

## ارتباط بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی در میان زنان میان سال شهر بازرگان

شهلا کمالیان<sup>۱</sup>، علیرضا دیدارلو<sup>۲</sup>، حمیدرضا خلخالی<sup>۳</sup>، مینا ماهری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۱/۲۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۲/۰۴

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** با توجه به تأثیرات منفی تغییرات دوران میان سالی بر روی کیفیت زندگی زنان میان سال، نیاز به شناسایی عواملی وجود دارد که بر روی کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرات مثبت دارند تا در آینده مداخلات خود را بر روی این عوامل متمرکز کنیم. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط بین ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده و کیفیت زندگی زنان میان سال شهر بازرگان انجام شد.

**مواد و روش کار:** مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۱۵۰ زن میان سال ساکن در شهر بازرگان انجام شد. ابزار جمع آموزی اطلاعات پرسشنامه‌ای سه بخشی شامل اطلاعات دموگرافیک، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر و کیفیت زندگی (SF-12) بود که از طریق واتساپ در اختیار نمونه‌ها قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (کولموگروف-اسمیرنوف، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه) انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی به ترتیب  $211.05 \pm 136/96$  و  $60.2 \pm 19/38$  به دست آمد. از بین شش بعد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، دو بعد فعالیت بدنی ( $p < 0.020$ ,  $\beta = 0.215$ ) و رشد معنوی ( $p < 0.020$ ,  $\beta = 0.212$ )، پیش بینی کننده کیفیت زندگی زنان میان سال شهر بازرگان بودند.

**بحث و نتیجه گیری:** وضعیت کیفیت زندگی و سبک زندگی زنان میان سال شهر بازرگان در سطح قابل قبولی نبود. بنابراین سیاست گذاران و مدیران اجرایی عرصه سلامت از این یافته‌ها می‌توانند جهت طراحی و اجرای انواع برنامه‌ها از جمله برنامه‌های آموزشی به منظور بهبود سبک زندگی زنان میان سال شهر بازرگان و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آن‌ها استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** زنان، میان سالی، سبک زندگی، کیفیت زندگی

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره سوم، پی در پی ۱۴۰، خرداد ۱۴۰۰، ص ۲۳۲-۲۲۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۲۳۰

Email: maheri.a@umsu.ac.ir

## مقدمه

و عروقی، تنفسی و سیستم عصبی-ماهیچه ای همراه است. اگر فرد مرحله میان سالی را به خوبی سپری نکند، در گذر به مرحله بعدی چرخه زندگی یعنی سالمندی آمادگی لازم را نخواهد داشت (۲). میان سالی به عنوان دوره گذار محدود سنی ۶۰-۴۰ سال را شامل می‌شود (۱)، البته در برنامه ملی سلامت میان سالان ایران، این محدوده سنی ۵۹-۳۰ سال در نظر گرفته می‌شود (۳). بر اساس آخرین سرشماری مرکز آمار ایران حدود ۱۶/۸ میلیون نفر از مردان

میان سالی<sup>۵</sup> دوره‌ای از زندگی است که پس از جوانی و پیش از سالمندی است، این مرحله از حیات طولانی‌ترین و بارورترین دوره زندگی فرد محسوب می‌گردد و افراد طی این دوره با تغییرات مختلف فیزیولوژیکی و جسمانی، شناختی و اجتماعی مواجه می‌شوند (۱). در این دوره تقریباً نیمی از زندگی فرد سپری شده و بالا رفتن سن، با کاهش ظرفیت جسمی و ذهنی، اختلال و بدتر شدن وضعیت قلبی

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۳</sup> استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> استادیار گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده

مسئول)

<sup>۵</sup> Middle-age

عوامل متعددی بر کیفیت زندگی و ابعاد آن تأثیر می‌گذارد که از آن جمله می‌توان به سبک زندگی<sup>۳</sup> اشاره کرد (۱۲). بر اساس پژوهش‌های انجام‌گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت، حدود ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامتی افراد به سبک زندگی و رفتارهای فردی آن‌ها بستگی دارد (۵). سبک زندگی فعالیت‌های معمول و روزمره‌ای است که توسط افراد در زندگی پذیرفته شده‌اند، به‌طوری‌که این فعالیت‌ها می‌تواند بر سلامتی افراد تأثیر بگذارد (۱۲). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، یک زیرمجموعه از سبک زندگی کلی می‌باشد و شامل الگویی چندبعدی از رفتارهای خودجوش می‌باشد که برای حفظ و ارتقاء سلامت، خودشکوفایی و کمال فردی به کار می‌رود. ۶ جزء مهم آن شامل روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود، رشد معنوی، مدیریت استرس، تغذیه و فعالیت بدنی است (۱۲). طبق یک متاآنالیز مبتنی بر ۱۵ مطالعه کوهورت، داشتن یک سبک زندگی سالم با کاهش ۶۶ درصدی مرگ‌ومیر همراه است (۵). با انتخاب یک سبک زندگی سالم فرد تلاش می‌کند تا سلامتی خود را حفظ و ارتقاء دهد و از طریق داشتن رژیم غذایی سالم و مناسب، فعالیت بدنی، کنترل وزن بدن، اجتناب از سیگار کشیدن و نوشیدن الکل و... از بروز بیماری‌ها پیشگیری کند (۱۲، ۱۳). اهمیت سبک زندگی به میزان زیادی به دلیل تأثیر آن بر کیفیت زندگی و جلوگیری از بیماری‌ها است و رفتارهای ارتقادهنده سلامت به‌ویژه هنگامی که در یک سبک زندگی سالم که همه جنبه‌های زندگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، ادغام شوند، می‌توانند منجر به بهبود سلامتی، افزایش توانایی عملکردی و کیفیت بهتر زندگی در تمام مراحل زندگی از جمله میان‌سالی شوند (۱۲، ۱۳). با توجه به مطالب گفته‌شده، مطالعه حاضر باهدف "تعیین ارتباط بین ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده و کیفیت زندگی در میان زنان میانسال شهر بازرگان" انجام گرفت تا با شناسایی ابعادی از سبک زندگی که بیشتر تأثیر را بر روی کیفیت زندگی زنان میانسال شهر بازرگان دارند و ادغام این ابعاد در مداخلاتی که در آینده باهدف بهبود کیفیت زندگی آن‌ها طراحی و اجرا خواهند شد، به افزایش اثربخشی این مداخلات کمک کنیم و به این صورت گامی در جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامتی زنان میانسال برداریم.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری کلیه زنان میانسال تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی شهر

