

August-September 2020, Volume 15, Issue 3

The Relationship between Living Environmental Indicators and Health Related life style in Rasht Residents

Etebarian Khorasgani A¹, *Ghanbari Khanghah A², Paryad A³, Atrkar Roushan Z⁴, Pouy S⁵, Mohtashami M⁶

1- Master of Medical- Surgical Nursing, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran .

2- Associate Professor, Department of Nursing (Medical- Surgical), Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran (**Corresponding author**)

Email: at_ghanbari@gums.ac.ir

3- Instructor, Department of Nursing (Medical- Surgical), GI Cancer Screening and Prevention Research Center (GCSPRC), Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Bio-Statistics, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

5- Ph.D Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

6- Department of Anesthesiology, School of Allied Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Received: 7 Nov 2019

Accepted: 6 May 2020

Abstract

Introduction: The world is now in the process of passing on health to Non-communicable diseases, is a major cause of changes in the lifestyle of people. The purpose of this study was to identify the relationship between socio-economic status of living environment and health related lifestyle.

Methods: This study was performed on 1000 residents of 55 neighborhoods of Rasht by analytical cross-sectional method. Data were collected using a questionnaire including demographic characteristics, International Behavioral Health Questionnaire and a questionnaire from the British General Household Survey (GHS) Social Capital questionnaire. Data analysis using descriptive statistics indexes and Statistical tests Pearson correlation coefficient, independent t-test and linear regression.

Results: According to the results of the present study, the average age of the samples were (43.73 ± 15.55). According to the linear regression model among environmental indicators, dissatisfaction with facilities were introduced as a predictor of physical activity ($B=-0/17$, $P<0.001$), smoking ($B=0/07$, $P<0.001$) and alcohol consumption ($B= 0/08$, $P <0.001$).

Conclusions: The current study shows living environmental indicators play a significant role in health related lifestyle among people. Hence, there is a need for more attention to both physical and social aspects of living places to strengthen healthy lifestyle of people.

Keywords: health-related life style, living Environment, social Environment.

بررسی ارتباط شاخص های محیط زندگی با سبک زندگی مرتبط با سلامت در ساکنین شهر شت

ابوالفضل اعتباریان خوراسگانی^۱، *عاطفه قنبری خانقاه^۲، عزت پاریاد^۳، زهرا عطرکار روشن^۴، سمیه پوی^۵، منا

محتشمی^۶

- ۱- کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه پرستاری داخلی - جراحی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول)
ایمیل: at_ghanbari@gums.ac.ir
- ۳- مربی، گروه پرستاری داخلی - جراحی، مرکز تحقیقات غربالگری و پیشگیری سرطان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
- ۴- استادیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
- ۵- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
- ۶- گروه بیهوشی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۱۷

چکیده

مقدمه: هم اکنون دنیا در گذر از سلامتی به سمت بیماری های غیرواگیر می باشد که علت اصلی آنها تغییر در سبک زندگی مردم می باشد. هدف این مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی محیط زندگی با سبک زندگی مرتبط با سلامت می باشد.

روش کار: این مطالعه بر روی ۱۰۰۰ نفر از ساکنین ۵ منطقه ی شهر رشت به روش تحلیلی-مقطعی انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه ای شامل مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه ی بین المللی سلامت رفتاری و پرسشنامه ی برگرفته شده از پرسشنامه ی سرمایه اجتماعی دانشگاه لندن جمع آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۰ و از آزمون های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته ها: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین سنی افراد حاضر در مطالعه ($43/73 \pm 15/55$) سال بود. براساس مدل رگرسیون خطی از بین شاخص های محیط زندگی، نارضایتی از امکانات و تسهیلات به عنوان پیش گوئی کننده ی فعالیت فیزیکی ($B = -0/17, P < 0/008$)، استعمال دخانیات ($B = 0/07, P < 0/001$) و مصرف مشروبات الکلی ($B = 0/08, P < 0/001$) معرفی گردید.

نتیجه گیری: مطالعه ی حاضر نشان داد که چگونه شاخص های محیط زندگی نقش مهمی را در شکل گیری سبک زندگی مرتبط با سلامت افراد بازی می کنند. از این رو نیاز به توجه بیشتری به محل های زندگی هم از لحاظ فیزیکی و هم از لحاظ اجتماعی جهت تقویت سبک زندگی سالم احساس می شود.

کلید واژه ها: سبک زندگی مرتبط با سلامت، محیط زندگی، محیط اجتماعی.

مقدمه

در گذشته عامل بسیاری از بیماری ها و به تبع آن مرگ و میرها، عامل عفونی بوده است. اما در قرن بیست و یکم و با صنعتی شدن جهان و افزایش طول عمر ما تغییر در سبک زندگی مردم در سراسر جهان را شاهد هستیم (۱). با این تغییرات بیماری های عفونی کاهش یافته و جای خود را به بیماری های مزمن داده، که درمان آن ها با دارو بسیار

مشکل و هزینه بر است (۲، ۳).

امروزه اکثر مشکلات بهداشتی، انواع بیماری های مزمن مانند چاقی، انواع سرطان ها و پرفشاری خون، دیابت و مرگ و میر ناشی از آن ها با دگرگونی های سبک زندگی ارتباط دارد و نتیجه ی رفتارهای افراد و سبک زندگی آن ها است (۱، ۳).

