Volume 23, Issue 3 (May- June 2024)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Lifestyle and health-related quality of life in western Iran

Narges Saeidi[1], Ahmad Reza Saeidi[2], Farbod Ebadi Fard Azar[1*]

1. Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alame Tabatabai University, Tehran, Iran

Received: 9 July 2023
Accepted for publication: 14 April 2024
[EPub a head of print-30 April 2024]
Payesh: 2024; 23(3): 417- 427

Abstract

Objective(s): Healthy life style can play a major role in improving the quality of life. The current research was conducted with the aim of assessing the relationship between lifestyle and health-related quality of life in western of Iran.

Methods: The current research was a cross-sectional. The study was carried out in Kermanshah, Sanandaj, and Ilam (three cities in west of Iran). The statistical population included all citizens living in these three cities. Using random-cluster sampling, 1152 individuals were studied. The participants answered questionnaires on health-promoting lifestyle and health-related quality of life. Data analysis was performed using SPSS-26 software.

Results: The results showed that there is a significant relationship between health promoting lifestyle and quality of life ($P<0.05$). Also, the results indicated that the citizens living in Kermanshah, compared to Sanandaj and Ilam, showed a higher level of health-promoting behaviors, and as a result, they have reported a better health-related quality of life than people living in Sanandaj and Ilam.

Conclusion: The findings suggest in order to improve health-related quality of life it is necessary to make policies and appropriate health care plans in the western provinces of the country, especially for those who living in Ilam and Sanandaj.

Keywords: Quality of life, Healthy Lifestyle, Health-promoting lifestyle

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

* Corresponding author: Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail:ebadifardazr.f@iums.ac.ir

وضعیت سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در غرب ایران

نرگس سعیدی[۱]، احمدرضا سعیدی[۲]، فربد عبادی فرد آذر[۱*]

۱. مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی و علوم‌تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱/۲۶

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۳]

نشریه پایش: ۴۲۷- ۴۱۷ :(۳)۲۳؛ ۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: توسعه و تعدیل رفتارهای ارتقادهنده سلامت منجر به توانمند ساختن افراد در کنترل سلامت خود و بهبود وضعیت سلامت فرد و جامعه می‌شود و می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی وابسته به سلامت نقش عمده‌ای ایفا نماید. پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در غرب ایران در شهرهای کرمانشاه-سنندج- ایلام انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر مقطعی از نوع توصیفی - همبستگی بود و جامعه آماری شامل تمامی شهروندان ساکن در شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام بودند که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی- خوشه‌ای تعداد ۱۱۵۲ آن‌ها انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میان سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام رابطه معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۵$). همچنین نتایج حاکی از آن بود که شهروندان ساکن کرمانشاه نسبت به شهر سنندج و ایلام، میزان بالاتری از رفتارهای ارتقادهنده سلامت از خود نشان داده و به دنبال آن کیفیت زندگی وابسته به سلامت بهتری نسبت به سنندج و ایلام دارند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل، ضرورت دارد در استان‌های غربی کشور به ویژه ایلام و سنندج سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های مناسب بهداشتی درمانی به منظور ارتقای کیفیت زندگی وابسته به سلامت و ترویج سبک زندگی سالم صورت گیرد.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، سبک زندگی سالم، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

