت خود و بهبود سطح آن (Chen et al., 2014)؛ در یک تعریف کامل‌تر، این مفهوم الگویی چندبعدی از ادراکات و فعالیت‌های شروع‌شده با انگیزه خود شخص است که در نهایت، منجر به تداوم و تقویت سطح سلامت و خودشکوفایی فرد و داشتن زندگی سالم و خلاقانه می‌شود (Jorfi et al., 2015; Tol et al., 2013). با توجه به گستردگی مفهوم سبک زندگی مرتبط با سلامت، این مفهوم نیز یک پدیده چندبعدی به‌شمار می‌آید که دارای مؤلفه‌های مختلف است؛ در این باره، چن و همکاران (Chen et al., 2014) مهم‌ترین مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را شامل شش مؤلفه مدیریت تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، ارزشمند بودن زندگی، ورزش و فعالیت بدنی و مدیریت استرس در نظر گرفته‌اند که با توجه به سادگی و جامع بودن این طبقه‌بندی، در مطالعه حاضر، از این مدل برای بررسی مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت استفاده شده است.

همان‌گونه که پیش‌تر گفته شد، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است که این موضوع بر اساس نتایج پژوهش‌های تجربی پرشماری مورد تأیید قرار گرفته است؛ برای نمونه، سنول و همکاران (Senol et al., 2014) در مطالعه رابطه بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان در ترکیه مشخص کردند که بین مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. در مطالعه‌ای دیگر، ژانگ و همکاران (Zhang et al., 2013) در بررسی تأثیر سبک زندگی

ارتقادهنده سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کارگران بازنشسته در چین دریافتند که از بین مؤلفه‌های مختلف سبک زندگی مرتبط با سلامت، سه مؤلفه مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، رشد معنوی و فعالیت جسمانی پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان و مردان به‌شمار می‌روند. همچنین، چیو و همکاران (Chiou et al., 2016)، رخشانی و همکاران (Rakhshani et al., 2014) و وانگ و همکاران (Wong et al., 2016) در مطالعات جداگانه نشان دادند که سبک زندگی ارتقادهنده سلامت دارای اثر مثبت و معنی‌دار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. با مروری بر مطالعات پیش‌گفته، می‌توان دریافت که بیشتر این پژوهش‌ها یا روی افراد بیمار متمرکز شده و یا اینکه به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین افراد سالخورده و بازنشسته پرداخته و این موضوع را در بین زنان به‌ویژه در مناطق روستایی خیلی کم مورد توجه قرار داده‌اند. از این‌رو، با در نظر گرفتن نتایج مطالعات یادشده مبنی بر وجود رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، فرضیه اول تحقیق حاضر به شکل زیر تدوین شده است:

فرضیه (۱): سبک زندگی ارتقادهنده سلامت دارای اثر مثبت و معنی‌دار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی است.

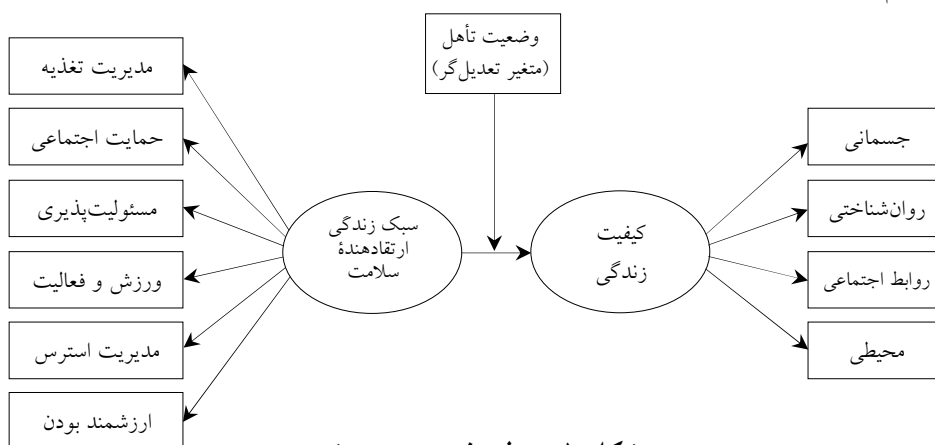
### نقش تعدیل‌گری وضعیت تأهل

مرور ادبیات نشان می‌دهد که عوامل کوناگون همچون سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، نژاد، دیدگاه نسبت به سلامت و محل زندگی می‌توانند بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Rakhshani et al., 2014; Chiou et al., 2016) و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (Rakhshani et al., 2014) تأثیرگذار باشند. جورفی و همکاران (Jorfi et al., 2015) نیز با تأکید بر اهمیت عوامل یادشده، تصریح می‌کنند که نوع سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد تا حدود زیادی از ویژگی‌های فردی، اقتصادی و اجتماعی تأثیر

