

کاربرد مدل ارتقاء سلامت پندر در ارزیابی کیفیت زندگی زنان سنین باروری شهرهای استان سیستان و بلوچستان

معصومه بیات^۱، منصور شریفی^۲، علی پزهان^۳، علی بقایی سراپی^۴، فریبا شایگان^۵

چکیده

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی با هدف مطالعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی-جمعیتی کیفیت زندگی زنان ۱۵-۲۹ ساله شهرهای استان سیستان و بلوچستان براساس الگوی ارتقاء سلامت پندر و با حجم نمونه ۸۰۰ نفر انجام شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود. تجزیه و تحلیل داده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندگانه انجام شد. نتایج تحلیل مدل‌های رگرسیونی نشان داد خودکارآمدی درک شده دارای بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیر کیفیت زندگی بود ($\text{Beta}=0/288$). بعد از آن به ترتیب: عامل موانع درک شده، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، سن، تعداد فرزندان و عواطف درک شده، پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه بودند و در مجموع این شش متغیر ۳۲/۸ درصد تغییرات کیفیت زندگی زنان را پیش‌بینی می‌کردند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که سازه‌های الگوی ارتقاء سلامت پندر از جمله خودکارآمدی درک شده و موانع درک شده و همچنین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت جهت پیش‌گویی کیفیت زندگی زنان مناسب‌اند. **واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، الگوی ارتقاء سلامت پندر، خودکارآمدی درک شده، زنان سنین باروری، سیستان و بلوچستان

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۷

۱ دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، bayat816@yahoo.com

۲ استادیار، گروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار sharifim@ut.ac.ir

۳ استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز (نویسنده مسئول): pezhhan_ali@yahoo.com

۴ استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، abaghaei@riau.ac.ir

۵ استاد دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، shayegan_fa@yahoo.com

DOI: <https://dx.doi.org/10.22034/jpai.2021.524970.1177>

مقدمه و بیان مسئله

مفهوم کیفیت زندگی در دهه‌های اخیر مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفته است. سنجش و انتشار سالانه شاخص‌های کیفیت زندگی و رتبه‌بندی کشورها با توجه به این شاخص‌ها حاکی از توجه فزاینده سازمان‌های جهانی به این امر مهم است. در خصوص معنی کیفیت زندگی، تعاریف متعددی ارائه شده است. از نظر دیوان^۱ (۲۰۰۰: ۳۱۵)، کیفیت زندگی حالتی است که فرد نسبت به خودش، طبیعت و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، احساس آرامش درونی دارد. از نظر فرین^۲ کیفیت زندگی برداشت افراد از موقعیت‌شان در زندگی با توجه به زمینه فرهنگی ارزشی‌شان است (اپن شاول^۳، ۲۰۱۱: ۲). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را ادراکی از وضعیتی که افراد در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن هستند، به طوری که این ادراک براساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق آنان است، تعریف می‌کند (فورجاز^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). کیفیت زندگی یکی از متغیرهایی است که با سلامت عمومی همبستگی معناداری دارد (حسین‌زاده فیروزآباد، محمدآبادی و موسوی ۱۳۹۵). این اصطلاح که در زمینه‌های مختلف سیاسی، اجتماعی و اقتصادی به کار می‌رود، اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و شامل ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (رادنیا و همکاران، ۱۳۹۶ شایان و همکاران، ۲۰۱۶).

کیفیت زندگی کاربردی در علوم پزشکی به عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۵ است. که تعریف آن عبارت است از: ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی خویش، مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمند زندگی را دنبال کند. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شاخص مهمی در ارزیابی مداخلات و درمان‌های سلامتی است و می‌تواند در تخصیص منابع

1 . Diwan

2 Frain

3 Openshaw

4 Forjaz

5 Health Related Quality of Life

سلامت، مشخص کردن و اولویت‌بندی مشکلات مربوط به سلامت، مشکلات ناشناخته و غیرمنتظره و همچنین تصمیم‌گیری و پایش تغییرات در شرایط سلامت افراد و مشخص کردن پاسخ آن‌ها به مداخلات مورد استفاده قرار گیرد (دروتار^۱، ۲۰۱۴). و در این میان سلامت کیفیت زندگی زنان به عنوان نیمی از جمعیت جامعه، علاوه بر این که حق انسانی آنها است، به دلیل تاثیر آنان در سلامت خانواده جامعه اهمیت زیادی پیدا کرده است. به طوری که دستیابی به توسعه و گسترش سلامت و بهداشت در جهان بدون توجه و اهمیت دادن به سلامت زنان و برنامه‌های توانمندسازی آنان امکان‌پذیر نمی‌باشد (احمدی، فرزندی و علی‌محمدیان، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر در مفهوم جدید سلامتی، افراد در مقابل خود مسئول بوده و باید سبک زندگی سالمی را برگزینند که تحقق این امر در گرو برنامه‌های ارتقاء دهنده سلامتی است. سازمان جهانی بهداشت در بیانیه اولین کنفرانس جهانی شیوه زندگی سالم در مسکو بیان نمود که در حال حاضر ۶۰٪ از مرگ‌ومیر جهانی و همچنین ۸۰٪ از مرگ‌ومیر کشورهای در حال توسعه که به وقوع می‌پیوندد به علت سبک زندگی ناسالم بوده و این آمار تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵٪ مرگ‌ومیر جهانی خواهد رسید. در طول قرن ۲۰ و ۲۱، سبک زندگی سالم به عنوان یک راهبرد پر اهمیت و بسیار مهم جهت پیشگیری از بیماریهای مزمن تلقی می‌شود (سارج و سینگ^۲، ۲۰۱۱). همچنین براساس آمار ارائه شده توسط سازمان جهانی ۶۰٪ کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی افراد به رفتار و شیوه زندگی آن‌ها بستگی دارد (میرغفوروند و همکاران، ۲۰۱۴). این رفتارها شامل هراقدامی برای حفظ سلامتی است و سلامت یک فرد یا یک گروه را افزایش می‌دهد (درخور و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین بسیاری از مشکلات بهداشتی، انواع بیماری‌های مزمن مانند چاقی، انواع سرطان‌ها و پرفشاری خون، دیابت و مرگ‌ومیرهای ناشی از آن‌ها نتیجه رفتار و سبک زندگی افراد است (چینکش و همکاران، ۲۰۱۸) که اگر به موقع شناسایی و تغییر داده شوند، از بروز پیامدهای خطرناک آن‌ها بر سلامتی پیشگیری می‌شود (سپاه منصور و باقری، ۱۳۹۶).

1 Drotar

2 Suraj & Singh

در حوزه ارتقاء سلامت تئوری‌ها و الگوهای زیادی وجود دارند که در سطوح مختلف فردی، سازمانی و جامعه‌ای و غیره کاربرد دارند. یکی از الگوهای جامع و پیش‌گویی کننده جهت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی که چارچوب تئوریک برای کشف عوامل موثر در رفتارهای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی فراهم آورده، مدل ارتقاء سلامت^۱ پندر است. در این مطالعه محقق در نظر دارد ضمن بررسی کیفیت زندگی زنان و عوامل موثر بر آن، عوامل پیشگویی کننده کیفیت زندگی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شهرهای استان سیستان و بلوچستان را براساس مدل پندر مورد بررسی قرار دهد. براساس آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۵، جمعیت استان سیستان و بلوچستان ۲۷۷۵۰۱۴ نفر و جمعیت زنان در سنین باروری آن ۷۲۰۴۵۹ نفر می‌باشد که این رقم ۵۲ درصد جمعیت زنان و ۲۶ درصد جمعیت استان را تشکیل می‌دهد. میزان باروری کل در استان ۳/۹۶ است که بالاترین نرخ باروری در کشور می‌باشد. شرایط فرهنگی اجتماعی، عدم توسعه یافتگی، سواد پایین، عدم دسترسی کامل به امکانات بهداشتی درمانی و نابرابری‌های اجتماعی همواره کیفیت زندگی و سلامت زنان این استان را تهدید می‌کند. به طوری که در اکثر شاخص‌های بهداشتی نسبت به میانگین کشوری از شرایط نامطلوب‌تری برخوردارند. بنابراین، با عنایت به موارد مطرح شده، و با توجه به اینکه در بررسی متون در ایران مطالعه‌ای با استفاده از مدل ارتقاء سلامت پندر، کیفیت زندگی زنان سنین باروری را پیش‌بینی نکرده است، در این مطالعه سعی بر این است که در قالب یک چارچوب مفهومی فاکتورهای پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان را با استفاده از مدل پندر، تبیین نماییم. همچنین با بهره‌گیری از مدل‌سازی، قدرت پیش‌بینی الگوی ارتقاء سلامت را در تبیین کیفیت زندگی زنان سنین باروری مورد بررسی قرار دهیم. سؤال اصلی در این پژوهش این است که تعیین کننده‌های اجتماعی- جمعیتی کیفیت زندگی کدامند؟ مدل ارتقاء سلامت پندر تا چه حد در تبیین رفتارهای مروج سلامت زنان جامعیت دارد و تا چه حد می‌تواند کیفیت زندگی زنان را پیش‌بینی نماید؟

مرور پیشینه پژوهش

بررسی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که در برخی پژوهش‌ها، از سازه‌های مدل پندر برای تبیین تغییر یک رفتار بهداشتی استفاده شده است. به عنوان مثال در مطالعه مودی و همکاران (۱۳۹۶) با استفاده از سازه‌های مدل پندر رفتارهای بهداشت دهان و دندان تبیین شده است؛ در مطالعه خداویسی و همکاران (۱۳۹۵) رفتار تغذیه‌ای زنان با وزن بالا براساس الگوی ارتقای سلامت پندر مورد بررسی قرار گرفته است؛ در مطالعه محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۵) عوامل پیش بینی کننده رفتارهای بهداشت دهان در دیابتی‌ها با استفاده از الگوی ارتقای سلامت پندر بررسی شده است؛ در مطالعه تاجفرد و همکاران (۱۳۹۵) سازه‌های مدل پندر بر انجام رفتارهای تغذیه صحیح بررسی شده است؛ در مطالعه ماگلیون و هایمن^۱ (۲۰۰۹) از سازه‌های مدل پندر برای برای تبیین رفتار فعالیت بدنی استفاده شده است.

