

COMPARISON OF HEALTH PROMOTING LIFESTYLE AND SELF-EFFICACY IN FEMALE

Explanati Comparison of Health Promoting Lifestyle and Self-Efficacy in Female Students With and Without Primary Dysmenorrhea on

Somayyeh Naghizadeh

* Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Corresponding author: Email: s.naghizadeh@iaut.ac.ir

Maryam Ebrahimpourmaleki

Student Research Committee, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Golsa Patras

Student Research Committee, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Maryam Jafari

Student Research Committee, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Received: 22 January 2019

Accepted: 20 April 2019

DOI:10.30699/ijhehp.7.3.285

ABSTRACT

Background and Objective: Primary dysmenorrhea is one of the most common complaints in adolescent and young women which can have negative effects on their daily activities. Therefore, to improve their life style, preservation and advancement of their health status seems to be necessary. This aim of this study was to compare health promoting lifestyle and self-efficacy in females with and without primary dysmenorrhea.

Materials and Methods: This was a cross-sectional, descriptive-analytical study. The study population were 370 students of the Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Tabriz Branch. Data was collected using a four-part questionnaire: personal and menstrual characteristic, Visual Analog Scale (VAS), health promoting behaviors questionnaire and self-efficacy. Data analysis was performed using SPSS software version 21 by descriptive statics, independent t-test, chi squared and ANOVA.

Results: The mean (SD) of Health promoting lifestyle were respectively 2.67 (0.45) and 2.77 (0.47) in students with and without primary dysmenorrhea. The mean (SD) of self-efficacy were respectively 2.88 (0.61) and 2.81 (0.54) in students with and without primary dysmenorrhea. There were significant differences between the two groups regarding total score of health promoting lifestyle ($P=0.03$), aspects of physical activity ($P=0.02$), stress management ($P=0.02$) and spiritual growth ($P=0.03$). However, there was no significant difference regarding self-efficacy in students with and without dysmenorrhea ($P=0.2$).

Conclusion: Total score of health promoting lifestyle in females with dysmenorrhea was lower than those without dysmenorrhea. Therefore, we could help these girls significantly with increasing awareness, educating and providing appropriate methods to improve their lifestyle.

Keywords: Primary dysmenorrhea, Lifestyle, Health promotion and Self-efficacy

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Naghizadeh S, Ebrahimpourmaleki M, Patras G, Jafari M. Comparison of Health Promoting Lifestyle and Self-Efficacy in Female Students With and Without Primary Dysmenorrhea. *Iran J Health Educ Health Promot. Autumn 2019*;7(3):285-294. [Persian]

► **Citation (APA):** Naghizadeh S, Ebrahimpourmaleki M, Patras G, Jafari M. (Autumn 2019). Comparison of Health Promoting Lifestyle and Self-Efficacy in Female Students With and Without Primary Dysmenorrhea. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 7(3), 285-294. [Persian]

مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و خودکارآمدی در دانشجویان دختر مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه

چکیده

زمینه و هدف: دیسمنوره اولیه (قاعدگی دردناک) یکی از شایع ترین دردها و بیماری های زنان است که می تواند آثاری منفی بر فعالیت های روزانه آنان داشته باشد. حفظ و ارتقای سلامت برای بهبود سبک زندگی ضروری به نظر می رسد. بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و خودکارآمدی در دانشجویان دختر مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی با مشارکت ۳۷۰ نفر از دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه چهار قسمتی مشخصات جمعیت شناختی و قاعدگی، مقیاس شدت درد قاعدگی (VAS)، پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و خودکارآمدی جمع آوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمار توصیفی و آزمون های تی مستقل، کای دو و ANOVA تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت به ترتیب در دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره ۲/۶۷ (۰/۴۵) و ۲/۷۷ (۰/۴۷) و میانگین (انحراف معیار) خودکارآمدی به ترتیب ۲/۸۸ (۰/۶۱) و ۲/۸۱ (۰/۵۴) بود. بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ($P=0/03$)، ابعاد فعالیت فیزیکی ($P=0/02$)، مدیریت استرس ($P=0/02$) و خودشکوفایی ($P=0/03$) تفاوت آماری معنی داری وجود داشت، اما خودکارآمدی بین دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا تفاوت آماری معنی داری نداشت ($P=0/2$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد در دختران مبتلا به دیسمنوره اولیه نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت کمتر از دختران غیرمبتلا بود. بنابراین با افزایش آگاهی، آموزش و ارائه راهکارهای مناسب به این دختران در زمینه ارتقای سبک زندگی سالم و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی، می توان کمک شایانی به این افراد کرد.

کلید واژه: دیسمنوره اولیه، سبک زندگی، ارتقای سلامت و خودکارآمدی
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

سمیه نقی زاده

* گروه مامایی، دانشکده پزشکی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول):
ایمیل: s.naghizadeh@iaut.ac.ir

مریم ابراهیم پور

کمیته تحقیقات دانشجویی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

گلسا پاتراس

کمیته تحقیقات دانشجویی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

مریم جعفری

کمیته تحقیقات دانشجویی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

◀ **استناد (ونکوور):** نقی زاده س، ابراهیم پور م، پاتراس گ، جعفری م. مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و خودکارآمدی در دانشجویان دختر مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۳۹۸؛ ۷(۳): ۲۸۵-۲۹۴.