می‌پذیرند و در شرایط مختلف، می‌توانند متفاوت باشند. در این زمینه، نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که متغیر وضعیت تأهل یکی از متغیرهای اصلی تعیین‌کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت افراد به‌شمار می‌رود. برای نمونه، رجبی گیلانی و همکاران (۱۳۹۳)، قاسمی و همکاران (Ghasemi et al., 2015) و ایموتو و همکاران (Imoto et al., 2015) در مطالعات خود دریافتند که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد بر حسب وضعیت تأهل آنها تفاوت معنی‌دار وجود دارد و به‌طور کلی، افراد متأهل در تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی از سطح بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردارند. به همین منوال، حاجی‌زاده میمندی و دهقان چناری (۱۳۹۴)، هیرث (Hirth, 2010) و رخشانی و همکاران (Rakhshani et al., 2014) نیز در پژوهش‌های دیگری بدین نتیجه رسیدند که بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت افراد متأهل و مجرد تفاوت معنی‌دار وجود دارد، به‌گونه‌ای که افراد متأهل از سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بهتری برخوردارند. در این خصوص، با دقت در نتایج مطالعات یادشده، می‌توان دریافت که در این پژوهش‌ها، هر کدام از متغیرهای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌طور جداگانه در بین افراد مجرد و متأهل بررسی و مقایسه شده و در هیچ‌کدام از آنها به‌طور همزمان به مقایسه رابطه بین این دو متغیر بر اساس متغیر وضعیت تأهل پرداخته نشده است. با در نظر گرفتن این مسئله، فرضیه دوم تحقیق حاضر به شکل زیر تدوین شده است: فرضیه (۲): متغیر وضعیت تأهل در رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی اثر تعدیل‌گری دارد.

در این بخش، در قالب هدف اصلی تحقیق شامل بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی و اثر تعدیل‌گری وضعیت

تأهل در این رابطه، تلاش شد تا از طریق بررسی و پردازش ادبیات نظری و مطالعات تجربی پیشین، به جمع‌بندی آنها در راستای تدوین مدل مفهومی تحقیق پرداخته شود؛ در این خصوص، با استناد به نتایج مطالعات مختلف به‌ویژه ژانگ و همکاران (Zhang et al., 2013)، سنول و همکاران (Senol et al., 2014) و چیو و همکاران (Chiou et al., 2016)، روابط بین متغیرها در راستای تأثیر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شکل گرفت. به همین منوال، بر اساس نتایج مطالعاتی همچون رجبی گیلانی و همکاران (۱۳۹۳)، قاسمی و همکاران (Ghasemi et al., 2015) و ایموتو و همکاران (Imoto et al., 2015)، متغیر وضعیت تأهل به عنوان متغیر تعدیل‌گر به مدل اضافه شد. همچنین، برای شناسایی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، از پژوهش‌های قاسمی و همکاران (Ghasemi et al., 2015) و ژانگ و همکاران (Zhang et al., 2013) و مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت از مطالعات سنول و همکاران (Senol et al., 2014) و چن و همکاران (Chen et al., 2014) استفاده و در نهایت، مدل مفهومی پژوهش در قالب شکل ۱ ترسیم شد.



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش



## روش‌شناسی

تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع همبستگی و به‌طور مشخص، مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان پانزده تا ۶۴ ساله ساکن مناطق روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب در استان کرمانشاه بود که بر اساس سالنامه آماری استان کرمانشاه (۱۳۹۲)، تعداد آنها در حدود ۱۳۸۳۵ نفر بود (دفتر آمار و اطلاعات استانداری کرمانشاه، ۱۳۹۴). این شهرستان دارای دو بخش و هفت دهستان (شامل دهستان‌های حومه جنوبی، حومه شمالی، حسن‌آباد و شیان در بخش مرکزی و دهستان‌های حمیل، هرسم و منصوری در بخش حمیل) و در مجموع، ۱۷۱ روستای دارای سکنه داشت. برای تعیین حجم نمونه، از جدول بارتلت استفاده شد که بر اساس آن، تعداد نمونه ۲۵۰ نفر برآورد شد. به‌منظور دستیابی به نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد؛ بدین ترتیب که ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، دو دهستان در داخل هر بخش (شامل دهستان‌های حومه جنوبی و حسن‌آباد در بخش مرکزی و دهستان‌های حمیل و هرسم در بخش حمیل) به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند که در مجموع، این چهار دهستان دارای ۱۰۷ روستا بودند. در مرحله بعد، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با احتمال متناسب با حجم، ۲۲ روستا از بین ۱۰۷ روستای یادشده برای انجام مطالعه مد نظر قرار گرفتند، به‌گونه‌ای که بر اساس تعداد روستا در هر دهستان، این روستاها به‌صورت متناسب در بین چهار دهستان مورد بررسی توزیع شدند. سپس، با توجه به توزیع غیریکنواخت تعداد زنان در روستاهای انتخاب‌شده، تعداد نمونه مناسب به هر کدام از روستاها اختصاص یافته و در نهایت، پرسشنامه‌ها به‌صورت تصادفی ساده در بین اعضای نمونه آماری توزیع و داده‌های مورد نیاز طی دو و نیم ماه در سال ۱۳۹۴ گردآوری شد.

