

بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان دبیرستان‌های شهرستان مشهد در سال تحصیلی ۹۲-۹۱

فوزیه نقیبی^۱، ناهید گلمکانی^{۲*}، دکتر حبیب ا... اسماعیلی^۳، دکتر فاطمه محمری^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۹

خلاصه

مقدمه: بررسی کیفیت زندگی و عوامل تأثیرگذار بر آن در نوجوانان، باعث به وجود آمدن یک دیدگاه کلی از وضعیت سلامت آنان و ارائه راهکارهای مربوط به سیاست گذاری و برنامه ریزی های بهداشتی در جامعه می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان دبیرستانی شهرستان مشهد انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۸۱۰ دانش آموز دختر از دبیرستان های شهرستان مشهد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری طبقه ای - خوشه ای انتخاب شدند. پرسشنامه های مشخصات فردی، توانایی ها و مشکلات نوجوانان، ارتقاء سلامت نوجوان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان توسط افراد تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، تی مستقل، من ویتنی، کروسکال والیس، آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین نمره کل کیفیت زندگی با سبک زندگی و ابعاد آن، همبستگی معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). از بین ابعاد سبک زندگی، "رشد معنوی" و "مدیریت استرس"، به ترتیب بیشترین همبستگی و "رفتار تغذیه ای" کمترین همبستگی را با کیفیت زندگی داشتند. بین نمره کل سبک زندگی با کیفیت زندگی و ابعاد آن نیز همبستگی معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$) و از بین ۱۰ بُعد کیفیت زندگی، دو بُعد "سلامت روانی" و "سلامت جسمی" به ترتیب بیشترین همبستگی و "پذیرش اجتماعی"، کمترین همبستگی را با سبک زندگی داشتند. همچنین بین تمام ابعاد سبک زندگی با ابعاد کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۵$) و تنها همبستگی بین ۳ بُعد "تغذیه" ($p = ۰/۱۷۴$)، "روابط بین فردی یا حمایت اجتماعی" ($p = ۰/۸۶۰$) و "فعالیت فیزیکی و ورزش" ($p = ۰/۰۷۱$) از سبک زندگی با بُعد "پذیرش اجتماعی" از کیفیت زندگی از نظر آماری معنی دار نبود.

نتیجه گیری: بین سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آنها در نوجوانان، ارتباط معنی داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: سبک زندگی، کیفیت زندگی، نوجوانان

* نویسنده مسئول مکاتبات: ناهید گلمکانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۳۱۱۴۲۹۳، پست

الکترونیک: golmakanin@mums.ac.ir

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سن نوجوانی را بین ۱۰ تا ۱۹ سالگی تعریف کرده است (۱). بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، ۲۱/۸ درصد جمعیت ایران را افراد ۱۰ تا ۱۹ ساله تشکیل می دهند (۲). نوجوانی، یکی از دوره های بسیار مهم زندگی و در واقع مرحله انتقال از کودکی به بزرگسالی محسوب می شود. این مرحله بینابینی با تغییرات مهم فیزیکی، روانی، اجتماعی و همچنین تغییرات سریع الگوهای رفتاری همراه است که بر روی عملکرد فرد در دوران بزرگسالی تأثیر بسزایی دارد (۳). در این دوران، بنیان بسیاری از رفتارهای تأثیرگذار بر سلامت و شیوه زندگی افراد شکل می گیرد (۴). اغلب نگرش ها و رفتارهای شکل گرفته در دوران نوجوانی، تعیین کننده عادات سبک زندگی سالم در دوران بزرگسالی می باشند (۵).

نتایج مطالعه فریدمن و همکاران (۲۰۰۱)، کیم و همکاران (۲۰۰۲) و اولوقلین و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که عوامل خطر رفتاری و بیولوژیک مرتبط با بیماری های غیر واگیر، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و تا سنین بزرگسالی پایدار می ماند (۶-۸). رفتارها و شیوه زندگی که در این سنین در پیش گرفته می شود، تأثیر شگرف بر بار بیماری های عمده در آینده دارد؛ به ویژه اینکه امروزه الگوی بیماری ها تغییر کرده و بیماری های ناشی از الگوی شیوه زندگی ناسالم، به صدر فهرست دلایل مرگ و میر انتقال یافته است (۴). بنابر پیش بینی سازمان جهانی بهداشت، ۸۰-۷۰ درصد از مرگ و میرهای کشورهای توسعه یافته و ۵۰-۴۰ درصد از مرگ های کشورهای در حال توسعه، به علت بیماری های مرتبط با سبک زندگی می باشد (۹). سازمان جهانی بهداشت معتقد است که با تغییر و اصلاح سبک زندگی، می توان با بسیاری از عوامل خطرسازی که جزء مهمترین عوامل مرگ و میر هستند، مقابله کرد (۱۰). سبک زندگی ارتقاء سلامت شامل رفتارهایی است که طی آن، فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب و مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشانه های بیماری در بُعد جسمی، کنترل عواطف و افکار، کنار آمدن با استرس و مشکلات