و ۱۶/۵ میلیون نفر از زنان ایرانی در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال قرار دارند، به‌عبارت‌دیگر از حدود ۸۰ میلیون جمعیت کشور ایران ۳۳/۳ میلیون نفر در گروه سنی میانسال قرار گرفته‌اند که این رقم قابل توجه هست و ناتوانی یا مرگ آن‌ها می‌تواند بر جنبه‌های مختلف رشد و توسعه کشور تأثیر منفی بگذارد (۴).

در این میان، زنان در مقایسه با مردان، تغییرات بیشتری را در حیطه‌های مختلف جسمانی و روانی تجربه می‌کنند. از جمله این تغییرات شامل ظهور موهای سفید، ایجاد چین‌وچروک در صورت، ضعف بینایی، کاهش توانایی جسمی، بی‌تحریکی، افزایش وزن، خلق‌وخوی منفی و غیره است. در نتیجه در معرض کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس عدم کنترل بر زندگی، کاهش احساس خوب بودن و ارزشمندی و افزایش میزان افسردگی و مشکلات روانی قرار دارند (۷-۵). از طرف دیگر یائسگی بحرانی‌ترین اتفاق در میان‌سالی است و عوارض جسمی و روانی زیادی به دنبال دارد. از جمله پوکی استخوان، گرگرفتگی، بی‌خوابی، مشکلات شناختی، اختلال در عملکرد جنسی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری‌های ریوی، فشارخون بالا، کم‌خونی و اختلالات تیروئیدی. این عوارض می‌توانند در زندگی زنان میانسال اختلال ایجاد کنند و باعث آسیب‌های روانی در میان آن‌ها شوند. بنابراین می‌تواند گفت که پدیده یائسگی عوارض میان‌سالی را تشدید می‌کند (۸، ۵، ۲). در نهایت همه این تغییرات نه‌تنها بر کیفیت زندگی<sup>۱</sup> زنان میانسال تأثیر منفی می‌گذارد، بلکه منجر به افزایش ناتوانی و مرگ‌ومیر در میان آن‌ها می‌شود (۲). یکی از مقوله‌های مهم کیفیت زندگی زنان میانسال، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی<sup>۲</sup> می‌باشد. تعریف کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی عبارت است از ارزیابی ذهنی فردی از وضعیت سلامت کنونی، مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت‌های ارتقادهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد تا اهداف ارزشمند زندگی‌اش را دنبال کند (۹). در دهه گذشته ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در تحقیقات پزشکی کاربرد چشمگیری داشته است و در حال حاضر کیفیت زندگی به‌عنوان شاخصی برای ارزیابی وضعیت سلامت به کار می‌رود (۱۱، ۱۰). با توجه به تأثیرات منفی تغییرات دوران میان‌سالی بر کیفیت زندگی زنان میانسال و ابعاد مختلف آن، یکی از اهداف مهم مراقبتی در میان آن‌ها باید ارتقای کیفیت زندگی باشد. برای رسیدن به این هدف ما نیاز به شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آن‌ها داریم تا مداخلات خود را بر عواملی که بیشترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی زنان میانسال دارند، متمرکز کنیم.

