

سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان در سنین باروری (مطالعه موردی شهر شیراز)

علی یاراحمدی^{۱*}، فاطمه روستا^۲

چکیده

سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، عاملی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات سلامت، و بهبود کیفیت زندگی است. از آنجا که زنان وظایف مراقبت از سایر اعضای خانواده را برعهده دارند، سلامتی آنها امری محوری است. از این رو، توجه به وضعیت سلامتی آنان، از جمله سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، بین آنها بسیار حائز اهمیت است. هدف این پژوهش، مطالعه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان سنین باروری است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان سنین باروری ۱۵-۴۹ سال ساکن شهر شیراز است و حجم نمونه ۳۹۲ نفر، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده است. نتایج ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون روایی شاخص‌های مختلف مطالعه شامل سلامت عمومی، خودکارآمدی، آگاهی از رفتار سالم، حمایت اجتماعی، سبک زندگی سلامت‌محور به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۹۱ و ۰/۸۷ است. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین تحصیلات، میزان مطالعه در حوزه سلامت، میزان استفاده از وسایل ارتباطی، هویت طبقاتی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، سلامت عمومی خودگزارش‌شده، و آگاهی از رفتار سلامتی با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معناداری وجود دارد. از طرفی نتایج مطالعه نشان می‌دهد بین سن پاسخگویان، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، بعد خانواده، درآمد، و تجربه برخی بیماری‌های خاص با متغیر وابسته رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج مدل‌های رگرسیونی نشان می‌دهد ۴ متغیر شامل خودکارآمدی سلامت، سلامت عمومی خودگزارش‌شده، مطالعه در حوزه سلامت، و آگاهی از رفتار سلامتی ۵۱ درصد از تغییرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان در سنین باروری را تبیین می‌کند که در این میان خودکارآمدی سلامت، مؤثرترین متغیر است.

کلیدواژگان

ارتقای سلامت، سبک زندگی، زنان، سنین باروری، شیراز.

۱. استادیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی، دانشگاه شیراز | ahmadi@rose.shirazu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه شیراز | fatemehroosta.1390@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۸

مقدمه

ماهیت بیماری‌ها، در حال حاضر در مقایسه با گذشته تغییر کرده است. در اواخر قرن نوزدهم، با تغییراتی که در سبک زندگی افراد (تغذیه و بهداشت فردی) اتفاق افتاد، بیماری‌های عفونی کاهش یافته و جای خود را به بیماری‌های مزمن داده است، که نمی‌توان آن‌ها را از طریق دارو درمان کرد. بیماری‌های مزمن اغلب در نتیجه شرایط زندگی ناسالم ایجاد شده‌اند. بنابراین، توجه به منشأ این بیماری‌ها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان‌ها، معطوف شده است. عواملی مانند الگوی تغذیه نامناسب، نداشتن فعالیت جسمی، صدمه دیدن، و... از عوامل مهم مرگ‌ومیر بوده‌اند [۱۳]. این تغییرات حتی به انتقال در مدل سلامت و بیماری از دهه ۱۹۷۰ به بعد منجر شده است. در پی این تغییر، مدل ترکیب عوامل اجتماعی- روانی جایگزین مدل صرف پزشکی شده است [۳۸]. بدین ترتیب، لزوم توجه به سبک زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت، ضرورت چشمگیری یافته است.

ارتقای سلامت، فرایند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل عوامل مرتبط با سلامت و در نتیجه افزایش سلامت آن‌هاست [۱۸]. سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ترکیبی از شش بعد مدیریت استرس^۱، مسئولیت در قبال سلامت^۲، روابط اجتماعی^۳، رشد روحی^۴، تغذیه^۵، و فعالیت فیزیکی^۶ است [۲۲؛ ۳۹].

از آنجا که فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت و شیوه زندگی بهداشتی، استراتژی‌های اصلی تسهیل و حفاظت از سلامتی‌اند [۱۶]، توجه به سلامت و رفاه اجتماعی زنان، که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به منزله حقی انسانی شناخته شده، بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روزافزونی یافته است. از آنجا که نقش زنان در مراقبت از خود و در منزل از کودکان، سالمندان، بیماران، و سایر اعضای خانواده بسیار اهمیت دارد [۱]، انتخاب هر نوع سبک زندگی از سوی زنان، نه تنها بر زندگی شخصی آن‌ها، بلکه بر رفتارها و سبک زندگی سایر افراد نیز تأثیر می‌گذارد.

در سال ۱۳۹۰، تقریباً ۳۳ درصد از جمعیت هفتاد و پنج میلیونی کشور را زنان در سنین باروری یا به عبارتی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله تشکیل می‌دادند. با وجود این، تحقیقات بسیار اندکی به مطالعه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در این سنین پرداخته‌اند. سنین باروری به دلیل تأثیرگذاری بر مجموعه تغییرات و انتقال‌های عمده در زندگی زنان از اهمیت فوق‌العاده‌ای

1. stress management
2. health responsibility
3. social relationship
4. spiritual growth
5. nutrition
6. physical activity

برخوردار است. بنابراین، انتخاب نوع سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با آن، نه تنها نقش اساسی در سلامت زنان دارد، بلکه پیامدها و نتایجی خواهد داشت که می‌تواند بر عملکرد و بهزیستی جسمی، روانی-ذهنی، و اجتماعی آن‌ها مؤثر باشد. همچنین این امکان را به وجود می‌آورد که در آینده نسل‌های سالم‌تری داشته باشیم. از طرف دیگر، با توجه به تحولات عمده اجتماعی در کشور و تعریف و بازبینی مجدد نقش و جایگاه زنان در خانواده و جامعه و همچنین تغییر در وضعیت جمعیت کشور، به‌ویژه تحولات ساختار سنی و زناشه‌شدن هرم سنی^۱ و احتمال بیشتر ابتلای زنان به بیماری‌های مزمن، آشنایی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان و تبیین این رفتارها ضروری است.