در مطالعات دیگری مانند: استبصاری و همکاران (۱۳۹۹)، رزم پوش و همکاران (۱۳۹۷)، حسین نژاد (۱۳۹۲)، یاراحمدی (۱۳۹۲)، سراپ اکیکوز سپنی و یتر کیتس^۲ (۲۰۱۷) و لی و وانگ^۳ (۲۰۰۵) سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت یا خودکارآمدی (که از سازه‌های مدل ارتقا سلامت پندر نیز می‌باشد) در گروهی از جمعیت مورد بررسی قرار گرفته است.

در مطالعات جعفری گیو و همکاران (۱۳۹۸)، بیات و همکاران (۱۳۹۶)، بهنام مقدم و همکاران (۱۳۹۳) و تاجابون سرماسک^۴ و همکاران (۲۰۰۵) پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس مدل ارتقا سلامت پندر مورد نظر بوده است.

در مطالعات محسنی پویا و همکاران (۱۳۹۶)، مودی و همکاران (۱۳۹۶) از مدل پندر برای بررسی تاثیر مداخلات آموزشی بر خودکارآمدی افراد استفاده شده است. شهنازی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در مطالعه‌ای ارتباط بین ابعاد مختلف سبک زندگی و کیفیت زندگی را بررسی کردند.

1 Maglion & Hayman

2 Serap Acikgoz Cepni & Yeter Kitis

3 Lee & Wang

4 Taechaboonserssak

در این مطالعه تمام عامل‌های مدل پندر و همچنین متغیرهای دموگرافیک در پیشگویی کننده کیفیت زندگی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله مورد بررسی قرار می‌گیرد و می‌خواهیم بدانیم آیا سازه‌های مدل پندر ابزار مناسبی برای پیش‌گویی کیفیت زندگی زنان در منطقه سیستان و بلوچستان می‌باشد یا خیر.

چارچوب نظری پژوهش

در حوزه ارتقاء سلامت تئوری‌ها و مدل‌های بسیاری وجود دارند. این تئوری‌ها در سطوح مختلف فردی، سازمانی، جامعه‌ای و غیره کاربرد می‌یابند. در این مطالعه از مدل ارتقاء سلامت پندر در پیش‌گویی کیفیت زندگی زنان استفاده شده است.

خانم نولا پندر^۱ الگوی ارتقاء سلامت را در سال ۱۹۸۲ در دانشگاه میشیگان طراحی نمود و آن را به عنوان یک الگوی جامع برای پیش‌بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت معرفی کرد. (پندر و همکاران، ۲۰۰۶). نسخه اولیه الگوی ارتقاء سلامت پندر با توجه به تئوری شناخت اجتماعی بندورا، الگوی اعتقاد بهداشتی و مطالعات خود پندر در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و خود مراقبتی طراحی شد. در سال ۱۹۹۶ الگوی ارتقا سلامت مورد بازنگری قرار گرفت. که سه گروه عوامل را شامل می‌شود:

الف- تجربیات و مشخصات فردی^۲: این مفهوم خود دارای دو سازه رفتارهای مرتبط پیشین^۳ و عوامل فردی^۴ است. فراوانی انجام رفتارهای مشابه در گذشته دارای تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم بر احتمال پرداختن به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت است.

عوامل فردی نیز به سه دسته زیستی، روانشناختی و اجتماعی فرهنگی تقسیم می‌شوند. عوامل زیستی شامل متغیرهایی مانند سن، جنس، نمایه توده بدنی، ظرفیت هوایی، استقامت و تعادل، عوامل روانشناختی شامل متغیرهایی چون عزت نفس، خود انگیزشی، صلاحیت فردی

1 Nola J. Pender

2 Individual characteristics and experiences

3 Prior Related Behavior

4 Personal Factors

ادراک شده، وضعیت سلامت و عوامل اجتماعی نیز شامل متغیرهایی چون نژاد، قومیت، آموزش و وضعیت اجتماعی-اقتصادی است.

ب- احساسات و شناخت‌های ویژه رفتار^۱: متغیرهای این قسمت از الگوی ارتقاء سلامت دارای تاثیرات انگیزشی زیاد هستند. و هسته مرکزی مداخلات محسوب می‌شوند. این متغیرها عبارتند از: ۱- منافع درک شده رفتار^۲: شامل پیش‌بینی نتایج مثبتی است که از انجام رفتار حاصل می‌گردد. ۲- موانع درک شده رفتار^۳: شامل پیش‌بینی موانع تصور شده یا واقعی و هزینه‌های شخصی ناشی از انجام رفتار توصیه شده می‌باشد. ۳- خودکارآمدی درک شده^۴: شامل قضاوت فرد در مورد توانایی خود برای سازماندهی و اجرای رفتار ارتقاء دهنده سلامت است. ۴- احساسات مرتبط با رفتار: احساسات مثبت یا منفی که قبل، در طول و ادامه یک فعالیت حادث می‌شوند (مدل ارتقاء سلامت^۵، ۲۰۰۹).

ج- نتایج رفتاری^۶: نتایج رفتاری، هدف نهایی مدل ارتقاء سلامت می‌باشد. رفتارهای مروج سلامت آخرین نقطه در مدل ارتقاء سلامت که در انتها منتج به اثرات مثبت بهداشتی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (چمبرلین^۷، ۲۰۰۷).

به نظر می‌رسد الگوی پندر یک مدل جامع برای پیش‌بینی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارائه می‌کند که بر تجربیات و مشخصات فردی، احساسات و شناخت‌های ویژه رفتار و نتایج رفتاری متمرکز است. همچنین عوامل اجتماعی و فردی و جمعیت شناختی در این مدل بصورت کامل تری دیده شده است. بنابراین در پژوهش حاضر، با بهره‌گیری از الگوی پندر، فرضیات تحقیق و مدل نظری تحقیق بصورت زیر طراحی شده است.

- سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، تعداد فرزندان و درآمد خانواده بر کیفیت زندگی زنان تاثیر دارد.

1 Behavior-specific cognitions and affect

2 Perceived Benefits of Action

3 Perceived Barriers Action

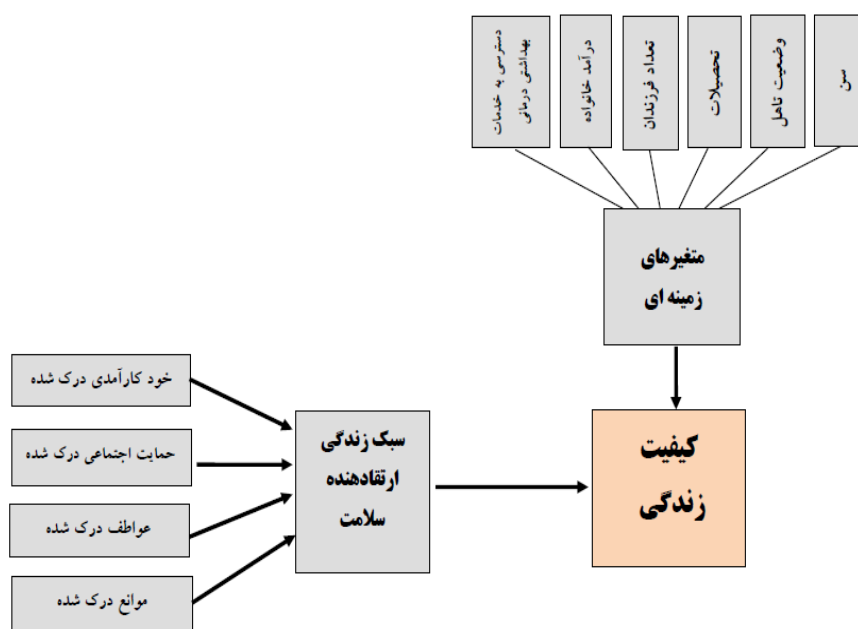
4 Perceived Self Efficacy

5 Health promotion model,

6 Behavioral outcomes

7 Chamberlain

- سطح دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی بر کیفیت زندگی زنان تاثیر دارد.
- سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه تاثیر دارد.
- عامل‌های خود کارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، عواطف درک شده و موانع درک شده بر کیفیت زندگی زنان موثر است.