کد اخلاق: IR.IUMS.REC.1398.116

* نویسنده پاسخگو: تهران، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

E-mail:ebadifardazr.f@iums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

مقدمه

سلامت یک وضعیت نسبی، مطلوب و قابل دستیابی است که در آن فرد می‌تواند طیف گسترده‌ای از توانایی‌های منحصر به فرد خود را از نظر جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، عاطفی و شغلی در تعامل با محیطی که در آن زندگی می‌کند به فعلیت برساند. به عبارت دیگر، سلامت نه تنها منجر به افزایش توانایی‌های فرد، خانواده و جامعه در تعامل با محیط می‌شود، بلکه زمینه توسعه پایدار جوامع را فراهم می‌سازد [۱]. بررسی‌ها نشان داده است یکی از عوامل دخیل در ارتقای سلامت؛ روی آوردن به سبک زندگی مبتنی بر سلامت است[۲]. به بیانی دیگر سبک زندگی یکی از مهمترین عوامل ارتقادهنده سلامت است که با توسعه و تعدیل رفتارهای ارتقادهنده سلامت و توانمند ساختن افراد در کنترل سلامتی خود منجر به افزایش پیشرفت وضعیت سلامتی فرد و جامعه می‌شود؛ بطوریکه نوع تغذیه، فعالیت جسمی، اوقات فراغت و ارتباط با خانواده، دوستان، همکاران و مددجویان نمادهایی از این مقوله هستند[۳]. سبک زندگی، به فعالیت‌های عادی و معمول روزانه اشاره دارد که افراد آن‌ها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته‌اند؛ به طوری که این فعالیت‌ها روی سلامت افراد تاثیر می‌گذارند. فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری ها انجام می‌دهد که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهد[۴]. از طرفی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نیز الگویی است برای افراد تا کنترل، حفظ و/یا ارتقای سلامت خود را در دست بگیرند[۵]. همانطور که اذعان شد سلامتی مستلزم ارتقای سبک زندگی مبتنی بر سلامت است. اهمیت سبک زندگی بیشتر از آن جهت است که بر کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها موثر است. به عبارتی امروزه دغدغه و چالش اصلی فقط زنده ماندن نیست، بلکه زندگی با کیفیت اهمیت فوق‌العاده‌ای یافته که این مهم از طریق سبک زندگی ارتقادهنده سلامت قابل دستیابی است. براساس پژوهش‌های انجام گرفته، حدود ۶۵ درصد کیفیت زندگی و سلامتی افراد به سبک زندگی و رفتار فردی آنها بستگی دارد. لذا برای حفظ و ارتقای سلامت، تصحیح و بهبود سبک زندگی ضروری است و ارتقای سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع تلقی می‌گردد[۶]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز با ارزیابی وضعیت سلامتی بیماران منعکس کننده شرایط فیزیکی، روانی، اجتماعی و عاطفی آنها است. به معنای دیگر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عبارت است از: ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی، مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمند زندگی را دنبال کند و در سطح فردی نیز، این مفهوم شامل احساس سلامت فیزیکی و روانی و مسائل وابسته به آن که شامل مخاطرات و وضعیت‌های سلامت، وضعیت عملکردی (فرد)، حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی است [۷]. شرایط کلینیکی و بالینی، مرگ و میر و پارامترهای بالینی نمی‌تواند به طور کامل و دقیق وضعیت سلامتی افراد و به طور ویژه بیماران را منعکس کند. در حالیکه کیفیت زندگی وابسته به سلامت می‌تواند به عنوان یک شاخص مهم برای ارزیابی نتایج درمان، وضعیت مرتبط با تبعیت درمانی و به طور مهم‌تر در پیشگیری از وقوع خطرات مرتبط با سلامتی عامل مهمی تلقی گردد. همچنین در ارزیابی سلامت، نه تنها باید به اندازه‌گیری شیوع و شدت بیماری‌ها پرداخته شود، بلکه برآورد درک و نظر افراد نسبت به وضعیت سلامت خود نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. لذا مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، می‌تواند تصویر جامعی از سلامت جمعیت ارائه دهد که در پایش سلامت مردم، شناسایی نیازها و اولویت‌های بهداشتی، ارزشیابی اثربخشی مداخلات و مقایسه مداخلات با یکدیگر کاربرد دارد. افزون بر این مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به عنوان یک برآیند مهم در مداخلات مراقبت‌های بهداشتی و برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در اختصاص منابع، مورد استفاده قرار می‌گیرد و نیازهای برآورده نشده سلامت را مورد شناسایی قرار داده و تلاش‌های گسترده جامعه برای بهبود سلامت جمعیت‌ها را راهبری می‌کند[۸]. امروزه مراقبت‌های بهداشتی نوین، به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به عنوان پیامد سلامت به سمت گستره‌های وسیع‌تری نظیر ارتقای سلامت، سبک زندگی و کیفیت زندگی تغییر داده‌اند و در حال حاضر، سبک زندگی به عنوان یکی از شاخصه‌های اصلی بهداشت که ارتقای مثبت آن، ارتقای سلامت را به دنبال خواهد داشت، به عنوان منبعی با ارزش جهت ارتقای سلامت، سازش با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی تلقی می‌شود [۹]. همچنین در دهه‌های اخیر، مطالعات کیفیت زندگی شهری به ابزار مهمی برای برنامه‌ریزی و مدیریت تبدیل شده است. در حال حاضر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