داشتن هرگونه سؤالی در ارتباط با آیتم‌های موجود در پرسشنامه‌ها، با پژوهشگر تماس بگیرند و پژوهشگر در هر ساعتی از شبانه‌روز متعهد به پاسخگویی بود. بدین‌صورت پرسشنامه‌ها به‌صورت خود گزارش دهی و به کمک پرسشگر تکمیل شدند.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، قومیت و وضعیت اقتصادی خانواده بود. پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ۵۲ سؤالی والکر و همکاران نیز برای ارزیابی سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی زنان میان‌سال تحت بررسی مورد استفاده قرار گرفت (۱۴). این پرسشنامه با مقیاسی از لیکرت ۴ درجه‌ای (۱ = هرگز، ۲ = برخی اوقات، ۳ = اغلب و ۴ = همیشه)، نمره‌گذاری می‌شود و دارای ۶ بعد شامل: مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود (۹ آیتم)، فعالیت بدنی (۸ آیتم)، تغذیه (۹ آیتم)، رشد معنوی (۹ آیتم)، روابط بین فردی (۹ آیتم) و مدیریت استرس (۸ آیتم) می‌باشد. نمره آزمودنی در هر بعد از جمع نمره پاسخ‌های داده‌شده توسط وی به سؤالات همان بعد به دست می‌آید. نمره کل آزمودنی نیز نمره‌ای است که از جمع پاسخ‌های داده‌شده توسط وی به همه ۵۲ سؤال به دست می‌آید. محدوده نمره قابل اکتساب از کل پرسشنامه بین ۵۲ تا ۲۰۸ است. نمره بالاتر بیانگر وضعیت بهتر آزمودنی از نظر سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی می‌باشد (۱۴، ۱۵). بر اساس نقطه برش این مقیاس، کسب ۹۷ درصد نمره و بالاتر یعنی ۲۰۸-۲۰۱/۷۸ امتیاز جزء دسته‌بندی خوب، کسب ۹۷-۷۵ درصد یعنی ۲۰۱-۱۵۰/۷ امتیاز جزء دسته‌بندی قابل‌قبول (متوسط) و کمتر از این مقدار جزء دسته‌بندی ضعیف قرار می‌گیرد (۱۶). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر، در ایران توسط محمدی زیدی و همکارانش سنجیده شد (۱۵). ضریب آلفای کرونباخ برای مسئولیت‌پذیر در قبال سلامتی خود (۰/۸۶)، برای فعالیت بدنی (۰/۷۹)، برای تغذیه (۰/۸۱)، برای رشد معنوی (۰/۶۴)، برای روابط بین فردی (۰/۷۵)، برای مدیریت استرس (۰/۹۱) و برای کل پرسشنامه (۰/۸۲) به دست آمد. روایی محتوا به‌صورت کیفی توسط پانل خبرگان که متشکل از مجموعه‌ای از کارشناسان و افراد متخصص در زمینه موضوع تحقیق بودند، انجام شد. تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز به‌منظور سنجش روایی سازه به کار برده شد و یافته‌ها نشان داد که تحلیل عاملی تأییدی بر اساس مدل ۶ عاملی به‌دست‌آمده از تحلیل عامل اکتشافی، برازش مناسبی با داده‌های حاصله دارد (۱۵). پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12) فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) می‌باشد که در

بازرگان از استان آذربایجان غربی بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۳۰ تا ۵۹ سال، داشتن حداقل سواد ابتدایی، دسترسی به تلفن همراه مجهز به برنامه پیام‌رسان واتساپ و همچنین توانایی استفاده از این فن‌آوری توسط خود نمونه‌ها و یا توسط یکی از اعضای خانواده آن‌ها، نداشتن بیماری شدید جسمی و یا روانی و رضایت داشتن جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. با توجه به مطالعه مشابه قبلی انجام‌شده (۱۲) و ضریب همبستگی بین میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی برابر با ۰/۳۳، سطح اطمینان آماری ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات همبستگی، حداقل تعداد حجم نمونه مورد نیاز ۹۲ برآورد شد. در ادامه جهت افزایش توان مطالعه و با توجه به ریزش‌های احتمالی، تعداد نمونه‌ها ۱۵۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \left[ \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{c} \right]^2 + 3 = \left[ \frac{1.960 + 1.282}{0.3431} \right]^2 + 3 = 92$$

حدود اعتماد ضریب همبستگی  $c = \frac{1}{2} \ln \left[ \frac{1+r}{1-r} \right]$

جهت نمونه‌گیری در ابتدا لیستی از زنان میان‌سال که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و تحت پوشش دو پایگاه بهداشتی تابعه مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی شهر بازرگان بودند، تهیه شد. لیست اسامی در هر پایگاه درون یک کاسه ریخته شد و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از هر پایگاه بهداشتی، ۷۵ زن میان‌سال به‌صورت قرعه‌کشی انتخاب شدند. در ادامه طی یک تماس تلفنی با نمونه‌های انتخاب‌شده، هدف مطالعه به آن‌ها توضیح داده شد و از نمونه‌هایی که رضایت به همکاری خود را به‌صورت شفاهی اعلام می‌کردند درخواست شد تا برای تسهیل در دسترسی و انجام پیگیری‌های بعدی، شماره تلفن همراه خود را در اختیار پژوهشگر قرار دهند. در طی دومین تماس جهت جلب اعتماد و همکاری، توضیح کافی به نمونه‌ها در مورد هدف مطالعه و روش کار داده شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که مشارکت آن‌ها در مطالعه کاملاً داوطلبانه می‌باشد و در صورت عدم تمایل می‌توانند از مطالعه خارج شوند و همچنین اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه نزد محقق خواهد ماند. در نهایت پس از اخذ رضایت آگاهانه به‌صورت شفاهی، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر<sup>۱</sup> و کیفیت زندگی (SF-12)<sup>۲</sup> از طریق واتساپ در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا تکمیل کنند. لازم به توضیح است که قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، با نمونه‌ها هماهنگی به عمل آمد تا در صورت

<sup>3</sup> 36-Item Short-Form Health Survey; SF-36

<sup>1</sup> Health-Promoting Lifestyle Profile, HPLP-II

<sup>2</sup> 12-Item Short Form Health Survey; SF-12

کلیه شاخص‌های برازش در حد قابل قبول هستند و مدل را تأیید می‌کنند (۱۷). لازم به توضیح است که در مطالعه حاضر از نسخه فارسی پرسشنامه‌های ذکر شده که قبلاً روایی و پایایی آن‌ها در ایران بررسی و تأیید شده بود (۱۵، ۱۷)، استفاده شد. از این رو روایی و پایایی پرسشنامه‌های استفاده شده مجدد بررسی نشد. در نهایت داده‌های به دست آمده در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و تحلیلی شامل کولموگروف-اسمیرنوف (جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها)، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه با روش ورودی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و نتایج در سطح آماری ( $p < 0.05$ ) معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میزان مشارکت در این مطالعه حدود ۹۸/۷ درصد و میانگین سنی افراد تحت بررسی  $36/93 \pm 6/47$  سال بود. اکثریت واحدهای پژوهش متأهل (۹۱/۹ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم (۳۰/۴ درصد)، خانه دار (۸۱/۱ درصد)، از نظر قومیت ترک (۸۲/۴ درصد)، و از نظر وضعیت اقتصادی در سطح متوسط (۵۷/۴ درصد)، بودند (جدول ۱).

