

## سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در رابطن سلامت شهرستان مشهد

سال ۱۳۹۴

منیره رستگار یدکی<sup>۱\*</sup>، حمیدرضا زنده طلب<sup>۲</sup>، مریم یاوری<sup>۲</sup>، سید رضا مظلوم<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- عضو هیات علمی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- عضو هیات علمی گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت عامل ارزشمندی برای ارتقاء کیفیت زندگی است. در نظام مراقبت، رابطن سلامت نقش غیر قابل-انکاری در گسترش رفتارهای بهداشتی در سطح جامعه دارند، لذا توجه به وضعیت سلامت آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. این پژوهش با هدف بررسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در رابطن سلامت انجام شد.

**روش‌ها:** این پژوهش توصیفی تحلیلی بر روی ۱۹۱ رابطن سلامت مرکز بهداشتی شماره ۳ شهر مشهد که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، با روش نمونه‌گیری آسان در سال ۱۳۹۴ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بودند. روایی پرسشنامه سبک زندگی به شیوه روایی محتوا و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/87$ ) تایید شد. تحلیل داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی انجام شد.

**نتایج:** میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش  $39/8 \pm 8/5$  و میانگین نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت آنها  $129/9 \pm 13/6$  بود. بین سبک زندگی و برخی مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان نظیر بعد خانوار، متوسط درآمد ماهیانه و سطح تحصیلات آنها رابطه معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت رابطن در سطح متوسط رو به پایین می‌باشد. بنابراین، با توجه به نقش محوری این افراد در گسترش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سطح جامعه، اجرای مداخلات آموزشی به منظور ارتقاء سبک زندگی رابطن سلامت پیشنهاد می‌گردد.

**کلمات کلیدی:** سبک زندگی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، رابطن سلامت

\* آدرس نویسنده مسئول: مشهد، خیابان دانشگاه، چهار راه دکتر، خیابان ابن‌سینا، دانشکده پرستاری و مامایی.

شماره تماس: ۰۹۳۹۵۶۸۳۸۲۰

آدرس پست الکترونیک: monir.rastegar68@gmail.com

## مقدمه

تأمین و ارتقاء سطح سلامت، یکی از نیازهای ضروری تمامی انسان‌ها به‌شمار می‌رود (۱). سلامتی کیفیتی است که تعریف آن دشوار و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً ناممکن است. اما در اکثر تعاریف ارائه شده، بر اهمیت مسئولیت در قبال خود و سبک زندگی تأکید شده است (۲). سبک زندگی روشی از زندگی است که سبب تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد می‌گردد (۳). بنا به تعریف، سبک زندگی مجموعه‌ای از انتخاب‌های افراد، متناسب با موقعیت‌های زندگی آن‌ها است (۴). سازمان جهانی بهداشت، سبک زندگی را ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی از جمله تغذیه، تحرک بدنی، استرس، مصرف دخانیات و کیفیت خواب می‌داند که در پی فرآیند اجتماعی شدن افراد به‌وجود می‌آید (۵).

از سده بیستم، تلاش شتابزده برای صنعتی‌شدن، گسترش سریع شهرنشینی و زندگی مدرن، جوامع انسانی را از نقطه نظر الگوی زندگی، روابط اجتماعی، مسائل بهداشتی و پزشکی بیش از تمام تاریخ دستخوش دگرگونی نموده است. تا آنجا که قبول شیوه‌های نوین زندگی، اثر منفی بر سلامت انسان گذاشته و مسائل بهداشتی جدید را به بار آورده است (۶). تغییرات چشم‌گیری در اپیدمیولوژی بیماری‌ها ایجاد شده و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، سیر صعودی داشته است (۷). در حال حاضر در جهان، مرگ‌ومیر و ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن بیش از بیماری‌های واگیردار است (۸). کشور ایران نیز با این تغییرات اپیدمیولوژیک مواجهه است، به‌طوری‌که هم اکنون سهم مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیردار در ایران بیش از بیماری‌های واگیر است (۹).

به دنبال این تغییرات، افزایش بار بیماری‌های چندعاملی رخ داده است. این بیماری‌ها صرفاً تحت تاثیر فاکتورهای غیرقابل تغییر از جمله: سن، جنس و سابقه‌ی خانوادگی نبوده و سبک زندگی افراد نقش بسزایی را در وقوع آن‌ها ایفا می‌کند (۱۰). به گونه‌ای که بیش از ۷۰ درصد این بیماری‌ها با سبک زندگی افراد مرتبط هستند (۱۱).