ابزار گردآوری داده‌های تحقیق پرسشنامه‌ای شامل سه بخش ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای پاسخ‌گویان و پرسش‌های مرتبط با سنجش مؤلفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با

سلامت (بر مبنای پرسشنامه استاندارد WHOQOL-BREF) و سبک زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی - بر مبنای مقیاس استاندارد توسعه ارائه شده از سوی چن و همکاران (Chen et al., 2014) - بوده است. در جدول ۳، به تعداد گویه‌ها و نحوه سنجش هر کدام از بخش‌ها به‌طور جداگانه اشاره شده است. برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی صوری و روایی سازه (شامل روایی همگرا و تشخیصی) استفاده شد؛ روایی صوری پرسشنامه با نظر متخصصان و اعضای هیئت علمی دانشگاه مورد بررسی و تأیید قرار گرفت؛ در خصوص روایی سازه، برای ارزیابی روایی همگرا از سه معیار مختلف شامل بارهای عاملی استاندارد مساوی و بزرگ‌تر از ۰/۵، میانگین واریانس استخراج شده<sup>(۱)</sup> (AVE) مساوی و بزرگ‌تر از ۰/۵ و پایایی ترکیبی<sup>(۲)</sup> (CR) مساوی و بزرگ‌تر از ۰/۷ استفاده شد (Hair et al., 2010)؛ همچنین، به‌منظور آزمون روایی تشخیصی، بر اساس رهیافت پیشنهادی هیر و همکاران (Hair et al., 2010)، باید مقدار میانگین واریانس استخراج شده برای هر متغیر مکنون از مقادیر میانگین مجذور واریانس مشترک<sup>(۳)</sup> (ASV) و حداکثر مجذور واریانس مشترک<sup>(۴)</sup> (MSV) بین تمامی متغیرهای مکنون در یک مدل اندازه‌گیری بزرگ‌تر باشد. افزون بر روایی ابزار تحقیق، برای بررسی پایایی ابزار تحقیق نیز از پایایی ترکیبی استفاده شد که مقدار آن برای هر کدام از متغیرهای مکنون باید بزرگ‌تر از ۰/۷ باشد (Hair et al., 2010). برای آزمون درست بودن مدل‌ها و برازش آنها با داده‌های میدانی، از شاخص‌های مختلف برازش استفاده شد (Byrne, 2010; Hair et al., 2010)، که نتایج به‌دست آمده از آنها در ادامه ارائه شده است. لازم به ذکر است که به‌منظور آزمون فرضیه دوم تحقیق شامل اثر تعدیل‌گری وضعیت تأهل، از شیوه تحلیل گروه‌های چندگانه و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، از نرم‌افزار AMOS<sub>20</sub> استفاده شده است.

## نتایج و بحث

### یافته‌های آمار توصیفی

نتایج اولویت‌بندی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی حاکی از آن است که در بین چهار بعد مورد بررسی، بعد «جسمانی» دارای بالاترین میزان اولویت و بعد «محیطی» دارای کمترین میزان اولویت است (جدول ۱). در این خصوص، از آنجا که زنان مورد مطالعه به دلیل قرار گرفتن محیط زندگی و سکونت آنها در روستا از محیط زندگی سالم‌تری به‌ویژه از نظر دسترسی به هوای پاک و مواد غذایی سالم و ارگانیک برخوردارند و همچنین، کمتر با عوامل استرس‌زای مختلف مواجه می‌شوند، از این‌رو، وضعیت جسمانی بهتری دارند. از سوی دیگر، از آنجا که بیشتر مناطق روستایی در کشور از جمله در شهرستان اسلام‌آباد غرب به لحاظ برخی زیرساخت‌ها مانند حمل و نقل، بهداشت، خدمات رفاهی، و ارتباطی دچار کاستی و نارسایی است، بنابراین، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد محیطی پایین‌تر بوده است.

جدول ۱- اولویت‌بندی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی

اولویت	ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	میانگین (از ۵)	انحراف معیار
۱	جسمانی	۳/۳۱	۰/۹۱۵
۲	روابط اجتماعی	۳/۱۸	۱/۰۰۵
۳	روانی	۳/۰۴	۰/۹۱۲
۴	محیطی	۲/۸۸	۰/۹۶۸

مأخذ: یافته‌های پژوهش

نتایج به‌دست آمده از اولویت‌بندی مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نشان داد که بالاترین اولویت مربوط به مؤلفه «مدیریت تغذیه» و پایین‌ترین آن مربوط به مؤلفه «ورزش و فعالیت بدنی» بود (جدول ۲). در این زمینه، از آنجا که زنان در مناطق روستایی از دسترسی خوبی به مواد غذایی سالم برخوردارند، این موضوع سبب شده است تا آنها

به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه از مدیریت تغذیه نسبتاً خوبی برخوردار باشند؛ برای نمونه، بیشتر زنان روستایی در رژیم غذایی خود از مواد حاوی فیبر مانند میوه‌ها و سبزی‌ها استفاده می‌کنند و در هر وعده غذایی اصلی، پنج گروه مهم مواد غذایی شامل نان، گوشت، شیر، میوه و سبزی را دارند. همچنین، آنها از مواد غذایی با چربی کم استفاده می‌کنند که این موضوع سبب شده تا مؤلفه مدیریت تغذیه در بین پاسخ‌گویان اولویت بالاتری داشته باشد. این در حالی است که به نظر می‌رسد بنا به دلایل مختلف به‌ویژه نبود زمان کافی به دلیل ایفای نقش‌های متعدد و عدم اعتقاد و نبود آگاهی کافی درباره اهمیت ورزش و فعالیت بدنی و نقش آن در استمرار سلامتی افراد، این مؤلفه در بین زنان روستایی مورد بررسی اولویت کمتری را به خود اختصاص داده است.

