

بررسی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و شادکامی در زنان

آذر طل: دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
بهرام محبی: استادیار، گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات مداخلات قلبی و عروقی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

***رویا صادقی:** استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (* نویسنده مسئول). sadeghir@tums.ac.ir

مهدی یاسری: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مریم صبوری: دانشجوی کارشناسی ارشد، آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۹

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت بشری و راهی به منظور رسیدن به کیفیت زندگی بهتر است. سلامت زنان تضمین کننده سلامت کودکان و خانواده می باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و شادکامی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران طراحی و انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی با مشارکت ۴۶۱ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نمونه گیری به روش خوشه ای و چند مرحله ای انجام شد. متناسب با حجم مراجعان هر مرکز، وزن برای آن در نظر گرفته و پس از انتخاب مراکز به روش سیستماتیک از میان مراجعان هر مرکز در طول یک هفته و در مجموع در طول یک ماه نمونه ها جمع آوری شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و مرتبط با سلامت آن ها، پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود که به روش خود ایفا تکمیل گردید. برای تحلیل داده ها از شاخص های توصیفی و آزمون های استنباطی و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. سطح معنی داری برای این مطالعه $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها: اکثریت افراد شرکت کننده (۵۵٪) ۲۵۷ نفر در گروه سنی بین ۴۰-۲۵ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار همه ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی با افزایش سن، کاهش می یافت. متغیرهای وضعیت اقتصادی، تحصیلات، بعد خانوار و وضعیت تاهل با متغیر شادکامی ارتباط معنی داری نشان دادند. زنانی که وضعیت اقتصادی خود را "کاملاً کفاف زندگی را می دهد" توصیف نمودند، نمره بهتری از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را نسبت به سایر گروه ها کسب نمودند (۱۴±۱۹۷/۴۶). کمترین میانگین و انحراف معیار شادکامی مربوط به زنان بازنشسته (۵۵±۱۹/۲۳) بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده از مطالعه، متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی، تحصیلات و برخی عوامل جمعیت شناختی به طور قابل ملاحظه ای با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و میزان شادکامی زنان ارتباط داشت. همچنین، میانگین پایین نمره شادکامی با میانگین پایین ابعاد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت رابطه مستقیم نشان داد. پیشنهاد می شود برنامه ریزان و سیاستگذاران حوزه سلامت برای ارتقاء میزان شادکامی زنان از طریق بهبود رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت اقدام نمایند.

کلیدواژه ها: رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، شادکامی، مراقبت سلامت، زنان

مقدمه

بهداشتی در تمام نقاط دنیا، برای رسیدن به آن تلاش می کنند (۱،۲).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت ۷۰-۸۰ درصد مرگ در کشورهای توسعه یافته و ۴۰-۵۰ درصد مرگ در کشورهای کمتر توسعه یافته در ارتباط با رفتارهای حفظ و ارتقاء دهنده سلامتی مردم است (۳،۴).

سلامت جزء نیاز اولیه انسان و اساس کارکرد موفق افراد و جوامع است. تمام کشورهای دنیا بر اساس منشور اتاوا (۱۹۸۶) ملزم شدند در جهت ارتقاء سلامت مردم بکوشند، آنچه مورد تأکید قرار می گیرد آن است که سلامتی موضوعی مشترک در تمام کشورها و فرهنگها می باشد و سازمانهای

است (۱۶). مهم‌ترین رفتار خود مراقبتی ارتقاء دهنده سلامت شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت فیزیکی، ارتباط بین فردی و رشد معنوی می‌باشد (۱۷). نمره کل رفتارهای خود مراقبتی با وضعیت اقتصادی، جنس، سطح تحصیلات و سن ارتباط معناداری داشته است (۱۸).

رفاه ذهنی یک موضوع مهم در زمینه روانشناسی است که از طریق آن ارزیابی فرد از زندگی خودش را مورد تحلیل قرار می‌دهند. Cummins (۱۹۹۸) معتقد است که شادکامی بخش قابل توجهی از مفهوم رفاه ذهنی را تشکیل می‌دهد (۱۹).

شادکامی دارای سه مؤلفه عاطفی، اجتماعی و شناختی است. مؤلفه عاطفی باعث می‌شود فرد همواره از نظر خلقی شاد و خوشحال باشد، مؤلفه اجتماعی موجب گسترش روابط اجتماعی با دیگران و افزایش حمایت اجتماعی می‌شود و مؤلفه شناختی موجب می‌گردد که فرد وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوش‌بینی وی را به دنبال داشته باشد (۲۰).

عملکرد تحصیلی یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده شادکامی و رضایت در بین دانشجویان محسوب می‌شود. بین عملکرد تحصیلی به‌عنوان یک رفتار شاخص در بین دانشجویان و شادکامی یک رابطه‌ی منطقی باشد (۲۱).

Diener معتقد است که شادکامی، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش به عمل می‌آورد و مواردی از قبیل رضایت از زندگی، شادی، هیجان، فقدان افسردگی را شامل می‌شود (۲۲). ارتباط شادکامی با سلامت این‌گونه بیان شده که فقدان شادمانی استرس‌زاست و استرس می‌تواند بیماری‌های خطرناکی به وجود آورد. فرد شادمان در صورت مواجهه با یک بیماری سخت، بهتر می‌تواند با آن سازگار شود و شادمانی برای رشد روانی فرد لازم و مفید است، زیرا شادمانی به شخص کمک نموده تا با فشارهای روانی مقابله کند (۲۳).

رفتاری که در جهت پرهیز یا کنترل عوامل خطرآفرین بکار می‌رود یک رفتار ارتقادهنده سلامت محسوب می‌شود. انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامت و پیشگیری از

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به‌عنوان بستری در پیشگیری از ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها مرتبط است (۵-۱۳).

رفتار ارتقاء دهنده سلامت از نظر Pender شامل هر رفتاری که برای افزایش و یا نگهداری سطح سلامتی و خود شکوفایی فرد صورت می‌گیرد است که بیان‌کننده تمایل انسانی به تعالی است که منجر به بهزیستی مطلوب، تکامل فردی و زندگی خلاق می‌گردد (۶،۷). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن، اجرای برنامه آموزش و ارتقای سلامت را با تأکید بر فعالیت فیزیکی توصیه می‌کند. همچنین با توجه به بالا بودن شاخص توده بدنی در زنان، تأکید مداخلات آموزشی مبنی بر خطرات ناشی از اضافه‌وزن در زنان توصیه می‌شود (۸). ارتقای سبک زندگی لازمه سلامتی است (۹). فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامت و سبک زندگی سالم جزء استراتژی‌های اصلی برای حفظ سلامت است (۱۰).

