

عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی (مطالعه موردی: شهرستان اسلام آباد غرب)

روح‌اله رضائی^{۱*}، سپیده نوروزی^۲، غلامرضا مجردی^۳، لیلا صفا^۴

چکیده

امروزه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یکی از شاخص‌های مهم توسعه به‌شمار می‌رود؛ این در حالی است که زنان، به‌ویژه در مناطق روستایی، به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به مردان، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری داشته باشند که این مسئله لزوم بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن را دوچندان می‌کند. با توجه به اهمیت موضوع، این تحقیق توصیفی-همبستگی با هدف بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش را ۱۳ هزار و ۸۳۵ نفر از زنان ۱۵ تا ۶۴ سال ساکن در مناطق روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب در استان کرمانشاه تشکیل دادند که با توجه به جدول بارتلت و همکاران (۲۰۰۱)، ۲۵۰ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استاندارد استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که چهار متغیر سن، تعداد اعضای خانوار، تعداد فرزند و سابقه زندگی مشترک رابطه منفی و معنادار و دو متغیر سطح تحصیلات و زمان صرف‌شده برای ورزش روزانه رابطه مثبت و معنادار با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی داشتند. همچنین، نتایج حاکی از آن بود که بین میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان برحسب متغیرهای وضعیت تأهل، سرپرستی خانوار، داشتن بیمه و انجام دادن معاینات دوره‌ای پزشکی تفاوت معناداری وجود داشت. درنهایت، شش مؤلفه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت شامل مدیریت تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، ورزش و فعالیت بدنی، مدیریت استرس و ارزشمندبودن زندگی ۵۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی را تبیین کردند.

کلیدواژه‌ها

زنان روستایی، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت.

r_rezaei@znu.ac.ir
norozisepedeh.93@gmail.com
g.mojarradi@yahoo.com
safa@znu.ac.ir

۱. دانشیار، دانشکده کشاورزی دانشگاه زنجان
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده کشاورزی دانشگاه زنجان
۳. استادیار، دانشکده کشاورزی دانشگاه زنجان
۴. استادیار، دانشکده کشاورزی دانشگاه زنجان
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۸، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۹

مقدمه

امروزه، اهمیت توسعه روستایی و جایگاه آن در رشد و پیشرفت کشورها بر کسی پوشیده نیست. از سوی دیگر، آنچه مسلم است دستیابی به توسعه روستایی در گرو توسعه منابع انسانی است و زنان روستایی به‌منزله یکی از بازیگران اصلی در رسیدن به اهداف توسعه هزاره، در حمایت از خانواده‌ها و جوامع خود نقش کلیدی دارند [۲۴]. به‌رغم اهمیت نقش زنان در فرایند توسعه روستایی، بررسی‌ها حاکی از آن است که در کشورهای مختلف، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه همچون ایران، توجه کمی به زنان به‌منزله بخش مهم و تأثیرگذار در توسعه جامعه شده و زنان روستایی به دلیل مواجهه با مشکلات پرشمار، از جمله کار زیاد در مزرعه و خانه، دسترسی کم به اماکن و مراکز تفریحی، آزادی عمل محدود، احساس ناامنی [۷]، ضعف مهارت‌های ارتباطی، بی‌سوادی یا کم‌سوادی، بالابودن ساعت کاری و انجام‌دادن بیشتر فعالیت‌های کشاورزی از سوی آنان [۸]، محرومیت از دریافت خدمات آموزشی، ضعف جسمانی و پایین‌بودن سطح بهداشت [۴] و سایر موارد، به‌طور درخور توجهی مستعد کاهش کیفیت زندگی به‌ویژه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شده‌اند [۸؛ ۹]. این در حالی است که امروزه بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از مباحث اصلی در کشورهای مختلف بوده و سلامت زنان به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر آنان نسبت به مردان در نتیجه شرایط فیزیولوژیکی ناشی از بارداری و زایمان و عوارض آن‌ها، یکی از شاخص‌های مهم توسعه محسوب می‌شود [۱۹]؛ به‌نحوی که در سال‌های اخیر، مطالعه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان، به‌ویژه زنان روستایی، در راستای بهبود شرایط کشاورزی و جلوگیری از مهاجرت روستاییان به مناطق شهری [۲۰]، به‌طور جدی از سوی برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران کشورهای مختلف مورد توجه قرار گرفته و تلاش شده است تا از طریق بررسی عوامل و متغیرهای تأثیرگذار، زمینه لازم به منظور بهبود آن فراهم شود.

شهرستان اسلام‌آباد غرب در جنوب استان کرمانشاه واقع شده است. به‌طور کلی، نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهند که زنان در مناطق روستایی مختلف استان کرمانشاه با مسائل پرشماری مواجه‌اند؛ برای نمونه، در روستاهای شهرستان سنقر فرهنگ مناطق روستایی به گونه‌ای است که مردان در فعالیت‌های اجتماعی به‌عنوان نماینده خانواده حضور می‌یابند و زنان اجازه حضور در این نوع فعالیت‌ها را ندارند. از سوی دیگر، زنان روستایی به دلیل نگرش‌های سنتی و نداشتن خودتکایی و خودباوری کافی، شخصیت مستقلی به‌عنوان نیروی اجتماعی شاغل ندارند [۶]. به همین ترتیب، نتایج بررسی‌ها در شهرستان کنگاور حاکی از آن است که بیشتر زنان روستایی در این منطقه، مسن‌اند و سطح سواد پایینی دارند و در برابر فعالیت‌های اجتماعی، به‌ویژه پذیرش عضویت در تشکل‌های روستایی، مقاومت می‌کنند [۵]. در شهرستان هرسین نیز، زنان روستایی از نظر تأمین نیازهای فرصت و فراغت، بهزیستی و نیازهای اولیه احساس نارضایتی دارند و سطح کیفیت زندگی آنان متوسط رو به پایین است [۹]. مشابه مناطق اشاره‌شده، در شهرستان اسلام‌آباد

غرب نیز، از نظر مشخصات اقتصادی، شمار اندکی از زنان روستایی حق مالکیت دارند و بیشتر آنها فاقد زمین زراعی به نام خود هستند. به لحاظ مشخصات اجتماعی، ارتباطات و آگاهی اجتماعی زنان روستایی در این منطقه در سطح متوسط است و از نظر مشخصات روان‌شناختی هم درصد پایینی از آنان اعتماد به نفس کافی دارند [۱]. در مجموع، وجود چنین شرایطی سبب شده سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان در روستاهای استان کرمانشاه، از جمله در شهرستان اسلام‌آباد غرب، کاهش یابد. به‌رحال، از آنجا که طراحی و اجرای هرگونه برنامه راهبردی برای ارتقای سطح سلامت افراد جامعه نیازمند انجام‌دادن مطالعات علمی دقیق و جامع است و نبود آگاهی و شناخت کافی در این زمینه می‌تواند موجب تحمیل هزینه‌های سرسام‌آور به جامعه شود [۲۲]. با در نظر گرفتن این مسئله که تاکنون مطالعه خاصی در زمینه بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان در مناطق روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب انجام نگرفته است، این تحقیق با هدف بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در شهرستان اسلام‌آباد غرب انجام گرفت.

ملاحظات مفهومی

با توجه به اینکه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مفهومی نسبتاً جدید در حوزه مباحث علوم اجتماعی به شمار می‌آید و انسجام و اجماع کافی بین محققان در این حوزه وجود ندارد، تاکنون مبنای نظری مشخصی به منظور بررسی نظام‌مند عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارائه نشده است [۲۹]. بر این اساس و به منظور برون‌رفت از تنگنای کمبود چارچوب نظری، در این پژوهش تلاش شد از طریق بررسی و پردازش ادبیات نظری و پیشینه تجربی تحقیق، به جمع‌بندی آن‌ها در راستای تدوین چارچوب مفهومی تحقیق پرداخته شود [۲].