در ایران نیز بیماری های ناشی از اختلال در سبک زندگی

Deguzman و همکاران در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که داشتن محیط زندگی مطلوب، دارای امنیت و فاقد جرم و جنایت باعث تشویق ساکنین به رعایت سبک زندگی سالم مانند فعالیت فیزیکی مناسب و عدم استعمال دخانیات و مشروبات الکلی خواهد شد (۱۵).

در یک بررسی جامع، عوامل محیط زندگی شامل: دسترسی به امکانات برای فعالیت فیزیکی، آگاهی و رضایت از امکانات برای فعالیت، کیفیت زیبایی شناختی منطقه با افزایش فعالیت فیزیکی برای بزرگسالان همراه بود (۱۶). اما مطالعات مختلفی در کشور کانادا انجام شده است که نتایج متناقضی را در ارتباط با تاثیر امکانات و تسهیلات محیط زندگی بر روی فعالیت فیزیکی و شیوع اضافه وزن ساکنان گزارش داده اند (۱۷، ۱۸).

مطالعات انجام شده بیانگر نتایج محدود و متناقضی در ارتباط با تاثیر وضعیت محیط زندگی بر سبک زندگی مرتبط با سلامت می باشد بنابراین با توجه به شکاف موجود در مطالعات انجام شده در ارتباط با سبک زندگی و بافت های فرهنگی مختلف و محیط های جغرافیایی متفاوت و شیوع بالای ابتلا به بیماری های غیرواگیر در کشورهای در حال توسعه به خصوص ایران و با توجه به اینکه مطالعات محدودی در زمینه ی ارتباط بین شرایط محیط مسکونی با سبک زندگی به خصوص در سنین مختلف انجام شده است، این مطالعه به بررسی ارتباط شاخص های محیط زندگی با سبک زندگی مرتبط با سلامت در جامعه ی ایرانی پرداخته است.

روش کار

مطالعه ی حاضر به صورت مقطعی-تحلیلی برای بررسی ارتباط شاخص های محیط زندگی با سبک زندگی مرتبط با سلامت بروی ۱۰۰۰ نفر از ساکنین شهر رشت در سال ۱۳۹۶ انجام گردید. جهت انتخاب نمونه ها با استفاده از اطلاعات سرشماری شهرداری رشت، نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. به این ترتیب که پنج منطقه ی شهرداری با توجه به جمعیت هر منطقه به عنوان طبقات مطالعه در نظر گرفته شد. هر طبقه شامل ۱۱ محله می باشد که محلات به عنوان خوشه های آن طبقه در نظر گرفته شده و در هر خوشه نمونه ها به طور

از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی به شمار می روند (۴). براساس گزارش مرکز آمار ایران، از حدود ۳۸۰ هزار مرگ، حداقل ۱۸۰ هزار مورد به هفت منشا اصلی مرگ (مصرف سیگار و قلیان، تغذیه ناسالم، کم تحرکی، چاقی، فشارخون بالا، افزایش قندخون و کلسترول بالای خون) مرتبط هستند (۵). تنها ۵ تا ۱۰ درصد از سرطان ها به علت مشکلات ژنتیکی به وجود می آیند ولی ۹۰ تا ۹۵ درصد از آن ها به علت عوامل محیطی و سبک زندگی افراد ایجاد می شوند (۶).

پژوهش های مختلفی، عوامل متعددی را در ارتباط با انتخاب سبک زندگی مرتبط با سلامت گزارش داده اند اما عاملی که با توجه به پیشرفت روز افزون تکنولوژی و شهر نشینی به آن کمتر پرداخته شده، می توان به محیط زندگی اشاره کرد (۷). محیط زندگی، محیط ملموسی است که افراد در آن زندگی می کنند و عوامل اجتماعی و عوامل زیست محیطی از جمله: آلودگی هوا، عوارض ترافیکی، مسکن زیر شرایط استاندارد، مواجهه با مواد خطرناک، گرد و غبار و آلودگی به آفات، کسب و کار، طراحی خیابان و تراکم جمعیت ممکن است بر سبک زندگی افرادی که در این محیط زندگی می کنند تاثیرگذار باشد (۸).

اخیرا مطالعات به شناسایی، ویژگی های اجتماعی و فیزیکی محیط زندگی و رابطه ی آن ها با سلامتی در زندگی آینده پرداخته اند (۹) و نتایج متعدد و متناقضی را ارائه داده اند که باعث نگرانی در حوزه ی سلامت شده است (۷).

مطالعات انجام شده نشان می دهد که کیفیت فیزیکی و اجتماعی محیط زندگی تاثیرات قابل ملاحظه ای بر روی سلامت جسم و روان دارد (۷، ۱۰). برخی از مطالعات نشان داده اند که زندگی در مناطق محروم از نظر وضعیت اقتصادی با خطرات بیشتر بیماری های قلبی (۱۱)، سکته مغزی (۱۲)، فشارخون بالا (۱۳) و تعداد بیشتری از بیماری های مزمن همراه است (۱۴). Roux در مطالعه ی خود چنین بیان می کند که جنبه های اجتماعی و فیزیکی محله های فقیر ممکن است با عواملی نظیر فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، استعمال سیگار و توانایی تطابق یافتن با تنش، ارتباط داشته باشند، که این موارد به نوبه ی خود ارتباط نزدیک تری با عوامل خطر زیستی مانند فشارخون، دیابت، شاخص توده بدنی و چربی خون دارند (۹).