به همین دلیل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده برای سلامتی است و نقش مهمی در پیشگیری از بیماری‌ها دارد (۱۱).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نقش قابل توجهی در سلامت زنان باردار و فرزندان آنان داشته به‌گونه‌ای که زنان باردار به سه حیطه‌ی رشد معنوی، تغذیه و روابط بین فردی اهمیت بیشتری دادند (۱۲). با افزایش سن افراد، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اهمیت بیشتری پیدا می‌کند در زمینه‌ی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی سالمندان مشخص شده که مصرف غذاهای سالم با افزایش کیفیت زندگی معنادار بوده است (۱۳،۱۴).

روز به روز اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به دلیل افزایش امید به زندگی با در نظر گرفتن حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها، آشکارتر شده است (۱۵). همچنین بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان، ارتباط معناداری وجود داشته

۱۳۹۶ انجام شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل، عدم وجود بیماری روانی تأیید شده توسط پزشک متخصص و مصرف دارو، بودن در سنین باروری (۴۹-۱۵ سال) و تمایل به شرکت در مطالعه بود. قبل از شروع جمع‌آوری اطلاعات، اهداف پژوهش برای افراد توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی توسط آن‌ها تکمیل گردید. به افراد تحت مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی می‌ماند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای و چندمرحله‌ای انجام شد و متناسب با حجم مراجعان هر مرکز، وزن برای آن در نظر گرفته شد و پس از انتخاب مراکز به روش سیستماتیک از میان مراجعان هر مرکز در طول یک هفته و در مجموع در طول یک ماه نمونه‌ها جمع‌آوری شد. برای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، از پرسشنامه سه‌قسمتی استفاده شده است بخش اول، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی زنان (۱۰ سؤال) شامل؛ سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، زندگی با خانواده، تعداد فرزندان، شاخص توده بدنی، داشتن سابقه بیماری مزمن و وضعیت درآمد بود. بخش دوم، از نسخه دوم پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت [Health promotion life style (HPLP-II)] استفاده شده است پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نخستین بار توسط Walker و همکاران طراحی گردید (۱۷). نسخه دوم این پرسشنامه (۴۹ سؤالی) توسط آقاملائی و قنبرنژاد (۱۳۹۴) روان‌سنجی شده است (۲۷). این بخش از پرسشنامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را در شش بعد؛ روابط بین فردی (مشخص‌کننده احساس صمیمیت و ارتباط نزدیک ۸ سؤال)، تغذیه (ارزیابی نوع الگو غذایی ۹ سؤال)، مدیریت استرس (اندازه‌گیری توانایی مقابله با استرس ۷ سؤال)، رشد معنوی (ارزیابی میزان رشد معنوی ۹ سؤال)، فعالیت فیزیکی (مشخص‌کننده نوع فعالیت بدنی و الگوهای منظم انجام ورزش ۸ سؤال)، مسئولیت در برابر سلامتی (پذیرش مسئولیت سلامتی خود ۸ سؤال) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل ۴۹ سؤال است و در مقابل هر سؤال ۴ پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (۱)،

بیماری‌ها منجر به اقداماتی از قبیل رعایت تغذیه مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم استعمال سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهد (۲۴). نیل ساز و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان دادند بین سبک زندگی، شغل مادر، عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و درد بدنی ارتباط معناداری وجود دارد (۲۵). بین امنیت اجتماعی و کیفیت زندگی و شادکامی همچنین بین سبک زندگی و کیفیت زندگی و بین سبک زندگی و شادکامی ارتباط وجود دارد. متغیرهای امنیت اجتماعی و سبک زندگی در مجموع می‌تواند ۳۶٪ تغییرات مربوط به شادکامی را تبیین نمایند و این متغیرها قادر به پیش‌بینی شادکامی هستند. همچنین امنیت اجتماعی و سبک زندگی پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی می‌باشد هرگونه اقداماتی که در راستای بهبود امنیت اجتماعی و سبک زندگی صورت گیرد، ارتقای بیشتر کیفیت زندگی و شادکامی را در پی خواهد داشت (۲۶).

سلامت روان بر جسم آدمی تأثیرگذار می‌باشد که شادکامی یکی از معیارهای سلامت روان است. از مزیت‌های فراوان شادکامی می‌توان به افزایش سلامت جسمی، افزایش طول عمر و کاهش تنش اشاره کرد. انسان‌های شاد در زندگی خود با پیامدهای مثبتی روبرو می‌شوند این پیامدها شامل افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، افزایش سطح سلامت، سلامت روحی و روانی در نتیجه طولانی شدن عمر می‌باشد. شادکامی زنان عنصری اساسی برای دستیابی به شادکامی جامعه است با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و تأثیر آن در شادکامی و نیز انجام مطالعات محدود در این زمینه در ایران، پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و شادکامی در زنان انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی با مشارکت ۴۶۱ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران در سال

می نمودند. بیشترین فراوانی را افراد با شاخص توده بدنی ۲۵/۵-۱۸ (۴۲٪) ۱۹۶ نفر دارا بود و ۲۴۷ نفر افراد (۵۳٪) وضع اقتصادی خانواده خود را " تا حدودی کفایت زندگی را می دهد" گزارش نمودند. سایر مشخصات جمعیت شناختی در جدول یک آمده است (جدول ۱).