جدول ۲- اولویت‌بندی مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان روستایی

اولویت	مؤلفه‌ها	میانگین (از ۵)	انحراف معیار
۱	مدیریت تغذیه	۳/۵۹	۱/۰۰۰
۲	حمایت اجتماعی	۳/۵۷	۱/۰۲۷
۳	ارزشمند بودن زندگی	۳/۵۰	۱/۱۰۰
۴	مدیریت استرس	۳/۱۲	۱/۰۸۸
۵	مسئولیت‌پذیری درباره سلامتی	۳/۰۲	۱/۱۷۳
۶	ورزش و فعالیت بدنی	۲/۵۰	۱/۱۷۰

مأخذ: یافته‌های پژوهش

### یافته‌های آمار استنباطی

#### مدل‌های اندازه‌گیری تحقیق

در این بخش، به منظور آزمون روایی سازه، پایایی ترکیبی و برازش مدل، مدل‌های اندازه‌گیری تحقیق شامل دو مدل جداگانه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از طریق اجرای تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول برآورد شدند، که نتایج

حاصل از آنها در جدول ۳ آمده است. بر اساس نتایج تحقیق، مقدار بار عاملی تمامی متغیرهای آشکار در هر دو مدل اندازه‌گیری بزرگ‌تر از ۰/۵ بوده که البته برای رعایت اختصار، به متغیرهای آشکار و بار عاملی آنها در این جدول اشاره نشده است. همچنین، مقادیر میانگین واریانس استخراج‌شده و پایایی ترکیبی محاسبه‌شده برای تمامی متغیرهای مکنون در مدل‌های اندازه‌گیری به ترتیب بزرگ‌تر از ۰/۵ و ۰/۷ بودند (جدول ۳). بنابراین، روایی همگرا و پایایی ترکیبی ابزار تحقیق مورد تأیید بود. با توجه به اینکه مقدار میانگین واریانس استخراج‌شده برای هر متغیر مکنون از مقادیر میانگین مجذور واریانس مشترک و حداکثر مجذور واریانس مشترک بین تمامی متغیرهای مکنون در هر دو مدل اندازه‌گیری بزرگ‌تر بود، بنابراین، روایی تشخیصی ابزار تحقیق نیز مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۳).

### جدول ۳- متغیرهای مکنون و خلاصه نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

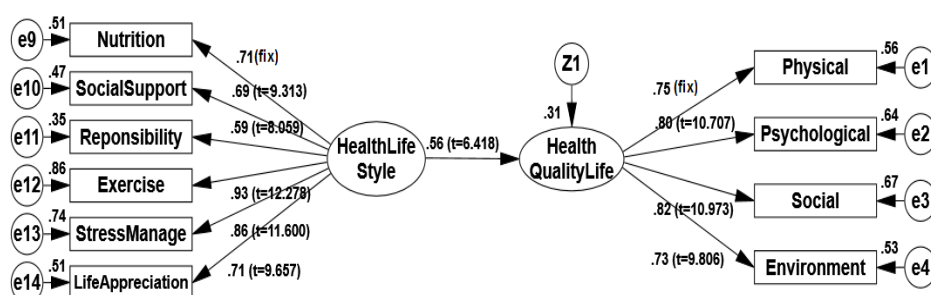
متغیرهای مکنون (نماد در مدل)	تعداد متغیرهای آشکار	AVE	CR	MSV	ASV
مدل اندازه‌گیری (۱): سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (بر اساس مقیاس ۱= هرگز تا ۵= همیشه)					
مدیریت تغذیه (Nutrition)	۴	۰/۷۱۲	۰/۹۰۸	۰/۴۱۲	۰/۲۰۹
حمایت اجتماعی (Social Support)	۴	۰/۶۰۱	۰/۸۵۶	۰/۴۱۲	۰/۲۱۶
مسئولیت‌پذیری سلامتی (Responsibility)	۵	۰/۶۴۴	۰/۸۹۸	۰/۲۷۴	۰/۱۳۵
ورزش و فعالیت بدنی (Exercise)	۳	۰/۷۷۶	۰/۹۱۲	۰/۳۴۹	۰/۱۹۳
مدیریت استرس (Stress Manage)	۴	۰/۵۴۱	۰/۸۲۳	۰/۴۳۶	۰/۲۰۹
ارزشمند بودن زندگی (Life Appreciation)	۴	۰/۶۹۹	۰/۹۰۲	۰/۴۳۶	۰/۲۱۵
شاخص‌های برازش: $\chi^2/df=1/889$ ; $CFI=0/938$ ; $GFI=0/848$ ; $RMR=0/053$ ; $RMSEA=0/067$					
مدل اندازه‌گیری (۲): کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (۱= کاملاً ناراضی تا ۵= کاملاً راضی)					
روابط اجتماعی (Social)	۷	۰/۶۹۵	۰/۸۷۲	۰/۲۱۳	۰/۱۴۸
جسمانی (Physical)	۶	۰/۵۷۶	۰/۹۰۲	۰/۳۵۳	۰/۲۵۶
روانشناختی (Psychological)	۳	۰/۶۷۱	۰/۹۲۳	۰/۴۲۰	۰/۲۹۷
محیطی (Environment)	۸	۰/۵۳۰	۰/۸۹۷	۰/۴۲۰	۰/۳۲۸
شاخص‌های برازش: $\chi^2/df=1/959$ ; $CFI=0/940$ ; $GFI=0/837$ ; $RMR=0/062$ ; $RMSEA=0/069$					

مأخذ: یافته‌های پژوهش

در خصوص برازش مدل، همان‌گونه که در جدول ۳ آمده است، شاخص‌های مختلف برازش در سطح مطلوب قرار داشته و هر دو مدل اندازه‌گیری دارای برازش مناسب بوده‌اند.

