

عوامل تعیین کننده سبک زندگی سلامت محور زنان در مناطق روستایی (مورد مطالعه: استان کرمانشاه)

روح اله رضائی^۱، لیلا صفا^۲، سپیده نوروزی^۳

^۱دانشیار دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان؛ r_rezaei@znu.ac.ir

^۲استادیار دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان؛ safa@znu.ac.ir

^۳دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه زنجان؛ norozisepedeh.93@gmail.com

چکیده

این تحقیق توصیفی- همبستگی با هدف بررسی عوامل تعیین کننده سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش را زنان روستایی شهرستان اسلام آباد غرب در استان کرمانشاه تشکیل دادند که با توجه به جدول بارتلت و همکاران (۲۰۰۱)، ۲۵۰ نفر از آنان با روش نمونه گیری چندمرحله ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که چهار متغیر سن، تعداد اعضای خانوار، تعداد فرزند و سابقه زندگی مشترک رابطه منفی و معنی دار و سه متغیر مهارت های سواد سلامت، سطح تحصیلات و زمان صرف شده برای ورزش روزانه رابطه مثبت و معنی دار با سبک زندگی سلامت محور زنان داشتند. همچنین، نتایج حاکی از آن بود که بین میانگین سبک زندگی سلامت محور زنان بر حسب متغیرهای وضعیت تأهل، انجام معاینات دوره ای پزشکی و انجام فعالیت ورزشی تفاوت معنی داری وجود داشت. در نهایت با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون، پنج متغیر مهارت های سواد سلامت، زمان صرف شده برای انجام فعالیت ورزشی، سن، سطح تحصیلات و تعداد فرزند، در حدود ۵۸/۱ درصد از واریانس متغیر سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی را تبیین کردند.

کلمات کلیدی: زنان روستایی، سبک زندگی سلامت محور، مهارت های سواد سلامت، فعالیت ورزشی.

^۱ - نویسنده مسئول: روح اله رضائی، زنجان، بلوار دانشگاه، دانشگاه زنجان، دانشکده کشاورزی، گروه ترویج، ارتباطات و توسعه روستایی، تلفن و نمابر: ۰۲۴۳۳۰۵۲۲۲۳

Factors Determinant the Rural Women's Health- Centered Lifestyle in Kermanshah Province

Rohollah Rezaei¹, Leila Safa², Sepideh Norozi³

¹Associate professor, Faculty of Agriculture, University of Zanjan; r_rezaei@znu.ac.ir

²Assistant professor, Faculty of Agriculture, University of Zanjan; safa@znu.ac.ir

³MSc Graduated, Faculty of Agriculture, University of Zanjan; s.norozi@gmail.com

Abstract

The purpose of this descriptive- correlative research was to study of factors determinant the rural women's health- centered lifestyle. The statistical population of the research consisted of all women in rural regions of West Islam Abad Township. According to the Bartlett et al. Table (2001), a sample size of 250 was selected using multiple stage sampling technique. The questionnaire was used to collect data. The results indicated that rural women's health- centered lifestyle had a negative and significant relationship with age, size of family, number of children and years of married life and positive and significant relationship with health literacy skills, literacy level and time spent on daily sport activities. Also, the results showed that mean score of women's health- centered lifestyle differed significantly in terms of marital status, periodic medical examinations and time spent on daily sport activities. Finally based on results of regression analysis, five variables of health literacy skills, time spent on daily sport activities, age, literacy level and number of children were explained about 58.1 percent of variances of rural women's health- centered lifestyle.

Keywords: Rural women, Health- centered lifestyle, Health literacy skills, Sport activities.