امروزه ۶۰ درصد سلامت افراد به رفتار و سبک زندگی آنان مرتبط است (۱۱) و این رفتارها عامل ۵۳ درصد از میزان مرگ و میر جهانی به‌شمار می‌روند. طبق پیش‌بینی‌های صورت گرفته ۸۰-۷۰ درصد از میرایی کشورهای توسعه یافته و ۵۰-۴۰ درصد از میرایی کشورهای در حال توسعه به علت بیماری‌های

مرتبط با سبک زندگی است (۱۲). بر اساس گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰، از حدود ۳۸۰ هزار مرگ، حداقل ۱۸۰ هزار مورد به هفت منشا اصلی مرگ (مصرف سیگار و قلیان، تغذیه ناسالم، کم تحرکی، چاقی، فشار خون بالا، افزایش قند خون و کلسترول بالای خون) مرتبط هستند و با ادامه‌ی این روند تا سال ۱۴۰۴ حدود ۷۰ درصد بیماری‌های کشور به حوزه‌ی بیماری‌های غیر واگیردار و مابقی به حوادث و بیماری‌های واگیردار مثل ایدز اختصاص می‌یابند (۱۳).

از طرفی سبک زندگی نامناسب یکی از عوامل تاثیرگذار در بروز بیماری‌های روحی، روانی و بیماری‌های مزمن قلب و عروق، دیابت، پوکی استخوان، انواع سرطان، انسداد ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، ایدز و بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل چاقی و اعتیاد به شمار می‌رود. از این رو شیوه زندگی در تشدید یا دوام بیماری‌ها نقش دارد. پیامدهای دیگری نیز از جمله: احساس پوچی و نارضایتی از زندگی، کاهش امید به زندگی، کیفیت نامناسب زندگی و افزایش بار مراقبت بهداشتی در زمینه درمان، نیروی انسانی و بازتوانی را به‌دنبال دارد (۵، ۱۱). از این رو مراقبت‌های بهداشتی نوین به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به عنوان پیامد سلامتی به سمت گستره‌های وسیع‌تری نظیر ارتقاء سلامت، سبک زندگی و کیفیت زندگی تغییر داده است (۱۴).

در همین راستا برای ترویج مفاهیم سلامت، توسعه رفتارهای سالم، توانمندسازی و حساس نمودن جامعه به حفظ سلامت خود و خانواده و نهایتاً ارتقاء سطح سلامت جامعه، استفاده از گروه‌های مردمی داوطلب نظیر رابطین سلامت ضرورت دارد (۱۵).

رابطین سلامت، زنان خانه‌دار یا شاغلی هستند که تحت سازمان‌دهی و به صورت داوطلب اقدام به ارائه خدمات گوناگونی از جمله: آموزش بهداشت، بیماری‌یابی و ارجاع مددجویان به مراکز بهداشتی درمانی در سطح جامعه می‌نمایند و هر کدام به طور متوسط ۵۰ خانوار از همسایگان خود را تحت پوشش دارند. توجه به سلامت زنان که نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند، نه تنها به منزله حق انسانی شناخته شده، بلکه به دلیل تاثیر آن بر سلامت اعضای خانواده و جامعه از اهمیت روزافزونی برخوردار می‌باشد. چرا که انتخاب هر نوع سبک زندگی از سوی زنان علاوه بر زندگی شخصی آن‌ها، بر رفتارها و سبک زندگی سایر افراد نیز موثر است. نتایج مطالعات قبلی نشان داد که سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت مردان بیش از

کل (۱۳۰ امتیاز) سنجیده می‌شود؛ به گونه‌ای که نمره کمتر از میانگین (کمتر از ۱۳۰ امتیاز) سبک زندگی نامطلوب، و نمره بیشتر از میانگین (بیش از ۱۳۰ امتیاز) سبک زندگی مطلوب را گزارش می‌دهد. همچنین نمره هر بعد نیز جداگانه قابل محاسبه می‌باشد که محدوده نمره هر یک از ابعاد تغذیه، مسئولیت سلامتی، روابط بین فردی و رشد معنوی بین ۹-۳۶ و هر یک از ابعاد فعالیت جسمانی و کنترل استرس بین ۸-۳۲ می‌باشد (۱۷).

