

بررسی سبک زندگی مرتبط با سلامت و عوامل پیش بینی کننده آن در ساکنین شهر رشت در سال ۱۳۹۶

ابوالفضل اعتباریان خوراسگانی^۱، عاطفه قنبری خانقاه^۲، عزت پاریاد^۳، زهرا عطرکار روشن^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، 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
^۳ مربی، گروه پرستاری (داخلی - جراحی)، مرکز تحقیقات غربالگری و پیشگیری سرطان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
^۴ استادیار، گروه آمار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

نویسنده رابط: عاطفه قنبری خانقاه، رشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان،
تلفن: ۰۹۱۱۱۳۵۱۲۴۷، پست الکترونیک: at_ghanbari@gums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۲۹؛ پذیرش: ۹۸/۰۲/۳۱

مقدمه و اهداف: سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب کرده و به عنوان شاخصی است که می تواند در سلامت جسمی و روانی افراد تأثیرگذار باشد. مطالعه حاضر باهدف تعیین سبک زندگی مردم شهر رشت و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است.

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

یافته ها: بر اساس یافته های مطالعه ۵۰/۳٪ واحدهای پژوهش مرد و ۴۹/۷٪ زن بودند. از نظر سبک زندگی، میزان مصرف مشروبات الکلی ۱۳/۴٪، فعالیت فیزیکی ۵۴/۳٪، مصرف صبحانه ۹۵/۶٪، گوشت قرمز ۸۷/۷٪، میوه ۹۸/۴٪، نمک ۵۹/۶٪، غذای آماده ۴۵/۹٪ بود و ۷۰/۱٪ از مردم رشت هرگز مصرف دخانیات نداشتند. میانگین طول مدت خواب ساکنین $7/45 \pm 1/63$ ساعت بود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته ها، ارتقای سطح آگاهی و دانش تغذیه ای، آگاهی از مضرات استعمال دخانیات، در دسترس بودن مواد غذایی سالم و ارزان، فراهم نمودن امکانات فعالیت فیزیکی جهت ارتقای سبک زندگی اهمیت به سزایی دارد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، دخانیات، مشروبات الکلی، فعالیت فیزیکی، عادات غذایی

مقدمه

در قرن بیست و یکم با صنعتی شدن جهان و افزایش طول عمر شاهد تغییر در سبک زندگی مردم در سراسر جهان هستیم (۱) با این تغییرات بیماری های عفونی که در گذشته عامل اصلی مرگومیر بوده کاهش یافته و جای خود را به بیماری های مزمن داده، که درمان آن ها با دارو بسیار مشکل و هزینه بر است (۱).

سبک زندگی فعالیت های عادی و معمولی روزمره ای است که افراد آن ها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته اند به طوری که این فعالیت ها روی سلامت افراد، کیفیت زندگی آن ها و پیشگیری از بیماری ها مؤثر است (۲). سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی توصیف نموده و آن را دربرگیرنده رفتارهایی می داند که سلامت انسان را تضمین می کنند. این رفتارها ابعاد مختلفی از زندگی مانند رژیم غذایی، فعالیت بدنی، حفظ وزن و مصرف الکل و سیگار را شامل می شوند (۳). امروزه اکثر مشکلات بهداشتی، انواع بیماری های مزمن مانند چاقی، انواع

سرطان ها و پرفشاری خون، دیابت و مرگومیر ناشی از آن ها با دگرگونی های سبک زندگی ارتباط دارد و نتیجه رفتارهای افراد و سبک زندگی آن ها است (۴).

سازمان جهانی بهداشت در اجلاس جهانی شیوه زندگی سالم عنوان کرد که در حال حاضر ۶۰ درصد از مرگومیر جهانی و ۸۰ درصد از مرگومیر کشورهای در حال توسعه، به دلیل سبک زندگی ناسالم است و این احتمال تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ درصد مرگومیر جهانی خواهد رسید (۵).

بر اساس گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰، از حدود ۳۸۰ هزار مرگ، حداقل ۱۸۰ هزار مورد به هفت منشأ اصلی مرگ (مصرف سیگار و قلیان، تغذیه ناسالم، کم تحرکی، چاقی، فشارخون بالا، افزایش قند خون و کلسترول بالای خون) مرتبط هستند (۶). بر اساس یک مطالعه بزرگ جمعیتی در تهران، دوسوم زنان سالخورده ایرانی دارای اضافه وزن یا چاق هستند که عمدتاً به رژیم غذایی ناسالم و فعالیت بدنی مرتبط هستند (۱). در ارتباط