مقدمه

نگاهی به روند زندگی بشری در چند سال اخیر و نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در جوامع مختلف نشان دهنده این ادعا است که دستیابی به توسعه پایدار بدون در نظر گرفتن نقش زنان ممکن نیست (World Bank, 2005). در کشورهای در حال توسعه نرخ مشارکت زنان در انجام فعالیت‌های کشاورزی بالاست؛ از سوی دیگر، کشاورزی سهم عمده‌ای در توسعه روستاها دارد. بنابراین، فعالیت زنان پیش شرط لازم برای رسیدن به توسعه روستایی به شمار می‌رود (Tanzeel et al., 2012). این در حالی است که زنان روستایی هنوز جایگاه خود را در بیشتر کشورهای جهان به‌ویژه کشورهای در حال توسعه به عنوان عضو فعال و دارای قابلیت برای مشارکت در عرصه‌های گوناگون اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی به دست نیاورده و فعالیت‌های آنها مد نظر قرار نمی‌گیرد، به نحوی که حتی از آنان به عنوان نیروی کار نامرئی یاد می‌شود (بزی و رئیسی، ۱۳۹۱)؛ در چنین شرایطی، حقوق و دسترسی به فرصت‌های اجتماعی برای زنان کمتر از مردان بوده که این مسأله به نوبه خود موجب می‌شود که زنان زمینه‌ای برای بهبود شرایط زندگی خود نداشته باشند (محمدزاده و حسین‌زاده‌اصل، ۱۳۹۳). افزون بر این، بر اساس آمارهای بهداشتی، شیوع برخی بیماری‌ها در میان زنان در مقایسه با مردان بیشتر بوده و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی، زنان شرایط نامساعدتری دارند (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین، زنان به دلیل شرایط فیزیولوژیک در ارتباط با بارداری و زایمان و عوارض ناشی از آن، در معرض آسیب بیشتری نسبت به مردان قرار دارند (گلشیری و همکاران، ۱۳۹۰). این در حالی است که سلامت زنان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی از منظر سازمان ملل محسوب می‌شود که این موضوع، توجه به سبک زندگی سلامت‌محور زنان و فراهم نمودن شرایط ضروری برای بهبود آن به‌ویژه از طریق شناخت عوامل مؤثر بر آن را از اهمیت قابل توجهی برخوردار می‌نماید (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۷)، چرا که مفهوم سبک زندگی سلامت‌محور به بررسی عوامل و مسایل تهدیدکننده سلامت افراد می‌پردازد تا از طریق شناسایی مشکلات بتواند سلامت افراد جامعه را تضمین کند (جهانبخش و هاشمی، ۱۳۹۳). از سوی دیگر، توجه به رفاه اجتماعی و سلامت زنان که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده، بلکه از آنجایی که زنان نقش مهمی در مراقبت از فرزندان، سالمندان و سایر افراد خانواده دارند، از این رو، تأثیر آن در سلامت خانواده نیز حائز اهمیت ویژه‌ای است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۶). با در نظر گرفتن اهمیت موضوع، بررسی سبک زندگی سلامت‌محور زنان و عوامل تأثیرگذار بر آن اجتناب‌ناپذیر است (یاراحمدی و روستا، ۱۳۹۲). با توجه به این که تاکنون مطالعه مشخصی در استان کرمانشاه در خصوص بررسی سبک زندگی سلامت‌محور زنان در مناطق روستایی صورت نگرفته، پرسش اصلی این تحقیق این بود که مهمترین عوامل تعیین کننده سبک زندگی سلامت‌محور زنان روستایی در این استان کدامند؟

سبک زندگی، یک مفهوم اساسی در زندگی فردی و اجتماعی است. سازمان جهانی بهداشت تعریف گسترده‌ای از این مفهوم دارد، به نحوی که بر اساس آن، سبک زندگی به روش زندگی مردم اشاره داشته و بازتاب کاملی از ارزش‌های اجتماعی، الگوهای رفتاری و عادت‌های فردی در طول زندگی فرد می‌باشد که به دنبال فرآیند اجتماعی شدن در وی به وجود آمده است (ایزدی و شاهی، ۱۳۹۴). در واقع، سبک زندگی سمبل و نماد هدایت افراد جامعه است که تمام جنبه‌های زندگی آنان را شامل می‌شود (کلدی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به تعریف سبک زندگی، می‌توان سبک زندگی سالم یا سلامت‌محور را یک الگوی چندبعدی از فعالیت‌های خودجوش و نیز درک این موضوع که این رفتارها در جهت حفظ و ارتقاء سلامت و تکامل فرد هستند، در نظر گرفت (Norouzinia et al., 2013). پندر و همکاران (۲۰۱۶) تأکید دارند که سبک زندگی سلامت‌محور و به بیان دیگر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بخشی از فعالیت‌های روزانه زندگی به شمار می‌روند که شامل مجموعه‌ای از شادی‌های فردی، ارزش‌ها و بهزیستی‌ها می‌شوند. به عبارت بهتر، سبک زندگی سلامت‌محور به طور عمومی به عنوان یک زندگی متعادل شناخته می‌شود که در آن افراد همواره انتخاب‌های آگاهانه‌ای برای بهبود سطح سلامتی خود دارند (Gines, 2007) و تلاش می‌کنند از طریق انجام رفتارهای مرتبط همچون جستجوی اطلاعات مربوط به حیطه سلامت، انجام معاینات منظم و مستمر پزشکی، داشتن فعالیت بدنی، رژیم غذایی و الگوی خواب مناسب، حساسیت نسبت به وضعیت بیماری خود (رشیدی و بهرامی، ۱۳۹۴).

¹ Pender et al.



برقراری روابط دوستانه با دیگران، کاهش استرس در زندگی روزمره (Chiou et al., 2016)، کنترل عواطف و احساسات و کنار آمدن با مشکلات در بعد روانی، استقلال و سازگاری و اصلاح روابط بین فردی (Norouzinia et al., 2013)، از ابتلاء خود به بیماری‌های جسمانی و روحی جلوگیری کرده و با بهبود کیفیت زندگی به ویژه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (کلدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ Cheng, 2014; Chen et al., 2015)، از سلامتی خود لذت برده و به زندگی خود ادامه دهند (Tavakoli and Emadi, 2015). با توجه به اهمیت سبک زندگی سلامت‌محور، در سال‌های اخیر پژوهش‌های تجربی پرشماری در راستای بررسی این مفهوم به ویژه شناخت عوامل تأثیرگذار بر آن صورت گرفته است که در ادامه به‌طور خلاصه به نتایج برخی از مهمترین آنها اشاره می‌شود.