الف) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

مفاهیم کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از واژه‌هایی هستند که در بسیاری از موارد در ادبیات به جای یکدیگر به کار می‌روند. این در حالی است که هریک از آن‌ها معانی مجزایی دارند [۱۳]. کیفیت زندگی مفهومی گسترده و چندبعدی است که معمولاً شامل ارزش‌یابی‌های ذهنی فرد از همه جنبه‌های مثبت و منفی زندگی وی می‌شود. اگرچه سلامت یکی از ابعاد و شاخص‌های اصلی کیفیت زندگی است، شاخص‌های دیگری نیز برای آن وجود دارند، همچون فرهنگ و ارزش‌های شخصی، موقعیت اجتماعی، میزان فقر و محرومیت نسبی، فرصت دسترسی به اطلاعات، فعالیت‌های شهروندی و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و سیاسی، رضایت از سطح درآمد، منابع مادی و مالی، ثبات اقتصادی، نوع شغل و سایر موارد، که سبب شده سنجش این مفهوم پیچیده‌تر شود [۲۷]. با توجه به گستردگی مفهوم کیفیت

زندگی، محققان دریافته‌اند که نظام‌های درمانی و بهداشت نمی‌توانند همه نگرانی‌ها و مسائل مرتبط با کیفیت زندگی افراد را مورد توجه قرار دهند [۱۶]. به همین دلیل، سازمان بهداشت جهانی به منظور درک و سنجش عملیاتی‌تر کیفیت زندگی و پوشش قرار دادن جنبه‌هایی از کیفیت زندگی، به‌ویژه در سطح خرد و در قالب زندگی روزانه و معمول افراد، که به‌طور مشخص به سلامت فیزیکی یا ذهنی وابسته‌اند، از دهه ۱۹۸۰ مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به کار برد [۱۷]. به این ترتیب، مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌طور مشخص روی تأثیر سلامت بر توانایی عملکردی افراد برای انجام دادن کارهای روزمره و وظایف معمول آن‌ها تمرکز دارد [۱۳]. از سوی دیگر، هرچند سلامت افراد می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار دهد، این دو مفهوم نیز معانی متفاوتی دارند. در برداشتی نسبتاً جامع، سلامت فقط فقدان بیماری نیست و حالتی است که فرد در آن وضعیت فیزیکی، روانی و اجتماعی مناسبی داشته باشد؛ اما نکته مهم این است که سلامت دربردارنده قضاوت در خصوص تأثیر این شرایط بر رفاه، خوشبختی و رضایت افراد از زندگی‌شان نیست. این در حالی است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل ادراک ذهنی افراد در مورد تأثیر سلامتی بر زندگی روزانه آن‌ها می‌شود [۱۷].

با توجه به آنچه اشاره شد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌تواند ابعاد و مؤلفه‌های مختلفی داشته باشد که در یک طبقه‌بندی جامع، سازمان بهداشت جهانی این ابعاد را در قالب چهار بعد جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی در نظر گرفته است [۲۷]. در این زمینه، بعد جسمانی به توانایی افراد در فراهم کردن شرایط ضروری برای زندگی اشاره دارد که عبارت‌اند از فعالیت‌های افراد برای رفع نیازهای اولیه آنان، انجام دادن نقش‌های معمول، مقابله با درد و ناراحتی و نگاه داشتن خود در وضعیتی مطلوب [۲۱]. بُعد روانی، تصور افراد درباره بدن، عملکرد شناختی (فکر کردن، یادگیری و به خاطر سپردن)، احترام به خود، احساس فرد در مورد خود و تصور یک فرد در رابطه با اینکه دیگران درباره او چگونه فکر می‌کنند را شامل می‌شود. بُعد روابط اجتماعی را می‌توان به توانایی ایجاد و حفظ ارتباط مطلوب با دیگران، لذت بردن از بودن در کنار خانواده و دوستان و نیز توانایی افراد برای ایفای مؤثر نقش خود در جامعه نسبت داد. در نهایت، در بُعد محیطی بر مواردی مانند سالم بودن و ایمنی محل سکونت، توانایی دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی، امکانات تفریحی و آموزشی، نبود آلودگی و ترافیک و... تأکید می‌شود [۲۷].

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در سال‌های اخیر پژوهش‌های تجربی پرشماری در راستای بررسی این مفهوم، به‌ویژه شناخت عوامل تأثیرگذار بر آن، صورت گرفته است که در ادامه به‌طور خلاصه به نتایج برخی از مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌شود.

(ب) پیشینه تحقیق

رجبی‌گیلان و همکاران (۱۳۹۳) در سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و بررسی عوامل مرتبط با آن نشان دادند که احساس امنیت، وضعیت بیماری، وضعیت تأهل و تعداد فرزند و میزان فعالیت ورزشی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان بودند [۳]. قاسمی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای پیرامون سنجش سلامت مربوط به کیفیت زندگی زنان روستایی و شناخت برخی عوامل مرتبط با آن دریافتند که سن، سلامت یا بیماری، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل از عوامل اصلی اثرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی بودند [۸]. نقیبی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین سبک زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن شامل تغذیه، روابط بین فردی، رشد معنوی، مدیریت استرس و فعالیت فیزیکی و ورزشی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان مشهد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۱۱]. آیت‌اللهی و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی در جنوب ایران پرداختند. براساس نتایج این تحقیق، مشخص شد که وضعیت تأهل، سن و سابقه بیماری از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی مطالعه‌شده است [۱۲]. رخشانی و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با کیفیت زندگی افراد سال‌خورده در شهرستان شیراز مشخص کردند که بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و از بین مؤلفه‌های مختلف سبک زندگی، سه مؤلفه رشد روحی، مدیریت استرس و تمرین و فعالیت جسمانی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی دارند [۲۲].

چی‌آیو و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ارتقادهنده سلامت نشان دادند که بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با مؤلفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۱۵]. وانگ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی نقش سواد سلامت زنان روستایی چین بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها پرداختند. براساس نتایج تحقیق مشخص شد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی که تحصیلات و سواد سلامت بالاتری داشتند، به‌طور معناداری بیشتر از زنان روستایی‌ای بود که تحصیلات و سواد سلامتشان پایین بود [۲۵]. بی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود پیرامون کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آن بین زنان روستایی محروم در منطقه لیویانگ چین دریافتند که بالا بودن سن افراد، پایین بودن سطح تحصیلات، بی‌کاری، وضعیت بد سلامت فیزیکی، پایین بودن سطح درآمد ماهانه، سبک منفعل همسررداری و فقدان حمایت‌های اجتماعی، از عوامل مهم تأثیرگذار بر پایین بودن سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان در منطقه مطالعه‌شده بود [۲۹]. سینول و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه رابطه بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی افراد سالمند در ترکیه مشخص کردند که به غیر از دو مؤلفه استقلال و عملکرد حسی، بین سایر مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده

سلامت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۲۳]. در مطالعه دیگری، جیانولی و همکاران (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که وضعیت ازدواج، سطح تحصیلات، اشتغال، داشتن وضعیت مالی مناسب و ورزش از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان بودند [۱۸]. در نهایت، وانگ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که فعالیت‌های مختلف مرتبط با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت شامل فعالیت بدنی مستمر، کنترل وزن، تغذیه سالم و استعمال نکردن سیگار از عوامل اصلی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت‌اند [۲۸].

چارچوب مفهومی پژوهش

با توجه به مطالب اشاره شده در بخش‌های پیشین، به منظور تدوین چارچوب مفهومی پژوهش، با استناد بر نتایج مطالعات مختلف، به‌ویژه قاسمی و همکاران (۱۳۹۲)، آیت‌اللهی و همکاران (۲۰۱۵)، رخشانی و همکاران (۲۰۱۴)، یی و همکاران (۲۰۱۴)، جیانولی و همکاران (۲۰۱۲) و وانگ و همکاران (۲۰۱۲)، عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در قالب چهار دسته عوامل فردی- خانوادگی، عوامل جغرافیایی- مکانی، عوامل مرتبط با وضعیت سلامتی و مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت طبقه‌بندی شدند. همچنین، برای شناسایی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از پژوهش‌های نقیبه‌ای و همکاران (۱۳۹۲) و قاسمی و همکاران (۲۰۱۴) و مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت از مطالعات رخشانی و همکاران (۲۰۱۴) و سینول و همکاران (۲۰۱۴) استفاده شد. در نهایت، چارچوب مفهومی پژوهش در قالب تصویر ۱ ترسیم شد.