پیشینه پژوهش

اکثر مطالعات در زمینه رفتارهای ارتقادهنده سلامت نشان داده‌اند که عوامل گوناگونی بر سبک زندگی سلامت‌محور مؤثر است. که می‌توان آن‌ها را به‌طور کلی به سه دسته عوامل جمعیتی، اقتصادی-اجتماعی، و عوامل مرتبط با سلامت شامل خودکارآمدی سلامت، سلامت عمومی، آگاهی یا سواد سلامت، و... تقسیم کرد.

در زمینه عوامل جمعیت‌شناختی، میرزایی و کردزنگنه (۱۳۹۱) در مطالعه تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت‌محور نشان می‌دهند که ابعادی نظیر فعالیت بدنی و ورزش در بین زنان میزان کمتری دارد [۱۹].

وضعیت تأهل نیز یکی از متغیرهای جمعیت‌شناختی است که ارتباط متفاوتی را در مطالعات مختلف نشان داده است. مطالعه لیم و همکاران^۲ (۲۰۱۰) نشان می‌دهد وجود همسر، احتمال پیروی از رفتارهای ارتقای سلامت را افزایش می‌دهد [۳۳]. اما مطالعه فلاح طاهرپذیر و همکاران (۱۳۹۱) نشان می‌دهد که افراد متأهل موانع بیشتری در انجام دادن رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارند. در حالی که مطالعه موحد و همکاران (۱۳۹۱) نشان می‌دهد افرادی که تنها زندگی می‌کنند از نظر سبک زندگی ارتقادهنده از کسانی که ترتیبات زندگی متفاوتی دارند پایین‌ترند [۱۸]. به‌طور کلی، در ارتباط میان وضع تأهل و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت تحقیقات مختلف به نتایج یکسانی نرسیده‌اند. علاوه بر این، زمانی که وضعیت تأهل در سنین سالخوردگی مد نظر باشد، نتایج متفاوت از سنین دیگر است [۲۱].

۱. در فرایند گذار جمعیتی، زمانی که ساختار سنی از جوان به سال‌خورده تغییر می‌کند، همگام با این تغییر نسبت جمعیت زنان از مردان بیشتر می‌شود که به زناشه‌شدن هرم سنی یا زناشه‌شدن ساختار سنی معروف است (ویکس ۲۰۰۸: ۳۰۷ و ۳۱۴).

2. Lim & et al.

صادقی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان می‌دهند که زنان شاغل در مقایسه با افراد خانه‌دار وضعیت تغذیه نامطلوب، اما فعالیت فیزیکی بهتری را گزارش کرده‌اند [۹]. زنان خانه‌دار در مقایسه با زنان شاغل در معرض خطر بیشتری در جهت تهدید کیفیت زندگی و افزایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر قرار دارند [۱۵؛ ۲۷؛ ۳۲].

کسانی که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، کمتر از رفتارهای ارتقای سلامت پیروی می‌کنند [۲۴؛ ۳۳؛ ۳۴]. سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با وضعیت اقتصادی و طبقه اجتماعی [۷؛ ۲۰] و تعداد اعضای خانوار [۴؛ ۶] نیز ارتباط دارد.

یکی از عامل‌های مهم در تعیین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت حمایت اجتماعی است. در مطالعه موحد و همکاران (۱۳۹۱) حمایت اجتماعی مهم‌ترین عامل در سبک زندگی سالمندان شناخته شده است [۱۸]. حمایت اجتماعی در فراهم کردن امکان مقابله با مشکلات مربوط به سلامتی نیز مؤثر است [۲۸] و پیش‌بینی‌کننده قوی ارتقای سلامت افراد است [۱۱؛ ۲۵].

در مطالعاتی که به بررسی عوامل سلامتی مؤثر بر سبک زندگی و ارتقای سلامت می‌پردازند، می‌توان به مطالعه پجریس و اسچانک (۲۰۰۲) اشاره کرد که نشان دادند خودکارآمدی ضعیف در افراد باعث افزایش استرس می‌شود. در مقابل، باورهای خودکارآمدی قوی باعث آرامش و نزدیکی به هدف می‌شود. بنابراین، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی برای پیشرفت و سلامت افراد باشد [۳۶]. زنجری (۱۳۹۰) نیز به اهمیت خودکارآمدی در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان اشاره می‌کند و آن را مهم‌ترین عامل بعد از حمایت اجتماعی می‌داند [۸].

در مرور پیشینه، به‌خوبی فقر مطالعه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت برای زنان و به‌ویژه در زنان سن باروری مشهود بود. از طرف دیگر دو مؤلفه آگاهی افراد از رفتارهای سلامتی و مطالعه در حوزه سلامت در کمتر مطالعه‌ای مدنظر قرار گرفته است.

مبانی نظری

نولا پندر^۱ مدل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۲ را به‌منزله نسخه مکمل از مدل‌های ارتقای سلامت طراحی کرد که در آن سلامت به‌منزله وضعیت پویای مثبت، نه صرفاً نداشتن بیماری، تعریف شده است. در واقع، این مدل ماهیت چندبعدی افراد را- زمانی که برای جست‌وجوی سلامت و ارتقای آن در محیطشان باهم تعامل برقرار می‌کنند- توصیف می‌کند [۳۷]. پایه تئوریک مدل ارتقای سلامت از تئوری‌های یادگیری اجتماعی (شناخت اجتماعی) که در آن

1. Pender

2. Health Promotion Lifestyle

فرایند واسطه‌ای شناختی شامل متغیرهای مهمی در رفتارهای منظم است و همچنین از نظریه‌های کنش منطقی و رفتار برنامه‌ریزی شده بهره می‌برد.

از آنجا که سلامت دو بعد فردی و اجتماعی دارد، مدل ارتقای سلامت فقط بر فرد تمرکز نکرده و بر مداخله سازمانی، محیطی، و اقتصادی برای حمایت و انسجام رفتارهای ارتقای سلامت فردی و سبک زندگی افراد بهره برده است [۸].