شکل ۱- مدل مفهومی تحقیق

روش و داده‌های تحقیق

این مطالعه توصیفی- تحلیلی و به روش پیمایش^۱ انجام شد. جامعه آماری زنان ۴۹-۱۵ ساکن در استان سیستان و بلوچستان بود. با توجه به گستردگی استان و عدم امکان اجرای طرح در همه شهرهای استان، چهار شهر زابل (از سیستان- شمال استان)، خاش و چابهار (از بلوچستان-

1 survey

جنوب استان) و زاهدان (مرکز استان) به عنوان نمایی از کل استان، برای اجرای طرح انتخاب شدند و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و براساس جمعیت زنان ۴۹-۱۵ شهرهای زاهدان، زابل و خاش و چابهار برای هر شهر ۲۰۰ نفر و در مجموع ۸۰۰ نفر برآورد شد.

روش نمونه گیری خوشه‌ای و بصورت چندمرحله‌ای بوده است. به این صورت که در هر شهرستان پنج خوشه از پنج نقطه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر انتخاب و در هر خوشه چهار بلوک بصورت تصادفی انتخاب و در هر بلوک ۱۰ زن ۴۹-۱۵ ساله با مراجعه به درب منازل انتخاب و وارد مطالعه شدند. در هر بلوک منازل یکی در میان و از هر منزل یک نفر به عنوان نمونه انتخاب می شدند. در صورت عدم همکاری فرد منتخب، نمونه جایگزین انتخاب و وارد مطالعه می شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه بود. که توسط پرسشگران آموزش دیده و با مراجعه حضوری به درب منازل پاسخگویان تکمیل شد. این پرسشنامه شامل سه بخش بشرح ذیل می باشد:

بخش اول مربوط به ویژگی های فردی و اطلاعات دموگرافیک، شامل پرسش هایی در زمینه سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، و... شغل و فعالیت، درآمد ماهانه خانواده، هزینه ماهانه خانواده تعداد فرزندان، سطح دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی می باشد.

بخش دوم ابزار شامل اطلاعات مربوط به مدل می باشد که عبارتند از:

۱- پرسشنامه خودکارآمدی درک شده: این پرسشنامه اقتباس از مقیاس سلامت اسمیت^۱ و همکاران (۱۹۹۵) و شامل ۸ سؤال براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از طیف «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» است. محدوده نمره قابل اکتساب در این مقیاس بین ۸ تا ۴۰ و ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط اسمیت و همکاران برای این ابزار، ۸۴٪ می باشد.

۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده: این پرسشنامه اقتباس از ابزار کانتی و زیمت^۲ (۲۰۰۰) و حمایت اجتماعی را از سه منبع: خانواده، دوست و فرد مهم دیگری برای شخص بررسی می کند. شامل ۱۲ سؤال هفت گزینه‌ای لیکرت از طیف «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف»،

1 Smith

2 Canty & Zimet

محدوده نمره قابل اکتساب در هر منبع بین ۴ تا ۲۴ و ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط کانتی و همکاران برای کل منابع این ابزار ۰/۹۱ و برای منابع بطور جداگانه بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ می باشد.

۳- پرسشنامه عواطف درک شده: این پرسشنامه اقتباس از ابزار واتسون^۱ و همکاران (۱۹۹۸) و شامل ۲۰ سؤال (۱۰ سؤال عاطفه مثبت و ۱۰ سؤال عاطفه منفی) براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از طیف «اصلا» تا «کاملا» است. محدوده نمرات قابل اکتساب در هر بخش بین ۱۰ تا ۵۰ و ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط واتسون و همکاران ۰/۹۴ (عواطف مثبت) و ۰/۹۱ (عواطف منفی) می باشد.

۴- موانع درک شده: این مقیاس اقتباس از ابزار بیکر و استیفبرگن^۲ (۲۰۰۴) و شامل ۱۸ سؤال براساس مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت از طیف «هرگز» تا «همیشه» می باشد. محدوده نمرات قابل اکتساب در این مقیاس بین ۱۸ تا ۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط بکر و همکاران برای این ابزار، ۰/۸۰ بوده است.

بخش سوم ابزار شامل شاخص پیامدهای رفتاری است که عبارتند از:

۱- شاخص سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت: این پرسشنامه اقتباس از ابزار والکر^۳ و همکاران (۱۹۹۵) و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (تعدیه، ورزش، کنترل استرس (مدیریت استرس) و مسئولیت‌پذیری از سلامت خویشتن) را با ۳۲ سؤال براساس مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت از طیف «هرگز» تا «همیشه» می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط واکر و همکاران برای این ابزار، ۰/۹۴ می باشد.

۲- شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت: این پرسشنامه از ابزار ویر و همکاران اقتباس شده است (ویر و همکاران، ۲۰۰۲). نسخه ایرانی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دکتر منتظری و همکاران (۲۰۰۹) آماده گردید که دارای ۱۲ سؤال است و ابعاد سلامت جسمی و

1 Watson

2 Becker & Stuijbergen

3 Walker

روانی را بررسی می‌کند. منتظری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ (بعد جسمانی) و ۰/۷۲ (بعد سلامت روانی) را برای این ابزار گزارش نموده‌اند.

در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای هرسازه محاسبه شد که برای همه ابزارها، از میزان استاندارد (۰/۷۰) بالاتر بوده و از این حیث ابزارها از سازگاری لازم برخوردار بوده‌اند. روایی سازه‌ای نیز از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب شاخص کفایت نمونه (KMO) در هر سازه بالای ۰/۸۰ و در سطح خیلی خوبی می‌باشد و نشان دهنده آن است که سازه‌های ابزار از روایی مناسبی برخوردار است. همچنین مشخص شد گویه‌های سازه خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و موانع درک شده ۵۲٪، عواطف درک شده ۴۹٪ و سبک زندگی ۴۲/۵٪ از مفهوم نهفته موثر را پیش‌بینی می‌کنند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون چند متغیره برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $9/6 + 33/3$ بود. از کل افراد مورد مطالعه ۱۹ درصد مجرد، ۷۷/۵ درصد متأهل و ۳/۵ درصد مطلقه یا بیوه بودند. از نظر تحصیلات ۱۱/۹ درصد زنان مورد مطالعه بیسواد، ۳۹/۹ درصد دارای تحصیلات کمتر از دیپلم، ۲۰/۸ درصد دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم، ۲۴/۸ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۲/۸ درصد دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس بودند. از نظر وضع فعالیت از کل زنان مورد مطالعه ۵ درصد دانش آموز، ۶ درصد دانشجوی، ۶۰ درصد خانه دار، ۲۳ درصد شاغل و ۶ درصد بیکار و از نظر قومیت از کل افراد مورد مطالعه ۵۳/۵ درصد فارس، ۴۵ درصد بلوچ و ۱/۵ درصد سایر اقوام (ترک، لر و...) بودند. از کل زنان مورد مطالعه ۵۴/۶ درصد شیعه و ۴۵/۴ درصد سنی بودند. ۱۷٪ پاسخگویان درآمد خانواده خود را کمتر از یک میلیون تومان، ۳۷٪ بین یک تا دو میلیون تومان، ۲۴٪ بین دو میلیون و صد تا ۳ میلیون تومان، ۱۱/۵ درصد بین سه و صد تا ۴ میلیون و ۹ درصد

بیش از ۴ میلیون اعلام کرده بودند. سطح دسترسی اکثر پاسخگویان به خدمات بهداشتی درمانی نیز در حد متوسط (۴۳٪) بوده است.

میانگین نمره خودکارآمدی درک شده در زنان مورد مطالعه بطور کلی ۳/۳۱ و زنان مورد مطالعه در شهر خاش بیشترین نمره خودکارآمدی را کسب نموده‌اند. میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده در زنان مورد مطالعه بطور کلی ۴/۱۵ و میانگین نمره حمایت اجتماعی در زنان شهر خاش بیش از سایر شهرها می‌باشد. میانگین نمره موانع درک شده در زنان مورد مطالعه بطور کلی ۲/۳۱ می‌باشد. که کمتر از میانگین می‌باشد. همچنین زنان مورد مطالعه در شهر چابهار بیشترین نمره موانع درک شده را کسب نموده‌اند. به عبارتی دیگر زنان چابهار برای انجام رفتارهای بهداشتی احساس موانع بیشتری می‌کردند.

میانگین نمره عواطف درک شده در زنان مورد مطالعه بطور کلی ۲/۶۹ که کمتر از میانگین می‌باشد و میانگین نمره عواطف درک شده در شهر چابهار (۲/۸۹) بیشتر از سایر شهرها است. همچنین زنان مورد مطالعه عواطف مثبت را بیشتر درک کرده بودند. میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان مورد مطالعه بطور کلی ۲/۲۸ می‌باشد. که پایین‌تر از میانگین و نشان دهنده وضعیت نامطلوب سبک زندگی در زنان مورد مطالعه می‌باشد. همچنین شهر چابهار بالاترین (۲/۵۱) و زنان شهر زاهدان کمترین (۲/۱۸) میانگین نمره را به خود اختصاص داده‌اند. در بین چهار بعد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت نیز پاسخگویان اظهار نموده‌اند که آنان بیشتر اوقات به ترتیب: ابعاد تغذیه (۲/۶۰) و مدیریت استرس (۲/۴۰) را رعایت کرده‌اند. همچنین آنان اوقات کمتری ابعاد مسئولیت‌پذیری سلامت (۲/۱۷) و ورزش (۱/۹۶) را رعایت کرده‌اند. میانگین نمره کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه بطور کلی ۴۲/۸۳ با انحراف معیار ۶/۹۰، در بعد «سلامت جسمی» میانگین نمره ۴۱/۷۲ با انحراف معیار ۱۰/۳۷ و در بعد «سلامت روانی» میانگین نمره ۴۳/۹۴ با انحراف معیار ۱۱/۷۶ می‌باشد.