### مدل ساختاری کلی تحقیق

مدل ساختاری کلی تحقیق بیانگر رابطه مستقیم بین متغیر مستقل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و متغیر وابسته کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که بر اساس مقادیر شاخص‌های مختلف برازش، مدل ساختاری تحقیق از برازش مناسب برخوردار است (جدول ۴). همان‌گونه که از شکل ۱ پیداست، متغیر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ۳۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تبیین می‌کند.



شکل ۱- مدل ساختاری کلی تحقیق بر اساس ضرایب استاندارد شده و مقادیر t

با توجه به نتایج تحقیق در جدول ۴، رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی وجود دارد ( $\beta=0/558$ ,  $p\text{-value}=0/001$ )؛ بدین ترتیب، فرضیه (۱) تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد. این یافته با نتایج مطالعات چیو و همکاران (Chiou et al., 2016)، سنول و همکاران

(Senol et al., 2014)، ژانگ و همکاران (Zhang et al., 2013) و وانگ و همکاران (Wong et al., 2012) همخوانی دارد.

جدول ۴- نتایج مدل ساختاری کلی تحقیق

فرضیه تحقیق	مقدار غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضریب رگرسیونی استاندارد	مقدار t	سطح معنی داری
سبک زندگی ارتقادهنده ← کیفیت زندگی	۰/۷۷۳	۰/۱۲۰	۰/۵۵۸	۶/۴۱۸	۰/۰۰۱
ارتقادهنده سلامت					
مرتبط با سلامت					

شاخص‌های برازش:  $\chi^2/df=2/179$ ;  $IFI=0/966$ ;  $CFI=0/966$ ;  $GFI=0/930$ ;  $RMR=0/050$ ;  $RMSEA=0/077$

مأخذ: یافته‌های پژوهش

با توجه به تأیید فرضیه (۱) تحقیق، می‌توان بیان داشت که بدون تردید، سلامتی و بر خورداری از یک زندگی سالم و باکیفیت مستلزم داشتن یک سبک زندگی مناسب و سلامت‌محور است. در این زمینه، با توجه به ماهیت سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، هر کدام از مؤلفه‌های آن به انحای مختلف می‌توانند بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیرگذار باشند. برای نمونه، مدیریت تغذیه از طریق اصلاح و بهبود رژیم غذایی و رعایت استفاده از مواد غذایی سالم در تغذیه روزمره به سلامت جسمی و بهبود وضعیت عمومی بدن زنان (بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت) می‌انجامد. به همین منوال، مؤلفه حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم بر بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیرگذار است، چرا که زنان روستایی از طریق توجه به اطرافیان و ابزار احساسات و

عواطف خود به آنها می‌توانند اعتماد اطرافیان را جلب کرده، روابط اجتماعی منسجم‌تر و محکم‌تری را با افراد دیگر برقرار کنند. همچنین، زنان با دریافت حمایت اجتماعی بیشتر، اعتماد به نفس بالاتری در زندگی شخصی خود پیدا می‌کنند و به دلیل داشتن پشتیبان محکم، به شکل بهتری می‌توانند به مقابله با فشارها و استرس‌های زندگی روزمره بپردازند، که به نوبه خود در افزایش بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثرگذار است. در خصوص تأثیر مؤلفه مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، می‌توان گفت که مسلماً به هر اندازه زنان حساسیت بیشتری در مورد وضعیت سلامتی خود داشته باشند، به‌طور طبیعی، زندگی سالم‌تر و شاداب‌تر و «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» بالاتری به‌ویژه در ابعاد جسمانی و روانی خواهند داشت. به همین صورت، مؤلفه ارزشمند بودن زندگی نیز می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی تأثیرگذار باشد. در واقع، خوش‌بین بودن نسبت به زندگی سبب می‌شود تا زنان خودباوری و عزت نفس بالاتری پیدا کنند، که خود بر بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها مؤثر است. افزون بر این، چنین زنانی تعامل بهتری با اطرافیان خود برقرار می‌کنند و سطح روابط اجتماعی آنها بالاتر است و به دلیل داشتن انگیزه بیشتر برای پیشرفت مستمر، انرژی بیشتر و استرس کمتری برای رویارویی با مسائل مختلف زندگی دارند. همچنین، در مورد تأثیر مؤلفه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، می‌توان گفت که این مؤلفه بر اثر افزایش توانایی زنان در شناخت منابع ایجاد استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور، از یک سو، و فراهم کردن شرایط زندگی آرام و به‌دور از اضطراب‌های معمول زندگی روزمره، از سوی دیگر، بر بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیر می‌گذارد و منجر به بهبود آن می‌شود.