در مدل ارتقای سلامت، عوامل شناختی- ادراکی (همچون منافع و موانع درک‌شده و خودکارآمدی)، احتمال درگیر شدن در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند و عوامل تعدیلگر (همچون عوامل جمعیت‌شناختی، تأثیرگذارانده‌های بین فردی و عوامل رفتاری) به منزله عوامل تعاملگر سببی، برای تأثیرگذاری بر فرایند شناختی- ادراکی هستند. بنابراین، به طور غیرمستقیم رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین می‌کنند [۲۹؛ ۳۱]. با توجه به بیان پندر، رفتارهای ارتقای سلامت، به خصوص هنگامی که با سبک زندگی سالم که در همه جنبه‌های زندگی نفوذ پیدا کرده است سازگار شود، به گسترش سلامت، افزودن توانایی‌های ساختاری و کیفیت بهتر زندگی در همه مراحل رشد منجر می‌شود [۳۷].

ملاحظات روشی

این مطالعه از نوع پژوهش پیمایشی است که با هدف بررسی تعیین کننده‌های سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بین زنان سنین باروری در شهر شیراز در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان در سنین باروری (۱۵-۴۹ سال) شهر شیراز بوده است. نمونه مورد نیاز براساس فرمول کوکران با دقت احتمالی ۰/۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ برابر با ۳۸۲ نفر بوده است که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، تعداد ۳۹۲ نفر از زنان سنین باروری (۱۵-۴۹ ساله) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای این منظور، در مرحله پایانی دوازده محدوده جغرافیای مختلف (محل) به صورت احتمالی^۱ انتخاب و درون محلات و واحدهای مورد نظر به صورت سیستماتیک انتخاب شدند.

اطلاعات این مطالعه با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شده است. متغیر وابسته پژوهش در این پرسشنامه شامل شش زیرمقیاس: مسئولیت سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد روحی، روابط بین فردی، و مدیریت استرس است. نمونه فارسی این پرسشنامه را محمدی و همکاران هنجاریابی کرده‌اند [۳۷]. در مطالعه حاضر، همه ابعاد در قالب ۴۱ گویه سنجیده شد.

قبل از انجام دادن مطالعه اصلی، ابتدا روی یک نمونه ۳۰ نفری پیش‌آزمون^۲ انجام گرفت و براساس نتایج، سؤالات بازنگری شد. به منظور تعیین میزان روایی درونی، داده‌ها بررسی شدند.

1. random
2. pilot

نتایج تحلیل عاملی تأییدی، ضریب آلفای کرونباخ، و درصد واریانس پیش‌بینی‌شده تجمعی برای هریک از شاخص‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل عاملی، عوامل استخراج‌شده، عدد ایگن، آلفای کرونباخ، و درصد واریانس پیش‌بینی‌شده

شاخص‌ها	سلامت عمومی	خودکارآمدی	آگاهی از رفتار سالم	حمایت اجتماعی	سبک زندگی سلامت‌محور
Eigen value	۲٫۴۱	۲٫۲۴	۲٫۰۴	۶٫۸۰	۲٫۳۵
درصد واریانس تجمعی	۶۰٫۲	۵۶٫۱۶	۵۱٫۱۱	۴۸٫۶۰	۰٫۳۹
K-M-O Mesure	۰٫۷۶۰	۰٫۶۷۸	۰٫۷۱۳	۰٫۹۰۷	۰٫۷۳
Bartlett's test***	۴۰٫۶	۳۹۹	۲۴۱	۲۷۸	۳۳۸
آلفای کرونباخ	۰٫۷۷	۰٫۷۲	۰٫۶۴	۰٫۹۱	۰٫۸۷

***: سطح معناداری آزمون بارتلت ($\text{sig} \leq 0/001$)

از مقیاس‌های سنجیده‌شده، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به‌منزله متغیر وابسته اساس مقیاس موجود در پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۱ اندازه‌گیری شده است. این پرسشنامه شامل شش زیرمقیاس: مسئولیت سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد روحی، روابط بین فردی و مدیریت استرس است. نمونه فارسی این پرسشنامه را محمدی و همکاران هنجاریابی کرده‌اند [۳۷].

حمایت اجتماعی، از متغیرهای مستقل موجود در مدل، در سه‌بعد عاطفی، ابزاری-مالی، و اطلاعاتی سنجیده شد که ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر با ۰٫۹۱ به‌دست آمد. سلامت عمومی نیز براساس پرسشنامه گلدبرگ^۲ [۳۰] سنجیده شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای روایی این مقیاس برابر با ۰٫۷۷ است (جدول ۱).

یکی از متغیرهای مهم مطالعه خودکارآمدی سلامت است. خودکارآمدی ارزیابی از باور زنان در ارتباط با توانایی آنان برای شرکت کردن در رفتارهای ارتقای سلامت است. ضریب آلفای کرونباخ برای روایی این مقیاس برابر با ۰٫۷۲ بوده است. برای سنجش هویت طبقاتی نیز از پاسخگو خواسته شد با توجه به وضعیت اجتماعی و اقتصادی خود، بیان کند به کدام طبقه اجتماعی تعلق دارد.

