

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان شهرستان فسا

زهرا ملکی^۱ موهبت والی^۲ فرزانه مباشری^{۳*}

۱. دانشجوی کارشناسی، بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۲. دانشجوی دکترای تخصصی، اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. کارشناسی ارشد، اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

چکیده

هدف: رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و سبک زندگی سالم استراتژی‌های اصلی برای حفظ سلامتی است. به دلیل اهمیت سلامت زنان در ارتقاء سلامت جامعه، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان در شهرستان فسا در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی، روی ۱۴۳ زن مراجعه‌کننده به پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی صورت گرفت. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد HPLP-II بود. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، پییرسون و آنالیز واریانس یکطرفه تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۹/۸۶±۸/۶۱ سال و میانگین کل HPLP-II ۱۸/۶۴±۳/۴۹ بود. میانگین امتیاز خرده مقیاس شیوه زندگی ۲/۵±۰/۶، مسئولیت‌پذیری سلامتی ۲/۷±۰/۵، فعالیت فیزیکی ۱/۹±۰/۶، تغذیه ۳/۰±۰/۴، رشد معنوی ۲/۰±۰/۵، روابط بین فردی ۲/۹±۰/۵ و کنترل استرس ۲/۶±۰/۵ بود. بین خرده مقیاس فعالیت فیزیکی و شغل زنان رابطه معناداری وجود داشت (P-Value≤۰/۰۱). همچنین رابطه بین خرده مقیاس‌های رشد معنوی و روابط بین فردی با سطح تحصیلات نیز معنادار بود (به ترتیب P-Value=۰/۰۱۱ و P-Value=۰/۰۳۸).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد میانگین خرده مقیاس رشد معنوی از همه بالاتر و فعالیت فیزیکی از همه کمتر بود. با توجه به اهمیت فعالیت فیزیکی در سلامت زنان، باید با راهکارهایی که سبب ایجاد انگیزه می‌شود، سطح فعالیت فیزیکی آنان را افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: رفتار، ارتقا سلامت، شیوه زندگی، سلامت زنان.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۹/۰۵/۲۶ پذیرش مقاله: ۹۹/۷/۳۰

ارجاع: ملکی زهرا، والی موهبت، فرزانه مباشری. رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان شهرستان فسا. طب پیشگیری. ۱۳۹۹؛ ۱۹(۳): ۱۱-۱۹.

مقدمه

سلامت زنان از اولویت‌های هر جامعه‌ای است بنابراین ارتقاء و تأمین سلامت زنان یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد و روز به روز توجه به این مهم افزایش می‌یابد. از طرفی فعالیت‌های ارتقاءدهنده سلامت و سبک زندگی سالم از استراتژی‌های مهم برای دستیابی به این رکن به شمار می‌آیند، همچنین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا در

بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است (۱،۲). مطالعات نشان داده‌اند که سبک زندگی ناسالم یکی از عوامل اثرگذار در بروز بیماری‌های مزمن از جمله سرطان کولون، فشارخون بالا، بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، ایدز و بیماری‌های قلب و عروق می‌باشد (۳). براساس آمارهای گزارش شده در مورد علل اصلی مرگ‌ومیرها، سبک زندگی ناسالم و رفتارهای غیربهداشتی ۵۳ درصد از این علل را شامل

نویسنده مسئول: فرزانه مباشری، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی فسا، فسا، ایران.

ORCID: 0000-0001-0912-892X

پست الکترونیکی: farzane.mobasheri@yahoo.com

تلفن: +۹۸ ۹۳۶۰۰۳۳۴۲

ارتقاءدهنده سلامت، در نیل به اهداف تأمین سلامت افراد و در نتیجه توسعه پایدار جامعه و نقش پر رنگ زنان به عنوان محور خانواده در شکل‌گیری رفتارهای سبک زندگی در سایر افراد جامعه، بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فسا انجام شد تا با اطلاع از وضعیت موجود و شناسایی رفتارهای ناسالم زنان بتوان گام مؤثری را در راستای برنامه‌ریزی‌های بهداشتی مناسب و حرکت به سوی تأمین سلامت جامعه برداشت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی-تحلیلی جامعه مورد بررسی زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در شهرستان فسا در نیمه اول سال ۱۳۹۵ بودند و حجم نمونه برای انجام مطالعه با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و خطای قابل قبول ۰/۰۵، معادل ۱۳۹ نفر برآورد شد، ولی برای اطمینان بیشتر از جامعه مورد پژوهش تعداد ۱۴۳ نفر به عنوان نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت دستیابی به این تعداد حجم نمونه ابتدا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۴ مرکز بهداشتی درمانی و ۴ پایگاه بهداشتی از بین مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر فسا انتخاب شدند. در مرحله بعد با مراجعه به مراکز و پایگاه‌های منتخب نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و پرسشنامه مربوطه از طریق مصاحبه تکمیل شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقاء سلامت (Health-Promoting Lifestyle Profile: HPLP-II) بود. این پرسشنامه براساس الگوی ارتقاء سلامت پندر جهت تعیین اینکه افراد تا چه اندازه