سال ۲۰۰۸ روایی و پایایی گونه فارسی آن توسط منتظری و همکاران در ایران مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج نشان داد که این پرسشنامه از روایی و پایایی لازم برخوردار است (۱۷). این پرسشنامه ۱۲ سؤالی به دو بعد اصلی سلامت جسمانی (شامل ۶ سؤال) و سلامت روانی (شامل ۶ سؤال) تقسیم بندی شده است. سلامت جسمانی شامل ابعاد فرعی: عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی، درد سلامت عمومی، درد جسمانی و سلامت روانی شامل ابعاد فرعی: محدودیت نقش به علت مشکلات روحی-روانی، انرژی و زنده دلی، وضعیت ذهنی و عملکرد اجتماعی می‌باشد (۱۷). محدوده نمره قابل اکتساب در دو بعد اصلی سلامت جسمانی و روانی و کل پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ است. نمره بالاتر بیانگر وضعیت کیفیت زندگی بهتر است. بر اساس نقطه برش این مقیاس، کسب نمره ۵۰ و کمتر نشان دهنده وضعیت ضعیف، ۵۱ تا ۷۵ نشان دهنده وضعیت متوسط، ۷۶ و بالاتر نشان دهنده وضعیت خوب می‌باشد (۱۸، ۱۹). در مطالعه منتظری و همکاران مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد سلامت جسمانی و روانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به دست آمد. برای تعیین روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و نتایج تحلیل عاملی تأییدی مؤید این بود که

جدول (۱): فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک زنان میان سال تحت بررسی

درصد	فراوانی	متغیر کیفی
۸/۱	۱۲	وضعیت تأهل مجرد
۹۱/۹	۱۳۶	متأهل
۲۲/۳	۳۳	میزان تحصیلات ابتدایی
۲۳/۰	۳۴	راهنمایی
۳۰/۴	۴۵	دیپلم
۲۴/۳	۳۶	دانشگاهی
۸۱/۱	۱۲۰	وضعیت اشتغال خانه‌دار
۱۶/۹	۲۵	کارمند دولتی
۲/۰	۳	کارگر
۰/۰	۰	شغل آزاد
۸۲/۴	۱۲۲	قومیت ترک
۱۷/۶	۲۶	کرد
۱۶/۹	۲۵	وضعیت اقتصادی ضعیف
۵۷/۴	۸۵	متوسط
۲۵/۷	۳۸	خوب
۰/۰	۰	عالی
انحراف معیار	میانگین	متغیر کمی
۶/۴۷	۳۶/۹۳	سن (سال)

به دست آمده مربوط به بعد فعالیت بدنی (کسب حدود ۴۲/۱۰ نمره از ۱۰۰) بود. زنان میان سال تحت بررسی حدود ۶۵/۸۵ درصد از کل نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را کسب کرده بودند که این مقدار کمی پایین تر از سطح متوسط است. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی آن‌ها ۶۰/۰۲±۱۹/۳۸ به دست آمد که نشان دهنده وضعیت متوسط می باشد (جدول ۲).

در جدول شماره ۲ میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کلی و ابعاد آن شامل (مسئولیت پذیری در قبال سلامتی خود، فعالیت بدنی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس) و همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن شامل (سلامت جسمانی و روانی) گزارش شده است. از بین ۶ بعد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، کمترین میانگین نمره

**جدول (۲): میانگین و انحراف معیار سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی در افراد تحت بررسی**

ابعاد	میانگین ± انحراف معیار	محدوده نمره قابل کسب	محدوده نمره کسب شده	نمره کسب شده از ۱۰۰
مسئولیت پذیری در قبال سلامتی خود	۲۴/۷۸±۵/۶۹	۹-۲۶	۱۱-۲۶	۶۸/۸۴±۱۵/۸۱
فعالیت بدنی	۱۳/۴۷±۵/۰۱	۸-۳۲	۸-۲۹	۴۲/۱۰±۱۵/۶۶
تغذیه	۲۶/۶۴±۴/۶۰	۹-۳۶	۱۶-۳۶	۷۴/۰۱±۱۲/۷۸
رشد معنوی	۲۷/۸۵±۴/۹۲	۹-۳۶	۱۲-۳۶	۷۷/۳۶±۱۳/۶۸
روابط بین فردی	۲۶/۱۲±۵/۰۵	۹-۳۶	۹-۳۶	۷۲/۵۶±۱۴/۰۴
مدیریت استرس	۱۸/۰۲±۴/۴۹	۸-۳۲	۹-۳۰	۵۶/۳۳±۱۴/۰۶
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کل	۱۳۶/۹۶±۲۱/۰۵	۵۲-۲۰۸	۸۱-۱۹۶	۶۵/۸۵±۱۰/۱۲
خلاصه سنجش جسمانی	۶۰/۹۸±۲۳/۸۸	۰-۱۰۰	۸/۳۳-۱۰۰	۶۰/۹۸±۲۳/۸۸
خلاصه سنجش روانی	۵۹/۰۶±۲۰/۱۷	۰-۱۰۰	۱۴/۱۷-۹۶/۶۷	۵۹/۰۶±۲۰/۱۷
کیفیت زندگی کل	۶۰/۰۲±۱۹/۳۸	۰-۱۰۰	۱۱/۲۵-۹۴/۱۷	۶۰/۰۲±۱۹/۳۸

سلامت کلی و ابعاد آن با میانگین نمره کیفیت زندگی کلی همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد، به طوری که با افزایش نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کلی و ابعاد آن در میان زنان میان سال تحت بررسی، نمره کیفیت زندگی کلی آن‌ها نیز افزایش می یافت (جدول ۳).