1. Health Promotion Lifestyle Profile-II
2. Goldberg

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سن پاسخگویان برابر با 30.9 ± 0.2 است. حدود ۶۰ درصد پاسخگویان متأهل، ۳۹ درصد مجرد، و فقط ۱/۳ درصد بیوه و مطلقه بودند. در ارتباط با وضعیت اشتغال، ۳۳/۵ درصد از زنان شاغل بودند که یا در بخش‌های دولتی (۱۸/۵ درصد) و خصوصی (۸/۸ درصد) مشغول بودند یا در مشاغل آزاد (۶/۳ درصد). در حالی که ۶۶/۵ درصد غیرشاغل (۳۹/۵ درصد خانه‌دار، ۱۶/۳ درصد دانشجو، و ۱۰/۷ درصد بیکار و دارای درآمد بدون کار) بودند. اکثریت زنان (۴۸/۲ درصد) در خانواده‌های ۴-۵ نفره، ۳۸/۵ درصد در خانواده‌های ۲-۳ نفره، ۸/۶ درصد در خانواده‌های ۶ نفره و بیشتر، و ۱/۳ درصد در خانوارهای تک‌نفره زندگی می‌کردند. بیشتر افراد دارای تحصیلات کارشناسی بوده‌اند (۳۵/۷ درصد). پس از آن، دیپلم (۲۳/۲ درصد) و سپس کارشناسی ارشد و بالاتر (۱۳ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. با در نظر گرفتن زنان دارای تحصیلات کاردانی، ۶۱/۲ درصد افراد تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند. همچنین ۹۱/۳ درصد از پاسخگویان از نظر موقعیت طبقاتی، خود را در طبقه متوسط ارزیابی کرده‌اند.

از میان زنان مطالعه‌شده، ۳۵/۵ درصد پاسخگویان هیچ‌گونه سابقه بیماری در دو سال گذشته تجربه نکرده‌اند، در حالی که ۶۴/۵ درصد سابقه بیماری داشته‌اند که بیشتر شامل موارد کمردرد و درد استخوان‌ها، کم‌خونی، سردرد شدید، و میگرن بوده است. همچنین مطالعه نشان می‌دهد که در یک مقیاس صفر تا ۱۰۰ میانگین مقیاس‌های حمایت اجتماعی، سلامت عمومی خودگزارش‌شده و خودکارآمدی به ترتیب برابر با ۶۲/۸، ۵۳/۹ و ۷۶/۶ بوده است که نشان از وضعیت متوسط به بالا داشته است. در زمینه متغیر وابسته (سبک زندگی سلامت‌محور) نیز میانگین برابر با ۵۴ با انحراف معیار ۱۲/۸ (در مقیاس صفر تا ۱۰۰) بوده است که در بین ابعاد بیشترین نمره را تغذیه (با میانگین ۶۶) و کمترین نمره را فعالیت فیزیکی (با میانگین ۳۱/۱) به خود اختصاص داده است.

در تحلیل استنباطی، نتایج مطالعه (جدول ۲) نشان می‌دهد که متغیرهای سن، بعد خانواده، درآمد ماهیانه خانوار، و سابقه بیماری در تحلیل‌های دومتغیره، رابطه معناداری با سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت زنان نداشتند؛ در حالی که سایر متغیرها روابط معناداری داشته‌اند. خودکارآمدی سلامت، که اشاره به ارزیابی و قضاوت فرد درباره توانایی‌های خود برای حفظ یا بهبود سلامتی دارد، با ضریب ۰/۵۸۹ بیشترین همبستگی را با سبک زندگی سالم داشته است. متغیرهای سلامت عمومی خودگزارش‌شده (۰/۴۶۶)، حمایت اجتماعی (۰/۲۶۰)، و آگاهی از رفتار سالم (۰/۱۸۰) نیز معناداری برجسته‌ای را با متغیر وابسته نشان دادند.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای مستقل و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان

متغیرهای مستقل	ضرایب همبستگی	معناداری
سن	-۰٫۰۱۸	N.s
تحصیلات	۰٫۱۰۷	*
بعد خانوار	-۰٫۰۳۱	N.s
درآمد ماهیانه خانوار	-۰٫۱۵	N.s
میزان استفاده از وسایل ارتباطی	۰٫۱۴۶	**
سلامت عمومی خود گزارش شده	۰٫۴۶۶	**
حمایت اجتماعی	۰٫۲۶۰	**
خودکارآمدی سلامت	۰٫۵۸۹	**
سابقه بیماری	۰٫۰۹۲	N.s
آگاهی از رفتار سالم	۰٫۱۸۰	**

** معناداری کمتر از ۰٫۰۵، * معناداری کمتر از ۰٫۰۱، N.s: غیرمعنادار

در کنار عوامل یادشده، متغیرهای میزان استفاده از وسایل ارتباطی (۰٫۱۴۶) و تحصیلات (۰٫۱۰۷) نیز رابطه معنادار اما ضعیف تری را نشان دادند.

با توجه به جدول ۳، نتایج آزمون آنالیز واریانس ($F= ۲۵٫۳۷$) در سطح معناداری ($P\text{-value} < ۰٫۰۰۱$) گویای تفاوت سبک زندگی سالم پاسخگویان از نظر سه گروه مطالعه در حوزه سلامت است. هر چند آزمون F و سطح معناداری در ارتباط با میانگین سبک زندگی برحسب هویت طبقاتی چنین تفاوتی را نشان نمی دهد.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس یک راهه^۱ برحسب متغیرهای مطالعه در حوزه سلامت و هویت طبقاتی

متغیر مستقل	طبقات	میانگین	انحراف معیار	آماره F	معناداری
میزان مطالعه در حوزه سلامت	بله	۵۸٫۷	۱۵٫۸۷	۲۵٫۳۷	**
	تاحدودی	۵۱٫۳۶	۱۴٫۶۰		
	خیر	۴۵٫۵	۱۳٫۲۵		
هویت طبقاتی	بالا	۵۶٫۶	۲۵٫۵۴	۰٫۴۵۲	N.s
	متوسط	۵۴	۱۵٫۶۷		
	پایین	۵۱٫۱	۱۶٫۱۱		

** معناداری کمتر از ۰٫۰۱، N.s: غیرمعنادار

براساس آزمون تفاوت میانگین ها و سطح معناداری ارائه شده در جدول ۴، می توان گفت وضعیت تأهل و اشتغال زنان رابطه معناداری با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نداشته است. این نداشتن رابطه می تواند ناشی از چندبعدی بودن مقیاس سبک زندگی باشد. افراد متأهل از نظر تغذیه و مسئولیت پذیری سلامتی بالاتر و زنان مجرد در روابط اجتماعی و فعالیت فیزیکی