در بُعد روحی و روانی، استقلال، سازگاری و اصلاح روابط بین فردی در بُعد اجتماعی می پردازد (۱۱). یکی از اهداف تعیین شده سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰، ارتقاء سبک زندگی سالم در افراد جامعه است، بر این اساس، کشورها می بایست راهبردهایی را که در بهبود زندگی فردی و اجتماعی مؤثرند، در دستور کار خود قرار دهند (۱۲) و عواملی که سبک زندگی را به سمت عدم سلامت سوق می دهد (از قبیل فعالیت فیزیکی نامناسب، تغذیه نامطلوب و سوء مصرف مواد)، را کاهش دهند (۱۳). بنابراین لازم است که در نظام های مراقبت سلامت، همزمان با بررسی بالینی، توجه جدی به رویکردهای رفتاری و عوامل خطر صورت گیرد. در این میان با توجه به کاهش سن ابتلاء به رفتارهای آسیب رسان و با توجه به حساس بودن مقاطع سنی نوجوانان و شکل گیری چهارچوب فکری، عقیدتی، ارزشی اجتماعی و عاطفی؛ این گروه در اولویت قرار می گیرند (۴). از طرف دیگر در ارزیابی سلامت، نه تنها باید به اندازه گیری شیوع و شدت بیماری ها پرداخته شود، بلکه برآورد درک و نظر بیماران و یا افراد سالم نسبت به وضعیت سلامت خود نیز ضرورت دارد. لذا مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، می تواند تصویر جامعی از سلامت جمعیت ارائه دهد که در پایش سلامت مردم، شناسایی نیازها و اولویت های بهداشتی، ارزشیابی اثربخشی مداخلات و مقایسه مداخلات با یکدیگر کاربرد دارد (۱۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عبارت است از: "ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی اش، مراقبت های بهداشتی، فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت که موجب سطحی از فعالیت کلی می شود و به فرد اجازه می دهد که اهداف ارزشمند زندگی را دنبال کند" (۱۵) و در سطح فردی، این مفهوم شامل: احساس سلامت فیزیکی و روانی و مسائل وابسته به آن که شامل مخاطرات و وضعیت های سلامت، وضعیت عملکردی (فرد)، حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی می باشد (۱۶). مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به عنوان یک برآیند مهم در کارآزمایی های بالینی و مداخلات مراقبت های بهداشتی و برای برنامه ریزی و تصمیم گیری در اختصاص منابع، مورد استفاده قرار می

خواهد داشت و به عنوان منبعی با ارزش جهت ارتقاء سلامت، سازش با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می باشد (۲۲) و همچنین کیفیت زندگی که نیروی قدرت مندی در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ های مختلف است (۲۳) و ارتقاء آن با افزایش کارآیی فرد و پیشرفت خانواده و در نهایت توسعه بیشتر جامعه ارتباط دارد (۲۴) و با توجه به اینکه ارتباط بین شاخص های سلامت و کیفیت زندگی اهمیت بسیار زیادی در تصمیم گیری های بالینی و سیاست گذاری های بهداشتی دارد (۲۵)، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی مرتبط سلامت در دختران نوجوان انجام شد تا زمینه لازم انجام مداخلات جهت ارتقاء سبک زندگی و کیفیت زندگی نوجوانان فراهم شود.

روش کار

این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۸۱۰ دختر نوجوان مقطع متوسطه (پایه اول، دوم، سوم) از دبیرستان های دخترانه شهرستان مشهد انجام شد. پس از تأیید پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و ارائه آن به مسئولین مدارس مورد نظر و هماهنگی جهت زمان توزیع ابزار مورد مطالعه و پس از بیان اهداف مطالعه و جلب رضایت دانش آموزان و با در نظر گرفتن کدهای اخلاقی، اقدام به نمونه گیری و انجام مطالعه شد. حجم نمونه پس از مطالعه مقدماتی که بر روی ۶۰ نفر (۳۰ نفر شهر و ۳۰ نفر روستا) انجام شد و با توجه به میزان همبستگی بین نمره سبک زندگی و کیفیت زندگی تعداد نمونه مورد نیاز ۸۱۰ نفر محاسبه شد که با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای خوشه ای به طور تصادفی انتخاب شدند، بدین گونه که بر اساس تقسیمات ۱۰ گانه نواحی و مناطق آموزش و پرورش شهرستان مشهد از هر یک از نواحی آموزش و پرورش (۷ ناحیه) ۲ دبیرستان یک دبیرستان دولتی و یک دبیرستان غیر انتفاعی و از مناطق آموزش و پرورش (۲ منطقه شهری و روستایی و یک منطقه روستایی) در مجموع، ۲ دبیرستان شهری و ۳ دبیرستان روستایی به

گیرد (۱۷-۱۹) و نیازهای برآورد نشده سلامت را مورد شناسایی قرار داده و تلاش های گسترده جامعه برای بهبود سلامت جمعیت ها را راهبری می کند (۱۶). بر اساس نتایج مطالعات، عوامل متعددی بر کیفیت زندگی فرد و ابعاد آن تأثیر می گذارد که از آن جمله می توان به سبک زندگی که به عنوان یک مؤلفه مهم با جنبه های مختلف سلامتی ارتباط نزدیکی دارد، اشاره کرد. نتایج مطالعه استوک و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که بین عدم فعالیت فیزیکی و بروز ناراحتی جسمی و روانی ارتباط وجود دارد و کمبود حمایت اجتماعی با سطح میزان پایین آگاهی از سلامتی ارتباط دارد (۲۰).

مطالعه فیضی (۲۰۱۱) که با هدف بررسی رابطه استرس و مؤلفه های مهم سبک زندگی؛ یعنی فعالیت فیزیکی و عملکرد تغذیه ای بر کیفیت زندگی، با کنترل اثر مجموعه مهمی از متغیرهای زمینه ای، در جمعیت عمومی ۱۹ سال و بالاتر ساکن اصفهان و حومه انجام شد، نشان داد که هر چه سبک زندگی فرد، دارای سلامت (بهداشت) بالاتر باشد، کیفیت زندگی و میزان رضایت از زندگی فرد بالاتر می رود. در این مطالعه همچنین اثر استرس به عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی نشان داده شد (۲۱).