با توجه به جدول ۱، با افزایش سن میانگین نمره کیفیت زندگی کاهش و میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت افزایش می‌یابد. میانگین نمره سبک زندگی و خودکارآمدی درک

شده در متاهلین بیشتر است و افراد بیسواد در انجام رفتارهای بهداشتی موانع بیشتری درک می‌کردند.

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی، سبک زندگی، خودکارآمدی درک شده، موانع درک شده،

حمایت اجتماعی درک شده و عواطف مثبت و منفی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	طبقات	کیفیت زندگی	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	خودکارآمدی درک شده	موانع درک شده	حمایت اجتماعی درک شده	عواطف مثبت و منفی
سن	۱۵-۱۹	۴۶/۲۶	۲/۲۲	۳/۲۹	۲/۲۰	۴/۰۷	۲/۷۳
	۲۰-۲۹	۴۳/۴۲	۲/۲۸	۳/۳۱	۲/۳۴	۴/۱۶	۲/۷۰
	۳۰-۳۹	۴۲/۴۸	۲/۲۹	۳/۳۳	۲/۳۱	۴/۱۹	۲/۷۳
	۴۰-۴۹	۴۱/۷۳	۲/۳۰	۳/۲۹	۲/۳۳	۴/۱۱	۲/۶۴
وضعیت تاهل	مجرد	۴۴/۴۳	۲/۲۶	۳/۲۹	۲/۳۴	۳/۸۱	۲/۷۶
	متاهل	۴۲/۵۴	۲/۳۰	۳/۳۲	۲/۳۰	۴/۲۴	۲/۶۸
تحصیلات	مطلقه و بیوه	۴۰/۴۴	۲/۰۶	۳/۱۸	۲/۵۰	۳/۹۱	۲/۶۳
	بیسواد	۴۳/۱۸	۲/۲۵	۳/۲۸	۲/۳۲	۴/۲۳	۲/۵۶
	کمتر از دیپلم	۴۲/۴۸	۲/۳۰	۳/۳۵	۲/۳۲	۴/۱۲	۲/۶۴
	دیپلم	۴۱/۵۶	۲/۲۷	۳/۲۲	۲/۴۰	۴/۱۶	۲/۷۹
تعداد فرزندان	تحصیلات عالی	۴۴/۱۵	۲/۲۸	۳/۳۳	۲/۲۴	۴/۱۵	۲/۷۶
	۰	۴۴/۱۵	۲/۲۴	۳/۳۲	۲/۳۰	۳/۹۷	۴۴/۱۵
	۱	۴۳/۲۴	۲/۳۴	۳/۲۸	۲/۳۴	۴/۳۳	۴۳/۲۴
	۲-۳	۴۲/۳۵	۲/۳۱	۳/۲۶	۲/۳۳	۴/۱۵	۴۲/۳۵
۴ و بیشتر	۴۱/۸۵	۲/۲۵	۳/۴۲	۲/۲۹	۴/۲۳	۴۱/۸۵	

ادامه جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی، سبک زندگی، خودکارآمدی درک شده، موانع درک شده، حمایت اجتماعی درک شده و عواطف مثبت و منفی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	طبقات	کیفیت زندگی	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	خودکارآمدی درک شده	موانع درک شده	حمایت اجتماعی درک شده	عواطف مثبت و منفی
درآمد خانوار (تومان)	کمتر از ۲ میلیون	۴۲/۳۰	۲/۲۲	۳/۲۹	۲/۳۴	۴/۰۴	۲/۶۶
	۲-۴ میلیون	۴۲/۶۱	۲/۳۱	۳/۳۰	۲/۳۰	۴/۲۳	۲/۷۰
	بیش از ۴ میلیون	۴۵/۸۱	۲/۴۵	۳/۴۱	۲/۳۱	۴/۲۷	۲/۸۳
دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی	کم و خیلی کم	۳۹/۵۳	۲/۱۱	۳/۱۲	۲/۵۱	۳/۹۵	۲/۷۲
	متوسط	۴۳/۲۹	۲/۲۷	۳/۳۰	۲/۳۰	۴/۱۹	۲/۶۸
	زیاد و خیلی زیاد	۴۴/۰۳	۲/۳۸	۳/۴۱	۲/۲۳	۴/۲۰	۲/۷۰

با توجه به جدول ۲ در نتیجه آزمون آماری تحلیل واریانس، اختلاف معناداری بین کیفیت زندگی بطور کلی و همچنین بعد سلامت جسمی و گروه‌های سنی مختلف مشاهده گردید. به طوری که با افزایش سن نمره سلامت جسمی کاهش می‌یافت. اما بین سلامت روانی در سنین مختلف اختلاف معناداری مشاهده نگردید. میانگین نمره کیفیت زندگی بطور کلی و در بعد سلامت جسمی، در زنان مجرد بیشتر از افراد متأهل و مطلقه و بیوه می‌باشد و تفاوت بین گروه‌ها معنادار است. در بعد سلامت روانی میانگین نمره متأهلین بیشتر از مجردها و افراد مطلقه و بیوه می‌باشد. اما اختلاف معناداری آماری بین میانگین نمره گروه‌ها مشاهده نگردید.

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی و در بعد سلامت جسمی در افراد دارای تحصیلات عالی، بطور معناداری بالاتر از سایر گروه‌ها می‌باشد. همچنین اختلاف معناداری بین تعداد فرزندان و کیفیت زندگی بطور کلی و بعد سلامت جسمی وجود دارد. به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی با افزایش تعداد فرزندان کاهش می‌یابد و افرادی که فرزند ندارند، بیشترین میانگین نمره را داشته‌اند. در بعد سلامت روانی تفاوت بین گروه‌ها معنا دار نبود.

میانگین نمره کیفیت زندگی بطور کلی و همچنین در بعد سلامت جسمی و سلامت روانی، در زنانی که دسترسی زیاد و خیلی زیاد به خدمات بهداشتی درمانی داشتند بیشتر از سایر افراد می‌باشد و در نتیجه آزمون تحلیل واریانس تفاوت بین گروه‌ها معنادار است.

جدول ۲. ارتباط بین کیفیت زندگی و متغیرهای زمینه‌ای (نتایج آزمون آماری ANOVA)

متغیر	کیفیت زندگی بطور کلی	سلامت جسمی	سلامت روانی
	میانگین	میانگین	میانگین
سن	۱۵-۱۹	۴۸/۱۹	۴۴/۳۳
	۲۰-۲۹	۴۲/۸۱	۴۴
	۳۰-۳۹	۴۱/۴۱	۴۳/۵۵
	۴۰-۴۹	۳۹/۲۷	۴۴/۲
		F=8.34 p=0.000	F=14.44 p=0.000
وضعیت تاهل	مجرد	۴۵/۷	۴۳/۱۵
	متاهل	۴۰/۸۷	۴۴/۲۲
	مطلقه و بیوه	۳۸/۷۱	۴۲/۱۷
		F=6.38 p=0.002	F=15 p=0.000
تحصیلات	بیسواد	۴۱/۶۳	۴۴/۷۳
	کمتر از دیپلم	۴۱/۲۲	۴۳/۷۳
	دیپلم	۴۰/۵۱	۴۲/۶۱
	تحصیلات عالی	۴۴/۱۵	۴۳/۳۹
		F=4.96 p=0.002	F=2.92 p=0.03

ادامه جدول ۲. ارتباط بین کیفیت زندگی و متغیرهای زمینه‌ای (نتایج آزمون آماری ANOVA)

متغیر	کیفیت زندگی بطور کلی		
	سلامت جسمی	سلامت روانی	میانگین
تعداد فرزندان	۰	۴۴/۱۵	۴۵/۰۹
	۱	۴۳/۲۴	۴۳/۲۱
	۲-۳	۴۲/۳۵	۴۱/۵۰
	۴ و بیشتر	۴۱/۸۵	۴۰/۷۲
		F=4.19 p=0.006	F=10.43 p=0.000
دست‌رسی به خدمات بهداشتی درمانی	کم و خیلی کم	۳۹/۵۳	۳۹/۹۴
	متوسط	۴۳/۲۹	۴۱/۹۱
خدمات بهداشتی درمانی	زیاد و خیلی زیاد	۴۴/۰۳	۴۵/۲۱
		F=24.66 p=0.000	F=6.92 p=0.001
		F=0.56 p=0.642	F=11.79 p=0.000

با توجه به جدول ۳، تمام عامل‌های مدل ارتقاء سلامت پندر شامل خودکارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، عواطف درک شده و موانع درک شده ارتباط معناداری با کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه داشتند. همچنین کیفیت زندگی رابطه مثبتی با خودکارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده ولی رابطه منفی با عواطف درک شده و موانع درک شده داشت. این روابط بیانگر آن است که وقتی خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده افزایش یابد، کیفیت زندگی نیز افزایش خواهد یافت. اما وقتی موانع درک شده و عواطف درک شده (به ویژه عواطف منفی) افزایش یابد، کیفیت زندگی کاهش خواهد یافت.