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 (۹). معیار ورود به این مطالعه عبارت‌اند از: محدوده ۱۸ سال و بالاتر، فقدان زوال عقل، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم قرارگیری در معرض مشکلات روحی (مرگ عزیزان، حوادث و آسیب‌های ناشی از رانندگی، درگیری‌های شدید و جراحات بزرگ) در ۶ ماه گذشته و همچنین کسانی که تمایل به همکاری نداشتند برای نمونه‌گیری انتخاب نشدند. برای تسهیل در جمع‌آوری داده‌ها از چهار همکار که از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و آشنا به محلات شهر رشت بودند، کمک گرفته شد که قبل از نمونه‌گیری در طی جلساتی آموزش‌های لازم در ارتباط با نحوه استفاده از ابزار داده شد. نمونه‌گیری در تمام روزهای هفته و در دو شیفت صبح و عصر انجام شد و اندازه‌گیری قد و وزن کلیه شرکت‌کنندگان با دستگاه دیجیتال اندازه‌گیری وزن و متر نواری انجام گردید و از طریق مصاحبه پرسشنامه‌ها تکمیل گردیدند. پرسشنامه مذکور شامل مشخصات جمعیت شناختی و سؤالات مربوط به سبک زندگی مرتبط با سلامت بود که بخش مشخصات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، شاخص توده بدنی، قومیت، وضعیت تأهل، داشتن فرزند، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات، مهاجرت، شغل، درآمد ماهیانه و ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر بود و سؤالات مربوط به سبک زندگی مرتبط با سلامت که برای سنجش آن از پرسشنامه‌ای که برگرفته از پرسشنامه سلامت رفتاری دانشگاه لندن است و پنج بعد سبک زندگی شامل: مصرف سیگار/قلیان، مشروبات الکلی، عادت غذایی، خواب، فعالیت فیزیکی را موردبررسی قرار می‌دهد، مورد استفاده قرار گرفت. که برای هرکدام از موارد مصرف سیگار و قلیان به‌طور جداگانه دامنه پاسخ‌ها از ۱ (هرگز) تا ۸ (بیش از ۲۰ بار در روز) بود که در مجموع دامنه نمره ۱۶-۲ را برای مصرف دخانیات ایجاد می‌کنند، برای مشروبات الکلی دامنه پاسخ‌ها از ۱ (عدم مصرف) تا ۴ (مصرف مداوم)، برای فعالیت فیزیکی دامنه پاسخ‌ها از ۱ (هرگز) تا ۵ (هرروز) برای مصرف صبحانه و گوشت قرمز و میوه دامنه پاسخ‌ها از ۱ (هرگز) تا ۵ (هر روز) برای مصرف نمک و غذاهای آماده مصرف (سوسیس، کالباس، کنسرو و غیره) دامنه پاسخ‌ها از ۱ (هرگز) تا ۴ (معمولاً) بود و برای مصرف غذاهای کم چرب و غذاهای فیبردار و همچنین تلاش برای کاهش یا افزایش وزن و داشتن رژیم غذایی برای کاهش یا افزایش وزن از سؤالات بلی/خیر استفاده گردید. برای اندازه‌گیری تعداد وعده غذای اصلی و میان

بااهمیت سبک زندگی ذکر این نکته کافی است که چهار عامل مهم اثرگذار بر سلامتی عبارت‌اند از: وراثت (۱۶٪)، مراقبت‌های بهداشتی (۱۰٪)، محیط‌زیست (۲۱٪) و سبک زندگی (۵۱٪) که در بین موارد ذکرشده، سبک زندگی تنها عاملی است که به‌طور مستقیم بر سلامتی افراد تأثیر گذاشته و هر فرد به‌راحتی می‌تواند آن را کنترل کند (۳). بسیاری از رفتارهای تهدیدکننده سلامت که ناشی از سبک زندگی ناسالم هستند اگر به‌موقع شناسایی و تغییر داده شوند، از بروز پیامدهای خطرناک آن‌ها برای سلامتی پیشگیری می‌شود (۵).

مطالعات انجام‌شده در حوزه سلامت نشان می‌دهند که سبک زندگی می‌تواند با ویژگی‌های فردی-اجتماعی افراد مانند جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه خانواده و سطح اجتماعی-اقتصادی آن‌ها ارتباط داشته باشد (۷، ۶). جوامعی که با کمک ارتقای سلامت و سبک زندگی در پی رسیدن به توسعه پایدار هستند، متأسفانه با مشکل اساسی ناشناخته ماندن ساختارهای سبک زندگی مواجه‌اند و چون درک صحیحی از سبک زندگی افراد جامعه خود ندارند، قادر به انتخاب برنامه یا استراتژی مناسب نیستند لذا این مسئله باعث صرف هزینه‌های اقتصادی گزاف در حوزه بهداشت می‌شود، که باوجود اختصاص بودجه‌های کلان، مشکل ابتلا به بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی همچنان ادامه می‌یابد (۸). از طرف دیگر سبک زندگی افراد تحت تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی قرار دارد که نیاز است هر منطقه‌ای به‌طور مجزا از نظر سبک زندگی و عوامل خطر مربوط به آن بررسی گردد. پژوهشگران در مطالعه حاضر بر این باورند که با شناخت سبک زندگی و تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده آن گامی را جهت اصلاح سبک زندگی در جامعه بردارند.

روش کار

این مطالعه به‌صورت مقطعی-تحلیلی بروی ۱۰۰۰ نفر از ساکنین شهر رشت با استفاده از اطلاعات سرشماری شهرداری رشت، به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام گردید. به‌این ترتیب که پنج منطقه شهرداری با توجه به جمعیت هر منطقه به‌عنوان طبقات مطالعه در نظر گرفته شدند. هر طبقه شامل ۱۱ محله است که محلات به‌عنوان خوشه‌های آن طبقه در نظر گرفته‌شده و در هر خوشه مکان‌های بزرگ عمومی، خصوصی، مذهبی و اجتماعات محلی به‌صورت تصادفی انتخاب‌شده و با توجه به وزن‌های متناسب با تعداد افراد آن خوشه (توزیع جمعیتی)، نمونه‌ها به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. در انتخاب نمونه‌ها