◀ **استناد (APA):** نقی زاده، سمیه؛ ابراهیم پور، مریم؛ پاتراس، گلسا؛ جعفری، مریم (پاییز ۱۳۹۸). مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و خودکارآمدی در دانشجویان دختر مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. ۷(۳): ۲۸۵-۲۹۴.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۳۱

مقدمه

دیسمنوره اولیه یکی از شایع‌ترین دردها و بیماری‌های زنان است که می‌تواند آثاری منفی بر فعالیت‌های روزانه آنان داشته باشد و عبارت است از بروز درد در زمان خونریزی قاعدگی بدون پاتولوژی لگنی که ماهیت انقباضی دارد و تقریباً ۶ تا ۱۲ ماه (حداکثر ۲ سال) پس از اولین عادت ماهانه یعنی همزمان با تثبیت سیکل‌های تخمک‌گذاری شروع می‌شود (۱). دیسمنوره یا قاعدگی دردناک اولیه اختلال طب زنان شایعی است که در حدود ۵۰ درصد از زنان واقع در سنین باروری و ۹۰ درصد نوجوانان اتفاق می‌افتد (۲) و به‌ندرت ممکن است تا ۴۰ سالگی ادامه پیدا کند (۳). در مطالعه‌ای مبتنی بر جمعیت، در ایران شیوع دیسمنوره خفیف ۴۱ درصد، متوسط ۲۸ درصد و شدید ۲۲ درصد گزارش شده است و نشان داده شد که زنان جوان در مقایسه با زنان سنین بالاتر درد بیشتری را تجربه می‌کنند (۴). اگرچه دیسمنوره اولیه تهدیدکننده زندگی فرد نیست، اما یکی از عوامل اصلی مختل‌کننده کیفیت زندگی و فعالیت اجتماعی زنان است (۵) و از علل مهم غیبت‌های کوتاه مدت و مکرر دختران نوجوان، کاهش فعالیت‌های ورزشی و ایجاد محدودیت‌های اجتماعی است (۶). در ایالات متحده دیسمنوره بزرگ‌ترین علت از دست دادن کار و مدرسه گزارش شده است (۷).

سبک زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر به علت نقشی که در سلامت روان افراد دارد اهمیت بسزایی یافته است (۸). امروزه علت بسیاری از بیماری‌های مزمن، سبک زندگی و رفتارهای انسان است (۹). سبک زندگی، فعالیت عادی و معمول روزانه است که افراد آنها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته‌اند (۹). سلامتی مستلزم ارتقای سبک زندگی بهداشتی است (۱۰). افرادی که سبک زندگی ناسالم دارند، احساس درماندگی بیشتری دارند، از تحمل جسمانی کمتری برخوردارند و تحریک‌پذیری آنها بیشتر است، ولی در عوض، افراد دارای سبک زندگی سالم، شیوه‌های مقابله‌ای مثبت‌تری دارند و از نظر هیجانی کمتر تحریک‌پذیرند. بنابراین رفتارهای سالم، سلامتی را پیش‌بینی می‌کنند (۱۱). مطالعاتی که اخیراً صورت گرفته بیانگر آن است که سبک زندگی می‌تواند در

ایجاد استرس و اضطراب و فشارهای روانی تأثیرگذار باشد و به دنبال آن باعث تشدید دیسمنوره می‌شود (۱۲).

ارتقای سلامت فرایندی برای توانمندساختن افراد به منظور افزایش قدرت کنترل و بهبود سلامتی است (۱۳). ارتقای سلامت فقط بر عهده بخش بهداشت نیست، بلکه فراتر می‌رود و به سبک زندگی سالم مربوط می‌شود (۱۴، ۱۵). Pender در سال ۱۹۹۶ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را در شش بُعد تغذیه، فعالیت فیزیکی، کنترل استرس، روابط بین‌فردی، خودشکوفایی و مسئولیت‌پذیری سلامتی طبقه‌بندی کرده است (۱۶). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت Walker به صورت الگوی چندبعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص تعریف می‌شود که به تداوم و تقویت سطح سلامت و خودشکوفایی کمک می‌کند (۱۷). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، راهکارهایی برای حفظ و ارتقای سلامت است و یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت به شمار می‌آید (۱۸) و شامل فرایندهایی است که باعث افزایش توانایی‌های فردی و کنترل فرد بر رفتارهای سلامتی خود می‌شود (۱۸، ۱۹).

افراد با انتخاب سبک زندگی ارتقادهنده سلامت برای حفظ و ارتقای سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها، اقدامات و فعالیت‌های مناسب را انجام می‌دهند. به دلایل فرهنگی و اجتماعی، رفتارهای سلامتی در کشورهای مختلف متفاوت است؛ به طوری که نتایج متناقضی در این رابطه وجود دارد (۹). از طرف دیگر، امروزه دیدگاه سلامت چشم‌انداز وسیع‌تری پیدا کرده و توجهش به تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معطوف شده است. هر یک از این تعیین‌کننده‌ها به خودی خود و یا از طریق تأثیر بر یکدیگر، وضعیت سلامتی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و سبب بروز بی‌عدالتی‌هایی در وضعیت سلامت می‌شوند (۲۰).

