

بررسی عوامل پیش‌گویی‌کننده سبک زندگی سلامت محور در بهورزان شهرستان آمل

خدیجه اکبر نژاد نشلی^۱، آذر طل^۲، فرشته مجلسی^{۳*}، مهدی یاسری^۴، هادی علیزاده^۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۸

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۳

چکیده:

زمینه و هدف: سبک زندگی سلامت محور در دنیای امروز بهترین راه برای پیشگیری از بیماری و داشتن یک زندگی سالم می‌باشد. این مطالعه به منظور تعیین عوامل پیش‌گویی‌کننده سبک زندگی سلامت محور در بهورزان طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی و توصیفی-استنباطی روی ۲۲۲ نفر از بهورزان تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان آمل به صورت سرشماری در سال ۱۳۹۴ انجام شد. ابزار این مطالعه پرسشنامه دو بخشی شامل اطلاعات دموگرافیک و سبک زندگی سلامت محور بود. تکمیل پرسشنامه به صورت خود اظهاری بود. داده‌ها در این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین روابط بین هر عامل از جداول فراوانی و آزمون‌های *t-test*، من وینتی، آنالیز واریانس و یا کروسکال والیس و برای بررسی توام عوامل روش آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد متغیر محل زندگی روستای دشتی با ابعاد ورزش، تغذیه ناسالم، مراقبت از خود و متغیر تغذیه ناسالم در افراد کمتر از ۳۵ سال، کمتر از دیپلم، بیماری مزمن، فشار خون بالا، مردان با بعد توصیه‌های پزشکی، ورزش، تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات و الکل، بهداشت خرید، تحرک روزانه، تغذیه مناسب و متغیر درآمدی که کفاف زندگی را می‌دهد با تغذیه ناسالم، سلامت روانی، ایمنی محیط زندگی ارتباط معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: عوامل متعددی با سبک زندگی بهورزان ارتباط دارد. با توجه به اینکه اکثر بهورزان بخصوص مردان سبک زندگی سلامت محور را رعایت نمی‌کنند لازم است جهت تغییر رفتار این افراد اقدام نمود زیرا این افراد آگاهی بهداشتی دارند اما رفتارهای مربوط به سلامت را اتخاذ نمی‌نمایند.

کلمات کلیدی: سبک زندگی، سلامت محور، بهورزان

- ۱- دانشجوی دوره شبانه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیکی: dr_f_majlessi@yahoo.com، تلفن: ۸۸۹۸۹۱۳۴-۰۲۱
- ۴- استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

مقدمه

سلامت گنجینه ارزشمندی است که امروزه نه به عنوان هدف زندگی، بلکه به عنوان یک منبع برای زندگی اثربخش شناخته می شود (۱). ارتقاء سلامت با توجه به نقش محوری آن در مراقبت های بهداشتی مورد توجه روز افزون است. امروزه با توجه به هزینه بالای مراقبت های بهداشتی لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری ها بیشتر مورد تأکید قرار گرفته است و در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت ارتقاء سلامت که شامل تشویق سبک زندگی سالم، خلق محیط حمایت کننده برای سلامت، تقویت اقدام جامعه، جهت دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست های بهداشت عمومی تأکید کرده است (۲). امروزه تأمین سلامت مردم یکی از چالشهای عمده کشورهاست (۲،۳). چنانچه در گذشته عامل بسیاری از بیماریها و به تبع آن مرگ و میرها، عفونت بوده است (۴). اما در قرن بیست و یکم، صنعتی شدن، جهانی شدن، افزایش طول عمر و تغییر در سبک زندگی مردم سراسر جهان را شاهد هستیم (۵). با این تغییرات بیماری های عفونی کاهش یافته و جای خود را به بیماری های مزمن داده است که نمی توان از طریق دارو درمان کرد. بیماری های مزمن اغلب برحسب شرایط زندگی ناسالم ایجاد می شوند (۴). ارتقاء بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می باشد. حرفه بهداشتی که قبلاً بر معالجه بیماری تمرکز می نمودند، اکنون توجه شان بر پیشگیری و تأمین سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی است که به نوعی تأثیر منفی بر سطح سلامت انسان دارد کاربرد الگوهای رفتاری مثبت در زندگی در ارتقاء سلامت فردی مؤثر است (۶-۷).

