بررسی سبک زندگی زنان همسردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی غرب شهر اهواز

آذر رفیعی[۱]، کبری دوستی فر[۲]، الهه توسلی[۳]، فاطمه عالی پور[۱]، حمیده حسینی[۱]، طاهره دارابی[۱]، اصغر اشرفی حافظ[۴*]، نسرین سهام خدم[۳]، سحر حسینی[۵]

۱) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۲) دانشکده علوم پزشکی شوشتر ،دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۳) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۴) دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۵) مرکز بهداشت شهرستان آبادان، دانشگاه علوم پزشکی آبادان

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۲۷

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت عوامل مرتبط با سبک زندگی سالم از قبیل تغذیه، فعالیت بدنی، سیگار، خواب، اوقات فراغت، بهداشت فردی و رفتار باروری پژوهش حاضر با هدف تعیین سبک زندگی زنان همسردار ۴۹-۱۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب شهر اهواز انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، جامعه آماری شامل ۳۸۴ زن همسردار ۴۹-۱۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی غرب شهر اهواز است. نمونه گیری به صورت طبقه ای انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه محقق ساخته چندقسمتی بود که به صورت توأم با مصاحبه توسط پرسشگران آموزش دیده تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS vol.16 و آزمون کای اسکوئر در سطح معنی داری $P<0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: یافته ها نشان داد میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۷±۳۰/۶ سال بود. بین سبک زندگی با قومیت(P=0.001)، وضعیت تأهل(P=0.004)، شغل(P=0.002) و درآمد(P=0.001) ارتباط معناداری وجود داشت. در زمینه کیفیت خواب(۲۹/۹ درصد)، گذراندن اوقات فراغت(۴۹/۷ درصد)، وضعیت تغذیه(۵۴/۷ درصد) و وضعیت بهداشت فردی(۴۸/۲ درصد) دارای سبک زندگی متوسطی بودند. در کل ۵۰/۳ درصد از زنان دارای سبک زندگی متوسطی بودند. رایج ترین روش پیشگیری از بارداری(۳۴/۸ درصد) که زنان استفاده می کردند، کاندوم بود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به این که سبک زندگی اکثر زنان شرکت کننده در مطالعه حاضر متوسط بود، این امر لزوم توجه و تأکید بر نقش آموزش بهداشت را با هدف آشنایی بیشتر زنان با سبک زندگی مناسب و عادت های رفتاری صحیح نشان می دهد، تا به عنوان یک فاکتور پیشگیری کننده عمل کند.

واژه های کلیدی: سبک زندگی، زنان همسردار، تغذیه، سیگار، رفتار باروری، فعالیت بدنی، بهداشت فردی

[*]**نویسنده مسئول:** دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

Email: *Ashrafihafez@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]

مقدمه

فهم طبیعت و رفتار انسان نقطه شروع اصلاح رفتارهای او است،(۱). سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب کرده و زیر بنای آن در خانواده پی ریزی می شود که در واقع متأثر از فرهنگ، نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، اعتقادات و باورها می باشد،(۲) سازمان جهانی بهداشت اصطلاح«Life Style» را سبک زندگی بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، برهم کنش اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی-اقتصادی حاصل می شود،(۳). امروزه متخصصان سلامت سبک زندگی را یکی از مهم ترین عوامل مؤثر بر سلامتی می دانند،(۴). سازمان جهانی بهداشت معتقد است با تغییر و اصلاح سبک زندگی می توان با بسیاری از عوامل خطرسازی که جزء مهم ترین عوامل مرگ و میر هستند، مقابله کرد،(۵). مطالعات گسترده ای در زمینه سبک زندگی نشان دادند که سیگار، فعالیت جسمانی ناکافی، تغذیه نامناسب و افزایش وزن خطر بروز بیماری های مزمن مختلف را افزایش می دهد،(۶). به طور کلی فعالیت بدنی، رژیم غذایی، سیگار و مصرف الکل با مرگ و میر افراد مرتبط بوده؛ به علاوه ترکیب این عوامل خطر بر مرگ و میر کلی و مرگ و میر با علت خاص نیز در ارتباط است،(۷). مطالعه ای که توسط فورد و همکاران در سال ۲۰۱۰ در بزرگسالان ایالات متحده طی دهه ۲۰۰۷-۱۹۹۶ انجام شده بود و عواملی مانند مصرف میوه و سبزیجات، فعالیت بدنی، سیگار و شاخص توده بدنی افراد را برررسی کرده بودند نشان داد که درصد بزرگسالانی که در ایالات متحده سبک زندگی سالم داشتند در طی این دهه کاهش یافته است،(۶). هم چنین مطالعه ای که توسط پیسینگر و همکاران در سال ۲۰۰۶ در کشور دانمارک انجام شده نشان داد بین فعالیت بدنی و سلامت جسمانی، بهبود وضعیت روانی و رژیم غذایی سالم ارتباط وجود داشته و افراد با سبک زندگی ناسالم از سلامت روانی و جسمانی کمتری نسبت به افرادی که سبک زندگی سالم تری داشتند، برخوردار بودند.(۸)