اگرچه مطالعات متعددی در رابطه با بررسی کیفیت زندگی، ابعاد و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است، اما اکثر این مطالعات بر روی جمعیت های خاص و به ویژه بیماران بوده، همچنین علی رغم اهمیت بررسی تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی به عنوان یکی از عوامل اصلی ارتقاء سطح سلامت کمتر مورد توجه قرار گرفته است و در معدود مطالعاتی نیز که در این زمینه انجام شده، تمام ابعاد به طور همزمان مورد بررسی قرار نگرفته و به بررسی ارتباط برخی مؤلفه های سبک زندگی بر کیفیت زندگی پرداخته شده است، لذا با توجه به اینکه مراقبت های بهداشتی نوین، به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به عنوان پیامد سلامتی به سمت گستره های وسیع تری نظیر ارتقاء سلامت، سبک زندگی و کیفیت زندگی تغییر داده اند و در حال حاضر، سبک زندگی به عنوان یکی از شاخصه های اصلی بهداشت که ارتقاء مثبت آن، ارتقاء سلامت را به دنبال

کمک جدول اعداد تصادفی انتخاب شد. تعداد نمونه لازم از هر ناحیه و منطقه آموزش و پرورش به نسبت جمعیت هر ناحیه و منطقه و پایه های تحصیلی محاسبه شد، جهت نمونه گیری در هر دبیرستان، ابتدا بر اساس تعداد نمونه مورد نیاز از هر پایه، تعداد کلاس لازم با توجه به جمعیت هر کلاس به طور تصادفی مشخص، سپس نمونه های لازم از هر کلاس جمع آوری شد. پژوهشگر با حضور در کلاس پس از معرفی خود اطلاعات مربوط به روش اجرا و هدف انجام پژوهش را بیان کرد و در صورت تمایل دانش آموزان برای شرکت در بررسی، پرسشنامه جهت تکمیل تحویل می شد و در حین تکمیل پرسشنامه ها پذیرایی مختصر نیز صورت می گرفت و در صورت عدم رضایت دانش آموزان و یا واجد شرایط نبودن آنان جهت شرکت در مطالعه و عدم دستیابی به تعداد نمونه لازم مجدداً به طور تصادفی از همان پایه نمونه لازم تکمیل می گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن شهر مشهد، ۱۴ تا ۱۸ ساله، دانش آموز پایه اول، دوم و سوم دبیرستان، داشتن سلامت روانی (اخذ نمره کمتر از ۲۰ از پرسشنامه توانایی ها و مشکلات نوجوان) (SDQ)^۱ و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: اختلال شناخته شده روانی، سابقه هر گونه بیماری طبی عمده حاد یا مزمن، بیماری صعب العلاج و معلولیت و تجربه حادثه استرس زای شدید طی ۶ ماه گذشته بود.

ابزار گردآوری داده ها شامل: پرسشنامه اطلاعات فردی (سن، رشته تحصیلی، بُعد خانوار، تحصیلات و شغل والدین، وضعیت اقتصادی) و پرسشنامه ارتقاء سلامت نوجوانان (AHP)^۲ در ۶ بُعد (تغذیه، روابط بین فردی، رشد معنوی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی و ورزشی) و دارای ۴۰ سؤال بود که این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از طیف "هرگز" تا "همیشه" طراحی شده و نمره ای بین ۱ تا ۵ به آن اختصاص می یابد و امتیازهای بالاتر، نشان دهنده این است که دختران نوجوان از سبک زندگی مروج سلامت مطلوب تری

برخوردارند. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط وانگ و همکاران (۲۰۰۷) در همه ابعاد مقیاس AHP به جز رفتارهای تغذیه ای، بیشتر از ۰/۷ و در بُعد تغذیه، ۰/۶۸۴ بود (۲۶). در مطالعه حاضر، روایی پرسشنامه ارتقاء سلامت نوجوانان از طریق روایی محتوا و پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد که پایایی آن با $I=0/88$ تأیید شد. پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان کید اسکرین-۵۲^۳ در ۱۰ بُعد (سلامت جسمانی، سلامت روانی، احساسات و خلق، حمایت اجتماعی و همسالان، روابط والدینی، خانوادگی، خود ادراکی، خود مختاری، محیط مدرسه، پذیرش اجتماعی) و دارای ۵۲ سؤال می باشد. در این پرسشنامه، به هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت، نمره ای بین ۰ تا ۴ اختصاص می یابد، امتیازهای بالاتر نشان دهنده این است که دختران نوجوان از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطلوب تری برخوردارند. این پرسشنامه بر روی ۲۲۱۱۰ نوجوان ۸-۱۸ ساله در ۱۲ کشور اروپایی استفاده شد و پایایی آن با میانگین آلفای کرونباخ ۰/۷۷-۰/۸۹ (۲۷-۲۹) و در ایران نیز شهرکی ثانوی و همکاران (۱۳۸۹) با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و به روش بازآزمایی $I=0/93$ به دست آمد (۳۰). در مطالعه حاضر، پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد که پایایی آن با $I=0/93$ تأیید شد، در نهایت ۸۱۰ پرسشنامه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و روش های آمار توصیفی و آزمون های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، تی مستقل، من ویتنی، کروسکال والیس و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

دامنه سنی نوجوانان مورد مطالعه بین ۱۴-۱۸ سال با میانگین $15/51 \pm 0/98$ سال، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۵ سال (۳۴٪) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۸ سال (۱/۱٪) بود. ۷۳۳ نفر (۹۰/۵٪) از نوجوانان، ساکن شهر مشهد و ۷۷ نفر (۹/۵٪) ساکن