## تحلیل گروه‌های چندگانه

با توجه به نتایج به دست آمده، برازش هر دو مدل ساختاری برآورد شده برای پاسخ‌گویان متأهل و مجرد در حد قابل قبول بوده است (جدول ۵). یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای گروه پاسخ‌گویان متأهل معنی‌دار است و برای گروه پاسخ‌گویان مجرد معنی‌دار نیست که بر اساس معیار پیشنهادی هیر و همکاران (Hair et al., 2010)، فرضیه اثر تعدیل‌گری متغیر وضعیت تأهل در رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۵- نتایج برآورد مدل‌های ساختاری در میان دو گروه پاسخ‌گویان مجرد و متأهل

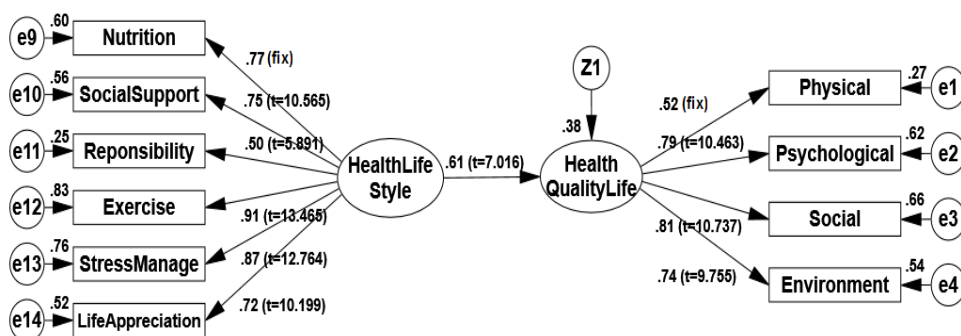
مقدار Z	سطح معنی‌داری	مقدار t	ضریب		مقدار غیراستاندارد	گروه	فرضیه تحقیق
			رگرسیون استاندارد	خطای استاندارد			
	۰/۶۷۲	۰/۴۲۳	۰/۲۰۳	۰/۰۹۱	۰/۰۳۹	مجرد	سبک ← کیفیت زندگی
۵/۲۵۹ <sup>***</sup>	۰/۰۰۰	۷/۰۱۶ <sup>***</sup>	۰/۶۱۴	۰/۱۱۶	۰/۸۱۷	متأهل	مرتبط با ارتقادهنده سلامت

شاخص‌های برازش:  $\chi^2/df=2/742$ ;  $IFI=0/903$ ;  $CFI=0/901$ ;  $GFI=0/847$ ;  $RMR=0/059$ ;  $RMSEA=0/094$

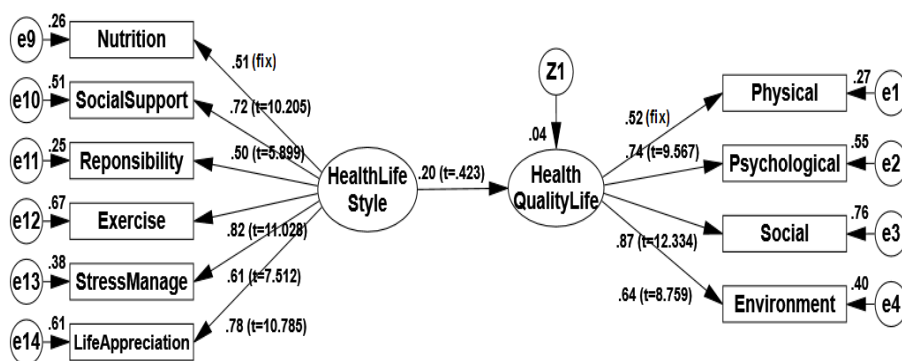
<sup>\*\*\*</sup> معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

مأخذ: یافته‌های پژوهش

همچنین، همان‌گونه که از شکل ۲ پیداست، ۳۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پاسخ‌گویان متأهل از طریق متغیر سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت تبیین شده، در حالی که این رابطه برای پاسخ‌گویان مجرد معنی‌دار نشده است (شکل ۳).



شکل ۲- مدل ساختاری تحقیق بر اساس ضرایب استاندارد شده و مقادیر  $t$  برای پاسخ‌گویان متأهل



شکل ۳- مدل ساختاری تحقیق بر اساس ضرایب استاندارد شده و مقادیر  $t$  برای پاسخ‌گویان مجرد

نتیجه این بخش از تحقیق و تأیید فرضیه اثر تعدیل‌گری متغیر وضعیت تأهل با نتایج پژوهش‌های قاسمی و همکاران (Ghasemi et al., 2015) و ایموتو و همکاران (Imoto et al., 2015) همخوانی دارد. در تبیین این یافته، می‌توان استدلال کرد که ازدواج ضمن کمک به افراد در رفع و تعدیل نیازهای غریزی و طبیعی خود، سبب می‌شود تا احتمال ابتلای زنان به بیماری‌های مختلف کاهش یابد و از نظر جسمانی، آنها از وضعیت سالم‌تر و شاداب‌تری برخوردار شوند، که این موضوع به‌طور مستقیم بر بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیر می‌گذارد. در بعد روانی، زنان متأهل تعادل روانی بالاتری داشته و به دلیل همراهی و همدلی و همچنین، دریافت حمایت‌های عاطفی و اجتماعی بیشتر و احساس لذت و رضایت‌مندی بیشتر از زندگی، مقابله و مدیریت بهتر استرس و فشارهای روانی، سلامت و آرامش روانی بالاتری نیز دارند. ازدواج زمینه رشد و شکوفایی شخصیت زنان را فراهم کرده و با کمک به بلوغ عاطفی، آرامش بیشتری را در زندگی به آنها می‌دهد. به همین منوال، احساس ارزشمندی و مفید بودن و ثبات اجتماعی در زنان متأهل بیشتر بوده و آنها نسبت به افراد مجرد ارتباطات اجتماعی بهتری برقرار می‌کنند، که خود سبب می‌شود تا کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در بعد روابط اجتماعی افزایش یابد.