کردی و هادی‌زاده (۱۳۹۱) در مطالعه خود با عنوان بررسی سبک زندگی زنان شاغل و غیر شاغل به این نتیجه رسیدند که بین سن، سطح تحصیلات و درآمد خانواده با سبک زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. زارع‌شاه‌آبادی و خالویی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین سن، بعد خانوار و وضعیت سکونت با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معنی‌داری مشاهده نشد، اما بین سطح تحصیلات با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. ماهری و همکاران^۱ (۲۰۱۳) در تحقیقی به بررسی وضعیت سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداختند. بر اساس نتایج تحقیق مشخص شد که بین وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و سن با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. بابانژاد و همکاران^۲ (۲۰۱۳) در بررسی سبک زندگی و پیش‌بینی تغییرات عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان رشته بهداشت مشخص کردند که بین سبک زندگی سلامت‌محور با میزان فعالیت فیزیکی رابطه معنی‌داری وجود داشت، ولی این رابطه با سن معنی‌دار نبود. در مطالعه دیگری، انجزاب و همکاران^۳ (۲۰۱۲) در یزد به این نتیجه دست یافتند که ارتباط منفی و معنی‌داری بین تعداد فرزند و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان میانسال وجود داشت، به نحوی که زنان با تعداد فرزند بیشتر، از سبک زندگی سلامت‌محور پایین‌تری برخوردار بودند. سوراج و سینگ^۴ (۲۰۱۱) در بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور در بین دانشجویان در کشور هند دریافتند که بیشتر دانشجویان از نظر سبک زندگی سلامت‌محور در سطح متوسطی به سر می‌برند. همچنین، نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که بین سن، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. کوکرام و همکاران^۵ (۲۰۰۲) در تحقیقی مشخص کردند که بین سن، میزان درآمد و سطح تحصیلات با میزان انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. به همین منوال، هیرس و همکاران^۶ (۲۰۱۰) نشان دادند که زنان مجرد نسبت به زنان متأهل از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بوده و در مجموع، سبک زندگی زنان متأهل نسبت به زنان مجرد، سلامت‌محورتر بود.

با توجه به مطالب اشاره شده در بخش‌های پیشین، به منظور تدوین چارچوب مفهومی پژوهش با استناد بر نتایج مطالعات مختلف به ویژه کردی و هادی‌زاده (۱۳۹۱)، ماهری و همکاران (۲۰۱۳)، سوراج و سینگ (۲۰۱۱) و کوکرام و همکاران (۲۰۰۲)، عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور در قالب چهار دسته عوامل فردی - خانوادگی، عوامل جغرافیایی - مکانی، عوامل مرتبط با وضعیت سلامتی و مهارت‌های سواد سلامت طبقه‌بندی شدند. همچنین، برای شناسایی مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت‌محور از مطالعات چن و همکاران (۲۰۱۴) و رخشانی و همکاران^۷ (۲۰۱۴) و مهارت‌های سواد سلامت از پژوهش بگورای و کی‌وان^۸ (۲۰۱۲) استفاده شده و در نهایت، چارچوب مفهومی پژوهش در قالب شکل (۱) ترسیم گردید.

^۱ Maheri et al.

^۲ Babanejad et al.

^۳ Enjezab et al.

^۴ Suraj and Singh

^۵ Cockerham et al.

^۶ Hirth et al.

^۷ Rakhshani et al.

^۸ Begoray and Kwan



شکل ۱- چارچوب مفهومی پژوهش

روش شناسی تحقیق

این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع همبستگی بود که در فرایند آن برای گردآوری داده‌ها از روش پیمایشی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش ۱۳۸۳۵ نفر از زنان ۱۵ تا ۶۴ سال، ساکن در مناطق روستایی شهرستان اسلام آباد غرب در استان کرمانشاه بود. این شهرستان دارای دو بخش (مرکزی و حمیل) و هفت دهستان (شامل دهستان‌های حومه جنوبی، حومه شمالی، حسن آباد و شیان در بخش مرکزی و دهستان‌های حمیل، هرسم و منصور در بخش حمیل) و در مجموع ۱۷۱ روستای دارای سکنه می‌باشد. جهت تعیین حجم نمونه، از جدول بارتلت و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شد که بر اساس آن، تعداد نمونه ۲۵۰ نفر برآورد گردید. به منظور دستیابی به نمونه‌ها در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق، پرسشنامه بود که از پنج بخش مشخصه‌های فردی- خانوادگی، مشخصه‌های جغرافیایی- مکانی (شامل ۳ پرسش)، مشخصه‌های مرتبط با وضعیت سلامتی (شامل ۵ پرسش)، مهارت‌های سواد سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان روستایی تشکیل شده بود. به منظور برای تعریف عملیاتی و سنجش مهارت‌های سواد سلامت از مقیاس استاندارد بگورای و کی‌وان (۲۰۱۲) و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت از مقیاس استاندارد (فرم کوتاه) توسعه داده شده توسط چن و همکاران (۲۰۱۴) استفاده شد. البته، شیان ذکر است با توجه به این که بستر و زمینه انجام این مطالعه را زنان روستایی تشکیل می‌داد، بنابراین، پس از برگردان پرسشنامه‌های اشاره شده به فارسی جهت متناسب‌سازی پرسش‌ها با زمینه مرتبط با پژوهش، با در نظر گرفتن ماهیت و مشخصه‌های خاص زمینه مورد مطالعه برخی اصلاحات ضروری در پرسشنامه‌ها انجام گرفت. در ادامه، روایی محتوایی پرسشنامه با نظر متخصصان و اعضای هیات علمی مورد تایید قرار گرفت. همچنین، برای تعیین پایایی ابزار تحقیق پیش‌آزمون (از طریق ۳۰ نفر خارج از نمونه اصلی) انجام گرفت که مقدار آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس‌های اصلی پرسشنامه در حد مناسب بود (جدول ۱).