تحلیل نتایج جدول ۲ نشان داد تفاوت معناداری بین سطوح متغیرهای گروه های سنی، با روابط بین فردی ($p < 0/001$)، مسئولیت پذیری ($p = 0/001$)، فعالیت فیزیکی ($p = 0/028$)، مدیریت استرس ($p = 0/003$) و رشد معنوی ($p < 0/001$) و نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($p < 0/001$) وجود داشت. ارتباط بین وضعیت تأهل با ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نشان داد که تأهل با مدیریت استرس ($p < 0/001$)، رشد معنوی ($p = 0/002$) و نمره کلی رفتار ارتقاء دهنده سلامت ($p < 0/001$) معنی دار بود. تفاوت معناداری بین سطوح متغیرهای وضعیت اشتغال، با روابط بین فردی ($p < 0/001$)، تغذیه ($p = 0/015$)، مدیریت استرس ($p = 0/016$)، رشد معنوی ($p < 0/001$) وجود داشت. ارتباط بین متغیر وضعیت اقتصادی با ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نشان داد که وضعیت اقتصادی با روابط بین فردی ($p = 0/001$)، تغذیه ($p < 0/001$)، فعالیت فیزیکی ($p < 0/001$)، مدیریت استرس

برخی اوقات (۲)، اغلب (۳)، همیشه (۴) نمره دهی شده است. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بین ۴۹-۱۹۶ است و نمره بیشتر، به معنی انجام رفتارهای سالم تر و وضعیت سلامتی بهتر بود و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه می باشد. بخش سوم، پرسشنامه شادکامی آکسفورد Oxford Happiness Inventory (OHI) بود که توسط Argyle و همکاران (۱۹۸۹) طراحی گردید (۲۸) که شامل ۲۹ سؤال چهارگزینه ای که در آن پاسخ دهنده خود را از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار ارزیابی می کند. پس از تکمیل پرسشنامه ها، داده ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ شدند و از شاخص های توصیفی و آزمون های استنباطی و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. سطح معنی داری برای این مطالعه $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد کل مشارکت کنندگان در مطالعه، ۴۶۱ نفر بود. اکثریت افراد شرکت کننده (۵۵٪) ۲۵۷ نفر در گروه سنی بین ۴۰-۲۵ سال قرار داشته که بیشتر آن ها سطح تحصیلات زیر دیپلم (۳۵٪) ۱۶۲ نفر و دیپلم (۲۷٪) ۱۲۹ نفر را دارا بودند. بیشترین فراوانی را افراد متأهل (۸۰٪) ۳۷۳ و (۹۴٪) ۴۳۴ نفر شرکت کنندگان با خانواده شان زندگی

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در افراد تحت مطالعه

متغیرهای جمعیت شناختی	سطوح متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	متغیرهای جمعیت شناختی	سطوح متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
گروه های سنی (سال)	<۲۵	۹۸	۲۱	بعد خانوار	<۲	۳۶۴	۷۸
	۴۰-۲۵	۲۵۷	۵۵		۳-۲	۵۶	۱۲
	>۴۰	۱۰۶	۲۲		>۴	۴۱	۸
سطح تحصیلات	بی سواد	۵۶	۱۲	شاخص توده بدنی	۱۸/۵<	۲۶	۵
زنان	زیردیپلم	۱۶۲	۳۵		۱۸/۵ - ۲۵	۱۹۶	۴۲
	دیپلم	۱۲۹	۲۷	سابقه بیماری مزمن	۲۵ - ۳۰	۱۸۸	۴۰
	تحصیلات دانشگاهی	۱۱۴	۲۴		>۳۰	۵۱	۱۱/۱
تاهل	مجرد	۸۸	۱۹/۱	وضعیت اقتصادی	دارد	۷۵	۱۶
	متاهل	۳۷۳	۸۰		ندارد	۳۸۶	۸۳
وضعیت اشتغال	خانه دار	۳۱۲	۶۷	کفایت زندگی را می دهد	کامل کفایت زندگی را می دهد	۱۳۹	۳۰
زنان	کارمند	۱۰۱	۲۱		تا حدودی کفایت زندگی را می دهد	۲۴۷	۵۳
	شاغل غیرکارمند	۳۷	۸	اصلا کفایت زندگی را نمی دهد	۷۵	۱۶	
	بازنشسته	۱۱	۲				
آیا با خانواده زندگی می کنید	بله	۴۳۴	۹۴				
	خیر	۲۷	۵				

جدول ۲- رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در افراد تحت مطالعه