رژیم غذایی ناسالم یکی از عوامل خطر برای طیف گسترده ای از بیماری های مزمن مانند بیماری های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و سایر بیماری های مرتبط با چاقی هستند. توصیه های ویژه برای داشتن یک رژیم غذایی سالم شامل مصرف بیشتر میوه، سبزیجات، حبوبات، مغزها، غلات، کاهش نمک، قند و چربی ها هستند. بهبود عادات تغذیه ای یک مسئله اجتماعی است و تنها مرتبط با فرد نیست. بنا بر این نیازمند رویکرد مبتنی بر جمعیت، چند بخشی، چند رشته ای و فرهنگی است.(۹)

عدم تحرک بدنی به عنوان چهارمین عامل خطر مرگ و میر جهانی شناخته شده است. فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط از قبیل پیاده روی، دوچرخه سواری یا شرکت در مسابقات فواید قابل توجهی برای سلامتی دارد. فعالیت بدنی منظم می تواند در کاهش خطر بیماری های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان سینه، سرطان کولون و افسردگی مؤثرباشد.(۱۰)

استعمال دخانیات نیز یکی از عوامل خطر مهم بیماری های مزمن از قبیل سرطان، بیماری های ریوی و بیماری های قلبی-عروقی است،(۱۱). مصرف الکل علت ۲/۵ میلیون از مرگ ها در هر سال است و سومین عامل خطر برای بار بیماری هاست،(۱۲). سیگار و مصرف بیش از حد الکل در زنان از عوامل خطر برای نازایی زنان محسوب می شوند.(۱۳)

مطالعات نشان دادند که سبک زندگی با مشکلات مربوط به خواب ارتباط داشته و در افرادی که سبک زندگی آن ها مناسب باشد، مشکلات خواب کمتر است.(۱۴)

زنان در سنین باروری ۴۴-۱۵ سال به دلیل عوامل زیست شناختی، عدم دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشتی در معرض خطراتی هستند،(۱۵). سرطان سینه اولین سرطان کشنده زنان ۵۹-۲۰ ساله در دنیا می باشد،(۱۵). سرطان دهانه رحم دومین سرطان شایع در زنان دنیاست، به طوری که ۵۰۰۰۰۰ از موارد جدید و ۲۵۰۰۰۰ از مرگ ها در هر سال به این بیماری اختصاص دارد. تقریباً ۸۰ درصد از موارد در کشورهای با درآمد پایین دیده می شود،(۱۶). مرگ و میر مادران دومین علت مرگ زنان در سنین باروریست به طوری که ۲۸۷۰۰۰ زن در هر سال به علت مشکلات دوران بارداری می میرند،(۱۵). درک سبک زندگی افراد در گذشته و حال و تغییر سبک زندگی می تواند دیدگاهی جهت انجام پژوهش های تغییر رفتار و اطلاعات برای اجرا و هدفمند سازی برنامه های بهداشت عمومی که بر بیماری های مزمن چند عاملی اثرگذارند، ایجاد نماید.(۱۷)

نتایج یک مطالعه در استرالیا که در سال ۲۰۰۶ انجام شده بود نشان داد، سنین میانسالی برای زنان در ایجاد تغییرات رفتار بهداشتی مثبت، زمان مناسبی است. بر اساس نتایج این مطالعه یک سوم از جمعیت مورد مطالعه(۳۴ درصد) در انجام تمرینات ورزشی افزایش داشتند و نزدیک

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]

