

## رابطه بین عملکرد تغذیه ای، استرس و فعالیت فیزیکی باکیفیت زندگی در افراد دارای غلظت خون بالا

### کیومرث نورایی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، راهبری آموزشی و تربیتی آموزش و پرورش، مدرس دانشگاه

#### چکیده

پژوهش حاضر باهدف رابطه بین عملکرد تغذیه، فعالیت فیزیکی و استرس باکیفیت زندگی در افراد دارای غلظت خون بالا انجام گرفت. جامعه آماری شامل تعداد ۸۰ نفر از افراد ۲۲ ساله و بالاتر که در بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه با علائم قلبی سندرم حاد کرونری بستری شده بودند امادرنمونه خون آنان غلظت خون بالا دیده شده است به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های کیفیت زندگی (WHOQOL-Brief)، سلامت روان (GHQ)، ارزیابی فعالیت فیزیکی (IPAQ) و ارزیابی عملکرد تغذیه (FFQ) و اطلاعات جمعیت شناختی مورد استفاده قرار گرفت و تحلیل داده ها با استفاده از مدل رگرسیون گام به گام انجام گردید. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین فعالیت فیزیکی و استرس باکیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد پس فعالیت فیزیکی و استرس میتواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی در افراد غلظت خون شود اما بین عملکرد تغذیه باکیفیت زندگی رابطه معناداری مشاهده نشد. همچنین وضعیت مصرف دخانیات، جنس، سن، تحصیلات، وزن، باکیفیت زندگی دارای اثرات معناداری بودند اما متغیرهای وضعیت تأهل، محل سکونت فاقد اثر معنی دار آماری بودند. نتایج نشان داد که منشأ بسیاری از مشکلات و بیماریهای مزمن انسان روش نادرست زندگی اوست و با توجه به اینکه یکی از مهمترین چالش های پیشگیری از بیماریهای مزمن تشویق به انجام فعالیت بدنی منظم، آموزش شیوه های مقابله با استرس و یک تغذیه سالم است علی رغم این اهمیت پیشگیری، اقدامات آگاه سازی عمومی، تشویقی بهداشتی، می تواند عمده ترین عامل در سبک سلامت باشد.

**واژه های کلیدی:** عملکرد تغذیه، استرس، فعالیت فیزیکی، کیفیت زندگی، غلظت خون.

## مقدمه

کیفیت زندگی در حوزه علوم پزشکی به عنوان یک معیار در پیشگویی حالت ناخوشی و مرگ و میر و به عنوان یک شاخص مهم در سنجش سلامت عمومی و تعیین کارایی درمانهای مختلف شناخته می شود و به عنوان یک برآیند مهم در کارایی آزمایشی های بالینی و مداخلات مراقبتهای بهداشتی و برای برنامه ریزی و تصمیم گیری در اختصاص منابع مورد استفاده قرار می گیرد.<sup>۱</sup> (براون، بالوز، ۲۰۰۳) سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به مفهوم درک هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می کند معنا می نماید و این درک به طرق مختلف تحت تاثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورها، ارزشها و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد. و سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)

-سبک زندگی به عنوان یک مولفه ی مهم با جنبه های مختلف سلامتی از جمله با کیفیت زندگی ارتباط نزدیک دارد و اصطلاحی است که به انتخاب شیوه هایی برای زیستن و اداره امور زندگی معنا می شود. (آپینتر، کراسنوف، ۲۰۰۱) از مهم ترین ابعاد سبک زندگی عبارت از فعالیتهای فیزیکی و عملکرد تغذیه است مطالعات متعددی درباره بررسی فوائد فعالیتهای فیزیکی برای ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی در بیماریهای مختلف مانند بیماریهای قلبی، پوکی استخوان، بیماریهای کلیوی، و کبدی، انجام شده است. (آکریبن، موری، ۲۰۰۷، نقل از پورشعبان، ۱۳۹۲)

-عملکرد تغذیه: اگر چه برخی از دانشمندان چون<sup>۲</sup> شارل، نقل از هریسون، ۱۹۷۸، ترجمه همتی (۱۳۸۹) تعریف تغذیه را به دلیل ابهام و مشکل بودنش به غایت دشوار معرفی کرده اند ولی از آنجا که این گونه تعاریف بیشتر لفظی هستند نه تعریف حقیقی، میتوان تغذیه را اینگونه تعریف کرد: واکنش هایی است که به موجب آن عضو زنده و سلولهای آن، مواد مغذی را دریافت و آنها را به منظور رشد و نمو و نوسازی و نگهداری عضو مصرف می کنند و حرارت و انرژی کافی را برای انجام عملیات حیاتی و سایر فعالیتهای مربوط تأمین می نمایند. به عبارت دیگر، ارتباط مواد غذایی با نحوه استفاده بدن از آن مواد، به منظور تأمین بیشترین میزان سلامتی است. (هریسون، ۱۹۷۸، ترجمه همتی، ۱۳۸۹) اولین خدمت روانشناسی به تغذیه توجه به این نکته مهم است که تغذیه خودش یک موضوع است و نحوه برخورد و مدیریت آن موضوعی دیگر است، این یک خطای شناخت است که بسیاری فکر می کنند چون تغذیه می کنند پس درست و سالم تغذیه می کنند در اینجاست که نقش مغز و ذهن به به عنوان فرمانده جسم و روان و فعالیتهای و ارتباط های انسان مطرح می شود. (فرج زاده، ۱۳۸۹) فعالیت فیزیکی از اولویت های سلامت عمومی میباشد فعالیت بدنی کافی و منظم از عوامل اصلی حفظ و ارتقای سلامت در سراسر دوره زندگی است مطالعات متعدد اپیدمیولوژی تأثیر فعالیت بدنی را بر سلامتی بشر تأکید نموده اند. در مطالعات متعددی نقش فعالیت بدنی در کاهش انواع بیماریهای جسمانی نظیر بیماریهای قلبی، دیابت نوع دو، سرطان روده وسینه، و شکستگی استخوان و همچنین بیماریهای روانی مانند کاهش اضطراب، استرس و افسردگی و افزایش سلامت روان، کیفیت زندگی، و عملکرد جسمانی، فیزیکی مانند کنترل وزن مورد تأیید قرار گرفته است. (کان، ۱۹۹۹، ولی، ۲۰۰۷)

-سلامت روان به عنوان یکی از محورهای تعیین کننده ی کیفیت زندگی می باشد و استرس به عنوان یکی از معیارهای سنجش سلامت عمومی فرد است که با کیفیت زندگی در ارتباط می باشد. (امامی نائینی، ۱۳۸۷) استرس میتواند منجر به بروز بیماریهای جسمی و روانی اختلال در عملکرد و قدرت سازگاری و در نهایت پایین آمدن کیفیت زندگی گردد. (بوایر، ۲۰۰۴)

<sup>۱</sup>-Brown,Balluz

<sup>۲</sup>-Painter,Krasnoff

<sup>۳</sup>-Kriben,muri

<sup>۴</sup>-Sharll

<sup>۵</sup>-Kan (Lee

<sup>۶</sup>-Bovier

وشاملو، ۱۳۶۲) استرسبارت است از یک حالت تنش رواشناختی است که بوسیله انواع نیروها یا فشارهای جسمانی، روانی، اجتماعی و ... حاصل می گردد؛ بنابراین استرس یک رویداد ویژه نیست، بلکه یک فرآیند به حساب می آید (مارتینلی، ۲۰۰۸ و هومن، ۱۳۷۶)

-غلظت خون به غلیظ شدن خون و افزایش غیر طبیعی تعداد گلبول های قرمز خون در واحد حجم را می نامند که در این حالت تعداد هموگلوبین خون فردبیشتر از یک فردعادی است. (آجی راسل، ۲۰۰۶) غلظت خون ممکن است دارای پیامدهای مرگ زا هم باشد چون در بدن باعث کند شدن حرکت خون در قلب و رگها می شود که همین باعث گرفتگی اندام هایی نظیر دست و پا و موجب لخته شدن خون و تنگی عروق قلبی و بروز سکنه های قلبی و یا مغزیمی شود. در حالت عادی این میزان هموگلوبین خون در زنان بین ۱۴-۱۲ گرم در دسی لیتر و در مردان بین ۱۶-۱۴ گرم در دسی لیتر است اما اگر این عدد در زنان از ۱۶ و در مردان از ۱۸ بالاتر برود بیماریهای غلظت خون محسوب می شود. (ادیبی وهمکاران، ۱۳۸۰) استرس و فشارهای روانی باعث کاهش کیفیت زندگی می شود و همچنین ابعاد مهم کسب زندگی که با کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی داردمیتواند عامل مهمی در بروز غلظت خون باشد چون سبب افزایش ترشحآدرنالین و در نتیجه بروز انقباضات عروقی می شود بدین ترتیب پلاسما به خارج عروق نشت کرده و نسبت به آن به گلبول قرمز کاهش می یابد. (آمالینگ وهمکاران، ۲۰۱۰) بنابراین این مطالعه به دنبال آن است که نشان دهد که غلظت خون و رابطه آن با عملکرد تغذیه، فعالیت فیزیکی و استرس و مرگ ممکن است و آنچه که باعث غلظت خون میشود کاهش کیفیت زندگی می باشد.