جدول ۳- همبستگی میان کیفیت زندگی با متغیرهای مدل ارتقاء سلامت

متغیر	R	sig	N
خودکارآمدی درک شده	۰/۴۵۰**	۰/۰۰۰	۸۰۰
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۲۲۴**	۰/۰۰۰	۸۰۰
عواطف درک شده	-۰/۰۹۵**	۰/۰۰۷	۸۰۰
موانع درک شده	-۰/۳۷۰**	۰/۰۰۰	۸۰۰

** p<0.01

سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت همبستگی مثبت و معناداری با کیفیت زندگی بطور کلی و ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی دارد. ($p < 0.001$) یعنی وقتی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت افزایش یابد، کیفیت زندگی نیز افزایش پیدا می کند.

برای بررسی قدرت پیش بینی کننده عامل های خود کارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، عواطف درک شده و موانع درک شده، بر کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه، از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، عامل خود کارآمدی درک شده با $Beta = 0.357$ ، دارای بیشترین قدرت پیش بینی کننده متغیر کیفیت زندگی می باشد و بعد از آن عامل موانع درک شده با $Beta = -0.252$ پیش بینی کننده کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه بود و در مجموع این دو عامل ۲۶/۲ درصد تغییرات کیفیت زندگی را پیش بینی می کنند. همچنین ارتباط بین عامل های حمایت اجتماعی درک شده و عواطف درک شده با کیفیت زندگی معنادار نبوده و نقشی در پیش بینی کیفیت زندگی نداشته اند. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت به تنهایی با $Beta = 0.319$ توان پیش بینی ۱۰ درصد تغییرات کیفیت زندگی زنان را دارد.

جدول ۴: قدرت پیش‌بینی کنندگی عامل‌های مدل ارتقاء سلامت بر کیفیت زندگی زنان

p	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیرهای پیش‌بین
		ضرایب استاندارد شده Beta	Std.Error B	
۰/۰۰۰	۱۰/۳۷	۰/۳۵۷	۰/۴۴	خودکارآمدی درک شده
۰/۲۸	۱/۰۶	۰/۰۳۶	۰/۲۵	حمایت اجتماعی درک شده
۰/۹۱	۰/۱۱	۰/۰۰۴	۰/۴۹	عواطف درک شده
۰/۰۰۰	-۷/۴۵	-۰/۲۵۲	۰/۵۰	موانع درک شده

R²=0.262 Adjusted R²=0.258 Constant=34.96 R=0.511

در ادامه برای بررسی قدرت پیش‌بینی کننده عامل‌های خود کارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، عواطف درک شده و موانع درک شده و متغیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه، رگرسیون انجام شد. با توجه به جدول ۵، عامل خود کارآمدی درک شده با $Beta=0/293$ دارای بیشترین قدرت پیش‌بینی کنندگی متغیر کیفیت زندگی می‌باشد و بعد از آن به ترتیب عامل موانع درک شده با $Beta=-0/274$ و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با $Beta=-0/182$ پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه بود و در مجموع این سه متغیر ۲۸/۷ درصد تغییرات کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین عامل‌های حمایت اجتماعی درک شده و عواطف درک شده نقشی در پیش‌بینی کیفیت زندگی نداشتند.

جدول ۵: قدرت پیش‌بینی کنندگی عامل‌های مدل ارتقاء سلامت و سبک زندگی بر کیفیت زندگی زنان

p	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیرهای پیش‌بین
		ضرایب استاندارد شده Beta	Std.Error B	
۰/۰۰۰	۸/۱۶	۰/۲۹۳	۰/۴۶	خودکارآمدی درک شده
۰/۷۹	۰/۲۶	۰/۰۰۹	۰/۲۵	حمایت اجتماعی درک شده
۰/۲۴	-۱/۱۷	-۰/۰۳۸	۰/۴۹	عواطف درک شده
۰/۰۰۰	-۷/۴۱	-۰/۲۴۷	۰/۴۹	موانع درک شده
۰/۰۰۰	۵/۲۹	۰/۱۸۲	۰/۵۲	سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت

R=0.536 R²=0.287 Adjusted R²=0.282 Constant=33.76

با توجه به جدول ۶ متغیرهای زمینه‌ای شامل: سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، تعداد فرزندان، درآمد خانواده و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی نیز به مدل اضافه شد و قدرت پیش‌بینی کننده عامل‌های خود کارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، عواطف درک شده و موانع درک شده، متغیر سبک زندگی و متغیرهای زمینه‌ای و به عبارتی دیگر قدرت پیش‌بینی کل متغیرهای مستقل، بر کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه، از طریق رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد عامل خود کارآمدی درک شده با $Beta=0/288$ ، دارای بیشترین قدرت پیش‌بینی کنندگی متغیر کیفیت زندگی می‌باشد و بعد از آن به ترتیب عامل موانع درک شده با $Beta=-0/218$ ، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با $Beta=0/171$ ، سن یا $Beta=-0/092$ ، تعداد فرزندان با $Beta=-0/082$ و عواطف درک شده با $Beta=-0/079$ پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه بودند. و در مجموع این شش متغیر $32/8$ درصد تغییرات کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین عامل حمایت اجتماعی درک شده، وضعیت تاهل، تحصیلات، درآمد خانواده و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی نیز نقشی در پیش‌بینی کیفیت زندگی نداشتند (جدول ۶ و شکل ۲).

جدول ۶. قدرت پیش‌بینی کنندگی عامل‌های مدل ارتقاء سلامت، سبک زندگی و متغیرهای زمینه‌ای بر

کیفیت زندگی زنان

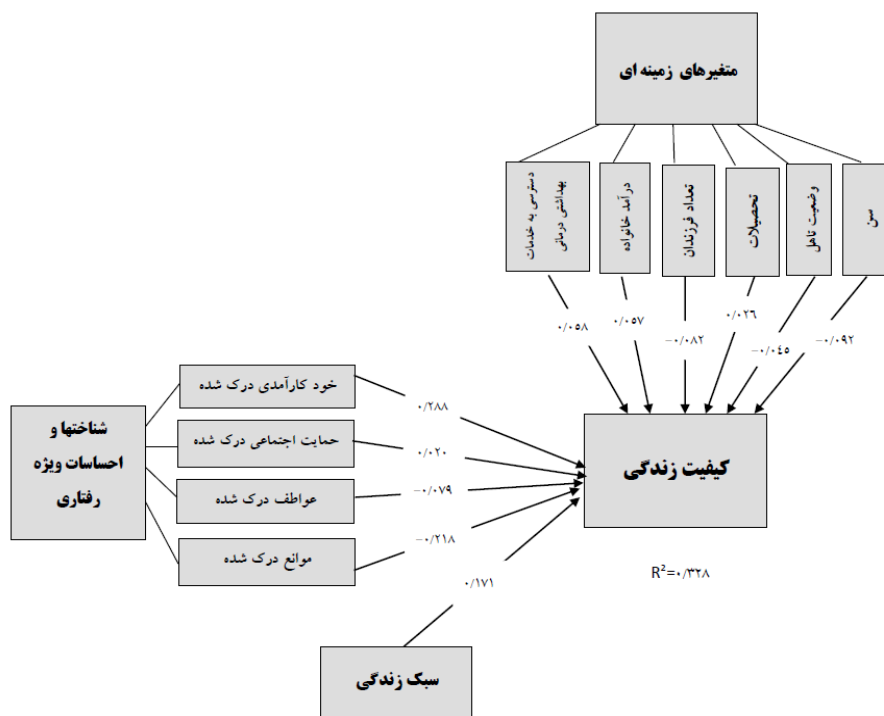
p	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیرهای پیش‌بین	
		ضرایب استاندارد شده Beta	Std.Error B		
0/000	8/17	0/288	0/45	3/73	خودکارآمدی درک شده
0/55	0/59	0/20	0/25	0/15	حمایت اجتماعی درک شده
0/01	-2/43	-0/079	0/49	-1/12	عواطف درک شده
0/000	-6/60	-0/218	0/48	-3/23	موانع درک شده
0/000	5/024	0/171	0/51	2/60	سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت
0/01	-2/43	-0/092	0/02	-0/07	سن
0/19	-1/30	-0/045	0/53	-0/66	وضعیت تاهل

ادامه جدول ۶. قدرت پیش‌بینی‌کنندگی عامل‌های مدل ارتقاء سلامت، سبک زندگی و متغیرهای زمینه‌ای

بر کیفیت زندگی زنان

p	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیرهای پیش‌بین
		Beta	Std.Error	
۰/۴۲	۰/۸۰	۰/۰۲۶	۰/۲۶	تحصیلات
۰/۰۷	۱/۷۷	۰/۰۵۷	۰/۰۰	درآمد خانواده
۰/۰۳	-۲/۱۷	-۰/۰۸۲	۰/۱۴	تعداد فرزندان
۰/۶۲	۱/۸۷	۰/۰۵۸	۰/۲۱	دسترسی به خدمات بهداشتی درمان

R=0.572 R²=0.328 Adjusted R²=0.318 Constant=36.54



شکل ۲: قدرت پیش‌بینی‌کنندگی عامل‌های مدل ارتقاء سلامت، سبک زندگی و متغیرهای زمینه‌ای بر

کیفیت زندگی زنان

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد نمره کیفیت زندگی حدود نیمی از پاسخگویان کمتر از میانگین می‌باشد. نتایج مطالعه ارسلائی و همکاران (۱۳۹۱) نیز حاکی از آن است که کیفیت زندگی در استان‌هایی مانند سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری پایین و در استان‌های تهران و اصفهان بهتر می‌باشد و با یافته‌های این مطالعه مطابقت دارد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد «سلامت روانی» بیشتر از بعد «سلامت جسمی» است. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمی، در زنان شهر زاهدان بطور معناداری بیشتر از زنان شهرهای دیگر می‌باشد. این مسأله ممکن است بخاطر امکانات بهتر و دسترسی بیشتر به خدمات بهداشتی درمانی در شهر زاهدان به عنوان مرکز استان نسبت به شهرهای دیگر باشد.