نتایج حاصل از مطالعات کیفیت زندگی برای اهدافی از قبیل ارزشیابی سیاست‌ها، رتبه بندی مکان‌ها، فرموله کردن راهبردها به منظور درک و اولویت بندی مشکلاتی که اجتماعات با آنها مواجه هستند، استفاده می‌شود. به همین دلیل است که سیاستگذاران بخش سلامت و برنامه‌ریزان شهری اعتقاد دارند برنامه‌ریزی‌ها باید همسو با بهبود کیفیت زندگی باشند. زیرا بهبود کیفیت زندگی خود می‌تواند زمینه‌های دیگر توسعه مانند توسعه اجتماعی، اقتصادی، کالبدی و خدماتی را به همراه داشته باشند [۱۰]. بر این اساس، کشورها لیست راهبردهایی را که در بهبود زندگی فردی و اجتماعی موثرند، در دستور کار خود قرار داده‌اند. براساس مطالعات گذشته از لحاظ رتبه‌بندی کیفیت زندگی در جامعه ایرانی، شهر کرمانشاه در رتبه نوزدهم، شهر سنندج در رتبه هفدهم و ایلام در رتبه پنجم قرار دارند [۱۱]، همچنین بر اساس پیشنیه تحقیقاتی موجود مشخص شده است که در رتبه‌بندی استان‌های کشور بر اساس وجود منابع بهداشتی درمانی، در استان‌های غربی کشور، استان کرمانشاه رتبه بالاتری نسبت به استان‌های کردستان و ایلام کسب نمود در حالیکه با توجه به شاخص‌های مربوطه مشخص شد از نظر سطح دسترسی افراد به منابع بهداشتی- درمانی، استان ایلام در جایگاه بالاتری از نظر توسعه‌یافتگی قرار دارد [۱۲]. در همین راستا و با توجه به اهمیت موضوع سبک زندگی و کیفیت زندگی، این پژوهش بر روی سه شهر کردنشین مرزی در غرب به عنوان سه شهر با شرایط جمعیتی، وضعیت سلامت و توسعه‌یافتگی متفاوت تمرکز کرده است، چرا که فرض بر این است که محیط‌های متفاوت سبک‌های زندگی متفاوتی را به وجود می‌آورد. بنابراین با نظر به موارد گفته شده و همچنین خلا پژوهشی موجود در حوزه بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و ارتباط آن با کیفیت زندگی وابسته به سلامت مطالعه حاضر به بررسی این مهم در مناطق غربی کشور پرداخته است. امید است تا با شناسایی ابعادی از سبک زندگی که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی شهروندان ساکن استان‌های غربی کشور دارند و ادغام این ابعاد در مداخلات مرتبط با بهبود کیفیت زندگی به افزایش اثربخشی و کارایی این مداخلات کمک نموده تا زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت در ساکنان کل کشور به ویژه غرب کشور ایران گردد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر مقطعی از نوع توصیفی- همبستگی بود و جامعه آماری، تمامی شهروندان ساکن در شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام بود که در سال ۱۳۹۶ جمعیت این سه شهر ۱۴۳۰۹۰۶ نفر محاسبه شد. در این مطالعه بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی- خوشه‌ای و با استفاده از فرمول کوکران با مشخصات p=۰/۵، d=۰/۰۵، α=۰/۰۵ اندازه نمونه ۳۸۴ بدست آمد. در این تحقیق به دلیل وجود اندازه اثر طرح و عدم همگنی شهرهای مورد بررسی نیاز به افزایش ۳ برابری تعداد نمونه‌ها شد و حجم نهایی ۱۱۵۲ نفر محاسبه گردید. فرمول موردنظر جهت برآورد حجم نمونه بدین شرح بود: $n_{cluster}=n\times DEff=384\times3=1152$. همچنین روش نمونه‌گیری تصادفی–خوشه‌ای بود. به صورتی که ابتدا نمونه‌ها به صورت خوشه‌ای از شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام انتخاب شده و با توجه به جمعیت هر شهر تعداد پرسشنامه‌های مربوطه مشخص شد. جهت جمع‌آوری نمونه آماری معیار ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سن ۱۸ سال، داشتن حداقل سواد دوره ابتدایی، رضایت آگاهانه، دارای قدرت تکلم، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد و شدید جسمی و روانی و سکونت دائم در محل زندگی بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از یک چک لیست دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، تعداد افراد خانوار، سابقه بیماری، محل سکونت و موقعیت اقتصادی-اجتماعی، پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) نسخه (۳۶- SF) و پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (II HPLP- II Health Promotion Lifestyle Profile) استفاده شد. پس از جمع‌آوری، داده‌های مربوطه، نتایج همبستگی بین عامل‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. به منظور مقایسه عامل‌ها بین شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و برای مقایسه‌های زوجی آنها از آزمون گیمز-هاول و بونفرونی استفاده گردید. در بررسی تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مدل رگرسیونی خطی مورد استفاده قرار گرفت. نتایج این پژوهش با نرم‌افزار SPSS v 26 مورد ارزیابی قرار گرفت. شایان ذکر است مطالعه حاضر دارای کد اخلاق از سامانه ملی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره IR.IUMS.REC.1398.116 است. همچنین هنگام جمع‌آوری داده‌ها پژوهشگر در مورد هدف پژوهش و روش کار برای مسئولان ذیربط و شرکت کنندگان توضیحات لازم را ارائه نمود و به آزمودنی‌ها اطمینان دادند به اختیار هر زمان می‌توانند از پژوهش خارج شوند و اطلاعات آنان محرمانه می‌ماند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL - BREF) نسخه (SF-۳۶) دارای ۳۶ گویه با ۸ زیر مقیاس مختلف سلامت، شامل سلامت عمومی (گویه‌های ۳۶-۳۵-۳۴-۳۳-۱)، عملکرد جسمانی (گویه‌های ۳ تا ۱۲)، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (گویه‌های ۱۳-۱۶)، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (گویه‌های ۱۷ تا ۱۹)، درد بدنی (گویه‌های۲۱ و ۲۲)، عملکرد اجتماعی (گویه‌های ۲۰ و ۳۲)، نشاط (گویه‌های ۲۳-۲۷-۲۹ و۳۱) و سلامت روانی (گویه‌های ۲۴-۲۵-۲۶- ۲۸ و ۳۰) است. گویه شماره ۲ در هیچ یک از زیر مقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شود. نحوه نمره‌دهی با توجه به تعداد گزینه‌های هر گویه، تعیین می‌شود. به طور مثال گویه اول پرسشنامه که شامل ۵ گزینه است، در بهترین شرایط نمره ۱۰۰ و در بدترین شرایط نمره صفر را به خود اختصاص داده و گزینه های بین این دو امتیاز ۷۵، ۵۰ و ۲۵ نمره دارند. درکل پرسشنامه به دو بعد سلامت جسمی و روانی تقسیم شده که سلامت جسمی، شامل زیرمقیاس های محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی، عملکرد جسمانی و سلامت عمومی بوده و سلامت روانی شامل ابعاد: محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روانی است. نمره هر بعد با توجه به نمره زیر مقیاس‌های آن محاسبه می‌شود. کل امتیاز در هر زیر مقیاس جمع و بر تعداد زیر مقیاس‌ها در هر بعد تقسیم شده و به این ترتیب نمره ابعاد جسمی و روانی محاسبه می‌شود. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، مجموع اعداد به دست آمده از هر زیرمقیاس را بر عدد ۸ (تعداد کل زیر مقیاس‌ها) تقسیم نموده که عدد به دست آمده باید عددی بین صفر تا ۱۰۰ باشد. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است که صفر بدترین حالت و ۱۰۰ بهترین حالت را در مقیاس مورد نظر نشان می‌دهد. شایان ذکر است در پژوهش رفعتی و همکاران نشان داده شد که نسخه فارسی ابزار SF-۳۶ از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است و نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که الگوی ۸ عاملی برازش قابل قبولی بر داده‌ها دارد [۱۳].

پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت دربرگیرنده ۵۲ گویه در ۶ حوزه است که کلیه جنبه‌های ارتقای سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که هر حوزه عبارت است از: مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت (۹ گویه، نمره۹-۳۶)، تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۶ گویه)، روابط بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی با ۹ گویه، نمره ۹-۳۶)، فعالیت بدنی (تعقیب الگوی ورزشی منظم با ۸ گویه، نمره ۳۲-۸)، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس با ۸ گویه، نمره ۳۲-۸) و رشد معنوی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی با ۹ گویه، نمره ۳۶-۹). گویه‌ها با مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای هرگز،گاهی، معمولا و همیشه سنجیده می‌شوند. دامنه نمرات برای هرگویه بین ۱ تا ۴ بوده و نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بین ۵۲ تا ۲۰۸ برآورد می‌شود. نمره بالاتر منعکس‌کننده سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بهتر است. به این صورت که نمرات ۱۰۳-۵۲ به معنای سطح پایین تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت، نمره ۱۵۵-۱۰۴ سطح متوسط و سطوح نمرات بالای ۱۵۶ سطح بالا در نظر گرفته می‌شوند. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران بررسی شده است که تحلیل عاملی تاییدی نشان دهنده برازش قابل قبول این ابزار و نتایج آزمون بازآزمون نشان دهنده ثبات بالای پرسشنامه است. همچنین آلفای کرونباخ ۰/۶۴برای حوزه رشد معنوی، ۰/۸۶ برای مسئولیت در برابر بیماری، ۰/۷۵ برای روابط بین فردی، ۰/۹۱برای مدیریت استرس، ۰/۷۹ فعالیت بدنی، ۰/۸۱ تغذیه و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمده است[۱۴].