ورزش) میانگین بالاتری داشتند. در ارتباط با وضعیت اشتغال نیز در دو بعد مسئولیت سلامتی و تغذیه تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴. آزمون تفاوت میانگین^۱ سبک زندگی سالم زنان بر حسب متغیرهای وضعیت تأهل و اشتغال

متغیر مستقل	طبقات	میانگین	انحراف معیار	آماره T	معناداری
وضعیت تأهل	متأهل	۵۴٫۷	۱۵٫۸۴	-۱٫۳۲	N.s
	مجرد	۵۲٫۹	۱۶٫۱۸		
وضعیت اشتغال	شاغل	۵۴٫۷۵	۱۶٫۱۲	-۰٫۹۶۱	N.s
	غیرشاغل	۵۳٫۳	۱۶٫۲۶		

همچنین برای سنجش این مسئله که کدام یک از متغیرهای موجود در مدل تأثیر پایداری بر متغیر وابسته دارند، از رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان استفاده شده است. به‌طور کلی، با توجه به ضریب تعیین، می‌توان گفت ۵۱ درصد از واریانس موجود در سبک زندگی سالم زنان سنین باروری از سوی متغیرهای مستقل تبیین می‌شود که در این میان، خودکارآمدی سلامت با ضریب بتا (۰٫۴۲۵)، بیشترین و پایداری‌ترین تأثیر را بر متغیر وابسته داشته است. سلامت عمومی خود گزارش شده (۰٫۲۷۷)، مطالعه در حوزه سلامت (۰٫۲۰۳)، و آگاهی از رفتار سالم (۰٫۱۴۷) نیز به ترتیب دیگر متغیرهای معنادار مدل هستند.

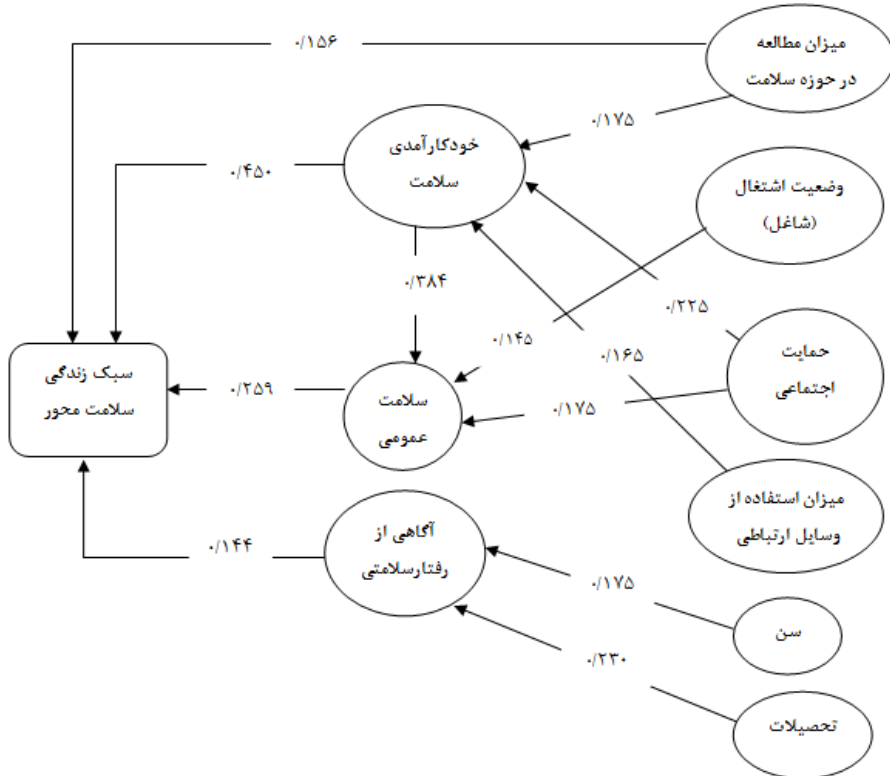
جدول ۵. نتایج رگرسیون چندگانه مدل تأثیر متغیرهای مستقل بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

متغیرهای مستقل	ضریب بتا	آزمون T	معناداری
سن	-۰٫۰۳۵	-۰٫۵۳۰	N.s
تحصیلات	۰٫۰۴۲	-۰٫۶۹۳	N.s
بعد خانواده	۰٫۰۵۲	۰٫۹۱۸	N.s
وضعیت تأهل (متأهل)	۰٫۱۱۶	۱٫۷۷	N.s
وضعیت اشتغال (شاغل)	-۰٫۰۱۲	-۰٫۲۲۴	N.s
مطالعه در حوزه سلامت	۰٫۲۰۳	۲٫۲۲	۰٫۰۲۷
خودکارآمدی سلامت	۰٫۴۲۵	۶٫۹۶	۰٫۰۰۰
هویت طبقاتی (بالا)	۰٫۰۵۷	۰٫۹۸۶	N.s
حمایت اجتماعی	۰٫۰۴۵	۰٫۸۲۱	N.s
سلامت عمومی خود گزارش شده	۰٫۲۷۷	۴٫۳۹	۰٫۰۰۰
سابقه بیماری	۰٫۰۵۸	۰٫۹۹۱	N.s
آگاهی از رفتار سالم	۰٫۱۴۷	۲٫۷۱	۰٫۰۰۷
میزان استفاده از وسایل ارتباطی	۰٫۰۶۲	۱٫۱۷	N.s
درآمد خانوار	-۰٫۰۸۶	-۱٫۶۶	N.s

غیرمعنادار: N.s: $R^2 = ۰٫۵۱$, $R = ۰٫۷۱$

1. Independent Sample T-Test

مدل تحلیل مسیر مطالعه نشان می‌دهد که از بین متغیرهای مستقل، متغیر خودکارآمدی سلامت با اثر کل ۰/۵۴۹ (مجموع تأثیر مستقیم و غیرمستقیم) بیشترین ضریب مسیر و اولین تبیین‌کننده سبک زندگی سالم زنان است و نشان می‌دهد هرچه میزان خودکارآمدی سلامت افراد بیشتر باشد، سبک زندگی سالم‌تری خواهند داشت که از میان متغیرهای مستقل وارد شده در مدل، متغیرهای سلامت عمومی خودگزارش شده و آگاهی از رفتار سالم اثر مستقیم بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان دارند. وضعیت اشتغال (شاغل بودن)، حمایت اجتماعی، میزان استفاده از وسایل ارتباطی، سن، و تحصیلات از جمله عواملی‌اند که تأثیر غیرمستقیم دارند. نکات جالب توجه این دیاگرام انطباق نسبی آن بر مدل مفهومی مطالعه است که نشان‌دهنده قدرت آن در تبیین نحوه اثرگذاری متغیرهای مستقل است (شکل ۱).