اختلاف معناداری بین کیفیت زندگی بطور کلی و همچنین بعد سلامت جسمی و گروه‌های سنی مختلف مشاهده گردید. به طوری که با افزایش سن نمره سلامت جسمی کاهش می‌یافت. اما بین سلامت روانی در سنین مختلف اختلاف معناداری مشاهده نگردید در مطالعه زنجانی و بیات (۱۳۸۹) نیز اختلاف معناداری بین حیطه‌های عملکرد جسمی، مشکلات جسمی و سلامت عمومی در گروه‌های سنی مختلف مشاهده گردید. به طوری که با افزایش سن نمره حیطه مربوطه کاهش می‌یافت. اما بین حیطه‌های درد جسمی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روانی در سنین مختلف اختلاف معناداری وجود نداشت. در مطالعه قاضی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۶) از نظر سن اختلاف معنی‌داری در حیطه‌های اجتماعی و محیطی و روانی مشاهده شد ولی اختلاف معنی‌داری از نظر سن در حیطه جسمی و عمومی وجود نداشت. در مطالعه تچابون سرماسک و همکارانش (۲۰۰۵) سن اثر کلی معنی‌داری بر کیفیت زندگی نداشت. که همسو با نتایج این مطالعه نمی‌باشد این مسأله می‌تواند به علت تفاوت در نمونه‌های مورد بررسی باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی بطور کلی و در بعد سلامت جسمی، در زنان مجرد بطور معناداری بیشتر از افراد متأهل و مطلقه و بیوه و در بعد سلامت روانی میانگین نمره متاهلین بیشتر از مجردها و افراد مطلقه و بیوه می‌باشد. اما رجبی گیلانی و همکاران (۱۳۹۳) و ایموتو و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعات خود دریافتند به طور کلی، افراد متأهل در تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل سلامت جسمانی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیطی از سطح بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردارند که با یافته‌های این مطالعه مطابقت ندارد. این امر، ممکن است به دلیل تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی جوامع مختلف باشد. نتایج مطالعه زنجانی و بیات (۱۳۸۹) نیز مشابه و در دو بعد سلامت جسمی و سلامت عمومی بطور معناداری میانگین نمرات در مجردها بیشتر از متاهلین بود.

نتایج حاکی از آن است که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی و در بعد سلامت جسمی در افراد دارای تحصیلات عالی، بطور معناداری بالاتر از سایر گروه‌ها می‌باشد. که مشابه نتایج مطالعه استبصاری و همکاران (۱۳۹۹) و زنجانی و بیات (۱۳۸۹) است. اما در مطالعه تچابون سرماسک و همکارانش (۲۰۰۵) تحصیلات اثر کلی معنی‌داری بر کیفیت زندگی نداشت.

با افزایش تعداد فرزندان بار مالی به خانواده تحمیل می‌شود، که اگر منابعی برای جبران آن نباشد ممکن است در کیفیت زندگی اعضای خانواده و به ویژه مادران تاثیر بگذارد. یافته‌ها نشان داد بطور کلی میانگین نمره کیفیت زندگی با افزایش تعداد فرزندان کاهش می‌یابد و افرادی که فرزند ندارند، بیشترین میانگین نمره را داشته‌اند. در بعد سلامت روانی تفاوت بین گروهها معنادار نبود.

همچنین کیفیت زندگی بطور کلی و بعد سلامت جسمی رابطه معناداری با میزان درآمد دارد. یعنی با افزایش درآمد میانگین نمره کیفیت زندگی و بعد سلامت جسمی افزایش می‌یابد. اما در بعد سلامت روانی رابطه معناداری بین میزان درآمد و کیفیت زندگی مشاهده نگردید. یافته‌های مطالعه عبدالحکیم و همکاران (۲۰۱۰) نیز مشابه و درآمد بالاتر به طور مشخصی همراه با کیفیت زندگی بالاتر است. همچنین در مطالعه ارسلائی و همکاران (۱۳۹۱) درآمد در کیفیت

زندگی وزن بالاتری نسبت به سایر بیانگرها دارد. اما در مطالعه زنجانی و بیات (۱۳۸۹) با افزایش درآمد میانگین نمره عملکرد جسمی کاهش یافته است .

دسترسی به خدمات بهداشتی امکان مراقبت، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها را فراهم و در ارتقاء سبک زندگی سلامت محور موثر است. در مطالعه حاضر نیز میانگین نمره کیفیت زندگی بطور کلی و همچنین در بعد سلامت جسمی و سلامت روانی، در زنانی که دسترسی زیاد و خیلی زیاد به خدمات بهداشتی درمانی داشتند بیشتر از سایر افراد می‌باشد. و این در حالی است که از نظر دسترسی به شاخص‌های بهداشت و درمان استان سیستان و بلوچستان از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. به طوری که براساس نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۰ در خصوص رتبه‌بندی استان‌های کشور (۳۰ استان) از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان، استان سمنان رتبه اول و استان سیستان و بلوچستان رتبه سی‌ام را داشته است (طحاری مهرجردی و همکاران، ۱۳۹۱).

در این مطالعه تاثیر عامل‌های مدل ارتقاء سلامت پندر، متغیر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و متغیرهای زمینه‌ای بر کیفیت زندگی زنان از طریق رگرسیون و در قالب ۳ مدل مورد بررسی قرار گرفت.

در مدل اول تاثیر عامل‌های مدل ارتقاء سلامت بر کیفیت زندگی زنان مورد بررسی قرار گرفت. براساس یافته‌ها عامل خود کارآمدی درک شده دارای بیشترین قدرت پیش‌بینی کنندگی متغیر کیفیت زندگی می‌باشد و بعد از آن عامل موانع درک شده، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه بود. و عامل حمایت اجتماعی درک شده و عواطف درک شده نقشی در پیش‌بینی کیفیت زندگی نداشتند.

در اکثر مطالعات صورت گرفته براساس مدل ارتقاء سلامت، خودکارآمدی به عنوان موثرترین عامل در انجام این رفتارها گزارش شده (ویوو همکاران، ۲۰۱۲). که با یافته‌های این مطالعه مطابقت داشت. در مطالعه رزم‌پوش و همکاران (۱۳۹۷) خودکارآمدی به صورت معنی‌داری، کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های تهران را افزایش می‌دهد. در مطالعه بهنام

مقدم و همکاران (۱۳۹۳) بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی، سلامت عمومی و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود داشت و نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که متغیر سلامت عمومی ۶۹ درصد، متغیر خودکارآمدی ۴ درصد و متغیر حمایت اجتماعی ۳ درصد به صورت تفکیکی تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی می‌کنند.

اما در مطالعه تچابون سرماسک^۱ و همکاران (۲۰۰۵) حمایت اجتماعی اثر مستقیم معنی‌داری بر رفتار مروج سلامت ($\beta=0.70$) و کیفیت زندگی دارد ($\beta=0.48$) که با یافته‌های این مطالعه هم خوانی ندارد.

در مدل دوم تاثیر سبک زندگی و عامل‌های مدل ارتقا سلامت پندر بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت. براساس یافته‌ها، از میان عامل‌های مدل ارتقاء سلامت، عامل خود کارآمدی درک شده دارای بیشترین قدرت پیش‌بینی کنندگی متغیر کیفیت زندگی بود و بعد از آن عامل موانع درک شده و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه بودند و عامل حمایت اجتماعی درک شده و عواطف درک شده نیز نقشی در پیش‌بینی کیفیت زندگی نداشتند.

در مطالعه هان^۲ و همکاران (۲۰۰۳) رابطه منفی معنی‌داری بین موانع درک شده و کیفیت زندگی و روابط مثبت معنی‌داری بین سبک زندگی مروج سلامت، مزایای درک شده، عزت نفس، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، سلامتی درک شده، عواطف اختصاصی رفتار و کیفیت زندگی وجود داشت و رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که مهمترین عامل تبیین کننده کیفیت زندگی، سبک زندگی مروج سلامت بوده است. در مطالعه زانگ و همکاران (۲۰۱۳) از بین مؤلفه‌های مختلف سبک زندگی مرتبط با سلامت، سه مؤلفه مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، رشد معنوی و فعالیت جسمانی پیش‌بینی کننده‌های اصلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان و مردان به شمار می‌روند.

1 Taechaboonsermsak

2 Han

رضایی و همکاران (۱۳۹۶)، شهنازی و همکاران (۱۳۹۷)، کلدی و همکاران (۱۳۹۳)، چپو و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعات جداگانه نشان دادند سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر مثبت و معنی دار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد. که با یافته‌های این مطالعه سازگاری دارد. در مدل سوم با اضافه کردن متغیرهای زمینه‌ای شامل: سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، درآمد خانواده و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی به مدل و بررسی قدرت پیش‌بینی کل متغیرهای مورد مطالعه (۱۱ متغیر)، نتایج رگرسیون نشان داد باز هم عامل خود کارآمدی درک شده دارای بیشترین قدرت پیش‌بینی کنندگی متغیر کیفیت زندگی می‌باشد و بعد از آن به ترتیب عامل موانع درک شده، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، سن، تعداد فرزندان و عواطف درک شده پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه بودند. عامل حمایت اجتماعی درک شده، درآمد خانواده، تحصیلات و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی نیز نقشی در پیش‌بینی کیفیت زندگی نداشتند.