امروزه نقش عوامل فردی، رفتاری و اجتماعی در ایجاد رفتارهای سالم بررسی شده است. از جمله عوامل فردی و رفتاری، خودکارآمدی است که قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالایی در ایجاد رفتارهای بهداشتی نیز دارد. خودکارآمدی اطمینان‌خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌کند. افرادی که خودکارآمدی

شد. این تعداد با توجه به مطالعه Jamshidi و همکاران (۲۰۱۶) (۸) و بر اساس فرمول برآورد دو میانگین به دست آمد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times SD^2}{d^2}$$

با در نظر گرفتن بزرگ‌ترین انحراف معیار برای کیفیت زندگی، در زنان مبتلا به دیسمنوره ۲۰/۳۸ در اطراف میانگین ۷۲/۴۳ و برای زنان غیرمبتلا ۲۱/۵۶ در اطراف میانگین ۷۸/۷۸ در نظر گرفته شد و با در نظر گرفتن خطای قابل قبول ۰/۰۵، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و تعداد حجم نمونه در هر گروه حداقل ۱۷۱ نفر به دست آمد. در کل با در نظر گرفتن ۱۰ درصد افت حجم نمونه برای هر گروه، ۱۸۵ نفر به دست آمد. مشارکت در مطالعه داوطلبانه و مبتنی بر رضایت بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله‌ای از ادامه مشارکت انصراف بدهند. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات هویتی مشارکت‌کنندگان ثبت نشد.

در این مطالعه معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل داشتن دانشجویان برای شرکت در پژوهش، داشتن ۶ ماه قاعدگی دردناک و منظم (برای گروه مبتلا به دیسمنوره)، داشتن سن ۱۸ تا ۳۵ سال، تحصیل در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، نداشتن سابقه بیماری‌های جسمی زمینه‌ای (صرع، بیماری قلبی، کلیوی، خونی و ...)، نداشتن اختلالات روانی، نداشتن پاتولوژی لگنی، نداشتن استرس شدید روانی مثل فوت والدین و اعضای درجه اول خانواده در ۶ ماه اخیر و جدایی والدین بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه بود.

شیوه انجام مطالعه بدین صورت بود که بعد از تصویب طرح مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و گرفتن اجازه نمونه‌گیری از معاونت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و ریاست دانشکده پزشکی تبریز، پژوهشگر در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز حضور پیدا می‌کرد و تمام دانشجویان دختر این دانشکده که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند بررسی می‌کرد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه چهار قسمتی بود. قسمت اول، مشخصات جمعیت‌شناختی و قاعدگی واحدهای

بالایی دارند، به کمک بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار موانع را برطرف می‌کنند، در برابر مشکلات ایستادگی می‌کنند و بر امور کنترل بیشتری دارند. از این رو درک خودکارآمدی می‌تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقا دهنده سلامت شود (۲۱).

در کشور ترکیه مطالعه‌ای روی ۶۲۳ دختر دانشجو نشان داد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با وجود دیسمنوره و افزایش شدت آن کاهش می‌یابد (۲۲). در بررسی دیگری در هند مشخص شد دیسمنوره می‌تواند اثری منفی بر کیفیت زندگی دانشجویان داشته باشد؛ به طوری که در افراد مبتلا به دیسمنوره شدید احتمال اینکه تمام روز را در بستر استراحت کنند یا در خانه بمانند، حدود ۶ برابر بیشتر از افراد بدون دیسمنوره یا مبتلا به دیسمنوره خفیف بود (۲۳). بررسی دیگری در کشور ترکیه روی ۲۳۶ دانشجوی پزشکی نشان داد در میان افراد دارای دیسمنوره، ۹۵ درصد از افراد حضورشان در کلاس مختل بود و در درس تمرکز ضعیفی داشتند (۲۴).

از آنجایی که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت به عنوان عاملی کلیدی در سلامت، توجه گسترده‌ای را در تحقیقات به خود جلب کرده است و با توجه به اهمیت موضوع دیسمنوره اولیه و تأثیر آن بر فعالیت‌های روزمره افراد و کمبود تحقیقات در این زمینه و عوامل مرتبط با آن در ایران، مطالعه حاضر با هدف مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و خودکارآمدی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه در شهر تبریز انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی، از نوع توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۷ با مشارکت دانشجویان دختر دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز انجام گرفت که در یکی از رشته‌های مامایی، پرستاری، علوم آزمایشگاهی، پزشکی، اتاق عمل و هوشبری مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گرفت. افرادی که نمره مقیاس شدت درد قاعدگی (VAS) آنها ۵ و بیشتر از ۵ بود، به عنوان مبتلا به دیسمنوره اولیه و کمتر از ۵ به عنوان غیرمبتلا در نظر گرفته شد. حجم نمونه در این مطالعه ۳۷۰ نفر در نظر گرفته

هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده است. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. سؤال های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره گذاری می شوند. بنابراین بیشترین نمره ای که فرد می تواند از پرسشنامه خودکارآمدی بگیرد، نمره ۸۵ و کمترین نمره ۱۷ است. محدوده نمره خودکارآمدی بین ۱ تا ۴ بود. عدد ۱ نشانگر خودکارآمدی ضعیف و عدد ۴ بیانگر خودکارآمدی خیلی خوب بود. براتی (۱۹۹۶) این مقیاس را ترجمه و اعتباریابی و ضریب آلفای کرونباخ خودکارآمدی را ۰/۸ گزارش کرده است (۲۶).

روایی و پایایی پرسشنامه های حاضر قبل از شروع نمونه گیری سنجیده شد؛ بدین صورت که برای بررسی از لحاظ روایی محتوا، پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز داده و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم اعمال شد. در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه ها با استفاده از روش همبستگی درونی با ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ۰/۸۷ و برای ابعاد آن به ترتیب، برای بُعد تغذیه ۰/۷۳، فعالیت فیزیکی ۰/۸۴، مسئولیت پذیری در زمینه سلامت ۰/۶۸، مدیریت استرس ۰/۶۷، روابط بین فردی ۰/۶۴، خودشکوفایی ۰/۷۴ و برای پرسشنامه خودکارآمدی ۰/۸۳ به دست آمد.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ تجزیه تحلیل شدند. به منظور توصیف مشخصات جمعیت شناختی و قاعدگی از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار و برای مقایسه مشخصات جمعیت شناختی و قاعدگی دو گروه از آزمون های تی مستقل و کای دو و برای مقایسه متغیرهای مطالعه در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا از آزمون تی مستقل استفاده و $P\text{-value} < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

یافته ها حاکی از آن است که میانگین (انحراف معیار) سن دانشجویان

پژوهش را بررسی می کند که شامل سن، وزن، قد، رشته و ترم تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر، قومیت، وضعیت تأهل، وضعیت مالی، وضعیت ورزش، مصرف دخانیات و حساسیت دارویی و غذایی و مشخصات قاعدگی شامل سن منارک، زمان شروع دردهای قاعدگی، زمان کاهش درد پس از شروع خونریزی، علائم همراه دیسمنوره، نوع داروی مسکن مصرف شده، کاهش درد قاعدگی به دنبال مصرف مسکن، بهبود درد با ماساژ و شدت دردهای قاعدگی است. قسمت دوم، مقیاس شدت درد قاعدگی (VAS) بود. ابتدا این ابزار در اختیار دانشجویان قرار داده شد تا شدت دیسمنوره تعیین شود. مقیاس شدت درد قاعدگی (VAS) نوعی آنالوگ بصری است و شامل یک خط مدرج است و اعداد روی آن از ۰ (نبود درد) تا ۱۰ سانتی متر (شدیدترین درد قابل تصور) براساس میلی متر درجه بندی شده است. ملاک شدت درد عددی بود که شرکت کننده دور آن خط کشیده بود. در این مطالعه اعداد کمتر از ۵ به عنوان غیرمبتلا و ۵ و بیشتر از ۵ به عنوان مبتلا در نظر گرفته شد. این مقیاس به طور گسترده در پژوهش های مرتبط با درد استفاده و روایی و پایایی آن تأیید شده است.

قسمت سوم، پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت HPLP=Health Promotion Lifestyle-II است. Walker و همکاران، در سال ۱۹۸۷ این پرسشنامه را طراحی کردند که شامل ۵۲ عبارت در ۶ بُعد است. این شش بُعد عبارتند از: تغذیه (۹ آیتم)، فعالیت فیزیکی (۸ آیتم)، مسئولیت پذیری در زمینه سلامت (۹ آیتم)، مدیریت استرس (۸ آیتم)، روابط بین فردی (۹ آیتم) و خودشکوفایی (۹ آیتم). تمامی آیتم ها بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۴ (۱=هرگز، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب، ۴=همیشه) نمره دهی شدند. نمره هر یک از ابعاد به طور جداگانه و یک نمره کلی برای تمام ابعاد به دست آمد. نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بین ۵۲ تا ۲۰۸ و محدوده نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بین ۱ تا ۴ بود. عدد ۱ نشانگر کمترین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و عدد ۴ بیانگر بیشترین آن بود. این ابزار به زبان های مختلف ترجمه و روایی و اعتبار آن تأیید شده است. شاخص آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه ای که روی سالمندان انجام شد، ۰/۸۷ محاسبه شده است (۲۵).

قسمت چهارم، پرسشنامه خودکارآمدی است که ۱۷ سؤال دارد.