پرسشنامه سبک زندگی ابزاری معتبر و پایا برای بررسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در فرهنگ‌های مختلف است. روایی ابزارهای مورد استفاده توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با روش روایی محتوی مورد بررسی و تایید قرار گرفت. حسینی و همکاران (۱۳۹۱) برای تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد ( $\alpha=0/92$ ) و جهت محاسبه همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/95$ ) استفاده کردند که پایایی ابزار مورد تایید قرار گرفته است (۱۷). در این مطالعه پایایی ابزار نیز به روش آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/87$ ) تایید گردید.

پژوهشگران پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و ارائه معرفی‌نامه کتبی به مرکز بهداشت استان شروع به نمونه‌گیری کردند. جمع‌آوری داده‌ها به صورت حضوری، پس از بیان اهداف پژوهش و تاکید بر محرمانه‌بودن اطلاعات با کسب رضایت‌نامه کتبی از واحدهای پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌های مذکور صورت گرفت.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری انجام شد. همچنین در تمام مراحل تجزیه و تحلیل، ضریب اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی‌دار ۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت.

### نتایج

محدود سنی واحدهای پژوهش ۲۴-۵۵ سال با میانگین و انحراف معیار  $39/8 \pm 8/5$  بود. همچنین ۹۴/۸ درصد از واحدهای شرکت‌کننده متاهل (۱۸۱ نفر) و ۹۰/۶ درصد (۱۷۳ نفر) آنها نیز خانه‌دار بودند. سایر مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

زنان است (۱۵). در مطالعه یار احمدی و روستا (۱۳۹۱) سبک زندگی زنان در سنین باروری، در حد متوسط گزارش شد (۱۶). بنابراین رابطین سلامت می‌توانند به عنوان یک الگوی بهداشتی در سطح جامعه ایفای نقش کنند. از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه بررسی سبک زندگی این گروه صورت نگرفته است. لذا با توجه به اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف بررسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در رابطین سلامت انجام شد.

### روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که جامعه آماری مورد بررسی را رابطین سلامت تحت پوشش مرکز بهداشتی شماره ۳ شهر مشهد تشکیل دادند. در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت دو مرحله‌ای از میان ۱۴ مرکز بهداشتی درمانی، ۶ مرکز بهداشت روستایی، ۵۷ پایگاه بهداشتی و ۴۱ خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۳ انجام شد. به این صورت که در مرحله اول از میان واحدهای تحت پوشش ۲۰ واحد اعم از مرکز، پایگاه و خانه بهداشتی به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس در مرحله دوم نمونه‌گیری در میان رابطین سلامت، به صورت آسان تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت. حجم نمونه با انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ رابط بهداشت تعیین شد و در نهایت مطالعه با ۱۹۱ نفر از رابطین سلامت انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل تمایل و رضایت کتبی، عضویت در گروه رابطین بهداشت مراکز مورد نظر، داشتن حداقل سواد ابتدایی و عدم مواجهه با بحران شدید روحی و جسمی در طول ۶ ماه اخیر بود.

روش گردآوری اطلاعات، خود گزارش‌دهی و ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش مشخصات جمعیت‌شناسی و نیم‌رخ ۲ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت<sup>۱</sup> بود. این ابزار بر اساس الگوی ارتقاء سلامت پندر<sup>۲</sup> ارائه شده است که حاوی ۵۲ سوال در شش حیطة: تغذیه (۹ سوال)، فعالیت جسمانی (۸ سوال)، مسئولیت سلامتی (۹ سوال)، مدیریت استرس (۸ سوال)، روابط بین فردی (۹ سوال) و رشد معنوی (۹ سوال) می‌باشد. ارزیابی سبک زندگی در تمام سوالات با مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت (۱=هرگز، ۲=گاهی، ۳=معمولاً و ۴=همیشه) صورت می‌گیرد. محدوده نمره‌ی کلی سبک زندگی بین ۵۲-۲۰۸ است و نمره‌ای که فرد کسب می‌کند نسبت به میانگین