یافته ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی ارائه شده است که یافته‌ها حاکی از آن است که از ۱۱۵۲ نفر شرکت‌کننده، افراد دارای وضعیت اقتصادی متوسط با ۴۸۳ نفر (۴۱/۹۲ درصد) بیشترین فراوانی و افراد مرفه با ۲۲۶ نفر (۱۹/۶۱ درصد) کمترین فراوانی را داشتند. از نظر جنسیت ۶۲۲ نفر (۵۳/۹۹ درصد) مذکر و ۴۹۰ نفر (۴۲/۵۳ درصد) مؤنث بودند. بیشترین رده سنی نیز مربوط به افراد زیر ۶۰ سال با تعداد ۹۰۴ نفر (۷۸/۴۷ درصد) در مقابل ۲۴۸ نفر (۲۱/۵۲) در رده سنی بالای ۶۰ سال را تشکیل دادند.

در جدول ۲ به ارایه شاخص‌های توصیفی نظیر شاخص‌های پراکندگی، مرکزی، کمترین و بیشترین آنها پرداخته شده است. پایایی عاملها و خرده مقیاسها با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که این میزان‌ها (۹۲٪-۷۱٪) پایایی مطلوب این پرسشنامه ها را نشان داد. در جدول ۳ ضریب همبستگی پیرسون به منظور ارتباط بین عامل‌های این پژوهش استفاده گردیده است که در همه ارتباط‌ها به جز رشد معنوی با فعالیت فیزیکی و نیز روابط بین فردی با محدودیت جسمی رابطه معنی‌دار مشاهده نشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

بر اساس جدول ۴ نمرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در شهرهای مختلف گزارش شده است که در همه عاملها به جز محدودیت جسمی و نشاط که شهر ایلام میزان بیشتری را نشان داد. در بقیه موارد شهر کرمانشاه از نمرات بیشتری نسبت به شهرهای ایلام و سنندج برخوردار بود. بطوریکه نمرات کلی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در استان‌های غربی کشور به ترتیب در کرمانشاه، سنندج و ایلام بالاتر گزارش شد. این تفاوت در بین شهرهای مختلف برای نمره کل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت، فعالیت فیزیکی، رشد معنوی و روابط بین فردی تفاوت معنی‌دار را نشان داد ($p < ۰/۰۵$).

برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز نمره کل این عامل به همراه عملکرد جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی تفاوت معنی‌دار را نشان داد ($p < ۰/۰۵$). آزمون‌های تعقیبی گیمز هاول و بونفرونی در جدول ۵ برای مقایسه های زوجی شهرها، برای هر عامل ارایه شده است. با توجه به جدول ۶ به بررسی تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنسیت و وضعیت اقتصادی – اجتماعی) بر روی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت تفاوت معنی‌دار را در رده سنی بالای ۶۰ سال نسبت به زیر ۶۰ سال نشان داد و این تفاوت معنی‌دار برای وضعیت اقتصادی متوسط و مرفه نسبت به فقیر نیز مشاهده گردید. جنسیت نیز اگرچه برای سبک زندگی ارتقای سلامت تفاوت معنی‌دار را نشان نداد اما برای کیفیت زندگی وابسته به سلامت معنی‌دار حاصل گردید.

جدول۱: اطلاعات دموگرافیک یا جمعیت شناختی

شاخص	فراوانی	درصد
وضعیت اجتماعی و اقتصادی		
فقیر	۴۴۳	۳۸/۴۵
متوسط	۴۸۳	۴۱/۹۲
مرفه	۲۲۶	۱۹/۶۱
جنس		
مذکر	۶۲۲	۵۳/۹۹
مؤنث	۴۹۰	۴۲/۵۳
سن		
زیر ۶۰ سال	۹۰۴	۷۸/۴۷
بالای ۶۰ سال	۲۴۸	۲۱/۵۲

جدول۲: اطلاعات توصیفی و شاخص پایایی آلفای کرونباخ عامل ها و خرده مقیاسها

عامل ها و خرده مقیاسها	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	آلفای کرونباخ
کیفیت زندگی وابسته به سلامت	۶۶/۶۷	۱۵/۲۶	۵۴	۱۴۹	۰/۹۲
عملکرد جسمی	۲۴/۸۸	۴/۷۹	۶	۲۸	۰/۸۶
محدودیت جسمی	۳۹/۳۰	۴/۰۴	۵	۲۵	۰/۸۳
درد جسمی	۶۴/۶۵	۴/۵۴	۷	۳۰	۰/۸۰
سلامت عمومی	۳۴	۳/۹۳	۶	۲۸	۰/۷۱
نشاط	۱۸/۰۳	۵/۶۳	۸	۳۶	۰/۸۳
عملکرد اجتماعی	۳۷/۰۱	۳/۴۳	۵	۲۲	۰/۷۸
مشکلات روحی	۶۸/۳۰	۴/۰۴	۵	۲۵	۰/۸۳
سلامت روان	۲۶/۸۸	۴/۷۹	۶	۲۸	۰/۸۶
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	۶۶/۶۷	۱۵/۲۶	۵۴	۱۴۹	۰/۸۵
مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت	۱۵/۳	۷/۲۱	۸	۳۰	۰/۸۷
فعالیت فیزیکی	۳۱/۷۰	۹/۲۲	۱۷	۵۳	۰/۷۸
تغذیه	۲۳/۲۴	۹/۸۹	۱۲	۳۹	۰/۷۹
رشد معنوی	۱۷/۴۱	۱۱/۱۲	۹	۳۱	۰/۹۰
روابط بین فردی	۲۲/۲۳	۹/۱۷	۱۰	۳۲	۰/۸۱
مدیریت استرس	۱۷/۰۱	۶/۳۹	۷	۲۳	۰/۸۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