جدول ۱- بخش‌های مختلف پرسشنامه به همراه تعداد گویه‌ها و مقدار آلفای کرونباخ

بخش	زیربخش	تعداد گویه‌ها	مقیاس سنجش	مقدار آلفای کرونباخ
ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای	سن، تعداد اعضای خانوار، سطح تحصیلات و سایر موارد	۸		
مشخصه‌های جغرافیایی - مکانی	وضعیت جاده روستای محل سکونت، دسترسی به پایگاه بهداشتی و اجرای طرح هادی	۳	بر اساس مقیاس‌های اسمی، ترتیبی و نسبی	-
مشخصه‌های مرتبط با وضعیت سلامتی	وضعیت بیمه، سابقه بستری شدن در بیمارستان، میزان ورزش روزانه و سایر موارد	۵		
مهارت‌های سواد سلامت	مهارت در دسترسی	۲		۰/۷۴۲
	مهارت در درک	۲		۰/۸۱۱
	مهارت در ارزیابی / تخمین	۳		۰/۸۳۴
	مهارت در برقراری ارتباط	۲		۰/۷۷۲
سبک زندگی سلامت‌محور	مدیریت تغذیه	۴	طیف لیکرت پنج سطحی	۰/۸۰۴
	حمایت اجتماعی	۴		۰/۷۸۲
	ارزشمند بودن زندگی	۵		۰/۸۲۸
	مسئولیت‌پذیری درباره سلامتی	۳		۰/۸۳۹
	ورزش و فعالیت بدنی	۳		۰/۷۷۷
	مدیریت استرس	۴		۰/۷۹۵

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSSwin20 استفاده شده و نتایج در دو بخش توصیفی (اعم از فراوانی، درصد، میانگین و غیره) و استنباطی (شامل تحلیل همبستگی، آزمون‌های مقایسه‌ای و تحلیل رگرسیون) ارائه شد.

نتایج

نتایج کسب شده از تحلیل همبستگی در جدول (۲) نشان داده شده است. همانطور که از نتایج پیداست، چهار متغیر سن، تعداد اعضای خانوار، تعداد فرزند و سابقه زندگی مشترک رابطه منفی و معنی‌دار و سه متغیر سطح تحصیلات، زمان صرف شده برای فعالیت ورزشی (در طول روز) و مهارت‌های سواد سلامت رابطه مثبت و معنی‌دار با متغیر سبک زندگی سلامت‌محور زنان روستایی داشتند.

جدول ۲- رابطه همبستگی بین سبک زندگی سلامت محور با متغیرهای مورد مطالعه

متغیر وابسته	متغیر مستقل	نوع آزمون	مقدار ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سبک زندگی سلامت محور	سن	پیرسون	-۰/۲۱۵**	۰/۰۰۰
	تعداد اعضای خانوار	پیرسون	-۰/۱۷۱**	۰/۰۰۷
	سطح تحصیلات	اسپیرمن	۰/۲۵۷**	۰/۰۰۰
	تعداد فرزند	پیرسون	-۰/۲۵۹**	۰/۰۰۰
	سابقه زندگی مشترک	پیرسون	-۰/۲۵۲**	۰/۰۰۰
	متوسط درآمد ماهانه خانواده	پیرسون	۰/۰۶۸	۰/۳۰۳
	میزان متوسط مراجعه به پزشک در طول سال	پیرسون	۰/۰۴۴	۰/۵۱۲
	زمان صرف شده برای انجام فعالیت ورزشی (در طول روز)	پیرسون	۰/۲۲۰**	۰/۰۰۰
	مهارت های سواد سلامت	پیرسون	۰/۳۱۲**	۰/۰۰۰

** معنی داری در سطح ۰/۰۱

بر اساس نتایج آزمون مقایسه ای t مستقل مشخص شد که بین میانگین سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی بر حسب متغیرهای وضعیت تأهل، انجام معاینات دوره ای پزشکی و انجام فعالیت ورزشی (در طول روز) تفاوت معنی داری وجود داشت (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه سبک زندگی سلامت محور پاسخگویان بر حسب متغیرهای مورد مطالعه