پیشرفت و توسعه یک جامعه در تمامی ابعاد آن مستلزم داشتن نیروی انسانی پویا و سالم است و سلامتی وابسته به فاکتورهای بسیار زیادی است که سبک زندگی نقش مهمی را در این میان ایفا می کند. سبک زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل، ایمن سازی در قابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت های خانواده و جامعه می باشد. سبک زندگی سالم از منابع با ارزش کاهش بروز و شدت بیماریها و عوارض ناشی از آنهاست و روشی جهت ارتقاء سلامتی و کیفیت زندگی و سازگاری با استرس است. همچنین استراتژی مؤثری جهت کنترل هزینه مراقبتهای بهداشتی است.

امروزه اکثر مشکلات بهداشتی - سلامتی، انواع بیماریهای مزمن مانند چاقی، انواع سرطان ها و پرفشاری خون، دیابت و...، مرگ و میر ناشی از آنها با دگرگونی های سبک زندگی ارتباط دارد و نتیجه رفتارهای افراد و شیوه زندگی آنها است و در ایران نیز بیماریهای ناشی از سبک زندگی از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی به شمار می روند (۱۱-۸، ۵، ۶، ۲، ۱).

تنها ۵ تا ۱۰ درصد از سرطان ها به علت مشکلات ژنتیکی به وجود می آیند ولی ۹۰ تا ۹۵ درصد از آنها به علت عوامل محیطی و سبک زندگی افراد ایجاد می شوند (۱۲). تحقیقات ثابت کرده اند که با تغییر در سبک زندگی می توان از ۹۰ درصد بیماری دیابت نوع دوم و ۸۰ درصد بیماریهای قلبی - عروقی پیشگیری کرد (۵). مطالعه قلب فرامینگهام نشان می دهد که ۶۵ درصد از عوامل خطر آفرین فشار خون در زنان و ۷۸ درصد در مردان به چاقی مرتبط است (۱۳). ۵۳ درصد علل مرگ و میر افراد با سبک زندگی آن ها ارتباط دارد (۸). مقصر اصلی محیطی است که از یک سو پرخوری و از سوی دیگر نا فعالی را تشویق می کند (۹، ۱۳). سازمان بهداشت جهانی معتقد است با تغییر و اصلاح سبک زندگی می توان با بسیاری از عوامل خطر سازی که جزء مهمترین عوامل مرگ و میر هستند مقابله کرد (۷). بر اساس رویکرد ارتقای سلامت، مردم باید به نوعی توانمند شوند که مسئولیت سلامتی خود را پذیرفته و شیوه زندگی سالمی را اتخاذ کنند. برای حفظ و ارتقای سلامتی، تصحیح و بهبود سبک زندگی ضروری است. شیوه زندگی سالم یک زندگی متعادل است که در آن شخص به طور آگاهانه دست به انتخابهای سالم می زند. اهمیت سبک زندگی بیشتر از آن جهت است که روی کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماریها مؤثر هستند (۱۴).

با شناسایی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور بهورزان که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر روستایی ایفا می کنند و مهیا کردن برنامه ریزی های صحیح و جامع در سلامت بهورزان می توان راه را برای تلاش های بعدی جهت تدوین برنامه جامع سلامت محور هموار نمود. با توجه به افزایش شیوع بیماری های مزمن طی سال های اخیر در ایران و عدم انجام مطالعه ای مشابه در حوزه سبک زندگی سلامت محور در بهورزان، این مطالعه برای بهورزان تحت پوشش شبکه بهداشت شهرستان آمل طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها

