

**بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی
(مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۹۲)**

علیرضا کلدی^۱، حمیده کبیران عین الدین^۲، سید حسین محققى کمال^۳، پوریا رضا سلطانی^۴

چکیده

شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. سبک زندگی به ما کمک میکند تا آنچه را که مردم انجام می دهند، دلیل انجامشان و معنی عملشان برای خودشان و دیگران را درک کنیم. در پژوهش حاضر، رابطه بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی در دانشجویان، مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه حاضر، ۱۴۰ دانشجو با روش غیر تصادفی سهمیه ای از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انتخاب و با پرسشنامه SF36 و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مورد آزمون قرار گرفتند. تجزیه تحلیل داده ها به وسیله نرم افزار SPSS و با آزمونهای آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون همبستگی اسپیرمن و آزمونهای تی تست نرمال و غیرنرمال و تحلیل رگرسیون، تحلیل شدند. بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان رابطه معناداری وجود داشت ($p=0/00$). از میان شش بعد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، "مسئولیت پذیری در مقابل سلامت خود"، با میانگین ۲۸/۵۴ بیشترین و "مدیریت استرس" با میانگین ۹/۰۳ کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده اند. از میان هشت بعد کیفیت زندگی، "عملکرد جسمی" با میانگین ۲۶/۶۴ بیشترین و "محدودیت در ایفای نقش ناشی از وجود مشکلات جسمانی" با میانگین ۴/۸۲ کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده است. نتایج نشان داد که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با کیفیت زندگی دانشجویان رابطه مثبت قوی دارد و همچنین سبک زندگی و کیفیت زندگی دانشجویان با مقطع تحصیلی، وضعیت اشتغال و وضعیت تاهل دانشجویان رابطه معناداری دارد و تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت پیش بینی کننده خوبی برای کیفیت زندگی می باشد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، کیفیت زندگی، دانشجویان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۱/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۲/۲۴

^۱ استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی arkaldi@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد رفاه اجتماعی - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده مسئول) - h.refah.kabiran@gmail.com

^۳ استادیار گروه مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی Hosseinmohageg@gmail.com

^۴ دانشجوی دکتری سنجش و اندازه گیری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی P-rsoltani@yahoo.com

مقدمه

سبک زندگی نمایانگر نگاه فرد به زندگی، جهان و ارزشهای مورد قبول اوست. به بیان دیگر سبک زندگی سمبل و نماد هدایت افراد یک جامعه است که تمامی جنبه های زندگی آنها را در بر می گیرد. شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است. سبک زندگی به ما کمک میکند تا آنچه را که مردم انجام می دهند، دلیل انجامشان و معنی عملشان برای خودشان و دیگران را درک کنیم. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۵ بیماری به عنوان مهمترین بیماری های مزمن در جهان شناخته شده اند که عبارتند از چاقی، سکنه قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان که تمامی آنها با سبک زندگی و تغذیه ارتباط مستقیم دارند (دالوندی، ۱۳۹۱).

سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت جزء معطوف به ارتقای سلامت از سبک زندگی است که دارای شش بعد "فعالیت جسمانی"، "تغذیه"، "مسئولیت پذیری در مقابل سلامت"، "رشد روحی"، "روابط بین فردی" و "مدیریت استرس" می باشد. این سبک زندگی علاوه بر تداوم و تقویت سطح سلامت و رفاه باعث احساس رضایت و خودشکوفایی می شود (طل و همکاران، ۱۳۹۰).