رشد معنوی		مدیریت استرس		فعالیت فیزیکی		مسئولیت پذیری سلامت		تغذیه		روابط بین فردی		متغیرهای مستقل
P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	
<۰/۰۰۱	± ۴/۸۲ ۱۶/۵۷	۰/۰۰۳	± ۴/۸۴ ۱۰/۴۲	۰/۰۲۸	± ۶/۴۷ ۱۰/۰۲	۰/۰۰۱	± ۴/۸۲ ۱۳/۴۳	۰/۱۷۶	± ۵/۹۲ ۱۴/۶۴	<۰/۰۰۱	۱۳/۳۷ ± ۵/۴۹ ۱۳/۶۴ ± ۵/۱۶	<۲۵ ۴۰-۲۵ >۴۰
۱۵/۵۷۹	± ۵/۲۰ ۱۷/۲۳ ± ۵/۳۶ ۱۳/۹۲	۵/۷۹۸	± ۴/۲۷ ۹/۸۱ ± ۴/۱۳ ۸/۴۳	۳/۶۰۷	۹/۰۷ ± ۶/۰۷ ۷/۷۹ ± ۵/۲۲	۷/۴۵۱	± ۴/۷۸ ۱۳/۱۳ ± ۴/۲۳ ۱۱/۲۴	۱/۷۴۳	± ۵/۲۱ ۱۴/۹۴ ± ۵/۷ ۱۳/۷۷	۱۱/۴۵۵	۱۰/۷۹ ± ۵/۲۷	
<۰/۰۰۱	± ۶/۱۳ ۱۲/۸۹	۰/۰۲۱	± ۴/۴۳ ۸/۸۳	۰/۰۰۹	۸/۱۴ ± ۵/۷۳ ۸/۷۴ ± ۶/۱۳	۰/۰۰۴	± ۵/۱۲ ۱۰/۵۸	۰/۰۰۱	± ۵/۳۵ ۱۲/۰۵	<۰/۰۰۱	۹/۰۹ ± ۵/۲۸ ۱۳/۴۱ ± ۵/۵۸	بی سواد زیردیپلم دیپلم
۹/۷۶۳	± ۵/۳۷ ۱۶/۵۲ ± ۵/۱۹ ۱۷/۱۶ ± ۵/۲۹ ۱۶/۸۲	۲/۹۹۰	± ۴/۹۱ ۹/۶۵ ± ۳/۹۶ ۱۰/۴۸ ± ۴/۰۰ ۹/۰۱	۳/۸۹۱	± ۶/۱۲ ۱۰/۴۳ ۸/۰۸ ± ۵/۵۹	۴/۵۸۳	± ۴/۹۴ ۱۳/۱۳ ± ۴/۷۷ ۱۲/۹۸ ± ۳/۹۰ ۱۳/۰۴	۵/۴۱۹	± ۵/۷۷ ۱۴/۵۵ ± ۴/۹۱ ۱۵/۳۲ ± ۵/۱۵ ۱۵/۱۴	۱۲/۲۰۵	۱۳/۹۰ ± ۴/۸۲ ۱۳/۰۳ ± ۴/۹۷	دانشگاهی
۰/۹۶۸	± ۵/۶۶ ۱۶/۳۵	۰/۹۹۹	± ۴/۷۱ ۹/۶۳	۰/۱۸۱	۹/۷۵ ± ۵/۸۶ ۸/۸۰ ± ۶/۰۴	۰/۷۹۱	± ۴/۷۷ ۱۲/۶۴	۰/۴۷۸	± ۶/۰۲ ۱۴/۲۴	۰/۴۸۵	۱۲/۵۷ ± ۵/۵۷ ۱۳/۰۱ ± ۵/۳۳	متاهل متاهل
۰/۰۰۲	± ۵/۲۴ ۱۶/۳۳	<۰/۰۰۱	± ۴/۲۵ ۹/۶۲	۱/۷۹۶	± ۴/۲۵ ۹/۶۲	۰/۰۷۱	± ۴/۲۷ ۱۲/۷۹	۰/۵۰۴	± ۵/۲۷ ۱۴/۶۹	۰/۴۸۸	۱۳/۰۱ ± ۵/۳۳	مجرد متاهل
<۰/۰۰۱	± ۵/۴۳ ۱۶/۵۲	۰/۰۱۶	± ۴/۴۵ ۱۰/۰۰	۰/۱۱۸	۹/۱۱ ± ۶/۲۴ ۷/۹۴ ± ۵/۷۸	۰/۰۵۷	± ۵/۰۷ ۱۲/۹۷	۰/۰۱۵	± ۵/۴۸ ۱۴/۶۴	<۰/۰۰۱	۱۳/۴۰ ± ۵/۳۶ ۱۲/۷۹ ± ۴/۶۰	خانه دار کارمند
۶/۵۹۲	± ۴/۲۸ ۱۶/۳۳ ± ۵/۱۸ ۱۶/۸۱ ۹/۴۵ ± ۷/۰۸	۳/۴۶۵	± ۴/۱۲ ۸/۸۵ ± ۴/۱۳ ۹/۴۱ ± ۵/۲۳ ۶/۷۳	۱/۹۶۸	± ۴/۸۰ ۱۰/۵۹ ۹/۲۷ ± ۳/۷۷	۲/۵۲۰	± ۳/۶۷ ۱۲/۷۱ ± ۳/۴۷ ۱۲/۱۶ ± ۵/۴۹ ۹/۱۸	۳/۵۲۱	± ۵/۲۰ ۲۷/۱۵ ± ۵/۱۷ ۱۳/۹۲ ± ۴/۲۸ ۹/۹۱	۹/۰۴۵	۱۱/۵۱ ± ۵/۷۸ ۵/۵۵ ± ۵/۵۴	شاغل غیر کارمند بازنشسته
۰/۰۸۰	± ۵/۲۹ ۱۶/۴۴	۰/۰۱۰	± ۴/۲۶ ۹/۷۶	۰/۱۹۴	۹/۰۷ ± ۶/۰۶	۰/۰۵۲	± ۲/۶۷ ۱۲/۸۶	۰/۰۶۰	± ۵/۳۵ ۱۴/۷۳	۰/۰۰۵	۱۳/۱۰ ± ۵/۲۵	آیا با خانواده
۳/۰۸۱	± ۵/۶۱ ۱۴/۵۹	۶/۶۱۴	± ۴/۸۴ ۷/۵۲	۱/۶۹۵	۷/۵۲ ± ۵/۰۱	۳/۸۰۸	± ۵/۴۳ ۱۱/۰۴	۳/۵۶۵	± ۶/۱۲ ۱۲/۷۰	۷/۷۸۴	۱۰/۱۵ ± ۶/۵۹	بله خیر
۰/۰۲۹	± ۵/۰۳ ۱۵/۳۹ ± ۶/۶۸ ۱۴/۶۸	۰/۲۸۳	± ۴/۲۷ ۹/۷۹ ± ۴/۷۵ ۸/۸۴ ± ۵/۴۹ ۹/۲۷	۰/۰۲۲	۹/۰۹ ± ۶/۰۸ ۷/۱۸ ± ۵/۲۱ ± ۵/۹۵ ۱۰/۴۴	۰/۰۰۶	± ۴/۲۳ ۱۳/۱۲ ± ۴/۰۸ ۱۱/۱۶ ± ۵/۱۱ ۱۱/۷۶	۰/۰۱۹	± ۵/۴۱ ۱۴/۸۵ ± ۴/۹۵ ۱۴/۷۰ ± ۵/۷۰ ۱۲/۳۴	۰/۰۰۲	۱۳/۳۶ ± ۵/۲۱ ۱۱/۸۲ ± ۵/۱۰ ۱۰/۶۱ ± ۶/۴۴	<۲ ۳-۲ ۴>
۳/۲۹۶	± ۵/۰۲ ۱۶/۹۴ ± ۵/۲۴ ۱۶/۳۶ ± ۵/۸۲ ۱۴/۶۱	۱/۴۶۵	± ۴/۵۴ ۹/۵۹ ± ۴/۴۴ ۹/۹۵ ± ۳/۸۱ ۹/۳۷	۰/۸۳۴	۹/۰۶ ± ۶/۲۳ ۷/۸۴ ± ۵/۴۷	۱/۴۲۱	± ۴/۵۲ ۱۳/۲۰ ± ۴/۹۱ ۱۲/۵۸ ± ۴/۵۴ ۱۲/۳۳	۱/۱۶۵	± ۵/۶۳ ۱۴/۸۹ ± ۵/۵۶ ۱۴/۷۱ ± ۴/۴۵ ۱۳/۹۲	۲/۵۶۰	۱۳/۲۷ ± ۵/۲۶ ۱۱/۴۵ ± ۵/۲۴	شخص توده بدنی
۰/۰۲۰	± ۶/۲۵ ۱۴/۹۲	۰/۲۲۳	± ۴/۲۴ ۸/۰۸	۰/۴۷۶	۸/۴۲ ± ۴/۶۷ ۹/۲۶ ± ۶/۰۹	۰/۲۳۶	± ۵/۲۷ ۱۱/۵۰	۰/۳۳۳	± ۴/۱۱ ۱۳/۰۸	۰/۰۵۴	۱۱/۲۷ ± ۵/۷۶ ۱۳/۲۱ ± ۵/۴۰	۱۸/۵< ۱۸/۵ - ۲۵
۱۰/۶۱۳	± ۴/۹۲ ۱۶/۶۸	۰/۰۷۷	± ۴/۴۷ ۸/۸۰ ± ۴/۲۹ ۹/۷۸	۰/۱۸۴	۸/۱۳ ± ۵/۰۳ ۹/۱۴ ± ۶/۱۸	۰/۰۰۸	± ۴/۹۹ ۱۱/۴۴ ± ۴/۶۵ ۱۳/۰۱	۰/۰۰۱	± ۵/۴۱ ۱۲/۷۷ ± ۵/۳۵ ۱۴/۹۶	۰/۰۰۴	۱۱/۲۹ ± ۵/۹۶ ۱۳/۲۵ ± ۵/۲۰	سابقه بیماری مزمن