تصادفی از مکان های بزرگ عمومی، خصوصی، مذهبی و اجتماعات محلی با توجه به وزن های متناسب با تعداد افراد آن خوشه (توزیع جمعیتی)، به صورت تصادفی انتخاب شدند در انتخاب نمونه ها توزیع جنسی و سنی بر اساس سرشماری کشوری سال ۱۳۹۵ استان گیلان در سه گروه سنی: جوانان (۱۸-۲۹)، میانسالان (۳۰-۵۹) و سالمندان (۶۰ سال به بالا) رعایت گردید (۲۰، ۱۹). معیار ورود به این مطالعه عبارتند از: محدوده ۱۸ سال و بالاتر، فقدان زوال عقل، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، عدم قرارگیری در معرض مشکلات روحی (مرگ عزیزان، حوادث و آسیب های ناشی از رانندگی، درگیری های شدید و جراحات بزرگ) در ۶ ماه گذشته و همچنین از کسانی که تمایل به همکاری نداشتند برای نمونه گیری انتخاب نشدند. برای تسهیل در جمع آوری داده ها از چهار همکار که شامل دو همکار خانم و دو همکار آقا که از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و آشنا به محلات شهر رشت بودند، کمک گرفته شد که قبل از نمونه گیری در طی جلساتی آموزش های لازم در ارتباط نحوه ی استفاده از ابزار داده شد. نمونه گیری در تمام روزهای هفته و در دو شیفت صبح و عصر انجام شد و مدت زمان پاسخگویی به سوالات به طور میانگین ۲۰ دقیقه بود و در هر خوشه نمونه های پژوهشی براساس معیار ورود به طور تصادفی انتخاب و از طریق مصاحبه پرسشنامه ها تکمیل گردیدند. پرسشنامه ی مذکور شامل مشخصات فردی- اجتماعی، سبک زندگی و شاخص های محیط مسکونی بود که بخش مشخصات دموگرافیک شامل سن و ابتلا به بیماری های غیرواگیر بود و سوالات مربوط به بخش سبک زندگی که برای سنجش آن از پرسشنامه ای که برگرفته از پرسشنامه ی سلامت رفتاری دانشگاه لندن می باشد و سه بعد سبک زندگی شامل: مصرف سیگار/قلیان، مشروبات الکلی و فعالیت فیزیکی را مورد بررسی قرار می دهد، مورد استفاده قرار گرفت. که برای مصرف سیگار/قلیان دامنه ی پاسخ ها از ۱ (هرگز) تا ۸ (بیش از ۲۰ بار در روز)، برای مشروبات الکلی دامنه ی پاسخ ها از ۱ (عدم مصرف) تا ۴ (مصرف مداوم)، برای فعالیت فیزیکی دامنه ی پاسخ ها از ۱ (هرگز) تا ۵ (هر روز) بود، استفاده شد. برای تعیین وضعیت اجتماعی- اقتصادی محیط زندگی از پرسشنامه ای که برگرفته از مقیاس سرمایه

اجتماعی فوکستون و جونز (۲۱) می باشد مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس سرمایه اجتماعی فوکستون و جونز شامل مجموعه ای از سوالات است که محقق می تواند سوالات مورد نیاز خود را انتخاب کند. پرسشنامه ی وضعیت اجتماعی- اقتصادی محیط زندگی، یک پرسشنامه ی ۲۰ سوالی است که شامل سه بخش، محیط فیزیکی (ترافیک، دود و آلودگی، زباله، دفع فاضلاب خانگی، سرو صدا، نصب برچسب و اعلامیه ها)، محیط اجتماعی (امنیت منطقه، وجود گدا و افراد بی خانمان، وجود افراد معتاد، همسایه آزاری، آزار و اذیت توسط نوجوانان، ترس از تاریکی) و امکانات و تسهیلات محیط مسکونی (مکانهای تفریحی، وجود شغل و کار، کیفیت محیط زندگی، کیفیت خانه ها، سرویس های حمل و نقل عمومی، مراکز بهداشتی و درمانی، مدارس و دانشگاه ها، مراکز خرید) با دامنه ی پاسخ ها از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برای متغیرهای فیزیکی و اجتماعی و دامنه ی پاسخ ها از ۱ (راضی هستم) تا ۵ (کاملاً ناراضی هستم) برای متغیر های امکانات و تسهیلات می باشد. دوره ی اقامت در محیط مسکونی و رضایت از منطقه مسکونی نیز اندازه گیری شد. دوره ی اقامت در منطقه مسکونی شامل یک سوال در مورد مدت زمان سکونت شرکت کنندگان در منطقه ی محلی خود است که دامنه ی پاسخ ها شامل هفت گزینه از کمتر از ۱۲ ماه تا ۲۰ سال یا بیشتر از ۲۰ سال است رضایت از منطقه ی مسکونی شامل سه سوال با مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) می باشد. پرسشنامه هایی که برای ارزیابی وضعیت محیط زندگی مورد استفاده قرار گرفت، برگرفته از مقیاس سرمایه اجتماعی فوکستون و جونز (۲۱) می باشد که اولین بار در مطالعه صالحی و همکاران در شهر شیراز مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن سنجیده شد (۲۲، ۲۳). علاوه بر این CVI و CVR این پرسشنامه در مطالعه ی حاضر توسط یک پانل تخصصی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان مورد ارزیابی قرار گرفت. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و از روش های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل و رگرسیون خطی به روش stepwise برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها

از میان ۱۳۲۲ پرسشنامه ی جمع آوری شده، ۳۲۲ پرسشنامه به دلیل نقص در تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگر، عدم تمایل به ادامه ی مشارکت در پژوهش و همچنین پرسشنامه های مازاد بر نیاز هر محله به طور تصادفی کنار گذاشته شد. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $43/73 \pm 15/55$ سال بود که ۳۰/۶ درصد نمونه ها حداقل به یکی از انواع بیماری های غیرواگیر جسمی (دیابت، بیماری های قلبی-عروقی، بیماری های تنفسی و سایر بیماری ها) مبتلا بودند که ۷۲/۲ درصد آنها پس از ابتلا در یکی از ابعاد سبک زندگی خود تغییر ایجاد کرده اند، این در حالی است که در حدود ۲۶/۱۴ درصد از مبتلایان علاوه بر

ابتلا به بیماری در سبک زندگی خود تغییر مثبت ایجاد نکردند. نتایج حاصل از آزمون آماری تی مستقل حاکی از آن بود که بین جنسیت (۰/۰۰۱) و ابتلا به بیماری های غیر واگیر (۰/۰۰۱) با استعمال دخانیات و مشروبات الکلی و بین جنسیت (۰/۰۰۱) با سطح فعالیت فیزیکی ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. نتایج حاصل از آزمون آماری همبستگی پیرسون حاکی از آن بود که بین برخی از متغیرهای مستقل کمی و ابعاد سبک زندگی مرتبط با سلامت ارتباط معنی داری وجود دارد که در (جدول ۲) نمایش داده شده است. در نهایت برای تعیین پیش بینی کننده های سبک زندگی مرتبط با سلامت متغیرهای با ($p < 0/2$) در رگرسیون خطی با روش stepwise بررسی گردید که نتایج در (جدول ۳) نمایش داده شده است.

جدول ۱: تجزیه و تحلیل توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
نارضایتی از محیط فیزیکی (دامنه ی نمره: ۳۰-۶)	۱۳/۶۳	۵/۵۲
نارضایتی از محیط اجتماعی (دامنه ی نمره: ۳۰-۶)	۱۰/۹۲	۴/۵۴
نارضایتی از امکانات و تسهیلات محیط زندگی (دامنه ی نمره: ۴۰-۸)	۱۸/۳۵	۶/۸۹
رضایت از محل زندگی (دامنه نمره: ۱۵-۳)	۱۰/۵۶	۳/۶۵
دخانیات (دامنه نمره: ۱۶-۲)	۳/۵۹	۲/۸۵
مشروبات الکلی (دامنه نمره: ۴-۱)	۱/۲۰	۰/۵۶
فعالیت فیزیکی (دامنه نمره: ۵-۱)	۲/۵۳	۱/۶۰

نمایش دهنده ی متغیرهای وابسته

جدول ۲: همبستگی سبک زندگی مرتبط با سلامت و متغیرهای مستقل کمی (آزمون آماری همبستگی پیرسون)

متغیرها	استعمال دخانیات	مصرف مشروبات الکلی	فعالیت فیزیکی
r	۰/۱۶۴	۰/۱۵۷	۰/۰۳۲
p	*۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱	۰/۳۰۹
r	-۰/۰۷۳	-۰/۰۲۲	۰/۱۰۱
p	*۰/۰۲۰	۰/۴۸۱	*۰/۰۰۱
r	۰/۰۴۷	۰/۰۶۵	۰/۰۱۷
p	۰/۱۳۷	*۰/۰۴۱	۰/۵۹۸
r	۰/۰۳۰	-۰/۰۳۷	-۰/۰۷۶
p	۰/۳۴۴	۰/۲۳۸	*۰/۰۱۶
r	۰/۱۵۶	۰/۰۷۳	-۰/۱۷۶
p	*۰/۰۰۱	*۰/۰۲۲	*۰/۰۰۱

سن

رضایت از محل زندگی

نارضایتی از محیط فیزیکی

نارضایتی از محیط اجتماعی

نارضایتی از امکانات و تسهیلات

جدول ۳: تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره: ارتباط بین متغیرهای مستقل با ابعاد سبک زندگی مرتبط با سلامت

Adjusted R ^۲	R ^۲	P value	95%CI	B	β	پیش بینی کننده ها	
۰/۱۹۷	۰/۲۰۰	۰/۰۰۱	(-۲/۴۸۶، -۱/۷۳۷)	-۰/۳۷	-۲/۱۲۱	جنسیت (زن نسبت به مرد)	دخانیات
		۰/۰۰۸	(-۰/۰۵۶، ۰/۰۰۸)	۰/۰۷	۰/۰۳۲	نارضایتی از امکانات و تسهیلات	
۰/۱۰۱	۰/۱۰۶	۰/۰۰۱	(-۰/۱۶۰، -۰/۳۴۷)	-۰/۲۱	-۰/۲۵۸	جنسیت (زن نسبت به مرد)	مشروبات الکلی
		۰/۰۲۸	(۰/۰۱۴، ۰/۰۰۱)	۰/۰۸	۰/۰۰۷	نارضایتی از امکانات و تسهیلات	
۰/۱۳۶	۰/۱۴۲	۰/۰۰۱	(۰/۱۶۰، -۰/۶۵۶)	۰/۱۲	-۰/۴۰۸	جنسیت (زن نسبت به مرد)	فعالیت فیزیکی
		۰/۰۰۱	(-۰/۰۲۳، -۰/۰۵۷)	-۰/۱۷	-۰/۰۴۰	نارضایتی از امکانات و تسهیلات	