کاربرد الگوهای رفتاری مثبت در زندگی در ارتقای سلامت فردی موثر می باشد. ۵۳٪ از علل مرگ و میر افراد با سبک زندگی آنها ارتباط دارد. بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل چاقی، بیماری های قلب و عروق، انواع سرطان و اعتیاد که امروزه در اغلب کشورها به خصوص کشورهای در حال توسعه به چشم می خورد با دگرگونی های سبک زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد (سلطانی و همکاران، ۱۳۸۴). تحقیقات نشان می دهد که عوامل زیادی بر کیفیت زندگی فرد و ابعاد آن تاثیر میگذارند که از آن جمله می توان به عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی اشاره کرد. یکی از این عوامل سن میباشد به طوری که بسیاری از مطالعات نشان داده اند با افزایش سن میانگین کیفیت زندگی کاهش می یابد (طهماسبی، ۱۳۸۵). همچنین کیفیت زندگی با جنسیت در ارتباط می باشد به طوری که در اکثر مطالعات، زنان نسبت به مردان دارای کیفیت زندگی پایین تری بوده اند (فرهادی، ۱۳۸۹). در مطالعه ای نشان داده شد که کیفیت زندگی سالمندان به شیوه زندگی آنها بستگی دارد (منصوریان، ۱۳۸۵). همچنین بین رشد روحی و مدیریت استرس که از ابعاد سبک زندگی می باشند با کیفیت زندگی رابطه معنی داری دارند که با افزایش نمره این ابعاد، کیفیت زندگی نیز افزایش می یابد (طل و همکاران، ۱۳۹۰). مطالعات دیگری نشان داده اند که بین رژیم غذایی و کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین تحقیقات نشان داده اند که فعالیت فیزیکی بر روی کیفیت زندگی تاثیر می گذارد (فیضی و همکاران، ۱۳۹۰). در تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته اینگونه نتیجه شده است که بین مدیریت استرس و جنسیت رابطه معنی داری وجود دارد به طوری که دانشجویان دختر از مدیریت استرس بهتری برخوردارند و همچنین بین سن و وضعیت تغذیه و روابط بین فردی رابطه معنی دار است (طل و همکاران، ۱۳۹۰).

بر اساس نظریات سبک زندگی سوبل (Sobel)، کلیتهای فرهنگی وقواعد اقتصادی و سیاسی بر سبک زندگی تاثیر میگذارد. و طبق نظریات آدلر (Adler)، یکی از مسائلی که سبک زندگی در آنها نمود پیدا می کند روابط بین فردی است که مربوط به عشق و شغل می شود (حسینایی، ۱۳۸۸).

گرچه مطالعات زیادی در ارتباط با بررسی کیفیت زندگی، سبک زندگی و ابعادشان و عوامل موثر بر آن انجام گرفته است اما غالب این پژوهشها روی جمعیت های خاص، بیماران و سالمندان بوده است، بنابراین و با توجه به اهمیت بررسی کیفیت زندگی به عنوان یکی از شاخصهای مهم سنجش سلامت در جمعیت عمومی و اهمیت بررسی ابعاد آن و به ویژه با توجه به اهمیت بررسی تاثیر سبک زندگی بر آن به عنوان یکی از عوامل اصلی ارتقای سطح کیفیت زندگی که که کمتر مورد توجه قرار گرفته است، تحقیق حاضر با هدف بررسی ارتباط بین مولفه های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران انجام شد.

روش شناسی

تحقیق حاضر توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی می باشد. که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت را در ارتباط با کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران را مورد بررسی قرار می دهد. جامعه پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۱۳۹۱ بودند. با روش نمونه گیری غیر تصادفی تعداد ۱۴۰ نفر از دانشجویان از تمامی مقاطع انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده های این پژوهش پرسشنامه بود. در این مطالعه از دو پرسشنامه که اولی مربوط به سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و دیگری مربوط به کیفیت زندگی و همچنین از چک لیست مشخصات دموگرافیک دانشجویان نیز استفاده شده است. در این پژوهش برای تعیین نمره سبک زندگی از پرسشنامه استاندارد Health promotion lifestyle profile با مجموع ۴۶ سوال در ۶ قلمرو زیر استفاده شده است:

مسئولیت پذیری در مقابل سلامت، رشد روحی، روابط بین فردی، مدیریت استرس، وضعیت تغذیه، فعالیت جسمی. و این سوالات به صورت ۴ گزینه ای (هیچ وقت، بعضی اوقات، خیلی وقتها، به طور مرتب) طراحی شده بودند. سنجش روایی پرسشنامه حاضر بدین صورت بود که پرسشنامه با توجه به منابع و کتب معتبر تهیه و پس از آن توسط اساتید صاحب صلاحیت بررسی شده، نظرات آنان در پرسشنامه اعمال شده است که در نهایت پس از رفع برخی از اشکالات و ابهامات روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی زیدی و همکارانش در سال ۱۳۹۰ اعتبار و روایی اش سنجیده شده همچنین برای اطمینان از قابل انجام بودن آن در این گروه از افراد دانشجویان اقدام به انجام پایلوت نموده، پرسشنامه را در اختیار ۱۰ نفر از دانشجویانی که بعد از این از طرح اصلی خارج شدند، قرار داده، سپس آلفا برای ۲ قسمت پایانی پرسشنامه محاسبه شد. ضریب آلفا برای قسمت کیفیت زندگی به دست آمد ۰/۹۸. و برای سؤالات قسمت سبک زندگی ۰/۷۸ محاسبه شد.