تصویر ۱. چارچوب مفهومی پژوهش

روش تحقیق

این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع همبستگی بود که در فرایند آن برای گردآوری داده‌ها از روش پیمایشی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش ۱۳ هزار و ۸۳۵ نفر از زنان ۱۵ تا ۶۴ سال، ساکن در مناطق روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب در استان کرمانشاه بود. این شهرستان دو بخش (مرکزی و حمیل) و هفت دهستان (شامل دهستان‌های حومه جنوبی، حومه شمالی، حسن‌آباد و شیان در بخش مرکزی و دهستان‌های حمیل، هرسم و منصوری در بخش حمیل) و در مجموع ۱۷۱ روستای دارد که دارای سکنه است [۱۰]. جهت تعیین حجم نمونه، از جدول بارتلت و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شد که براساس آن، تعداد نمونه ۲۵۰ نفر برآورد شد. به منظور دستیابی به نمونه‌ها در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد؛ بدین ترتیب که ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای دو دهستان در داخل هر بخش (به‌عنوان طبقه) به صورت تصادفی ساده انتخاب شد که در مجموع، چهار دهستان انتخاب شده ۱۰۷ روستا داشتند. در مرحله بعد، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با احتمال متناسب با حجم، ۲۲ روستا از بین ۱۰۷ روستای اشاره‌شده برای مطالعه مدنظر قرار گرفتند؛ به‌نحوی که براساس تعداد روستا در هر دهستان، این روستاها به‌صورت متناسب بین چهار دهستان بررسی شده توزیع شدند. سپس، با توجه به توزیع غیریکنواخت تعداد زنان روستایی در روستاهای انتخاب‌شده، در این مرحله تعداد نمونه مناسب به هریک از روستاها اختصاص یافت و درنهایت، پرسش‌نامه‌ها به صورت تصادفی ساده بین اعضای نمونه آماری توزیع و گردآوری شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسش‌نامه بود که از پنج بخش مشخصه‌های فردی-خانوادگی (شامل ۸ پرسش)، مشخصه‌های جغرافیایی-مکانی (شامل ۳ پرسش)، مشخصه‌های مرتبط با وضعیت سلامتی (شامل ۵ پرسش) و پرسش‌های مرتبط با سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان روستایی تشکیل شده بود. برای تعریف عملیاتی و سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از پرسش‌نامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) استفاده شد [۲۶]. این پرسش‌نامه ۲۶ پرسش دارد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در چهار حیطة جسمانی (۷ پرسش)، روانی (۶ پرسش)، روابط اجتماعی (۳ پرسش) و محیطی (۸ پرسش) با طیف لیکرت پنج‌سطحی می‌سنجد. پرسش‌های شماره ۱ و ۲ نیز پرسش‌های کلی درخصوص ارزیابی ذهنی فرد از کیفیت زندگی و رضایت از وضعیت سلامت خود است. درضمن، در این پرسش‌نامه پرسش‌های شماره ۳ (تا چه اندازه دردهای جسمانی و مشکلات بدنی مانع انجام‌دادن فعالیت‌ها و کارهای ضروری شما می‌شود؟)، ۴ (برای انجام‌دادن کارهای روزمره، تا چه اندازه به درمان‌های پزشکی (برای نمونه مصرف دارو یا انجام‌دادن دستورات خاص پزشکی) نیاز دارید؟) و ۲۶ (تا چه اندازه دچار احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی،

یأس و ناامیدی می‌شوید؟) به‌طور معکوس نمره‌دهی می‌شوند. به همین ترتیب، به منظور تعریف عملیاتی و سنجش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نیز از مقیاس استاندارد (فرم کوتاه) توسعه داده شده از سوی چن و همکاران (۲۰۱۴) استفاده شد [۱۴]. براساس این مقیاس، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در قالب شش مؤلفه شامل مدیریت تغذیه (۴ پرسش)، حمایت اجتماعی (۴ پرسش)، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت (۵ پرسش)، ارزشمندبودن زندگی (۳ پرسش)، ورزش و فعالیت بدنی (۳ پرسش) و مدیریت استرس (۴ پرسش) از طریق طیف لیکرت پنج‌سطحی اندازه‌گیری می‌شود. البته، شایان ذکر است با توجه به اینکه بستر و زمینه این مطالعه را زنان روستایی تشکیل می‌داد، پس از برگردان پرسش‌نامه‌های اشاره شده به فارسی جهت متناسب‌سازی پرسش‌ها با زمینه مرتبط با پژوهش، با در نظر گرفتن ماهیت و مشخصه‌های خاص زمینه مورد مطالعه، برخی اصلاحات ضروری در پرسش‌نامه‌ها انجام گرفت. بر این اساس و با توجه به اصلاحات صورت گرفته، به منظور اطمینان از مناسب بودن ابزار تحقیق، به بررسی روایی (شامل روایی محتوایی و سازه) و پایایی (آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی) آن پرداخته شد. روایی محتوایی پرسش‌نامه اولیه با نظرسنجی از متخصصان در زمینه موضوع مورد پژوهش و پس از انجام دادن اصلاحات ضروری تأیید شد. سپس، برای بررسی پایایی پرسش‌نامه پیش‌آزمون (در بین نمونه‌ای ۳۰ نفری خارج از نمونه اصلی) انجام گرفت که مقادیر آلفای کرونباخ به دست آمده برای بخش‌های مختلف بالای ۰/۷ بودند (جدول ۱). همچنین، پس از گردآوری داده‌ها و تکمیل پرسش‌نامه‌ها و در مرحله آزمون مدل برای بررسی روایی سازه و پایایی ترکیبی ابزار تحقیق به برآورد مدل‌های اندازه‌گیری تحقیق (تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول) پرداخته شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۱ آورده شده است. در زمینه روایی همگرا، همان‌گونه که از نتایج جدول ۱ مشخص است، بر پایه دو معیار میانگین واریانس استخراج شده (AVE) برابر و بزرگ‌تر از ۰/۵ و پایایی ترکیبی (CR) برابر و بزرگ‌تر از ۰/۷، ابزار تحقیق روایی همگرای مناسبی داشت. در مورد روایی تشخیصی با توجه به اینکه مقدار میانگین واریانس استخراج شده برای هر متغیر مکنون در قالب دو مدل اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، از مقادیر میانگین مجذور واریانس مشترک (ASV) و حداکثر مجذور واریانس مشترک (MSV)^۴ بین همه متغیرهای مکنون در تک‌تک مدل‌های اندازه‌گیری بزرگ‌تر بود، در نتیجه، ابزار تحقیق روایی تشخیصی مناسبی داشت (جدول ۱). افزون بر بررسی روایی ابزار تحقیق در قالب موارد اشاره شده، از آنجا که مقادیر پایایی ترکیبی برای هر یک از متغیرهای مکنون بزرگ‌تر از ۰/۷ بودند، ابزار تحقیق پایایی مناسبی داشت (جدول ۱). برای آزمون برازش مدل با داده‌های میدانی از

1. Average Variance Extracted
2. Composite Reliability
3. Average Shared Squared Variance
4. Maximum Shared Squared Variance

شاخص‌های برازندگی استفاده شد که براساس نتایج تحقیق، برازش هر دو مدل اندازه‌گیری در سطح مطلوبی بود (جدول ۱). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS_{Win20} و AMOS₂₀ انجام گرفت.