بحث

مطالعات مختلف نشان داده اند که شرایط محیط زندگی می تواند بر روی ابعاد مختلف سلامتی تاثیرگذار باشد (۲۳، ۲۲، ۷) اما نتایج متناقضی را در ارتباط با تاثیر آن بر روی سبک زندگی مرتبط با سلامت که یکی از عوامل اصلی در شیوع ابتلا به بیماری های غیر واگیر در جامعه می باشد را گزارش کرده اند از این رو پژوهش حاضر نخستین مطالعه ایست که به بررسی ارتباط و وضعیت اجتماعی-اقتصادی محیط زندگی با ابعاد سبک زندگی مرتبط با سلامت پرداخته است. نتایج مطالعه ی حاضر نشان داده است که بین نارضایتی از شرایط اجتماعی محیط مسکونی با سطح فعالیت فیزیکی ارتباط معکوس وجود دارد. که در این رابطه صالحی و همکاران طی مطالعه ی خود در شهر شیراز نشان دادند که عوامل اجتماعی در محیط زندگی مانند ترس های ناشی از تاریکی مانع از انجام فعالیت فیزیکی می شود (۷). Van hole و همکاران نیز طی مطالعه ای خود در کشور بلژیک، شرایط اجتماعی محیط زندگی را به عنوان یکی از عوامل اصلی تشویق ساکنین به انجام فعالیت های فیزیکی، معرفی نمودند (۲۴). علاوه بر این Anderson و همکاران نیز طی مطالعه ای در محله های کم درآمد آمریکایی و آفریقایی، بهبود متغیرهای اجتماعی محیط زندگی را در افزایش سطح فعالیت فیزیکی موثر دانسته اند (۲۵).

نتایج این مطالعه نارضایتی از امکانات و تسهیلات محیط زندگی را به عنوان پیش بینی کننده ی کاهش سطح فعالیت فیزیکی معرفی نمود که در این رابطه صالحی و همکاران طی مطالعه ی خود بر روی زنان جوان شیرازی (۲۶) و Mair و Diez نیز در مطالعه ی مروری خود گزارش دادند که افرادی که در محیط زندگی خود به امکانات و

تسهیلات کمتری دسترسی داشته باشند، فرصت کمتری برای ارتقا سطح فعالیت فیزیکی خود خواهند داشت (۲۷). اما برجی و همکاران در مطالعه ی خود در شهر ایلام ارتباط معنی داری بین فعالیت فیزیکی و محل زندگی گزارش نکردند (۲۸). شاید تفاوت بین مطالعه ی حاضر با مطالعه ی برجی و همکاران در ایلام، جمعیت مورد بررسی باشد، چرا که جمعیت مورد بررسی در مطالعه ی برجی و همکاران افراد مبتلا به بیماری دیابت بودند و همچنین تعداد جامعه ی آماری آن ها نیز بسیار محدود بوده است. بین نارضایتی از امکانات و تسهیلات با میزان مصرف دخانیات ارتباط مستقیم وجود دارد که با مطالعه ی Simpson و همکاران در کشور انگلستان همسو است چرا که Simpson و همکاران در کشور انگلستان انجام دادند، گزارش کردند که با بهبود وضعیت اجتماعی-اقتصادی میزان مصرف دخانیات کاهش پیدا می کند (۲۹).

در مطالعه کوهورتی که در کشور استرالیا بر روی ۴۰۵۶ مرد و زن بالای ۱۸ سال انجام شد، نتایج نشان داده است که ابعاد سبک زندگی مرتبط با سلامت مانند فعالیت فیزیکی و مصرف دخانیات ممکن است به دلیل متغیرهای اجتماعی و فیزیکی محله تحت تاثیر قرار گیرند (۳۰). Deguzman و همکاران در مطالعه ی خود به این نتیجه رسیدند که داشتن محیط زندگی مطلوب، دارای امنیت و فاقد جرم و جنایت باعث تشویق ساکنین به رعایت سبک زندگی سالم مانند فعالیت فیزیکی مناسب خواهد شد (۱۵). در مطالعه ی حاضر بین مدت زمان سکونت و فعالیت فیزیکی ارتباط معکوس مشاهده شد، درحالی که مطالعات مشابه، ارتباطی را بین طول مدت اقامت با ابعاد سبک زندگی مرتبط با سلامت گزارش نکردند (۳۱، ۷). در کنار شرایط اجتماعی و اقتصادی

نظر پژوهشگر علت این امر را می توان شرایط اجتماعی و فرهنگی حاکم بر جامعه ی ایران دانست که زنان تمایل کمتری برای انجام فعالیت فیزیکی به خصوص در مکان های تفریحی و پارک ها نسبت به مردان داشته اند. علاوه بر این بین سن و فعالیت فیزیکی ارتباط معنی داری مشاهده نشد که با بسیاری از مطالعات در جهان همسو است (۴۴).