در این پژوهش برای تعیین نمره کیفیت زندگی از پرسشنامه SF36 با مجموع ۳۵ سوال در ۸ قلمرو وابسته به سلامت به شرح زیر استفاده شده است: عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش ناشی از وجود مشکلات جسمانی، درد جسمانی، احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود (سلامت عمومی)، احساس انرژی و سرزندگی بودن، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحی، احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود (سلامت ذهنی). به علاوه در این پرسشنامه طی یک سوال کلی هرگونه تغییر در وضعیت عمومی سلامت در یک دوره یکساله مورد پرسش قرار می گیرد. نمرات هر قلمرو بین ۰ تا ۱۰۰ قابل تغییر است. در این پرسشنامه با استفاده از ۳۶ سوال دو بعد جسمانی و روانی مورد بررسی قرار می گیرد. یکی از شناخته شده ترین ابزارهای عمومی سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت است که تا کنون به زبان های بسیاری ترجمه شده است که یکی از آنها زبان فارسی می باشد که توسط سازمان بین المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال در دو بعد اصلی جسمی و روانی می باشد که هشت قلمرو مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می دهد.

قلمروهای SF36 همراه با سوالات مورد بررسی هر پرسشنامه از یک مقیاس رتبه ای برخوردار است. این مقیاس شامل نمرات صفر تا ۱۰۰ می باشد. در ۱۱ سوال این پرسشنامه، نمره صفر نشانگر بدترین و ۱۰۰ بهترین حالت ممکن برای فرد است و در ۲۵ سوال دیگر نمره صفر نمایانگر بهترین حالت ممکن برای فرد است. بنابراین ترتیب مقیاس اندازه گیری در ۱۱ سوال با نمره مربوط به اندازه گیری کیفیت زندگی کلی رابطه مستقیم دارد. منتظری و همکاران پژوهشی با هدف ترجمه تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه مذکور بر روی افراد شهر تهران انجام دادند که نتایج آن به صورت ذیل است: آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروههای شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل همخوانی داخلی نشان دهنده این مساله بود که مقیاسهای گونه فارسی SF36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷. تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون مقایسه گروههای شناخته شده نشان داد که گونه فارسی پرسشنامه قادر به افتراق

زیر گروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است به این نحو که افراد مسن تر و زنان در تمام مقیاس‌ها امتیازهای پایین تری بدست آوردند. آزمون رویی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر سوال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی بدست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیشتر از مقدار توصیه شده ۴/۰ بدست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). نتایج مطالعه آنها شواهدی مستند از معتبر بودن گونه فارسی ابزار استاندارد را به عنوان سنجشی از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در جامعه ایران فراهم آورد.

برای اجرای این پژوهش پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه و کسب موافقت جهت انجام پژوهش در دانشگاه پرسشنامه‌ها از طریق مراجعه حضوری در بین دانشجویان توزیع، و نسبت به جمع آوری داده‌ها اقدام گردید که البته در ابتدا در مورد اهداف پژوهش اطلاعات کافی و توضیحات لازم را داده و در صورت رضایت و تمایل آنان پرسشنامه‌ها به روش خود ایفایی تکمیل گردید. تجزیه تحلیل داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS با آزمونهای آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون همبستگی اسپیرمن و آزمونهای تی تست نرمال و غیر نرمال استفاده شده است.

یافته‌ها

از کل شرکت کنندگان ۴۲ درصد در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال بودند، ۴۷/۱ درصد دختر و ۵۵/۷ درصد پسر بودند. ۵۸/۷ درصد مجرد و ۱۲/۱ درصد متاهل بودند، ۷۸/۶ درصد از دانشجویان در شهر متولد شده بودند و ۵۵/۷ درصد آنان فارس بودند و ۵۴/۲ درصد در مقطع کارشناسی تحصیل می کردند.

جدول ۱. رابطه بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اسپیرمن	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	۱۴۰	۱۱۳/۰۵	۱۵/۲۵	۰/۵۹	۰/۰۰
سبک زندگی	۱۴۰	۱۱۶/۲۹	۱۷/۵۹		

. بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی دانشجویان رابطه معنی دار شد ($p=0/00$).