جدول ۱. خلاصه نتایج در مورد روایی و پایایی ابزار تحقیق و برازش مدل‌های اندازه‌گیری

مدل‌های اندازه‌گیری	متغیرهای مکنون	AVE	CR	MSV	ASV	کرونباخ آلفا
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	روابط اجتماعی	۰٫۶۹۵	۰٫۸۷۲	۰٫۲۱۳	۰٫۱۴۸	۰٫۷۸۸
	جسمانی	۰٫۵۷۶	۰٫۹۰۲	۰٫۳۵۳	۰٫۲۵۶	۰٫۷۹۱
	روانی	۰٫۶۷۱	۰٫۹۲۳	۰٫۴۲۰	۰٫۲۹۷	۰٫۷۷۴
	محیطی	۰٫۵۳۰	۰٫۸۹۷	۰٫۴۲۰	۰٫۳۲۸	۰٫۸۳۱
$\chi^2=۴۷۲٫۰۴۵$ ، $TLI=۰٫۹۳۱$ ، $RMR=۰٫۰۶۲$ ، $AGFI=۰٫۸۰۳$ ، $GFI=۰٫۸۳۷$ ، χ^2 شاخص‌های برازش: $=۰٫۹۰۷$ ، $NFI=۰٫۹۴۰$ ، $CFI=۰٫۹۴۱$ ، $IFI=۱٫۹۵۹$ ، $df=۰٫۰۶۹$ ، $RAMSEA=۰٫۸۷۳$ ، $PRATIO=۰٫۷۷۳$ ، $PNFI=۰٫۸۲۱$ ، $PCFI=۰٫۸۲۱$						
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	مدیریت تغذیه	۰٫۷۱۲	۰٫۹۰۸	۰٫۴۱۲	۰٫۲۰۹	۰٫۸۰۴
	حمایت اجتماعی	۰٫۶۰۱	۰٫۸۵۶	۰٫۴۱۲	۰٫۲۱۶	۰٫۷۸۲
	مسئولیت‌پذیری سلامتی	۰٫۶۴۴	۰٫۸۹۸	۰٫۲۷۴	۰٫۱۳۵	۰٫۸۳۹
	ورزش و فعالیت بدنی	۰٫۷۷۶	۰٫۹۱۲	۰٫۳۴۹	۰٫۱۹۳	۰٫۷۷۷
	مدیریت استرس	۰٫۵۴۱	۰٫۸۲۳	۰٫۴۳۶	۰٫۲۰۹	۰٫۷۹۵
ارزشمند بودن زندگی	۰٫۶۷۶	۰٫۸۹۰	۰٫۴۳۶	۰٫۲۱۵	۰٫۸۲۸	
$\chi^2=۴۴۵٫۷۰۶$ ، $NFI=۰٫۹۰۱$ ، $TLI=۰٫۹۲۸$ ، $RMR=۰٫۰۵۳$ ، $AGFI=۰٫۸۰۷$ ، $GFI=۰٫۸۴۸$ ، χ^2 شاخص‌های برازش: $=۰٫۹۲۸$ ، $CFI=۰٫۹۳۹$ ، $IFI=۱٫۹۵۹$ ، $df=۰٫۰۶۷$ ، $RAMSEA=۰٫۸۵۵$ ، $PRATIO=۰٫۷۵۱$ ، $PNFI=۰٫۸۰۲$ ، $PCFI=۰٫۸۰۲$						

یافته‌های تحقیق

نتایج تحقیق حاکی از آن بود که میانگین سن و تعداد اعضای خانوار زنان روستایی مطالعه‌شده به ترتیب ۳۵/۹۶ سال و ۴/۹۴ نفر بود. در خصوص وضعیت تأهل پاسخ‌گویان، نتایج نشان داد که ۷۵/۲ درصد از زنان مطالعه‌شده متأهل و ۲۴/۸ درصد از آنان مجرد بودند. با توجه به نتایج تحقیق، میانگین تعداد فرزند و سابقه زندگی مشترک برای پاسخ‌گویان متأهل، به ترتیب ۳/۰۱ نفر و ۱۷/۸۵ سال بود. براساس اطلاعات کسب‌شده، فقط ۲/۸ درصد از زنان مطالعه‌شده سرپرست خانوار بودند و بیشتر آن‌ها (۹۷/۲ درصد) سرپرست خانوار نبودند. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی (۲۴/۴ درصد) مربوط به زنانی بود که تحصیلات آن‌ها در سطح ابتدایی قرار داشت. به لحاظ متوسط درآمد ماهانه خانواده، نتایج پژوهش نشان داد که بیشترین درصد فراوانی (۴۵/۹ درصد) مربوط به زنانی بود که متوسط درآمد خانواده آنان بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان در ماه بود. درضمن، میانگین متوسط درآمد ماهانه خانواده پاسخ‌گویان مطالعه‌شده ۸۵۱ هزار و ۵۹۳ تومان بود.

براساس نتایج کسب‌شده، ۶۷ درصد از پاسخ‌گویان بیمه بودند و ۳۳ درصد از آنان بیمه نبودند. از نظر انجام‌دادن معاینات منظم دوره‌ای پزشکی، نتایج تحقیق نشان داد که بیشترین درصد فراوانی (۶۸ درصد) متعلق به زنانی بود که در طول سال به صورت منظم مورد معاینات پزشک قرار نمی‌گرفتند. همچنین، میانگین میزان مراجعه پاسخ‌گویان به پزشک ۳/۸۷ بار در طول سال بود. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که بیش از ۹۱/۶ درصد از پاسخ‌گویان در طول یک سال اخیر در بیمارستان بستری نشده و فقط ۸/۴ درصد از آنان در بیمارستان بستری شده بودند. براساس یافته‌های تحقیق، ۷۵/۵ درصد از زنان مطالعه‌شده سابقه بیماری وراثتی نداشتند و ۵ درصد از آنان سابقه بیماری وراثتی در خانواده خود داشتند. با توجه به نتایج تحقیق، ۶۰/۴ درصد از زنان مطالعه‌شده فعالیت ورزشی در طول روز نداشتند و در مقابل، ۳۹/۶ درصد از آنان در طول روز فعالیت ورزشی انجام می‌دادند؛ میانگین زمان صرف‌شده برای انجام‌دادن فعالیت ورزشی در طول روز نیز ۱۲/۲۵ دقیقه بود. اطلاعات به‌دست‌آمده از پژوهش در مورد وضعیت جاده روستای محل سکونت پاسخ‌گویان نشان داد که همه روستاهای مطالعه‌شده جاده آسفالت‌ه نداشتند. نتایج حاکی از آن بود که ۸۰/۸ درصد از زنان در روستای محل سکونت خود به پایگاه بهداشتی-درمانی دسترسی داشتند و ۱۹/۲ درصد از آنان دسترسی نداشتند. همچنین، بر مبنای نتایج کسب‌شده در خصوص اجرای طرح هادی در روستای محل سکونت زنان روستایی، بیشترین درصد فراوانی (۹۷/۲ درصد) مربوط به پاسخ‌گوییانی بود که طرح هادی در روستای محل زندگی آن‌ها اجرا شده بود.

با توجه به نتایج حاصل از توزیع درصد فراوانی زنان روستایی بر حسب سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان مشخص شد که بیشترین درصد فراوانی در هر چهار بُعد جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی مربوط به سطح متوسط بود (جدول ۲).

نتایج حاصل از اولویت‌بندی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی نشان داد که بین چهار بُعد بررسی‌شده، بُعد «جسمانی» بالاترین میزان اولویت و بُعد «محیطی» کمترین سطح اولویت را دارد (جدول ۳).

جدول ۲. توزیع درصد فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	سطوح ابعاد (بر حسب درصد)			
	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد
جسمانی	۶/۸	۱۸/۴	۴۴/۴	۲۱/۹
روانی	۶/۴	۲۳/۶	۴۸	۱۸/۴
روابط اجتماعی	۸/۵	۲۳/۶	۴۲/۶	۲۲/۱
محیطی	۰/۸	۱۷/۲	۶۰/۴	۱۷/۲

جدول ۳. اولویت‌بندی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی

اولویت	ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	میانگین (از ۵)	انحراف معیار
۱	جسمانی	۳٫۳۱	۰٫۹۱۵
۲	روابط اجتماعی	۳٫۱۸	۱٫۰۰۵
۳	روانی	۳٫۰۴	۰٫۹۱۲
۴	محیطی	۲٫۸۸	۰٫۹۶۸
	کل	۳٫۱	۰٫۹۵۱

نتایج کسب‌شده درخصوص توزیع درصد فراوانی زنان روستایی برحسب وضعیت مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت آنان حاکی از آن بود که بیشترین درصد فراوانی در سه مؤلفه حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری سلامتی و مدیریت استرس در سطح متوسط، در مؤلفه مدیریت تغذیه در سطح زیاد و در مؤلفه ارزشمندبودن زندگی در سطح خیلی زیاد بود (جدول ۴). نتایج به‌دست‌آمده از اولویت‌بندی مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در جدول ۵ نشان داده شده است. براساس این نتایج، بالاترین اولویت مربوط به مؤلفه «مدیریت تغذیه» و کمترین آن مربوط به مؤلفه «ورزش و فعالیت بدنی» بود.