به(۶۰ درصد) از افراد سعی داشتند که رژیم غذایی مناسب از سن ۴۰ سالگی داشته باشند،(۱۸). هم چنین نتایج مطالعاتی در خصوص سبک زندگی نشان دادند که عوامل مرتبط با سبک زندگی سالم در این مطالعات در جمعیت مورد پژوهش در طول چند سال تغییراتی داشته؛ به طوری که فعالیت بدنی از ۵۳ درصد به ۴۳ درصد و مصرف سبزیجات و میوه جات ۵ بار در روز از ۴۲ درصد به ۲۶ درصد کاهش و شاخص توده بدنی از ۲۸ درصد به ۳۶ درصد و مصرف الکل از ۴۰ درصد به ۵۱ درصد افزایش داشته است،(۱۹). در مطالعه ای تحت عنوان بررسی سبک زندگی در زنان یائسه در سبزوار نتایج نشان داد که آموزش تغییر در شیوه های زندگی می تواند از بروز بسیاری از عوارض یائسگی جلوگیری نماید و نیز فعالیت فیزیکی در به تأخیر انداختن استئوپروز مؤثر است.(۲۰)

با توجه به بررسی های انجام شده و اهمیت بررسی عوامل مرتبط با سبک زندگی زنان در سنین بارداری، مطالعه ای با هدف تعیین سبک زندگی سالم در زنان همسردار سنین باروری ضرورت یافت. در این مطالعه با توجه به اهمیت عوامل مرتبط با سبک زندگی سالم که در مطالعات مورد بررسی قرار گرفتند به فاکتورهایی از قبیل تغذیه، فعالیت بدنی، سیگار، اوقات فراغت، خواب، بهداشت فردی و رفتارهای مرتبط با بهداشت باروری پرداخته شده است.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی سبک زندگی ۳۸۴ زن همسردار ۴۹-۱۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی غرب شهر اهواز مورد بررسی قرار گرفته است. اطلاعات به صورت مقطعی جمع آوری شده است. روش نمونه گیری طبقه ای و هر طبقه به صورت تصادفی مورد مطالعه قرار گرفت. برای بررسی سبک زندگی از پرسش نامه محقق ساخته استفاده شد که حاوی ۷۳ سوال و مشتمل بر ۲ بخش بود: بخش اول مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم مربوط به ابعاد مختلف سبک زندگی شامل: تغذیه، فعالیت بدنی و ورزش، خواب، اوقات فراغت، رفتار باروری، بهداشت فردی و استعمال دخانیات بود. سبک زندگی در سه سطح نامطلوب(زیر ۳۴ درصد)، متوسط(۶۷-۳۴ درصد) و مطلوب(۱۰۰-۶۷ درصد) طبقه بندی گردید. جهت تعیین اعتبار علمی پرسش نامه از روش روایی محتوی استفاده گردید؛ بدین طریق که فرم پرسش نامه به رؤیت چندین تن از صاحب نظران رسید و سپس نظرات آن ها بررسی و با اعمال در پرسش نامه، فرم نهایی تهیه شد. جهت تعیین اعتماد علمی از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.(r=%78) پرسش نامه به صورت توأم با مصاحبه توسط پرسشگران آموزش دیده که دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی بهداشت بودند و سابقه کار در انجام نمونه گیری را داشتند، تکمیل شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: اعلام رضایت برای شرکت در تحقیق و متأهل بودن؛ هم چنین معیارهای خروج از مطالعه شامل افراد بیوه، مطلقه و مجرد می شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS vol.16 و آزمون کای اسکوئر در سطح معنی داری $P<0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سن زنان مورد پژوهش ۷±۳۰/۶ سال و میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان ۱/۶±۲ نفر بود. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی زنان همسردار سنین باروری ۴۹-۱۵ سال را بر حسب مشخصات فردی نشان می دهد. طبق این جدول ۳۵/۷ درصد زنان مورد مطالعه دارای تحصیلات دانشگاهی، ۷۲/۷ درصد خانه دار و ۳۲/۸ درصد عرب بودند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی زنان همسردار در سنین باروری ۴۹-۱۵ سال بر حسب مشخصات فردی