بیشترین میانگین و انحراف معیار شادکامی در زنانی که وضعیت اقتصادی "کاملاً کفاف زندگی را می دهد" ۱۴/۱۹ ± ۴۶/۹۷ محاسبه گردید. زنان

($p < 0.001$)، رشد معنوی ($p < 0.001$) و نمره کلی رفتار ارتقاءدهنده سلامت ($p < 0.001$) معنی دار بود (جدول ۲).

بود و ضریب اثر آن $0/032$ بدست آمد. جدول ۵ با استفاده از ضریب اثر (Partial Eta Squared) نشان داد که متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با سلامت بر ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، رشد معنوی، نمره کلی رفتارهای ارتقاء

استرس، رشد معنوی پیشگویی کننده‌های قابل قبولی برای متغیر شادکامی به شمار می‌آیند (جدول ۴).

نتایج تحلیل ضریب اثرگذاری نشان داد مقدار آماره $F=7/247$ محاسبه شده وضعیت اقتصادی بر بعد تغذیه در سطح معنی‌داری $0/001$ معنی‌دار

جدول ۴- شاخص های آنالیز رگرسیون متغیرهای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در پیشگویی میزان شادکامی در افراد تحت مطالعه

متغیر وابسته	متغیرهای مستقل	ضریب رگرسیون	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح معنی داری
			کران پایین	کران بالا	
میزان شادکامی	روابط بین فردی	۰/۴۶۳	۱/۳۰۳	۱/۸۵۸	<۰/۰۰۱
	تغذیه	۰/۴۱۴	۱/۱۲۰	۱/۶۸۷	<۰/۰۰۱
	مسئولیت پذیری سلامت	۰/۳۵۵	۱/۰۴۵	۱/۷۱۰	<۰/۰۰۱
	فعالیت فیزیکی	۰/۴۲۸	۱/۰۵۵	۱/۵۶۲	<۰/۰۰۱
	مدیریت استرس	۰/۵۴۸	۱/۹۵۸	۲/۵۹۷	<۰/۰۰۱
	رشد معنوی	۰/۵۳۹	۱/۵۹۲	۲/۱۲۶	<۰/۰۰۱
	رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	۰/۵۹۲	-۰/۳۹۴	-۰/۵۰۷	<۰/۰۰۱

جدول ۵- ضریب اثر (Partial Eta Squared) متغیرهای جمعیت شناختی بر متغیرهای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد تحت مطالعه

متغیر مستقل	متغیر وابسته							
	روابط بین فردی	تغذیه	مسئولیت پذیری	فعالیت فیزیکی	مدیریت استرس	رشد معنوی	نمره کلی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	شادکامی
	F	F	F	F	F	F	F	F
	P	P	P	P	P	P	P	P
	Partial Eta Squared	Partial Eta Squared	Partial Eta Squared	Partial Eta Squared	Partial Eta Squared	Partial Eta Squared	Partial Eta Squared	Partial Eta Squared
گروه های سنی (سال)	۱/۱۵۹	-۰/۲۵۲	۱/۳۰۹	۱/۲۷۳	۱/۴۸۸	۴/۰۷۶	۱/۴۱۶	۲/۰۶۱
	۰/۳۱۵	-۰/۷۷۸	۰/۲۷۱	-۰/۲۸۱	-۰/۲۳۷	-۰/۱۰۸	-۰/۲۴۴	-۰/۱۲۸
	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۱	-۰/۰۰۶	-۰/۰۰۶	-۰/۰۰۷	-۰/۰۱۸	-۰/۰۰۶	-۰/۰۰۹
سطح تحصیلات زنان	۴/۵۷۰	۱/۲۷۴	۱/۵۹۲	۴/۰۸۷	۱/۷۴۵	۲/۶۷۱	۲/۷۵۸	۲/۲۸۰
	-۰/۰۰۴	-۰/۲۸۳	-۰/۱۹۱	-۰/۰۰۷	-۰/۱۵۷	-۰/۰۴۷	-۰/۰۴۲	-۰/۰۲۸
	۰/۰۳۰	-۰/۰۰۹	-۰/۰۱۱	-۰/۰۲۷	-۰/۰۱۲	-۰/۰۱۸	-۰/۰۱۸	-۰/۰۱۵
تاهل	۱/۴۳۲	۱/۹۲۰	۲/۳۷۶	۱/۱۱۶	-۰/۰۱۲	-۰/۰۱۸	-۰/۶۵۸	۱/۰۶۱
	-۰/۳۳۲	-۰/۱۶۷	-۰/۱۴۱	-۰/۲۹۱	-۰/۹۱۲	-۰/۴۳۶	-۰/۴۱۸	-۰/۳۰۴
	-۰/۰۰۳	-۰/۰۰۴	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۳	<۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	-۰/۰۰۲
وضعیت اشتغال زنان	۳/۷۹۸	-۰/۹۰۹	-۰/۷۰۴	۱/۴۶۲	۱/۱۱۶	۲/۵۸۸	۱/۵۰۸	۱/۸۳۶
	-۰/۰۱۰	-۰/۴۳۶	-۰/۵۵۰	-۰/۲۲۴	-۰/۳۴۲	-۰/۰۵۳	-۰/۲۱۲	-۰/۱۴۰
	-۰/۰۲۵	-۰/۰۰۶	-۰/۰۰۵	-۰/۰۱۰	-۰/۰۰۸	-۰/۰۱۷	-۰/۰۱۰	-۰/۰۱۲
آیا با خانواده زندگی می کنید	۳/۱۶۷	۱/۴۲۸	۲/۱۳۳	۲/۲۱۶	۴/۴۸۹	-۰/۴۷۴	۳/۵۵۹	۱۰/۱۳۹
	-۰/۰۷۶	-۰/۲۳۳	-۰/۱۴۵	-۰/۱۳۷	-۰/۰۳۵	-۰/۴۹۱	-۰/۰۶۰	-۰/۰۰۲
	-۰/۰۰۷	-۰/۰۰۳	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۵	-۰/۰۱۰	-۰/۰۰۱	-۰/۰۰۸	-۰/۰۲۲
بعد خانوار	-۰/۸۱۸	-۰/۴۵۰	۲/۰۷۰	۵/۴۴۲	۱/۲۶۶	-۰/۷۳۹	۱/۴۶۷	۶/۸۹۵
	-۰/۴۴۲	-۰/۶۳۸	-۰/۱۳۷	-۰/۰۰۵	-۰/۲۸۳	-۰/۴۷۸	-۰/۲۳۲	-۰/۰۰۱
	-۰/۰۰۴	-۰/۰۰۲	-۰/۰۰۹	-۰/۰۲۴	-۰/۰۰۶	-۰/۰۰۳	-۰/۰۰۷	-۰/۰۳۰
شاخص توده بدنی	۱/۲۴۶	-۰/۵۰۵	-۰/۸۴۳	-۰/۹۰۶	۱/۷۹۸	۱/۱۰۲	۱/۲۶۱	۴/۳۳۳
	-۰/۲۹۳	-۰/۶۷۹	-۰/۴۷۱	-۰/۴۳۸	-۰/۱۴۷	-۰/۳۴۸	-۰/۳۵۴	-۰/۰۰۵
	-۰/۰۰۸	-۰/۰۰۳	-۰/۰۰۶	-۰/۰۱۲	-۰/۰۱۲	-۰/۰۰۷	-۰/۰۰۹	-۰/۰۲۹
سابقه بیماری مزمن مزمن	-۰/۰۳۲	۲/۰۷۱	-۰/۷۶۲	-۰/۱۸۲	-۰/۲۰۲	-۰/۱۶۴	-۰/۶۸۵	۱/۰۳۴
	-۰/۸۵۹	-۰/۱۵۱	-۰/۳۸۳	-۰/۶۷۰	-۰/۶۵۳	-۰/۶۸۶	-۰/۴۰۸	-۰/۳۱۲
	<۰/۰۰۱	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	-۰/۰۰۲	-۰/۰۰۲
وضعیت اقتصادی	۲/۵۶۲	۷/۲۴۷	۱/۸۳۳	۱۲/۹۱۵	۸/۶۶۴	۵/۲۸۷	۸/۶۷۱	۷/۹۳۸
	-۰/۰۷۸	-۰/۰۰۱	-۰/۱۶۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	-۰/۰۰۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	-۰/۰۱۱	-۰/۰۳۲	-۰/۰۰۸	-۰/۰۵۵	-۰/۰۳۸	-۰/۰۲۴	-۰/۰۳۸	-۰/۰۲۵