مثبت ایجاد نکردند. شاخص‌های فردی-اجتماعی به‌طور خلاصه در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. نتایج حاکی از آن بود که ۹۳/۴ درصد نمونه‌ها مصرف دخانیات نداشتند و ۳۸ درصد نمونه‌ها در معرض دود فرد سیگاری در خانواده‌شان بودند. ۵۳ درصد نمونه‌ها تمایل داشتند که میزان فعالیت ورزشی خود را افزایش دهند. میانگین و فراوانی ابعاد سبک زندگی در جدول شماره ۲ به‌طور خلاصه نمایش داده شده است. نتایج حاصل از آزمون ارتباطی پیرسون نشان داد که بین سن، شاخص توده بدنی، تعداد کل افراد خانواده و تحصیلات با ابعاد سبک زندگی ارتباط وجود دارد که در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است و آزمون آماری independent sample t test نشان داد که بین شاخص‌های جمعیت شناختی با ابعاد سبک زندگی ارتباطی وجود دارد که در جدول شماره ۴ نشان داده شد. برای تعیین پیش‌بینی کننده‌های سبک زندگی متغیرهای با $(P < 0/2)$ در رگرسیون خطی با روش ENTER بررسی گردید. که نتایج در جدول شماره ۵ شرح داده شده است.

وعده مصرفی و میانگین مدت خواب در طول یک شبانه‌روز از سؤال باز استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. از روش‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل و رگرسیون خطی به روش ENTER برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

از میان ۱۳۲۲ پرسشنامه جمع‌آوری شده ۳۲۲ پرسشنامه به دلیل نقص در تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگر، عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش و همچنین پرسشنامه‌های مازاد بر نیاز هر محله به‌طور تصادفی کنار گذاشته شد. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $43/73 \pm 15,55$ سال بود که $30/6$ درصد نمونه‌ها حداقل به یکی از انواع بیماری‌های غیرواگیر جسمی (دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های تنفسی و سایر بیماری‌ها) مبتلا بوده‌اند، این در حالی است که در حدود $26/14$ درصد از مبتلایان علاوه بر ابتلا به بیماری در سبک زندگی خود تغییر

جدول شماره ۱- فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی (N=1000)

فراوانی (%)	
جنس	
مرد	۵۰۳(۵۰/۳)
زن	۴۹۷(۴۹/۷)
سن	
جوان (۱۸-۲۹)	۲۳۰(۲۳)
میان‌سال (۳۰-۵۹)	۶۰۷(۶۰/۷)
سالمند	۱۶۳(۱۶/۳)
شاخص توده بدنی	
کمبود وزن (<۱۸/۵۰)	۲۲(۲/۲)
وزن مناسب (۱۸/۵۰-۲۴/۹۹)	۴۲۳(۴۲/۳)
اضافه وزن (۲۵-۲۹/۹۹)	۳۷۸(۳۷/۸)
چاق (>۲۵)	۱۷۷(۱۷/۷)
قومیت	
گیلک	۸۱۶(۸۱/۶)
سایرین (فارسی، ترک و تاش و سایر)	۱۸۴(۱۸/۴)
تحصیلات	
بی‌سواد	۷۴(۷/۴)
زیر دیپلم	۳۱۴(۳۱/۴)
دیپلم	۳۱۰(۳۱)
کاردانی/کارشناسی	۲۶۹(۲۶/۹)
کارشناسی ارشد/ دکتری	۳۳(۳/۳)
شغل	

۳۲(۳/۲)	کارگر
۸۹(۸/۹)	کارمند
۱۴۵(۱۴/۵)	بازنشسته
۷۷(۷/۷)	دانشجو
۴۷(۴/۷)	بیکار/ جویای کار
۲۵۱(۲۵/۱)	خانه‌دار
۳۲۰(۳۲)	آزاد
۱۹(۱/۹)	سایر
<hr/>	
	وضعیت تأهل
۲۴۸(۲۴/۸)	مجرد
۶۹۲(۶۹/۲)	متأهل
۲۴(۲/۴)	جداشده از همسر
۳۶(۳/۶)	همسر فوت‌شده
<hr/>	
	دارا بودن فرزند
۲۹۷(۲۹/۷)	دارد
۷۰۳(۷۰/۳)	ندارد
<hr/>	
	تعداد افراد خانواده
۷۳۷(۷۳/۳)	<۴
۲۶۳(۲۶/۳)	>۴
<hr/>	
	دریافت حقوق ماهیانه
۴۳۳(۴۳/۳)	دارد
۵۶۷(۵۶/۷)	ندارد
<hr/>	
	مهاجرت طی ۵ سال گذشته
۱۱۰(۱۱)	دارد
۸۹۰(۸۹)	ندارد

جدول شماره ۲- تجزیه و تحلیل توصیفی ابعاد سبک زندگی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	فراوانی (%)
	ن		
دخانیات (دامنه نمره: ۱۶-۲)	۳/۵۹	۲/۸۵	—
مشروبات الکلی (دامنه نمره: ۱-۴)	۱/۲۰	۰/۵۶	—
فعالیت فیزیکی (دامنه نمره: ۱-۵)	۲/۵۳	۱/۶۰	—
طول مدت خواب	۷/۴۵	۱/۶۳	—
تعداد وعده غذای اصلی	۲/۸۶	۰/۴۳	—
میان وعده	۰/۹۰	۰/۹۷	—
مصرف گوشت قرمز (دامنه نمرات: ۱-۵)	۲/۷۰	۱/۰۷	—
مصرف صبحانه (دامنه نمرات: ۱-۵)	۴/۴۷	۱/۰۸	—
مصرف میوه (دامنه نمرات: ۱-۵)	۴/۵۴	۰/۸۶	—
مصرف نمک (دامنه نمرات: ۱-۴)	۲/۱۸	۱/۱۹	—
مصرف غذای آماده (دامنه نمرات: ۱-۴)	۱/۷۰	۰/۹۲	—
مصرف غذای فیبردار			
بله			۷۷۲(۷۷/۲)
خیر			۲۲۸(۲۲/۸)
مصرف غذای کم چرب			
بله			۶۳۲(۶۳/۲)