شکل ۱. تحلیل مسیر- روند تأثیرگذاری متغیرهای معنادار بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

بحث و نتیجه گیری

سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، الگویی چندبعدی از کنش خودآغاز و ادراکات فرد و برای نگاهداشت و کنترل سطوح سلامتی، خودشکوفایی، و رضایت‌مندی فرد است. میانگین و انحراف معیار نمره سبک زندگی پاسخگویان در این مطالعه برابر با 12.8 ± 5.4 است که نشان‌دهنده سطح متوسط رو به بالای سبک زندگی سلامت‌محور زنان سنین باروری است.

براساس چارچوب نظری پژوهش، عوامل فردی از پیش‌فرض اول مدل ارتقای سلامت پندر (ویژگی‌ها و تجارب شخصی افراد)، شامل ویژگی‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی-فرهنگی هستند که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم می‌توانند بر رفتارهای سالم افراد تأثیر بگذارند. همان‌طور که نتایج مطالعه نشان داد، بین سن زنان و رفتارها و سبک زندگی سالم آن‌ها رابطه معناداری وجود ندارد. البته متغیر سن در این بررسی، از طریق آگاهی از رفتار سلامتی بر سبک زندگی سالم زنان تأثیر داشت. به عبارتی، زنان سنین بالاتر در مقایسه با زنان سنین پایین‌تر آگاهی بیشتری از رفتارهای سالم مانند وضعیت تغذیه، نقش فعالیت فیزیکی، مشارکت اجتماعی، و... داشته‌اند و در نتیجه زنانی که آگاهی بالاتری دارند، از سبک زندگی سالم‌تری برخوردارند. وضعیت اشتغال نیز از جمله عواملی است که از طریق سلامت عمومی خودگزارش‌شده بر سبک زندگی سلامت‌محور زنان سنین باروری تأثیر گذاشت. نتایج نشان می‌دهد زنانی که شاغل‌اند، در مقایسه با زنان غیرشاغل و خانه‌دار، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر گزارش کرده‌اند.

میزان مطالعه در حوزه سلامت، یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور در این بررسی است. این متغیر، در هر دو نوع تحلیل (دومتغیره و چندمتغیره)، به‌طور معنادار و مستقل از سایر عوامل، سبک زندگی سلامت‌محور را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بدین معنا که بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان سنین باروری با میزان سواد سلامت رابطه وجود دارد. همچنین، داشتن سواد سلامت در این مطالعه به واسطه خودکارآمدی سلامت و سلامت عمومی خودگزارش‌شده نیز سبک زندگی سالم زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تحصیلات نیز در این مطالعه، با واسطه آگاهی از رفتار سلامت بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت تأثیرگذار بود. به عبارتی، آموزش و تحصیلات آگاهی فرد را از رفتارهای سلامت و ضرورت و اهمیت آن افزایش داده است و این امر به حفظ و بهبود سلامت و سبک زندگی سالم منجر می‌شود.

اگرچه مطالعه حاضر به لحاظ نظری متکی بر مدل پندر بوده است، نظریه بورديو درباره سبک زندگی به تبیین مدل کمک کرده است. در نظریه بورديو، سبک زندگی به‌منزله ابزاری برای نشان‌دادن تمایز اجتماعی است. از دیدگاه بورديو، مطابق با هر میدانی، سرمایه‌هایی شکل می‌گیرد که سبک زندگی متفاوتی را به صورت عادتواره به‌وجود می‌آورد [۳].

از نظر بورديو، به علت شرايط ساختارى، به‌ويژه ميدان و عادتواره، اولويت‌هاى فرهنگى گروه‌هاى گوناگون درون جامعه نظام منسجمى را شكل مى‌دهد. سبک‌هاى زندگى و ذائقه‌ها بر مبنای سرمایه‌هاى فرهنگى و اقتصادى شكل مى‌گيرد. از نظر او، ذائقه موجب وحدت و انسجام كسانى مى‌شود كه اولويت‌هاى مشابه دارند و باعث متمایز ساختن آن‌ها از كسانى است كه ذائقه متفاوتى دارند [۵].

بنابراين، با توجه به مدل نظرى بورديو، از آنجا كه تحصيلات و همچنين سواد سلامت و حتى مطالعه در حوزه سلامت به‌منزله عناصرى از سرمايه فرهنگى، كه خود بخش‌هاى متنوعى داشته و بر آگاهى‌هاى فرد تاكيد دارد، بر تعيين ذائقه فرد و درنتيجه سبک زندگى فرد تأثير تعيين‌كننده دارند، به نظر مى‌رسد مطالعه سبک زندگى مرتبط با سلامتى به‌طور خاص در چارچوب مدل نظرى بورديو براى مطالعات بعدى بااهميت باشد.