سلامت در زنان خانه‌دار بالاتر از زنان شاغل کارمند و غیر کارمند و بازنشسته بود که این نتایج با یافته مطالعه Kavlak و همکاران همسو نبود (۳۰) که می‌تواند به عواملی چون زمان زیاد اختصاص یافته به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان خانه‌دار، یا روابط اجتماعی گسترده زنان خانه‌دار، اوقات فراغت بیشتر زنان خانه‌دار بستگی داشته باشد. از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که با افزایش درآمد میانگین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و شادکامی نیز افزایش می‌یابد افرادی که وضعیت اقتصادی خود را "کاملاً کفاف زندگی را می‌دهد" توصیف کردند نمره بهتری از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نسبت به سایر گروه‌ها کسب کردند، اگرچه این نتایج با مطالعه Deaton همخوانی داشت اما مشخص نیست که وضعیت اقتصادی مطلوب منجر به سلامتی می‌شود یا سلامتی منجر به کار و درآمد بیشتر می‌شود (۳۱). نتایج پژوهش نشان داد افراد با شاخص توده بدنی "۵-۱۸/۲۵" و "۳۰-۲۵" یعنی افراد نرمال و دارای اضافه‌وزن، میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و شادکامی بالاتری نسبت به افراد لاغر و چاق دریافت کردند که نشان می‌دهد این دو گروه در مجموع افراد سالم‌تری هستند که این یافته با نتایج مطالعه کلروزی همخوانی دارد (۸). در پژوهش حاضر، رشد معنوی نسبت به سایر ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده وضعیت بهتری داشت که این مسئله به دلیل هدفمند بودن زندگی افراد، فرهنگ مذهبی و اسلامی در کشور ایران می‌باشد که با نتایج مطالعه آزادبخت همسو بود (۱۸) و همچنین پرداختن به مسائل معنوی موجب کاهش استرس و اضطراب می‌شود که با نتایج مطالعه محمودی همسو است (۱۲). از سویی دیگر شادکامی هیجان مثبت بررسی شده است؛ که در میان زنان شاغل و بازنشسته متفاوت بود؛ بدین شکل که زنان بازنشسته شادکامی کمتری نسبت به زنان شاغل گزارش کرده‌اند این یافته با نتایج مطالعه Jayasvasti و Kanchanatawan که افراد با شادکامی پایین مشکلات جسمی بیشتری دارند (۳۲) همسو است. شادی که بالاترین سطح عاطفه مثبت است و تجربه کردن احساس‌های

دهنده سلامت و شادکامی تأثیرگذار بود. این ضریب میزان تغییرپذیری قابل انتساب به یک متغیر را اندازه‌گیری می‌نماید که با توجه به اعداد محاسبه شده، این میزان در حد متوسط و قابل قبولی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و شادکامی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران در سال ۱۳۹۶ طراحی و اجرا شد. نتایج مطالعه نشان داد که سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم با ابعاد روابط بین فردی، تغذیه، مسئولیت‌پذیری، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، رشد معنوی و شادکامی ارتباط مثبت دارد. همچنین داشتن شغل (کارمند بودن) با روابط بین فردی، مدیریت استرس و شادکامی ارتباط مثبت دارد. زندگی کردن در کنار خانواده، نداشتن سابقه بیماری، وضعیت اقتصادی خوب و شاخص توده بدنی متناسب با ابعاد روابط بین فردی، تغذیه، مسئولیت‌پذیری، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، رشد معنوی و شادکامی ارتباط مثبت دارد. بعد خانوار کمتر از ۲ نفر با روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری و مدیریت استرس، رشد معنوی و بعد خانوار بالای ۴ نفر با فعالیت فیزیکی و شادکامی ارتباط مثبت دارد. ابزار مطالعه پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در شش بعد؛ روابط بین فردی، تغذیه، مدیریت استرس، رشد معنوی، فعالیت فیزیکی، مسئولیت در برابر سلامتی و پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود. تلاش شد تا با مطالعاتی که در بعد متغیرها تشابهاتی دارند مقایسه و تحلیل صورت گیرد.