در مطالعه بیات و همکاران (۱۳۹۶) متغیر سن، عوامل قادر کننده و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت کلی، قوی‌ترین عوامل پیشگویی کننده برای کیفیت زندگی بودند. در مطالعه جعفری گیو و همکاران (۱۳۹۸) خودکارآمدی، سواد سلامت، سن ازدواج، نوع زایمان، مصرف ویتامین د، مصرف لبنیات و میوه متغیرهای پیشگویی کننده کیفیت زندگی زنان یائسه هستند. به طوری که خودکارآمدی و سواد سلامت ۱۸ درصد بقیه متغیرهای مذکور ۳۱ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. در مطالعه تچابون سرماسک و همکاران (۲۰۰۵) نیز سن اثر کلی معنی‌داری بر کیفیت زندگی نداشت که مطابق یافته‌های مطالعه حاضر نیست.

هدف از این مطالعه تعیین قابلیت پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان استان سیستان و بلوچستان از طریق مدل ارتقاء سلامت بود. براساس یافته‌های این مطالعه مشخص شد که سازه‌های الگوی طراحی شده مبتنی بر مدل ارتقاء سلامت، از قدرت تبیین کنندگی مناسبی برخوردارند و با کمک آن می‌توان هم تاثیر مولفه‌های اجتماعی و هم تاثیر مولفه‌های دموگرافیک را بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار داد.

این مطالعه اولین پژوهش نسبتاً جامع درباره کیفیت زندگی و مولفه‌های تاثیر گذار بر آن در جمعیت زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله استان سیستان و بلوچستان می‌باشد و تلاش شده است تا با افزایش بینش، به سیاستگذاران و تصمیم گیران به ویژه نظام سلامت در جهت برنامه ریزی برای ارائه خدمات بهتر به جامعه زنان استان، کمک نماید. استفاده از نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای برنامه ریزی در دستگاه‌های اجرایی مرتبط و تخصیص منابع مورد نیاز در حیطه برنامه‌های ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی زنان سنین باروری براساس شهرهای مختلف قرار گیرد.

یافته‌های مطالعه نشان داد که مدل ارتقاء سلامت پندر، کاربرد مناسبی برای تبیین و پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سنین باروری دارد. بنابراین، به برنامه ریزان سلامت بکارگیری این مدل به منظور ارتقای کیفیت زندگی زنان سنین باروری پیشنهاد می‌گردد. همچنین بازنگری در برنامه‌های ارتقاء سلامت با توجه به یافته‌های مطالعات جدید و استفاده از مدل‌های جدید در آموزش سلامت زنان و بررسی مدل‌ها و نظریه‌های دیگر در زمینه تغییر رفتار و ارتقاء سلامت برای تعیین سازه‌های موثر در تبیین کیفیت زندگی زنان سنین باروری پیشنهاد می‌شود. فراهم نمودن تسهیلاتی جهت شرکت نمودن زنان در کلاسهای آموزش حضوری در زمینه سبک زندگی سالم، خودکارآمدی و... بصورت رایگان نیز می‌تواند در ارتقا کیفیت زندگی و سلامت زنان استان موثر باشد. در نهایت انجام مطالعات در زمینه تاثیر برنامه‌های مداخله‌ای براساس مدل پندر بر ابعاد سبک زندگی و سلامت زنان سنین باروری استان و همچنین بررسی تاثیر سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله متغیرهای حوزه باروری و بعد خانوار و... در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد.

منابع:

- احمدی بتول، فرانک فرزندی، معصومه علی‌محمدیان (۱۳۹۰). "چالش‌های سیاستگذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن: یک رویکرد کیفی براساس دیدگاه صاحب‌نظران". *پایش*. دوره ۱۱، شماره اول، صص: ۱۲۷-۱۳۷.

- ارسالانی غلامعلی، حمیرا سجادی، رفیعی حسن، حبیب پور کتابی کرم (۱۳۹۱). "رابطه سلامت مادران با کیفیت زندگی در استان‌های جمهوری اسلامی ایران". *رفاه اجتماعی*. سال سیزدهم، شماره ۵۱، صص: ۲۵-۴۱.
- استبصاری فاطمه، فریده جلیلی بهابادی، کاملیا روحانی، زهرا رحیمی خلیفه کندی، داود مصطفایی (۱۳۹۹). "تعیین‌کننده‌های اجتماعی- اقتصادی مؤثر برسبک زندگی زنان باردار". *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. دوره ۸، شماره ۳، صص: ۲۶۱-۲۷۱.
- بیات بیرام بی بی، محبی بهرام، آذر طل، رویا صادقی، میر سعید یکانی نژاد (۱۳۹۶). "پیشگویی‌کننده‌های کیفیت زندگی در رابطین سلامت مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران". *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. دوره ۱، شماره ۴، صص: ۳۷۷-۳۸۸.
- بهنام مقدم محمد، عزیز بهنام مقدم، سجاد یاریان، سید مهدی حسینی بادنجان، سیما محمد حسینی (۱۳۹۳). "پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بیماران قلبی- عروقی شهر یاسوج". *ارمغان دانش*، دوره ۱۹، شماره ۲، صص: ۶۳۳-۷۳۴.
- تاجفرد محمد، محمد واحدیان شاهرودی، حبیب‌الله اسماعیلی، نسرين علیزاده، زهرا حسینی خبوشان (۱۳۹۵). "بررسی عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای تغذیه صحیح در زنان: مطالعه‌ای مبتنی بر مدل ارتقاء سلامت پندر". *زنان، مامایی و نازایی*. دوره ۲۰، شماره ۹، صص: ۱۵-۸.
- جعفری گیو سارا، نوشین پیمان، حبیب‌اله اسماعیلی، محمد تاجفرد (۱۳۹۸). "پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان یائسه براساس سواد سلامت و خودکارآمدی". *مجله آموزش و سلامت جامعه*. دوره هفتم، شماره ۱، صص: ۲۹-۳۶.
- حسین‌زاده فیروزآباد یحیی، محمد صالح محمدآبادی، اسماعیل موسوی (۱۳۹۵). "بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت". *توسعه پرستاری در سلامت*. دوره ۷، شماره ۱، صص: ۵۷-۶۶.
- حسین نژاد مریم، مریم کلانترزاده (۱۳۹۲). "بررسی شیوه زندگی براساس الگوی ارتقا سلامت پندر بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمان". *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*. سال اول، شماره ۴، صص: ۱۵-۲۸.

- خداویسی مسعود، افسر امید، شیما فرخی، علیرضا سلطانیان (۱۳۹۵). "بررسی رفتار تغذیه‌ای و عوامل پیش‌بینی کننده آن براساس الگوی ارتقاء سلامت پندر در زنان با وزن بالا مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستان فاطمیه شهر همدان". *آموزش پرستاری*. دوره ۵، شماره ۲، صص: ۳۹-۳۱.
- رادنیان ناهید، مرضیه اتوگرا، شهلا شهنوازیان، فاطمه جعفریان، مرضیه خالد نوری، زهرا یوسفی، مریم خدابنده لو، آرزو شایان (۱۳۹۶). "بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بین مادران با زایمان طبیعی و سزارین". *پژوهش سلامت*. دوره ۲، شماره ۳، صص: ۱۸۴-۱۷۷.
- رجیبی گیلانی، نادر، رامین قاسمی، سهیلا رشادت، علی رضا زنگنه، شهرام سعیدی (۱۳۹۳). "سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه نشین شهر کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن". *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. سال هجدهم، شماره ۹، صص: ۵۴۷-۵۵۶.
- رزم پوش مینو، خسرو رضایی، علیرضا مارد پور، پیر حسین کولیوند (۱۳۹۷). "نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی پرستاران". *فصلنامه علوم اعصاب شقای خاتم*. دوره هفتم، شماره ۱، صص: ۴۲-۳۴.
- رضایی، روح ا...، سپیده نوروزی، لیلا صفا (۱۳۹۶). "تحلیلی بر رابطه بین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی شهرستان اسلام آباد غرب". *روستا و توسعه*. سال بیستم، شماره ۱، صص: ۴۹-۲۵.
- زنجانی، حبیب ا...، معصومه بیات (۱۳۸۹). "بررسی تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان شهر مشهد". *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*. سال دوم، شماره ۲، صص: ۱۹۰-۱۷۱.
- سپاه منصور، مژگان، فاطمه باقری (۱۳۹۶). "پیش‌بینی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت براساس کانون کنترل سلامت و سبک‌های دلبستگی". *روانشناسی سلامت*. سال ۶، شماره ۲، صص: ۱۴۴-۱۳۱.
- شهنازی، حسین، آمنه سبجانی، عبدالرحمن چرکزی (۱۳۹۷). "بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی سالمندان". *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار(اسرار)*. دوره ۲۵، شماره ۳، صص: ۳۶۳-۳۷۰.