نوع این مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی استنباطی و مدت اجرای آن ۶ ماه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بهورزان تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان آمل بودند. حجم نمونه به صورت سرشماری انجام شده است و از تمام بهورزان شهرستان تحت پوشش (۲۲۲ نفر) در این پژوهش شرکت داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه، کلیه بهورزان شبکه بهداشت شهرستان آمل که در طی مطالعه شاغل بوده و برای شرکت در مطالعه رضایت داشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه، عدم همکاری بهورزان و تکمیل ناقص پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول مربوط اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، میزان درآمد و قسمت دوم پرسشنامه مربوط به سوالات ابعاد سبک زندگی سلامت محور به صورت پرسشنامه ۶ گزینه ای لیکرت در ۱۵ ابعاد شامل استفاده از توصیه های پزشکی، انجام ورزش، آگاهی از وضعیت جسمانی، تغذیه ناسالم، ایمنی محیط زندگی، سلامت روانی، مصرف دخانیات والکل که در کل شامل ۶۴ سوال از مقیاس خیلی زیاد (۶) تا بسیار کم (۱) اندازه گیری گردید. امتیاز کسب شده بالاتر نشان دهنده رعایت بیشتر سبک زندگی سلامت محور توسط بهورزان است. این پرسشنامه روایی و پایایی آن توسط مقاله ای تحت عنوان تعیین کننده های ساختاری و سبک زندگی سلامت محور توسط قاسمی و همکاران انجام شد (۴). در این مطالعه از متغیرهای دموگرافیک بعنوان متغیرهای مستقل واز سبک زندگی سلامت محور وابعاد آن بعنوان متغیر های وابسته استفاده شد. به لحاظ حفظ کرامت انسانی اهداف مطالعه به طور شفاف برای کلیه بهورزان بیان گردید و به آنان اطمینان داده شده که اطلاعات حاصله "صرفاً جهت انجام مطالعه تحقیقاتی است و کلیه اطلاعات حاصله نزد محققین محرمانه باقی می ماند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها و تعیین روابط بین هر عامل از جداول فراوانی و آزمون های t-test، من ویتنی، آنالیز واریانس و یا کروسکال والیس و برای بررسی توام عوامل روش آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده شد. داده ها در این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه تحلیل و آنالیز آماری قرار گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ بود.

یافته ها:

در این مطالعه در مجموع ۲۲۲ نفر از بهورزان تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شرکت کردند، جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک مرتبط با بهورزان را نشان می دهد. جدول ۲ عوامل موثر بر سبک زندگی سلامت محور بهورزان را نشان می دهد. ارتباط سنجی متغیرهای به کار گرفته شده در این مطالعه به این شرح بود افرادی که محل زندگی آنها در روستای دشتی بود با ابعاد سبک زندگی سلامت محور ورزش، تغذیه ناسالم، مراقبت از خود ارتباط معنی دار داشتند به عبارتی این افراد ابعاد ورزش را رعایت نمی کردند، تغذیه ناسالم تری داشتند، بعد مراقبت از خود نیز در آنها کمتر رعایت می شد و ابعاد تغذیه ناسالم در افرادی که کمتر از ۳۵ سال سن داشتند و در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند و دارای سابقه بیماری مزمن و فشار خون بالا بودند ارتباط آماری معنی دار یافت شد بطوری که افرادی با کمتر از ۳۵ سال سن و تحصیلات کمتر از دیپلم تغذیه ناسالمی داشتند اما افرادی که سابقه بیماری مزمن داشتند نسبت به دسته ی دیگر درکل تغذیه ناسالم در آنها کمتر دیده شد اما در افراد که فشار خون بالا داشتند از تغذیه ناسالم برخوردار بودند و در ابعاد مصرف دخانیات والکل در افراد کمتر از ۳۵ سال سن، مصرف دخانیات والکل کمتر بوده است و در مردان مصرف دخانیات والکل بیشتر از زنان بود و از نظر جنسیتی نیز مردان ابعاد توصیه های پزشکی، تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات والکل، بهداشت خرید، تحرک روزانه و تغذیه مناسب کمتر رعایت می شد اما در عوض مردان بیشتر از زنان به ابعاد ورزش می پرداختند و افرادی که دارای خودروی شخصی بودند مصرف دخانیات والکل در آنها بیشتر از کسانی بود که خودروی شخصی نداشتند اما ایمنی در رانندگی در این گروه بیشتر رعایت می شد و ابعاد بهداشت خرید نسبت به دسته دیگر که بدون خودرو بودند کمتر رعایت می شد. افرادی که چربی خون بالا داشتند ابعاد ورزش را رعایت می کردند و افرادی با درآمدی که کفاف زندگی آنها را می داد تغذیه ناسالم تر اما دارای سلامت روانی بیشتر بودند و ایمنی محیط زندگی را رعایت می کردند. اما بین وضعیت تاهل، بعد خانوار، بعد جسمانی با هیچ یک از ابعاد سبک زندگی سلامت محور ارتباط معناداری یافت نشد. سطح معنی داری و ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و ابعاد سبک زندگی سلامت محور در جدول ۲ مشخص می باشد.