در این مطالعه میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با افزایش سن افراد تحت مطالعه کاهش یافت و تفاوت معنادار داشت. این یافته با نتایج مطالعه Lin و همکاران همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد با افزایش سن، آمادگی جسمانی و سلامت فرد کاهش می‌یابد و عموماً بیماری‌های مزمن شیوع بیشتری پیدا می‌کند (۸، ۲۹). در این مطالعه میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده

نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که در مطالعات مختلف زنان در حیطه فعالیت فیزیکی کمترین نمره را داشتند. عوامل مختلفی از قبیل نگرش زنان نسبت به فعالیت فیزیکی، نگرش جامعه نسبت به فعالیت فیزیکی در زنان و نبود امکانات کافی و مکان مناسب برای فعالیت فیزیکی زنان می‌تواند در این مورد تأثیرگذار باشد. از نقاط قوت مطالعه حاضر این است شادکامی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در زنان سنین باروری مورد مطالعه قرار داده است که یک مقوله مهم در سلامت می‌باشد چون زن سالم محور خانواده و جامعه سالم می‌باشد. از محدودیت مطالعه می‌توان به محدود کردن نمونه به لحاظ جنسیت (انتخاب جنس مؤنث) اشاره نمود بنابراین انجام پژوهش برای هر دو جنس ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و شادکامی در ارتقای سلامت افراد جامعه به خصوص زنان، شناخت و بهبود هر چه بیشتر این عوامل در قالب مطالعات مداخله‌ای و کاربردی می‌تواند مؤثر واقع شود. علاوه بر این افزایش آگاهی در مورد چنین عواملی می‌تواند نقش تعیین‌کننده در بهبود سلامت زنان داشته باشد. یافته‌های مطالعه بیانگر این بود که در مجموع رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در میان زنان مورد مطالعه در حد متوسط بوده است. از این رو لازم است برنامه ریزان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت برای ارتقاء میزان شادکامی زنان از طریق بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اقدام نمایند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر حاصل پروژه دوره شبانه دانشگاه علوم پزشکی تهران است. بدین وسیله از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل همکاری در روند انجام مطالعه و زنان شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Chamroonsawasdi K, Phoolphoklang S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub CH. Factors Influencing Health Promoting Behaviors

لذت‌بخش را شامل می‌شود با موفقیت شخصی در زمینه‌های مختلف نظیر پیشرفت کاری، مسئولیت‌پذیری و تعهد و انجام وظایف کاری همراه است. یک دلیل عمده وجود شادکامی پایین در زنان بازنشسته می‌تواند نداشتن وظایف کاری و تعهد و امید به پیشرفت باشد. همچنین یافته پژوهش حاضر نشان داد که میانگین پایین نمره شادکامی با میانگین پایین ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه مستقیم دارد. از میان متغیرهای جمعیت شناختی وضعیت اقتصادی، تحصیلات، بعد خانوار و تأهل با شادکامی ارتباط معنی‌داری نشان دادند. به گونه‌ای که میزان شادکامی در افراد با بعد خانوار بالای ۴ نفر بیشتر از افراد با بعد خانوار کمتر از ۴ نفر است که از دلایل آن می‌توان به ارتباط بیشتر و گسترده افراد خانواده با اجتماع و برقراری روابط اجتماعی گسترده آن‌ها با سایر افراد، روابط صمیمانه در خانواده و پایین بودن سطح افسردگی در خانواده‌های پرجمعیت اشاره کرد. همچنین وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری را با شادکامی نشان داد به نحوی که میانگین نمره شادکامی در افراد متأهل نسبت به مجردها، بیشتر بود که می‌توان از دلایل آن به کمال طلب بودن انسان اشاره کرد که با تشکیل زندگی مشترک طبعاً به سطح بالاتری از کمال دست می‌یابد که این یافته با نتایج مطالعه صفاری همسو بود (۲۱). افراد با تحصیلات دیپلم نسبت به افراد بی‌سواد، زیر دیپلم و دارای تحصیلات دانشگاهی میانگین نمره شادکامی بالاتری داشتند که با یافته مطالعه صفاری همسویی نداشت (۲۱) که از دلایل آن می‌توان به رضایت افراد دارای دیپلم از زندگی خانوادگی به دلیل وقت زیاد آن‌ها که با خانواده سپری می‌کنند و یا انجام مسئولیت‌های خود با آرامش و نبود دغدغه کاری بیشتر نسبت به افراد دارای تحصیلات دانشگاهی اشاره کرد. بعد فعالیت فیزیکی کمترین میانگین و انحراف معیار را در میان ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به خود اختصاص داده است که با نتایج مطالعه Lin و همکاران (۲۹)، Gharaibeh و همکاران (۳۳) و Pender و همکاران (۳۴) همسو است. در یک

East; 2013.1(1). [In Persian]

14. Şenol V, Unalan D, Soyuer F, Argun M. The relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri. *J Geriatr*; 2014. 1-8.

15. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea. *Int J Nurs Stud*; 2006. 43(3):293-300.

16. Huguet N, Kaplan MS, Feeny D. Socioeconomic status and health-related quality of life among elderly people: results from the Joint Canada/United States Survey of Health. *Soc Sci Med*; 2008.66(4):803-810.

17. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*; 1987. 36(2):76-81.

18. Azadbakht M, Garmaroudi G, Tanjani TP, Sahaf R, Shojaeijadeh D, Gheisvandi E. Health Promoting Self-Care Behaviors and Its Related Factors in Elderly: Application of Health Belief Model. *J Edu Health Promot*; 2014. 1(2): 20-29.

19. Cummins RA. The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Soc Indic Res*; 1998.43(3):307-334.

20. Maleki Z. Relationship between religious orientation and happiness stubbornly martyr Beheshti University: M. Sc. Thesis. Tehran; 2008.

21. Safari M, Sanaeinasab H, Rshidi Jahan H, Purtaghi GhH, Pakpour A H. Happiness, Self-efficacy and Academic Achievement among Students of Baqiyatallah University of Medical Sciences. *J Adv Med Educ Prof*; 2013. 22-29.