در گروه مبتلا به دیسمنوره ۲۲/۷ (۲/۶) و در گروه غیرمبتلا ۲۲/۳ (۲/۱) سال بود ($P=0/09$). میانگین (انحراف معیار) BMI دانشجویان گروه مبتلا ۲۲/۷ (۳/۶) و غیرمبتلا ۲۳/۲ (۳/۵) بود ($P=0/23$). بیشتر واحدهای پژوهش (۷۵ درصد) در هر دو گروه مجرد بودند ($P=0/5$). در گروه مبتلا ۱۸۰ نفر (۹۷/۳ درصد) و در گروه غیرمبتلا ۱۷۶ نفر (۹۵/۱ درصد) ساکن شهر بودند ($P=0/26$). به ترتیب ۷۲ نفر (۳۸/۹ درصد) در گروه مبتلا و ۸۳ نفر (۴۴/۹ درصد) در گروه غیرمبتلا ورزش منظم انجام می‌دادند ($P=0/17$). بیش از نیمی از واحدهای پژوهش در هر دو گروه، ۱۰۲ نفر (۵۵/۱ درصد) مبتلا و ۱۲۱ نفر (۶۵/۴ درصد) غیرمبتلا وضعیت مالی خانواده خود را خوب ارزیابی کردند ($P=0/18$). قومیت اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۵ درصد گروه مبتلا و ۸۰ درصد گروه

غیرمبتلا) ترک بودند ($P=0/11$). در گروه مبتلا به ترتیب ۱۰۴ نفر (۵۶/۲ درصد) از پدران و ۷۷ نفر (۴۱/۶ درصد) از مادران و در گروه غیرمبتلا به ترتیب ۹۰ نفر (۴۸/۶ درصد) از پدران و ۵۸ نفر (۳۱/۴ درصد) از مادران واحدهای پژوهش تحصیلات دانشگاهی داشتند. از کل مشارکت‌کنندگان فقط ۳ نفر (۰/۸ درصد) مصرف دخانیات داشتند ($P=0/31$). در مجموع ۱۷۳ نفر (۴۶/۷ درصد) از واحدهای پژوهش در رشته مامایی، ۳۷ نفر (۱۰ درصد) پرستاری، ۲۴ نفر (۶/۵ درصد) علوم آزمایشگاهی، ۹۴ نفر (۲۵/۴ درصد) پزشکی، ۲۴ نفر (۶/۵ درصد) اتاق عمل و ۱۸ نفر (۴/۹ درصد) در رشته هوشبری مشغول به تحصیل بودند. مشخصات قاعدگی دانشجویان دختر مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. مشخصات قاعدگی دانشجویان دختر مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه

مشخصات قاعدگی	مبتلا به دیسمنوره میانگین (انحراف معیار)	غیرمبتلا به دیسمنوره میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی‌داری P-value	آزمون
سن اولین قاعدگی	۱۳ تا ۱۰	۱۳/۳ (۱/۴)	۰/۷۳	$=0/T34^*$
زمان شروع درد	۱ یا ۲ روز قبل از شروع خونریزی چند ساعت قبل از شروع خونریزی بعد از شروع خونریزی	۷۷ (۴۱/۶) ۵۵ (۲۹/۷) ۵۱ (۲۷/۶)	۰/۹۱	$=0/X217^{**}$
زمان کاهش درد پس از شروع خونریزی	۱-۲ روز ۳-۴ روز	۱۱۷ (۶۳/۲) ۶۸ (۳۶/۷)	۰/۰۵	$=7/X25$
علائم همراه دیسمنوره	درد زیر شکم درد کمر درد انتشاریابنده به ران تهوع و استفراغ اسهال	۱۵۷ (۸۴/۹) ۱۳۹ (۷۵/۱) ۸۸ (۴۷/۶) ۱۲۴ (۶۷) ۳۹ (۲۱/۱)	۰/۰۰۰۱ ۰/۰۰۰۱ ۰/۰۰۰۱ ۰/۰۰۰۱ ۰/۱۳	$=25/X25$ $=17/X21$ $=13/X22$ $=20/X21$ $=1/X25$
نوع داروی مسکن مصرف‌شده	ژلوفن مفنامیک اسید ایبوپروفن داروهای گیاهی سایر (هیوسین، دیکلوفناک و ...)	۵۰ (۲۷) ۳۰ (۱۶/۲۲) ۱۵ (۸/۱) ۱۹ (۱۰/۲۷) ۴۵ (۲۴/۳)	۰/۰۰۵	$=15/X204$
کاهش درد قاعدگی به دنبال مصرف مسکن	همیشه اغلب به‌ندرت هرگز	۵۰ (۲۷) ۱۰۵ (۵۶/۸) ۱۹ (۱۰/۳) ۵ (۲/۷)	۰/۰۰۰۱	$=21/X209$
بهبود درد با ماساژ		۹۶ (۵۱/۸)	۰/۰۴	$=3/X225$

* آزمون تی مستقل؛ ** آزمون کای دو

دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره تفاوت آماری معنی داری داشت ($P=0/03$). در ابعاد فعالیت فیزیکی ($0/02$) ($P=$)، مدیریت استرس ($P=0/02$) و خودشکوفایی ($P=0/03$) تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه دیده شد، اما در ابعاد تغذیه ($P=0/93$)، روابط بین فردی ($P=0/06$) و مسئولیت پذیری سلامت ($P=0/3$) تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه دیده نشد. مقایسه میانگین و انحراف معیار سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و ابعاد آن در دو گروه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