<sup>۱</sup> - Health-Promoting Lifestyle Profile II:HPLPII

<sup>۲</sup> - Pender

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات

## جمعیت‌شناسی

متغیر جمعیت‌شناسی	سطوح متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل	مجرد	۳	۱/۶
	متاهل	۱۸۱	۹۴/۸
	همسر فوت شده	۷	۳/۷
	کل	۱۹۱	۱۰۰/۰
سطح تحصیلات	ابتدایی	۵۱	۲۶/۷
	سیکل	۶۵	۳۴/۰
	دیپلم	۷۱	۳۷/۲
	بالتر از دیپلم	۴	۲/۱
وضعیت اشتغال	کل	۱۹۱	۱۰۰/۰
	شاغل	۱۸	۹/۴
	خانه‌دار	۱۷۳	۹۰/۶
	کل	۱۹۱	۱۰۰/۰
ترکیب خانواده	همسر	۳۳	۱۷/۳
	همسر و فرزندان	۱۴۸	۷۷/۵
	فرزندان	۷	۳/۷
	والدین	۳	۱/۶
بعد خانوار	کل	۱۹۱	۱۰۰/۰
	۱-۲ نفر	۳۵	۱۸/۳
	۳-۴ نفر	۹۳	۴۸/۷
	۵-۶ نفر	۵۶	۲۹/۳
	بیش از ۷	۷	۳/۷
	کل	۱۹۱	۱۰۰/۰

همچنین شاخص کلی سبک زندگی ارتقاء‌دهنده سلامت را بطین بهداشت  $129/9 \pm 13/6$  بود که کمترین امتیاز مربوط به بُعد فعالیت جسمانی ( $15/1 \pm 3/8$ ) و بیشترین امتیاز را بُعد رشد معنوی با میانگین ( $26/4 \pm 4/1$ ) به خود اختصاص داده است (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های سبک زندگی ارتقاء

دهنده سلامت در واحدهای مورد مطالعه

زیر مقیاس‌های سبک زندگی	میانگین و انحراف معیار
تغذیه	$24/6 \pm 3/0$
فعالیت جسمانی	$15/1 \pm 3/8$
مسئولیت سلامتی	$22/1 \pm 3/6$
کنترل استرس	$18/0 \pm 3/1$
روابط بین فردی	$23/7 \pm 3/3$
رشد معنوی	$26/4 \pm 4/1$
سبک زندگی کل	$129/9 \pm 13/6$

آنالیز واریانس یک‌طرفه بین شاخص سبک زندگی با سطح تحصیلات را بطین اختلاف معنی‌داری نشان داد ( $P < 0/001$ ).

نتایج آزمون تعقیبی توکی نیز حاکی از این بود که این تفاوت مربوط به سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم با سطوح تحصیلی ابتدایی ( $P = 0/011$ ) و سیکل ( $P = 0/006$ ) بود. همچنین میانگین نمره سبک زندگی با وضعیت تاهل، ترکیب خانواده و وضعیت اشتغال ارتباط آماری معنی‌داری نداشت ( $P > 0/05$ ). علاوه بر این نمره سبک زندگی با ابعاد خانواده ( $T = -0/277$ ) و متوسط درآمد آنها ( $T = -0/265$ ) همبستگی معکوسی بدست آمد.

## بحث

بر اساس نتایج حاصله به طور کلی میانگین امتیاز سبک زندگی ارتقاء‌دهنده سلامت را بطین در سطح متوسط رو به پایین است که با نتایج مطالعه یاراحمدی و روستا که در آن سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان را متوسط رو به بالا ارزیابی کرده‌اند، هم‌خوانی نداشت (۱۶). یکی از دلایل عدم همسویی می‌تواند گروه هدف متفاوت و حجم نمونه بالای مطالعه یاراحمدی باشد. در این مطالعه کمترین نمره کسب شده در زیر مجموعه‌ی فعالیت جسمانی بود و بیشترین نمره به زیر مجموعه‌ی رشد معنوی اختصاص داشت که این نتایج با مطالعه کوانتلیانی<sup>۱</sup> و همکاران که طی آن رفتارهای ناسالم زنان در بعد فعالیت فیزیکی را بیشتر گزارش داده بود همسو می‌باشد (۱۸). حسینی و همکاران<sup>۲</sup> نیز به نتایج مشابهی در زمینه فعالیت جسمانی و رشد معنوی با مطالعه حاضر دست یافتند (۱۷، ۱۹). اما در مطالعه‌ای دیگر، بعد رشد معنوی به‌عنوان کمترین نمره کسب شده در میان زنان آمریکایی آفریقا تبار گزارش گردید که با مطالعه حاضر مغایرت داشت (۲۰). البته با وجود پیشینه فرهنگی و مذهبی قوی در ایران و توجه کمتر به ورزش و فعالیت‌های بدنی به‌ویژه در میان زنان جامعه، نتیجه حاصل چندان دور از انتظار نبود. علاوه بر این، شاید بتوان به دلیل اینکه اکثر واحدهای پژوهش در سن میان‌سالی قرار داشته و خانه‌دار بودند نتایج به‌دست آمده را توجیه کرد، چرا که انتظار می‌رود با افزایش سن تمایل افراد به معنویات افزایش یابد. از طرف دیگر زنان خانه‌دار نسبت به زنان شاغل فعالیت کمتری دارند (۲۱).