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه حاکی از آن بود که بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی محیط زندگی به خصوص امکانات و تسهیلات با سبک زندگی مرتبط با سلامت ارتباطاتی وجود دارد از آنجا که عدم وجود سبک زندگی سالم یک مشکل چند وجهی به حساب می آید و ارکان بهداشتی، اقتصادی، درمانی و حتی سیاسی کشورها در آن دخیل می باشند؛ تمرکز دولتمردان و نهادهای مردمی بر ایجاد ساز و کارهایی مناسب جهت کاهش رفتارهای ناسالم در ابعاد سبک زندگی جامعه را طلب می کند. با توجه به یافته های حاصل از پژوهش حاضر و مخصوصاً آگاهی از قدرت پیش بینی کنندگی رضایت از امکانات و تسهیلات محیط زندگی در ایجاد سبک زندگی سالم، می تواند زنگ هشدار برای سیاست گذاران و مدیران بهداشتی باشد که با تدوین برنامه های جامع درصدد ارتقا محیط زندگی باشند. این مطالعه چندین محدودیت داشت. اول اینکه این مطالعه به صورت مقطعی انجام گردید، در نتیجه پیشنهاد می شود برای تأیید قطعی روابط بین متغیرها در مطالعات آینده از روش آینده نگر و یا مداخله ای استفاده شود. دوم اینکه با توجه به حجم نمونه محدود و فرهنگ همگن شرکت کنندگان، مطالعات بزرگتر و متنوع تر برای ایجاد ارتباط بین محیط های مسکونی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ضروری است. سوم اینکه در مطالعه ی حاضر برای انجام نمونه گیری، خوشه های نمونه گیری که محلات شهر رشت بودند، براساس تقسیمات شهرداری رشت انتخاب شدند که این تقسیمات صرفاً براساس نزدیکی جغرافیایی بود، پیشنهاد می شود که در مطالعه های بعدی، محلات براساس سطح رفاهی و میزان ثروت دسته بندی شوند. در این شرایط ممکن است، تغییرات در نتایج مطالعه مشاهده شود. با وجود این محدودیت ها، این مطالعه یک چشم انداز مهم در مورد ارتباط بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی محیط زندگی با سبک زندگی مرتبط با سلامت در شهرهای ایران فراهم

محیط زندگی، نتایج نشان داده است که بین جنسیت و میزان مصرف دخانیات ارتباط معنی دار وجود دارد. طوریکه میزان مصرف سیگار در مردان نسبت به زنان بیشتر بوده است که با مطالعات انجام شده در این زمینه همسو می باشد (۳۲، ۳۳)، و همچنین طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت برآورد آن ها از شیوع مصرف سیگار در مردان ایرانی ۲۲ درصد و زنان ایرانی ۱ درصد بوده است. که در آن به بالا بودن مصرف سیگار در مردان نسبت زنان تأکید شده است زیرا معمولاً استعمال سیگار توسط خانم ها در ایران یک رفتار غیراجتماعی محسوب می شود از طرف دیگر همین موضوع ممکن است باعث آن شود که زنان به عدم استعمال سیگار در مجامع عمومی و به صورت آشکار روی آورده که آمار دقیقی از این دسته افراد وجود ندارد (۳۴). در مطالعه ی حاضر سن با میزان مصرف دخانیات ارتباط معکوس دارد. به طوریکه با افزایش سن میزان مصرف دخانیات کاهش پیدا می کند که با یافته های مطالعه ی نوری و همکاران در جمعیت تحت پوشش پایگاه تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۳۵) و نیز مطالعه میثمی و همکاران در جمعیت مربوط به یک منطقه روستایی ایران (۳۶) همسو است ولی با یافته های مطالعه ی فرشیدی و همکاران در هرمزگان (۳۲) و آقا ملایی و همکاران بندرعباس (۳۷) و همچنین با مطالعه ی فرشیدی و همکاران که در ساوجبلاغ (۳۸) همسو نیست که شاید علت این تناقض در تفاوت جمعیت تحت بررسی و محدودیت نمونه ها باشد. یافته ها حاکی از آن بود که با افزایش سن، میزان مصرف مشروبات الکلی کاهش می یابد که با مطالعاتی که پیش از این انجام شده است، همخوانی دارد (۳۹، ۴۰). و همچنین یافته ها حاکی از آن بود که مصرف مشروبات الکلی در مردان نسبت به زنان بیشتر بود که با مطالعه ی علیوردی نیا و همکاران در میان دانشجویان دانشکده ی علوم اجتماعی دانشگاه تهران (۴۱) و با مطالعه ی ترقی جاه و همکاران در میان دانشجویان دانشگاه دولتی سراسر کشور (۴۲) همسو می باشد. علاوه بر این بین جنسیت با فعالیت فیزیکی ارتباط معنی دار مشاهده شد به طوریکه میزان فعالیت فیزیکی در گروه مردان نسب به زنان بیشتر است که با مطالعه ی صالحی و همکاران در شهر کرج (۲۶) و مطالعه baker و همکاران در کانادا (۴۳) و مطالعه ی برجی و همکاران در ایلام (۲۸) و مرور سیستماتیک که توسط tover و همکاران (۴۴) انجام شد، همسو می باشد. از

آورده است که می تواند شروعی برای مطالعات گسترده تر در دیگر شهرهای ایران شود که باعث درک بهتر ارتباط بین محیط زندگی و ابعاد سلامتی شده و زمینه ای برای انجام مداخلات مناسب توسط سیاستگذاران جامعه برای بهبود سبک زندگی مرتبط با سلامت و افزایش سطح سلامتی جامعه فراهم آورد.

سپاسگزاری

مطالعه ی حاضر بخشی از نتایج پایان نامه ی کارشناسی

ارشد پرستاری داخلی-جراحی دانشکده ی پرستاری شهید بهشتی رشت می باشد که با شماره ی IR.GUMS. REC.1396.201 در کمیته ی اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان به تصویب رسیده است. نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان جهت حمایت از این طرح و افراد شرکت کننده در پژوهش اعلام می دارند.