ازسال ۱۹۴۸ موضوع کیفیت زندگی درقسمت بالینی وتحقیقی مراقبتهای بهداشتی مطرح شد. یکی از مفاهیم بسیارمهم دربیماران مزمن کیفیت زندگی وسبک زندگی میباشدامروزه در مراقبت پزشکی کنترل بیماری های مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است بهبودی در بیماران مزمن غیر ممکن بوده ولی مرگ یک واقعه دور دست است در این موقعیت اهداف مراقبت درمانی مطلوب نمودن کیفیت زندگی است. بیماریهای مزمن همچون غلظت خون روی سلامتی و کاهش کیفیت زندگی و سبک زندگی که متأثر از یکدیگرند تاثیر می گذارد. (آستا، سایمون، ۱۹۶۶)

-برای داشتن یک تغذیه ی صحیح باید فرد بدانند چه غذاهایی مفید هست، این دانستن به این معنا نیست که چه بخورد! بلکه باید بدانند چه مقدار مصرف کند، زیرا بسیاری از بیماریها به علت نداشتن تعادل است چرا که یکی از عوامل ایجاد بیماری قلبی رژیم غذایی نامناسب می باشد و در اثر مصرف مواد غذایی ایجاد میشود؛ مانند استخوان های ضعیف و شکننده، بیماریهای پوست، کمبود انرژی و حتی غلظت خون بالا روش های پیشگیری و درمان در علم پزشکی از دیر باز تا کنون رو به توسعه و رشد بوده و محدود به درمانهای دارویی نمی باشند. (براون، بالوز، ۲۰۰۳) توجه به ورزش و فعالیت فیزیکی بدنی به عنوان راهکاراصلی پیشگیریو نیز درمان بسیاری از بیماریها همچون دیابت عامل ایجادسلامت عمومی و کاهش سطح ناتوانی در جمعیت بیمار می گردد و نوع دوم دیابت و بیماریهای قلب و عروق قابل پیشگیری هستندبنابراین سلامتی یکی از مجموعه هاواجزای کیفیت زندگی میباشد. (هزاوه ای وهمکاران، ۲۰۰۸)

-با انجام ورزش های مناسب نه تنها میتوان از ابتلا به بسیاری از بیماریها پیشگیری کرد بلکه باعث افزایش کیفیت زندگی هم خواهدشد. همچنین اثرات مثبت فعالیتهای فیزیکی در افزایش کیفیت زندگی افرادمسن نیز مورد بررسی قرار گرفته استدر مطالعات محدودی که در جمعیتهای عمومی نیز صورت گرفته است بین فعالیتهای فیزیکی و ابعاد زندگی ارتباط مثبت دیده شده است. (پینتر، کراسنوف، ۲۰۰۱) طی چند دهه گذشته مطالعات مداخله ای بسیاری درمناطق مختلف جهان با هدف ارتقای فعالیت بدنی طراحی، اجرا وارزشیابی شده اند اما علی رغم اهمیت فزاینده، فعالیت بدنی درسلامت عمومی وتأکیدسازمان

<sup>1</sup>-Matinlli

<sup>2</sup>-Girasel

<sup>3</sup>-Maling

<sup>4</sup> -Testa,Simon

بهداشت جهانی برآن تعدادچنین پژوهشهایی درکشور بسیار محدود میباشد. (فیضی وهمکاران، ۱۳۹۰) همچنین تحقیقات در بررسی اثر عملکرد تغذیه ای بر کیفیت زندگی نشان داده اند که رژیم غذایی شامل مواد غذایی با فیبر بالا، چربی مقدار زیاد میوه و سبزیجات اثر مثبت بر کیفیت زندگی دارد. مطالعات متعددی که بر روی بیماران مختلف و افراد مبتلا به سرطان انجام شده است نتایج مطالعات در بررسی ارتباط مصرف سیگار و الکل با کیفیت زندگی نشان دادند که کسانی که سیگار و الکل مصرف می کنند نسبت به سایرین دارای کیفیت زندگی پایین تری هستند. (واین واکری، ۲۰۰۶)

-استرس گاه و بی گاه از مضرات زندگی مدرن امروزی است اما افرادی که دارای استرس دائم و مزمن هستند و به دلیل نوع شغل و یاسبک زندگی، مدام تحت تاثیر هورمون استرس می باشند اما گاهی چندین سال طول می کشد تا برای افراد آشکار شود که استرس چه اثرات سوء و نامطلوبی روی آنها گذاشته است (یاری فرد، ۱۳۷۹ و قاسم نژاد، ۱۳۹۰)

-از طرف دیگر غلظت خون خسارات مالی و جانی فراوانی را برای همه جامعه به بار می آورد چرا که افزایش تعداد گلبول های قرمز خون بر اثر استرس، افسردگی، تغذیه ناسالم و یا به هر طریق دیگر باعث لخته شدن خون و کاهش خونرسانی و بروز بیماریهای عروق کرونری قلب خصوصا سکتة قلبی خواهد شد (ادیبی، قانعی ۱۳۸۰). مطالعه بر روی بیماران قلبی، عروقی نشان داد افراد با استرس بالاتر نسبت به سایرین در تمامی ابعاد کیفیت زندگی دارای نمره پایین تری هستند (راواسکو، ۲۰۰۳). همچنین مطالعه بر روی بیماران همودیالیزی نشان داد که هر چه میزان علائم استرس بیشتر باشد بعد روانی کیفیت زندگی پایینتر خواهد بود در این مطالعه ارتباط استرس وبعد فیزیکی کیفیت زندگی معنا دار نشد. (دافی، رونیز ۲۰۰۷) در مطالعه دیگری در بررسی سلامت عمومی بر کیفیت زندگی که روی بیماران اختلالات با اضطرابی انجام شد تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد جسمانی با سلامت عمومی رابطه معکوس داشتند. (تاگی، کرین، ۲۰۰۷).

-مهسا پورشعبان، زهره پارسا و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان تأثیر رژیم غذایی بر کیفیت زندگی بیماران مزمن کلیه غیر دیالیزی به این نتیجه رسیدند که افزایش آگاهی بیماران مزمن کلیه غیر دیالیزی با استفاده از این قبیل شیوه های آموزش درمورد رژیم غذایی میتواند یکی از عوامل بهبود کیفیت زندگی در این بیماران باشد.

-زینب رشیدی، علی رشیدی، رفتار روزبهبانی (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان بررسی اثر فعالیت گروهی و استرس بر کیفیت زندگی در زنان، یک مطالعه موردی در بیمارستان نور اصفهان انجام شد؛ که نتیجه نشان داد فعالیت منظم گروهی سلامت جسمی و روحی را حفظ می کند و باعث بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی و ایجاد شور و نشاط جهت انجام فعالیتهای عالی روزانه می گردد با انجام این مطالعه به صورت عینی اثرات مثبت فعالیت بدنی به خصوص فعالیت های گروهی بر بیماریهای افسردگی در زمان محقق گردید.

-فیضی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در شهر اصفهان و حومه آن تحقیقی با عنوان بررسی ارتباط استرس و ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی در افراد ۱۹ سال و بالاتر با حجم نمونه ۴۶۱۹ نفر انجام دادند که به این نتایج رسیدند: که افزایش سطح آگاهی عمومی به منظور تغییر و تعدیل عوامل ناسالم مرتبط با سبک زندگی و آموزش شیوه های مقابله استرس و زمینه سازی برای برخورداری مناسب از مراقبت های بهداشتی بویژه با توجه به اهمیت نقش سطح درآمد از طریق توزیع متوازن ثروت در جامعه موجب ارتقای کیفیت زندگی افراد در جامعه می شود و در نهایت باعث افزایش بهره وری نیروی انسانی و تعالی ساختار انسانی و اجتماعی جامعه می گردد و چنین مدافعاتی باید متناسب با ویژگی های طبقات جنسیتی، سنی، تحصیلی برنامه ریزی و اجرا گردند.

-بابانژاد ورجی (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان بررسی سبک زندگی و پیش بینی تغییرات عوامل موثر بر آن. به این نتایج دست یافتند که بهبود و ارتقای سبک زندگی افراد بویژه از نظر فعالیت فیزیکی نیازمند توجه بیشتری است و گسترش فعالیت فیزیکی منظم برای ایجاد تغییرات مثبت در رژیم وعادات غذایی این افراد توصیه میشود.

-ایمانی ونوقابی (۱۳۹۲) در پژوهش با عنوان کیفیت زندگی بیماران تالاسمی ماژور و تاثیر شرکت آنان در فعالیت های گروهی. به این یافته هادست یافتند که جهت ارتقای سطح مهارتهای زندگی و تشویق افراد بر شرکت در فعالیتهای گروهی میتواند سازنده باشد و سبب بهبود کیفیت زندگی آنان شود.