	متغیر	فروانی	درصد
تحصیلات	بیسواد	۲۴	۶/۳
	ابتدایی	۶۳	۱۶/۴
	سیکل	۵۲	۱۳/۵
	دیپلم	۱۰۸	۲۸/۱
	دانشگاهی	۱۳۷	۳۵/۷
شغل	شاغل	۱۰۵	۲۷/۳
	خانه دار	۲۷۹	۷۲/۷
تأهل	متأهل	۳۶۶	۹۵/۳
	مطلقه	۱۱	۲/۹
	همسر فوت شده	۷	۱/۸
مسکن	صاحب خانه	۱۷۱	۴۴/۵
	مستأجر	۱۱۴	۲۹/۷
	رهن	۳۶	۹/۴
	منزل سازمانی	۹	۲/۳
	منزل اقوام	۵۴	۱۴/۱
قومیت	فارس	۱۲۱	۳۱/۵
	عرب	۱۲۶	۳۲/۸
	لر	۹۲	۲۴
	ترک	۱۳	۳/۴
	سایر قومیت ها	۳۲	۸/۳

توزیع فراوانی وضعیت سبک زندگی در بین زنان همسردار سنین باروری ۴۹-۱۵ سال در جدول شماره ۲ بیان شده است. در مورد سبک زندگی نتایج نشان داد سبک زندگی ۴۴/۵ درصد در زمینه تغذیه مطلوب، ۳۴/۹ درصد واحدهای مورد مطالعه در زمینه بهداشت فردی وضعیت نامطلوب و در زمینه خواب(۲۹/۹ درصد) و گذراندن اوقات فراغت(۴۹/۷ درصد) وضعیت متوسطی داشتند؛ به طور کلی سبک زندگی بیشترین درصد واحدها(۵۰/۳ درصد) متوسط(نسبتاً مطلوب) بود. هم چنین نتایج نشان داد بین سبک زندگی و وضعیت اقتصادی(P=0.001)، تأهل(P=0.004)، شغل(P=0.002)، قومیت(P=0.001) و تحصیلات(P=0.001) رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی وضعیت سبک زندگی در بین زنان همسردار در سنین باروری ۴۹- ۱۵ سال

وضعیت سبک زندگی	خواب		تغذیه		بهداشت فردی		بهداشت باروری		گذراندن اوقات فراغت		کنترل سلامتی		سبک زندگی کلی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نامطلوب	۴۷	۱۲/۲	۳	۰/۸	۱۳۴	۳۴/۹	۹۸	۲۵/۵	۱۸	۴/۷	۱۵۳	۴۰/۲	۰	۰
متوسط	۱۱۵	۲۹/۹	۲۱۰	۵۴/۷	۱۸۵	۴۸/۲	۲۳۱	۶۰/۲	۱۹۱	۴۹/۷	۱۷۴	۵۷/۷	۱۹۳	۵۰/۳
مطلوب	۲۲۲	۵۷/۸	۱۷۱	۴۴/۵	۶۵	۱۶/۹	۵۵	۱۴/۳	۱۷۵	۴۵/۶	۵۴	۱۴/۲	۱۹۱	۴۹/۷

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]

برای بررسی رابطه بین سبک زندگی کلی و ابعاد مختلف آن با متغیرهای دموگرافیک از آزمون کای اسکوئر استفاده شد که نتایج مذکور در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین سبک زندگی و وضعیت اقتصادی ($P<0.001$)، شغل ($P<0.001$)، وضعیت مسکن ($P<0.02$)، قومیت ($P<0.001$) و تحصیلات ($P<0.001$) رابطه معنی داری وجود داشت ولی بین وضعیت تأهل با سبک زندگی ارتباط معناداری مشاهده نشد.($P>0.245$)(جدول شماره ۳)

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی وضعیت سبک زندگی زنان همسردار ۴۹-۱۵ ساله بر حسب مشخصات فردی