References

1. Rouhani Z, Vaez MMR, Montazeri A, Faghihzadeh S. Effectiveness of training Persian Medicine Principles for Maintaining Health on the Lifestyle of Health Workers. 2019;18(3):261-268[in persian].
2. Kankeu HT, Saksena P, Xu K, Evans DB. The financial burden from non-communicable diseases in low-and middle-income countries: a literature review. Health Research Policy and Systems. 2013;11(1):31. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-31> PMID:23947294 PMCID:PMC3751656
3. Barikani A, Pashaeypoor S. Lifestyle in Non-alcoholic Fatty Liver: A Review. 2019;13(6):39-47[in persian].
4. Akbarnejad KH, Tol A, Majlessi F, Yaseri M, Alizadeh H. Predictors of Health-Oriented Lifestyle among Health Workers of Amol City. Hospital Journal. 2016;15(4):103-114[in persian].
5. Yadaki MR, Zendehtalab H, Yavari M, Mazlom SR. Health-promoting lifestyle and its related factors among healthvolunteers Mashhad in 2015. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2015;3(3):48-55[in persian].
6. Zolfaghari M, Bahramnezhad F, Parsa Yekta Z, Kazemnejad A, Monjamed Z. The life style risk factors of tehran citizens associated with cancer prevention. SSU_Journals. 2013;21(1):28-36. [in persian].
7. Salehi A, Harris N, Sebar B, Coyne E. The relationship between living environment, well-being and lifestyle behaviours in young women in Shiraz, Iran. Health & Social Care in the Community Journal. 2017;25(1):275-284. <https://doi.org/10.1111/hsc.12304> PMID:26601659
8. Cubbin C, Egerter S, Braveman P, Pedregon V. Where we live matters for our health: Neighborhoods and health. Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build Healthier America. 2008.
9. Chum A, Farrell E, Vaivada T, Labetski A, Bohnert A, Selvaratnam I, et al. The effect of food environments on fruit and vegetable intake as modified by time spent at home: a cross-sectional study. BMJ open. 2015;5(6):1-8 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006200> PMID:26044756 PMCID:PMC4458641
10. Chitewere T, Shim JK, Barker JC, Yen IH. How Neighborhoods Influence Health: Lessons to be learned from the application of political ecology. Health & Place. 2017;45:117-23. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.009> PMID:28342425 PMCID:PMC5563494
11. Carlsson AC, Li X, Holzmänn MJ, Wändell P, Gasevic D, Sundquist J, et al. Neighbourhood socioeconomic status and coronary heart disease in individuals between 40 and 50 years. Heart. 2016;heartjnl-2015. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308784> PMID:26864672 PMCID:PMC4846504
12. Carlsson AC, Li X, Holzmänn MJ, Ärnlov J, Wändell P, Gasevic D, et al. Neighborhood socioeconomic status at the age of 40 years and ischemic stroke before the age of 50 years: A nationwide cohort study from Sweden. International Journal of Stroke. 2017;1-12. <https://doi.org/10.1177/1747493017702663> PMID:28387158 PMCID:PMC6708082
13. Mujahid MS, Roux AVD, Morenoff JD, Raghunathan TE, Cooper RS, Ni H, et al. Neighborhood characteristics and hypertension.

- Epidemiology. 2008;19(4):590-598.
<https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181772cb2>
PMid:18480733
14. Danielewicz AL, dos Anjos JC, Bastos JL, Boing AC, Boing AF. Association between socioeconomic and physical/built neighborhoods and disability: A systematic review. *Preventive Medicine*. 2017;118-127.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.014>
PMid:28216376
15. Wang X, Auchincloss AH, Barber S, Mayne SL, Griswold ME, Sims M, et al. Neighborhood social environment as risk factors to health behavior among African Americans: The Jackson Heart Study. *Health & Place*. 2017;45:199-207.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.04.002>
PMid:28475962 PMCID:PMC5546244
16. Deguzman PB, Merwin EI, Bourguignon C. Population density, distance to public transportation, and health of women in low-income neighborhoods. *Public health nursing*. 2013;30(6):478-90.
<https://doi.org/10.1111/phn.12051>
PMid:24579708
17. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American journal of preventive medicine*. 2002;22(3):188-99.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00426-3](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00426-3)
18. Poulou T, Elliott SJ. Individual and socio-environmental determinants of overweight and obesity in Urban Canada. *Health & Place*. 2010;16(2):389-398
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.11.011>
PMid:20022286
19. Wilson K, Eyles J, Elliott S, Keller-Olaman S. Health in Hamilton neighbourhoods: Exploring the determinants of health at the local level. *Health & place*. 2009;15(1):374-82.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.07.002>
PMid:18703376
20. khadamat-sath-aval. available at: http://www.gums.ac.ir/Upload/Modules/Contents/asset50/khadamat-sath-aval_12445.pdf. 2015.
21. Statistical Center of Iran. 2016. Available from: <https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses>.
22. Foxton F, Jones R. Social capital indicators review. London, UK: Office of National Statistics. 2011.
23. Salehi A, Harris N, Sebar B, Coyne E. The Association between Socio-economic Context at Individual and Neighbourhood Levels, Wellbeing and Lifestyle Behaviours of Young Iranian Women. *Iranian journal of public health*. 2016;45(9):1159-1169.
24. Wong FY, Yang L, Yuen JW, Chang KK, Wong FK. Assessing quality of life using WHOQOL-BREF: A cross-sectional study on the association between quality of life and neighborhood environmental satisfaction, and the mediating effect of health-related behaviors. *BMC public health*. 2018;18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5942-3>
PMid:30208869 PMCID:PMC6134517
25. VanHolle V, VanCauwenberg J, DeBourdeaudhuij I, Deforche B, Van de Weghe N, Van Dyck D. Interactions between neighborhood social environment and walkability to explain belgian older adults' physical activity and sedentary time. *International journal of environmental research and public health*. 2016;13(6):569.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13060569>
PMid:27338426 PMCID:PMC4924026
26. Andersen L, Gustat J, Becker AB. The relationship between the social environment and lifestyle-related physical activity in a low-income African American inner-city southern neighborhood. *Journal of community health*. 2015;40(5):967-74.
<https://doi.org/10.1007/s10900-015-0019-z>
PMid:25808676
27. Salehi A, Harris N, Coyne E, Sebar B. Perceived control and self-efficacy, subjective well-being and lifestyle behaviours in young Iranian women. *Journal of health psychology*. 2016;21(7):1415-1425.
<https://doi.org/10.1177/1359105314554818>
PMid:25370569
28. Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010;1186(1):125-145.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
PMid:20201871
29. Khoukahazade T, Navkhasi S, Khalafzade A, Moradi M, Veysi A, M. B. The relationship between physical activity and balance control in the elderly with diabetes in illam,iran,in 2016. *journal of Diabetes Nursing*. 2016;3(4) 60-72. [in persian].