متغيرهاى سلامتى و بينابن در اين پژوهش بيشترين تأثيرگذارى را بر سبک زندگى سالم داشته‌اند. سلامت عمومى خودگزارش‌شده دومين عامل مهم تأثيرگذار بر سبک زندگى سلامت‌محور است كه اثرى مستقيم دارد. براساس مدل ارتقاى سلامت پندر، فرد براى حفظ سلامتى خود بايد به فوايد درك‌شده (نتايج يا خروجى‌هاى مثبت پيش‌بينى‌شده است كه از رفتار سلامت ايجاد خواهد شد) و موانع درك‌شده (هزينه‌هاى شخصى درك يك رفتار معين يا موانع واقعى و قابل پيش‌بينى است كه به باور افراد نيز مربوط مى‌شود) معتقد باشد. از اين‌رو، افراد براساس هزينه و فوايد سبک‌هاى زندگى براى وضعيت سلامتى‌شان به رفتارها و سبک‌هاى زندگى سلامت‌محور رو مى‌آورند. در اين ميان، درك فرد از وضعيت سلامت مى‌تواند بر عملکرد، رفتارها، و سبک‌هاى ارتقاى سلامت مؤثر باشد. آگاهى از رفتار سلامت نيز از جمله متغيرهاى مهم با اثرگذارى مستقيم است.

خودكارآمدى سلامت عمومى مهم‌ترين متغير تأثيرگذار بر سبک زندگى سلامت‌محور زنان سنين بارورى است. خودكارآمدى سلامتى مربوط به قابليت و توانايى فرد نمى‌شود، بلكه ارزيايى و قضاوت فرد درباره اين باور است كه با توانايى‌هايشان چه راهكارهاى مى‌تواند براى حفظ يا بهبود سلامتى انجام دهد.

با توجه به نتايج پژوهش و اهميت عامل خودكارآمدى در سبک زندگى ارتقادهنده سلامت ضرورى است كه سياستگذاران حوزه تعليم و تربيت و سياستگذاران حوزه عمومى به صورت علمى و دانش‌محور برنامه‌هاى بلندمدتى براى ارتقاى خودكارآمدى، به‌ويژه در بين زنان، تدوين كنند. از طرف ديگر، با توجه به تأثير حمايت اجتماعى، توجه به ابعاد مختلف آن ضرورى است. نوع حمايت شبكه‌هاى اجتماعى مانند حمايت ابزارى، عاطفى، اطلاعاتى، و... بستگى به موقعيتى دارد كه فرد با آن روبه‌رو است.

هرچند مطالعه حاضر توانست ابعاد اساسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را بررسی کند، به نظر می‌رسد برخی متغیرها نیازمند بررسی عمیق‌تری در میان زنان سنین باروری است.

منابع

- [۱] احمدی، بتول؛ فرزندی، فرانک؛ علی محمدی، معصومه (۱۳۸۷). «چالش‌های سیاستگذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن: یک رویکرد کیفی براساس دیدگاه صاحب‌نظران»، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشت جهاد دانشگاهی، ش ۱، ص ۱۱۵-۱۲۵، تهران: نشر الکترونیک.
- [۲] تقدیسی، محمدحسین؛ دشمنگیر، پریناز؛ دهداری، طاهره؛ دشمنگیر، لیلا (۱۳۹۱). «عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی سالم از دیدگاه سالمندان: مطالعه کیفی»، مجله سالمندی ایران، س ۸، ش ۲۷.
- [۳] خواجه‌نوری و مقدس (۱۳۸۷). «بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر میزان گذران اوقات فراغت (مورد مطالعه: دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان آاده)»، پژوهشنامه علوم انسانی و اجتماعی، نیمه دوم ۱۳۸۷، ص ۱۳۳-۱۵۵.
- [۴] رادفر، شکوفه؛ حقانی، حمید؛ تولایی، سیدعباس؛ مدیریان، احسان؛ فلاحتی، مریم (۱۳۸۴). «بررسی سلامت روانی فرزندان ۱۵-۱۸ ساله جانبازان»، طب نظامی، دوره ۳، ش ۷، ص ۲۰۳-۲۰۹.
- [۵] ریتزر، جورج (۱۳۸۹). مبانی نظریه جامعه‌شناختی معاصر و ریشه‌های کلاسیک آن، ترجمه شهناز مسمی‌پرست. تهران: نشر ثالث.
- [۶] زارعی‌پور، مرادعلی؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ اعظم، کمال؛ موحد، احسان (۱۳۹۱). «وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با رفاه خانواده در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی شهرستان سلماس در سال ۱۳۸۹»، مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، دوره ۹، ش ۱، ص ۸۴-۹۳.
- [۷] زارعی، نوشین (۱۳۹۲). «مطالعه بین‌نسلی عادات غذایی در میان زنان شهر شیراز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز.
- [۸] زنجری، نسیم (۱۳۹۰). «مطالعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی- روان‌شناختی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت سالمندان، مطالعه موردی: سالمندان شهر شیراز». پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز.
- [۹] صادقی، معصومه؛ عقدک، پژمان؛ حیدری، رامین و دیگران (۱۳۹۰). «مقایسه عوامل خطر قلبی عروقی و شیوه زندگی سالم زنان خانه‌دار و شاغل در مناطق مرکزی ایران- برنامه قلب سالم اصفهان»، فصلنامه یافته، دوره ۱۳، ش ۴.