بین ابعاد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود داشت ($p=0/00$).

تفاوت معناداری بین سن و کیفیت زندگی وجود نداشت ($p=0/19$)، و همینطور بین جنسیت دانشجویان با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود نداشت ($p=0/18$). اما بین کیفیت زندگی و مقطع تحصیلی رابطه معناداری وجود داشت ($p=0/03$). بین سبک زندگی با سن ($p=0/19$) و جنس ($p=0/57$) رابطه معنادار نشد ولی بین سبک زندگی با وضعیت تاهل ($p=0/02$)، وضعیت اشتغال ($p=0/00$)، مقطع تحصیلی ($p=0/03$) معنادار شد. بین سن و وضعیت تغذیه رابطه معناداری وجود داشت ($p=0/01$). وضعیت تاهل با مسئولیت پذیری در مقابل سلامت ($p=0/03$)، رشد روحی ($p=0/02$)، روابط بین فردی ($p=0/01$) معنادار شد. بین مقطع تحصیلی با مسئولیت پذیری در مقابل سلامت رابطه معنادار نشد ($p=0/09$). وضعیت اشتغال با مسئولیت پذیری در مقابل سلامت ($p=0/03$)، رشد روحی ($p=0/00$)، روابط بین فردی ($p=0/00$) معنادار شد. مدیریت استرس با وضعیت اشتغال معنادار شد ($p=0/02$). از میان ابعاد کیفیت زندگی فقط عملکرد جسمانی با سن ($p=0/01$) و سلامت عمومی با وضعیت اشتغال ($p=0/04$) معنادار شد.

جدول ۲. نمرات حداقل، حداکثر و میانگین ابعاد مختلف رفتارهای ارتقا دهنده سلامت

ابعاد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	وضعیت تغذیه	فعالیت جسمی	مسئولیت پذیری در مورد سلامت خود	مدیریت استرس	روابط بین فردی	رشد روحی
میانگین	۱۹/۳۱	۱۳/۲۰	۲۸/۵۴	۹/۰۳	۲۴/۸۲	۲۱/۲۹
حداقل نمره	۹	۶	۱۴	۴	۱۳	۱۰
حداکثر نمره	۲۸	۲۳	۴۵	۱۵	۳۵	۳۰

از میان شش بعد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، "مسئولیت پذیری در مورد سلامت" و "روابط بین فردی" به ترتیب با میانگین های ۲۸/۵۴ و ۲۴/۸۲ بیشترین و "مدیریت استرس" با میانگین ۹/۰۳ کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده است.

جدول ۳. نمرات حداقل، حداکثر و میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سبک زندگی	۱۱۶/۲۹	۱۷/۵۹	۶۹/۰۰	۱۵۶/۰۰
کیفیت زندگی	۱۱۳/۰۵	۱۵/۲۵	۷۴/۰۰	۱۴۶/۰۰

کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با توجه به میانگین ۱۱۳/۰۵ و با توجه به مقیاس صفر تا صد SF36، در سطح خوبی قرار داشت. و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانگین ۱۱۶ و با توجه به نمره کلی این پرسشنامه که ۱۹۲ می باشد در حد متوسط بود.

جدول ۴. نمرات حداقل، حداکثر و میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی	سلامت روان	محدودیت عملکرد اجتماعی	سرزندگی	سلامت عمومی	عملکرد جسمی	نقش فیزیکی	درد جسمانی
میانگین	۱۷/۰۴	۴/۸۲	۱۶/۵۰	۱۸/۳۱	۲۶/۶۴	۶/۴۱	۸/۳۴
حداقل نمره	۷	۳	۶	۱۰	۱۴	۴	۳
حداکثر نمره	۲۴	۶	۲۳	۲۵	۳۰	۸	۱۱

از میان هشت بعد کیفیت زندگی، "عملکرد جسمی" با میانگین ۲۶/۶۴ بیشترین و "محدودیت" با میانگین ۴/۸۲ کمترین امتیاز را به خود اختصاص داد. ضرایب تاثیر رگرسیونی متغیر مستقل بر متغیر وابسته نشان داد که ضریب رگرسیونی استاندارد شده برای متغیر سبک زندگی ۰/۵۴ در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ معنادار شد. یعنی متغیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی موثر بوده و با افزایش یک انحراف استاندارد در متغیر سبک زندگی، میزان کیفیت زندگی به ۰/۵۴ انحراف استاندارد افزایش می یابد.