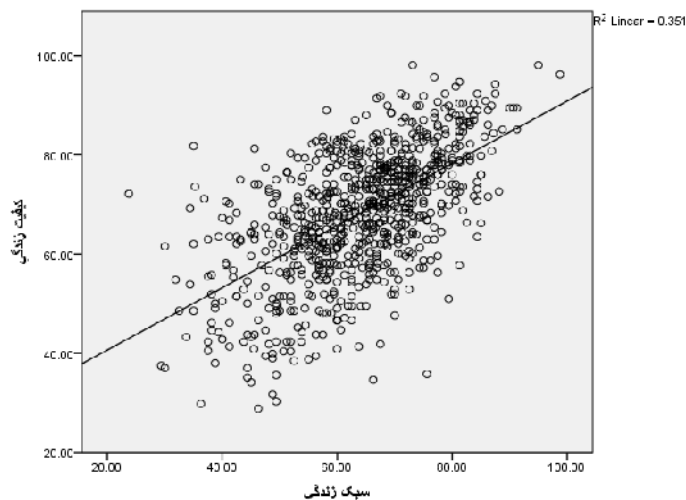
¹ Strength and Difficulties Questionnaire

² Adolescent health promotion

³Kidscreen-52

با منطقه سکونت آنها (شهر و روستا) تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت، در حالی که بر اساس آزمون های کروسکال والیس و آنالیز واریانس، بین سبک زندگی نوجوانان و سطح تحصیلات مادر ($p=0/024$) و پدر ($p=0/014$) و بین کیفیت زندگی نوجوانان و تحصیلات والدین ($p<0/001$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت، ولی بین سبک زندگی نوجوانان و شغل مادر ($p=0/884$) و شغل پدر ($p=0/578$) ارتباط معنی داری مشاهده نشد. بین کیفیت زندگی نوجوانان با شغل مادر ($p=0/058$) تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ولی با شغل پدر ($p=0/033$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. بر اساس نتایج آزمون اسپیرمن، بین سبک زندگی و کیفیت زندگی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت ($r=0/580$ ، $p<0/000$)، همبستگی بین نمره کل سبک زندگی و کیفیت زندگی در نمودار ۱ نشان داده شده است.

مناطق روستایی بودند. از نظر بُعد خانوار، تعداد افراد خانوارهای نوجوانان مورد مطالعه بین ۱۳-۲ نفر (با میانگین $1/3 \pm 4/74$) و بیشترین فراوانی مربوط به بُعد خانواده ۴ نفر، ($3/8/5$) بود. رتبه تولد نوجوانان مورد مطالعه بین ۱-۱۱ نفر متغیر بود (با میانگین $1/6 \pm 2/25$) و بیشترین فراوانی ($42/6$) مربوط به رتبه تولد اول بود. ۷۵۲ نفر ($92/8$) از دانش آموزان با هر دو والد خود (پدر و مادر) زندگی می کردند. سطح تحصیلات اکثر والدین نوجوانان، دیپلم (۲۶۱ نفر $32/4$) مادران و ۲۴۴ نفر ($30/5$) پدران) بود، در خصوص وضعیت شغلی، ۶۲۷ نفر ($77/7$) از مادران خانه دار و ۳۹۱ نفر ($49/4$) از پدران، دارای شغل آزاد بودند. ۶۲۱ نفر (77) آنان سطح درآمد خانواده شان را در حد کفاف می دانستند. بر اساس آزمون های من ویتنی و تی مستقل، بین سبک زندگی ($p=0/530$) و کیفیت زندگی نوجوانان ($p=0/301$)



نمودار ۱- پراکنش - خط رگرسیون نمرات پرسشنامه سبک زندگی و کیفیت زندگی

بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن، بین ابعاد سبک زندگی با کیفیت زندگی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت ($p<0/001$)، به گونه ای که هر چه نمره ابعاد سبک زندگی در فرد افزایش می یافت، کیفیت زندگی ارتقاء می یافت. از بین ابعاد سبک زندگی، "رشد معنوی" و "مدیریت استرس" به ترتیب بیشترین همبستگی و "رفتار تغذیه ای" کمترین

رابطه خطی همبستگی بر اساس آزمون رگرسیون به شرح ذیل می باشد:
(نمره سبک زندگی) $(0/627) + (28/106) =$ نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت؛ بر این اساس، نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ازاء ۱ واحد افزایش نمره سبک زندگی، ۰/۲۹ افزایش می یابد.

همبستگی را با کیفیت زندگی داشتند. همبستگی بین نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با ابعاد سبک زندگی آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- همبستگی بین نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با ابعاد سبک زندگی

سطح معنی داری	ضریب همبستگی	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ابعاد سبک زندگی
<۰/۰۰۱	۰/۳۳۵	رفتار تغذیه ای
<۰/۰۰۱	۰/۳۴۸	روابط بین فردی (حمایت اجتماعی)
<۰/۰۰۱	۰/۳۴۳	مسئولیت در برابر سلامت
<۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	رشد معنوی (درک ارزش زندگی)
<۰/۰۰۱	۰/۳۷۰	فعالیت فیزیکی و ورزشی
<۰/۰۰۱	۰/۴۲۱	مدیریت استرس

همچنین بین نمره کل سبک زندگی با ابعاد کیفیت زندگی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). بیشترین همبستگی سبک زندگی با ابعاد "سلامت روانی" و "سلامت جسمی" و کمترین

همبستگی آن با "پذیرش اجتماعی" کیفیت زندگی بود. همبستگی بین نمره کل سبک زندگی با ابعاد کیفیت زندگی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- همبستگی بین نمره کل سبک زندگی با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