متغیر وابسته	متغیر مستقل	زیرگروه ها	آماره			سطح معنی داری
			تعداد	میانگین	انحراف معیار	
وضعیت تأهل		متأهل	۱۵۵	۸۱/۲۵	۱۱/۳۴	۰/۰۰۰
		مجرد	۹۵	۷۵/۶۱	۱۰/۶۸	
داشتن بیمه		بلی	۱۶۷	۷۷/۵۲	۱۳/۰۵	۰/۵۰۲
		خیر	۸۳	۷۸/۷۱	۱۳/۴۳	
سبک زندگی سلامت محور	انجام معاینات پزشکی	بلی	۸۰	۸۲/۳۵	۱۲/۸۴	۰/۰۰۰
		خیر	۱۷۰	۷۵/۸۳	۱۲/۸۳	
داشتن سابقه بیماری وراثتی		بلی	۶۱	۷۶/۷۷	۱۳/۲۱	۰/۴۲۶
		خیر	۱۸۸	۷۸/۳۳	۱۳/۱۷	
انجام فعالیت ورزشی روزانه		بلی	۹۹	۸۲/۹۱	۱۲/۶۷	۰/۰۰۰
		خیر	۱۵۱	۷۴/۶۴	۱۲/۴۷	
دسترسی به پایگاه بهداشتی		بلی	۲۰۲	۷۸/۵۱	۱۳/۲۵	۰/۱۴۰
		خیر	۴۸	۷۵/۳۹	۱۲/۶۰	

** معنی داری در سطح ۰/۰۱

همچنین، با توجه به پایین بودن تعداد نمونه‌ها در یکی از زیرگروه‌ها و نرمال نبودن توزیع داده‌ها، به منظور مقایسه سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی بر حسب متغیر وضعیت سرپرستی خانوار از آزمون ناپارامتری من‌ویتنی استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) آورده شده است. همانطور که از نتایج مشخص می‌شود، بین سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی بر حسب بودن یا نبودن سرپرست خانوار تفاوت معنی‌داری وجود داشت، به نحوی که زنانی که سرپرست خانوار نبودند، میانگین سبک زندگی سلامت محور بالاتری داشتند.

جدول ۴- مقایسه سبک زندگی سلامت محور پاسخگویان بر حسب وضعیت سرپرستی خانوار

متغیر وابسته	متغیر مستقل	زیرگروه‌ها	آماره		مقدار Z	سطح معنی‌داری
			تعداد	میانگین رتبه‌ای		
سبک زندگی سلامت محور	سرپرستی خانوار	بلی	۷	۴۶/۵۰	-۲/۹۳۳**	۰/۰۰۳
		خیر	۲۴۳	۱۲۷/۸۷		

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

به منظور بررسی میزان تأثیر متغیرهای مورد مطالعه بر سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی از رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول (۵) آورده شده است. با توجه به نتایج، پنج متغیر مهارت‌های سواد سلامت، زمان صرف شده برای انجام فعالیت ورزشی، سن، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان، وارد معادله شدند و در حدود ۵۸/۱ درصد از واریانس متغیر سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی را تبیین کردند (جدول ۵).

جدول ۵- نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام عوامل تعیین‌کننده سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی

متغیر	ضریب رگرسیونی غیراستاندارد	ضریب رگرسیونی استاندارد شده	مقدار R ²	مقدار t	سطح معنی‌داری t
ضریب ثابت	۲/۰۸۱	-	-	۲/۰۲۹	۰/۰۳۱
مهارت‌های سواد سلامت	۱/۳۸۴	۰/۴۵۱	۰/۳۷۱	۹/۰۸۱	۰/۰۰۱
زمان صرف شده برای انجام فعالیت ورزشی	۱/۱۵۴	۰/۳۱۹	۰/۴۶۸	۷/۲۵۷	۰/۰۰۱
سن	-۰/۸۹۷	-۰/۲۲۸	۰/۵۲۱	-۴/۸۹۷	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات	۰/۷۴۸	۰/۲۰۱	۰/۵۶۴	۴/۲۵۴	۰/۰۰۱
تعداد فرزندان	-۰/۶۷۴	-۰/۱۷۶	۰/۵۸۱	-۲/۱۵۳	۰/۰۲۸

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این تحقیق مشخص شد که مهمترین عوامل تعیین‌کننده سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی شامل متغیرهای مهارت‌های سواد سلامت، زمان صرف شده برای انجام فعالیت ورزشی، سن، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان بودند که در این میان، مهارت‌های سواد سلامت دارای بیشترین میزان تأثیر بر سبک زندگی سلامت محور بود. در توضیح این یافته می‌توان چنین استنباط کرد که افراد با سطح مهارت‌های سواد سلامت بالا دارای آگاهی بهداشتی بالایی در رابطه با توانایی شناخت بیماری‌ها، انجام رفتارهای سلامت محور و دوری از رفتارهای پرخطر را دارند. همچنین، نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که افراد با سطح سواد سلامت بالا، اطلاعات سلامت بیشتری در رابطه با انواع بیماری‌های مختلف همچون سرطان، دیابت و فشارخون دارند. از سوی دیگر، این افراد مقاومت کمتری در رابطه با مداخلات پزشکی از خود نشان داده و تبعیت آنان از رژیم‌ها و برنامه‌های غذایی تجویز شده توسط پزشک و انجام رفتارهای سلامت محور معمولاً بیشتر از سایر افراد است. در واقع، مهارت‌های سواد سلامت تأثیر قابل توجهی بر دانش سلامت و آگاهی از مسایل سلامت و در