می‌شود (۴). براساس نظریه پندر، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت شامل هر گونه فعالیتی می‌باشد که جهت افزایش و یا نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد و یا گروه‌ها انجام گیرد (۵) و شامل مسئولیت‌پذیری سلامتی، رشد معنوی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، روابط بین فردی و کنترل استرس می‌باشد (۶). رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت می‌توانند باعث تاثیر بالقوه طولانی مدت بر پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و کیفیت زندگی شوند که این تاثیرات با طولانی‌تر شدن عمر، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و افزایش تولیدات ملی آشکار می‌گردد (۷،۸).

رفتارهای ارتقاء سلامت با عادات غذایی و خودکارآمدی ارتباط مثبت داشتند و سبک زندگی از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی حاصل می‌شود (۶).

پیش از این مطالعاتی به بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در گروه‌های مختلف پرداخته‌اند که میانگین این رفتارها در مطالعه حسینی و همکاران کم گزارش شد (۹). مطلق و همکاران نیز گزارش نمودند که میانگین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بین دانشجویان کم می‌باشد (۱۰). حسینی و همکاران هم در سال ۱۳۹۰ در بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در مراجعین به مراکز بهداشتی شهری تهران، بیشترین نمره رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را برای خرده مقیاس رشد معنوی با میانگین ۳/۴۹ و کمترین نمره را برای خرده مقیاس فعالیت بدنی با میانگین ۲/۰۸ گزارش نمودند که میانگین کلی این رفتارها نیز کم بود (۱۲).

با توجه به نقش حیاتی سلامت زنان در حفظ و ارتقاء سطح سلامتی سایر اعضای خانواده و اهمیت رفتارهای

یافته‌های پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. ملاحظات اخلاقی نیز شامل کسب رضایت آگاهانه کتبی، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و آزاد بودن در شرکت یا عدم شرکت در هر مرحله از مطالعه، بوده است.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری کای‌دو، تی‌مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معناداری $P\text{-Value} \leq 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان $29/86 \pm 8/61$ سال و طیف سنی آن‌ها ۵۴-۱۸ سال بود و میانگین قد و وزن آن‌ها نیز به ترتیب $158/88 \pm 12/86$ سانتی‌متر و $64/66 \pm 12/30$ کیلوگرم بود. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه با جزئیات بیشتری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی بهداشتی در سال ۱۳۹۵

| متغیر | فراوانی | درصد |
|------------|-------------|------|
| محل سکونت | شهر | ۵۸/۷ |
| | روستا | ۴۱/۳ |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۹۸/۶ |
| | مطلقه | ۰/۷ |
| | بیوه | ۰/۷ |
| تحصیلات | سیکل و کمتر | ۳۹/۲ |
| | دیپلم | ۴۸ |
| | دانشگاهی | ۲۷/۲ |
| شغل | خانه‌دار | ۹۰/۹ |
| | شاغل | ۹/۱ |

میانگین نمرات ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان مورد مطالعه در جدول ۲ نشان داده شده است که بیشترین و کمترین نمره به ترتیب مربوط به ابعاد رشد معنوی و فعالیت فیزیکی بود.

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی را انجام می‌دهند، طراحی شده است (۱۳).

به این ترتیب که فراوانی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی را در شش بعد رشد معنوی (۹ سوال)، مسئولیت‌پذیری سلامتی (۹ سوال)، فعالیت جسمانی (۸ سوال)، تغذیه (۹ سوال)، روابط بین فردی (۹ سوال) و کنترل استرس (۸ سوال) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵۲ سوال در طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای است: هرگز (۱ نمره)، گاهی اوقات (۲ نمره)، اغلب (۳ نمره) و همیشه (۴ نمره). محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی بین ۲۰۸-۵۲ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه می‌باشد.