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین سبک زندگی با سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان مشاهده شد. نتایج مطالعه کردی و هادی‌زاده با عنوان بررسی سبک زندگی زنان شاغل و غیر

<sup>1</sup> - Quintiliani

<sup>2</sup> - Zhang

که در مطالعه حاضر نتایج حاکی از یک ارتباط معکوس است به گونه‌ای که با افزایش میزان درآمد، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت کمتری گزارش شد در حالی که در سایر مطالعات میزان درآمد بالا، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بیشتری را به دنبال داشت. ممکن است یافته‌های مطالعه حاضر ناشی از گزارش-دهی نادرست و محتاط بودن افراد در ارائه اطلاعات مربوط به وضعیت اقتصادی باشد.

در این مطالعه بین سن و سبک زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. در برخی مطالعات نیز در گروه زنان ارتباط معنی-داری بین دو متغیر به دست نیامده است (۲۷،۲۶). این یافته از نظر سن با نتایج مطالعه کانت سینگ<sup>۴</sup> و همکاران و الکندری<sup>۵</sup> و همکاران مغایرت دارد، چرا که این دو مطالعه به ارتباط معکوسی بین سن و سبک زندگی دست یافته بودند (۲۸، ۲۹).

البته شاید بتوان وجود مسائل اقتصادی و فرهنگی را در کاهش نمره سبک زندگی با بالا رفتن سن موثر دانست. پژوهش حاضر با محدودیت خودگزارشی ابزار مطالعه از سوی مشارکت کنندگان همراه بود.

### نتیجه‌گیری

در کل می‌توان گفت سبک زندگی رابطین سلامت نامطلوب (کمتر از میانگین کل) ارزیابی گردید و با توجه به نقش محوری و الگوی بهداشتی بودن این افراد در جامعه، برنامه‌ریزی مناسب برای افزایش سطح کیفی سلامت رابطین توصیه می‌گردد. در این راستا لزوم اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با تأکید بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به گروه‌های مسئول در طرح رابطین سلامت ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

نگارندگان این مقاله مراتب سپاس خود را از کلیه رابطین سلامت شرکت‌کننده در مطالعه و همکاران مراکز بهداشتی درمانی شماره ۳ شهر مشهد که بدون کمک‌های ارزنده ایشان امکان اجرای این طرح میسر نبود، اعلام می‌نمایند. هم‌چنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به سبب حمایت مالی از این پژوهش قدردانی می‌گردد. این مقاله برگرفته شده از نتایج پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد به شماره طرح ۹۳۱۳۸۸ و مصوب سال ۱۳۹۳ می‌باشد.

شاغل، نشان داد که سطح تحصیلات زنان بر سبک زندگی‌شان تاثیرگذار است (۲۱). هم‌چنین این یافته با مطالعه تورچ<sup>۱</sup> هم‌خوانی دارد (۲۲). در مطالعه یاراحمدی و روستا نیز ارتباط ضعیفی بین سطح تحصیلات و سبک زندگی مشاهده شد که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۱۶). البته دور از انتظار نبود که تحصیلات بالاتر، اهمیت سلامت را بیش از پیش نزد افراد روشن می‌سازد و آن‌ها را به انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، ترغیب می‌نماید.

علاوه بر این نتایج نشان داد بین سبک زندگی و بعد خانوار ارتباط معکوسی وجود دارد به گونه‌ای که با افزایش تعداد اعضای خانواده، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت کاهش می‌یابند. نتایج مطالعه زارعی‌پور و همکاران با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲۳)، اما یاراحمدی و روستا به ارتباط معنی‌داری بین بعد خانوار و سبک زندگی دست نیافتند (۱۶). یکی از دلایل این مغایرت می‌تواند ناشی از این باشد که اکثریت واحدهای پژوهش مطالعه یاراحمدی از نظر متغیر بعد خانوار وضعیت مشابهی داشتند.