- گلمکانی و نقیبه (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به این نتیجه رسیدند که بین سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن در افراد ارتباط معنی دار وجود دارد.
- مصلی نژاد و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی با عنوان تاثیر عوامل تعیین کننده سلامت و فعالیت های جسمانی در افراد بزرگسال به این یافته ها رسیدند که بسیاری از عوامل تعیین کننده سلامت الگوی فعالیت های جسمانی در میان مردان نسبت به زنان و کسانی که عادت به پیاده روی به میزان ۱۵۰ دقیقه در هفته داشتند مثبت تر بود.
- جلیلی ویزدی زاده (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان تأثیر فعالیت فیزیکی با کیفیت زندگی در بین افراد زن سالمند دوران یائسگی به این نتیجه رسیدند که فعالیت فیزیکی در بهبود کیفیت زندگی و تثبیت گردش خون طبیعی و سایر فعالیت های فیزیولوژیکی بدن در دوران سالمندی بخصوص در زنان یائسه نقش مهم دارد.
- همتی و جلالی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان تأثیر فعالیت فیزیکی بر کیفیت زندگی در بیماران بعد عمل جراحی به این یافته ها رسیدند که انجام فعالیت بدنی منظم در منزل اثرات مهمی بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران بعد عمل جراحی دارد.
- خدایی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیق با عنوان رابطه آسیب شناسی روانی و اجتماعی، بیکاری، با کیفیت زندگی. به این نتایج رسیدند که فراوانی و شدت نشانه های آسیب شناسی روانی و کاهش کیفیت زندگی در افراد بیکار به میزان معنی داری از نظر آماری بالاتر است امکان دارد بیکاری عامل یا معلول باشد.
- امینیان و پورعیقوب (۱۳۹۱) در تحقیق با عنوان رابطه استرس شغلی با کیفیت زندگی در بیماران مزمن نشان دادند که استرس شغلی یک ریسک فاکتور برای اختلالات و بیماری های مزمن محسوب میشود و میتواند باعث افت کیفیت زندگی شود.
- مالینگ (۲۰۱۰) در تحقیقی با عنوان ارتباط بیماری قلبی و درمان افسردگی در شهر لوس آنجلس نشان داد که به طور اساسی خون افراد در زمان استرس، تنش های عصبی و افسردگی غلیظ تر شده و همین امر افراد را در معرض افزایش حملات یا سکته قلبی یا سکته مغزی قرار می دهد؛ و افزایش غلظت خون، استرس، در خلال استرس های روانی همانند افسردگی ایجاد می شود که میتواند خطر بیماری های قلبی، عروقی را افزایش دهد بنابراین کاهش غلظت خون، استرس در بیماران افسرده در خلال درمان با داروهای ضد افسردگی چون فلوکستین و یا بوسیله دزیپیرامین میتواند خطر بیماری های قلبی، عروقی را کاهش دهد. نمونه متشکل از ۱۴۶ بیمار مبتلا به افسردگی که بستری نبودند و یک گروه کنترل به همین تعداد در افراد سالم مکزیک، آمریکائی در شهر لوس آنجلس بودند.
- یانگ مونا و همکارانش (۲۰۱۱) طبق یک تحقیق با عنوان تأثیر فعالیت فیزیکی در عملکرد ایمنی بدن افراد مبتلا به سرطان معده پس از عمل جراحی. به این نتایج دست یافت که عملکرد ایمنی بدن افراد بیمار که ۲ روز پس از عمل انجام حرکات ورزشی را اجرا کرده بودند قویتر از اشخاصی بود که ورزش نکرده بودند و همچنین دو هفته پس از جراحی تعداد سلولهای ضد سرطان در افرادی که ورزش نکرده بودند به نحو چشمگیری بیشتر از دیگران بود. تحقیق حاضر شامل ۱۷ بیمار بود که دو روز پس از جراحی روی تخت انجام حرکات ساده ورزش را آغاز کرده و همچنین از زمانی که قادر به راه رفتن بودند انجام حرکات ورزشی روی دو چرخه ثابت را به تعداد پنج بار در هفته شروع کردند محققان به منظور بررسی تغییرات حاصله در تعداد سلولهای قاتل چندین نمونه خون از بیماران گرفتند.
- گلنز و همکاران (۲۰۰۹) به بررسی رابطه بین آسیب شناختی و کیفیت زندگی بیماران و همراهان سالم آنان پرداختند. ۹۲ بیمار که به یکی از انواع ام.اس. مبتلا بودند از لحاظ نورولوژی-روان عصب شناختی و کیفیت زندگی بررسی شدند نتیجه این شد که بین بیماران آسیب دیده شناختی و بیماران از لحاظ شناختی سالم تفاوتی در نمره کلی کیفیت زندگی نبود. ولی بعد از کنترل نمره افسردگی بین نمره سرعت پردازش اطلاعات و عوامل رضایت جسمی، خستگی و حمایت اجتماعی در پرسشنامه کیفیت زندگی همبستگی مشاهده شد.
- در پژوهشی که توسط فارسجو و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر در فرهنگ های مختلف انجام شد ۳۰ بیمار از یونان، ۹۰ بیمار و ۳۰۰ نفر فرد سالم از سوئد انتخاب شدند و از آنها خواسته شد پرسشنامه کیفیت زندگی و جمعیت شناختی و شاخص های سبک زندگی را تکمیل کنند نتایج نشان داد که نمرات کیفیت

زندگی در اکثر ابعاد بیماران یونیکمتر از بیماران نمونه سوئدی است این تفاوتها در ابعاد وسلامت روانی و سلامت عمومی معنادار بود. نمرات کیفیت زندگی بیماران هر دو نمونه نسبت به نمرات گروه کنترل پایین تر بود.

-تناس و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان تاثیر چهار رفتار مرتبط با سلامتی بر روی کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار دادند که این چهار رفتار عبارت از: رژیم غذایی مدیترانه ای، انجام فعالیت بدنی در طول روز، مصرف نکردن سیگار و مصرف متعادل الکل بود آنها به این نتایج رسیدند که افرادی که حداقل یکی از رفتارهای مورد نظر را انجام داده بودند از کیفیت زندگی بالاتری از لحاظ بعد جسمانی و روانی برخوردار هستند.

-اکری و شیباتا (۲۰۰۷) در تحقیقی با عنوان ارتباط فعالیت فیزیکی و کیفیت زندگی در افراد بزرگسال را به صورت مقطعی در ژاپن بررسی کردند که نتایج نشان داد که بین فعالیت فیزیکی و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود دارد.

-موشر و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیقی با عنوان رابطه بین سبک زندگی با کیفیت زندگی در افراد کهنسالی که دارای بیماریهای پستان، پروستات، و کولورکتال هستند دریافته های خود نشان دادند که وضعیت بهتر در بعد جسمانی کیفیت زندگی با تغذیه سالمتر در ارتباط میباشد.

-آویس و آسمن (۲۰۰۴) در تحقیق با عنوان تأثیر اثرات دخانیات با کیفیت زندگی در افراد میانسال زن در زمان یائسگی. به این نتایج رسیدند که مصرف دخانیات علاوه بر تاثیرات منفی بر جسم فرد، بر بعد روانی-اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی اثرات سوء دارد.

-وال و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی با عنوان رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی با کیفیت زندگی در بیماران پوستی پسوریازیس به این نتایج رسیدند که میانگین کیفیت زندگی با افزایش سن کاهش می یابد و اگرچه افراد مسن از لحاظ بعد جسمانی کیفیت زندگی در وضعیت پایینتری قرار دارند ولی افراد جوان نسبت به افراد مسن از لحاظ بعد روانی کیفیت زندگی در وضعیت پایینتری قرار دارند.

-جینگ و هسر (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان مقایسه بین سلامتی والدین غیر شاغل با والدین شاغل با کیفیت زندگی به این نتایج رسیدند که افراد با درآمد پایینتر و همچنین افراد غیر شاغل نسبت به افراد شاغل شانس داشتن کیفیت زندگی پایین در هر دو بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی را دارند.

-سوتو و فیلد (۲۰۰۵) در تحقیقی با عنوان تأثیر فعالیت ذهنی (استرس) با کیفیت زندگی در بیماران کرونری قلب به این یافته ها رسیدند که با افزایش استرس کیفیت زندگی این افراد کاهش یافته است.

-جفری و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهشی با عنوان تأثیر مهارت های زندگی بر کیفیت زندگی در کاهش استرس به این نتایج رسیدند که آموزش مهارت های زندگی قدرت سازگاری با استرس را در فرد افزایش میدهد و افراد بهتر موانع و مشکلات موقعیتی را کنار میزنند.

-بوتوین و همکاران (۲۰۰۴) در تحقیقی با عنوان اثر برنامه آموزش مهارت های زندگی بر کاهش استرس، مصرف الکل و دخانیات. به این نتایج رسیدند که آموزش مهارت های ارتباطی، تصمیم گیری، اضطراب و استرس میتواند در کاهش مصرف سیگار و الکل و بهبود کیفیت زندگی موثر باشد.

-سایمون وهمکاران (۱۹۹۹) در تحقیقی با عنوان رابطه فعالیت فیزیکی در کاهش اعتیاد بر کیفیت زندگی در ایالات متحده به این نتایج رسیدند که ۶۵ دصد از جوانان ابراز کردند که ورزش باعث افزایش کیفیت زندگی میشود و همچنین آنها را از اعتیاد به الکل و مواد مخدر باز داشته است.

-کتی و براون (۱۹۷۳) در تحقیقی با عنوان اثر فعالیت فیزیکی بر حافظه به بررسی پرداختند آنان به این نتایج رسیدند که انجام تمرینات ورزشی به طور منظم میتواند از طریق افزایش ترشح انتقال دهنده های شیمیایی موجب تقویت حافظه و تغییرات خلقی شود.

### روش شناسی پژوهش:

پژوهش حاضر با هدف رابطه عملکرد تغذیه ای، استرس و فعالیت فیزیکی با کیفیت زندگی در افراد دارای غلظت خون بالا انجام گرفت بنابراین روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. همچنین با توجه به هدف و کاربرد از نوع پژوهش کاربردی میباشد. گفتنی است که آزمودنیهای پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شده و تمامی آنان با تمایل وارد مطالعه شدند خصوصاً در این تحقیق کلینیک های سلامت روان و مراکز بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بیشترین بهره وری را خواهند برد زیرا چنین اطلاعات بدست آمده ای راه را برای انجام مداخلات مناسب در جهت کاهش بار این مشکل و پیامدهای آن و ارتقاء سطح کیفیت زندگی هموار خواهد کرد.