این پرسشنامه در کشور ما در سال ۱۳۹۱ توسط حسینی و همکاران استانداردسازی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای ۶ بعد ابزار از ۰/۷۰ تا ۰/۸۱ به دست آمد (۱۳). همچنین مطالعه ایوبی و همکاران، شاخص آلفای کرونباخ هم برای کل مقیاس‌ها و هم برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب (۰/۷۸-۰/۶۲) محاسبه گردیده است. جهت حفظ وزن ۴-۱ پاسخ‌های عبارات و مقایسه هدفمند امتیازات در میان خرده مقیاس‌ها استفاده از میانگین به جای مجموع امتیازات پیشنهاد شده و در این پژوهش هم رعایت شد (۱۴).

علاوه بر سوالات این پرسشنامه، داده‌هایی در مورد ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه (شامل سن، قد، وزن، وضعیت تاهل، شغل و تحصیلات) نیز جمع‌آوری شد. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سن ۱۸ سال به بالا و سکونت در شهرستان فسا بود.

به منظور رعایت ضوابط اخلاق پژوهش، اطلاعات کافی در مورد هدف و نحوه اجرا و نیز استفاده از

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان

| حد اکثر | حد اقل | انحراف معیار ± میانگین | ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت |
|---------|--------|------------------------|----------------------------------|
| ۴/۰۰ | ۱/۰۰ | ۲/۴۷±۰/۶۱ | ارتقا بهداشت در شیوه زندگی |
| ۳/۷۸ | ۱/۰۹ | ۲/۷۳±۰/۴۹ | مسئولیت پذیری سلامتی |
| ۳/۷۵ | ۱/۰۰ | ۱/۹۰±۰/۵۷ | فعالیت فیزیکی |
| ۳/۷۸ | ۱/۷۸ | ۳/۰۰±۰/۴۴ | تغذیه |
| ۴/۰۰ | ۱/۶۷ | ۳/۰۵±۰/۴۸ | رشد معنوی |
| ۴/۰۰ | ۱/۵۶ | ۲/۹۲±۰/۴۵ | روابط بین فردی |
| ۳/۳۶ | ۱/۳۸ | ۲/۵۷±۰/۴۵ | کنترل استرس |

یک رابطه معکوس ضعیفی بین سن زنان با خرده مقیاس فعالیت فیزیکی دیده شد ($r = -1.00$, $P\text{-Value} \leq 0.001$) (جدول ۳).

در سنجش ارتباط خرده مقیاس های رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با مشخصات دموگرافیک، نتایج آزمون تی مستقل ارتباط معناداری را بین خرده مقیاس فعالیت فیزیکی و شغل زنان نشان داد ($P\text{-Value} \leq 0.001$) و

جدول شماره ۳- رابطه بین ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با شغل زنان

| مقدار احتمال | خانواده دار (۱۳۰ نفر) | | شاغل (۱۳ نفر) | | ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت |
|--------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------------|
| | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | |
| ۰/۳۵۲ | ۴/۸۹±۱/۲۲ | ۵/۰۳±۱/۱۰ | ۵/۰۳±۱/۱۰ | ۵/۰۳±۱/۱۰ | ارتقا بهداشت در شیوه زندگی |
| ۰/۸۲۳ | ۲۴/۱۹±۴/۳۰ | ۲۵/۲۸±۴/۲۰ | ۲۵/۲۸±۴/۲۰ | ۲۵/۲۸±۴/۲۰ | مسئولیت پذیری سلامتی |
| ۰/۰۰۱ | ۱۵/۸۳±۴/۲۵ | ۱۴/۳۲±۴/۴۵ | ۱۴/۳۲±۴/۴۵ | ۱۴/۳۲±۴/۴۵ | فعالیت فیزیکی |
| ۰/۶۵۵ | ۲۶/۵۰±۴/۰۳ | ۲۷/۸۸±۳/۲۳ | ۲۷/۸۸±۳/۲۳ | ۲۷/۸۸±۳/۲۳ | تغذیه |
| ۰/۵۹۵ | ۲۷/۱۹±۴/۰۶ | ۲۷/۸۴±۴/۱۰ | ۲۷/۸۴±۴/۱۰ | ۲۷/۸۴±۴/۱۰ | رشد معنوی |
| ۰/۷۰۶ | ۲۶/۰۱±۴/۱۰ | ۲۶/۷۲±۳/۷۸ | ۲۶/۷۲±۳/۷۸ | ۲۶/۷۲±۳/۷۸ | روابط بین فردی |
| ۰/۷۷۲ | ۲۰/۶۱±۳/۲۰ | ۲۰/۵۷±۲/۶۰ | ۲۰/۵۷±۲/۶۰ | ۲۰/۵۷±۲/۶۰ | کنترل استرس |