جدول۳: ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

عامل ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۱.کیفیت زندگی وابسته به سلامت	۱															
۲. عملکرد جسمی	/۵۸**	۱														
	۰															
۳. محدودیت جسمی	۳۴/۳*	/۵۹**	۱													
	۰															
۴. درد جسمی	/۶۱**	/۴۶**	/۷۹**	۱												
	۰	۰	۰													
۵. سلامت عمومی	/۶۹**	/۵۱**	/۶۸**	/۶۷**	۱											
	۰	۰	۰	۰												
۶. نشاط	/۵۴**	/۷۰**	/۵۶**	/۶۸**	**	۱										
	۰	۰	۰	۰	/۷۲											
					۰											
۷.عملکرداجتماعی	/۵۲**	/۶۱**	۰/۲۱*	/۵۸**	**	**	۱									
	۰	۰		۰	/۸۱	/۵۲										
					۰	۰										
۸. مشکلات روحی	/۷۱**	۰/۴۰*	/۵۶**	/۵۶**	**	**	**	۱								
	۰		۰	۰	/۷۹	/۶۵	/۶۳									
					۰	۰	۰									
۹. سلامت روان	/۴۶**	/۴۷**	/۶۸**	/۶۹**	**	**	**	**	۱							
	۰	۰	۰	۰	/۶۴	/۷۱	/۷۵	/۶۹								
					۰	۰	۰	۰								
۱۰. سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	/۳۲**	۰/۲۵*	/۵۴**	۰/۲۱*	**	**	**	**	**	۱						
	۰		۰		/۵۶	/۶۸	/۶۵	/۶۳	/۶۱							
					۰	۰	۰	۰	۰							
۱۱. مسئولیت پذیری در مقابل سلامت	/۴۶**	۰/۲۹*	۰/۲۹*	/۵۶**	**	**	**	**	**	**	۱					
	۰			۰	/۴۹	/۵۱	/۶۷	/۵۸	/۶۸	/۶۴						
					۰	۰	۰	۰	۰	۰						
۱۲. فعالیت فیزیکی	/۳۲**	۰/۲۹*	۰/۳۴*	۰/۲۳*	**	**	**	**	**	**	**	۱				
	۰				/۵۶	/۶۸	/۶۵	/۶۳	/۴۱	/۵۶	/۳۲					
					۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰					
۱۳. تغذیه	/۴۶**	/۴۲**	/۷۱**	/۵۶**	**	**	**	**	**	**	**	**	۱			
	۰	۰	۰	۰	/۷۱	/۶۹	/۷۱	/۵۸	/۷۶	/۶۴	/۵۸	/۶۹				
					۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰				
۱۴. رشد معنوی	۰/۲۵*	/۴۵**	۰/۲۱*	/۵۲**	**	**	**	**	**	**	**	/۱۲	**	۱		
		۰		۰	/۶۴	/۷۲	/۶۸	/۷۱	/۵۱	/۴۴	/۷۵	۰	/۵۹			
					۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		۰			
۱۵. روابط بین فردی	۰/۳۱*	۰/۲۷*	۰/۱۳	/۵۲**	**	**	**	**	**	**	**	**	۲۹*	**	۱	
				۰	/۷۱	/۵۹	/۵۹	/۵۴	/۵۰	/۴۶	/۵۹	/۶۹	/۰	/۵۶		
					۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		۰		
۱۶. مدیریت استرس	۰/۲۷*	/۳۶**	/۱۷*	/۴۹**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	۳۰*	۳۲*	۱
		۰	۰	۰	/۵۰	/۷۹	/۶۰	/۵۸	/۵۲	/۷۲	/۶۷	/۵۸	/۶۵	۰/	۰/	
					۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰			

*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ ; **سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

جدول ۴: جدول آزمون تحلیل واریانس یکطرفه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در شهرهای کرمانشاه، سنندج، ایلام