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک

| نام متغیر | تعداد (درصد) | نام متغیر | تعداد (درصد) |
|----------------------|--|---------------------------------------|--------------|
| گروه های سنی (سال) | کمتر از ۳۵ سال ۳۵-۴۵ سال بیشتر از ۴۵ سال | جنس | |
| | | مرد | ۷۹ (۳۵/۶) |
| | | زن | ۸۹ (۴۰/۱) |
| | | | ۵۴ (۲۴/۳) |
| وضعیت تاهل | مجرد متاهل | خودروی شخصی | |
| | | داشتن | ۱۰ (۴/۵) |
| | | نداشتن | ۲۱۲ (۹۵/۵) |
| بیماری های مزمن | دارد ندارد | محل زندگی | |
| | | شهری | ۴۱ (۱۸/۵) |
| | | روستای دشتی | ۱۸۱ (۸۱/۵) |
| | | روستای کوهستانی | |
| فشار خون بالا | دارد ندارد | میزان تحصیلات | |
| | | زیر دیپلم | ۷ (۳/۲) |
| | | دیپلم | ۲۱۵ (۹۶/۸) |
| | | بالتر از دیپلم | |
| بیماری قلبی | دارد ندارد | بعد خانوار | |
| | | ۱ و ۲ نفره | ۶ (۲/۷) |
| | | ۳ و ۴ نفره | ۲۱۶ (۹۷/۳) |
| | | ۵ و ۶ نفره | |
| چربی خون بالا | دارد ندارد | درآمد ماهانه | |
| | | ۲ (۰/۹) | |
| بیماری دیابت | دارد ندارد | درآمدی که کفاف زندگی را می دهد | ۲۲۰ (۹۹/۱) |
| | | درآمدی که تا حدی کفاف زندگی را می دهد | |
| | | درآمدی که کفاف زندگی را نمی دهد | ۶ (۲/۷) |
| سایر بیماری های مزمن | دارد ندارد | وضعیت جسمانی | |
| | | نرمال | ۳۰ (۱۳/۵) |
| | | اضافه وزن | ۱۹۲ (۸۶/۵) |
| | | چاق | |
| | | | ۷۰ (۳۱/۵) |
| | | | ۹۶ (۴۳/۳) |
| | | | ۵۶ (۲۵/۲) |

جدول ۲. مدل رگرسیون لجستیک به منظور بررسی عوامل موثر بر سبک زندگی سلامت محور در بهوزان