خیر	۳۶۸(۳۶/۸)
تلاش برای کاهش یا افزایش وزن	
بله	۵۵۶(۵۵/۶)
خیر	۴۴۴(۴۴/۴)
دارا بودن رژیم غذایی برای کاهش یا افزایش وزن	
بله	۲۵۲(۲۵/۲)
خیر	۷۴۸(۷۴/۸)

جدول شماره ۳ - همبستگی نمره ابعاد سبک زندگی با متغیرهای کمی مورد پژوهش (آزمون پیرسون)

متغیرهای کمی مورد پژوهش	ابعاد سبک زندگی								
	دخانیت	مشروبات الکلی	فعالیت فیزیکی	خواب	صبحانه	مصرف گوشت قرمز	مصرف میوه	مصرف نمک	مصرف غذای آماده
سن	r	-۰/۱۶	-۰/۱۵	-۰/۰۳۲	-۰/۱۲	۰/۲۳	-۰/۰۴	-۰/۲۹	-۰/۰۳۷
	p	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰
شاخص توده بدنی	r	-۰/۱۰	-۰/۰۵	-۰/۰۲۴	-۰/۰۶	۰/۵۶	۰/۰۴	-۰/۱۱	۰/۱۱
	p	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰
تعداد کل افراد خانواده	r	۰/۰۰	-۰/۰۲	-۰/۰۱۴	-۰/۰۹	۰/۰۸	-۰/۰۴	۰/۰۰	-۰/۰۰۶
	p	۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۶۶۱	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	۰/۹۰	*۰/۰۰۳
تحصیلات	r	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۲۱۶	۰/۰۳	-۰/۰۶	۰/۱۱	۰/۱۶	۰/۱۹
	p	۰/۴۳	*۰/۰۰۴	*۰/۰۰	۰/۳۳	۰/۰۵	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰

*Statistically significant at p < 0.05.

جدول شماره ۴ - مقایسه نمره ابعاد سبک زندگی برحسب متغیر جمعیت شناختی (آزمون t مستقل)

متغیرها	n	Mean	SD	d	Mean	SD	d	Mean	SD	d	Mean	SD	d	Mean	SD	d	Mean	SD	d	Mean	SD	d	Mean	SD	d	Mean	SD	d
جنس	مرد	۵۰۳	۴۷۱	۲۳۵	۱/۳۴	۱/۶۰	۰/۱۰*	۱/۳۴	۱/۵۸	۰/۰۱*	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۱*	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۱*	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۱*	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۱*	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۱*	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۱*
	زن	۴۹۷	۲۳۵	۱/۷۶	۱/۰۷	۰/۶۸	۰/۰۰	۱/۰۷	۱/۵۸	۰/۰۰	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۰	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۰	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۰	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۰	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۰	۱/۴۲	۱/۵۸	۰/۰۰
قومیت	گیلک	۸۱۶	۳۵۵	۲۷۸	۱/۳۱	۱/۶۱	۰/۰۶	۱/۳۱	۱/۵۸	۰/۰۶	۱/۳۱	۱/۵۸	۰/۰۶	۱/۳۱	۱/۵۸	۰/۰۶	۱/۳۱	۱/۵۸	۰/۰۶	۱/۳۱	۱/۵۸	۰/۰۶	۱/۳۱	۱/۵۸	۰/۰۶	۱/۳۱	۱/۵۸	۰/۰۶
	سایرین	۸۴	۲۷۵	۲۱۵	۱/۱۹	۱/۵۲	۰/۰۴	۱/۱۹	۱/۵۲	۰/۰۴	۱/۱۹	۱/۵۲	۰/۰۴	۱/۱۹	۱/۵۲	۰/۰۴	۱/۱۹	۱/۵۲	۰/۰۴	۱/۱۹	۱/۵۲	۰/۰۴	۱/۱۹	۱/۵۲	۰/۰۴	۱/۱۹	۱/۵۲	۰/۰۴
شغل	ندارد	۳۷۵	۲۸۱	۲۳۰	۱/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰*	۱/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰*	۱/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰*	۱/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰*	۱/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰*	۱/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰*	۱/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰*	۱/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰*
	دارد	۶۱۵	۴۰۵	۳۰۴	۱/۳۶	۱/۶۳	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۶۳	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۶۳	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۶۳	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۶۳	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۶۳	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۶۳	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۶۳	۰/۰۰*
داشتن فرزند	دارد	۷۰۳	۳۲۷	۲۶۹	۱/۱۴	۱/۴۸	۰/۰۰*	۱/۱۴	۱/۴۸	۰/۰۰*	۱/۱۴	۱/۴۸	۰/۰۰*	۱/۱۴	۱/۴۸	۰/۰۰*	۱/۱۴	۱/۴۸	۰/۰۰*	۱/۱۴	۱/۴۸	۰/۰۰*	۱/۱۴	۱/۴۸	۰/۰۰*	۱/۱۴	۱/۴۸	۰/۰۰*
	ندارد	۲۶۷	۴۳۳	۳۶۶	۱/۳۶	۱/۷۰	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۷۰	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۷۰	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۷۰	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۷۰	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۷۰	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۷۰	۰/۰۰*	۱/۳۶	۱/۷۰	۰/۰۰*