مقیاس	شهر کرمانشاه		شهر سنندج		شهر ایلام		سطح معنی‌داری	آزمون لوین	اندازه اثر مجذور اتا اسکوئر
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	**۷۶/۱۰**	**۲۱/۹۷**	**۶۴/۳**	**۱۹/۳**	**۵۸/۵**	**۹/۲۶**	**۰/۰۰۲**	**۰/۲۱**	**۰/۱۵**
مسئولیت پذیری در مقابل سلامت	۲۲/۹۰	۱۴/۹۳	۱۰/۰۷	۵	۱۲/۶۲	۳/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۱	۰/۲۱
فعالیت فیزیکی	۴۲/۹۲	۱۶/۸۶	۲۲/۵۰	۴/۳۴	۱۸/۴۴	۶/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۱۶
تغذیه	۲۹/۴۲	۱۷/۱۰	۱۲/۴۰	۴/۸۸	۲۷/۸۳	۶/۲۵	۰/۰۹	۰/۴۳	۰/۰۷
رشد معنوی	۲۸/۰۲	۱۹/۳۹	۱۸/۵۲	۴/۲۷	۹/۳۶	۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۱۵
روابط بین فردی	۳۰/۰۳	۱۴/۳۲	۱۰/۲۷	۵/۲۰	۲۰/۵۲	۵/۱۹	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۳
مدیریت استرس	۲۲/۰۲	۱۲/۶۵	۱۵/۴۷	۴/۴۰	۱۳/۷۴	۵/۳۸	۰/۱	۰/۲۰	۰/۰۲
کیفیت زندگی وابسته به سلامت	**۷۹/۰۲**	**۱۹/۳۹**	**۵۹/۵۲**	**۴/۲۷**	**۴۹/۳۶**	**۴/۷۳**	**<۰/۰۰۱**	**۰/۳۱**	**۰/۱۳**
عملکرد جسمی	۴۱/۴	۹/۵	۳۶/۳	۵/۶	۳۹/۳۹	۸/۱۶	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۰۰۲
محدودیت جسمی	۳۱/۲۸	۹/۶	۳۷/۳۱	۸/۴	۴۰/۳۲	۱۶/۱۲	۰/۱۱	۰/۰۹	۰/۰۰۶
درد جسمی	۴۱/۴	۹/۵	۳۷/۳	۵/۶	۳۹/۳۹	۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۰۷
سلامت عمومی	۴۵/۳	۱۲/۶	۲۴/۲	۴/۸	۲۹/۵۲	۴/۲۷	۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۰۵
نشاط	۱۸/۱	۹/۱	۱۵/۱۲	۴/۷	۲۰/۲	۳/۰	۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۰۴
عملکرداجتماعی	۴۱/۸۷	۹/۵	۳۵/۳	۵/۶	۳۹/۳۵	۸/۱۶	۰/۲۷	۰/۳۱	۰/۰۰۹
مشکلات روحی	۶۸/۰۲	۱۹/۳۹	۳۶/۵۲	۴/۲۷	۴۹/۳۶	۴/۷۳	۰/۵	۰/۲۴	۰/۰۰۱
سلامت روان	۲۶/۲۸	۹/۶	۳۷/۳۱	۸/۴	۴۵/۳۲	۱۶/۱۲	۰/۶	۰/۴۳	۰/۰۰۶

جدول ۵: آزمون های تعقیبی بونفرونی و گیمز هاول برای مقایسه های زوجی بین شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام

متغیر	گروه الف	گروه ب	اختلاف میانگین	سطح معنی داری	نوع آزمون تعقیبی
	کرمانشاه	سنندج	۱۱/۸	۰/۰۰۳	
سبک زندگی		ایلام	۱۷/۶	۰/۰۰۱	بونفرونی
ارتقادهنده سلامت	سنندج	ایلام	۵/۸	۰/۰۴	
	کرمانشاه	سنندج	۱۲/۸۳	۰/۰۱	
مسئولیت پذیری در		ایلام	۱۰/۲۸	۰/۰۲	بونفرونی
مقابل سلامت	سنندج	ایلام	-۲/۵۵	۰/۳۲	
	کرمانشاه	سنندج	۲۰/۴۲	<۰/۰۰۱	
فعالیت فیزیکی		ایلام	۲۴/۴۸	<۰/۰۰۱	بونفرونی
	سنندج	ایلام	۴/۰۶	۰/۰۶	
	کرمانشاه	سنندج	۹/۵	۰/۰۵	
رشد معنوی		ایلام	۱۸/۶۴	۰/۰۰۳	بونفرونی
	سنندج	ایلام	۹/۱۶	۰/۰۲	
	کرمانشاه	سنندج	۱۹/۷۶	<۰/۰۰۱	
روابط بین فردی		ایلام	۹/۵۱	۰/۰۰۸	گیمز هاول
	سنندج	ایلام	-۱۰/۲۵	۰/۰۰۶	
	کرمانشاه	سنندج	۱۹/۵	۰/۰۰۲	
کیفیت زندگی		ایلام	۲۹/۶۶	<۰/۰۰۱	بونفرونی
وابسته به سلامت	سنندج	ایلام	۱۰/۱۶	۰/۰۳	
	کرمانشاه	سنندج	۵/۱	۰/۰۷	
عملکرد جسمی		ایلام	۲/۰۱	۰/۳۴	بونفرونی
	سنندج	ایلام	-۳/۰۹	۰/۳۳	
درد جسمی	کرمانشاه	سنندج	۴/۱	۰/۴۵	
		ایلام	۲/۰۱	۰/۱۲	بونفرونی
	سنندج	ایلام	-۲/۰۹	۰/۱۸	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

سلامت عمومی	کرمانشاه	سنندج	۲۱/۱	<۰/۰۰۱	
		ایلام	۱۵/۷۸	۰/۰۰۱	بونفرونی
	سنندج	ایلام	-۵/۳۲	۰/۰۷	

جدول ۶: مدل رگرسیون خطی متغیرهای جمعیت شناختی برروی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت

متغیرهای جمعیت شناختی		سبک زندگی ارتقادهنده سلامت		کیفیت زندگی وابسته به سلامت			
		ضریب رگرسیونی	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین	ضریب رگرسیونی	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین
سن	بالای ۶۰سال	۰/۱۰	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۲۹
وضعیت	متوسط	۰/۱۳	۰/۰۰۴		۰/۱۰	۰/۰۲	
اقتصادی	مرفه	۰/۱۸	<۰/۰۰۱		۰/۱۴	۰/۰۰۶	
جنسیت	مذکر	۰/۰۱			-۰/۱۲	۰/۰۰۹	