| متغیر | ضرایب | انحراف معیار | آماره t | سطح معناداری | فاصله اطمینان ۹۵ درصد | |
|--|-----------------|--------------|---------|--------------|-----------------------|----------|
| | | | | | حد بالا | حد پایین |
| محل زندگی | شهری | ۰/۱۰۸ | -۱/۳۳۰ | ۰/۱۸۵ | -۰/۳۵۸ | ۰/۰۶۹ |
| | روستای دشتی | ۰/۱۰۵ | -۲/۷۰۲ | ۰/۰۰۷ | -۰/۴۹۰ | -۰/۰۷۷ |
| | روستای کوهستانی | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | کمتر از ۳۵ سال | ۰/۱۶۰ | ۱/۹۱۴ | ۰/۰۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۳ |
| | ۳۵-۴۵ سال | ۰/۱۵۷ | -۰/۷۲۱ | ۰/۴۷۲ | -۰/۴۲۲ | ۰/۱۹۶ |
| | بیشتر از ۴۵ سال | - | - | - | - | - |
| مصرف دخانیات و الکل | کمتر از ۳۵ سال | ۰/۱۰۵ | -۲/۶۰۱ | ۰/۰۱۰ | -۰/۴۷۹ | -۰/۰۶۶ |
| | ۳۵-۴۵ سال | ۰/۱۰۲ | -۱/۴۷۶ | ۰/۱۴۱ | -۰/۳۵۳ | ۰/۰۵۱ |
| | بیشتر از ۴۵ سال | - | - | - | - | - |
| توصیه های پزشکی | مرد | ۰/۰۹۷ | -۲/۳۱۸ | ۰/۰۲۱ | -۰/۴۱۶ | -۰/۰۳۴ |
| | زن | - | - | - | - | - |
| ورزش | مرد | ۰/۱۹۸ | ۳/۸۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۱/۱۵۴ | ۰/۳۷۲ |
| | زن | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | مرد | ۰/۱۲۵ | ۲/۸۲۲ | ۰/۰۰۵ | ۰/۱۰۷ | ۰/۶۰۱ |
| | زن | - | - | - | - | - |
| مصرف دخانیات و الکل | مرد | ۰/۰۸۲ | ۲/۵۴۵ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۴۷ | ۰/۳۶۹ |
| | زن | - | - | - | - | - |
| بهداشت خرید (توجه به سلامت در تهیه مواد غذایی) | مرد | ۰/۰۸۲ | -۲/۲۷۸ | ۰/۰۰۸۹ | -۰/۳۷۹ | -۰/۰۵۸ |
| | زن | - | - | - | - | - |
| تحرک روزانه | مرد | ۰/۱۲۴ | -۲/۳۸۸ | ۰/۰۱۸ | -۰/۵۹۳ | -۰/۰۵۲ |
| | زن | - | - | - | - | - |
| تغذیه مناسب | مرد | ۰/۱۱۰ | -۲/۷۰۲ | ۰/۰۰۷ | -۰/۵۱۵ | -۰/۰۸۱ |
| | زن | - | - | - | - | - |
| مصرف دخانیات و الکل | داشتن خودرو | ۰/۰۸۲ | ۲/۷۲۹ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۶۲ | ۰/۳۸۴ |
| | نداشتن خودرو | - | - | - | - | - |
| ایمنی در رانندگی | داشتن خودرو | ۰/۱۷۹ | ۳/۰۲۳ | ۰/۰۰۳ | ۰/۱۸۹ | ۰/۸۹۶ |
| | نداشتن خودرو | - | - | - | - | - |
| بهداشت خرید | داشتن خودرو | ۰/۰۸۲ | -۲/۵۱۸ | ۰/۰۱۳ | -۰/۳۶۸ | -۰/۰۴۵ |
| | نداشتن خودرو | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | کمتر از دیپلم | ۰/۱۸۷ | -۳/۰۷۸ | ۰/۰۰۲ | -۰/۹۴۳ | -۰/۲۰۷ |
| | دیپلم | ۰/۱۶۶ | -۱/۲۲۳ | ۰/۲۲۳ | -۰/۵۳۱ | ۰/۱۲۴ |
| | بالاتر از دیپلم | - | - | - | - | - |