وضعیت تأهل	متاهل	مجرد	دارد	ندارد	داشتهن مهاجرت طی ۵ سال گذشته	بله	خیر	میتلا بودن به بیماری غیر واگیر	بله	خیر
	۱۷۰	۵۰	۸۷۰	۶۶۰	۱۷۰	۱۸۰	۱۸۰	۸۶۰	۸۷۰	۱۷۰
	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰
	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰
	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰
	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰	۱۱۰

SD: standard deviation.*Statistically significant at p < 0.05.

جدول شماره ۵- برآورد ضرایب رگرسیونی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی با ابعاد سبک زندگی (کل مناطق)

پیش‌بینی کننده‌ها	β	B	95%ci	P value	R2	Adjusted R2
سن	-۰/۰۲۶	-۰/۱۴۰	(-۰/۰۴۱، -۰/۰۱۱)	۰/۰۰۱	۰/۱۹۹	۰/۱۹۳
جنس(زن نسبت به مرد)	-۲/۱۱۱	-۰/۳۷۰	(-۲/۴۸۶، -۱/۷۳۷)	۰/۰۰۰		
وضعیت تأهل(متاهل نسبت به مجرد)	-۰/۵۸۳	۰/۰۹۴	(-۱/۰۶۵، ۰/۱۰۰)	۰/۰۱۸		
جنس(زن نسبت به مرد)	-۰/۳۴۸	-۰/۲۱۹	(-۰/۳۲۷، -۰/۱۶۹)	۰/۰۰۰	۰/۰۹۳	۰/۰۸۸
سن	-۰/۰۰۳	-۰/۰۹۶	(-۰/۰۰۷، ۰/۰۰۰)	۰/۰۳۳		
تحصیلات	۰/۳۳۷	۰/۲۱۰	(۰/۲۲۵، ۰/۴۴۸)	۰/۰۰۰	۰/۰۵۷	۰/۰۵۱
تعداد افراد خانواده	-۰/۰۹۷	-۰/۰۸۰	(-۰/۱۷۳، -۰/۰۲۰)	۰/۰۱۳	۰/۰۳۵	۰/۰۲۸
تحصیلات	۰/۲۸۹	۰/۲۶۸	(۰/۲۱۱، ۰/۳۶۶)	۰/۰۰۰	۰/۱۴۹	۰/۱۴۱
سن	-۰/۰۱۱	-۰/۰۲۷	(-۰/۰۹۷، ۰/۰۲۲۱)	۰/۰۰۱		
سن	۰/۰۱۵	۰/۲۱۶	(۰/۰۰۹، ۰/۰۲۲)	۰/۰۰۰		
تحصیلات	۰/۰۹۷	۰/۰۸۹	(۰/۰۲۰، ۰/۰۹۹)	۰/۰۱۳	۰/۰۶۶	۰/۰۵۸
نداشتن فرزند	-۰/۳۵۹	-۰/۱۰۹	(-۰/۵۰۴، -۰/۰۱۵)	۰/۰۳۸		
تحصیلات	۰/۱۲۲	۰/۱۴۱	(۰/۰۵۹، ۰/۱۸۴)	۰/۰۰۰		
جنس(زن نسبت به مرد)	۰/۱۴۶	۰/۰۸۵	(۰/۰۲۲، ۰/۲۷۰)	۰/۰۲۱	۰/۰۴۲	۰/۰۳۴
قومیت(گیلک نسبت به سایرین)	-۰/۰۵۷	-۰/۰۶۹	(-۰/۱۰۷، -۰/۰۰۷)	۰/۰۲۷		
قومیت(گیلک نسبت به سایرین)	۰/۱۹۴	۰/۱۰۴	(۰/۰۶۳، ۰/۳۲۴)	۰/۰۰۴		
سن	-۰/۰۱۵	-۰/۱۹۸	(-۰/۰۲۲، -۰/۰۰۸)	۰/۰۰۰	۰/۱۰۳	۰/۰۹۵
نداشتن مهاجرت	۰/۲۷۵	۰/۰۷۲	(۰/۰۴۷، ۰/۵۰۳)	۰/۰۱۸		
سن	-۰/۰۱۸	-۰/۳۰۳	(-۰/۰۲۳، -۰/۰۱۳)	۰/۰۰۰	۰/۱۵۲	۰/۱۴۴

β, standardised regression coefficients as beta; B, unstandardised regression coefficients; CI, confidence intervals; R2, R-squared.

*Statistically significant at p < 0.05.