- طحاری مهرجردی، محمدحسین، حمید بابایی میبیدی، علی مروتی شریف آبادی (۱۳۹۱). "رتبه‌بندی استان‌های کشور جمهوری اسلامی ایران از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان". *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۹، شماره ۳، صص: ۳۵۶-۳۶۹.
- قاضی‌نژاد، ندا، سعید مظلومی، عارفه دهقانی تفتی (۱۳۹۶). "بررسی تاثیر عوامل مختلف بر روی کیفیت زندگی زنان نخست‌زا شهرستان نوشهر" *طلوع بهداشت*. دوره ۱۶، شماره ۱، صص: ۲۳-۳۲.
- کلدی، علیرضا، حمیده کبیران عین‌الدین، سیدحسین محقق‌کمال، پوریا رضا سلطانی (۱۳۹۳). "بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۹۲)" *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*. دوره ۶، شماره ۴، صص: ۸۷-۹۶.
- محسنی پویا، حسین، فرشته مجلسی، داوود شجاعی‌زاده، عباس رحیمی فروشانی (۱۳۹۶). "تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل ارتقاء دهنده سلامت پندر بر خودکارآمدی بیماران در خصوص رفتارهای خود مراقبتی پس از جراحی قلب". *پژوهش پرستاری*. دوره ۱۲، شماره ۳، صص: ۱۶-۲۳.
- محمدی زیدی، عیسی، مهران علیجان‌زاده، امیر پاکپور حاجی‌آقا (۱۳۹۵). "عوامل پیش‌بینی کننده رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان در بیماران مبتلا به دیابت با استفاده از مدل ارتقای سلامت پندر". *مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان*. دوره ۱۲، شماره ۲، صص: ۱۸۳-۱۹۸.
- مودی، میترا، غلامرضا شریف‌زاده، صدیقه رضوانی، لیلی جلیلیان (۱۳۹۶). "قدرت پیشگویی کنندگی سازه‌های مدل ارتقای سلامت پندر در رابطه با رفتارهای بهداشت دهان و دندان در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر نهبندان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵". *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. دوره ۲۴، شماره ۴، صص: ۳۲۴-۳۳۵.
- احمدی، علی‌یار و فاطمه روستا (۱۳۹۲). "سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان در سنین باروری (مطالعه موردی شهر شیراز)". *تشریح زن در توسعه سیاست*. دوره ۱۱، شماره ۴، صص: ۵۴۳-۵۵۸.
- Abdul-Hakim, R., R. Ismail, and N. Abdul-Razak (2010). "The Impact of Social Capital on Quality of Life: Evidence from Malaysia". *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, 1(5): 1450-2275.
- Açıkgöz Çepni, S., and Y. Kitiş (2017). "Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university students". *Japan Journal of Nursing Science*, 14(3): 231-39.

- Becker, H. and A. Stuifbergen (2004). "What make it so hard? Barriers to health promotion experienced by people with multiple sclerosis and polio". *Family & Community Health*, 27(1): 75-85.
- Cauty-Mitchell, J. and GD. Zimet (2000). "Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents". *American Journal of Community Psychology*. 28(3): 391-400.
- Chinekeh, A., S.A. Hoseini, F.M. Shahbolaghi, M.E. Motlagh, M.B. Eftekhari, G. Ardalan, et al (2018). "A comprehensive health plan: The lifestyle affecting factors in iranian youth". *International Journal of Preventive Medicine*. 9(1): 1-6.
- Chiou, A., M. Hsu and M. Hung (2016). "Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease". *Applied Nursing Research*, 30: 1-6.
- Darkhor, S., F. Estebarsari, M. Hosseini, J.Y. Charati and P. Vasli (2018). "Effect of health promotion intervention on nurses' healthy lifestyle and healthpromoting behaviors: RCT study". *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research* .8(1):108-114.
- Diwan, R. (2000). "Relational Wealth and the Quality of Life". *Journal of Socio-Economics*, 29(4): 305-340.
- Drotar, D. (1998). *Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: Implications for Research and Practice*, Routledge: Taylor and Francis Group.
- Forjaz, M., C. Rodriguez, A. Ayala, V. Rodriguez, J. Pedro and S. Garcia (2015). "Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain". *European Journal of Internal Medicine*, 2: 54-71.
- Han, K.S., P.S. Lee, S.J. Lee and E. Park (2003). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2): 139-144.
- DiClemente, R. J., Crosby, R. A., & Kegler, M. C. (Eds.). (2009). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research* (2nd ed.). Jossey-Bass/Wiley.
- Lee, F.H. and H.H.A. Wang (2005). "Preliminary Study of a Health-Promoting Lifestyle Among Southeast Asian Women in Taiwan". *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 21: 114-120.
- Imoto, A., A. Matsuyama, B. Ambauen-Berger, and C. Honda (2015). "Health-related quality of life among women in rural Bangladesh after surgical repair of obstetric fistula". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130 (1): 79-83.
- Maglioni, J.L. and L.L. Hayman (2009). "Correlates of physical activity in low income college students". *Research in Nursing & Health*, 32(6): 634-46.
- Mirghafourvand, M., A. Baheiraei, S. Nedjat, E. Mohammadi, S. Mohammadalizadeh Charandabi, and R.A. Majdzadeh (2014). "Population-based study of healthpromoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age". *Health Promotion International*, 30(3):586-94.

- Montazeri, A., M. Vahdaninia, S.J. Mousavi, and S. Omidvari (2009). "The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity". *BMC Public Health*, 9(1): 341.
- Openshaw, KP. (2011). "The Relationship between family functioning, Family Resilience and Quality of Life among Vocational Rehabilitational Clints". (*Doctoral dissertation, Utah State University Logan*) .Retrievedfrom[http:// digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi](http://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi).
- Pender, N., C. Murdaugh, and M. Parsons (2006). *Health Promotion in Nursig Practice*. Boston: Pearson Education Inc.
- Shayan, A., S.Z. Masoumi, F. Shobeiri, S. Tohidi and A. Khalili (2016). "Omparing the effects of agnugol and metformin on oligomenorrhea in patients with polycystic ovary syndrome: A randomized clinical trial". *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(12): 13- 16.
- Smith, M., K. Wallston, and C. Smith (1995). "The development and validation of the Perceived Health Competence Scale". *Health Education Research*, 10(1): 51-64.
- Suraj, S., and A Singh (2011). "Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students". *Indian Journal of Medical Research*, 134(5): 645-52.
- Taechaboonsermsak, P., J. Kaewkungwal, P. Singhasivanon, W. Fungladda and S. Wilaiak (2005). "Causal relationship between health promotion behavior and quality of life in cervical cancer patients undergoing radiotherapy". *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 36(6): 1568-75.
- Walker, S.N., K.R. Sechrist and N.J. Pender (1995). "Health promoting lifestyle profile II". University of Nebraska Medical Center, College of Nursing. Working paper, Omaha, USA.
- Wang, J., X. Ruan (2007). "Health-related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome". *Journal of Practical Obstetrics and Gynecology*, 10: 610-613.
- Ware, J., M. Kosinski, D. Turner-Bowker, B Gandek, Q. Incorporated and N.E.M.C.H.H.A. Lab (2002). "How to score version 2 of the SF-12 health survey (with a supplement documenting version 1)", Quality Metric Inc. Lincoln, RI.
- Watson, D., L.A. Clark and A. Tellegen (1998). "Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales". *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6):1063-70.
- Wei, C.N., K. Harada, K. Ueda, K. Fukumoto, K. Minamoto and A. Ueda (2012). "Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students". *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17(3): 222-27.
- Zhang, S., F. Tao, A. Ueda, C. Wei and J. Fang (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 (6): 458-65.

Original Research Article ■

Evaluation of Quality of Life among Women of Reproductive Ages in Cities of Sistan and Baluchistan Province, Iran: An Application of Pander Health Promotion Model

Masoume Bayat¹, Mansour Sharifi², Ali Pezhan³, Ali Baghaei Saraei⁴, Fariba Shayegan⁵

Abstract This descriptive-analytical study aims to investigate the socio-demographic determinants of the quality of life among women aged 15-49 years in Sistan and Baluchistan Province, Iran, using the Pender's health promotion model on a sample size of 800 cases. The sampling was performed using a multi-stage cluster method, and the data were collected using questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, independent t-test, analysis of variance, and multiple linear regression. The results of the regression models revealed that perceived self-efficacy had the highest predictive power for the variable of the quality of life (Beta=0.288). Other factors predicting the quality of life among the women under study included perceived barriers, health-promoting lifestyle, age, number of children, and perceived emotions, respectively. In total, these six variables predicted 32.8% of the changes in women's quality of life. According to the results of the present study, it can be concluded that the components of the Pender's health promotion model, including perceived self-efficacy, perceived barriers, and health-promoting lifestyle are suitable for predicting women's quality of life.

Keywords Quality of Life, Pender's Health Promotion Model, Perceived Self Efficacy, Women of Reproductive Ages, Sistan and Baluchistan

Received: 2021.02.15

Accepted: 2021.06.24

1 Ph.D. Candidate in Demography, Islamic Azad University (Science and Research Branch), Tehran, Iran, bayat816@yahoo.com

2 Assistant Professor, Department of Social Sciences, Islamic Azad University (Garmsar Branch), Garmsar, Iran, sharifim@ut.ac.ir

3 Assistant Professor in Demography, Islamic Azad University (Tehran Central Branch), Tehran, Iran (Corresponding Author), pezhhan_ali@yahoo.com

4 Assistant Professor in Sociology, Islamic Azad University (Rudehen Branch), Rudehen, Iran, abaghaei@riau.ac.ir

5 Professor, Amin Police Academy, Tehran, Iran. shayegan_fa@yahoo.com

DOI: <https://dx.doi.org/10.22034/jpai.2021.524970.1177>