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که بین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان ارتباط آماری معناداری وجود داشت. این دو متغیر با هم همبستگی نسبتاً بالا و مثبتی داشتند و این نشان دهنده این است که دانشجویانی که دارای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بالایی داشتند، از کیفیت زندگی بالایی برخوردار بودند. سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت به طور کلی پیش بینی کننده کیفیت زندگی بود. در مطالعه ای نشان داده شد که بین سبک زندگی و کیفیت زندگی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد (حسینایی، ۱۳۸۸). همچنین مطالعه ای دیگر نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان به شیوه زندگی آنها بستگی دارد (سلطانی، ۱۳۸۹). در مطالعه ای نشان داده شد که سبک زندگی و کیفیت زندگی در دو گروه نظامی و غیر نظامی تفاوت معناداری وجود ندارد و در هر گروه بین سبک زندگی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد (غفاری، ۱۳۸۸). اکثر مطالعات انجام گرفته در این زمینه این نتیجه را تایید کرده اند.

بین ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و کیفیت زندگی آنها ارتباط معنی داری وجود داشت به طوری که هرچه نمرات ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بالاتر می رود نمره کیفیت زندگی دانشجویان هم بالاتر می‌رود.

در پژوهشی نشان داده شد که بین رشد روحی و مدیریت استرس با کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد (صفری شالی، ۱۳۸۶). در مطالعه ای نشان داده شد که فاکتورهای سبک زندگی مانند ورزش و تغذیه بر روی کیفیت زندگی افراد بالغ تاثیر می‌گذارد و با همدیگر رابطه معنی داری دارند. یافته های پژوهش حاضر در ابعاد فعالیت جسمی و رشد روحی و مدیریت استرس با سایر مطالعات همخوانی دارد و در سایر ابعاد این مشابهت تایید نشد.

بین سن و جنس با کیفیت زندگی دانشجویان اختلاف معنی داری وجود نداشت. به خاطر دلایلی از جمله نمونه آماری که از لحاظ رنج سنی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی شباهت زیادی به هم داشتند و همین موجب شده که تفاوت معنی داری بین آنها نباشد و افزایش سن و نوع جنسیت در کیفیت زندگی دانشجویان تاثیری نداشته باشد.

در تحقیقی نشان داده شد که میان گروههای سنی مختلف در زنان سرپرست خانوار از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد و با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (قمری، ۱۳۹۰). همچنین نشان داده شد که بین کیفیت زندگی و سن رابطه معناداری وجود دارد و با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. نشان داد که بین جنسیت و کیفیت زندگی در سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد به طوری که کیفیت زندگی سالمندان مرد بالاتر از سالمندان زن است (کجباف، ۱۳۸۸).

در اکثر مطالعات پیشین رابطه معناداری بین این دو متغیر بوده و در اکثر موارد با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش می‌یافت ولی در مطالعه حاضر چنین نتیجه ای تایید نشد.

بین وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال با سبک زندگی دانشجویان تفاوت معنی داری وجود دارد. افراد متاهل و شاغل نسبت به افراد مجرد و غیر شاغل از سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بالاتری برخوردارند و همچنین دانشجویان مقطع دکتری نسبت به دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد از سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی بالاتری برخوردارند.

افراد متاهل نسبت به افراد مجرد از رشد روحی و روابط بین فردی و مسولیت پذیری در قبال سلامتی بالاتری برخوردارند. همچنین بین وضعیت اشتغال با روابط بین فردی و مسولیت و رشد روحی تفاوت معنی داری وجود دارد و با توجه به آزمون های صورت گرفته و میانگین های به دست آمده نتیجه این شد که افراد شاغل نسبت به افراد غیر شاغل از رشد روحی و روابط بین فردی و مسولیت پذیری بالایی برخوردارند. بین مقطع تحصیلی و مسولیت پذیری در قبال سلامتی خود تفاوت معنی داری وجود ندارد. بین وضعیت اشتغال با مدیریت استرس تفاوت معنی داری وجود دارد، افراد شاغل با میانگین ۹/۶۳ و افراد غیر شاغل با میانگین ۸/۷۲ نشان می‌دهد که افراد شاغل نسبت به غیر شاغلین از مدیریت استرس بالاتری برخوردارند. بین مقطع تحصیلی دانشجویان با مدیریت استرس تفاوت معنی داری وجود دارد، دانشجویان کارشناسی با میانگین ۹/۱۹ و کارشناسی ارشد با ۸/۶۹ و دکتری با ۹/۴۰ نشان می‌دهد که دانشجویان دکتری و کارشناسی در یک گروه قرار گرفته و نسبت به مقطع کارشناسی ارشد از مدیریت استرس بالاتری برخوردارند. میانگین وضعیت تغذیه برای گروه های سنی مختلف نشان داد که هرچه سن دانشجویان بالاتر می‌رود از وضعیت تغذیه بهتری برخوردارند.