### نتیجه‌گیری و پیشنهادها

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان به‌مثابه یکی از شاخص‌های مهم توسعه به‌ویژه در مناطق روستایی، از یک سو، و با در نظر گرفتن اهمیت سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به‌مثابه یکی از متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر آن، از سوی دیگر، تحقیق حاضر با هدف تحلیل رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در شهرستان اسلام‌آباد غرب انجام گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که سبک زندگی ارتقادهنده سلامت دارای اثر مثبت و معنی‌دار بر کیفیت زندگی مرتبط با

سلامت زنان روستایی است (تأیید فرضیه ۱). بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که توجه به سبک زندگی سلامت‌محور و به‌کارگیری رفتارهای ارتقادهنده سلامت از سوی زنان روستایی شامل مدیریت بهتر تغذیه، برقراری روابط صمیمی با اطرافیان و ابراز احساسات و عواطف خود به آنها، مسئولیت‌پذیری بیشتر درباره وضعیت سلامت خود، انجام ورزش و فعالیت بدنی مستمر و منظم، کنترل و مدیریت اثربخش استرس در زندگی روزانه و خوش‌بین بودن و ارزشمند دانستن زندگی به‌طور مستقیم منجر به بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی می‌شود. البته رابطه بین دو متغیر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک رابطه ساده نیست و شدت آن می‌تواند بسته به شرایط و موقعیت‌های گوناگون و تحت تأثیر عوامل و متغیرهای مختلف فردی، اقتصادی و اجتماعی به‌ویژه وضعیت تأهل تضعیف یا تقویت شود، به‌گونه‌ای که بر اساس نتایج تحقیق حاضر مشخص شد که این رابطه برای پاسخ‌گویان متأهل مثبت و معنی‌دار و برای پاسخ‌گویان مجرد غیرمعنی‌دار است (تأیید فرضیه ۲)؛ بدین ترتیب، می‌توان بیان داشت که متغیر وضعیت تأهل از اثر تعدیل‌گری قابل توجهی در مدل برخوردار بوده و زنان روستایی متأهل به دلیل داشتن سبک زندگی سلامت‌محورتر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری نیز نسبت به افراد مجرد دارند.

در پایان، با توجه به یافته‌های اصلی پژوهش، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شوند:

- ۱- آموزش مهارت مدیریت استرس و شیوه‌های مقابله با آن به‌ویژه آموزش‌های کاربردی در این خصوص و زمینه‌سازی برای برخورداری مناسب زنان روستایی از مراقبت‌های بهداشتی، از دیگر نکات مهمی است که می‌تواند در بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی مفید واقع شود.
- ۲- با توجه به اهمیت ارتباطات بین‌فردی و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی در ایجاد سرمایه اجتماعی و در نتیجه، بهبود سطح کیفی زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی،

آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر مهارت‌های ارتباطی از دیگر اقداماتی است که می‌تواند از طریق سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط به‌ویژه سازمان ترویج کشاورزی و خانه‌های بهداشت مورد توجه قرار گیرد.

۳- فراهم آوردن امکانات و وسایل ورزشی و ایجاد سالن‌ها و باشگاه‌های ورزشی در سطح روستا برای زنان و نیز توجه جدی به توسعه فرهنگ ورزش‌های همگانی و خانوادگی از جمله اقداماتی است که می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی مفید باشد.

۴- با توجه به تأیید فرضیه تعدیل‌گری وضعیت تأهل در رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، لازم است از طریق توجه به راهکارهای مختلف اجتماعی به‌ویژه فرهنگ‌سازی برای ازدواج آسان و گسترش و تقویت مراکز مشاوره ازدواج در مناطق روستایی و راهکارهای اقتصادی مانند همپاری در هزینه‌های ازدواج جوانان روستایی و پرداخت وام‌های قرض‌الحسنه و تسهیل روند اداری پرداخت وام ازدواج، شرایط بهتری برای ازدواج دختران روستایی فراهم شود.

#### یادداشت‌ها

1. Average Variance Extracted
2. Composite Reliability
3. Average Shared Squared Variance
4. Maximum Shared Squared Variance

#### منابع

جلیلیان، سارا و سعدی، حشمت‌اله (۱۳۹۴)، «بررسی تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی- اقتصادی بر توانمندی روان‌شناختی زنان روستایی در شهرستان اسلام‌آباد غرب». *پژوهش‌های روستایی*، سال ۶، شماره ۴، صص ۷۴۵-۷۶۶.

حاجی‌زاده میمندی، مسعود و دهقان‌چناری، مریم (۱۳۹۴)، «سبک زندگی سلامت‌محور و رضایت زناشویی بین زنان متأهل شهر یزد». *زن در فرهنگ و هنر*، سال ۷، شماره ۱، صص ۶۱-۷۶. دفتر آمار و اطلاعات استانداری کرمانشاه (۱۳۹۴)، *فصل دوم سالنامه آماری استان کرمانشاه: جمعیت*. وزارت کشور، استانداری کرمانشاه، دفتر آمار و اطلاعات.