تحصیلات رابطه معنادار وجود دارد سطح معناداری به ترتیب ($P\text{-Value} = 0.038$, $P\text{-Value} = 0.011$) (جدول ۴).

نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد بین خرده مقیاس های رشد معنوی و روابط بین فردی با سطح

جدول ۴- رابطه بین ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با سطح تحصیلات زنان

| مقدار احتمال | دانشگاهی (۳۹ نفر) | | دیپلم (۴۸ نفر) | | سیکل و کمتر (۵۶ نفر) | | ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت |
|--------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------------|
| | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | |
| ۰/۱۷۹ | ۵/۰۷±۱/۱۷ | ۵/۱۲±۱/۱۷ | ۵/۱۲±۱/۱۷ | ۵/۱۲±۱/۱۷ | ۴/۷۱ ± ۱/۲۸ | ۴/۷۱ ± ۱/۲۸ | ارتقا بهداشت در شیوه زندگی |
| ۰/۱۷۴ | ۲۴/۹۴±۴/۰۷ | ۲۵/۳۷±۴/۶۹ | ۲۵/۳۷±۴/۶۹ | ۲۵/۳۷±۴/۶۹ | ۲۳/۸۰±۴/۳۸ | ۲۳/۸۰±۴/۳۸ | مسئولیت پذیری سلامتی |
| ۰/۲۷۹ | ۱۵/۶۹±۴/۹۹ | ۱۵/۷۰±۴/۰۲ | ۱۵/۷۰±۴/۰۲ | ۱۵/۷۰±۴/۰۲ | ۱۴/۴۴±۴/۶۹ | ۱۴/۴۴±۴/۶۹ | فعالیت فیزیکی |
| ۰/۲۵۰ | ۲۶/۴۱±۳/۴۷ | ۲۷/۸۱±۳/۳۹ | ۲۷/۸۱±۳/۳۹ | ۲۷/۸۱±۳/۳۹ | ۲۶/۸۹±۴/۷۸ | ۲۶/۸۹±۴/۷۸ | تغذیه |
| ۰/۰۳۸ | ۲۷/۴۶±۴/۳۰ | * ۲۸/۶۴±۳/۹۵ | * ۲۸/۶۴±۳/۹۵ | * ۲۸/۶۴±۳/۹۵ | * ۲۶/۴۴±۴/۶۱ | * ۲۶/۴۴±۴/۶۱ | رشد معنوی |
| ۰/۰۱۱ | ۲۶/۷۴±۴/۳۰ | * ۲۷/۴۵±۴/۰۸ | * ۲۷/۴۵±۴/۰۸ | * ۲۷/۴۵±۴/۰۸ | * ۲۵/۰۱±۴/۲۱ | * ۲۵/۰۱±۴/۲۱ | روابط بین فردی |
| ۰/۱۰۹ | ۲۰/۹۲±۳/۷۵ | ۲۱/۲۵±۳/۲۱ | ۲۱/۲۵±۳/۲۱ | ۲۱/۲۵±۳/۲۱ | ۱۹/۸۰±۳/۹۰ | ۱۹/۸۰±۳/۹۰ | کنترل استرس |

در شهر بیشتر از روستا بود. در سایر خرده مقیاس‌ها رابطه معناداری مشاهده نشد (جدول ۵).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد تنها بین خرده مقیاس فعالیت فیزیکی با محل سکونت رابطه معنادار وجود داشت ($P\text{-Value}=0/001$) و میانگین فعالیت فیزیکی