نشان داده شد که بین مدیریت استرس و جنسیت رابطه معنی داری وجود دارد به طوری که دانشجویان دختر از مدیریت استرس بهتری برخوردارند و همچنین بین سن و وضعیت تغذیه و روابط بین فردی رابطه معنی داری وجود دارد (گروسی، ۱۳۸۷). در مطالعه ای نشان دادند که بین سلامت اجتماعی (که می‌توان با بعد روابط بین فردی یکی دانست) با سن رابطه معنی داری وجود ندارد ولی با وضعیت تاهل و جنسیت و وضعیت اشتغال رابطه معنی داری وجود دارد.

در مطالعه ای نشان داده شد که بین وضعیت تاهل و حمایت اجتماعی (که میتوان با بعد روابط بین فردی یکی دانست) رابطه نزدیکی وجود دارد. افراد شاغل نسبت به غیرشاغلین از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند (هادی و همکاران، ۱۳۸۹).

در مطالعه ای نشان دادند که بین وضعیت استخدامی و بعد سلامت روان و تعداد سالهای سابقه شغلی با بعد سلامت محیط معنی دار است. و همچنین نشان دادند که ۳ بعد جسمی و ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی با سن و وضعیت تاهل و سطح تحصیلات در دو گروه سالمند مقیم خانواده و مقیم سرای سالمند در ارتباط نبود.

در بین دانشجویان، مسئولیت پذیری در قبال سلامتی خود، بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده است و کمترین میانگین مربوط به مدیریت استرس ۹/۰۳ میباشد. از میان ۶ بعد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، "رشد روحی" و "مسئولیت پذیری در مقابل سلامت خود" بیشترین و "فعالیت جسمی" کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده اند. با توجه به حداقل و حداکثر و میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان می دهد که عملکرد جسمی با میانگین ۲۶/۶۴ و محدودیت در ایفای نقش با میانگین ۴/۸۲ به ترتیب بیشترین و کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده اند که این نشانگر این است که دانشجویان از عملکرد جسمانی بالاتری برخوردارند و محدودیت کمتری دارند.

نشان داده شد که در بین امتیازهای کسب شده در ابعاد کیفیت زندگی زنان و مردان شهر تهران کمترین امتیاز را انرژی و سرزندگی و بیشترین امتیاز را عملکرد جسمانی به خود اختصاص داده است. و ۴۸ درصد افراد ۱۹ سال و بالاتر اصفهان دارای کیفیت زندگی متوسط و ۲۹ درصد از کیفیت زندگی پایین و ۲۳ درصد از کیفیت زندگی خوبی برخوردارند (Hadgkiss, 2012). نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط معنی دار بین سبک زندگی با اشتغال و تاهل کاملاً با نظریات سوبل (Sobel) همسو بود. و همچنین با نظریه آدلر (Adler) در خصوص روابط بین فردی، مطابقت داشت.

نتایج نشان داد که به طور کلی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی از سبک زندگی ارتقا دهنده متوسط و کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند. و با توجه به نمرات کسب شده، نتیجه این شد که دانشجویان شاغل و متاهل و همچنین دانشجویان مقاطع تحصیلی بالاتر، دارای سبک زندگی سلامت محوری نسبت به غیر شاغلین و مجردین داشتند. دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مسئولیت پذیری بالایی در قبال سلامتی خود داشتند ولی مدیریت استرس پایینی دارند.