رده‌های مؤنث در جنسیت ، فقیر در وضعیت اقتصادی و پایین ۶۰ سال برای سن به عنوان متغیر پایه برای متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد میان شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام از نظر شاخص سبک زندگی ارتقادهنده سلامت تفاوت آماری معنی‌دار وجود دارد. بطوریکه شهر کرمانشاه از نظر سبک زندگی مرتبط با سلامت وضعیت بهتری نسبت به شهرهای سنندج و ایلام داشت. شایان ذکر است از جمله مولفه‌هایی که تفاوت شهرها در آن محسوس بوده و شهر کرمانشاه را نسبت به شهرهای سنندج و ایلام در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌داد، مولفه‌های مسئولیت‌پذیری در مقابل بیماری، فعالیت فیزیکی، رشد معنوی و روابط بین فردی بود که شهروندان ساکن در شهر کرمانشاه نمره بالاتری کسب کردند. جهت تبیین این یافته لازم است اشاره شود که یکی از عوامل موثر در مسئولیت‌پذیری در برابر بیماری، آگاهی یافتن نسبت به بهداشت مواد غذایی و به دنبال آن ارتقای سلامت است که این یافته همسو با مطالعه خواجه نصیری و همکاران [۱۵] و سیلوا و همکاران [۱۶] است. در همین راستا جانجانی و همکاران درمطالعه خود در شهر کرمانشاه نشان دادند که افراد ساکن در شهر کرمانشاه از آگاهی و عملکرد نسبتا خوبی در زمینه بهداشت و ایمنی مواد غذایی برخوردار بودند که چنین امری افراد را در مورد به مصرف مواد غذایی در سه وعده صبحانه، ناهار، شام و مصرف میان وعده‌های لازمه سلامت و مقابله با بیماری‌های عفونی آگاه نموده و باعث می‌شود فرد در انتخاب آنها دقت لازم داشته و به درستی اقدام به انتخاب آن نماید[۱۷].

همچنین یافته‌های به دست آمده حاکی از این بود که در شاخص کیفیت زندگی وابسته به سلامت در میان شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام تفاوت آماری معنادار وجود دارد. بطوریکه در مولفه‌های سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی شهروندان ساکن کرمانشاه عملکرد بهتری نسبت به شهروندان ساکن سنندج و ایلام داشتند. شایان ذکر است در میان مولفه‌های نشاط و محدودیت جسمانی میان شهرهای نام برده شده تفاوت قابل قبولی وجود نداشت و همه شهرها از نظر ترغیب به فعالیت‌های مفرح، لذت بخش و شادکامی نمره پائینی کسب کردند. نظر به یافته به دست آمده مشخص شد میان سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در شهرهای غربی کشور رابطه معنادار وجود دارد؛ این نتایج مطابق با یافته حاصل از مطالعات کین و همکاران [۱۸] و لی و همکاران [۱۹] است که اذعان داشتند فرد با انتخاب سبک زندگی سعی در حفظ و ارتقای سلامت خود و جلوگیری از بیماریها از طریق داشتن رژیم غذایی مناسب (تغذیه)، استراحت/فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم استعمال دخانیات و نوشیدن الکل و ایمن سازی بدن دارد. به عبارتی اهمیت سبک زندگی تا حد زیادی به دلیل تأثیر آن بر کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماری ها است[۲۰].

همچنین از جمله مولفه‌های اثرگذار در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، رابطه بین فردی است که در میان شهروندان ساکن کرمانشاه بالا گزارش شد که یکی از شاخص‌های مهمی است که در ارتقای کیفیت زندگی آنان هم امری اثرگذار است؛ زیرا «روابط بین فردی» بیانگر وضعیت فرد از نظر برقراری و تداوم روابطی است که حمایت اجتماعی و صمیمیت را فراهم می‌کند. این جنبه یک عامل پیش‌بینی کننده قوی برای کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود. حمایت اجتماعی و روابط بین فردی از باثبات ترین شاخص‌های سلامت در مطالعات مختلف است. بنابراین با توجه به اهمیت تعاملات بین فردی در ارتقای سلامت و تولید «دارایی اجتماعی» که شاخص قطعی وضعیت سلامت است، مداخلاتی مانند آموزش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

مهارت‌های زندگی به ویژه مهارت‌های ارتباطی مانند گوش دادن فعال، صحبت کردن موثر و همدلی اولویت‌های مداخله‌ای در میان افراد جامعه به ویژه شهرهای غرب کشور محسوب می‌شود[۲۱].

افزون بر این بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد میان اطلاعات دموگرافیک شهروندان ساکن شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام با برخی شاخص‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت رابطه معنادار وجود دارد؛ بطوریکه بر اساس نتایج حاصل اگرچه میان جنسیت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت اما میان جنسیت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت رابطه وجود نداشت. مغایر با این یافته طی مطالعه‌ای مشخص شد خطرات تهدیدکننده سلامتی در مردان بی‌شمار است و عادات و رفتارهای نادرست سبک زندگی مانند مصرف سیگار، الکل و اعتیاد نزد مردان در مقایسه با زنان بیشتر است[۲۲] این در حالی است که مردان در مقایسه با زنان کمتر از خدمات سلامتی برخوردار می‌شوند که این موضوع منجر به ایجاد عوارض جسمی، روانی، روحی و اجتماعی و پیشرفت و وخامت آسیب سلامتی در مردان شده که در سلامت خانواده و جامعه نیز تأثیر خواهد داشت [۲۳].

همچنین در مطالعه حاضر سن به طور متوسط بر شاخص‌های کیفیت زندگی و سبک زندگی اثرگذار بود. در همین راستا در پژوهشی نشان داده شد که میانگین امتیاز آگاهی در مورد سلامتی و اجرای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در گروه ۲۷ -۱۸ سال بطور معنی‌دار کمتر از گروه ۴۷-۳۸ و ۵۷-۴۸ سال بود. در مورد نقش وضعیت اقتصادی- اجتماعی نیز مشخص شد این عامل نقش قابل توجهی در سبک زندگی سلامت محور و همینطور کیفیت زندگی وابسته به سلامت دارد. در این راستا مطالعه‌ای اثر طولانی مدت ثروت و درآمد بر مرگ را مورد بررسی قرار داد. این مطالعه نشان داد که افراد کم درآمد در مقایسه با ثروتمندان، در سنین پایین‌تر مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین نشان داده شد که رابطه بین ثروت و سلامت یک رابطه دوسویه است که افزایش هرکدام بر دیگری به طور مستقیم باعث افزایش سطح سلامت می‌شود. بنابراین با بهبود وضعیت و از طرف دیگر با افزایش سطح سلامتی و توان جسم و ذهن، وضعیت اقتصادی افراد نیز بهبود می‌یابد[۲۴].