با توجه به اینکه تعیین ضریب همبستگی، پایه تجزیه و تحلیل روابط علی است، پیش از انجام آزمون رگرسیون خطی چندگانه، رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن با کیفیت زندگی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد (۲۰). یافته‌ها نشان داد که بین میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده

**جدول (۳): جدول همبستگی بین کیفیت زندگی با ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت**

ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	r	p-value
مسئولیت پذیری در قبال سلامتی خود	۰/۲۳۸	۰/۰۰۴
فعالیت بدنی	۰/۳۵۰	۰/۰۰۱
تغذیه	۰/۳۸۲	۰/۰۰۱
رشد معنوی	۰/۳۹۱	۰/۰۰۱
روابط بین فردی	۰/۲۹۰	۰/۰۰۱
مدیریت استرس	۰/۳۹۳	۰/۰۰۱
کل	۰/۴۵۵	۰/۰۰۱

و رشد معنوی هرکدام مستقل از تأثیر سایر عوامل، دارای ارتباط مثبت و از نظر آماری معنی‌دار با کیفیت زندگی بودند. ۶ بعد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت روی هم ۳۳/۵ درصد از واریانس (تغییر) کیفیت زندگی را در میان زنان میان‌سال شهر بازرگان پیش‌بینی می‌کردند (جدول ۴).

ضرایب رگرسیونی عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بر اساس ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نشان داد که ۲ بعد فعالیت بدنی ( $p < 0/020$ ) و رشد معنوی ( $\beta = 0/215$ ) و رشد معنوی ( $p < 0/020$ )، به ترتیب بیشترین میزان تأثیر، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان میان‌سال شهر بازرگان هستند. به طوری که فعالیت بدنی

**جدول (۴):** برآورد ضرایب رگرسیونی × کیفیت زندگی افراد تحت بررسی بر حسب ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

R2	p	t	ضرایب استاندارد نشده		سازه	
			خطای معیار	بتا (B)		
	۰/۵۲۲	-۰/۶۴۲	-۰/۰۶۱	۳/۸۳۴	-۲/۴۶۲	مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود
	۰/۰۲۰	۲/۳۵۳	۰/۲۱۵	۴/۲۴۱	۹/۹۷۶	فعالیت بدنی
۰/۳۳۵	۰/۱۲۵	۱/۵۴۵	۰/۱۳۱	۴/۲۸۶	۶/۶۲۲	تغذیه
	۰/۰۲۰	۲/۳۵۸	۰/۲۱۲	۴/۲۴۱	۱۰/۰۰۱	رشد معنوی
	۰/۲۲۸	۱/۲۱۰	۰/۱۱۰	۴/۱۸۶	۵/۰۶۷	روابط بین فردی
	۰/۳۲۲	۰/۹۹۳	۰/۱۰۹	۵/۶۷۳	۵/۶۳۵	مدیریت استرس

× تطبیق یافته بر اساس سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، قومیت، وضعیت اقتصادی

با توجه به جایگاه ویژه زنان در خانواده و جامعه و وظایفی که بر عهده دارند، این وضعیت غیرقابل قبول می‌باشد و وضعیت کیفیت زندگی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان میان‌سال شهر بازرگان نیازمند بهبود و تقویت می‌باشد. علم آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت یک ابزار قدرتمند برای بهبود کیفیت زندگی است و به منظور بهبود کیفیت زندگی زنان میان‌سال نیز می‌توان از این علم بهره برد. آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت از طریق تأثیرگذاری بر روی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۵،۲۲). بنابراین با طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در زمینه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در میان زنان میان‌سال، در عین تأثیرگذاری مستقیم و بهبود سبک زندگی آن‌ها، می‌توان به صورت غیرمستقیم کیفیت زندگی آن‌ها را نیز بهبود بخشید. همچنین به منظور افزایش اثربخشی مداخلات سبک زندگی در میان زنان میان‌سال، توصیه می‌شود که این مداخلات بیشتر با تمرکز بر آن دسته از ابعاد سبک زندگی که پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان میان‌سال هستند، طراحی و اجرا شوند.

همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، از بین شش بعد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، دو بعد فعالیت فیزیکی و رشد معنوی به ترتیب بیشترین میزان تأثیر، پیش‌بینی کننده کیفیت

## بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، زنان میان‌سال شهر بازرگان از نظر وضعیت کیفیت زندگی در سطح متوسط (۱۸،۱۹) و از نظر وضعیت سبک زندگی ارتقادهنده سلامت پایین‌تر از سطح متوسط قرار داشتند (۱۶). بسیاری از مطالعات انجام‌شده در زمینه وضعیت کیفیت زندگی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان میان‌سال ایرانی همسو با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد (۵،۱۲،۲۱). به‌عنوان مثال در مطالعه انجام‌شده توسط امیرآبادی زاده و همکاران، میانگین نمره کیفیت زندگی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان میان‌سال شهر بیرجند به ترتیب  $14/28 \pm 56/47$  و  $19/18 \pm 124/42$  به‌دست‌آمده (۱۲)، اگرچه این میانگین نمرات در مقایسه با میانگین نمره کیفیت زندگی و سبک زندگی زنان میان‌سال شهر بازرگان کمی پایین‌تر است، ولی بر اساس تقسیم‌بندی انجام‌شده از وضعیت کیفیت زندگی و سبک زندگی به صورت خوب، متوسط و ضعیف، کیفیت زندگی در سطح متوسط و سبک زندگی پایین‌تر از سطح متوسط قرار می‌گیرد (۱۶،۱۸،۱۹) و هم‌راستا با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. در مطالعه انجام‌شده توسط کریملو و همکاران نیز وضعیت کیفیت زندگی زنان میان‌سال در سطح متوسط و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت پایین‌تر از سطح متوسط قرار داشت (۵).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر چهار بعد دیگر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت شامل مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود، تغذیه، روابط بین فردی و مدیریت استرس، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی نبودند. به دلیل کمبود مطالعات انجام‌شده در زمینه ارتباط بین ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با کیفیت زندگی در میان زنان میان‌سال، جهت مقایسه، توضیح و توجیه این یافته می‌توان به نتایج سایر مطالعاتی که در این زمینه بر روی گروه‌های هدف دیگر انجام شده‌اند، اشاره کرد (۲۹-۲۳،۲۶). در این مطالعات نیز از بین ۶ بعد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، ابعادی که به‌عنوان فاکتورهای پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی گزارش شده‌اند، متفاوت هستند. به‌عنوان مثال رخشانی و همکاران در مطالعه خود بر روی سالمندان (رشد معنوی، فعالیت بدنی و مدیریت استرس)، Zhang و همکاران در مطالعه بر روی افراد بازنشسته (رشد معنوی، فعالیت بدنی و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود)، میرغفوروند و همکاران در مطالعه بر روی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک (رشد معنوی، مدیریت استرس و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود)، Mak و همکاران در مطالعه بر روی دانشجویان پرستاری (رشد معنوی، فعالیت بدنی، مدیریت استرس و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود) و همچنین بشر پور و همکاران در مطالعه بر روی زنان باردار (تنها روابط بین فردی) را به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های کیفیت زندگی گزارش کرده‌اند (۲۹-۲۳،۲۶).

این یافته‌های متفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت در ماهیت و ویژگی‌های جامعه آماری تحت بررسی و تفاوت در تعداد نمونه‌ها باشد. بنابراین به‌منظور کسب یافته‌های دقیق‌تر در این زمینه، انجام مطالعات بیشتر در میان زنان میان‌سال سایر شهرها و بخش‌های مختلف کشور و البته با تعداد نمونه‌های زیادتر توصیه می‌شود. ازجمله نقاط قوت مطالعه حاضر این است که با توجه به کمبود مطالعات در زمینه ارتباط بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی زنان میان‌سال، این مطالعه می‌تواند پایه و اساسی باشد برای مطالعات آینده به‌خصوص مطالعات مداخله‌ای که باهدف بهبود کیفیت زندگی زنان میان‌سال طراحی و اجرا خواهند شد. ازجمله محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که به دلیل کم بودن تعداد نمونه‌ها، روابط مشاهده‌شده بین ابعاد سبک زندگی و کیفیت زندگی ممکن است از نظر روابط علیتی ضعیف باشد. به‌علاوه با توجه به ماهیت نمونه‌های مورد مطالعه، این احتمال وجود دارد که زنان میان‌سال در شهرهای دیگر روندهای متفاوتی نسبت به نمونه‌های این مطالعه نشان دهند. بنابراین انجام مطالعات مشابه در سایر شهرها و بخش‌های مختلف کشور و با تعداد نمونه بیشتر توصیه می‌شود. همچنین جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت مجازی و از طریق

زندگی زنان میان‌سال شهر بازرگان بودند. به‌طوری‌که با افزایش میانگین نمره فعالیت بدنی و رشد معنوی، میانگین نمره کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یافت. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعه انجام‌شده توسط رخشانی و همکاران (۲۳) و رضایی پندری و همکاران (۲۴) نیز فعالیت فیزیکی پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بود. در مطالعات متعدد دیگر نیز ارتباط بین فعالیت فیزیکی با بهبود کیفیت زندگی نشان داده شده است (۲۵،۲۶). بر این اساس می‌توان گفت که هرچقدر میزان فعالیت فیزیکی فرد افزایش یابد، کیفیت زندگی وی بهبود خواهد یافت. از طرف دیگر نداشتن تحرک و فعالیت فیزیکی به‌عنوان یک عامل عمده خطر بیماری‌ها، یک چالش اصلی مرتبط با سلامتی زنان میان‌سال است (۱۲)، بنابراین با توجه به اهمیت فعالیت فیزیکی در بهبود وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی و همچنین با توجه به پایین بودن سطح فعالیت فیزیکی زنان میان‌سال شهر بازرگان در مقایسه با سایر ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، طراحی و اجرای انواع مداخلات آموزشی و ارتقاء سلامتی باهدف ارتقای سطح فعالیت فیزیکی آن‌ها لازم و ضروری است. اهداف آموزشی در این مداخلات می‌تواند شامل آشنا ساختن زنان میان‌سال با اهمیت فعالیت فیزیکی و همچنین نقش فعالیت بدنی در داشتن زندگی سالم و کیفیت زندگی بالا باشد. در کنار موارد ذکرشده، آموزش انواع حرکات و فعالیت‌های ورزشی برای انجام دادن آن‌ها در منزل یا مکان‌های ورزشی توسط زنان میان‌سال و همچنین فراهم کردن شرایط دسترسی زنان به امکانات ورزشی عمومی نیز حائز اهمیت است. رشد معنوی دومین عامل قوی در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان میان‌سال تحت بررسی بود و افرادی که رشد معنوی بالاتری داشتند، کیفیت زندگی بهتری را گزارش کرده بودند. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعات انجام‌شده توسط رخشانی و همکاران (۲۳)، میرغفوروند و همکاران (۲۷)، Li و همکاران (۲۵) و همچنین Zhang و همکاران (۲۶) نیز رشد معنوی پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بود. با توجه به پیشینه فرهنگی و مذهبی در ایران و اینکه با افزایش سن تمایلات مذهبی و معنوی افراد نیز افزایش می‌یابد، اهمیت و نقش رشد معنوی در پیش‌بینی کیفیت زندگی دور از انتظار نیست. شواهد علمی دقیقی وجود دارد که نشان می‌دهد پرورش و تقویت روح و روان و اعتقادات مذهبی در تقویت سلامت جسمی و روانی و همچنین در بهبود کیفیت زندگی نقش دارند (۲۶). بنابراین طراحی و اجرای انواع مداخلات باهدف افزایش رشد معنوی زنان میان‌سال اهمیت دارد. در این راستا استفاده از پتانسیل مکان‌ها، ایام و آیین‌های مذهبی و همچنین فراهم کردن زمینه مشارکت زنان در مراسمات معنوی در تقویت این بعد از سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و در پی آن تقویت کیفیت زندگی بسیار مؤثر خواهد بود.