میانگین (انحراف معیار) سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در دانشجویان مبتلا به دیسمنوره $2/67 (0/45)$ و دانشجویان غیرمبتلا $2/77 (0/47)$ بود. در هر دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره بیشترین نمره در بُعد روابط بین فردی به ترتیب با میانگین (انحراف معیار) $3/26 (0/57)$ و $3/29 (0/59)$ و کمترین نمره در بُعد فعالیت فیزیکی به ترتیب با میانگین (انحراف معیار) $2/03 (0/85)$ و $2/23 (0/86)$ به دست آمد. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بین

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره

سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	مبتلا به دیسمنوره میانگین (انحراف معیار)	غیرمبتلا به دیسمنوره میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی داری P-value	آزمون T*
نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	$2/67 (0/45)$	$2/77 (0/47)$	$0/03$	$2/08$
تغذیه	$2/82 (0/61)$	$2/82 (0/68)$	$0/93$	$0/8$
روابط بین فردی	$3/26 (0/57)$	$3/29 (0/59)$	$0/06$	$0/4$
مسئولیت پذیری سلامت	$2/35 (0/65)$	$2/42 (0/68)$	$0/3$	1
فعالیت فیزیکی	$2/03 (0/85)$	$2/23 (0/86)$	$0/02$	$2/2$
مدیریت استرس	$2/55 (0/65)$	$2/71 (0/68)$	$0/02$	$2/3$
خودشکوفایی	$3/03 (0/65)$	$3/17 (0/63)$	$0/03$	$2/1$

*آزمون تی مستقل

آزمون تی مستقل نشان داد خودکارآمدی بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره تفاوت آماری معنی داری نداشت ($0/2$) ($P=$). مقایسه فراوانی و درصد فراوانی خودکارآمدی در دو گروه در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

بیشترین افراد در هر دو گروه، مبتلا به دیسمنوره 116 نفر ($62/7$ درصد) و غیرمبتلا 126 نفر ($68/1$ درصد) خودکارآمدی خوب و در هر دو گروه تنها 1 نفر ($0/5$ درصد) خودکارآمدی ضعیفی داشتند. میانگین (انحراف معیار) خودکارآمدی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به ترتیب $2/88 (0/61)$ و $2/81 (0/54)$ بود. نتیجه

جدول ۳. مقایسه فراوانی و درصد فراوانی خودکارآمدی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره

خودکارآمدی	مبتلا به دیسمنوره فراوانی (درصد)	غیرمبتلا به دیسمنوره فراوانی (درصد)
ضعیف	$1 (0/5)$	$1 (0/5)$
متوسط	$44 (23/8)$	$46 (24/9)$
خوب	$116 (62/7)$	$126 (68/1)$
خیلی خوب	$24 (13)$	$12 (6/5)$

بحث

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر بیانگر آن است که نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ($P=0/038$) بین دو گروه از دانشجویان دختر مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه تفاوت آماری معنی داری داشت. همچنین در ابعاد فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس و خودشکوفایی تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه دیده شد، اما در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی و مسئولیت پذیری سلامت تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه دیده نشد. Abadi Babil و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره در ابعاد تغذیه، فعالیت فیزیکی، استرس و روابط اجتماعی تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. نتایج دو مطالعه در بُعد فعالیت فیزیکی و استرس همسو بودند (۲۷).

نمره کلی میانگین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در دانشجویان دختر مبتلا به دیسمنوره کمتر از غیرمبتلا بود و میانگین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در هر دو گروه نشان دهنده سطح متوسط رو به بالا دارد. Mirghafourvand و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای که در ایران روی زنان سنین باروری انجام دادند، نمره کلی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را در این زنان در محدوده متوسط گزارش کردند (۲۸). همچنین در پژوهش دیگری که در ایران روی زوج‌های نابارور صورت گرفته است، نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ۲/۴ بیان شده است (۱۱). در این مطالعات هر چند جامعه آماری متفاوت بود، نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در حد متوسط بود.

در هر دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره بیشترین نمره در بُعد روابط بین فردی و کمترین نمره در بُعد فعالیت فیزیکی به دست آمد. در مطالعه Mirghafourvand و همکاران (۲۰۱۵) بیشترین نمره گرفته شده در زیردامنه روابط بین فردی (۳/۰۸) و کمترین نمره در زیردامنه فعالیت فیزیکی (۲/۰۴) گزارش شده است (۲۸). این محققان در تحقیق دیگری بیشترین نمره گرفته شده را در زیردامنه تغذیه و کمترین نمره را در زیردامنه‌های فعالیت فیزیکی و مسئولیت پذیری سلامت گزارش کردند (۱۱). در مطالعه‌ای در

شهر اهواز بیشترین میانگین ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان سنین باروری مربوط به ابعاد مسئولیت پذیری در سلامت و خودشکوفایی و کمترین میانگین مربوط به بُعد فعالیت فیزیکی بوده است (۲۹). در مطالعه حاضر و سایر مطالعات، کمترین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت مربوط به بُعد فعالیت فیزیکی است. کمبود فعالیت فیزیکی در جوامع ما، در گروه‌های مختلف زنان می‌تواند به این خاطر باشد که زنان ما هنوز به باور و نگرش مثبت نسبت به انجام فعالیت فیزیکی-جسمانی نرسیده‌اند. کارشناسان عقیده دارند اگر فرد نگرش مثبتی نسبت به یک رفتار داشته باشد، آن رفتار را انجام خواهد داد (۳۰).