30. Simpson CR, Hippisley-Cox J, Sheikh A. Trends in the epidemiology of smoking recorded in UK general practice. *Br J Gen Pract.* 2010;60(572): 121-127. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483544> PMID:20202355 PMCID:PMC2828860
31. Ngo AD, Paquet C, Howard NJ, Coffee NT, Taylor AW, Adams RJ, et al. Area-level socioeconomic characteristics, prevalence and trajectories of cardiometabolic risk. *International journal of environmental research and public health.* 2014;11(1):830-848. <https://doi.org/10.3390/ijerph110100830> PMID:24406665 PMCID:PMC3924477
32. Mohnen SM, Völker B, Flap H, Subramanian S, Groenewegen PP. You have to be there to enjoy it? Neighbourhood social capital and health. *European Journal of Public Health.* 2013;23(1): 33-39. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks039> PMID:22683773
33. Farshidi H, Aghamolaei T, Soleimani Ahmadi M, Madani AH. Epidemiological study of cigarette smoking among over 15 years old population of Hormozgan in 2014. *Journal of Preventive Medicine.* 2016;3(2):29-35[in persian].
34. Rahimzadeh M, Rastegar H, Fazel Kalkhoran J. prevalence and Causes of Tendency to Cigarette and Water Pipe Smoking among Male and Female Physical Education Students in University of Kurdistan. *Journal of Health.* 2016;7(5) 680-686 [in persian].
35. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Haeri Mehrizi A, osmani F, Niknami SH. Factors associated with smoking among students: Application of the Health Belief Model *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research.* 2017;3(163)15-324 ([in persian].
36. Nouri M, Adili F, Pouebrahim R, Heshmat R, Fakhrzadeh H. Smoking status and trends in risk factors for cardiovascular disease in inhabitants of Tehran University of Medical Sciences population lab region. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism.* 2004;3(1):91-97[in persian].
37. Meysamie A, Ghaletaki R, Haghazali M, Asgari F, Rashidi A, Khalilzadeh O, et al. Pattern of tobacco use among Iranian adult population: results of the national Survey of Risk Factors of Non-Communicable Diseases (SuRFNCD-2007). *Tobacco control.* 2009;19.125-128. [in persian]. <https://doi.org/10.1136/tc.2009.030759> PMID:20008159 PMCID:PMC2989156
38. Aghamolaei T, Zare S. Pattern of waterpipe and cigarette smoking among people above 15 years old in Bandar Abbas, Iran. *Hormozgan Med Journal.* 2007;11(4):241-6[in persian].
39. Farshi S, Sedaghat M, Meysamie A, Abdollahi E. Association of socio-demographic characteristics and cigarette smoking: savodjbolag city inhabitants. *Tehran University Medical Journal.* 2008;65(14):32-40 [in persian].
40. Jitnarin N, Heinrich KM, Haddock CK, Hughey J, Berkel L, Poston WS. Neighborhood environment perceptions and the likelihood of smoking and alcohol use. *International journal of environmental research and public health.* 2015;12(1):784-99. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100784> PMID:25594781 PMCID:PMC4306892
41. Denny CH, Tsai J, Floyd R, Green PP. Alcohol use among pregnant and nonpregnant women of childbearing age-United States, 1991-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2009;58(19):529-532.
42. Aliverdina A, Hemmti A. Societal analysis of tendency towards alcohol consumption among students of faculty of social sciences of Tehran University. *Journal of Social Cultural Strategy.* 2012;7(277-102).
43. Targhijah S. Investigating the Role of the Family in the Drinking Experience of Governmental Students. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy.* 2017;5(3)121-135.
44. Baker J, Meisner BA, Logan AJ, Kungl A-M, Weir P. Physical activity and successful aging in Canadian older adults. *Journal of aging and physical activity.* 2009;17(2):223-35. <https://doi.org/10.1123/japa.17.2.223> PMID:19451670
45. Tovar M, Walker JL, Rew L. Factors Associated With Physical Activity in Latina Women: A Systematic Review. *Western journal of nursing research.* 2018;40(2):270-297. <https://doi.org/10.1177/0193945916681004> PMID:27920349