### جامعه آماری

جامعه آماری در این پژوهش شامل تعدادی از افرادی است که در نمونه خون گرفته شده آنان نشانه ای از غلظت خون بالا را نشان میدهد. به همین منظور برای دستیابی به گروههایی از آزمودنیها که امکان تحلیل آماری مناسب را فراهم سازد در طی مدت ۵ ماه به صورت کلی ۸۰ نفر برای این طرح انتخاب شدند که این آزمودنیها شامل تعدادی از افرادی است که در بیمارستان امام علی (ع) با علائم قلبی سندروم حاد کرونری بستری شدند و در نمونه خون آنان نشانه ای از غلظت خون بالا دیده میشود. یعنی در مردان این غلظت بالاتر از ۱۸ گرم در دسی لیتر و در زنان، بالاتر از ۱۶ گرم در دسی لیتر ثبت گردیده است.

### روش نمونه گیری

در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است که بر اساس آن حجم نمونه ۸۰ نفر از بیماران قلبی بیمارستان امام علی (ع) که واجد معیارهای ورود (بیماران سندرم حاد کرونری شامل: سکته قلبی، آنژین صدری که در نمونه خون آنان نشانه ای از غلظت خون بالا دیده می شود) به مطالعه بودند انتخاب شدند.

### معرفی متغیرها

در این پژوهش متغیر پیش بین، عملکرد تغذیه ای، استرس و فعالیت فیزیکی میباشد و متغیر ملامک، کیفیت زندگی میباشد.

### ابزار گردآوری داده ها

در این پژوهش شامل پنج بخش میباشد که اطلاعات به صورت خود گزارش دهی از افراد جمع آوری شده است.

۱- اطلاعات دموگرافیک: این قسمت شامل سوالاتی در خصوص اطلاعات فردی میباشد نظیر: سن، جنس، سطح تحصیلات، تأهل، شغل، مصرف دخانیات، قد، وزن، محل سکونت مورد بررسی قرار میداد.

## ۲- مقیاس کیفیت زندگی (WHOQOL-Brief)

در این طرح از پرسشنامه کیفیت زندگی که براساس پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی مورد ارزیابی قرار گرفته شد (گریلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳ نقل از فیضی، ۱۳۹۰)

این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است که به عنوان یک ابزار جامع در ارزیابی کیفیت زندگی شناخته شده است. این پرسشنامه توسط منتظری، وحدانی نیا (۱۳۸۴) باروش ترجمه از لاتین به فارسی برگردانده شد و روی ۴۱۶۳ نفر هنجاریابی شد.

**شیوه نمره گذاری:** پایین ترین نمره صفر و بالاترین ۱۳۰ است امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان هادر آن بعد مشخص میشود این پرسشنامه دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، و محیط رامی سنجید پاسخدها در هر سوال دارای طیف ۱ تا ۵ لیکرت هستند که پاسخ سوالات در هر حوزة باهم جمع شده و یک نمره کلی برای حوزة مربوطه را ارائه میدهد و نمرات بالاتر نشان دهنده ی بالا بودن سطح کیفیت زندگی در آن حوزة میباشد. (رونیز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷ نقل از فیضی، ۱۳۹۰)

**روایی و پایایی:** برای اولین بار نجات و همکاران (۲۰۰۸) این پرسشنامه را در ایران اجرا و پایایی و روایی آن را تایید کردند ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاسها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بود آنها از آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر سوال با مقیاس فرضیه سازی شده استفاده کردند که نتایج مطلوبی بدست آمد و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ بود. همچنین<sup>۳</sup> (واروشربورن، ۱۹۹۶ نقل از لارسون، ۲۰۰۲) ثبات درونی این پرسشنامه با بررسی آلفای کرونباخ ۰/۹۴ اعلام کردند در مجموع یافته هانشان داد که نسخه ایرانی این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی برای اندازه گیری کیفیت زندگی برخوردار است. (نجات، ۲۰۰۸ و عبادی و حریرچی، ۱۳۸۱)

## ۳- مقیاس عملکرد تغذیه (FFQ)

بررسی عملکرد تغذیه ایی با استفاده از پرسشنامه (FFQ) بررسی بسامد مصرف غذایی ۲۴ ساعته اندازه گیری شد این پرسشنامه شامل سوالاتی راجع به نوع ماده غذایی مصرفی از قبیل نان و غلات، چربیها، لبنیات، پروتئینها، حبوبات، میوه و سبزیجات میباشد براساس مطالعات گذشته بر روی این پرسشنامه و براساس شاخص تغذیه ایی (GDI)<sup>۴</sup> مواد غذایی به ۷ حیطه (گوشت، میوه و سبزیجات، قندها و شیرینی ها، چربیهای مضر، غذاهای پر کلسترول)، تقسیم بندی میشوند. (میرمیران، اصفهانی، ۱۳۸۸)

**روش نمره گذاری:** پرسشنامه شامل فهرستی از غذاهای معمولی با اندازه سروینگ استاندارد و یا مقداری که به طور معمول برای مردم جامعه مورد بررسی آشنا تر است از شرکت کنندگان خواسته شد که بسامد مصرف را در مورد هر قلم از مواد غذایی پرسشنامه در طول ۲۴ ساعت را گزارش کنند بسامد گزارش شده با توجه به سروینگ مورد نظر برای هر قلم غذایی به دریافت روزانه بر حسب گرم تبدیل شد. (پولیتی، پیسنیلی، ۱۹۹۴ نقل از فیضی، ۱۳۹۰) برای تبدیل اندازه سروینگهای غذاهای مصرفی به گرم از مقادیر سهم یا پیمانه های خانگی که توسط ایرانیها استفاده میشود استفاده شد تا حجم پیمانه های مورد مصرف آنها اندازه گیری شود سپس در قالب گروههای غذایی تقسیم بندی گردید همچنین هر ماده غذایی و نوشیدنی از نظر مقدار انرژی و مواد مغذی دریافتی با استفاده از جدول ترکیب غذا ی:

(USDA<sup>۵</sup>) مرکز سیاست گذاری بهبود تغذیه وزارت کشاورزی ایالت متحده آمریکا تجزیه شد برای غذاهای ترکیبی مواد مغذی براساس جمع مواد مغذی اقلام غذایی تشکیل دهنده آن غذا محاسبه شد و با توجه به کامل نبودن جدول ترکیبات ایران

<sup>1</sup> Grillo

<sup>2</sup> Ronis

<sup>3</sup> -Warr & Sherborn

<sup>4</sup> -global department Index

<sup>5</sup> -united states department agriculture



(سرکیسیان، ۱۳۸۰) از نظر تعداد اقلام غذایی برای بیشتر اقلام غذایی بجز اقلامی مانند کشک و غیره که در جدول ترکیبات (USAD) موجود نبودند در این جدول ترکیبات غذایی مورد استفاده قرار گرفت در نتیجه براساس میزان مصرف فردامتیازهای صفر، ۱ و ۲ برای هر حیطه در نظر گرفته میشود که مصرف به معنی این است که از گروه غذایی واحدی را مصرف نکرده است هر چه مقدار این شاخص بالاتر باشد نشان دهنده عملکرد غلط تغذیه ای میباشد و یابۀ عبارتی نشان دهنده مصرف زیاد قندها، چربیها و در مقابل مصرف کم میوه و سبزیجات میباشد (امین پور، ۱۳۸۶)

**سهم یابیمانۀ غذایی:** یعنی به عنوان مثال: در گروه غلات نیم فنجان ماکارونی پخته یک سهم به شمار رفته و به همین ترتیب خوردن یک فنجان ماکارونی ۲ سهم محسوب میشود و یک برش نان یک سهم بوده. (باقرزاده، ۱۳۸۴) و هرم راهنمای تغذیه ترجمه، کوثری نیواصفایی، ۱۳۸۷)

**روایی و پایایی:** این پرسشنامه با استفاده از یک نمونه ۲۰۰۰ نفری استاندارد شده است و توسط نرم افزار آنالیز مواد غذایی مخصوص کشور ایران آنالیز شد و دارای پایایی و اعتبار مناسب در ایران میباشد (پل<sup>۱</sup>، توماس ۱۹۹۷ نقل از مارکز، ۲۰۰۶) و همچنین در مورد روایی و پایایی اولین مطالعه در گلستان به عنوان بخشی از مطالعه کوهورت، ۲۰۰۰ نقل از مارکز، ۲۰۰۶ سرطان مری در آن استان انجام شد که ضرایب ارتباطی بین یادآمدها و FFQ در محدوده ۰/۴۹ تا ۰/۸۲ بودند و ضرایب همبستگی پایایی بین چهار FFQ تکمیل شده از ۰/۶۶ تا ۰/۸۹، رانشان دادند ضرایب همبستگی روایی و پایایی در مطالعه حاضر مانند این ضرایب در مطالعه قندولیپید ایران، میرمیران، (۱۳۸۸) مطالعات کوهورت در کشور ژاپن (اگاواک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) شمال سوئد (جوهانسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) و کانادا و در آلمان (کاتسویانی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷) بود.