بنابراین تدوین سیاست‌ها، تنظیم مداخلات آموزشی و طراحی راهبردهایی به منظور ارتقای فعالیت فیزیکی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین می‌توان به الگوهای مذهبی مانع شونده از ورزش زنان اشاره کرد که با اختصاص دادن مراکز سرپوشیده برای زنان می‌توان این مشکل را حل کرد. بیشترین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در مطالعات مختلف متغیر بود. تفاوت در نتایج این مطالعات می‌تواند به دلیل تفاوت‌های محیطی-فرهنگی جوامع بررسی شده و جامعه آماری مختلف باشد.

میانگین خودکارآمدی در دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به ترتیب ۲/۸۸ و ۲/۸۱ بود. خودکارآمدی بین دو گروه دانشجویان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره تفاوت آماری معنی داری نداشت ($P=0/2$). میانگین خودکارآمدی در هر دو گروه نشان دهنده سطح متوسط رو به بالا است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به محدود بودن نمونه‌گیری بین دانشجویان یک دانشکده، زیاد بودن تعداد سؤالات و استفاده از نمونه‌گیری دردسترس اشاره کرد که تعمیم پذیری نتایج را کاهش می‌داد. همچنین درد پدیده‌ای ذهنی است و ممکن است درک هر فرد نسبت به آن متفاوت باشد. و عوامل مختلفی نظیر فرهنگ، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و ... در آن تأثیرگذار باشد. از آنجایی که دیسمنوره موجب مشکلات اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و

افزایش آگاهی، آموزش و ارائه راهکارهای مناسب به این دختران در زمینه ارتقای سبک زندگی سالم و به دنبال آن، بهبود کیفیت زندگی می‌توان کمک شایانی به این افراد کرد.

تقدیر و تشکر

از همکاری معاونت پژوهش و فناوری و دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تشکر و قدردانی می‌شود. مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1397.011 است.

تضاد منافع

سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Mohammadi B, Azamian Jazi A, Fathollahi Shourabeh F. The Effect of Aerobic Exercise Training and Detraining on Some of the Menstrual Disorders in Non-Athlete Students in Lorestan Universities. *The Horizon of Medical Sciences*. 2012; 18(2):5-12.
2. Berek JS NE. Berek and Novak's Gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
3. Darabi R, Aghamohammadi H, Jafari A, Sadegifard F, Haccopian G. Efficacy of Accupuncture in Control of Primary Dysmenorrhea Related Pain in 15-30 Years Old Women at the Gynecology Clinic of Bouali Hospital Between 2007 and 2008. *Journal of Medical Sciences*. 2010; 20(3):170-174.
4. Tavallaee M, Joffres MR, Corber SJ, Bayanzadeh M, Rad MM. The Prevalence of Menstrual Pain and Associated Risk Factors Among Iranian Women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2011; 37(5):442-451. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2010.01362.x> PMID:21208343
5. Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lefebvre G, et al. Prevalance of Primary Dysmenorehea in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecologycanada*. 2005; 27(8):765-770. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30728-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30728-9) [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30728-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30728-9)
6. French L. Dysmenorrhea. *American Family Physician*. 2005; 71(2):285.
7. Kumbhar SK, Reddy M, Sujana B, Reddy RK, Bhargavi DK, Balkrishna C. Prevalence of Dysmenorrhea Among Adolescent Girls (14-19 yrs) of Kadapa District and Its Impact on Quality of Life: A Cross Sectional Study. *National*

روانی گسترده‌ای می‌شود، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در دیگر مناطق جغرافیایی کشور انجام گیرد، سایر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بر روی دختران مبتلا به دیسمنوره بررسی شود، تأثیر شیوه‌های مختلف آموزشی (مانند پیام‌های تلفنی کوتاه، پمفلت‌های آموزشی، سی‌دی‌های آموزشی) بر بهبود سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت دانشجویان مبتلا به دیسمنوره بررسی شود. همچنین این تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بر روی دیگر گروه‌های زنان و دختران بررسی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد در دختران مبتلا به دیسمنوره نمره کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت کمتر از دختران غیرمبتلا بود. بنابراین با