جدول ۵- رابطه بین ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با محل سکونت زنان

| مقدار احتمال | شهر (۸۴ نفر) | | روستا (۵۹ نفر) | | ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت |
|--------------|--------------|------------|----------------|------------|----------------------------------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| ۰/۳۶۲ | ۴/۸۹±۱/۲۷ | ۴۸/۱۹±۴/۳۳ | ۵/۰۳±۱/۱۷ | ۲۵/۲۸±۴/۵۹ | ارتقا بهداشت در شیوه زندگی |
| ۰/۸۷۲ | ۴/۸۹±۱/۲۷ | ۴۸/۱۹±۴/۳۳ | ۵/۰۳±۱/۱۷ | ۲۵/۲۸±۴/۵۹ | مسئولیت‌پذیری سلامتی |
| ۰/۰۰۱ | ۴/۸۹±۱/۲۷ | ۴۸/۱۹±۴/۳۳ | ۵/۰۳±۱/۱۷ | ۲۵/۲۸±۴/۵۹ | فعالیت فیزیکی |
| ۰/۶۵۶ | ۴/۸۹±۱/۲۷ | ۴۸/۱۹±۴/۳۳ | ۵/۰۳±۱/۱۷ | ۲۵/۲۸±۴/۵۹ | تغذیه |
| ۰/۶۹۹ | ۴/۸۹±۱/۲۷ | ۴۸/۱۹±۴/۳۳ | ۵/۰۳±۱/۱۷ | ۲۵/۲۸±۴/۵۹ | رشد معنوی |
| ۰/۶۰۷ | ۴/۸۹±۱/۲۷ | ۴۸/۱۹±۴/۳۳ | ۵/۰۳±۱/۱۷ | ۲۵/۲۸±۴/۵۹ | روابط بین فردی |
| ۰/۹۷۲ | ۴/۸۹±۱/۲۷ | ۴۸/۱۹±۴/۳۳ | ۵/۰۳±۱/۱۷ | ۲۵/۲۸±۴/۵۹ | کنترل استرس |

در این مطالعه متاهل بودند و این افراد به دلیل مشغله‌های زیاد زندگی از جمله امور خانه‌داری، مراقبت از فرزندان و... زمان زیادی را به فعالیت‌های فیزیکی از جمله پیاده‌روی، ورزش و... اختصاص نمی‌دادند. به طور 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 (۱۹). در مطالعه D Souza و همکاران که بر روی زنان هندی صورت گرفته بود، زنان متاهل هندی پیش از توجه به سلامت خود به نقش همسری، مادری و مراقبتی خود در خانواده بیشتر اهمیت می‌دادند (۲۰).

در این مطالعه بین خرده مقیاس فعالیت فیزیکی و شغل زنان رابطه معناداری مشاهده شد به طوری که زنان خانه‌دار نسبت به زنان شاغل فعالیت فیزیکی کمتری داشتند که می‌توان این‌گونه توجیه کرد عدم تحرک و فعالیت بدنی مناسب از پیامدهای نسل امروز است که می‌تواند به دلایلی همچون سرگرمی مرتب با تلویزیون،

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در میان زنان، بیشترین نمره مربوط به بعد رشد معنوی و کمترین نمره مربوط به بعد فعالیت فیزیکی بود که این یافته با نتیجه مطالعه رستگار و همکارانش بر روی رابطین سلامت شهرستان مشهد و مطالعه Quintiliani و همکاران که در آن رفتارهای ناسالم زنان در بعد فعالیت فیزیکی را بیشتر گزارش کرده بود، همسو می‌باشد (۱۶،۱۵).

یافته‌های مطالعه Zhang و همکاران در زمینه فعالیت فیزیکی و رشد معنوی با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۷). اما در یک پژوهش دیگر که بر روی زنان آمریکایی آفریقا تبار انجام شد، بعد رشد معنوی کمترین نمره را در میان سایر ابعاد داشت که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۸) علت این تناقض را می‌توان این‌گونه استنباط کرد که ایران از لحاظ اعتقادات دینی و مذهبی قوی‌تر می‌باشد (۱۲). همچنین کمتر بودن نمره بعد فعالیت فیزیکی می‌تواند به این دلیل باشد که اکثر شرکت‌کنندگان

می‌باشد و لازم است متخصصان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی بر حیطه فعالیت فیزیکی زنان توجه بیشتری داشته باشند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کم بودن حجم نمونه که منجر به عدم تعمیم‌پذیری مطالعه می‌شود اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با حجم نمونه بیشتر نیز انجام شود، همچنین طولانی بودن پرسشنامه تا حدودی باعث آزرگی خاطر برخی از شرکت‌کنندگان می‌شد.