در مطالعه حاضر تاهل و ترکیب خانواده رابطه معنی‌داری با سبک زندگی نداشت. این یافته با نتایج مطالعه یاراحمدی و روستا هم‌سو بود (۱۶). در حالی که لیم<sup>۲</sup> و همکاران در مطالعه خود به نتایج متناقضی دست یافتند (۲۴). در مطالعه حاضر و یاراحمدی اکثریت واحدهای پژوهش متاهل بودند و با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند بنابراین فراوانی متغیر در سایر سطوح وضعیت تاهل و ترکیب خانواده کم بوده است و احتمالاً به همین دلیل ارتباط معنی‌داری یافت نشده است.

علاوه بر این رابطه معنی‌داری بین وضعیت اشتغال و سبک زندگی یافت نشد که با نتایج مطالعه یاراحمدی و روستا هم‌خوانی داشت (۱۶)؛ در حالی که مطالعه تورچ ارتباط معنی-داری را بین نوع شغل و پیروی از سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت نشان داد (۲۲). یکی از دلایل مغایرت می‌تواند این باشد که در مطالعه حاضر اکثریت واحدهای پژوهش خانه‌دار بودند و فراوانی افراد شاغل کم بوده است.

نتایج مطالعه حاضر همانند مطالعه هابکونگلک<sup>۳</sup> نشان داد که بین میزان درآمد خانواده با سبک زندگی همبستگی وجود دارد (۲۵). اما در زمینه نوع همبستگی با یکدیگر مغایرت دارند چرا

<sup>1</sup> - Torche

<sup>2</sup> - Lim

<sup>3</sup> - Habkonglek

<sup>4</sup> - KantSingh

<sup>5</sup> - AIKandari

## References

1. Ochieng BM. Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. *Br J Community Nurs* 2006; 11(2):78-81.
2. Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences. *J Health Promot Manag* 2013; 2(4):39-49. [In Persian]
3. Ward DS, Saunders R, Felton GM, Williams E, Epping JN, Pate RR. Implementation of a school environment intervention to increase physical activity in high school girls. *Health Educ Res* 2006; 21(6):896-910.
4. Cockerham WC. Health lifestyles in Russia. *Soc Sci Med* 2000; 51(9):1313-24.
5. Rafeifar SH. From health education to health [book online]. Ministry of Health & Medical Education Center for Health Education. Tehran; 2005 [cited 2014 sep 20]. Available from: <http://phc.mui.ac.ir/sites/phc.mui.ac.ir/files/education.pdf>.
6. SayedNozadi M. Health & Disease .In: Hatami H, Razavi SM, Eftekharaardabili H, Majlesi F. Text Book of Public Health. Tehran: Arjmand; 2013.vol.1.p.44-56.
7. Yavari P, Abadi A, Mehrabi Y. Mortality and changing epidemiological trends in Iran During 1979-2001. *J res hakim* 2003; 6(3):7-14. [In Persian]
8. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* 2010; 376(9755):1861-8.
9. World Health Organization. Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risks [book online]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2015 sep 20]. Available from: [http://World Health Organization - Global Health risks\\_report\\_full.pdf](http://World Health Organization - Global Health risks_report_full.pdf), 2011.
10. Valery PC, Valery PC, Ibiebele T, Harris M, Green AC, Cotterill A, Moloney A, et al. Diet, physical activity, and obesity in school-aged indigenous youths in northern Australia. *J Obes* [serial inline] 2012; 2012:893508.
11. WHO. The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. *J Sch Health* 2004; 74(6): 204-6.
12. Habib SH, Saha S. Burden of non-communicable disease: Global overview. *Diab Met Syndr Clin Res Rev* 2010; 4(1):41-7.
13. Report of Mortality in Iran. *J Tehran Uni of Med Sci* [serial on the internet]. 2013 [cited 2014 Oct 30]. Available from: [www.publicrelations.tums.ac.ir/files/neda/122\\_38](http://www.publicrelations.tums.ac.ir/files/neda/122_38).
14. Lee CF, Chien LY, Chaou YH, Tai CJ, Liou YM. Development and Psychometric Properties of the Chinese language version of the TAPQOL; a health-related quality of life instrument for Preschool children. *Int J Nur Stud* 2005; 42(4):457-65.
15. Bayati A, Ghanbari F, Shamsi M. Exploration of the educational needs of health educators and volunteer health care communicators: A qualitative study. *J Arak Med Univ* 2013; 15(69):21-32. [In Persian]
16. Yarahmadi A, Roustaf F. Health-Promoting Lifestyle of women in pragnancingage. *J Women Develop and policy* 2014; 11(4):543-58. [In Persian]
17. Hosseini M, Yaghmaee F, Hosseinzade S, Alavimajd H, Sarbakhsh P, Tawousi M. Psychometrics of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in the clients of health care center. *J Payesh* 2012; 11(6):849-56. [In Persian]
18. Quintiliani L, Allen J, Marino M, Kelly-Weeder S, Li Y. Multiple health behavior clusters Among female college students. *Patient Educ Counsel*. 2010; 79 (1): 134-7.