مشخصات دموگرافیک	سبک زندگی / فراوانی	نامطلوب		متوسط		مطلوب		جمع		χ^2	سطح معناداری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
تحصیلات	بیسواد	۰	۰	۲۳	۶	۱	۰/۴	۲۴	۶/۴	۱۹/۹۹	۰/۰۰۱
	ابتدایی	۰	۰	۶۱	۱۶	۲	۰/۶	۶۸	۱۶/۶		
	سیکل	۰	۰	۴۶	۱۲	۶	۲	۴۸	۱۴		
	دیپلم	۰	۰	۸۸	۲۳	۲۰	۵	۱۰۸	۲۸		
	دانشگاهی	۰	۰	۱۰۲	۲۶	۳۵	۹	۱۳۷	۳۵		
شغل	خانه دار	۰	۰	۲۴۴	۶۳	۳۵	۹	۲۷۹	۷۲	۶/۱	۰/۰۰۱
	شاغل	۰	۰	۷۶	۲۰	۲۹	۸	۱۰۵	۲۸		
قومیت	فارس	۰	۰	۸۴	۲۲	۳۷	۱۰	۱۲۱	۳۲	۲۷/۷۲	۰/۰۰۱
	عرب	۰	۰	۱۱۸	۳۱	۸	۲	۱۲۶	۳۳		
	لر	۰	۰	۷۹	۲۱	۱۳	۳	۹۲	۲۴		
	ترک	۰	۰	۱۲	۳	۱	۰/۲	۱۳	۳/۲		
	سایر قومیت ها	۰	۰	۲۷	۷	۵	۱	۳۲	۸		
تأهل	متأهل	۰	۰	۳۰۲	۷۸	۶۴	۱۷	۳۶۶	۹۵	۲/۷	۰/۲۴۵
	مطلقه	۰	۰	۱۱	۳	۰	۰	۱۱	۳		
	بیوه	۰	۰	۷	۲	۰	۰	۷	۲		

بحث و نتیجه گیری

سبک زندگی باید به صورت یک ترکیب پیچیده از کارها و عادت های رفتاری در افراد و گروه ها ، به خصوص با توجه به شالوده فرهنگی و شرایط اجتماعی-اقتصادی و روابط اجتماعی و شخصیت آن ها مورد توجه قرار گیرد. با وجود این که ما به نقش محیط زندگی کاملاً واقف هستیم، ولی افراد تصمیمات زیادی می گیرند که بر سلامت آن ها تأثیرگذار است. سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی را بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، بر هم کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی-اقتصادی حاصل می شود.(۳)

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که زنان همسردار سنین ۴۹-۱۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز، به طور کلی از سبک زندگی متوسطی برخوردار هستند. مطالعه تاماکوشی و همکاران در

سال ۲۰۰۹ نشان داد که بین ۶ فاکتور سبک زندگی سالم(عدم استعمال سیگار، عدم مصرف مشروبات الکلی، یک ساعت پیاده روی در روز، خواب ۶/۵ تا ۷/۴ ساعت، مصرف سبزیجات تقریباً هر روز و شاخص توده بدنی ۱۸/۵ و ۲۴/۹) و مرگ و میر با تمام علت ها در زنان و مردان ارتباط معکوس وجود دارد و این فاکتورها می تواند مرگ و میر در زنان را تا ۴۹ درصد کاهش دهد،(۲۱). هم چنین مطالعه نوپس و همکاران در سال ۲۰۰۴ نیز تأثیر فاکتورهای سبک زندگی(رژیم غذایی مدیترانه ای، مصرف الکل، فعالیت بدنی و عدم استعمال سیگار) را در کاهش مرگ و میر مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که این

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]

عوامل بر کاهش میزان مرگ و میر موثرند،(۲۲). فواید بالقوه بهداشت عمومی از بهبود سبک زندگی سالم تر برای تمام سنین قابل توجه است و فعالیت بدنی و تغذیه مناسب می تواند خطرات مرگ و میر زودرس و ناتوانی های ناشی از بیماری های قلبی-عروقی و بروز چاقی را کاهش دهد،(۱۹). شواهد نشان داده اند رژیم غذایی سرشار از لبنیات نه تنها موجب کاهش خطر پوکی استخوان و فشارخون بالا می گردند بلکه ممکن است در پیشگیری و درمان چاقی نیز سهیم باشند،(۲۶-۲۳). یافته های بررسی حاضر نشان داد اکثر زنان مورد مطالعه معمولاً از لبنیات استفاده می کردند؛ در حالی که در مطالعه فیاض و همکاران مصرف شیر و دیگر مواد لبنی در آزمودنی ها پایین بود. ۵۰/۶۲ درصد از آزمودنی ها به هیچ وجه شیر مصرف نمی کردند،(۲۷). هم چنین یافته های حاصل از پژوهش های متفاوت نشان داده که مصرف ۵ بار در روز میوه به میزان ۲۷ درصد و ۳ بار در روز سبزی به میزان ۷۰ درصد خطر بیماری قلبی و عروقی را کاهش می دهد،(۲۸)، که اکثریت قریب به اتفاق زنان مورد مطالعه در رژیم غذایی خود معمولاً میوه و سبزی مصرف می کردند. در مطالعه استاجی و همکاران اکثر مردم سبزوار فقط گاهی از سبزیجات و میوه جات استفاده می کنند. قرار داشتن در حاشیه کویر، به همراه عادات غذایی نادرست و شرایط اقتصادی نامناسب نیز می تواند در کاهش مصرف سبزی و میوه جات مؤثر باشد،(۲۹). مدیر کل دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت اعلام کرده است، روغن های جامد تهدیدی برای سلامت قلب و عروق است و در کشور ما بیماری های قلبی-عروقی اولین علت مرگ می باشد،(۳۰). در مطالعه حاضر ۷۶/۶ درصد از زنان مورد مطالعه از روغن های مایع و ۲۱/۴ درصد از روغن های جامد استفاده می کردند؛ ولی در مطالعه استاجی و همکاران ۶۴/۳ درصد از جامعه مورد پژوهش از روغن های جامد و فقط ۳/۹ درصد از روغن مایع استفاده می کردند.(۲۹)