واتس‌آپ، یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. این امر نیز می‌تواند تعمیم‌یافته‌های مطالعه حاضر را محدود نماید.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که وضعیت کیفیت زندگی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان میانسال شهر بازرگان در سطح قابل‌قبولی نیست. بنابراین پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی عرصه سلامت از یافته‌های مطالعه حاضر جهت اخذ تصمیمات مناسب و همچنین جهت طراحی و اجرای انواع برنامه‌ها و مداخلات به‌منظور بهبود سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان میانسال شهر بازرگان و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آن‌ها، بهره ببرند. مداخلات آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت نمونه‌ای از این مداخلات می‌باشد که با تأثیرگذاری بر روی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، می‌تواند کیفیت زندگی افراد مختلف از جمله زنان میانسال را بهبود بخشد.

همچنین پیشنهاد می‌شود که به هنگام طراحی مداخلات مرتبط با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت جهت تأثیرگذاری و بهبود کیفیت زندگی زنان میانسال شهر بازرگان، تمرکز اصلی بر آن دسته از ابعاد سبک زندگی باشد که پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشند. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر ۲ بعد فعالیت فیزیکی و رشد معنوی پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی زنان میانسال شهر بازرگان بودند، از این رو پیشنهاد می‌شود که این ۲ بعد در تمام مداخلات سبک زندگی که باهدف بهبود کیفیت زندگی زنان میانسال شهر بازرگان طراحی و اجرا می‌شوند، ادغام گردند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از یافته‌های پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق (IR.UMSU.REC.1399.239) می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مسئولین محترم مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی شهر بازرگان و بانوان میانسال این شهر که جامعه مطالعه ما را تشکیل می‌دادند و در مطالعه ما مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

**تأییدیه اخلاقی:** ابزار گردآوری اطلاعات فاقد هرگونه نام و نام خانوادگی بود، به آن‌ها اطمینان داده شد که مشارکت آن‌ها در مطالعه کاملاً داوطلبانه می‌باشد و در صورت عدم تمایل می‌توانند از مطالعه خارج شوند، به واحدهای پژوهش تهمید داده شد که تمام اطلاعات ثبت‌شده در پرسشنامه‌ها کاملاً محرمانه خواهند ماند و نتایج فقط به‌صورت کلی گزارش خواهند شد.

**تعارض منافع:** نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

**منابع مالی:** معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه این مطالعه را حمایت مالی کرده است.

### References:

1. Lachman ME, Teshale S, Agrigoroaei S. Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *Int J Behav Dev* 2015;39(1):20-31.
2. Emdadi S, Hazavehei SMM, Soltanian A, Bashirian S, Heidari Moghadam R, Farhadian M, et al. The Study of the Impact of Model Based Education on Midlife Women's Physical Activity in Hamadan. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2018; 25 (5): 154 -62. (Persian)
3. Khodajoo F, Noktehdan H, Kazemnejad A, Pashaeypoor Sh. Effect of an educational program based on BASNEF model on nutrition in women aged 30-59 years. *Hayat* 2019; 24(4): 310-21. (Persian)
4. Statistical Center of Iran. National population and housing Census 2016 (1395). Tehran: The President's Office Deputy of Strategic Planning and Control, 2016. Available at: <http://www.amar.org.ir>
5. Karimlou V, Charandabi SM, Malakouti J, Mirghafourvand M. Effect of counselling on health-promoting lifestyle and the quality of life in Iranian middle-aged women: a randomised controlled clinical trial. *BMC Health Serv Res* 2019; 19(1):1-9.
6. Abbasi M, Miri MR, Moasheri BN. Physical activity training and middle-aged females' quality of life. *Mod Care J* 2016;13(1):1-7.
7. Mahdipour N, Shahnazi H, Hassanzadeh A, Sharifirad G. The effect of educational intervention on health