19. Zhang CS, Wei CN, Fukumoto K, Harada K, Ueda K, Minamoto K, Ueda A. A comparative study of health-promoting lifestyles in agricultural and nonagricultural workers in Japan. The Japanese Society for Hygiene. *Environ Health Prev Med.* 2013; 18(4): 267-74.
20. Beser A, Bahar Z, Buyukkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Ind Health.* 2007; 45(1):151-9.
21. Kordi H, Hadizade S. Survey of lifestyle in practitioner and non-practitioner women. *J Women Society* 2012; 4(3):21-41. [In Persian]
22. Torche F. Social Status and Cultural Consumption: The Case of Reading in Chile. *Poetics* 2007; 35 (2, 3):70-92.
23. Zareipour MA, EftekharArdabili H, Azam K, Movahed E. Study of Mental health and its relationship with Family Welfare in Pre-university Students in Salmas City in 2010. *j Res Develop* 2012; 9(1):84-93.[In Persian]
24. Lim YM, Sung MH, Joo KS. Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. *J Gerontol Nurs* 2010; 36(10):42-50.
25. Habkonglek, J. A study of perceived self-efficacy and health promoting behaviors of chronic renal failure patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. Unpublished Master Thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand. 2000. [In Press]
26. Mansorian M, Qorbani M, Solaimani MA, Maoodi R, Rahimi E, Asayesh H. A Survey of lifestyle and its influential Factors among the University Student in Gorgan. *J Jahrom Univ of Med Sci.* 2009; 7(1):62-71. [In Persian]
27. Peker K, Bermark G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *J Dent Educ* 2011; 75(3):413-20.
28. KantSingh A, Maheshwari A, Sharma N, Anand K. Lifestyle Associated Risk Factors in Adolescents. *Indian J Pediatric* 2006; 73(10):901-6.
29. AlKandari F, Vidal VL, Thomas D. Health promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nurs Health sci* 2008; 10(1): 43-50.

## ***Health-promoting lifestyle and its related factors among health volunteers Mashhad in 2015***

**Monireh Rastegar yadaki<sup>1</sup>, HamidReza Zendehtalab<sup>2</sup>, Maryam Yavari<sup>2</sup>, Seyed Reza Mazlom<sup>3</sup>**

1. Master of Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Faculty Member, Department of Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Faculty Member, Department of Medical & Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

**Corresponding address: Daneshgah St., Ebn Sina Av., School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.**

**Email address: monir.rastegar68@gmail.com**

### ***Abstract***

**Background & aim:** Health-promotion lifestyle is a valuable agent to promote life quality. In health system, health volunteers play an undeniable role in the development of health behaviors in society; therefore, pay attention to health status is very important. This study was conducted to investigate the health-promotion lifestyle among health volunteers.

**Methods:** This is a descriptive/analytical study carried out on 191 health volunteers of health care center No.3 in Mashhad based on inclusion criteria through convenience sampling in 2015. Data collection tools include two demographic information and health-promotion lifestyle questionnaires. The validity of tools and reliability of life style questionnaire were confirmed through content validity and Cronbach's alpha ( $\alpha= 0.87$ ) methods, respectively. Data were analyzed using SPSS version 16 and descriptive and analytical statistics.

**Results:** The age mean of subjects was  $39.8\pm 8.5$ . The mean score of health-promoting lifestyle of health volunteers was  $129.9\pm 13.6$ . Moreover, there was a significant relationship between lifestyle and family size, monthly income and level of education in volunteers ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** Health-promoting lifestyle of health volunteers is in moderate to low level. Therefore, regarding their crucial role in the development of health-promoting behaviors in society, it is recommended to implement educational interventions to promote health volunteers lifestyle.

**Keywords:** Lifestyle, Health-promoting lifestyle, Health volunteers