سطح معنی داری	r	سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
<۰/۰۰۱	۰/۴۸۴	سلامت جسمی
<۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	سلامت روانی
<۰/۰۰۱	۰/۳۵۴	احساسات و خلق
<۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	خود ادراکی (خودباوری)
<۰/۰۰۱	۰/۳۸۳	خودمختاری
<۰/۰۰۱	۰/۴۰۳	رابطه خانوادگی و والدینی
<۰/۰۰۱	۰/۲۸۰	حمایت اجتماعی و همسالان
<۰/۰۰۱	۰/۴۱۲	محیط مدرسه
<۰/۰۰۱	۰/۰۹۷	پذیرش اجتماعی
<۰/۰۰۱	۰/۲۳۶	منابع مالی

پذیرش اجتماعی ($r = ۰/۰۸۴$) بود. تنها همبستگی بین ۳ بُعد تغذیه، روابط بین فردی یا حمایت اجتماعی و فعالیت فیزیکی و ورزش از سبک زندگی با بُعد پذیرش اجتماعی از کیفیت زندگی از نظر آماری معنی دار نبود. (جدول ۳).

همچنین بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن در بررسی رابطه بین هر یک از ابعاد سبک زندگی و کیفیت زندگی، بین تمام ابعاد سبک زندگی با ابعاد کیفیت زندگی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۵$). بیشترین همبستگی بین رشد معنوی با سلامت روانی ($r = ۰/۵۲۱$) و کمترین همبستگی آن با

جدول ۳- ضرایب همبستگی بین ابعاد سبک زندگی و کیفیت زندگی

متغیرها	رفتار تغذیه ای	روابط بین فردی	مسئولیت در برابر سلامت	رشد معنوی	فعالیت ورزشی	مدیریت استرس
سلامت جسمی	۰/۲۶۳**	۰/۲۶۱**	۰/۳۰۹**	۰/۴۳۴**	۰/۳۹۴**	۰/۳۰۷**
سلامت روانی	۰/۲۹۱**	۲۶۸**	۰/۲۷۹**	۰/۵۲۱**	۰/۳۰۷**	۰/۳۵۱**
احساسات و خلق	۰/۲۵۱**	۱۸۷**	۰/۱۸۱**	۰/۳۸۱**	۰/۲۳۸**	۰/۲۳۱**
خودادراکی (خودباوری)	۰/۲۰۴**	۰/۱۱۱**	۰/۲۹۶**	۰/۳۵۴**	۰/۲۶۱**	۰/۲۹۲**
خودمختاری	۰/۲۰۸**	۰/۲۰۲**	۰/۲۴۱**	۰/۳۵۷**	۰/۲۵۹**	۰/۳۲۲**
رابطه خانوادگی و والدینی	۰/۲۹۳**	۰/۲۱۶**	۰/۲۸۶**	۰/۳۹۲**	۰/۲۲۴**	۰/۲۷۶**
حمایت اجتماعی و همسالان	۰/۱۱۷**	۰/۳۵۳**	۰/۰۹۴**	۰/۲۵۴**	۰/۱۶۲**	۰/۲۰۴**
محیط مدرسه	۰/۲۰۰**	۰/۲۶۱**	۰/۳۱۱**	۰/۴۴۳**	۰/۲۶۴**	۰/۳۵۹**
پذیرش اجتماعی	۰/۰۴۸	- ۰/۰۰۶	۰/۱۱۴**	۰/۰۸۲*	۰/۰۶۳	۰/۰۹۴**
منابع مالی	۰/۱۹۵**	۰/۱۳۷**	۰/۲۰۱**	۰/۱۹۱**	۱۱۳**	۰/۱۴۱**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

بحث

در مطالعه حاضر از بین ۶ بُعد سبک زندگی، رشد معنوی یا درک ارزش زندگی، بیشترین همبستگی را با کیفیت زندگی داشت، شواهد محکمی نیز وجود دارد که نشان می دهد پرورش روح و روان و داشتن اعتقادات مذهبی و دینی، سلامت روانی و جسمی فرد را افزایش می دهد (۳۱)، لذا با توجه به اهمیت آن لازم است برنامه ریزی های جامعی جهت تقویت این حیطه انجام شود.

مدیریت استرس پس از رشد معنوی، بیشترین همبستگی را با کیفیت زندگی داشت و اثر آن بر تمام ابعاد کیفیت زندگی معنی دار بود. مطالعات متعددی ارتباط بین استرس بر کیفیت زندگی را نشان داده اند، از جمله مطالعه سوتو و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که با افزایش استرس، کیفیت زندگی کاهش می یابد (۳۲). در مطالعه فیضی (۲۰۱۱) که در مورد ارتباط استرس و ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی انجام شد، هر چه استرس فرد بالاتر بود، احتمال عضویت در کلاسی که نمره کیفیت زندگی در تمام ابعاد آن پایین بود، افزایش می یافت (۲۱). به طور کلی هر چه فرد، استرس بیشتری را از نظر روانی و ذهنی در زندگی تجربه کند، علاوه بر تأثیر منفی بر بُعد روانی کیفیت زندگی، ابعاد دیگر کیفیت زندگی او از جمله بعد جسمانی، تحت تأثیر قرار می گیرد. بنابراین استرس بالا می تواند ابعاد کیفیت زندگی را به طور قابل توجهی

کاهش دهد (۳۳). در مطالعه حاضر نیز مدیریت استرس، به عنوان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی معرفی شد، بنابراین آموزش شیوه های مقابله با استرس به ویژه آموزش های کاربردی در این خصوص و زمینه سازی برای برخورداری مناسب از مراقبت های بهداشتی، از اولویت های مداخله در گروه مورد مطالعه بود.