تشکر و قدردانی

محققان بدین‌وسیله از کلیه پرسنل مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهرستان فسا کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تأییدیه اخلاقی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد اخلاق ۹۴۱۵۶ مصوب دانشگاه علوم پزشکی فسا است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

سهم نویسندگان

زهرانملکی (نویسنده اول) نگارنده یافته‌ها، بحث و نتیجه‌گیری ۴۵ درصد؛ موهبت والی (نویسنده دوم) نگارنده مقدمه و جمع‌آوری داده‌ها ۱۰ درصد؛ فرزانه مباشری (نویسنده سوم و مسئول) روش‌شناسی و نگارنده روش کار ۴۵ درصد.

حمایت مالی

این مقاله با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام شده است.

رایانه و تلفن همراه مربوط باشد و به دلیل اینکه اکثر زنان شرکت‌کننده در این مطالعه خانه‌دار بودند این نتایج دور از انتظار نبود. از طرفی شاغل بودن خود، باعث افزایش سطح فعالیت فیزیکی افراد می‌شود که در این مورد مطالعه مشابهی یافت نشد.

بین سن زنان با خرده مقیاس فعالیت فیزیکی رابطه معکوس ضعیفی دیده شده است که می‌تواند به این دلیل باشد که با افزایش سن، سطح فعالیت فیزیکی و تحرک زنان کاهش می‌یابد و تمایل زیادی برای ورزش کردن وجود ندارند.

در این مطالعه رابطه معناداری بین سطح تحصیلات و خرده مقیاس‌های رشد معنوی و روابط بین فردی دیده شد. حال آن که در مطالعه آذرطل و همکاران که به بررسی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و شادکامی در زنان پرداخته است، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم با ابعاد روابط بین فردی و رشد معنوی ارتباط مثبت دیده شد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱).

همچنین در مطالعه‌ای که توسط Molarius بر روی زنان و مردان سوئدی صورت گرفت نشان داده شد که سلامت ضعیف در مردان با تحصیلات پایین در ارتباط است اما در میان زنان رابطه‌ای یافت نشد (۲۲). اما 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 (۲۳، ۲۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زنان از نظر رشد معنوی در سطح مطلوب و از نظر فعالیت فیزیکی در سطح نامطلوب قرار داشتند. با توجه به پایین بودن سطح فعالیت فیزیکی در بین زنان، لزوم اجرای برنامه‌های آموزش سلامت با تاکید بر فعالیت فیزیکی ضروری

References

- Bakouei F, Jalil Seyedi-Andi S, Bakhtiari A, Khafri S. Health promotion behaviors and its predictors among the college students in Iran. *Int Q Community Health Educ*. 2018; 38(4):251-8. DOI: 10.1177/0272684X18781780
- Callahan ST. Focus on preventive health care for young adults. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012; 166(3):289-90. DOI: 10.1001/archpediatrics.2011.898
- 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 Life Style*. 2018; 2(1):1-4. [Persian]
- Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No.2 in Chaloos. *RJMS*. 2012; 20(110):63-70. [Persian]
- 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] DOI: 10.29252/mcs.5.1.13
- Kim MS, Yun SY. Effects of eating habits and self-efficacy on nursing students' health promotion behaviors: In convergence era. *Journal of Convergence for Information Technology*. 2017; 7(2):111-7. DOI: 10.22156/CS4SMB.2017.7.2.111
- 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):531-40. DOI: 10.1515/ijamh-2013-0331
- Azizi Fini I, Adib-Hajbaghery M, Khachian A. The effect of health-promotion strategies education on self-care self-efficacy in patients with bone marrow transplantation. *J Crit Care Nurs*. 2011; 4(3):109-16. [Persian]
- Mofrad ZP, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr*-IR Iran. *Glob J Health Sci*. 2016; 8(3):139-45. DOI: 10.5539/gjhs.v8n3p139
- Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of health-promotion behaviors among university of medical science students. *Zahedan J Res Med Sci*. 2011; 13(4):29-34. [Persian]
- Taghdisi MH, Latifi M, Afkari ME, Dastoorpour M, Estebarsari F, Jamalzadeh F. The impact of educational intervention to increase self efficacy and awareness for the prevention of domestic violence against women. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2015; 3(1):32-8. [Persian]
- Najafi L, Moghaddam Tabrizi F, Ebrahimi M. The effect of peer-based support on health-promoting behaviors in breast cancer survivors in academi hospitals and research centers in Urmia in 2015-16. *Nurs Midwifery J*. 2018; 15(11):795-805. [Persian]
- Hosseini M, Yaghmaei F, Hosseinzade S, Majd HA, Sarbakhsh P, Tavousi M. Psychometric evaluation of the "health promoting life style profile 2". *Payesh*. 2012; 11(6):849-56. [Persian]
- Aubi E, Shadnoush M, Nazarzadeh M, Bidel Z, Ranaei A, Delpisheh A. Translation and assessment of validity and reliability of the health-promoting lifestyle questionnaire, using factor analysis. *Pajoohandeh*. 2012; 17(3):114-20. [Persian]
- Quintiliani L, Allen J, Marino M, Kelly-Weeder S, Li Y. Multiple health behavior clusters among female college students. *Patient Educ Couns*. 2010; 79(1):134-7. DOI: 10.1016/j.pec.2009.08.007
- Rastegar M, Zendehtalab H, Yavari M, Mazlom S. Health-promoting lifestyle and its related factors among health volunteers Mashhad in 2015. *JMS*. 2015; 3(3):55-48. [Persian]
- Zhang SC, Wei CN, Fukumoto K, Harada K, Ueda K, Minamoto K, et al. A comparative study of health-promoting lifestyles in agricultural and non-agricultural workers in Japan. *Environ Health Prev Med*. 2011; 16(2):80-9. DOI 10.1007/s12199-010-0167-9
- Weng LC, Dai YT, Huang HL. Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *J Adv Nurs*. 2010; 66(4):