#### ۴- مقیاس استرس

برای سنجش میزان استرس فرد از پرسشنامه سلامت عمومی ((GHQ استفاده شده که توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) طراحی شد هدف از طراحی آن شناسایی اختلال روانشناختی در مراکز و محیط های مختلف بوده و سوالهای پرسشنامه به بررسی وضعیت روانشناختی در ماه اخیر میپردازد و این بررسی از طریق آشکارسازی نشانه هایی نظیر افکار و احساسات ناهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده انجام میشود و شامل ۲۸ ماده چهارگزینه ای میباشد و دارای طیف لیکرت است و در چهار مقیاس فرعی است که هر کدام از آنها دارای ۷ پرسش میباشد مقیاسهای چهارگانه شامل: علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کنش وری اجتماعی و افسردگی شدید است و پاسخها در هر یک از پرسشهادریک طیف چهاردرجه ای، خیر، کمی، زیاد، خیلی زیاد، قرارداد بالا بودن نمره، نشانگر عدم سلامت روان و اختلال است و پایین بودن نمره نشانگر سلامت فرد است. (وارد<sup>۵</sup>، کراون، ۱۳۷۳. ترجمه مهرآیین و هومن، ۱۳۷۶)

#### روش نمره گذاری:

روش نمره گذاری گزینه هابا استفاده از مدل لیکرت است که به ترتیب به گزینهها، نمره های قراردادی (۰، ۱، ۲، ۳) تعلق میگیرد بدین شرح: برای گزینه (الف) صفر، (ب) نمره ۱، (ج) ۲، (د) نمره ۳، منظور شده است این آزمون برای فرد ۵ نمره تعیین میشود. (همان منبع)

**روایی و پایایی:** نتایج نشان داد که متوسط حساسیت این پرسشنامه برابر ۰/۸۳ و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ است<sup>۷</sup> ادری بیژه، بیژه، بیچه و لردرزه، ۱۹۹۷ نقل از تاگی (۲۰۰۷) اعتبار و حساسیت این پرسشنامه را در یک تحقیق ۰/۸۲ و ویژگی آن را

<sup>۱</sup>-Poll, Tumass

<sup>۲</sup>-Ogawak

<sup>۳</sup>-Johansson

<sup>۴</sup>-Katsouyanni

<sup>۵</sup>-Goldberg

<sup>۶</sup>-Vared, Kerown

<sup>۷</sup>-Odri, Bikhel Lorderkheh

۸۵/برآورد کردند. آریاوهمکاران ۱۹۹۲ نقل از فیضی (۱۳۹۰) در تحقیقی در شیلی حساسیت فرم ۱۲ سوالی آن را ۷۶٪ نشان دادند. در ایران نیز هومن (۱۳۷۶)، صفرزاده، ۱۳۹۱ و خدایاری، ۱۳۸۰، میرخشتی (۱۳۷۵) طی پژوهشی با عنوان بررسی همه گیرشناسایی اختلالات روانی در ویژگی این پرسشنامه در بهترین نمره به ترتیب برابر با ۸۷٪ و ۹۱٪ و ۸۸٪ و ۹۲٪ گزارش نمودند. آن نوع از پایایی که بیشترین ارتباط را با روشهای غربالگری دارد همسانی درونیشان میباشد که از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه گیری شده. همچنین مطالعات خارجی و داخلی پایایی و روایی این پرسشنامه را تأیید میکنند. (گلدبرگ<sup>۱</sup>، هیلر ۱۹۷۹)

## ۵- مقیاس فعالیت فیزیکی

فعالیت فیزیکی با استفاده از پرسشنامه بین المللی فعالیت فیزیکی ((IPAQ) اندازه گیری شد این پرسشنامه در اواخر دهه ۱۹۹۰ در طی یک مطالعه چندمرکزی ۱۴ مرکز در ۱۲ کشور و با حمایت سازمان جهانی بهداشت و در دو مقیاس بلند ۳۱ سوال و کوتاه ۹ سوال و ۷ سوال و ۱۳ سوال ساخته شد اشاره کرد امدار این مطالعه چون جامعه آماری اکثرا بیماران راتشکیل میدهند و قادر به پاسخگویی به سوالات بلند نیستند از نوع پرسشنامه ۷ سوالی استفاده شد. (فشارکی، آزاد. ۱۳۹۰) در این پرسشنامه در مورد فعالیتهای بدنی فرد طی یک هفته گذشته سوال شده و فعالیتهای انجام گرفته بامدت بیش از ده دقیقه ثبت شده این فعالیتهای شامل فعالیتهای شغلی، نحوه جابجایی، انجام کارهای منزل، و فعالیتهای فراغت میباشد در این پرسشنامه به میزان فعالیت بدنی، متوسط، و پیاده روی در هفته گذشته میپردازد یعنی در این پرسشنامه سوالات اول و دوم مربوط به تعداد روزها و میزان انجام فعالیت بدنی شدید. و سوالات سوم و چهارم مربوط به تعداد روزها و میزان انجام فعالیت بدنی متوسط، و سوالات پنجم و ششم مربوط به تعداد روزها و میزان انجام فعالیت بدنی سبک، و در نهایت سوال هفتم مربوط به میزان نشستن آزمودنی هادر طول ۷ روز اخیر میباشد در این پرسشنامه فقط فعالیتهای بدنی بیش از ۱۰ دقیقه ثبت میگردد. (هزاهو، ای، ۲۰۰۸)

**نحوه نمره گذاری:** بدین شرح است که فعالیتهایی مانند ایروبیک، دوچرخه سواری با سرعت بالا، کوه نوردی، و بستکبال که به بیش از ۶ کالری در دقیقه نیاز دارند فعالیت جسمانی شدید گفته میشود و فعالیتهایی چون والیبال، بدمینتون، نظافت منزل و پیاده روی که به ۳-۶ کالری در دقیقه نیاز دارند فعالیت متوسط در نظر گرفته میشود و محاسبه شدت انرژی مجموع فعالیتهای در ۷ روز گذشته طبق دستورالعمل (IPAQ) انجام گردید. (همان منبع) یعنی بر حسب واحد:

### MET-min utes/week

MET واحدی است که برای تخمین انرژی مصرفی فعالیت بدنی کارمیر و مقدار یک MET تقریباً معادل مقدار مصرف انرژی در حال استراحت در یک فرد است. در این پرسشنامه پیاده روی ۳/۳، فعالیت بدنی متوسط، ۴ و فعالیت بدنی شدید، ۸ در نظر گرفته شده است برای محاسبه میزان کلی فعالیت بدنی در هفته باید مقدار پیاده روی (MET × دقیقه × روز) را با مقدار فعالیت بدنی متوسط (MET × دقیقه × روز) و مقدار فعالیت بدنی شدید فرد (MET × دقیقه × روز) در هفته گذشته با هم جمع شود اگر مجموع انرژی محاسبه شده در طول هفته کمتر از ۶۰۰ باشد فعالیت بدنی در دسته ضعیف است و اگر بین ۳۰۰۰-۶۰۰ باشد در دسته متوسط است و اگر بیش از ۳۰۰۰ باشد در دسته شدید طبق بند می شود. (لی و همکاران، ۲۰۰۳)

**روایی و پایایی-** برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد پایایی این پرسشنامه با روش آزمون مجدد سنجیده شده که ضریب همبستگی برای سنجش آگاهی و نگرش ۰/۶۲. و برای سنجش عملکرد ۰/۷۴ بوده است<sup>۳</sup> (استمفر، ۱۹۹۱ نقل از فشارکی، ۱۳۹۰) همچنین روایی و پایایی آن در ایران توسط پژوهش محمدی فرد، کلیشادی (۲۰۰۹) مورد تأیید قرار گرفته است این پرسشنامه طوری طراحی شده که میتوان معادل متابولیک را محاسبه نمود به عنوان نمونه معادل متابولیک فعالیت نشسته ۱/۳، نیمی از ساعات نشسته ۱/۸ اغلب ایستاده ۲/۲ بیشتر در حال راه رفتن و بلند کردن بارهای سبک ۲/۶ و کار دستی سنگین ۳/۹ تعریف شده است که برای فعالیت بدنی روزانه کافی است معادلهای متابولیک هر فعالیت را در مدت زمان انجام آن ضرب کنیم. (فشارکی، ۱۳۹۰)

<sup>3</sup>- Goldberg & Hiller

<sup>2</sup>- Stamfer

## تعاریف متغیرهای پژوهش

### ۱-۶-۱- تعریف مفهومی متغیرها

عملکرد تغذیه: تغذیه واکنش هایی است که به موجب آن عضو زنده و سلول های آن، مواد مغذی را دریافت و آنها را به منظور رشد و نمو و نوسازی و نگهداری عضو مصرف می کنند و حرارت و انرژی کافی را برای انجام عملیات حیاتی و سایر فعالیت های مربوط تأمین می نمایند. به عبارت دیگر، ارتباط مواد غذایی با نحوه استفاده بدن از آن مواد، به منظور تأمین بیشترین میزان سلامتی است. (هریسون، ۱۹۷۸، ترجمه همتی، ۱۳۸۹)

غذا: به کلیه مواد خوردنی گفته می شود که موجود زنده از آن برای کسب انرژی، رشد، ترمیم، و حفظ سلامت از آن استفاده می کند. (اکراووس، ۱۹۸۸، ترجمه ستوده، ۱۳۸۷)

استرس: پاسخ فیزیولوژیکی، روانی، رفتاری یک شخص جهت وفق یافتن و تعدیل دادن فشارهای خارجی و داخلی است. (آروزنمن، سلیگمن، ۱۹۸۹)

فعالیت فیزیکی: به معنی انجام حرکاتی جهت چابکی بدن و ایجاد قوت انجام می گیرد که می تواند با قدرت، استقامت و مهارت سبب بروز تغییرات بیولوژیک مفید در بدن انسان شود. (شیباتا، اکا، ۲۰۰۷)

کیفیت زندگی: به ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در متن فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارتباطات، و نیازهایشان باشد. (جینگ، هسر، ۲۰۰۸)

غلظت خون: به غلیظ شدن خون در اثر بالا رفتن تعداد گلبولهای قرمز خون انسان است که میزان آن در بین مردان و زنان متفاوت می باشد. (جی راسل، ۲۰۰۶)

سندروم حاد کرونری: شامل: (آنژین صدری، سکته قلبی) می باشد.