نتیجه داشتن سبک زندگی سلامت محور دارد. به طور کلی، مهارت‌های سواد سلامت با بیشتر ابعاد سبک زندگی سلامت محور شامل مدیریت تغذیه، مسئولیت‌پذیری درباره سلامتی، ارتباط بین فردی و مدیریت استرس در ارتباط مستقیم بوده و عامل مهمی در اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت و بکارگیری این رفتارها در عمل می‌باشد. از این رو، فراهم آوردن شرایط مناسب برای بالا بردن سطح مهارت‌های سواد سلامت در مناطق روستایی به ویژه در بین زنان که اکثراً از سطح سواد پایین‌تری برخوردار هستند، جهت از بین بردن نابرابری‌های سلامت در جوامع روستایی می‌تواند نتایج ارزشمندی در پی داشته باشد.

بر اساس نتایج تحقیق، یکی دیگر از متغیرهای تعیین کننده سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی، میزان زمان صرف شده برای انجام فعالیت‌های ورزشی بود. این یافته با نتایج تحقیق بابانژاد و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی داشت. در این باره، نتایج تحقیقات حاکی از آن است که فعالیت فیزیکی منظم به عنوان یک رفتار ارتقاء دهنده سلامت سبب پیشگیری یا به تأخیر انداختن انواع بیماری‌های مزمن، مرگ زودرس، سلامت روان، کاهش علائم افسردگی و نگرانی می‌شود (زارع‌شاه‌آبادی و خالویی، ۱۳۹۴). در واقع، ورزش و فعالیت‌های فیزیکی از طریق کاهش چربی و کاهش فشار خون سبب کاهش خطر بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و سرطان می‌گردد که این عوامل منجر به افزایش سبک زندگی سلامت محور می‌شود. البته، شایان ذکر است که با توجه به محیط زندگی زنان در مناطق روستایی و مشارکت آنان در فعالیت‌های بیرون از خانه به ویژه کشاورزی و دامپروری، به طور ناخودآگاه زنان از تحرک فیزیکی نسبتاً بالایی برخوردار هستند که این موضوع می‌تواند سلامت جسمانی آنها را در پی داشته باشد؛ هر چند، با در نظر گرفتن سختی و پرخطر بودن فعالیت‌های کشاورزی، سطح آسیب‌پذیری زنان روستایی در چنین فعالیت‌هایی نیز بالاست. با توجه به نتایج تحقیق، یکی دیگر از متغیرهای تعیین کننده سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی، متغیر سن بود که این یافته با نتایج مطالعات کردی و هادی‌زاده (۱۳۹۱)، زارع‌شاه‌آبادی و خالویی (۱۳۹۴)، ماهری و همکاران (۲۰۱۳)، سوراج و سینگ (۲۰۱۱) و کوکرام و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی داشت، ولی با نتایج مطالعه بابانژاد و همکاران (۲۰۱۳) مغایر بود. در توضیح این یافته می‌توان چنین استنباط کرد که افزایش سن منجر به عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری‌های مزمن همچون فشارخون بالا و دیابت و محدود شدن فعالیت‌های فیزیکی در فرد می‌شود، به نحوی که ممکن است فرد قادر به انجام وظایف و کارهای خود نبوده و به دیگران وابسته شود. افزون بر این، ایجاد ضعف جسمانی و روانی، محدودیت‌های عاطفی و مراقبت از خود، ابتلاء به اختلالات متعدد حسی و عملکردی، محدود شدن موقعیت‌های اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران از دیگر پیامدهای افزایش سن می‌باشند که همگی تأثیر منفی بر کیفیت و سبک زندگی سلامت محور دارند. افزون بر نتایج اشاره شده، یکی دیگر از متغیرهایی که اثر منفی و معنی‌داری بر سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی داشت، متغیر تعداد فرزندان بود. این یافته با نتایج تحقیق انجذاب و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی داشت. یکی از دلایل اصلی این موضوع را می‌توان به مسأله نسبت داد، زنانی که دارای تعداد فرزند بیشتری هستند، دسترسی کمتری به مراقبت‌های بهداشتی داشته و امکانات کمتری برای تهیه مسکن، تغذیه مناسب و زندگی در محیط امن را در اختیار دارند، لذا فرصت کمتری برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و در نتیجه داشتن سبک زندگی سلامت محور دارند. همچنین، زنان به واسطه داشتن فرزند زیاد متحمل هزینه‌های جسمانی بارداری و مراقبت از فرزند و تربیت آنان و شرایط فیزیولوژیکی ناشی از بارداری و زایمان و عوارض آن می‌شوند که این مسأله سبب می‌شود تا سطح سلامت آنان تا حدودی کاهش یافته و آنان بیشتر در معرض بیماری‌ها قرار داشته باشند. در نهایت، با توجه به نتایج تحقیق مشخص شد که بین سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی بر حسب وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری وجود داشت، به نحوی که زنان روستایی متأهل، سبک زندگی سلامت محور بالاتری داشتند. این یافته با نتایج ماهری و همکاران (۲۰۱۳)، محمدیان و همکاران (۲۰۱۵) و هیرس و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی داشت. در این خصوص لیم و همکاران (۲۰۱۰) بر این باورند که وجود همسر احتمال پیروی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را افزایش داده و سبب می‌شود تا افراد از رفتارهای سلامتی و بهداشتی پیروی کنند. حتی، قاسمی و همکاران (۱۳۸۷) تأکید دارند که افراد متأهل سبک زندگی سالم‌تری را نسبت به افراد مجرد دارند؛ به عبارت دیگر، سبک زندگی زنان متأهل سلامت محور بوده و رفتارهای بهداشتی آنها در بالاترین سطح قرار