در مطالعه حاضر، سومین بُعد از سبک زندگی که بیشترین همبستگی و تأثیر را بر کیفیت زندگی داشت، فعالیت فیزیکی و ورزشی بود که بین این بُعد از سبک زندگی با تمام ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به جز پذیرش اجتماعی آن، همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت. فعالیت فیزیکی زیاد باعث افزایش کیفیت زندگی می شود، بنابراین هرچه از لحاظ فیزیکی فرد در حال تحرک باشد، میزان رضایت او از زندگی افزایش می یابد. در مطالعه موشر و همکاران (۲۰۰۹) نیز ورزش، باعث بهبود وضعیت بُعد جسمانی کیفیت زندگی شد (۳۴). در مطالعه آکری و همکاران (۲۰۰۶)، شیباتا و همکاران (۲۰۰۷) و اسمیت و همکاران (۲۰۰۹)، ارتباط فعالیت فیزیکی و کیفیت زندگی به صورت مقطعی بررسی شد و نتایج تمام مطالعات، نشان دهنده ارتباط مستقیم فعالیت فیزیکی با کیفیت زندگی بود (۳۵-۳۷). همچنین در مطالعه آینده نگر میرباقری و همکاران (۲۰۰۷) که به بررسی تأثیر برنامه پیاده روی منظم بر

کیفیت زندگی پرداخت، اثر مثبت آن بر کیفیت زندگی نشان داده شد (۳۸).

مطالعه فیضی و همکاران (۲۰۱۱) که به بررسی ارتباط استرس و ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی پرداخت، فعالیت فیزیکی، نه تنها بر بُعد جسمانی کیفیت، بلکه بر تمام ابعاد آن تأثیر مثبت داشت (۲۱). در مطالعه حاضر بین روابط بین فردی با تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز پذیرش اجتماعی آن، همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت، روابط بین فردی که بیانگر وضعیت فرد در زمینه ایجاد و تداوم روابطی است که تأمین کننده حمایت اجتماعی و صمیمیت می باشد، یک عامل قوی پیشگویی کننده کیفیت زندگی می باشد. حمایت اجتماعی و روابط بین فردی، از پایدارترین شاخص های سلامت در مطالعات مختلف می باشند (۳۹، ۴۰). با توجه به اهمیت ارتباطات بین فردی در ارتقاء سلامت و ایجاد سرمایه اجتماعی، آموزش مهارت های زندگی به ویژه مهارت های ارتباطی از اولویت های مداخله در گروه مورد مطالعه بود.

در مطالعه حاضر دو بُعد مسئولیت پذیری در برابر سلامت و تغذیه، به ترتیب همبستگی کمتری را در مقایسه با سایر ابعاد سبک زندگی با کیفیت زندگی داشتند و تغذیه با تمام ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به جز پذیرش اجتماعی آن، همبستگی مثبت و معنی داری داشت. در مطالعه تناس و همکاران، تأثیر ۴ رفتار مرتبط با سلامت (رژیم غذایی مدیترانه ای، انجام ورزش در طول روز، مصرف نکردن سیگار و صرف متعادل الکل) بر کیفیت زندگی، مورد ارزیابی قرار گرفت و افرادی که حداقل یکی از رفتارهای مورد نظر را انجام داده بودند، نمره کیفیت زندگی بالاتری از لحاظ بُعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی داشتند. مطالعه موشر و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که وضعیت بهتر در بُعد جسمانی کیفیت زندگی با تغذیه سالم تر در ارتباط می باشد (۲۱، ۳۴). همچنین در مطالعه واین و همکاران (۲۰۰۶)، تاین و همکاران (۲۰۰۵، ۲۰۰۸) و راواسکو و همکاران (۲۰۰۴)، ارتباط تغذیه ای مناسب و کیفیت زندگی به صورت مقطعی بررسی شد و نتایج تمام مطالعات، نشان دهنده ارتباط مستقیم عملکرد تغذیه ای

خوب با کیفیت زندگی بود (۴۵-۴۱). در چند مطالعه آینده نگر نیز تأثیر رژیم غذایی (مصرف بیشتر میوه و سبزیجات به همراه مصرف کم قندها و چربی ها) بر کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج، نشان دهنده تأثیر مثبت آن بر کیفیت زندگی بود (۴۳، ۴۶).

در مطالعه حاضر از بین ۱۰ بُعد کیفیت زندگی، دو بُعد سلامت روانی و سلامت جسمی، به ترتیب بیشترین همبستگی را با سبک زندگی داشتند. سبک زندگی به عنوان شاخصی از سلامت جسمی بر مبنای آنچه که مورد قبول عموم است، یعنی ارتباط دو جانبه سلامت جسم و روان، می تواند پیش بینی کننده سلامت روان باشد. مطالعات نشان داده اند که سبک های زندگی در ارتباط با وضعیت سلامت روانی و جسمی و همچنین کیفیت زندگی قرار می گیرند (۴۹-۴۷).

به طور کلی بر اساس نتایج این مطالعه، بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. با توجه به اینکه سبک زندگی، می تواند نقش تعیین کننده ای در حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری ها داشته باشد و الگوی سلامتی و بیماری ها را قویاً متأثر سازد و از طرفی سلامتی، یکی از اجزاء کیفیت زندگی می باشد و کیفیت زندگی مفهوم وسیعی دارد که شامل همه ابعاد زندگی می شود و سلامت در واقع مرکز ثقل کیفیت زندگی می باشد، لذا نتایج حاصل از مطالعه حاضر، چندان دور از انتظار نیست. در مطالعه اوه و همکاران (۱۹۹۳) که با هدف بررسی شدت بیماری درک شده و خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر کیفیت زندگی زنان کره ای مبتلا به آرتریت انجام شد، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، تنها عامل پیشگویی کننده کیفیت زندگی معرفی شد (۵۰). در مطالعه استیفرگن و همکاران (۲۰۰۰) و کلارک (۱۹۹۸) نیز رابطه مشابهی بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی مشاهده شد (۵۱، ۵۲). در مطالعه محمدیان و همکاران (۲۰۰۹) که به منظور ارزشیابی مدل ارتقاء سلامت پندر در پیشگویی کیفیت زندگی دختران نوجوان انجام شد نیز سبک زندگی مروج سلامت، ارتباط مستقیم و مثبتی با کیفیت زندگی داشت (۵۳). مطالعه فیضی (۲۰۱۱) نیز

جزء محدودیت های این مطالعه بود. همچنین در مطالعه حاضر، فقط دختران نوجوان مورد بررسی قرار گرفتند.