آنژین صدری: به حالتی گفته می شود که فرد با درد شدید قفسه سینه به دلیل ایسکمی یا نرسیدن خون کافی به قلب ایجاد شده که در میوکارد (عضله قلب) نشان می دهد که این ایسکمی در اثر اسپاسم یا انسداد عروق کرونری ایجاد می شود. (بونو، نقل از عزتی، ۱۳۶۰)

سکته قلبی: به حالتی گفته می شود که در آن در اثر قطع کامل جریان خون رسانی به عضله ی قلب، آسیب جدی به این بافت وارد می شود که این مشکل در اثر پارگی شدن یک یا چند پلاک آترواسکلروتیک در عروق کرونری ایجاد می شود و در اثر عدم درمان باعث مردگی بافت عضله قلب می شود. (همان منبع)

### تعاریف عملیاتی متغیرها

عملکرد تغذیه: نمره ایی است که آزمودنی ها از پرسشنامه بررسی بسامد مصرف غذایی ۲۴ ساعته کسب می کنند. (FFQ)<sup>۶</sup>

استرس: نمره ایی است که آزمودنی از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ ماده ایی کسب می کنند. (GHQ)<sup>۷</sup>

فعالیت فیزیکی: نمره ایی است که آزمودنی ها از پرسشنامه فرم کوتاه ۷ ماده ایی فعالیت فیزیکی بین المللی کسب می کنند. (IPAQ)<sup>۸</sup>

<sup>۱</sup>-Kravuss

<sup>۲</sup>-Rosenman, Seligman

<sup>۳</sup>-Shibata, Oka

<sup>۴</sup>-Jiang, Hesser

<sup>۵</sup>-Bonw

<sup>۳</sup>- food frequency questionnaire

<sup>۴</sup>g eneral health questionnaire

کیفیت زندگی: نمره ایی است که آزمودنی ها از پرسشنامه خلاصه شده ی کیفیت زندگی ۲۶ ماده ایی (WHOQOL-Brief<sup>۲</sup>) کسب میکنند.

یافته های پژوهشی:

نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان می دهد که بین کارکرد جسمانی (زیر مقیاس استرس) با کیفیت زندگی ضریب همبستگی ۰/۸۸-، بین اضطراب با کیفیت زندگی ضریب همبستگی ۰/۶۶-، بین کارکرد اجتماعی با کیفیت زندگی ضریب همبستگی ۰/۸۲-، بین افسردگی با کیفیت زندگی ضریب همبستگی ۰/۶۰-، بین فعالیت بدنی با کیفیت زندگی ضریب همبستگی ۰/۳۴ و بین نمره استرس کل با کیفیت زندگی ضریب همبستگی ۰/۸۱ است که همگی در سطح  $p < 0/01$  معنادار است. بین عملکرد تغذیه با کیفیت زندگی ضریب همبستگی ۰/۱۹ است که معنادار نیست.

جدول ۱. ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش

متغیرها	کارکرد جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	عملکرد تغذیه	فعالیت بدنی	استرس کل	کیفیت زندگی
کارکرد جسمانی	۱							
اضطراب	**۰/۸۸	۱						
کارکرد اجتماعی	**۰/۷۷	**۰/۷۱	۱					
افسردگی	**۰/۶۹	**۰/۷۱	**۰/۶۴	۱				
عملکرد تغذیه	*-۰/۲۶	-۰/۱۷	-۰/۱۹	-۰/۱۷	۱			
فعالیت بدنی	**	**	**	-۰/۱۷	۰/۱۲	۱		
استرس کل	**۰/۹۴	**۰/۹۲	**۰/۸۸	**۰/۸۳	*-۰/۲۳	-۰/۳۸	۱	
کیفیت زندگی	**	**	**	**	۰/۱۹	**۰/۳۴	**۰/۸۱	۱

\*\*  $p < 0/01$

\*  $p < 0/05$

### سوالات

آیا مولفه های سبک زندگی (تغذیه، فعالیت فیزیکی) و کیفیت زندگی در افراد، پیش بینی کننده غلظت خون - میباشد؟

برای پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای تغذیه و فعالیت بدنی از تحلیل رگرسیون استفاده شد:

<sup>5</sup>-international-physical Activity questionnaire

6-quality of life-Bref world health organization

جدول ۲. نتایج رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی توسط تغذیه و فعالیت بدنی

منابع تغییر	SS	df	Ms	F	R	R <sup>2</sup>	Sig
رگرسیون	۲۵۵۶/۴	۲	۱۲۷۸/۲				
باقی مانده	۱۵۷۹۶/۷	۷۷	۲۰۵/۱	۶/۲	۰/۳۷	۰/۱۳	۰/۰۰۳
کل	۱۸۳۵۳/۲	۷۹					

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی توسط عملکرد تغذیه و فعالیت بدنی

متغیرهای پیش بین	B	خطای استاندارد برآورد	$\beta$	T	سطح معناداری
عملکرد تغذیه	۱/۴	۰/۹	۰/۱۵	۱/۴۱	۰/۱
فعالیت بدنی	۷/۴	۲/۴	۰/۳۲	۳/۰۳	۰/۰۰۳

- آیا استرس و تنش های عصبی و کیفیت زندگی در افراد پیش بینی کننده غلظت خون میباشد؟

جدول ۴. نتایج رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی توسط استرس و زیرمقیاس های آن

منابع تغییر	SS	df	Ms	F	R	R <sup>2</sup>	Sig
رگرسیون	۱۳۸۹۰/۱	۴	۳۴۷۲/۵				
باقی مانده	۴۴۶۳/۰۵	۷۵	۵۹/۵	۵۸/۳	۰/۸۷	۰/۷۵	۰/۰۰۱
کل	۱۸۳۵۳/۲	۷۹					

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی توسط استرس و تنش

متغیرهای پیش بین	B	خطای استاندارد برآورد	$\beta$	T	سطح معناداری
کارکرد جسمانی	-۱/۸	۰/۴۱	-۰/۵۹	-۴/۴	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۹۳	۰/۴	۰/۲۶	۲/۰۸	۰/۰۴
کارکرد اجتماعی	-۱/۷	۰/۳	-۰/۵۱	-۵/۵	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۲۰	۰/۳۶	-۰/۰۴	-۰/۵۶	۰/۵
استرس کل	-۰/۷۹	۰/۰۶	-۰/۸۱	-۱۲/۴	۰/۰۰۱

- آیا کیفیت زندگی در افراد پیش بینی کننده غلظت خون میباشد؟

جدول ۶. نتایج رگرسیون برای پیش بینی غلظت خون (hb) براساس کیفیت زندگی

منابع تغییر	SS	df	Ms	F	R	R <sup>2</sup>	Sig
رگرسیون	۲/۷	۱	۲/۷	۱/۲	۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۲

باقی مانده	۱۷۷/۸	۷۸	۲/۲
کل	۱۸۰/۶	۷۹	

ضرایب رگرسیون متغیر پیش بین نشان می دهد که که کیفیت زندگی نمی تواند پیش بینی کننده غلظت خون بالا باشد. جدول ۷. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش بینی غلظت خون بر اساس کیفیت زندگی

متغیرهای پیش بین	B	خطای برآورد	استاندارد $\beta$	T	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۲	۱/۱	۰/۲

- آیا عملکرد تغذیه، استرس و فعالیت فیزیکی می تواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران با غلظت خون بالا باشد؟

جدول ۸. نتایج رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس عملکرد تغذیه، استرس و فعالیت بدنی

منابع تغییر	SS	df	Ms	F	R	R <sup>2</sup>	Sig
رگرسیون	۱۳۹۴۶/۷	۶	۲۳۲۴/۴				
باقی مانده	۴۴۰۶/۴	۷۳	۶۰/۳	۳۸/۵	۰/۸۷	۰/۷۶	۰/۰۰۱
کل	۱۸۳۵۳/۲	۷۹					

جدول ۹. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس عملکرد تغذیه، استرس، فعالیت فیزیکی

متغیرهای پیش بین	B	خطای برآورد	استاندارد $\beta$	T	سطح معناداری
فعالیت بدنی	۱/۱	۱/۵	۰/۰۴	۰/۷۳	۰/۴
عملکرد تغذیه	-۰/۳۷	۰/۵۶	-۰/۰۴	-۰/۶۷	۰/۵
کارکرد جسمانی	-۱/۸	۰/۴۳	-۰/۶۱	-۴/۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۱/۰۶	۰/۴۷	۰/۳	۲/۲	۰/۰۲
کارکرد اجتماعی	-۱/۷	۰/۳	-۰/۵۱	-۵/۴	۰/۰۰۱
افسردگی	-۰/۲۸	۰/۳۷	-۰/۰۶	-۰/۷۴	۰/۴۵

جدول ۱۰. نتیجه رگرسیون گام به گام برای پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس عملکرد تغذیه، استرس، فعالیت فیزیکی

گام	متغیر پیش بین	F	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	T	Sig
۱	کارکرد جسمانی	۱۶۳/۹	۰/۸۲	۰/۶۷	-۲/۷	-۰/۸۲	-۱۲/۸	۰/۰۰۱
۲	کارکرد جسمانی	۱۱۱/۱	۰/۸۶	۰/۷۴	-۱/۶	-۰/۵۰	-۵/۵	۰/۰۰۱
	کارکرد اجتماعی				-۱/۲	-۰/۴۰	-۴/۴	۰/۰۰۱
۳	کارکرد جسمانی		۰/۸۶	۰/۷۵	-۱/۷	-۰/۵۲	-۵/۸	۰/۰۰۱
	کارکرد اجتماعی	۷۸/۴			-۱/۸	-۰/۶۰	-۴/۵	۰/۰۰۱

**نتیجه گیری:**

**فرضیه پژوهش:** فعالیت فیزیکی، استرس و عملکرد تغذیه ای پیش بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران با غلظت خون بالا می باشد.