- 828-38. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05243.x
19. 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):11-5. [Persian]
20. D'Souza MS, Karkada SN, Somayaji G. Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and agriculture. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11(1):9. DOI: 10.1186/1477-7525-11-9.
21. Tol A, Mohebbi B, Yekaninejad M, Sabouri M. Influential factors on health promoting behaviors and happiness among women. *RJMS*. 2018; 25(169):11-22. [Persian]
22. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health*. 2006; 17(2):125-33. DOI: 10.1093/eurpub/ckl070
23. Hosseinpoor AR, Williams JS, Amin A, De Carvalho IA, 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. DOI: 10.1371/journal.pone.0034799
24. 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):214-9. PMID: 22800590

Health-promoting behaviors in women in Fasa city

Zahra Maleki¹Mohebat Vali²Farzane Mobasheri^{3*}

1. BSc Student, Public health, Student Research Committee, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.
2. PhD Student, Epidemiology, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
3. MSc, Epidemiology, Noncommunicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

Abstract

Introduction: Promotion of healthy behaviors and lifestyle are the major strategies to preserve the health. Due to the importance of women's health in promoting the community health, the present study was conducted to determine the status of women's health promoting behaviors in Fasa in 2016.

Methods: This descriptive-analytical study was performed on 143 women referring to health centers. Samples were selected using cluster sampling method. The data collection tool was the HPLP-II (Health Promotion Lifestyle Profile II) standard questionnaire. Data were analyzed with SPSS-21 software using descriptive statistics, independent t-test, Pearson correlation coefficient, and ANOVA test.

Results: The mean age of the participants was 29.81±8.61 years and the average score of HPLP-II questionnaire was 18.64±3.49. The mean score of the subscales including promotion of health in lifestyle, health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relationship, and stress control were 2.5±0.6, 7±0.5, 1.9±0.6, 3.0±0.4, 3.0±0.5, 2.9±0.5, and 2.6±0.5, respectively. There was a significant relationship between the physical activity subscale and women's occupation (P-Value≤0.001). The relationships between the spiritual growth and interpersonal relationship subscales and the educational level were also significant (P-Values=0.038 and 0.011, respectively).

Conclusion: The results of this study showed that the highest and the lowest average scores were for the spiritual growth and physical activity subscales, respectively. Regarding the importance of physical activity in women's health, motivational approaches should be used to increase their physical activity.

Key Words: Behavior, Health Promotion, Lifestyle, Women's Health.

Original Article

Received: 16 Aug 2020 Accepted: 21 Oct 2020

Citation: Maleki Z, Vali M, Mobasheri F. Health-promoting behaviors in women in Fasa city. *JPM*. 2020; 7(2):11-19

Correspondence: Farzane Mobasheri, Department of Social Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.
Tel: +989360003342 Email: farzane.mobasheri@yahoo.com ORCID: 0000-0001-0912-892X