در ارتباط با فعالیت فیزیکی ۶۶/۴ درصد زنان مورد مطالعه ورزش نمی کردند. در مطالعه استاجی و همکاران نیز ۵۹/۲ درصد مردم سبزوار ورزش نمی کردند و فعالیت ورزشی مردان بیش از زنان بود،(۲۹). Mehmet و Aytui Kasapolu علل کاهش فعالیت فیزیکی را عدم دسترسی به فضای مناسب، وسایل و تجهیزات مناسب می دانند،(۳۱). کم تحرکی مشکل عصر حاضر می باشد، فعالیت های فیزیکی کافی و مناسب موجب ارتقاء سلامت افراد می شود. کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش تحصیلات دانشگاهی از جمله فواید انجام فعالیت های فیزیکی در ساعاتی از روز می باشد،(۳۲). فیپس(۲۰۰۳) بیان می کند که تغذیه و فعالیت فیزیکی می تواند به طور مؤثری از بیماری های قلبی-عروقی جلوگیری نماید،(۲). هم چنین مطالعه پسینگر نشان داده که بین سبک زندگی سالم افراد و وضعیت فیزیکی و روانی آن ها ارتباط وجود دارد و افراد با سبک زندگی سالم از شرایط روحی و فیزیکی مطلوب تری برخوردارند.(۸)

در مطالعه حاضر ۵۱ درصد از زنان خوابی بین ۸-۷ ساعت داشتند و ۳۵/۷ درصد از نمونه ها به دلیل مشغله های خانوادگی در طول شب راحت نمی خوابیدند. در مطالعه استاجی و همکاران ۴۵/۶ درصد از نمونه های پژوهش، خواب منظم ندارند و فقط ۳۶/۲ درصد در شبانه روز ۸ ساعت می خوابند،(۲۹). ۹۷/۹ درصد از واحدهای مورد مطالعه، سیگار یا مواد مخدر دیگر استفاده نمی کردند؛ البته با توجه به این که جمعیت مورد مطالعه ما را زنان تشکیل می دادند و این گروه به دلایل عرفی کمتر از دخانیات استفاده می کنند، این نتیجه قابل انتظار بود. مطالعه هادی و همکاران نیز با مطالعه ما هم خوانی دارد،(۳۳). ۴۰ درصد از نمونه های پژوهش در حد ایده آل یعنی سالی یک بار آزمایش پاپ اسمیر انجام می دادند و متأسفانه ۶۰ درصد آنان هیچ گاه این آزمایش را انجام نداده اند. در مطالعه هادی و همکاران تنها ۲۶/۳ درصد افراد سالی یک بار آزمایش پاپ اسمیر را انجام می دادند.(۳۳)

۵۱/۳ درصد از زنان مورد مطالعه خودآزمایی سینه انجام می دادند. به علاوه تنها ۹۴/۷ درصد از آن ها تحت ماموگرافی قرار نگرفته بودند که لزوم آموزش بیشتر در این زمینه را گوشزد می کند. در مطالعه هادی و همکاران نیز ۹۲/۱ درصد از زنان هرگز ماموگرافی انجام نداده بودند،(۳۳). از آن جایی که مراکز بهداشتی درمانی محیط های مناسبی در افزایش آگاهی زنان در خصوص رفتارهای ارتقاء سلامت مثل فعالیت بدنی و تغذیه و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم هستند،(۳۴)، یافته های این مطالعه که در زنان سنین بارداری انجام شده است می تواند نگرش مناسبی را در جهت افزایش آگاهی زنان در خصوص سبک زندگی سالم و برنامه ریزی در جهت مداخلات آموزشی برای تغییر رفتار در آن ها فراهم نماید.