در این پژوهش در بررسی رابطه بین فعالیت فیزیکی با کیفیت زندگی مشخص گردید که بین این دو متغیر رابطه ی معنی داری وجود دارد؛ یعنی هر چه نمرات فرد در فعالیت فیزیکی بالاتر باشد فرد با کیفیت زندگی خوبی در ارتباط است به طوری که به ازای افزایش در مقدار فاکتور فعالیت فیزیکی شانس نمرات بالای افراد با کیفیت زندگی بهتر و مطلوب نسبت به نمرات افراد با کیفیت زندگی پایین افزایش می یابد بنابراین هر چه فرد از لحاظ فیزیکی در حال تحرک باشد نه تنها عامل مؤثر در کاهش استرس و اضطراب می باشد از نظر میزان رضایت از زندگی بهتر می باشد؛ بنابراین ضروری است که انجام فعالیت فیزیکی از همان ابتدای دوران کودکی و نوجوانی آغاز شود تا فاکتور زمینه سازی برای داشتن یک زندگی سالم و پویا در بزرگسالی باشد چرا که آگاهی از میزان فعالیت بدنی افراد و شناخت عوامل مؤثر بر آن می تواند در برنامه ریزی آموزش و اجرایی جهت تشویق آنان به فعالیت بدنی منظم و مداخله به موقع در اصلاح آن کمک کننده باشد.

در بررسی رابطه بین استرس با کیفیت زندگی در افراد دارای غلظت خون نیز مشخص گردید که بین این دو متغیر رابطه معنی دار وجود دارد؛ یعنی در این مطالعه هر چه نمره استرس فرد بالاتر باشد شانس قرار گرفتن در کلاسی که نمره کیفیت زندگی در تمام ابعاد آن پایین است افزایش یافته است.

در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می توان گفت که دو عامل مهم ایجاد تنش در زندگی در بین افراد شاغل وجود داشت و آن مدیریت زمان و پول است که بیشترین افراد را به علت وضعیت مالی نا مناسب مقروض می کند و مشخص است که فشار های مالی می تواند خسارت های جسمی و روحی بیماری را به آنان وارد کند این موضوع حتی بر خلاقیت شغلی آنان تأثیر می گذارد.

همچنین نتایج ارزیابی ارتباط سایر متغیرهای مورد بررسی نشان داد که اثر سن، جنس، تحصیلات، وزن، و مصرف دخانیات با کیفیت زندگی دارای اثرات معنا داری بودند؛ اما متغیرهای وضعیت تأهل، محل سکونت، با کیفیت زندگی فاقد اثر معنا داری بودند.

**سوالات پژوهش**

**آیا مؤلفه های سبک زندگی (تغذیه، فعالیت فیزیکی) و کیفیت زندگی در افراد پیش بینی کننده غلظت خون میباشد؟**

نتایج بیانگر این است که فعالیت فیزیکی می تواند کیفیت زندگی را در افراد دارای غلظت خون پیش بینی کند. یک فعالیت فیزیکی منظم می تواند باعث کاهش استرس و اضطراب و تنظیم سایر فعالیت های فیزیولوژیکی بدن و تثبیت گردش خون شود و از آنجایی که در پژوهش های گذشته چون مالینگ ۲۰۱۰ نشان داد که استرس واکنش های عصبی خود عامل مهمی در افزایش غلظت خون در افراد می باشد انجام فعالیت فیزیکی باعث کاهش استرس می شود پس می تواند در افراد غلظت خون مؤثر باشد.

-اما عملکرد تغذیه پیش بینی کننده کیفیت زندگی نبود ولی سبک زندگی در زمینه تغذیه و برخی عادات غذایی در اکثر افراد نامناسب بود و در پژوهش حاضر نشان داد که تغذیه نامناسب و غلط و عادات نا درست غذایی همچون مصرف بالای چربی ها و قند ها نسبت به سبزیجات و میوه خود عامل زمینه سازی در ایجاد بیماری های مزمن می شود. فعالیت بدنی منظم به عنوان یک رفتار مهم ارتقاء دهنده سلامت باعث پیشگیری و یا به تأخیر انداختن انواع بیماری های مزمن و مرگ و میر زود رس می شود.

### - آیا استرس و تنش های عصبی بر کیفیت زندگی در افراد پیش بینی کننده غلظت خون میباشد؟ و می تواند یک عامل در بروز بیماری های قلبی و عروقی باشد؟

نتایج نشان داد که مثبت است کار کرد جسمانی، اضطراب و کارکرد اجتماعی و استرس کل می تواند کیفیت زندگی را پیش بینی کند البته همه انسان ها با مشکلات مواجه می شوند و احساس فشار می کنند اما این که تنش فشار محسوب شود یا خیر فقط به طرز کنترل آن بستگی دارد که فرد به خوبی از پس مهارت های زندگی بر آید در این پژوهش با افزایش استرس، اضطراب کیفیت زندگی هم کاهش یافته بنابراین هر چه استرس فرد بالا تر باشد به همان اندازه در کاهش نمرات کیفیت زندگی تأثیر می گذارد و از لحاظ روانی هر چه فرد استرس بیشتری را در زندگی درک کند علاوه بر تأثیر منفی که بر بعد روانی کیفیت زندگی دارد در ابعاد دیگر زندگی از جمله بعد جسمانی را تحت تأثیر قرار می گیرد. طبق پژوهش های مالینگ (۲۰۱۰) استرس یک عامل زمینه ساز در ایجاد یک غلظت خون کاذب می باشد و این افزایش غلظت خون بر اثر استرس که در خلال استرس های روانی ایجاد می شود می تواند خطر بیماری های قلبی، عروقی را افزایش دهد به همین علت خون در زمان استرس غلیظ تر شده و روند حرکت آن در عروق کند تر خواهد شد و در نتیجه باعث ایجاد لخته در عروق و به دنبال آن بروز حملات قلبی و یا مغزی را می شود.

### - آیا کیفیت زندگی در افراد پیش بینی کننده غلظت خون بالا می باشد؟

نتایج نشان داد که کیفیت زندگی نمی تواند به تنهایی پیش بینی کننده غلظت خون بالا باشد اما طبق پژوهش های گذشته عوامل زمینه ساز چون تغذیه غلط (مصرف بالای چربی ها و قند ها) استرس و تنش های عصبی، مصرف دخانیات که موجب کاهش اکسیژن میان بافتی می شود و حتی بیماری های زمینه ای و ژنتیکی قلبی و ریوی می تواند ریسک فاکتور های مهم و خطر ساز در افزایش گلبول های قرمز خون و غلظت خون شوند و همین عوامل خود می توانند جداگانه بر کیفیت زندگی افراد مؤثر باشند و باعث افت کیفیت زندگی شوند همچنان که در پژوهش های پیشین هم این یافته ها مورد تأیید قرار گرفت است.

### - آیا عملکرد تغذیه ای، استرس و فعالیت فیزیکی می تواند پیش بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران با غلظت خون بالا شود؟

در این بخش در رابطه با استرس و فعالیت فیزیکی جواب مثبت است اما تغذیه نمی تواند کیفیت زندگی را پیش بینی کند پس نتایج حاکی از آن است که نداشتن یک تغذیه صحیح در زندگی و کم تحرکی نه تنها بر بعد جسمانی کیفیت زندگی مؤثر است بلکه بر تمامی ابعاد آن تأثیر مثبت دارد و حتی نداشتن یک فعالیت فیزیکی منظم خود باعث افزایش استرس و تنش های روانی و حتی چاقی خواهد شد که هر کدام به نوعی در کاهش نمرات کیفیت زندگی بی تأثیر نیستند. نقش فعالیت بدنی در کاهش انواع بیماری ها و افزایش سلامت روانی کیفیت زندگی و عملکرد جسمانی فیزیکی در بسیاری از مطالعات مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین موسوی زاده و همکاران ۱۳۹۰ در پژوهش خود با عنوان تمرین هوازی بر شاخص های هماتولوژیک بر کیفیت زندگی نشان دادند که تمرینات هوازی و فعالیت های فیزیکی میتواند سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش بعضی از شاخص های هماتولوژیک و حتی تعداد گلبول های قرمز و هماتوکریت شوند طبیعی است که می توان پیش بینی کرد که داشتن یک تغذیه کاربردی و صحیح با گنجاندن یک فعالیت فیزیکی منظم در زندگی و آموزش مهارت های زندگی در مقابله با استرس می تواند در کاهش غلظت خون و داشتن یک کیفیت زندگی مطلوب و ایده آل نقش بسزایی داشته باشد. بنابراین نتایج تحقیق حاضر حاکی از این خواهد شد که:

منشأ بسیاری از مشکلات و بیماری های مزمن انسان کیفیت زندگی اوست و با توجه به این که یکی از مهم ترین چالش های پیشگیری از بیماری های مزمن تشویق به انجام فعالیت بدنی منظم، آموزش شیوه های مقابله با استرس و یک تغذیه سالم است علی رغم این اهمیت پیشگیری، اقدامات آگاه سازی عمومی، تشویقی، بهداشتی می تواند عمده ترین عامل در سبک سلامت باشد.