به‌طوری‌که میزان مصرف دخانیات در مردان نسبت به زنان بیشتر بوده است که با سایر مطالعات انجام‌شده در ایران همسو است (۱۳-۱۱). چراکه معمولاً استعمال سیگار توسط خانم‌ها در ایران یک رفتار غیراجتماعی محسوب می‌شود و همین موضوع ممکن است باعث آن شود که زنان به عدم استعمال سیگار در مجامع عمومی و به‌صورت آشکار روی آورده که آمار دقیقی از این دسته افراد وجود ندارد (۱۴). یافته‌ها نشان داده است که بین سن با

بحث

در مطالعه حاضر تقریباً یک چهارم نمونه‌ها استعمال دخانیات (مصرف سیگار و قلیان) داشتند که با برخی از مطالعات انجام‌شده در ایران (۱) همخوانی دارد اما در مقایسه با کشورهای غربی آمار بالاتری را نشان می‌دهد (۱۰). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میزان مصرف دخانیات و جنسیت ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

و نداشتن سرگرمی قلمداد کردند (۲۳). یافته‌ها نشان داد افرادی که حقوق ماهیانه دریافت می‌کردند نسبت به افرادی که در ماه حقوقی دریافت نمی‌کردند، میزان مصرف مشروبات الکلی بیشتری داشتند که با مطالعه صالحی و همکاران در شیراز (۱) همسو است. در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات با مصرف مشروبات الکلی ارتباط معنی‌دار مستقیم وجود دارد. بر اساس مطالعه کوهورت که توسط کامیلیا و همکاران در کشور آمریکا انجام شد نتایج حاکی از آن بود که با افزایش سطح تحصیلات، میزان مصرف مشروبات الکلی افزایش می‌یابد (۲۴).

در بررسی بعد دیگر سبک زندگی، یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره فعالیت فیزیکی در سطح متوسط قرار دارد که با مطالعه صالحی و همکاران در شهر شیراز (۲۵) همخوانی دارد. و همچنین بین جنسیت با فعالیت فیزیکی ارتباط معنی‌دار مشاهده شد که با بسیاری از مطالعات در ایران و جهان همسو است (۲۶-۲۸). از نظر پژوهشگر علت این امر را می‌توان شرایط اجتماعی و فرهنگی حاکم بر جامعه ایران دانست که زنان تمایل کمتری برای انجام فعالیت فیزیکی به‌خصوص در مکان‌های تفریحی و پارک‌ها نسبت به مردان داشته‌اند. در مطالعه حاضر تحصیلات به‌عنوان یکی از متغیرهای پیشگویی‌کننده فعالیت فیزیکی معرفی شد به طوری که آن‌هایی که تحصیلات بالاتری دارند، از نظر فعالیت فیزیکی فعال‌ترند که با برخی از مطالعات انجام‌شده در این زمینه همسو است (۲۹، ۳۰).

در مطالعه حاضر بین وضعیت تأهل با فعالیت فیزیکی ارتباط معنی‌داری وجود داشت به طوری که میزان فعالیت فیزیکی در گروه مجرد نسبت به متأهل بیشتر بود که با مطالعه افتخار و همکاران در شهر همدان (۳۱) و مطالعه برجی و همکاران در ایلام (۳۲) همسو است.

در مطالعه حاضر سن به‌عنوان عوامل پیش‌گویی‌کننده مصرف غذای آماده معرفی گردید. به طوری که با افزایش سن مصرف غذاهای آماده کاهش یافته است که با برخی از مطالعات انجام‌شده در این زمینه همسو است (۳۳، ۳۴). با توجه به این نتایج می‌توان بیان کرد مشغول بودن گروه‌های سنی پایین به کار و تحصیل و نداشتن فرصت برای انجام آشپزی‌های طولانی‌مدت را می‌توان گرایش مصرف غذاهای آماده دانست و همچنین جوانان به علت طعم ویژه این غذاها را لذیذتر از غذاهای سنتی می‌دانند.

طول مدت خواب یکی از عوامل مؤثر بر سلامتی و ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر است به طوری که مدت‌زمان خواب کوتاه و

میزان مصرف دخانیات ارتباط معکوس وجود داشته و سن به‌عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده معرفی شد که با بسیاری از مطالعات انجام‌شده در ایران (۱۶، ۱۵) همسو است.

در مطالعه حاضر ۱۱/۴٪ سابقه مصرف مشروبات الکلی داشتند که مطالعه مشابه در این زمینه میزان مصرف مشروبات الکلی را ۱۱/۶٪ گزارش دادند (۱). با توجه به محدودیت‌های اجتماعی مصرف مشروبات الکلی در ایران، قابل‌توجه است که شرکت‌کنندگان کمتری برای پاسخ‌دهی به میزان مصرف مشروبات الکلی تمایل به همکاری داشته باشند، اما با این حال، گزارش این میزان مصرف مشروبات الکلی نیز نگران‌کننده است و نیاز به استراتژی بهتر برای درک و مقابله با الگوهای نوشیدن مشروبات الکلی در ایران و در نتیجه کاهش اثرات مضر مصرف الکل وجود دارد.

یافته‌ها حاکی از آن بود که با افزایش سن، میزان مصرف مشروبات الکلی کاهش می‌یابد که با مطالعاتی که پیش‌از این انجام‌شده است، همخوانی دارد (۱۷، ۱۸) و همچنین نتایج نشان داد که مصرف مشروبات الکلی در مردان نسبت به زنان بیشتر است که با سایر مطالعات انجام‌شده در ایران همسو است (۲۰، ۱۹).