22. Diener E, Emmons Larsen R, Griffin R. The satisfaction with life scale. The society for personality assessment. Inc; 1985. 71-74.

23. Amiri majd M, Zari moghadam F. The relationship between marital happiness and satisfaction among working women and housewives in Arak. *J Behav Sci*; 2009:9-19.

24. Phipps WJ, Sands JK. Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice. Philadelphia: Mosby; 2003:227-55.

25. Nilsaz M, Tavassoli E, Mazaheri M, Sohrabi F, Khezli M, Ghazanfari Z, et al. Study of Health-promoting behaviors and Life Style among students of Dezful universities; *J Iran Uni Med Sci*; 2013. 20(4): 20-33.

26. Janjani P, Momeni KH, Karami J. The relationship between social security and life style with the women's quality of life and happiness of Kermanshah city. *Psychiatr Rehabil J*; 2015. 3(4):247-256

27. Aghamolaei T, Ghanbarnejad A. Validity and reliability of the Persian health-promotion lifestyle profile II questionnaire. *J Research Health*; 2015. 5(3):385-365.

28. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness

among the Elderly Under the Universal Coverage Program, Buriram Province, Thailand. *Asia J Pub Health Asia J Pub*; 2010. 1(1): 15-19.

2. Paradise M. Health Workforce Australia. Australia's Health Workforce Series Nurses in focus. Australia's Health Workforce Series; 2013. 1-48.

3. Kirag N, Ocaktan E. Analysis of health promoting lifestyle behaviours and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. *Saudi Med J*; 2013. 34 (10):1062-1067.

4. Musavian AS, Pasha A, Rahebi SM, Atrkar R, Ghanbari A. Health promoting behaviours among adolescents: A cross-sectional Study. *Nurs Midwife Stud*; 2014. 3(1):1-7.

5. Habibi Sola A, Nikpour S, Seyed Shohadaee M, Haghani H. Evaluation Health promotion behaviors and quality of life among elderly. *ME-JAA*; 2008. 8(1): 29-36 [In Persian].

6. Posadzki P, Stockl A, Musonda P. Tsouroufli M. A mixedmethod approach to sense of coherence, health behaviors, selfefficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scand J Psychol*; 2010. 51: 246-252.

7. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH. Health Promotion Lifestyle in Nursing Students: A systematic review. *Health Pro Manage*; 2012. 2(1): 66-79. [Persian]

8. Kalroozi F, Pishgooie SA, Taheriyani A, Khayat S, Faraz R. Health-promoting behaviours and related factors among nurses in selected military hospitals. *JHPM*; 2014. 1(2): 73-80.

9. Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, Alonzo A, JB Croft, Dracup K, et al. Reducing Delay in Seeking Treatment by Patients With Acute Coronary Syndrome and Stroke A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Cardiovascular Nurs Stroke Counc Circul; 2006.114:168-182.

10. Haddad L, Kane D, Rajacich D, Cameron S, Al Ma'aitah R. A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. *Pub Health Nurs*; 2004. 21(1):85-90

11. Mo PK, Winnie WM. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. *Soc Indic Res*; 2010. 95(3):503-17.

12. Mahmoodi H, Asghari-Jafarabadi M, Babazadeh T, Shirzadi S, Mohammadi Y, Sharifi-Saqezi P, et al. Health Promoting Behaviors in Pregnant Women Admitted to the Prenatal Care Unit of Imam Khomeini Hospital of Saqqez. *J Edu Health Promot*; 2015.1(4):58-65.

13. Mehdi pour S, Saeedi nezhad F, Sheykhi ghaur E. Relationship between health promotion behaviors and activities of daily life and activities of daily living with tool in the city of Zahedan elderly in 2011. Proceedings of the Eighth Conference of Medical Sciences, University of the

as function of personality and social encounters. In J .P. Forgas and J .M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An International perspective*. North-Holland: Elsevier Science Publishers; 1989: 189-203.

29. Lin YH, Tsai EM, Chan TF, Chou FH, Lin YL. Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Med J*; 2009. 32(6):650-61.

30. Kavlak O, Atan SU, Sirin A, Sen E, Guneri SE, Dag HY. Pregnant Turkish women with low income: Their anxiety, health promoting lifestyles, and related factors. *Int J Nurs Pract*; 2013. 19(5):507-15.

31. Deaton A. Health, Inequality, and Economic Development. *J Econ Lit*; 2003. 41(1): 113-158.

32. Jayasvasti K, Kanchanatawan B. Happiness and related factors in pregnant women. *J Med Assoc Thai*; 2005. 88 Suppl 4:S220-225.

33. Gharaibeh M, AlMa'aitah R, Al Jada N. Lifestyle practices of Jordanian pregnant women. *Int Nurs Rev*; 2005. 52(2):92-100.

34. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, Frank Stromborg M. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nurs Res*; 1990. 39(6):326-32.

Archive of SID

Influential factors on health promoting behaviors and happiness among women

Azar Tol, PhD, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Bahram Mohebbi, MD, Assistant Professor, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* **Roya Sadeghi**, PhD, Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). sadeghir@tums.ac.ir

Mehdi Yaseri, PhD, Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Maryam Sabouri, MSc student in Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background: Health promoting behaviors are one of the main determinants of human being health as a way to achieve better quality of life. This study aimed to determine effective factors on health promoting behaviors and happiness among women referred to health centers of south of Tehran.

Methods: This descriptive-analytical study conducted with 461 women referred to health centers of south of Tehran using multi stage and cluster sampling method in 2016. In order to data gathering, a self-administered questionnaire consisted of demographics, health promoting behaviors and Oxford happiness scales were used. Descriptive and inferential tests and multivariate variance analysis (MANOVA) were performed to data analysis. The significant level was set less than 0.05.

Results: The majority of participants 257(55%) was in the aged between 25-40 years old. The mean and SD of all dimensions of health promoting behaviors decreased with increasing age. Out of all demographics, economic status, level of education, family size and marital status had significant relation with happiness. Women with high economic level achieved better health promoting behaviors' score (49.96 ± 19.14). The less mean and SD of happiness was related to retired women.

Conclusion: Based on study results, age, Economic level, level of education had significant association with health promoting behaviors and happiness. Low level of happiness was related to low value of Health Promoting behaviors domains. It is a necessity to pay more attention to improve health promoting behavior to gain high level of happiness.

Keywords: Health Promoting behaviors, Happiness, Health care, Women