جدول ۴. توزیع درصد فراوانی پاسخ‌گویان برحسب وضعیت مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	وضعیت مؤلفه‌ها (برحسب درصد)			
	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد
مدیریت تغذیه	۲	۶	۲۶٫۸	۴۱٫۶
حمایت اجتماعی	۱٫۲	۵٫۲	۳۷٫۲	۳۱٫۶
مسئولیت‌پذیری سلامتی	۶٫۴	۲۷٫۲	۴۲٫۴	۱۸٫۸
ورزش و فعالیت بدنی	۲۴	۳۶٫۴	۲۰٫۸	۱۰٫۸
مدیریت استرس	۴٫۴	۲۱٫۶	۳۴٫۸	۳۰٫۴
ارزشمندبودن زندگی	۳٫۲	۱۳٫۲	۲۸٫۸	۲۵٫۶

جدول ۵. اولویت‌بندی کلی مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

اولویت	مؤلفه‌ها	میانگین (از ۵)	انحراف معیار
۱	مدیریت تغذیه	۳٫۵۹	۱٫۰۰۰
۲	حمایت اجتماعی	۳٫۵۷	۱٫۰۲۷
۳	ارزشمندبودن زندگی	۳٫۵۰	۱٫۱۰۰
۴	مدیریت استرس	۳٫۱۲	۱٫۰۸۸
۵	مسئولیت‌پذیری درباره سلامت	۳٫۰۲	۱٫۱۷۳
۶	ورزش و فعالیت بدنی	۲٫۵۰	۱٫۱۷۰
	کل	۳٫۲۱	۱٫۰۹۳

نتایج کسب‌شده از تحلیل همبستگی در جدول (۶) نشان داده شده است. همان‌طور که از نتایج پیداست، چهار متغیر سن، تعداد اعضای خانوار، تعداد فرزند و سابقه زندگی مشترک

رابطه منفی و معنادار و دو متغیر سطح تحصیلات و زمان صرف شده برای فعالیت ورزشی (در طول روز) رابطه مثبت و معنادار با متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی دارند. براساس نتایج آزمون مقایسه‌ای T مستقل مشخص شد که بین میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی برحسب متغیرهای وضعیت تأهل، داشتن بیمه، انجام دادن معاینات دوره‌ای پزشکی و فعالیت ورزشی (در طول روز) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۷).

جدول ۶. رابطه همبستگی بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با متغیرهای مطالعه شده

متغیر وابسته	متغیر مستقل	نوع آزمون	مقدار ضریب همبستگی	سطح معناداری
	سن	پیرسون	-۰٫۲۸۵**	۰٫۰۰۰
	تعداد اعضای خانوار	پیرسون	-۰٫۲۵۹**	۰٫۰۰۰
	سطح تحصیلات	اسپیرمن	۰٫۲۰۲**	۰٫۰۰۱
	تعداد فرزند	پیرسون	-۰٫۳۲۱**	۰٫۰۰۰
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	سابقه زندگی مشترک	پیرسون	-۰٫۳۲۵**	۰٫۰۰۰
	متوسط درآمد ماهانه خانواده	پیرسون	۰٫۰۴۴	۰٫۵۰۶
	میزان متوسط مراجعه به پزشک در طول سال	پیرسون	۰٫۰۰۳	۰٫۹۶۶
	زمان صرف شده برای انجام دادن فعالیت ورزشی (در طول روز)	پیرسون	۰٫۱۵۸*	۰٫۰۱۳

** معناداری در سطح ۰٫۰۱ و * معناداری در سطح ۰٫۰۵

جدول ۷. مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پاسخ‌گویان برحسب متغیرهای مطالعه شده

سطح معناداری	مقدار T	آماره			زیرگروه‌ها	متغیر مستقل	متغیر وابسته
		انحراف معیار	میانگین	تعداد			
۰٫۰۰۰	۳٫۹۵**	۱۱٫۳۴	۸۱٫۲۵	۱۵۵	متأهل	وضعیت تأهل	
		۱۰٫۶۸	۷۵٫۶۱	۹۵	مجرد		
۰٫۰۰۵	۲٫۸۱**	۱۱٫۱۵	۷۴٫۰۲	۱۶۷	بلی	داشتن بیمه	
		۱۲٫۱۳	۷۸٫۳۷	۸۳	خیر		
۰٫۰۱	۲٫۵۵**	۱۰٫۷۸	۷۸٫۱۸	۸۰	بلی	انجام دادن معاینه‌های پزشکی	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
		۱۱٫۸۴	۷۴٫۱۹	۱۷۰	خیر		
۰٫۰۵۴	۱٫۹۳	۱۱٫۶۹	۷۳٫۰۱	۶۱	بلی	داشتن سابقه بیماری وراثتی	
		۱۱٫۵۴	۷۶٫۳۲	۱۸۸	خیر		
۰٫۰۰۰	۳٫۵۸**	۱۱٫۲۰	۷۸٫۶۵	۹۹	بلی	انجام دادن فعالیت ورزشی روزانه	
		۱۱٫۴۸	۷۳٫۳۸	۱۵۱	خیر		
۰٫۰۶۱	۱٫۷۸	۱۰٫۱۹	۷۵٫۱۲	۲۰۲	بلی	دسترسی به پایگاه بهداشتی	
		۹٫۷۵	۷۳٫۰۳	۴۸	خیر		

** معناداری در سطح ۰٫۰۱

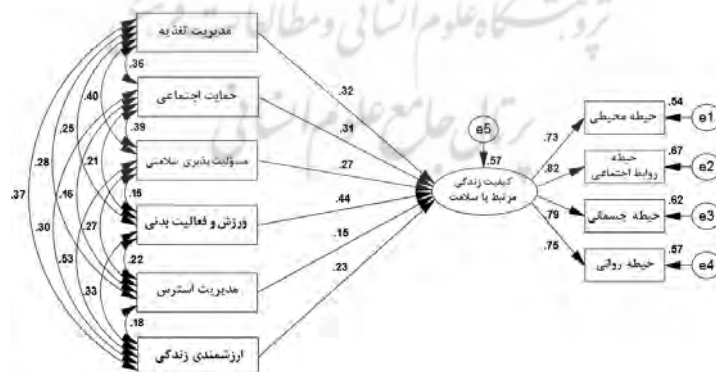
همچنین، با توجه به پایین بودن تعداد نمونه‌ها در یکی از زیرگروه‌ها و نرمال نبودن توزیع داده‌ها، به منظور مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی برحسب متغیر وضعیت سرپرستی خانوار از آزمون ناپارامتری من‌ویتنی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ آورده شده است. همان‌طور که از نتایج مشخص می‌شود، بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی برحسب بودن یا نبودن سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌نحوی که زنانی که سرپرست خانوار نبودند، میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری داشتند.

جدول ۸. مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پاسخ‌گویان برحسب وضعیت سرپرستی خانوار

متغیر وابسته	متغیر مستقل	زیرگروه‌ها	آماره	مقدار Z	سطح معناداری
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	سرپرستی خانوار	بلی	تعداد میانگین رتبه‌ای ۶۸,۳۶	-۳,۳۷۳**	۰,۰۰۰
		خیر	۲۴۳		

** معناداری در سطح ۰,۰۱

افزون بر نتایج ارائه‌شده، در این بخش برای بررسی میزان تأثیر هریک از مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی، مدل ساختاری تحقیق اجرا شد که نتایج به‌دست‌آمده از آن در جدول ۹ و تصویر ۲ آورده شده است. در زمینه برازش مدل ساختاری، یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که مدل برآوردشده براساس شاخص‌های مختلف برازش مطلوبی دارد ($\chi^2/df=1/116$)، $GFI=0.938$ ، $AGFI=0.920$ ، $RMR=0.045$ ، $PRATIO=0.532$ ، $RAMSEA=0.054$ ، $JFI=0.978$ ، $CFI=0.979$ ، $NFI=0.962$ ، $TLI=0.974$ ، $PCFI=0.519$ ، $PNFI=0.513$). همان‌گونه که از تصویر ۲ پیداست، شش مؤلفه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در حدود ۵۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی را تبیین کردند.



تصویر ۲. مدل ساختاری اشباع‌شده با ضرایب رگرسیونی استانداردشده

با توجه به مناسب بودن مدل ساختاری برآوردشده، در ادامه به بررسی شدت، جهت و معناداری تأثیر هریک از مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی پرداخته شده است. همان‌طور که از نتایج مشخص است، هر شش مؤلفه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارند (جدول ۹).