نتایج نشان داده است که میزان مصرف دخانیات و مشروبات الکلی در گروه مجرد نسبت به متأهل بیشتر است، که با مطالعه ناظمی و همکاران در شاهرود همسو است و همچنین بین شغل با مصرف دخانیات و مشروبات الکلی ارتباط معنی‌داری وجود داشت به طوری که افراد گروه بیکار نسبت به شاغل مصرف دخانیات بیشتری داشتند که با بسیاری از مطالعات انجام‌شده در ایران همخوانی دارد (۲۲، ۲۱). از نظر پژوهشگر دلیل این امر را می‌توان به پدیده بیکاری نسبت داد چراکه بیکاری در دو بعد جسمی و روانی بر روی شیوع مصرف دخانیات تأثیرگذار است در بعد جسمی چون فرد شاغل زمان زیادی را صرف کار و فعالیت می‌کند، زمان کمتری برای انجام تفریحات ناسالم از جمله مصرف دخانیات دارد، از نظر بعد روانی، پدیده بیکاری به لحاظ فشارهای اقتصادی، اجتماعی که بر روی فرد می‌گذارد، ممکن است که سبب آن شود، فرد برای تسکین روحی و روانی به سمت مصرف دخانیات تمایل پیدا کند.

علاوه بر این میزان مصرف مشروبات الکلی و دخانیات در گروه‌هایی که فرزند ندارند، نسبت به گروه دارای فرزند بیشتر است. که می‌توان علت این امر را به بیکاری و نداشتن سرگرمی مرتبط دانست چراکه مهرالحسنی و همکاران طی مطالعه خود در رفسنجان عامل اصلی گرایش به مصرف مشروبات الکلی را بیکاری

دانش و مهارت جامعه درباره نقش سبک زندگی و تأثیر آن بر سلامتی تا حد زیادی جامعه را به سمت سبک زندگی سالم سوق داده و از بروز و تشدید بیماری‌های مختلف پیشگیری نمود. علاوه بر این تداوم برنامه‌های نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در کشور، جهت فراهم‌سازی امکان انجام مطالعات ارزشمند طولی در روند زمان، تغییر الگوهای سبک زندگی، سنجش تأثیر مداخلات مختلف و نیز در اختیار نهادن اطلاعات وسیع‌تر به‌منظور طراحی برنامه‌های پیشگیری، توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که مطالعات متمرکزی در ارتباط با الگوی سبک زندگی در مقایسه با سایر استان‌های کشور انجام گردد تا بتواند داده‌های لازم را در زمینه‌ی مقابله مؤثرتر در این ارتباط فراهم آورد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی- جراحی دانشکده پرستاری شهید بهشتی رشت است که با شماره IR.GUMS.REC.1396.201 در کمیته 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 شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

کیفیت خواب ضعیف همراه با افزایش خطر ابتلا به سکته مغزی وحدت زمان خواب کمتر خطر ابتلا به چاقی و افزایش وزن را افزایش می‌دهد که از عوامل خطر ابتلا به بیماری قلبی - عروقی هستند (۳۵). در ارتباط با طول مدت خواب، (۴/۷۳٪) از جامعه آماری به‌طور میانگین ۶-۸ ساعت در طول روز طول مدت خوابشان بود که با مطالعه صالحی و همکاران در شیراز (۱) همخوانی داشت که این میزان خواب در دسته‌بندی رفتار سالم در بعد خواب در نظر گرفته می‌شود (۳۶). در مطالعه حاضر برای انجام نمونه‌گیری، خوشه‌های نمونه‌گیری که محلات شهر رشت بودند، بر اساس تقسیمات شهرداری رشت انتخاب شدند که این تقسیمات صرفاً بر اساس نزدیکی جغرافیایی بود، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، محلات بر اساس سطح رفاهی و میزان ثروت دسته‌بندی شده و ابعاد سبک زندگی را در مناطق مختلف اقتصادی و اجتماعی مورد بررسی قرار داده و مقایسه شوند. علاوه بر این با توجه به تفاوت فرهنگ‌های بومی هر منطقه بر ابعاد سبک زندگی توصیه می‌شود مطالعه با جمعیت بیشتر و دربرگیرنده طیف بیشتری از ابعاد سبک زندگی در دیگر مناطق ایران انجام شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌ها نشان داده‌اند که سبک زندگی افراد به‌خصوص در سنین بالا نیاز به توجه ویژه‌ای دارد که با افزایش