رجبی گیلاتی، نادر؛ قاسمی، رامین؛ رشادت، سهیلا؛ زنگنه، علی‌رضا؛ و سعیدی، شهرام (۱۳۹۳)، «سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن». *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، سال ۱۸، شماره ۹، صص ۵۴۷-۵۵۶.

طل، آذر؛ توسلی، الهه؛ شریفی‌راد، غلام‌رضا؛ و شجاعی‌زاده، داوود (۱۳۹۰)، «بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان». *تحقیقات نظام سلامت*، سال ۷، شماره ۴، صص ۱-۶. منفرد، آرزو؛ پاک‌سرشت، صدیقه؛ قنبری، عاطفه؛ و عطرکار روشن، زهرا (۱۳۹۲)، «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آن در زنان مبتلا به سرطان پستان». *پرستاری و مامایی جامعه‌نگر*، سال ۲۳، شماره ۷۰، صص ۵۲-۶۲.

Byrne, B. (2010), *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. New York: Routledge, Taylor and Francis Group.

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

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

Gellman, M. and Turner, R. (2013), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. USA: Springer.

Ghasemi, R.; Reshadat, S.; Rajabi-Gilan, N.; Salimi, Y.; and Norouzi, M. (2015), "The relationship between rural women's health-related quality of

- life and domestic violence". *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 17: 29-32.
- Gines, J. (2007), *An Analysis of Health Risk Behaviors among College Students Enrolled in a Required Health Course*. United States: Colorado State University.
- Hair, J.; Black, C.; Babin, J.; and Anderson, E. (2010), *Multivariate Data Analysis*. USA: Prentice Hall.
- Harroni, J.; Hassanzadeh, A.; and Mostafavi, F. (2014), "Influencing factors on health promoting behavior among the elderly living in the community". *Education and Health Promotion*, 3(1): 40-46.
- Hirth, J. (2010), *The Effect of Social Networks and Social Support on the Relationship between Race/Ethnicity and Disability in Older Adults*. The University of Texas Medical Sciences.
- Imoto, A.; Matsuyama, A.; Ambauen-Berger, B.; and Honda, C. (2015), "Health-related quality of life among women in rural Bangladesh after surgical repair of obstetric fistula". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130: 79-83.
- Jorfi, M.; Afshari, P.; Zaheri, A.; and Jahandideh, M. (2015), "The relationship between health promotion lifestyle and type of delivery in reproductive aged women in Ahvaz, Iran". *Bioassays*, 4: 3958-3963.
- Karimi, M. and Brazier, J. (2016), "Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?". *Pharmaco Economics*, 34: 645-649.
- Mohamadian, H.; Ghannaei, M.; Kortdzanganeh, J.; and Meihan, L. (2013), "Reliability and construct validity of the Iranian version of health-promoting lifestyle profile in a female adolescent population". *International Journal of Preventive Medicine*, 4: 42-49.
- Pender, N.; Murdaugh, C.; and Parsons, M. (2016), *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Pearson.

- Phaladze, N. A.; Human, S.; Dlamini, S. B.; Hulela, B.; Mahlubi, H. I.; Sukuti, N. A.; Makoe, L. N.; Seboni, N. M.; Moleko, M.; and Holzemer, W. L. (2005), "Quality of life and concept of 'living well' with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa". *Nursing Scholarship*, 37(2): 120-127.
- Rakhshani, T.; Shojaiezadeh, D.; Bagheri Lankarani, K.; Rakhshani, F.; Kaveh, M.; and Zare, N. (2014), "The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly". *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16: 1-6.
- Romero, M.; Vivas-Consuelo, D.; and Alvis-Guzman, N. (2013), "Is health related quality of life a valid indicator for health systems evaluation?". *Springerplus*, 11(2): 664-672.
- Şenol, V.; Ünalın, D.; Soyuer, F.; and Argün, M. (2014), "The relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri". *Geriatrics*, 1: 1-8.
- Tol, A.; Tavassoli, E.; Shariferad, G.; and Shojaeezadeh, D. (2013), "Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences". *J Educ Health Promot*, 11-21.
- WHOQOL (1998), "The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties". *Social Science and Medicine*, 46: 1569-1585.
- Wong, C.; Fung, C.; Siu, C.; Wong, K.; Lo, Y.; and Fong, Y. (2012), "The impact of work nature, lifestyle, and obesity on health-related quality of life in Chinese professional drivers". *J Occup. Environ Med.*, 54: 989-994.
- Zhang, S.; Tao, F.; Ueda, A.; Wei, C.; and Fang, J. (2013), "The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern China". *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18: 458-65.



- Zhao, J.; Li, Y.; Wu, Y.; Zhou, J.; Ba, L.; Gu, X.; Wang, W.; Yao, H.; Ren, N.; Chen, J.; and Xu, L. (2009), "Impact of different contraceptive methods on quality of life in rural women of the Jiangsu province in China". *Contraception*, 80: 180-186.
- Zhou, B.; Chen, K.; Wang, J.; Wang, H.; Zhang, S; and Zheng, W. (2011), "Quality of life and related factors in the older rural and urban Chinese populations in Zhejiang province". *Applied Gerontology*, 30(2): 199-225.