- Journal of Community Medicine. 2011; 2(2):265-268.
8. Jamshidi F, Amir AA, Afrakhteh M, Talebi A. Comparing the Quality of Life in Women With and Without Primary Dysmenorrhea and Pain Reduction Strategies in Patients Referred to Shahid Beheshti Health Centers Affiliated With the University of Medical Sciences in Tehran in 1393. *Journal Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2016; 26(92):47-57.
9. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Charandabi SM. The Experiences of Women of Reproductive Age Regarding Health-Promoting Behaviours: A Qualitative Study. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):573. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-573> PMID:22846587 PMCID:PMC3490730
10. 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. *Health System Research*; 2011; 7(4).
11. Mirghafourvand M, Sehhati F, Rahimi M. Health-Promoting Lifestyle and Its Demographic Predictors in Infertile Couples Referred to Infertility Clinic of Tabriz Al-Zahra Hospital, 2013. *Journal of Caring Sciences*. 2014; 3(3):175-184.
12. Samiei Siboni F, Alimoradi Z, Sadegi T. Impact of Corrective Life Style Education Program on Controlling Stress Anxiety, and Depression in Hypertensive. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2013; 19(6):1-9.
13. Chang EY, Kim JS, Shin SJ. Health Promotion Lifestyle According to Self Perception of Obesity and Objective Status Measured by Bioelectric Impedance Analysis in College Women. *Journal of*

- Korean Academy of Nursing. 2009; 39(5):693-699. <https://doi.org/10.4040/jkan.2009.39.5.693> PMID:19901499
14. Cooper SM, Guthrie B. Ecological Influences on Health-Promoting and Health-Compromising Behaviors: A Socially Embedded Approach to Urban African American Girls' Health. *Family & Community Health*. 2007; 30(1):29-41. <https://doi.org/10.1097/00003727-200701000-00005>
 15. Corral L, Landrine H. Racial Discrimination and Health-Promoting vs. Damaging Behaviors Among African-American Adults. *Journal of Health Psychology*. 2012; 17(8):1176-1182. <https://doi.org/10.1177/1359105311435429> PMID:22313668
 16. Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of Health-Promotion Behaviors Among University of Medical Science Students. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011; 13(4):29-34.
 17. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish Language Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*. 1990; 39(5):268-273. <https://doi.org/10.1097/00006199-199009000-00003> PMID:2399130
 18. Kamrani Rad Z, Attarian F. Health-Promoting Lifestyle Among Mashhad School of Health Students, Mashhad, Iran, 2014. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2014; 2(3):195-204.
 19. Procter SB, Campbell CG. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2014; 114(7):1099-1103. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.05.005> PMID:24956993
 20. Marmot MG, Bell R. Action on Health Disparities in the United States: Commission on Social Determinants of Health. *JAMA*. 2009; 301(11):1169-1171. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.363> PMID:19293419
 21. Roosta F, Ahmadi A. Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors Among Women of Reproductive Ages in Shiraz During 2013. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2016; 24(2):90-100 <https://doi.org/10.18869/acadpub.sjimu.24.2.90>
 22. Unsal A, Ayranci U, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of Dysmenorrhea and Its Effect on Quality of Life Among a Group of Female University Students. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2010; 115(2):138-145. <https://doi.org/10.3109/03009730903457218> PMID:20074018 PMID:PMC2853792
 23. Charu S, Amita R, Sujoy R, Thomas GA. 'Menstrual Characteristics' and 'Prevalence and Effects of Dysmenorrhea' on Quality of Life of Medical Students. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2012; 4(4):276-294.
 24. Oral E, Kirkan T, Yazici E, Cansever MG, Aydin N. Premenstrual Symptom Severity, Dysmenorrhea, and School Performance in Medical Students. *Journal of Mood Disorders*. 2012; 2(4):143-152. <https://doi.org/10.5455/jmood.20120912035016>
 25. Morowatisharifabad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A, Ruchi GB, Ehrampoush MH. Self-Efficacy and Health Promotion Behaviors of Older Adults in Iran. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2006; 34(7):759-768. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.7.759>
 26. Barati Bakhtyari S. Investigating the Simple and Multiple Relationship Between Self-Efficacy, Self-Esteem and Self-Discovery Variables With Academic Performance in Third Year High School Students in Ahvaz City. MSc thesis. Ahvaz: Shahid Chamran University of Ahvaz; 1996.
 27. Abadi Babil D, Dolatian M, Mahmoodi Z, Akbarzadeh Baghban A. Comparison of Lifestyles of Young Women With and Without Primary Dysmenorrhea. *Electronic Physician*. 2016; 8(3):2107-2114. <https://doi.org/10.19082/2107> PMID:27123219 PMID:PMC4844476
 28. Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Charandabi SM, Majdzadeh R. A Population-Based Study of Health-Promoting Behaviors and Their Predictors in Iranian Women of Reproductive Age. *Health promotion international*. 2014; 30(3):586-594. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat086> PMID:24395956
 29. Abedi P, Jorfi M, Afshari P. Evaluation of the Health Promotion Lifestyle and Its Related Factors in Reproductive Aged Women in Ahvaz, Iran. *Community Health Journal*. 2017; 9(1):68-74.
 30. Tuteja AK, Talley NJ, Joos SK, Woehl JV, Hickam DH. Is Constipation Associated With Decreased Physical Activity in Normally Active Subjects?. *The American Journal of Gastroenterology*. 2005; 100(1):124-129. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.40516.x> PMID:15654791