¹ Lim et al.

دارد. نتایج تحقیقات مختلف حاکی از آن است که اختلالات روانی به ویژه اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد کمتر بوده و افراد مجرد ۳۰ درصد بیشتر از متأهل ها به مشکلات روانی دچار می شوند؛ در واقع، ازدواج به عنوان یک سیستم ضربه گیر برای بروز اختلال روانی در زنان متأهل عمل می کند. همچنین، زنان متأهل از حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به زنان مجرد برخوردار بوده و در نتیجه، سبک زندگی سلامت محور بالاتری دارند.

با توجه به یافته های اصلی پژوهش، پیشنهادهای زیر ارائه می شود:

۱- بر اساس نتایج مبنی بر تأثیر مثبت و معنی دار سطح مهارت های سواد سلامت بر سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی، پیشنهاد می گردد که مفاهیم سلامت از طریق آموزش های کاربردی و به زبان ساده و شیوا و متناسب با درک و سطح سواد زنان روستایی به آنان ارائه شود، شیوه خود مراقبتی به زنان آموزش داده شده و آنان به انجام رفتارهای خود مراقبتی تشویق شوند. همچنین، شیوه های کسب اطلاعات مربوط به سلامتی و بهداشت به زنان روستایی آموزش داده شده و توانایی آنان در استفاده از خدمات سلامت و بهداشت افزایش یابد.

۲- با توجه به نتایج تحقیق مبنی بر وجود تفاوت معنی دار سبک زندگی سلامت محور زنان روستایی بر حسب وضعیت تأهل، پیشنهاد می شود از طریق توجه به راهکارهای مختلف اجتماعی به ویژه فرهنگ سازی برای ازدواج آسان و گسترش و تقویت مراکز مشاوره ازدواج در مناطق روستایی و راهکارهای اقتصادی مانند همیاری در هزینه های ازدواج جوانان روستایی و پرداخت وام های قرض الحسنه و تسهیل روند اداری پرداخت وام ازدواج، شرایط بهتری برای ازدواج دختران روستایی فراهم گردد.

۳- بر اساس نتایج پژوهش در خصوص رابطه مثبت و معنی دار بین سبک زندگی سلامت محور با سطح تحصیلات پیشنهاد می گردد نسبت به از بین بردن بی سوادی و توسعه تحصیلات در سطوح بالاتر بخصوص اقدام شود. همچنین، دولت مواد آموزشی و کمک آموزشی را متناسب با شرایط دختران و زنان روستایی تولید کند و آن را به صورت مناسب در اختیار گروه های هدف که زنان روستایی می باشند، قرار دهد.

مراجع

- احمدی، نهال باغیان، ایران و فاتحی زاده، مریم السادات (۱۳۸۶). کسب و کار خانگی: راهی به سوی خود اشتغالی زنان و کارآفرینی در خانه. گزارش طرح پژوهشی، مرکز اطلاعات و آمار شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
- ایزدی، فرشته و شاهی، حسن (۱۳۹۴). پیش بینی سبک زندگی سالم بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیتی. مجموعه مقالات دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، موسسه آموزش عالی مهر اروند، ۱۵ خردادماه ۱۳۹۴، صص ۸-۱.
- بزی، خدارحم و رئیسی، اسلام (۱۳۹۱). ارزیابی جایگاه و نقش زنان در فرآیند توسعه روستایی و کشاورزی ایران. مجموعه مقالات همایش ملی توسعه روستایی، رشت، دانشگاه گیلان، ۱۴ و ۱۵ شهریورماه ۱۳۹۱، صص ۱-۱۷.
- جهانبخش، اسماعیل و هاشمی، منصور (۱۳۹۳). بررسی ابعاد سبک زندگی سلامت محور در ساکنین شهر شوشتر. نشریه توسعه پرستاری در سلامت، ۸(۵)، ۸۳-۹۰.
- رشیدی، ساناز و بهرامی، مسعود (۱۳۹۴). عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در سالمندی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۲(۱۳)، ۹۰-۹۸.
- زارع شاه آبادی، اکبر و خالویی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه سبک زندگی سلامت محور در بین گروه های مختلف زنان شهر یزد (با تأکید بر زنان شاغل و غیرشاغل). فصلنامه زن و جامعه، ۶(۴)، ۱-۱۷.
- قاسمی، وحید، ربانی، رسول، ربانی خوراسگانی، علی و عزیزاده اقدام، محمدباقر (۱۳۸۷). تعیین کننده های ساختاری و سرمایه ای سبک زندگی سلامت محور. فصلنامه مسایل اجتماعی ایران، ۱۶(۶۳)، ۲۱۳-۱۸۱.