یافته های این پژوهش در کل نشان دهنده وجود عادت های رفتاری غلط و نامناسب در زنان به خصوص در زمینه بهداشت فردی، بهداشت باروری و کنترل سلامتی است که باعث شده تا ۵۰/۳ درصد از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]

زنـان دارای سـبک زنـدگی متـوسـطی باشـند. این امر، لزوم توجـه و تأکیـد بر نـقـش آمـوزش بهـداشت را با هـدف آشنـایی زنـان با سـبک زنـدگی مناسب و عادت های رفتاری صحیح نشان می دهد، تا به عـنوان یک فاکتور پیشگیری کننده عمل کند. به امید آن که مســئولان و برنامــه ریـزان از نـتایج این مـطـالـعه در برنامه ریزی های خود در جهت ارتقاء سلامت زنان استفاده نمایند.

سپاسگزاری

از تمام عزیزانی که به نحوی در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، به ویژه همکاران پرسشگر کمال تشکر را داریم.

References

1. Dunkley J. Health promotion in midwifery. 1th ed. Bailliere Tindall; 2000.P.46-8.
2. Phipps M, Sands MN. Medical- surgical nursing health and illness perspectines. 7th ed. Philadelphia: Mosby Co; 2003.P. 34.
3. Veal AJ. Leisure and lifestyle. A review and annotated bibliography. J Behav 2011; 2:341-7.
4. McEwen M. Community- based learning: an introduction. 2th ed. Philadelphia: Mosby Co; 2002.
5. Ahmadvand E. Global health report 2002, risk reduction, improving health life. Tehran: Great Ibne sina institute; 2002.
6. Earl S, Ford CL, Guixiang Z, William S, James T, Kurt J. Greenlund. Trends in low-risk lifestyle factors among adults in the United States: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System 1996–2007. Prevent Med 2010;51:135-41.
7. Kvaavik E, Batty GD, Ursin G, Huxley R, Gale CR. Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey. Arch Internal Med 2010;170:711-8.
8. Pisinger C, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Jørgensen T. The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population. Prevent Med 2009;49:418-23.
9. World Health Organization (WHO). Diet. J Nutr 2010;21:528-33.
10. World Health Organization (WHO). Physical Activity. J Activity 2013;81:621-8.
11. World Health Organization (WHO). Tobacco. Smoking. 2013;40:121-8.
12. World Health Organization (WHO). Alcohol: key facts. Alcoholism 2011;81:621-8.
13. Kvaavik E, Batty GD, Aadahl M, Glümer C, Jørgensen T. The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population. Prevent Med 2010; 50:428-31.
14. Timothy H, Monk CFR, Daniel J, Buysse JM. The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality. Qual J Behav 2003;20:97-107.
15. Aadahl M, Glümer C, Jørgensen T, Buysse JM. The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality. Qual J Behav 2011;9:38-42.
16. Ursin G, Huxley R, Gale CR, Daniel J, Buysse JM. The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality. Qual J Behav 2003;20:97-107.
17. Patterson RE, Haines PS, Popkin BM. Health lifestyle patterns of U.S. adults. Prevent Med 1994;23:64-70.
18. Anderson A, Anderson D, Hurst C. Modeling factors that influence exercise and dietary change among midlife Australian women: Results from the Healthy Aging of Women Study. Maturitas 2011;67:151-8.
19. King DE, Mainous AG, Carnemolla M, Everett CJ. Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults,1988-2006. Am J Med 2009;122:528-34.
20. Yoosefzadeh S. [Nutrition, lifestyle and exercise in menopausal women in Sabzevar city]. J Sabzevar Uni Med Sci 2004; 11: 62-6. (Persian)
21.Tamakoshi A, Tamakoshi K, Lin Y, Yagyu K, Kikuchi S. Healthy lifestyle and preventable death:Findings from the Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. Prevent Med 2009;48:486–92.
22. Knoops K. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women. The HALE Project. Am Med Assoc 2004;292:687-92.
23. Mori M, Mori H, Yamori Y. Calcium tablets reduce osteoporosis risk factors and