| متغیر | ضرایب | انحراف معیار | آماره t | سطح معناداری | | فاصله اطمینان ۹۵ درصد |
|------------------|-----------------------------------|--------------|---------|--------------|---------|-----------------------|
| | | | | حد پایین | حد بالا | |
| ورزش | محل زندگی: شهری | ۰/۳۴۰ | -۱/۰۱۰ | ۰/۳۱۳ | -۱/۰۱۳ | ۰/۳۲۶ |
| | روستای دشتی | ۰/۳۲۹ | -۳/۵۲۳ | ۰/۰۲۵ | -۱/۳۸۹ | -۰/۰۹۳ |
| | روستای کوهستانی | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | محل زندگی: شهری | ۰/۱۲۸ | ۰/۶۱۰ | ۰/۵۴۲ | -۰/۲۸۶ | ۰/۵۴۲ |
| | روستای دشتی | ۰/۴۸۷ | ۲/۳۹۴ | ۰/۰۱۸ | ۰/۰۸۶ | ۰/۸۸۶ |
| | روستایی کوهستانی | - | - | - | - | - |
| مراقبت از خود | محل زندگی: شهری | -۰/۲۵۱ | ۰/۲۰۸ | ۰/۲۳۰ | -۰/۶۶۱ | ۰/۱۶۰ |
| | روستای دشتی | -۰/۴۵۹ | ۰/۲۰۲ | ۰/۰۲۴ | -۰/۸۵۷ | -۰/۰۶۲ |
| | روستای کوهستانی | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | داشتن بیماری مزمن | -۰/۳۳۱ | ۰/۱۵۸ | ۰/۰۳۸ | -۰/۶۴۳ | -۰/۰۱۸ |
| | نداشتن بیماری مزمن | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | داشتن فشار خون بالا | ۰/۸۰۹ | ۰/۳۵۱ | ۰/۰۲۲ | ۰/۱۱۷ | ۱/۵۰۱ |
| | نداشتن فشار خون بالا | - | - | - | - | - |
| ورزش | داشتن چربی خون بالا | ۲/۲۲۵ | ۱/۰۴۴ | ۲/۱۳۱ | ۰/۱۶۷ | ۴/۲۸۲ |
| | نداشتن چربی خون بالا | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | درآمد کفاف زندگی را می دهد | ۰/۶۶۳ | ۰/۲۰۱ | ۲/۲۹۸ | ۰/۲۶۷ | ۱/۰۵۹ |
| | درآمد تا حدی کفاف زندگی را می دهد | ۰/۱۲۰ | ۰/۱۳۱ | ۰/۹۱۵ | -۰/۱۳۹ | ۰/۳۷۹ |
| | درآمد کفاف زندگی را نمی دهد | - | - | - | - | - |
| سلامت روانی | درآمد کفاف زندگی را می دهد | ۰/۶۴۸ | ۰/۲۵۴ | ۲/۵۵۵ | ۰/۱۴۸ | ۱/۱۴۸ |
| | درآمد تا حدی کفاف زندگی را می دهد | ۰/۳۹۷ | ۰/۱۶۶ | ۳/۳۹۵ | ۰/۰۷۰ | ۰/۷۲۴ |
| | درآمد کفاف زندگی را نمی دهد | - | - | - | - | - |
| ایمنی محیط زندگی | درآمد کفاف زندگی را می دهد | ۰/۵۱۹ | ۰/۲۴۷ | ۲/۰۹۸ | ۰/۰۳۱ | ۱/۰۰۶ |
| | درآمد تا حدی کفاف زندگی را می دهد | ۰/۴۰۴ | ۰/۱۶۹ | ۲/۵۰۲ | ۰/۰۸۶ | ۰/۷۲۳ |
| | درآمد کفاف زندگی را نمی دهد | - | - | - | - | - |
| وضعیت تاهل | مجرد | -۰/۱۰۴ | ۰/۱۵۴ | ۰/۵۰۲ | -۰/۴۰۷ | ۰/۲۰۰ |
| | متاهل | - | - | - | - | - |
| بعد خانوار | ۱ و ۲ نفره | ۰/۰۸۶ | ۰/۱۴۴ | ۰/۵۹۵ | -۰/۱۹۸ | ۰/۳۶۹ |
| | ۳ و ۴ نفره | ۰/۰۰۳ | ۰/۱۰۶ | ۰/۳۲ | -۰/۲۰۵ | ۰/۲۱۲ |
| | ۵ و ۶ نفره | - | - | - | - | - |
| بعد جسمانی | نرمال | ۰/۰۴۲ | ۰/۰۸۵ | ۰/۴۹۵ | -۰/۱۲۶ | ۰/۲۱۱ |
| | اضافه وزن چاقی | -۰/۰۰۸ | -۰/۰۸۰ | -۰/۰۹۵ | -۰/۱۶۶ | ۰/۱۵۰ |