کردی، حسین و هادیزاده، سکینه (۱۳۹۱). بررسی سبک زندگی زنان شاغل و غیرشاغل. فصلنامه زن و جامعه، ۳(۴)، ۲۱-۴۱.
کلدی، علیرضا، کبیران عین‌الدین، حمیده، محقق کمال، حسین و رضا سلطانی، پوریا (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۹۲). فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۶(۴)، ۸۷-۹۶.
گلشیری، پرستو، صدری، غلامحسین، فرج‌زادگان، زیبا، صحافی، معصومه و نجیمی، آرش (۱۳۹۰). آیا بین عملکرد خانواده و خود مراقبتی سلامت در زنان رابطه وجود دارد؟ مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۹(۱۶۶)، ۹-۱.
محمدزاده، یوسف و حسین‌زاده‌اصل، حسن (۱۳۹۳). مشارکت گروه‌های نامرئی در فرایند تولید و توسعه روستایی. مجموعه مقالات همایش زن و توسعه پایدار روستایی، مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، ۲۳ مهرماه ۱۳۹۳، صص ۱-۱۶.
ودادهیر، ابوعلی، هانی ساداتی، محمد و احمدی، بتول (۱۳۸۷). سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران. فصلنامه پژوهش زنان، ۲(۶)، ۱۳۳-۱۵۵.
یاراحمدی، علی و روستا، فاطمه (۱۳۹۲). سبک زندگی ارتقاء دهنده زنان در سنین باروری (مطالعه موردی: شهر شیراز). فصلنامه زن در توسعه و سیاست، ۱۱(۴)، ۵۴۳-۵۵۸.

Babanejad, M. Rajabi, A. Mohammadi, S. Partovi and F. Delpisheh, A. (2013). Investigation lifestyle and prediction of changes in its associated factors among the health students. *Journal of Health and Hygiene*, 4(2), 147-157.

Bartlett, J., Kotrlik, J., and Higgins, C. (2001). Organizational research: Determining appropriation sample size in research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 19(1), 43-50.

Begoray, D. and Kawan, B. (2012). A Canadian exploratory study to define a measure of health literacy. *Health Promotion International*, 10, 1-10.

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.

Cheng, Y. (2015). Investigation and countermeasures on the health-promoting lifestyle of the disabled elderly in a rural area. *Chinese Nursing Research*, 2(4), 107-109.

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.

Cockerham, C., Christine Snead, M. and Derek, F. (2002). Health lifestyles in Russia and the socialist heritage. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(1), 42-55.

Enjezab, B., Farajzadegan, Z., Taleghani, F., Aflatoonian, A. and Morowatisharifabad, M. (2012). Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(11), 191-198.

Gines, L. (2007). An analysis of health risk behaviors among college students enrolled in a required health course. Research Report, United States, Colorado State University.

Hirth, J. (2010). The effect of social networks and social support on the relationship between race/ethnicity and disability in order adults. The University of Texas Medical Sciences.

Lim, Y., Sung, M. and Joo, K. (2010). Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. *Journal of Gerontol Nurse*, 36, 42-50.

Maheri, A., Bahrami, M. and Sadeghi, R. (2013). The situation of health-promoting lifestyle among the students living in dormitories of Tehran University of medical sciences, Iran. *Journal of Health and Development*, 1(4), 275-286.

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Kohan, M. and Karimi, M. (2013). Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Manangement*, 4(8), 39-49.

Pender, N., Murdaugh, C. and Parsons, M. (2016). Health promotion in nursing practice. New Jersey, Pearson Press.

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.

- Suraj S. and Singh, A. (2011). Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. Indian Journal of Medical Research, 134(5), 62- 645.
- Tanzeel, R., Imran, H., Irum, F., Imtiaz, A. and Naveed, M. (2012). Women participation in socio-economic development in agriculture of Pakistan. Universal Journal of Management and Social Sciences, 2(10), 9-20.
- Tavakoli. M. and Emadi, Z. (2015). The relationship between health-promoting lifestyle, mental health, coping styles and religious orientation among Isfahan University students. Journal of Research in Behavioral Sciences, 13(1), 64-78.
- World Bank. (2005). World Development Report. New York, Oxford University press.