منابع

- Salehi A. The role of social capital in shaping the wellbeing and lifestyle behaviours of young Iranian women: Griffith University; 2015.
- Mehrabadi FE, Pakgohar M, Asadi S, Haghani H. Related Its and Osteoporosis With People Elderly of Lifesty. *iranian Journal of Ageing*. 2017; 12: 132-45.
- Aghamolaei T, Davoodi SH, Madani A, Safari-Moradabadi A, Dadipoor S. Lifestyle of Hormoz Island Residents: A Cross-Sectional Study. *Journal of Education and Community Health*. 2018; 4.
- Chinekesh A, Hoseini SA, Shahbolaghi FM, Motlagh ME, Eftekhari MB, Ardalan G, et al. A comprehensive health plan: The lifestyle affecting factors in iranian youth. *International Journal of Preventive Medicine*. 2018; 9: 1.
- Mansour S M, Bagheri F. Predicting Health promoting lifestyle from health locus of control and attachment style. *Health Psychology*. 2017; 6: 131-44.
- Rastegar yadaki M, ZendeYavari, Mazlom SR. Health-promoting lifestyle and its related factors among health volunteers Mashhad in 2015. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2015; 3:48-55.
- Hasanpour L, Zohari AS, Safari M, Naderiravesh N, KHodakarim S. Factors associated with nurses' lifestyles in nurses of Tehran hospitals in 2012. 2016.
- Sharafkhani N, Mirzaei H, Rezaei H, Eslami A A. Survey and predicting the balancing aspects of life style in relation with the blood pressure in urban population has over 30 years in Buin Miandasht / Esfahan. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018; 16: 22-9.
- Statistical Center of Iran. 2016. Available from: <https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses>.
- Violence WHODO, Prevention I, Violence WHO, Prevention I, Organization WH. Global status report on road safety: time for action: World Health Organization; 2009.
- 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: 29-35.
- 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: 241-6.
- 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.
- 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.
15. 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: 91-7.
 16. 16. Meysamie A, Ghaletaki R, Haghazali M, Asgari F, Rashidi A, Khalilizadeh 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;tc. 2009. 030759.
 17. 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: 784-99.
 18. 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: 529-32.
 19. 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.
 20. Targhijah S. Investigating the Role of the Family in the Drinking Experience of Governmental Students. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2017; 5.
 21. Mokhtari M, Pourzare S. The effect of social control on the attitude of young people aged 29 to 18 in drinking alcohol in Behbahan. *Journal of Social Cultural Strategy*. 2014; 10.
 22. Ebadi M, Vahdani nia M, Azin S.A, Aeinparast A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. Prevalence of smoking: A study of health from the viewpoint of the Iranian people. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2012; 3.
 23. Haghdoost A.A, Emami M, Esmaili M, Soberinia A, Nezhad Ghaderi M, Mehrolhassani M.H. Survey the Status and Causes of Alcohol Consumption: A Case Study of the Epidemic Alcohol Poisoning in Rafsanjan in 2013. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 13: 991-1006.
 24. Lui CK, Kerr WC, Mulia N, Ye Y. Educational differences in alcohol consumption and heavy drinking: An age-period-cohort perspective. *Drug and alcohol dependence*. 2018; 186: 36-43.
 25. 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*. 2017; 25: 275-84.
 26. Asadi Shavaki M, Salehi L. The Study of Physical Activity Among Elderly of Karaj City and its Relationship with Some the Demographic Factors. *Alborz University Medical Journal*. 2016; 5.
 27. 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: 223-35.
 28. Tovar M, Walker JL, Rew L. Factors associated with physical activity in Latina Women: A systematic review. *Western journal of nursing research*. 2018; 40: 270-97.
 29. abdi j, Eftekhkar H, Mahmodi M, Shojayzadeh D. Physical Activity Status of Employees of Governmental Departments in Hamadan, Iran: An Application of the Transtheoretical Model. *Journal of Health System Research*. 2016; 12: 50-7.
 30. Gaston A, Cramp A. Exercise during pregnancy: a review of patterns and determinants. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2011; 14: 299-305.
 31. BanifatemeH H, Shahamfar J, aghdam MbA, Abdi B. Health status, education and gender: effects on people s awareness, life style and health related quality of life. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2015;1:85-92.
 32. 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.
 33. Dadipoor S, Madani A, Ghanbarnejad A, A. M, Amani F, Hosseini M, et al. Effective Factors related to Consumption foods in Bandar Abbas:y A Community -Based Study *journal of Health Education and Health Promotion*. 2014; 2: 77-86.
 34. Fazelpour S, Baghianimoghadam M, Nagharzadeh A, Fallahzadeh H, Shamsi F, Khabiri F. Assessment of fast food consumption among people of Yazd city. 2011.
 35. Chum A, O'Campo P. Cross-sectional associations between residential environmental exposures and cardiovascular diseases. *BMC public health*. 2015; 15: 438.
 36. Patel SR, Ayas NT, Malhotra MR, White DP, Schernhammer ES, Speizer FE, et al. A prospective study of sleep duration and mortality risk in women. *Sleep*. 2004; 27: 440-4.

Investigation of Health-Related Lifestyle and Its Predictive Factors in Residents of Rasht, 2017

Etebarian Khorasgani A¹, Ghanbari Khanghah A², Paryad E³, Atrkar Roshan Z⁴

1- Master of Medical-Surgical Nursing Student (MSc), Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing (Medical- Surgical), Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

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

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

Corresponding author: Ghanbari Khanghah A, at_ghanbari@gums.ac.ir

(Received 20 December 2018; Accepted 21 May 2019)

Background and Objectives: Lifestyle is a way that a person chooses throughout life and is an indicator that can affect physical and mental health. This study was conducted to determine the lifestyle of people in Rasht and its predictive factors.

Methods: This analytical, cross-sectional study was conducted in 1000 residents of 5 districts of Rasht. Data were collected using a demographic questionnaire and the Behavioral Health Questionnaire. SPSS software version 20 was used to analyze the data. Pearson correlation coefficient, independent t-test and linear regression were applied.

Results: The result showed that 50.3% of the participants were male and 49.7% were female. According to lifestyle, the rate of using alcohol, physical activity, breakfast, red meat, fruits, salt, and ready meal was 13.4%, 54.3%, 95.6%, 87.7%, 98.4%, 59.6%, and 45.9%, respectively. The majority of the research units (70.1%) never smoked. The mean sleep time was $7.45 \pm 63/1$ hours.

Conclusion: Based on the results, promotion of nutritional knowledge, increased awareness of the disadvantages of smoking, availability of healthy food at a reasonable price, and physical activity are important factors for lifestyle improvement.

Keywords: Lifestyle, Smoking, Alcohol drinking, Physical activity, Food habits