نتیجه گیری و پیشنهادها

کلید توسعه جوامع سالم با مردم سالم گسترش شیوه زندگی صحیح است. درک عمیق روابط بین فردی افراد در بستری اجتماعی آنها، موجبات توسعه رویکردهای مؤثر ارتقای سلامت را فراهم می آورد. سیاست گذاری های کلان کشوری، تأثیری بنیادین بر شیوه زندگی افراد، روابط آنها و ظرفیت سازی جوامع در راستای توسعه پایدار ایفا می نماید. ارتقای شیوه زندگی سالم، امتدادی از یک حرکت مداوم در راستای توانمند سازی فردی و اجتماعی در زمینه تأمین، حفظ و ارتقای سلامت است. نتایج تحقیق حاضر نشان می دهد که دانشجویانی که دارای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بالایی هستند دارای کیفیت زندگی بالایی نیز میباشند. لذا سیاست گذاران و ارگان های مربوط و مسئولین ذی ربط از جمله دانشگاهها، وزارت بهداشت، سازمان ورزش و جوانان و وزارت رفاه می توانند از نتایج تحقیق حاضر در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت جامعه استفاده کنند. به منظور بررسی های بیش تر پیشنهاد می شود این موضوع در سطح وسیعتر و برای کلیه افراد کشور اجرا شود.

سپاسگذاری

محقق از کلیه دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و همچنین از اساتید محترم به خاطر حمایت های علمی ایشان کمال تشکر را دارد.

۱. آخوندی، عباس، بزرگپور، ناصر. ایمانی جاجرمی، حسین. غراب، ناصرالدین. اسدی، ایرج. بصیرت، میثم. سعیدی رضوانی، هادی. ستوده، احد. وزیری زاده، علیرضا. یاری، صفی. نیایان، امید. سالک، مریم. (۱۳۸۸). شناخت کیفیت زندگی در شهر تهران. تهران. شهرداری تهران.
۲. ادیب حاج باقری، محسن، عباسی نیا، محمد، (۱۳۸۸). ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به شکستگی گردن با ابزار SF36. مجله پژوهش پرستاری ایران، (۱۵)، ص ۷۱.
۳. ازکیا، مصطفی، حسینی رودبارکی، سکینه. (۱۳۸۸). تغییرات نسلی سبک زندگی در جامعه روستایی. فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی. (۱۳۸۸). تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۴. بیکر، ترزال، (۱۳۷۷). نحوه انجام تحقیقات اجتماعی. ترجمه هوشنگ نایی. تهران. انتشارات روش.
۵. حسینی، علی. (۱۳۸۸). مقایسه سبک زندگی، سبک فرزندپروری، تربیت تولد و عزت نفس در افراد وابسته به مواد و افراد عادی در شهر تهران. طرح تحقیقاتی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۶. دالوندی، اصغر. بررسی و تبیین نظرات، تجارب و ادراکات اساتید، روحانیون و دانشجویان دانشگاه در خصوص سبکهای زندگی سلامت محور در فرهنگ اسلامی. (۱۳۹۱). طرح تحقیقاتی. تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۷. سلطانی، رضا، کافی، سیدموسی، کارشکنی، حسین، رضایی، سجاد. (۱۳۸۹). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان، مجله علوم پزشکی گیلان (۷۵) ص ۲۵.
۸. شعبانی همدان، مریم، محمد علیها، ژاله، شکرآبی، ربابه، حسینی، آغا. (۱۳۸۹). ارتباط تبعیت از رژیم دارویی با کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه. نشریه پرستاری ایران. سال ۲۳ شماره ۶۷.
۹. صفری شالی، رضا. (۱۳۸۶). راهنمای تدوین طرح تحقیق. تهران: انتشارات جامعه فرهنگ.
۱۰. طل، آذر. الهه توسلی. غلامرضا شریفی راد و داوود شجاعی زاده. ۱۳۹۰. بررسی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و رابطه آن با کیفیت زندگی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مجله علمی تحقیقات نظام سلامت، (۴)، ۵۲-۵۸.
۱۱. طهماسبی، اعظم. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی منطقه جنوب تهران و رابطه آن با مشخصات فردی، خانوادگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۱۲. عبدالله تبار، هادی، کلدی، علیرضا، محقق کمال، سید حسین، ستاره فروزان، آمنه، صالحی، مسعود. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان رفاه اجتماعی. ۳۱، ۸.
۱۳. عطایی، رمضانعلی. مهرابی، علی. (۱۳۸۳). سبک زندگی و بیماری های غیرواگیر. تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله.
۱۴. غفاری غلامرضا. امید، رضا. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی. تهران: انتشارات کتاب شمس.
۱۵. فاضلی، محمد. (۱۳۸۶). تصویری از سبک زندگی فرهنگی جامعه دانشجویی. فصلنامه علمی- پژوهشی تحقیقات فرهنگی، (۱).
۱۶. فتحی آشتیانی، علی، جعفری کندوان، غلامرضا. (۱۳۸۹). مقایسه سبک زندگی، کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان دو دانشگاه با وابستگی نظامی و غیر نظامی. مجله طب نظامی، سال سیزدهم. شماره ۱.
۱۷. فرهادی، اکرم. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