- promoting lifestyle: Focusing on middle-aged women. *J Educ Health Promot* 2015;4 (51):1-5.
8. de Azevedo Guimarães AC, Baptista F. Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *Int J Womens Health* 2011;3:319-28.
  9. Hosseini SH, Rajabzadeh R, Rezazadeh H, Almasi Hashiani A, Haresabadi M. Health-related quality of life in students of North khorasan University of Medical Sciences in 2011. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2014;5(5):1121-7. (Persian)
  10. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1(40):1-8.
  11. Romero M, Vivas-Consuelo D, Alvis-Guzman N. Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation?. *Springer Plus* 2013;2(664):1-7.
  12. Amirabadizadeh Z, Sharifzadeh GH, Moodi M. Middle-Aged Women's Quality of Life and Health-Promoting Lifestyle. *Mod Care J* 2016; 13(3): 1-7.
  13. Li Y, Pan A, Wang DD, Liu X, Dhana K, Franco OH, et al. Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation* 2018;138(4):345-55.
  14. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 1987; 36(2):76-81.
  15. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 102-13.
  16. Kalroozi F, Pishgooie A, Taheriyani A, Khayat S, Faraz R. Health-promoting behaviours and related factors among nurses in selected military hospitals. *Mil Caring Sci* 2015;1(2):73-80. (Persian)
  17. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC public health* 2009;9(341):1-10.
  18. Provencher V, Sirois MJ, Émond M, Perry JJ, Daoust R, Lee JS, et al. Frail older adults with minor fractures show lower health-related quality of life (SF-12) scores up to six months following emergency department discharge. *Health Qual Life Outcomes* 2016; 14(1):1-10.
  19. Adib-Hajbaghery M, Abasimia M. Assessing Quality of life of elders with femoral neck fractures, using SF36 and EQ5D. *Iran J Nurs Res* 2010; 4(15):71-9.
  20. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Sage publications; 2016. P.334.
  21. Ebrahimi M, Mogaddam Tabrizi F. The effect of group counseling on health promotion behavior in middle-aged women who referred to border health centers of Urmia in 2017. *Nurs Midwifery J* 2019;16(10):749-59.
  22. Momenabadi V, Kaveh MH, Nakhaee N, Karimzadeh Shirazi K, Dastoorpoor M, Sedighi B. Effect of Educational Intervention Based on Health-Promoting Self-Care Behaviors Model on Quality of Life, Resilience, and Sense of Coherence in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial. *Iran Red Crescent Med J* 2019; 21(12):1-15.
  23. Rakhshani T, Shojaiezadeh D, Lankarani KB, Rakhshani F, Kaveh MH, Zare N. The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(9):1-6.
  24. Rezaeipandari H, Morowatisharifabad M A, Niknahad S, Rahmanipour F. Relationship between Lifestyle and Quality of Life in Older Adults Yazd City, Iran. *Elder Health J* 2015; 1 (2):91-7.
  25. Li J, Yu J, Chen X, Quan X, Zhou L. Correlations between health-promoting lifestyle and health-

- related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. *Medicine* 2018; 97(25):1-7.
26. Zhang SC, Tao FB, Ueda A, Wei CN, Fang J. The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern China. *Environ Health Prev Med* 2013;18(6):458-65
27. Mirghafourvand M, Charandabi SM, Lak TB, Aliasghari F. Relationship between health-promoting lifestyle and quality of life in women with polycystic ovarian syndrome. *Int J Women's Health Reprod Sci* 2017;5(4):318-23.
28. Mak YW, Kao AH, Tam LW, Virginia WC, Don TH, Leung DY. Health-promoting lifestyle and quality of life among Chinese nursing students. *Prim Health Care Res Dev* 2018;19(6):629-36.
29. Basharpour S, Heidarirad H, Soleimani E, Degdar B. The Role of Health-Promoting Behaviors in Predicting the Quality of Life of Pregnant Women. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2017;14(1):36-43.

## RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE AND QUALITY OF LIFE AMONG MIDDLE-AGED WOMEN IN BAZARGAN CITY

Shahla Kamalian<sup>1</sup>, Alireza Didarloo<sup>2</sup>, Hamid Reza Khalkhali<sup>3</sup>, Mina Maheri<sup>4\*</sup>

Received: 15 February, 2021; Accepted: 24 April, 2021

### Abstract

**Background & Aims:** Given the negative effects of middle-age changes on the quality of life of middle-aged women, there is a need to identify factors that have a positive effect on their quality of life, so that in the future we can focus our interventions on these factors. Therefore, the present study was conducted to determine the relationship between the dimensions of a health-promoting lifestyle and quality of life among the middle-aged women in Bazargan city.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study was performed on 150 middle-aged women living in Bazargan city. The data gathering tool was a tri-section questionnaire including demographic information, Walker Health Promoting Lifestyle and Quality of Life (SF-12) scale which was provided to the samples through WhatsApp messenger. Data analysis was performed with SPSS software and using descriptive and analytical (Kolmogorov-Smirnov, Pearson correlation and Multiple linear regression) statistics.

**Results:** The mean scores of health-promoting lifestyle and quality of life were  $136.96 \pm 21.05$  and  $60.02 \pm 19.38$ , respectively. Among the six dimensions of health-promoting lifestyle, two dimensions of physical activity ( $p < 0.020$ ,  $\beta = 0.215$ ) and spiritual growth ( $p < 0.020$ ,  $\beta = 0.212$ ), were significant predictive factors of quality of life in middle-aged women of Bazargan city.

**Conclusion:** The quality of life and lifestyle among middle-aged women of Bazargan city was not at an acceptable level. Therefore, policymakers and executives in the health system can use these findings to design and implement a variety of programs, including educational programs to improve the lifestyle of middle-aged women in Bazargan city and thus improve their quality of life.

**Keywords:** Women, Middle age, Lifestyle, Quality of life

**Address:** Department of Public Health, School of Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +984432752300

**Email:** maheri.a@umsu.ac.ir

<sup>1</sup> Masters student in Health education & Promotion, Department of Public Health, School of Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Public Health, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Medicine, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding author)