## منابع

۱. ادیبی، پیمان، قانع، مصطفی و همکاران. (۱۳۸۰). مقادیر موج شاخص های گلیبول قرمز: محاسبه در یک صد و هفتاد هزار فرد بالغ در اصفهان، فصلنامه پژوهش در پزشکی، شماره ۹۸
۲. امامی نائینی، نسربین. (۱۳۸۷). استرس. تهران: هنرآبی
۳. امین پور، محمد. (۱۳۸۶). اصول علم تغذیه. تهران: انتشارات ارسباران
۴. باقرزاده، م، (۱۳۸۴). راهنمای تغذیه ورزشی درمانی
۵. پورشعبان، مهسا، پارسا یکتا، زهره و همکاران. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش رژیم غذایی بر کیفیت زندگی بیماران مزمن غیر دیالیزی، نشریه پرستاری ایران، شماره ۸۲
۶. جی راسل، (۲۰۰۶). مشکلات خون، فشارخون و درمان. ترجمه ایرانیها. تهران: انتشارققنوس
۷. خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). بررسی مسائل تربیتی و روان شناختی درنامه حضرت علی (ع) به فرزندش حسن بن علی (ع): تربیت اسلام
۸. خدایاری فرد، محمد. غباری بناب، باقر، شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۸۰). رابطه عوامل تنش زاوشانگان استرس باراههای مقابله در جوانان، گزارش پژوهشی تهران
۹. رشیدی، زینب، رشیدی، علی و روزبهانی، علی. (۱۳۹۱). بررسی اثر ورزش گروهی بر کاهش افسردگی در زنان یک مطالعه موردی در بیمارستان نور اصفهان، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، شماره ۲۱۲
۱۰. شاملو، سعید (۱۳۶۲). آسیب شناسی روانی (روانشناسی مرضی). تهران
۱۱. فرج زاده، داود، (۱۳۸۹) بهداشت مواد غذایی
۱۲. فشارکی، محمدغلام، آزاد، اسفندیار. (۱۳۹۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه فعالیت بدنی آزاد فشارکی، مجله علمی پژوهشی اراک، سال ۱۴، شماره ۳
۱۳. فیضی، آوات. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط استرس و ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی در افراد ۱۹ سال و بالاتر اصفهان، مجله تحقیقات نظام سلامت، شماره ۶
۱۴. قاسم نژاد، حسین. (۱۳۹۰). مهارتهای مقابله با استرس. قم: مفید
۱۵. کراووس، (۱۳۸۷). اصول تغذیه کراووس، ترجمه ستوده
۱۶. کوثری نیا، احسان، اخوان صفایی، زهرا، (۱۳۹۰). هرم راهنمای تغذیه
۱۷. میرمیران، پروین. (۱۳۸۸). اصول تنظیم برنامه های غذایی
۱۸. میرمیران، پروین، اصفهانی، فیروزه، عزیزی، فریدون. (۱۳۸۸). ارزیابی روایی نسبی و پایایی پرسشنامه بسامدمصرف غذایی: مطالعه قندولیبیدایران، مجله دیابت ولیپیدایران، دوره ۹ شماره ۲
۱۹. هریسون، (۱۳۸۹). تغذیه هریسون. ترجمه همتی
۲۰. هومن، عباس. (۱۳۷۶). استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمومی بروی دانشجویان دوره های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران، موسسه تحقیقات تربیتی
۲۱. هومن، عباس. (۱۳۷۶). سطوح و انواع استرس و راهبردهای مقابله با آن در دانشجویان تهران: موسسه تحقیقات تربیتی
22. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Quality of life in diverse groups of mild life woman: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. (2004), 13:40-933
23. Bovier PA, Chamot E, Perneger IV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. Qual Life Res 2004; 13(1): 161-70
24. Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DO, Ford ES, Giles WH, et al. Associations between recommended levels of physical activity and health-related

- quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Prev Med* 2003; 37(5): 520-8.
25. Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DO, Ford ES, Giles WH, et al. Associations between recommended
  26. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, Fowler K.E, Lambert MT, Bishop C, et al. Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics* 2007; 48(2): 142-8.
  27. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, Fowler K.E, Lambert MT, Bishop C, et al. Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics* 2007; 48(2): 142-8.
  28. Ebadi M, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi OR, Fateh A, Montazeri A. Translation, reliability and validity of the 12-item general health questionnaire among young people in Iran. *Poyesh* 2002; 3. [In Persian].
  29. Goldberg DP, Hillier V.A scaled version of the general health questionnaire.
  30. Hazavehei SMM, Asadi Z, hassanzadeh A, shekachizadeh p. (comparing the effect of two methods of presenting physical education II course on the attitudes and practices of female students towards regular physical activity in Isfahan university of medical sciences). *Iranian Journal of medical education* 2008,8(1):121-131(Persian).
  31. Jiang, Hesser JE. Patterns of health related quality of life and patterns associated with health risk among Rhode Island adults. (2008).
  32. Katsouyanni K, Rimm EB, Gnardellis c, Trichopoulos D, Polychronopoulos E, trichopoulou A, reproducibility and relative validity of an extensive semi-quantitative food frequency questionnaire using dietary records and biochemical markers among Greek school teachers. *Int J Epidemiol* 1997,26(suppl):s27-118.
  33. Lee CD, Folsom AR, Blair SN. physical activity and stroke risk: A meta-analysis. 2003,34(10)
  34. levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor
  35. M.N) M.ling. relationship cardiovascular disease and treatment depression. *Mahya.NEWS*. writer Birtemp, Data life English, (2010)
  36. Mansong J, stampfer M, colditz G, willett W, Rosner B, Hennekens C, et al. physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *the lancet*. 1991,338(8770):774-778.
  37. Martinelli LM, Mizutani BM, Mutti A, D'Alia MP, Coltro RS, Matsubara BB. Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community health care program population. *Clinics (Sao Paulo)* 2008; 63(6): 783-8.
  38. Mosher CE, Sloane R, Morey MC, Snyder DC, Cohen HJ, Miller PE, et al. Associations between lifestyle factors and quality of life among older long-term breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer* 2009; 115(17): 4001-9.
  39. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 61.
  40. Ogawa T, Tsubono Y, Nishino Y, et al. Validation of a food frequency questionnaire for cohort studies in Japan. *Public health nutr* 2003,6:147-157.
  41. Painter P, Krasnoff J, Paul SM, Ascher NL. Physical activity and health-related quality of life in liver transplant recipients. *Liver Transpl* 2001; 7(3): 213-9.

42. Politi PL, Piccinelli M, Wilkinson G. Reliability, validity and factor structure of the 12-Hem General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(6): 432-7.
43. *Psychological medicine*. 1979,9(01):134-145.
44. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo ME. Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy? *Radiother Oncol* 2003; 67(2): 213-20.
45. Rosenman, R.H, Seligman. (1989), multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year followup in the western collaborative group study. *American j. cardiology*, 57, 23-130
46. Sarkisone. A, food composition table of Iran. national nutrition and food research institute of shaheed Beheshti university.
47. Shibata A, Oka K, Nakamura Y, Muraoka I. Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 64.
48. Shibata A, Oka K, Nakamura Y, Muraoka I. Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 64.
49. Surveillance System (BRFSS) survey. *Prev Med* 2003; 37(5): 520-8.
50. Tagay S, Kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. *Patients*.
51. Tagay S, Kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. *Patients*.
52. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12): 1569-85.
53. Wahl A, Moum T, Hanestad B.R, Wiklund I. The relationship between demographic and clinical variables, and quality of life aspect in patients with psoriasis. 1999.
54. Wayne SJ, Baumgartner K, Baumgartner RN, Bernstein L, Bovven DJ, Ballard-Barbash R. Diet quality is directly
55. Yaghobi N. The study of social epidemic disorder in rural and urban of Somesoraye Gilan (Msc thesis). Tehran: Iran university of medical sciences, 2009.

# The relationship between Nutritional Performance, Stress and Physical Activity and Quality of Life in People with High Blood Concentration

Kayomars Noraei

*Master of Counseling, University Lecturer, Iran*

---

## Abstract

This study has been conducted with the aim of investigating the relationship between nutritional performance, physical activity and stress and quality of life among people with high blood concentration. The study population includes 80 people of 22 years of age and older who had been admitted to Imam Ali (AS) Hospital of Kermanshah with cardiac symptoms of acute coronary syndrome but with high blood concentration in their blood samples. The sample was selected using convenience sampling method. Questionnaire of quality of life (WHOQOL-Brief), mental health (GHQ), evaluation of physical activity (IPAQ), nutritional performance evaluation (FFQ) and demographic information were used for data collection, and the data were analyzed using stepwise regression model. The results of data analysis showed that there is a significant relationship between physical activity and stress and quality of life. Therefore, physical activity and stress can be good predictors of quality of life in people with high blood concentration. However, no significant association was found between nutritional function and quality of life. Moreover, smoking status, gender, age, educational level and weight were shown to have a significant impact on quality of life, but variables marital status and place of residence had no statistically significant effect on it. The results also showed that the most common cause of man's problems and chronic diseases is in his wrong lifestyle. An important way of preventing chronic diseases is encouraging human beings to do regular physical exercise, training people about how to cope with stress and having a healthy nutrition program. Despite the importance of prevention, measures taken regarding public awareness and health promotion can be the most important factor is health style.

**Keywords:** nutritional performance, stress, physical activity, quality of life, blood concentration.

---