۱۸. فیضی، آوات، حسینی، ریحانه سادات، غیاثوند، رضا، ربیعی، کتابون. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط استرس و ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی در افراد ۱۹ سال و بالاتر اصفهان و حومه. مجله علمی پژوهشی تحقیقات نظام سلامت، دوره ۷، شماره ۶. دانشگاه اصفهان.
۱۹. قمری، محمد، خوشنام، امیرحسین. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. خانواده پژوهی. سال هفتم. ۲۷.
۲۰. کجباف، محمدباقر، خشوعی، مهدیه سادات. (۱۳۸۸). رابطه تفکر خلاف واقع و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. اندیشه و رفتار. دوره سوم. ۱۱. دانشگاه اصفهان.
۲۱. گروسی، سعیده، نقوی، علی. (۱۳۸۷). سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان. رفاه اجتماعی. ۸. دانشگاه شهید باهنر کرمان.
۲۲. گشتاسبی، آریتا، وحدانی نیا، مریم سادات، منتظری، علی، کاظم، محمد. (۱۳۸۲). مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان در شهر تهران. پژوهشکده علوم بهداشتی. www.sid.ir
۲۳. لعل آهنگر، مجتبی. (۱۳۹۰). تعیین رابطه یکپارچگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بین سالمندان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان سبزوار. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۲۴. محقق کی، کمال، سید حسین. (۱۳۸۶). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی سالمندان مستمری بگیر سازمان تامین اجتماعی و سازمان بازنشستگی کشوری شهر قم. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۲۵. منصوریان، مرتضی، بهنام پور، ناصر، کارگر، مهدی، رحیم زاده، هادی. (۱۳۸۵). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانشجویان دانشگاه گیلان. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، ۱۰، ص ۱۶. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۲۶. مهدوی کنی، محمد سعید (۱۳۸۷). دین و سبک زندگی: مطالعه موردی شرکت کنندگان در جلسات مذهبی. انتشارات دانشگاه امام صادق (ع).
۲۷. نادری، مریم. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی در بین دانش آموزان دختر مدارس دولتی و غیر انتفاعی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۲۸. هادی، نگین، منتظری، علی، بهبودی، الهه. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن کبدی. فصلنامه پایش، (۳۴)، ص ۱۶۵.

29. Cynthia Rk. Hindssp. Quality of life fram nursing and patient perspectives. boston. jones and Bartlett: 1998. p. 23.
30. Daabenmier, weidne rG, Marlin R, crutchfield I, dunnE mke, chic. Gaob, CarrollP, ornish D. (2006). Life style and health-related quality of life men with prostat cancer mang with active surveillance. Preventive medicin research institute, Sausalito, California, USA. Jennifer.daubenmier@pmri.org.
31. Hadgkiss, Emily. G. eorg. (2012). Life style intervention and quality of life. available: www.eitp.com.my.
32. Janien c. robb, Robert g. cooke, t. joffe. (1997). Quality of life and life style disruption in euthym bipolar. <http://dx.doi.org/10.1016>
33. Junxu, jincai, jiechen, liaizou, liyiferg. (2012). life style and heath related quality of life: across-section study among sivil servants in china. available: www.biomed.
34. Kurtus. Eleanor. (2002). lifestyle factors affecting quality of life in late adulthood. available: www.school-for-champions.com.

35. M.christopher.S.kerry.(2008). Cancer survivors adherence to life style behavior recommenatio and associations with health-related quality of life,see orginal article caietal.26(36).
36. Merlin B.brinkerhoff,Jeffrey c.quality of life in analternative life style: the small holdinng movment. Social indicators research. (18).pp153-173.
37. RichardH.Griimm,jr.gregory.a.l.stewartTLieloson.(1997).relation ship of quality of life measures to long-term life style and drug treatment in the treatment of mild hypertension study.