- [۱۰] صالحی، لیلی؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ محمد، کاظم و دیگران (۱۳۸۷). «عوامل تسهیل کننده و بازدارنده شیوه زندگی سالم در سالمندان: یک مطالعه کیفی». *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۶، ش ۲، ص ۴۹-۵۷.
- [۱۱] طل، آذر و همکاران (۱۳۹۰). «بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان». *مجله تحقیقات نظام سلامت*، س ۷، ش ۴.
- [۱۲] فلاح طاهرپذیر، ابراهیم؛ ضیغمی محمدی، شراره؛ فهمیدی، فرزاد (۱۳۹۱). «درک بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی از منافع و موانع رفتارهای ارتقای سلامتی». *نشریه پرستاری قلب و عروق*، دوره ۱، ش ۲.
- [۱۳] قاسمی، وحید؛ ربانی، رسول؛ ربانی، علی؛ علیزاده اقدم، محمدباقر (۱۳۸۷). «تعیین کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور»، *فصلنامه مسائل اجتماعی ایران*، س ۱۶، ش ۶۳، ص ۱۸۴-۲۰۲.
- [۱۴] قنبری، شهلا؛ مجلسی، فرشته؛ غفاری، محتشم؛ محمودی مجدآبادی، محمود (۱۳۹۰). «بررسی سواد سلامت زنان باردار زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی»، *دوماهنامه دانشور پزشکی*، س ۱۹، ش ۹۷.
- [۱۵] کرمان ساروی، فتیحه؛ منتظری، علی؛ بیات، معصومه (۱۳۹۰). «مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان شاغل و خانه‌دار». *فصلنامه پایش*، س ۱۱، ش ۱، ص ۱۱۱-۱۱۶.
- [۱۶] محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی آقا، امیر؛ محمدی زیدی، بنفشه (۱۳۹۰). «روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت». *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۱، ویژه‌نامه ۱، ص ۱۰۲-۱۱۳.
- [۱۷] مطلق، زهرا؛ مظلومی محمودآباد، سید سعید؛ ممیزی، مهدیه (۱۳۸۹). «رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانشجویان». *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، دوره ۱۳، ش ۴، ص ۲۹-۳۰.
- [۱۸] موحد، مجید، زنجری، نسیم؛ صادقی، رسول (۱۳۹۱). «تعیین کننده‌های اجتماعی-جمعیتی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت سالمندان (مطالعه موردی سالمندان شهر شیراز)». *نامه انجمن جمعیت‌شناسی*، ش ۱۰.
- [۱۹] میرزایی، محمد؛ کردزنگنه، جعفر (۱۳۹۱). «تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت‌محور در شهر تهران». *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ش ۱۰.
- [۲۰] میرزایی، محمد؛ شمس قهفرخی، مهتری (۱۳۸۸). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت خودادراک سالمندان». *مجله سالمند ایران*، س ۳، ش ۸.
- [۲۱] نجیمی، آرش؛ معظمی گودرزی، علی (۱۳۹۱). «سبک زندگی سالم در سالمندان شهر اصفهان: یک مطالعه مقطعی». *مجله تحقیقات نظام سلامت*، س ۸، ش ۴.

- [۲۲] نوری، علی (۱۳۸۶). «شیوه زندگی سالم در رویکرد نوین»، نشریه داخلی انجمن ارتقای سلامت و شیوه زندگی سالم، س ۲، ش ۵.
- [۲۳] نویدیان، علی؛ کرمان ساروری، فتیحه؛ ایمانی، محمود (۱۳۹۱). «رابطه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن با اضافه وزن و چاقی»، مجله عدد درون ریز و متابولیسم/ایران، دوره ۱۴، ش ۶، ص ۵۵۶-۵۶۳.
- [۲۴] یداللهی، پروین؛ دوازدهامامی، شراره؛ برومندفر، خدیجه؛ فتحی زاده، ناهید (۱۳۸۵). «ارتباط بین سبک زندگی و خصوصیات فردی- بارداری در زنان باردار»، مجله تحقیقات پرستاری و مامایی، ش ۳۳، ص ۸۱-۸۲.
- [25] Adams, Marsha, H., Andrea, G., bowden. Debra, s. Humphrey., Linda, B. mc Adams. (2000). "Social support and health promotion lifestyles of rural women." *Journal of rural nursing and health care*; Vol. 1, No. 1: 28 – 29.
- [26] Bandura. A. & Locke. E. A. (2003). "Negative Self- efficacy and goal revisited". *Journal of Applied psychology*. Vol. 88, No1, PP: 87-89.
- [27] Beutel ME, Schumacher J, Weidner W, Brahler E. (2002). "Sexual and partnership satisfaction in ageing menopause results from a German representative community study. *Journal of Maturities*; Vol. 34, pp: 8-22.
- [28] Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Medefindt J, et al. (2003). "Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels.", *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*; Vol. 14, No. 4, pp: 113-24.
- [29] Don N, Harris E. (2004). " Theory in a Nutshell: A practical guide to health promotion theories". 2nd ed. New York City: McGraw-Hill Incorporated: 110-28.
- [30] Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. London, New York: Oxford University Press.
- [31] Keating XD. (2005). "A meta-analysis of college students Physical activity behaviors. *Journal of Am Coll Health* .vol. 54, No. 2: 25-116.
- [32] La Rosa JH. (1988). " Women, work, and health: employment as a risk factor for coronary heart disease. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; Vol. 158.
- [33] Lim YM., Sung MH. & Joo KS. (2010). " Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women." *Journal of Gerontol Nurse*, Vol. 36, pp : 42-50.
- [34] Lin, YU-Hua., Tsai, Eing – Mei., chan , Te-fu., chou , fan-Hao., Lin , Yu-Ling. (2009). "Health promotin Lifestyle and related factor in pregnant women." *Chang Gung medicine Journal*, Vol. 32, NO .6: 650- 660.
- [35] Mosca L., Mochari H., Christian A., et al. (2006). "National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. *Journal of Circulation*, Vol. 31, pp : 525-534.

- [36] Pajares, F & Schunk,D.H. (2002)" .Self and self-belief in psychology and Education: An historical perspective", *Psychology of Education*: New York: Academic press.
- [37] Pender, j .N. L.C,murdugh ., A.M.Parsons.(2006). "Health promotion in nursing practice". Nurse .5th ed, upper saddle river.
- [38] Pol,G. Louis., and Thomas,k. Richard.(2002). "The demography of health and health care." New York, ^{2ed}.
- [39] Shaban, M., Mehran, A., Taghlili, F. (2007). "Relationship between perception of health concept and health promoting behaviors: A comparative study among Tehran university medical and non-medical Students" *Persian Hayat*, Vol. 13, No.3: 27-36.
- [40] Weeks, John R. (2008) " Population: An Introduction to Concepts and Issues, Tenth Edition, Thompson Wadsworth, USA.

Archive of SID