جدول ۹. خلاصه نتایج به دست آمده از مدل ساختاری تحقیق

سطح معناداری	نسبت بحرانی	ضریب استاندارد شده	مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت
۰/۰۱	۴/۳۵۸	۰/۳۲۲	مدیریت تغذیه
۰/۰۱	۴/۱۱۱	۰/۳۰۸	حمایت اجتماعی
۰/۰۱	۳/۲۰۱	۰/۲۷۱	مسئولیت‌پذیری سلامتی
۰/۰۱	۵/۷۱۵	۰/۴۳۹	ورزش و فعالیت بدنی
۰/۰۵	۱/۹۷۱	۰/۱۵۳	مدیریت استرس
۰/۰۱	۲/۷۷۸	۰/۲۳۱	ارزشمندبودن زندگی

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تحقیق در خصوص اولویت‌بندی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی مشخص شد که بُعد «جسمانی» بالاترین میزان اولویت و بُعد «محیطی» کمترین میزان اولویت را داشت. به هر حال، از آنجا که زنان مطالعه‌شده به دلیل قرار گرفتن محیط زندگی و سکونت آن‌ها در روستا از محیط زندگی سالم‌تری، به‌ویژه از نظر دسترسی به هوای پاک و مواد غذایی سالم و ارگانیک، برخوردارند و همچنین، کمتر با عوامل استرس‌زای مختلف مواجه می‌شوند، وضعیت جسمانی و بدنی سالم‌تری دارند. از سوی دیگر، با توجه به اینکه بیشتر مناطق روستایی در کشور، از جمله در شهرستان اسلام‌آباد غرب، به لحاظ برخی زیرساخت‌ها مانند حمل‌ونقل، بهداشت، خدمات رفاهی - آموزشی، ارتباطی و... دچار کاستی و نارسایی هستند، همان‌طور که نتایج این تحقیق نیز نشان داد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری در بعد محیطی داشتند. این در حالی است که با توجه به اجرای طرح هادی در بیشتر روستاهای مطالعه‌شده باید از نظر کالبدی شرایط بهتری برای زندگی در این روستاها حاکم باشد که به دلیل ضعف‌های بارز موجود در طرح هادی و اجرای ناموفق آن در بیشتر مناطق روستایی، این موضوع به حقیقت نپیوسته است. نتایج حاصل از اولویت‌بندی مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نشان داد که بالاترین اولویت مربوط به مؤلفه «مدیریت تغذیه» و کمترین آن مربوط به مؤلفه «ورزش و فعالیت بدنی» بود. در این زمینه، با توجه به اینکه زنان در مناطق روستایی دسترسی خوبی به مواد غذایی سالم دارند، این موضوع سبب شده به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه

مدیریت تغذیه نسبتاً خوبی داشته باشند؛ برای نمونه، بیشتر زنان روستایی در رژیم غذایی خود از مواد حاوی فیبر مانند میوه‌ها و سبزی‌ها استفاده می‌کنند و در هر وعده غذایی اصلی، پنج گروه مهم مواد غذایی شامل نان، گوشت، شیر، میوه و سبزی را دارند. همچنین، آن‌ها از مواد غذایی با چربی کم استفاده می‌کنند و تقریباً به‌طور منظم در طول روز، سه وعده اصلی غذایی شامل صبحانه، ناهار و شام را رعایت می‌کنند که این موضوع سبب شده مؤلفه مدیریت تغذیه بین پاسخ‌گویان اولویت بالاتری داشته باشد. این در حالی است که به نظر می‌رسد، بنا به دلایل مختلف، به‌ویژه نبود زمان کافی، به دلیل ایفای نقش‌های متعدد و عدم اعتقاد و نبود آگاهی کافی درباره اهمیت ورزش و فعالیت بدنی و نقش آن در استمرار سلامتی افراد، این مؤلفه بین زنان روستایی مطالعه‌شده اولویت پایین‌تری را به خود اختصاص داده است. در این زمینه، همان‌طور که نتایج آمار توصیفی نیز نشان داد، بیشتر پاسخ‌گویان مطالعه‌شده (بیش از ۶۰ درصد) هیچ وقتی را برای انجام دادن فعالیت‌های ورزشی در طول روز اختصاص نمی‌دادند.

نتایج کسب‌شده از پژوهش نشان داد که بین سن زنان روستایی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان رابطه منفی و معناداری وجود داشت؛ این یافته با نتایج قاسمی و همکاران (۱۳۹۲)، یی و همکاران (۲۰۱۵) و جیانولی و همکاران (۲۰۱۲) همسو بود. در توضیح این یافته می‌توان چنین استنباط کرد که ایجاد ضعف جسمانی و روانی و افزایش ابتلا به بیماری‌ها و ناتوانایی‌های مختلف، محدودیت‌های عاطفی و مراقبت از خود، ابتلا به اختلالات متعدد حسی و عملکردی، محدود شدن موقعیت‌های اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران از پیامدهای افزایش سن است که همگی تأثیر منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد و در ابعاد مختلف جسمانی، روانی و روابط اجتماعی می‌توانند به کاهش آن منجر شوند. این مسئله در مورد زنان روستایی، که با مسائلی همچون کار زیاد در مزرعه و خانه، بالابودن ساعت کاری و انجام دادن بیشتر فعالیت‌های کشاورزی از سوی آنان، پایین بودن سطح بهداشت و محرومیت از دریافت خدمات آموزشی و... مواجه‌اند، اهمیتی دوچندان دارد. یافته‌های به‌دست‌آمده از تحقیق حاکی از آن بود که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی با سطح تحصیلات آنان رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. این یافته با نتایج وانگ و همکاران (۲۰۱۵)، یی و همکاران (۲۰۱۴) و جیانولی و همکاران (۲۰۱۲) هم‌خوانی داشت. تأثیر تحصیلات بر کیفیت زندگی، به‌ویژه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، می‌تواند ناشی از افزایش سطح آگاهی و دانش زنان در خصوص اهمیت رژیم غذایی، نحوه انجام دادن صحیح ورزش، مصرف صحیح داروها، روش‌های خودمراقبتی و شیوه کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن و به عبارت بهتر، ارتقای سطح سواد سلامت زنان باشد. همچنین، تحصیلات بالاتر ممکن است به‌واسطه ارتقای طبقه اجتماعی و

بالا بردن توانایی اقتصادی و بهبود سطح اعتماد به نفس و خودباوری زنان در افزایش کیفیت زندگی، به خصوص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان، مؤثر باشد. این در حالی است که زنان بی سواد و با سطح سواد کم ممکن است در خانواده منزوی باشند و سطح روابط اجتماعی پایین تری داشته باشند و به این ترتیب، سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین تری داشته باشند. با توجه به نتایج کسب شده از تحقیق، بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی با تعداد فرزندان آنها رابطه منفی و معناداری وجود داشت. این یافته با نتایج رجبی گیلان و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. در توضیح این یافته می توان این گونه استدلال کرد، زنانی که تعداد فرزند بیشتری دارند، وقت و فرصت کمتری را برای دریافت مراقبت های بهداشتی مربوط به سلامت خود دارند. همچنین، زنان به واسطه داشتن فرزند زیاد متحمل هزینه های جسمانی بارداری و مراقبت از فرزند و تربیت آنان و شرایط فیزیولوژیکی ناشی از بارداری و زایمان و عوارض آن می شوند که این مسئله سبب می شود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان با افزایش تعداد فرزند، کاهش یابد. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی با میزان انجام دادن فعالیت ورزشی در طول روز از سوی آنها رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. این یافته با نتایج رجبی گیلان و همکاران (۱۳۹۳) و جیانولی و همکاران (۲۰۱۲) هم خوانی داشت. آنچه مسلم است، انجام دادن مستمر ورزش و فعالیت های منظم جسمانی به طور مستقیم بر وضعیت جسمانی و سلامت فیزیکی زنان تأثیر دارد و به این ترتیب، موجب بهبود بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان می شود. افزون بر این، فعالیت های ورزشی به شادابی و نشاط و سلامت روحی و ذهنی زنان منجر می شود و با کاهش سطح استرس و اضطراب، نقش مهمی در بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان دارد. البته، شایان ذکر است که با توجه به محیط زندگی زنان در مناطق روستایی و مشارکت آنان در فعالیت های بیرون از خانه، به ویژه کشاورزی و دامپروری، به طور ناخودآگاه زنان تحرک فیزیکی نسبتاً بالایی دارند که این موضوع می تواند سلامت جسمانی آنها را در پی داشته باشد؛ هر چند، با در نظر گرفتن سختی و پرخطر بودن فعالیت های کشاورزی، سطح آسیب پذیری زنان روستایی در چنین فعالیت هایی نیز بالاست.