نتیجه گیری

بین سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آنها در نوجوانان، ارتباط معنی داری وجود دارد که این می تواند برای سیاست گذاران و متخصصین سلامت در طراحی و آزمون مداخلات آتی برای ارتقاء سلامت و ترویج سبک زندگی مروج سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی نوجوانان سودمند باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه دانشجویی طرح تحقیقاتی مصوب در شهریور ماه ۱۳۹۱ با کد ۹۱۰۲۰۸ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از همکاری مسئولین آموزش و پرورش و دانش آموزان گرامی تشکر و قدردانی می شود.

نشان داد که هر چه سبک زندگی فرد، دارای سلامت (بهداشت) بالاتری باشد، کیفیت زندگی و میزان رضایت از زندگی فرد بالاتر می رود (۲۱). ولی در مطالعه طل (۲۰۱۱)، بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و تنها مدیریت استرس در دانشجویان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (۵۴).

ترویج فعالیت های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، در نهایت باعث بهبود سلامت و کیفیت زندگی می شود. کیفیت زندگی، محصول سبک زندگی سالم می باشد. دانش حاصل از این مطالعه، می تواند بینش لازم در زمینه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آنها را در نوجوانان فراهم آورد و توسعه مداخلات مؤثر جهت بهبود سبک زندگی و کیفیت زندگی را در این جمعیت آسان کند.

در مطالعه حاضر، پرسشنامه ها به صورت خود گزارش دهی بودند که این امر می تواند توصیف نادرست برخی متغیرهای گزارش شده را به همراه داشته باشد که این

منابع

1. Alikhani, Siamak. Research on adolescent health programs and schools. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 1380. P. 34.
2. Statistical Centre of Iran, Iran Statistical Yearbook 2003. Population by age and sex, 1996 Census (2011). Available from: <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census85>. [Access: Jan 2011]
3. Klein JD, Wilson KM. Delivering quality care: adolescents' discussion of health risks with their providers. J Adolesc Health 2002 Mar;30(3):190-5.
4. Amir Khani M, Motlagh M, Sedaght M, Namazy R, Ardalan G, Haghdoost A, et al. [Health status, risky health behaviors of students based on academic year 2006-7]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2008; 3-7, 24. [in Persian].
5. Neumark-Sztainer D. Eating among teens: do family mealtimes make a difference for adolescents' nutrition? New Dir Child Adolesc Dev 2006 Spring; (111):91-105.
6. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics 2001 Sep; 108(3):712-8.
7. O'Loughlin JL, Tarasuk J. Smoking, physical activity, and diet in North American youth: where are we at? Can J Public Health 2003 Jan-Feb; 94(1):27-30. Review.
8. Kimm SY, Glynn NW, Kriska AM, Barton BA, Kronsberg SS, Daniels SR, et al. Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence. N Engl J Med 2002 Sep 5; 347(10):709-15.
9. Kaplan NM. Hypertension curriculum review: lifestyle modifications for prevention and treatment of hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich) 2004 Dec; 6(12):716-9. Review.
10. Borhani F, Abszadeh A., Kohan S., Golshan M, Dortajrubary A. "Relationship between body mass index and lifestyle among young people in the city of Kerman." Journal of Nursing Research, Volume 2, Number 6 and 7 (Fall Winter 1386):65-72. [in Persian].
11. Dayan Hills. Healthy living advice, translation by Ali Ahmadi Abhari Elahe Myzayy. Tehran: Publication Library April 1376
12. Monahan FD, Phipps W, Phipps' medical-surgical nursing. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2007.
13. Parsa S, Soltani R. [Maternal and child health]. Tehran: Sanjesh Publication; 2002. [in Persian].
14. Muller-Nordhorn J. Assessing quality of life in clinical trials., 2nd ed. J Epidemiol Community Health 2006 Sep; 60(9):822. Review.