با نظر به یافته‌های حاصل در این راستا، محققان با محدودیت‌هایی روبرو بودند که می‌توان به نوع گویش محلی آزمودنی‌های پژوهش اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی گروه محققان مقیم و آگاه به زبان کوردی جهت جمع‌آوری داده‌ها استخدام گردند تا آزمودنی‌ها بتوانند به نحو مطلوب‌تری به خودگزارش‌دهی خویش بپردازند. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر در قلمرو مکانی شهرهای کرمانشاه، سنندج و ایلام انجام شد، نتایج این تحقیق با محدودیت تعمیم روبرو است و قابل تعمیم نیست که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی در سایر نقاط کشور در این زمینه مطالعاتی صورت گیرد.

سهم نویسندگان

نرگس سعیدی: جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها
احمدرضا سعیدی: جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها
فربد عبادی فرد آذر: ارائه ایده و نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از طرح پژوهشی مصوب در مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران است. بدینوسیله از کلیه افرادی که در پژوهش حاضر شرکت کردند کمال تشکر و امتنان را دارد.

منابع

1. Svalastog AL, Donev D, Kristoffersen NJ, Gajović S. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. Croatian Medical Journal 2017; 58: 431
2. İlhan N, Peker K, Yildirim G, Baykut G, Bayraktar M, Yildirim H. Relationship between healthy lifestyle behaviors and health related quality of life in turkish school-going adolescents. Nigerian Journal of Clinical Practice 2019; 22: 1742-1751
3. da Costa BG, Chaput JP, Lopes MV, da Costa RM, Malheiros LE, Silva KS. Association between lifestyle behaviors and health-related quality of life in a sample of Brazilian adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17: 7133
4. Matos MG, Marques A, Gaspar T, Paiva T. Perception of quantity and quality of sleep and their association with health related quality of life and life

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]

satisfaction during adolescence. Health Education and Care 2017; 2:2-3
5. Holahan CK, Suzuki R. Adulthood predictors of health promoting behavior in later aging. The International Journal of Aging and Human Development 2004; 58: 289-313
6. Wu XY, Zhuang LH, Li W, Guo HW, Zhang JH, Zhao YK, et al. The influence of diet quality and dietary behavior on health-related quality of life in the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Quality of Life Research 2019; 28: 1989-2015
7. Naghibi F, Golmakani N, Esmaily H, Moharari F. The relationship between life style and the health related quality of life among the girl students of high schools in Mashhad, 2012-2013. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2013; 16: 9-19 [Persian]
8. Jiang Y, Hesser JE. Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. Health and Quality of Life Outcomes 2008; 6: 1-11
9. Guedes DP, Yamaji BH, Zuppa MA. Independent and combined effects of lifestyle behaviors on adolescent health-related quality of life. Revista Brasileira de Enfermagem 2023; 76: e20220780
10. Rezvani MR, Mansourian H, Sattari MH. Evaluating quality of life in urban areas (case study: Noorabad City, Iran). Social Indicators Research 2013; 112: 203-220 [Persian]
11. Basakha M, Kohneshahri LA, Masaeli A. Ranking the quality of life in Iran provinces. Social Welfare Quarterly 2010; 10: 95-112 [Persian]
12. Kazemi A, Rezapoor A, Faradonbeh SB, Nakhaei M, Ghazanfari S. Study the development level of provinces in Iran: a focus on health indicators. Journal of Health Administration 2015; 18: 29-42
13. Rafati S, Bagheri Z, Jafari P, Soltani N. Using Confirmatory Factor Analysis (CFA) to Assess Structure of SF-36 (Persian Version) questions for normal people and patients with chronic diseases. Hormozgan Medical Journal 2021; 19: 111-118 [Persian]
14. Mohamadi Zaidi E, Pakpoor A, Mohamadi Zaidi B. Validity and reliability of Health promotion lifestyle questionnaire. Journal of Preventive Medicine 2013; 4: 103-13 [Persian]
15. Khajehnasiri F, Hokmabadi E, Lotfi M, Dabiran S, Khosravi S, Sharifi N. Study of health-promoting lifestyle and its effective factors in the employees of Tobacco Company. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2022; 10: 70-79 [Persian]
16. Silva AL, Teles J, Fragoso I. Health-related quality of life of Portuguese children and adolescents according to diet quality and food intake. Quality of Life Research 2020; 29: 2197-2207
17. Janjani H, Mehr Alian M, Shamsizadeh Z, Sang Sefidi Z, Khashij M.. Awareness and performance of the people of Kermanshah in the field of food safety and hygiene. Quarterly Journal of Health Faculty and Health Research Institute 2018; 16: 99-113 [Persian]
18. Qin Z, Wang N, Ware RS, Sha Y, Xu F. Lifestyle-related behaviors and health-related quality of life among children and adolescents in China. Health and Quality of Life Outcomes 2021; 19: 1-9
19. Li J, Yu J, Chen X, Quan X, Zhou L. Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. Medicine 2018; 6:97
20. Behrens G, Fischer B, Kohler S, Park Y, Hollenbeck AR, Leitzmann MF. Healthy lifestyle behaviors and decreased risk of mortality in a large prospective study of US women and men. European journal of Epidemiology 2013; 28:361-72
21. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaeezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan university of medical sciences. Journal of Education and Health Promotion 2013; 2:11
22. Reidy DE, Brookmeyer KA, Gentile B, Berke DS, Zeichner A. Gender role discrepancy stress, high-risk sexual behavior, and sexually transmitted disease. Archives of Sexual Behavior 2016; 45: 459-465
23. Gyasi RM, Phillips DR, David R. Explaining the gender gap in health services use among Ghanaian community-dwelling older cohorts. Women & Health 2019; 59: 1089-1104
24. Heidarnia MA, Ghaemian T, Abadi A, Fathian S, Montazeri A. Health-related quality of life and poverty. Payesh 2012; 11: 491-495 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.417]