بر اساس یافته های کسب شده از تحقیق، بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پاسخ گویان بر حسب سرپرست بودن یا نبودن خانوار تفاوت معناداری وجود داشت؛ به نحوی که زنان روستایی سرپرست خانوار، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین تری داشتند. در تبیین این یافته می توان این گونه استنباط کرد که زنان سرپرست خانوار به دلیل پذیرش و ایفای تعهدات بیشتر با فشارهای مختلفی مواجه بودند و باید وظایفی را که زن و مرد هم زمان و به طور مشترک انجام می دهند، به تنهایی بر دوش بگیرند؛ به نحوی که، علاوه بر تأمین درآمد و

امرار معاش خانواده در غیاب همسر، نقش مادرانه، تربیتی و تأمین‌کننده بهداشت روان فرزندان را نیز انجام دهند. بنابراین، نقش‌های متعدد زنان سرپرست خانوار در غیاب همسر از یک سو و استرس‌های ناشی از مشکلات اقتصادی، اجتماعی، جسمانی، روانی و خانوادگی فراروی آنان از سوی دیگر می‌توانند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان سرپرست خانوار را به‌طور درخور توجهی تحت‌تأثیر قرار دهد و به کاهش آن منجر شوند. این مسئله در مورد زنان روستایی، که بار مسئولیت بیشتری از لحاظ کار در زمین‌های کشاورزی و رسیدگی به امور دام‌ها دارند، اهمیت دوچندانی دارد. با توجه به نتایج تحقیق مشخص شد که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پاسخ‌گویان برحسب وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود داشت؛ به‌نحوی که زنان روستایی متأهل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری داشتند. این یافته با نتایج رجیبی‌گیلان و همکاران (۱۳۹۳)، قاسمی و همکاران (۱۳۹۲) و آیت‌اللهی و همکاران (۲۰۱۵) هم‌خوانی داشت. در توضیح این یافته می‌توان اذعان داشت، ازدواج، به‌ویژه در زنان، سبب می‌شود تا زنان متأهل عزت نفس بالاتری داشته باشند، رضایت‌مندی‌شان از زندگی بیشتر باشد، زندگی‌شان دوام و استحکام بالاتری پیدا کند، از روابط اجتماعی سازگارتری برخوردار باشند و از نظر جسمانی سالم‌تر و شاداب‌تر باشند که همه این موارد می‌توانند به‌طور درخور توجهی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان را تحت‌تأثیر قرار دهد و به افزایش آن منجر شود. افزون بر موارد اشاره‌شده، ازدواج سبب می‌شود زنان سلامت و آرامش روانی بیشتری داشته باشند و بهتر بتوانند اضطراب، نگرانی و استرس خود را کنترل و مدیریت کنند و به لحاظ روان‌شناختی احساس ارزشمندی بالاتری داشته باشند و در نتیجه به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری دست یابند.

بر مبنای نتایج این تحقیق، شش مؤلفه سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت شامل مدیریت تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، ورزش و فعالیت بدنی، مدیریت استرس و ارزشمندبودن زندگی تأثیر مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی داشتند. این یافته با نتایج نقیبی و همکاران (۱۳۹۲)، رخشانی و همکاران (۲۰۱۴) و چی‌ایو و همکاران (۲۰۱۶) هم‌خوانی داشت. بدون تردید، سلامتی و برخورداری از زندگی سالم و با کیفیت مستلزم داشتن سبک زندگی مناسب و سلامت‌محور است؛ به‌نحوی که از طریق اصلاح و بهبود سبک زندگی و انجام‌دادن رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت در طول زندگی روزمره می‌توان از بروز بسیاری از بیماری‌ها اجتناب کرد و از یک زندگی سالم توأم با رضایت‌مندی برخوردار شد. در این زمینه، با توجه به ماهیت سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت، هریک از مؤلفه‌های آن به‌انحای مختلف می‌توانند بر بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیرگذار باشند. برای نمونه، مدیریت تغذیه از طریق کمک به داشتن رژیم غذایی مناسب و استفاده از مواد غذایی سالم در تغذیه روزمره، به سلامت فیزیکی و بهبود

وضعیت عمومی بدن زنان (بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت) منجر می‌شود و علاوه بر کمک به تندرستی، می‌تواند در پیشگیری از ابتلا به انواع بیماری‌های مختلف و درمان آن‌ها نیز مؤثر باشد. به همین منوال، مؤلفه حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم بر بُعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیرگذار است، زیرا زنان روستایی از طریق توجه به اطرافیان و ابراز احساسات و عواطف خود به آنان می‌توانند اعتماد اطرافیان را جلب کند و روابط اجتماعی منسجم‌تر و محکم‌تری را با افراد دیگر برقرار کند. همچنین، زنان با دریافت حمایت اجتماعی بیشتر، اعتماد به نفس بالاتری در زندگی شخصی خود پیدا می‌کنند و به دلیل داشتن پشتوانه محکم، به شکل بهتری می‌توانند با فشارها و استرس‌های زندگی روزمره مقابله کنند که این امر به نوبه خود در افزایش بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثرگذار است. درخصوص اثر مثبت و معنادار مؤلفه مسئولیت‌پذیری درباره سلامت می‌توان بیان داشت، به‌طور مسلم، هر اندازه زنان حساسیت بیشتری در مورد وضعیت سلامتی خود داشته باشند و به‌موقع برای رفع مسائل احتمالی اقدام کنند، به‌طور طبیعی زندگی سالم‌تر و شاداب‌تر و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری، به‌ویژه در ابعاد جسمانی و روانی، خواهند داشت. به‌طور مشابه، مؤلفه ارزشمندبودن زندگی نیز می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی تأثیرگذار باشد. درواقع، خوش‌بین بودن نسبت به زندگی و تلاش برای پیشرفت مستمر سبب می‌شود زنان سطح خودباوری و عزت نفس بالاتری پیدا کنند که این موضوع بر بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان مؤثر است. افزون بر این، چنین زنانی تعامل بهتری با اطرافیان خود برقرار می‌کنند و از روابط اجتماعی بالاتری برخوردار می‌شوند و به دلیل داشتن انگیزه بیشتر برای پیشرفت مستمر، انرژی بیشتر و استرس کمتری برای رویارویی با مسائل مختلف زندگی دارند. درنهایت، در مورد تأثیر مؤلفه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌توان بیان داشت که این مؤلفه به‌واسطه افزایش توانایی زنان در شناخت منابع ایجاد استرس و کاهش آن و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور از یک‌سو و فراهم کردن شرایط زندگی آرام و به دور از تنش و اضطراب‌های معمول زندگی روزمره از سوی دیگر، بعد روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به بهبود آن منجر می‌شود.

با توجه به یافته‌های اصلی پژوهش، پیشنهادهای ذیل ارائه می‌شود:

۱. براساس نتایج پژوهش درخصوص رابطه مثبت و معنادار بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با سطح تحصیلات پیشنهاد می‌شود که نسبت به سوادآموزی و تحصیل زنان روستایی توجه بیشتری مبذول شود تا با بسترسازی از طریق رسانه‌های جمعی نگرش و علاقه زنان به ادامه تحصیل افزایش یابد؛

۲. نتایج پژوهش نشان داد که تعداد کمی از زنان به ورزش و فعالیت‌های بدنی می‌پرداختند

و از آنجا که یکی از عوامل مهم در ایجاد سلامتی و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ورزش است، توجه به این موضوع به‌ویژه از طریق سازوکارهایی مانند تدوین و پخش برنامه‌های آموزشی جهت افزایش آگاهی زنان روستایی درباره نحوه صحیح ورزش و تأثیرات مثبت آن بر سلامتی و نیز فراهم‌آوردن امکانات و وسایل ورزشی و ایجاد سالن‌ها و باشگاه‌های ورزشی در سطح روستا برای زنان، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، راه‌اندازی ورزش‌های همگانی و خانوادگی نیز از دیگر اقداماتی است که در این زمینه می‌تواند مفید باشد؛