15. Leininger M. Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nurs Sci Q* 2007 Jan;20(1):9-13.
16. Garzan R. [Measuring health days]. Tehran:National Research Center of Medical Sciences;2004:12-7. [in Persian].
17. Wahl A, Moum T, Hanestad BR, Wiklund I. The relationship between demographic and clinical variables, and quality of life aspects in patients with psoriasis. *Qual Life Res* 1999 Jun;8(4):319-26.
18. Parker PA, Baile WF, de Moor Cd, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology* 2003 Mar;12(2):183-93.
19. Jiang Y, Hesser JE. Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. *Health Qual Life Outcomes* 2008 Jul 11;6:49.
20. Stock C, Kucuk N, Miserviciene I, Guillen-Grima F, Petkeviciene J, Aguinaga-Ontoso I, et al. Differences in health complaints among universe: students from three European countries. *Prev Med* 2003 Dec;37(6 Pt 1):535-43.
21. Feizi A. [Study of relationship between stress and different lifestyle dimensions with quality of life in Isfahan's inhabitants aged 19 and older an application of latent class regression on latent factor predictors] [Article in Persian]. *J Health Sys Res* 2011;7(6):1188-202.
22. Rafifar S, Ahmadzadasl M, Esmaily M, Dzhpasand S, Parsinia S, Khosronjad M, et al. [Health promotion]. Tehran: Mehrravash; 2005:123-5. [in Persian].
23. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Eng J Med* 1996 Mar 28;334(13):835-40.
24. Khaleghie Z. [Relationship between contraceptive method and women's quality of life three months after the procedure referred to health centers in Zanjan city] [Master's Thesis in Persian]. Mashhad: School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences; 2007:2.
25. Nejat S, Montazeri A, Holakoie K, Mohamad K, Majdzadeh SR. [Quality of life of Tehran's population by Whoqol-Bref questionnaire in 2005] [Article in Persian]. *Hakim* 2007;10(3):1-8.
26. Wang D, Qu CQ, Chen MY, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in mainland China. *BMC Public Health* 2009 Oct 9;9:379.
27. Ravens-Sieberer U, Gousch A, Rajmil, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al. KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescent. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2005 Jun;5(3):353-64.
28. Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, et al. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescent: psychometric result from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res* 2007 Oct;16(8):1347-56.
29. Robitail S, Simeoni MC, Erhart M, Ravens-Siebere U, Bruil J, Auquier P. Validation of the European proxy KIDSCREEN-52 pilot test health-related quality of life questionnaire: first results. *J Adolesc Health* 2006 Oct;39(4):596.e1-10.
30. Shahraki Sanavi F, Navidian A, Ansary Moghadam AR, Farajyshoy M. [The relationship of family communication patterns on quality of life in adolescents] [Article in Persian]. *J Fam Counsel Psycho* 2001;1(1):101-4.
31. Bradaran Rezaei M. [State of stress in college students: evidence based on lifestyle, Tabriz University of Medical Sciences] [Article in Persian]. *J Nurs Midwifery Tabriz* 2006 Spring;5:54-63.
32. Soto M, Failde I, Marquez S, Benitez E, Ramos I, Barba A, et al. Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. *Qual Life Res* 2005 Apr;14(3):759-68.
33. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Qual Life Res* 2004 Feb;13(1):161-70.
34. Mosher CE, Sloane R, Morey MC, Snyder DC, Cohen HJ, Miller PE, et al. Associations between lifestyle factors and quality of life among older long-term breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer* 2009 Sep;115(17):4001-9.
35. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, et al. Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes* 2006 Jun 30;4:37.
36. Shibata A, Oka K, Nakamura Y, Muraoka I. Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *Health Qual Life Outcomes* 2007 Nov 28;5:64.
37. Smith AW, Alfano CM, Reeve BB, Irwin ML, Bernstein L, Baumgartner K, et al. Race/ethnicity, physical activity, and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009 Feb;18(2):656-63.
38. Mirbagheri N, Meamarian R, Mohamadi I. [Effects of regular walking programme on quality of life of elderly patients with moderate COPD] [Article in Persian]. *Iran J Nurs Res* 2008;2(6-7):19-27.
39. Cohen S, Syme SL. *Social support and health*. New York: Academic Press; 2001:61-82, 161-75.
40. Lomas J. Social capital and health: implications for public health and epidemiology. *Soc Sci Med* 1998 Nov;47(9):1181-8. Review.
41. Wayne SJ, Baumgartner K, Baumgartner RN, Bernstein L, Bowen DJ, Ballard-Barbash R. Diet quality is directly associated with quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 2006 Apr;96(3):227-32.
42. Tian J, Chen JS. Nutritional status and quality of life of the gastric cancer patients in Changle County of China. *World J Gastroenterol* 2005 Mar;11(11):1582-6.
43. Tian J, Chen ZC, Hang LF. The effects of nutrition status of patients with digestive system cancers on prognosis of the disease. *Cancer Nurs* 2008 Nov-Dec;31(6):462-7.
44. Plaisted CS, Lin PH, Ard JD, McClure ML, Svetkey LP. The effects of dietary patterns on quality of life: a substudy of the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial. *J Am Diet Assoc* 1999 Aug;99(8 Suppl):S84-9.

45. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. *Support Care Cancer* 2004 Apr;12(4):246-52.
46. Corle DK, Sharbaugh C, Mateski DJ, Coyne T, Paskett ED, Cahill J, et al. Self-rated quality of life measures: effect of change to a low-fat, high-fiber, fruit and vegetable enriched diet. *Ann Behav Med* 2001 Summer;23(3):198-207.
47. Rohrer JE, Pierce JR Jr, Blackburn C. Lifestyle and mental health. *Prev Med* 2005 Apr;40(4):438-43.
48. Ezoe S, Morimoto K. Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. *Prev Med* 1994 Jan;23(1):98-105.
49. Chen X, Sekine M, Hamanishi S, Wang H, Gaina A, Yamagami T, et al. Lifestyles and health-related quality of life in Japanese schoolchildren: a cross-sectional study. *Prev Med* 2005 Jun;40(6):668-78.
50. Oh H. Health promoting behaviors and quality of life of Korean women with arthritis. *J Nurs Acad Soc* 1993;23(4):617-30.
51. Stuijbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nurs Res* 2000 May-Jun;49(3):122-9.
52. Clark CC. Wellness self-care by healthy older adults. *Image J Nurs Sch* 1998;30(4): 351-5.
53. Mohammadian H, Eftekhar Ardebili H, Rahimi Foroushani A, Taghdisi MH, Shojaiezade D. [Evaluation of pender's health promotion model in predicting adolescent girls' quality of life] [Article in Persian]. *Sci J School of Public Health Institute Public Health Res* 2011 Winter;8(4):1-13.
54. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. [The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences] [Article in Persian]. *J Health System.seventh year,No.4(December and January 2012):1-7.*