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]

increase insulin- like growth factor-1 in teenage girls. CEPP 2007; 34: 93-5.
24. Pilvi TK, Storvik M, Louhelainen M, Merasto S, Korpela R, Mervaala EM. Effect of dietary calcium and dairy proteins on the adipose tissue gene expression profile in diet- induced obesity. J Nutr Nutrigenom 2008; 1: 240-51.
25. Zemel MB, Shi H, Greer B, Dirienzo D, Zemel PC. Regulation of adiposity by dietary calcium. FASEB J 2000; 14: 1132-8.
26. Mirmiran P, Esmail-Zadeh A, Azadbakht L, Azizi F. [An inverse relationship between milk consumption and body mass index: Tehran Lipid and Glucose study]. Iran J Endocrinol Metab 2003; 5: 73-81.(Persian)
27. Fayaz E, Mohebbi H, Damirchi A. [The level of physical activity, calcium intake, calcium sources and anthropometrical variables in young college females]. Iran J Endocrinol Metab 2012;13: 697-704. (Persian)
28. Agustin F. Influence on life style measures and five-years coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention program in patients with coronary heart disease. J Cardiovas Risk 2003 ;10: 429-37.
29. Estaji Z, Akbarzadeh R, Tadayyonfar M, Rahnama F, Zardouz R, Najar L. [Study of lifestyle of people in Sabzevar]. J Sabzevar Uni Med Sci 2006;13: 134-9. (Persian)
30. Department of Health (Office of Community Nutrition). [Health Magazine]. 2005; 2: 2-8. (Persian)
31. Mehmet C, Aytui KM. A sociological case study on the attitudes and behavior of students in Urban Turkey. Urban Educat 2005; 40: 550-64.
32. Baur LA. Child and adolescent obesity in the 21 st century: an Australian perspective. Asia Pac J Clin Nutr 2002; 11: S524-8.
33. Hadi N, Barazandeh F. [Lifestyle of nurses working in shiraz university hospitals]. Hayat 2007; 13: 43-53. (Persian)
34. Parra-Medina D, Wilcox S, Wilson D, Addy C, Felton G, Beth PM. Heart Healthy and Ethnically Relevant (HHER) Lifestyle trial for improving diet and physical activity in underserved African American women. Contemp Clin Trials 2010;31:92-104.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]

The lifestyle of married women referring to health centers in West of Ahvaz

*Rafiee A[1], Doostifar K[2], Tavasoli E[3], Alipour F[1], Hosseini H[1], Darabi T[1], Ashrafi Hafez A *[4], Saham Khadam N[3], Sahar Hosseini S[5]*

(Resived: May 5, 2013 Accepted: November 18, 2013)

Abstract

Introduction: Given the importance of healthy lifestyle related factors such as nutrition, physical activity, smoking, sleeping, leisure, individual health and reproducetive behavior, the aim of this study was to determine the lifestyle of married women, aged 15-45 years old, referring to health centers in west of Ahvaz city.

Materials & Methods: In this descriptive-analytical study, statistical population includeed 384 married women, aged 15- 49 years old, referring to health centers in the west of Ahvaz city. Sampling was conducted by stratified method. The tool for collecting information was a researcher designed multi-section questionnaire, which was completed by aid of trained interviewers along with interviewing. Data were analyz-ed by SPSS software and chi- square test at significant level of P< 0.05.

Findings: The finding showed that the mean age of subjects under study was 30.6 ± 7 years. There was a significant association between lifestyle and other parameters such as ethnic (p< 0.001), marital status (p< 0.004), occupation (p< 0.002) and income (p< 0.001). The subjects had an average lifestyle in terms of sleep quality (29.2%), spend leisure time (49.7%), nutrition (54.7%) and individual health status (48.2%). in overall, 50.3% of women had an average lifestyle. The most common method of contraception was condom (34.8%).

Discussion & Conclusion: Considering that most of the women in this study had an average lifestyle, this emphasizes the importance of health education to familiarize most women with appropriate lifestyle and right behavioral habits acting as a protective factor.

Keywords: Lifestyle, married women, nutriation, smoking, reproductive behavior, physiccal activity, individual health

1.Dept of Public Health, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
2.Shushtar Faculty of Medical Sciences, Shushtar, , Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz Iran
3.Dept of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4.School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5.Abadan Health Center, Abadan College of Medical Sciences, Abadan, Iran
** (Corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-14]