۳. دانش و اطلاعات ضروری در زمینه نحوه صحیح انجام‌دادن ورزش و فعالیت‌های بدنی و اصلاح رفتار تغذیه‌ای زنان روستایی در راستای رسیدن به رژیم غذایی مناسب و تغذیه سالم از طریق مشاوران و به‌ورزان خانه‌های بهداشت روستایی در اختیار آنان قرار گیرد؛

۴. آموزش مهارت مدیریت استرس و شیوه‌های مقابله با آن، به‌ویژه آموزش‌های کاربردی در این خصوص و زمینه‌سازی برای برخورداری مناسب زنان روستایی از مراقبت‌های بهداشتی، از دیگر نکات مهمی است که می‌تواند در بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی مفید واقع شود؛

۵. با تأکید بر اهمیت ارتباطات بین فردی و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی در ایجاد سرمایه اجتماعی و در نتیجه بهبود سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی، آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر مهارت‌های ارتباطی از دیگر پیشنهادهایی است که می‌تواند از طریق سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط، به‌ویژه سازمان ترویج کشاورزی و خانه‌های بهداشت، مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- [۱] جلیلیان، سارا؛ سعدی، حشمت‌اله (۱۳۹۴). «بررسی تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی-اقتصادی بر توانمندی روان‌شناختی زنان روستایی در شهرستان اسلام‌آباد غرب»، فصل‌نامه پژوهش‌های روستایی، س ۶، ش ۴، ص ۷۴۵-۷۶۶.
- [۲] دشتی، محمد (۱۳۸۹). «چارچوب نظری، زوایا و بایسته‌های آن»، فصل‌نامه تاریخ در آینه پژوهش، س ۷، ش ۱، ص ۲۳-۴۹.
- [۳] رجیبی‌گیلانی، نادر؛ قاسمی، رامین؛ رشادت، سهیلا؛ زنگنه، علیرضا؛ سعیدی، شهرام (۱۳۹۳). «سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن»، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، س ۱۸، ش ۹، ص ۵۴۷-۵۵۶.
- [۴] رستمی، فرحناز؛ صحرائی، ماریه؛ ملکی، طاهره؛ ساسانی، فاطمه؛ شاهرادی، مهنا (۱۳۹۳).

- «آسیب‌شناسی چالش‌ها و مشکلات دختران در جوامع روستایی (مطالعه موردی: دهستان ماهیدشت شهرستان کرمانشاه)». مجله زن و توسعه سیاست، دوره ۱۲، ش ۴، ص ۴۸۹-۵۰۶.
- [۵] رستمی، فرحناز؛ علی‌آبادی، وحید؛ بقایی، سارا (۱۳۹۲). «نقش عضویت در تشکل‌های روستایی بر سطح سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی زنان روستایی»، فصل‌نامه اقتصاد فضا و توسعه روستایی، س ۲، ش ۲، ص ۱-۱۴.
- [۶] زرافشانی، کیومرث؛ خالدی، خوشقدم (۱۳۸۸). «تبیین جایگاه مشارکت زنان روستایی در برنامه آموزشی- ترویجی براساس نردبان مشارکت شری‌آرنستین»، پژوهش زنان، س ۷، ش ۴، ص ۱۰۷-۱۲۸.
- [۷] سعدی، حشمت‌اله؛ لطیفی، سمیه؛ ودادی، الهام (۱۳۹۱). «بررسی مسائل و مشکلات دختران روستایی در استان همدان»، فصل‌نامه روستا و توسعه، س ۱۵، ش ۱، ص ۱۵۳-۱۷۶.
- [۸] قاسمی، رامین؛ رجبی‌گیلان، نادر؛ رشادت، سهیلا (۱۳۹۲). «سنجش سلامت مربوط به کیفیت زندگی زنان روستایی در کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۳، ش ۱۰۹، ص ۱۷۳-۱۸۱.
- [۹] گراوندی، شهپر؛ پاپ‌زن، عبدالحمید (۱۳۹۲). «واکاوی رضایت‌مندی زنان روستایی شهرستان هرسین از کیفیت زندگی خود»، فصل‌نامه زن و جامعه، س ۴، ش ۴، ص ۶۷-۸۱.
- [۱۰] مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مرکز آمار ایران.
- [۱۱] نقیبه، فوزیه؛ گلمکانی، ناهید؛ اسماعیلی، حبیب‌اله؛ محرری، فاطمه (۱۳۹۲). «بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان دبیرستان‌های شهرستان مشهد در سال تحصیلی ۹۲-۹۱»، فصل‌نامه زنان مامایی و نازایی ایران، س ۱۶، ش ۶۱، ص ۹-۱۹.
- [12] Ayatollahi, M., Zare, N. and Dehesh, T. (2015). "Health-related quality of life in southern Iranian rural women: a multivariate multilevel study". *International Journal of Women's Health*, 7, pp 213-218.
- [13] Calman K. (1984). "Quality of life in cancer patients—a hypothesis". *J Med Ethics.*, 10 (3), 124-1, M., Lai, L., Chen, H. and Gaete, J. (2014). "Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale". *Bmc Public Health*, 14, pp 1-9.
- [14] Chen, M., Lai, L., Chen, H. and Gaete, J. (2014). "Development and

- validation of the short-form adolescent health promotion scale". *Bmc Public Health*, 14, pp 1-9.
- [15] Chiou, A., Hsu, M. and Hung, M. (2016). "Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease". *Applied Nursing Research*, 30, pp 1-6.
- [16] Feldman, B. (2013). "Issues in the measurement of quality of life in hemophilia". *Rev Bras Hematol Hemoter*, 35 (5), pp 299-313.
- [17] Feldman, B., Grundland, B., McCullough, L. and Wright, V. (2000). "Distinction of quality of life, health related quality of life, and health status in children referred for rheumatologic care". *Rheumatology*, 27 (1): pp 226-233.
- [18] Giannoulia, P., Zervasb, I., Armenia, E., Koundib, K., Spyropouloub, A., Alexandrouc, A., Kazania, A., Aretia, A., Creatsaa, M. and Lambrinouidakia, I. (2012). "Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey". *Journal Homepage*, 71, pp 154-161.
- [19] Jorfi, M., Afshari, P., Zaheri and Jahandideh, M. (2015). "The relationship between health promotion lifestyle and type of delivery in reproductive aged women in Ahvaz, Iran". *Bioassays*, 4, pp 3958-3963.
- [20] Nedjat, S., Montazeri, A., Holakouie, K., Mohammad, K. and Majdzadeh R. (2008). "Psychometric properties of Iranian interview-administered version of World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population-based study". *BMC Health Serv Res*, 8, pp 61- 68.
- [21] Phaladze, N., Human, S., Dlamini, S., Hulela, B., Mahlubi, H., Sukuti, N., Makoe, L., Seboni, N., Moleko, M. and Holzemer, W. (2005). "Quality of life and concept of 'living well' with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa". *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (2), pp 120-127.
- [22] Rakhshani, T., Shojaiezadeh, D., Bagheri Lankarani, K., Rakhshani, F. Kaveh, M. and Zare, N. (2014). "The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly". *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16, pp 1-6.
- [23] Şenol, V., Ünalın, D., Soyuer, F. and Argün, M. (2014). "The Relationship between Health Promoting Behaviors and Quality of Life in Nursing Home Residents in Kayseri". *Journal of Geriatrics*, 1, pp 1-8.
- [24] UN Women. (2015). Rural women, their contributions and challenges, to be highlighted at UN Commission on the status of women. www.un.org/womenwatch/daw/csw/56sess.htm.
- [25] Wang, C., Kane, R., Xu, D. and Meng, Q. (2015). "Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease

- among Chinese rural women'. *BMC Women's Health*, 15 (34), pp 1-8.
- [26] WHO (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and generic version of the assessment*. Research Report, World Health Organization, Geneva.
- [27] WHOQOL (1998). "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties". *Social Science and Medicine*, 46, pp 1569-1585.
- [28] Wong, C., Fung, C., Siu, C., Wong, K., Lo, Y. and Fong, Y. (2012). "The impact of work nature, lifestyle, and obesity on health-related quality of life in Chinese professional drivers". *J Occup Environ Med*, 54, pp 989-994.
- [29] Yi, J., Zhong, B. and Yao, S. (2014). "Health-related quality of life and influencing factors among rural left-behind wives in Liuyang, China". *BMC Women's Health*, 14 (67), pp 1-6.