| متغیر | ضرایب | انحراف معیار | آماره t | سطح معناداری | | فاصله اطمینان ۹۵ درصد |
|------------------|-----------------------------------|--------------|---------|--------------|---------|-----------------------|
| | | | | حد پایین | حد بالا | |
| ورزش | محل زندگی: شهری | ۰/۳۴۰ | -۱/۰۱۰ | ۰/۳۱۳ | -۱/۰۱۳ | ۰/۳۲۶ |
| | روستای دشتی | ۰/۳۲۹ | -۳/۵۲۳ | ۰/۰۲۵ | -۱/۳۸۹ | -۰/۰۹۳ |
| | روستای کوهستانی | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | محل زندگی: شهری | ۰/۲۱۰ | ۰/۶۱۰ | ۰/۵۴۲ | -۰/۲۸۶ | ۰/۵۴۲ |
| | روستای دشتی | ۰/۲۰۳ | ۲/۳۹۴ | ۰/۰۱۸ | ۰/۰۸۶ | ۰/۸۸۶ |
| | روستای کوهستانی | - | - | - | - | - |
| مراقبت از خود | محل زندگی: شهری | ۰/۲۰۸ | -۱/۲۰۴ | ۰/۲۳۰ | -۰/۶۶۱ | ۰/۱۶۰ |
| | روستای دشتی | ۰/۲۰۲ | -۳/۲۷۸ | ۰/۰۲۴ | -۰/۸۵۷ | -۰/۰۶۲ |
| | روستای کوهستانی | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | داشتن بیماری مزمن | ۰/۱۵۸ | -۲/۰۸۷ | ۰/۰۳۸ | -۰/۶۴۳ | -۰/۰۱۸ |
| | نداشتن بیماری مزمن | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | داشتن فشار خون بالا | ۰/۳۵۱ | ۲/۳۰۵ | ۰/۰۲۲ | ۰/۱۱۷ | ۱/۵۰۱ |
| | نداشتن فشار خون بالا | - | - | - | - | - |
| ورزش | داشتن چربی خون بالا | ۱/۰۴۴ | ۲/۱۳۱ | ۰/۰۳۴ | ۰/۱۶۷ | ۴/۲۸۲ |
| | نداشتن چربی خون بالا | - | - | - | - | - |
| تغذیه ناسالم | درآمد کفاف زندگی را می دهد | ۰/۲۰۱ | ۲/۲۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶۷ | ۱/۰۵۹ |
| | درآمد تا حدی کفاف زندگی را می دهد | ۰/۱۳۱ | ۰/۹۱۵ | ۰/۳۶۱ | -۰/۱۳۹ | ۰/۳۷۹ |
| | درآمد کفاف زندگی را نمی دهد | - | - | - | - | - |
| سلامت روانی | درآمد کفاف زندگی را می دهد | ۰/۲۵۴ | ۲/۵۵۵ | ۰/۰۱۱ | ۰/۱۴۸ | ۱/۱۴۸ |
| | درآمد تا حدی کفاف زندگی را می دهد | ۰/۱۶۶ | ۳/۳۹۵ | ۰/۰۱۷ | ۰/۰۷۰ | ۰/۷۲۴ |
| | درآمد کفاف زندگی را نمی دهد | - | - | - | - | - |
| ایمنی محیط زندگی | درآمد کفاف زندگی را می دهد | ۰/۲۴۷ | ۲/۰۹۸ | ۰/۰۳۷ | ۰/۰۳۱ | ۱/۰۰۶ |
| | درآمد تا حدی کفاف زندگی را می دهد | ۰/۱۶۹ | ۲/۵۰۲ | ۰/۰۳۷ | ۰/۰۸۶ | ۰/۷۲۳ |
| | درآمد کفاف زندگی را نمی دهد | - | - | - | - | - |
| وضعیت تاهل | مجرد | ۰/۱۵۴ | -۰/۶۷۳ | ۰/۵۰۲ | -۰/۴۰۷ | ۰/۲۰۰ |
| | متاهل | - | - | - | - | - |
| بعد خانوار | ۱ و ۲ نفره | ۰/۱۴۴ | ۰/۵۹۵ | ۰/۵۵۳ | -۰/۱۹۸ | ۰/۳۶۹ |
| | ۳ و ۴ نفره | ۰/۱۰۶ | ۰/۳۲ | ۰/۹۷۴ | -۰/۲۰۵ | ۰/۲۱۲ |
| | ۵ و ۶ نفره | - | - | - | - | - |
| بعد جسمانی | نرمال | ۰/۰۸۵ | ۰/۴۹۵ | ۰/۶۲۱ | -۰/۱۲۶ | ۰/۲۱۱ |
| | اضافه وزن | -۰/۰۸۰ | -۰/۰۹۵ | ۰/۹۲۴ | -۰/۱۶۶ | ۰/۱۵۰ |
| | چاق | - | - | - | - | - |

بحث:

این مطالعه با هدف تعیین عوامل پیشگویی کننده سبک زندگی سلامت محور در بهورزان تحت پوشش شبکه بهداشت درمان شهرستان آمل انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد گروه روستا نشین ساکن دشت کمتر از سایر مناطق مسکونی بعد مراقبت از خود و بعد ورزشی را رعایت می کنند و همچنین تغذیه ناسالم تری نسبت به سایر گروه ها دارند. با توجه به این که بافت روستایی منطقه تفاوت زیادی با بافت شهر ندارد و اغلب روستا ها به منطقه شهری نزدیک هستند و همچنین اغلب روستاییان تمایل به شهر نشینی، زندگی ماشینی، کاهش میزان فعالیت فیزیکی، روی آوردن به کارهای اداری و دولتی دارند. در این بین نارضایتی از شغل و فشارهای کاری با توجه به موقعیت جغرافیایی منطقه، از عوامل منجر به سبک زندگی ناسالم در این گروه می باشد که زندگی شهرنشینی بر روی آن تاثیر منفی گذاشته است. نتایج مطالعه دل پیشه و همکاران در سال ۱۳۸۰ در مورد بررسی وضعیت فشار خون شاغلین بالای ۴۰ سال استان ایلام نشان داد که وضعیت فشار خون با متغیرهای منطقه جغرافیایی و شهرستان محل سکونت دارای ارتباط معنادار بود (۹). اما در پژوهش شجاعی زاده و همکاران بین بیماری دیابت نوع دو با متغیر محل سکونت رابطه آماری معنا دار دیده نشد (۵) که تفاوت نتایج می تواند به دلیل تفاوت در محل سکونت، نوع زندگی و سایر ابعاد رفتاری و تفاوت های متدولوژیکی دو مطالعه باشد.

مصرف دخانیات و الکل در گروه دارندگان خودروی شخصی بیشتر از گروه دیگر مشاهده شد، همچنین بهداشت خرید در گروه دارندگان خودروی شخصی نسبت به گروه دیگر کمتر رعایت می شود اما ایمنی در رانندگی در بین گروه دارندگان خودروی شخصی نسبت به گروه دیگر بیشتر دیده شده است. با توجه به اینکه جرایمی که برای تخلف از قوانین راهنمایی و رانندگی وضع شده است شامل رانندگان و همچنین ممنوعیت تردد خودرو است از مهمترین دلایل رعایت ایمنی در گروه دارندگان خودروی شخصی نسبت به افراد فاقد خودروی شخصی می باشد همچنین بهورزان دارای خودروی شخصی به هنگام خرید احتمالاً به دلیل نبود فضای مناسب برای پارک کردن خودرو، ترس از جریمه شدن و ... ایمنی در زمینه بهداشت خرید را کمتر رعایت می کنند.

در برآورد ابعاد سبک زندگی سلامت محور و متغیر بیماری های مزمن، تغذیه ناسالم در بهورزان مبتلا به بیماری های مزمن نسبت به دسته دیگر کمتر دیده شد. همچنین در برآورد ابعاد سبک زندگی سلامت محور و متغیر فشار خون بالا، تغذیه ناسالم در بهورزان مبتلا به فشار خون بالا بیشتر دیده شد اما طبق تحقیقات دل پیشه و همکاران رژیم غذایی در

افرادی که سبک زندگی سلامت محور دارند وضعیت بهتری مشاهده گردید (۹). در برآورد ابعاد سبک زندگی سلامت محور و متغیر چربی خون بالا، ورزش در بهورزان مبتلا به چربی خون بالا به نسبت دسته دیگر بیشتر دیده می شود. بین متغیر بیماری دیابت، بیماری های قلبی و عروقی و سایر بیماری ها با ابعاد سبک زندگی سلامت محور ارتباط معنادار مشاهده نشد. طبق تحقیقات مانسون^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۲ نشان داده شد عوامل خطر ساز قلبی - عروقی به صورت معناداری با میزان فعالیت فیزیکی ارتباط دارد به طوری که با افزایش فعالیت های فیزیکی عوامل خطر ساز بیماری های - قلبی عروقی به طور قابل توجهی کاهش می یابد (۱۵). نتایج پژوهش شجاعی زاده و همکاران نیز نشان داد که سبک زندگی ناسالم از جمله تغذیه نامناسب و عدم تحرک فیزیکی منجر به پیامدهای فردی، اجتماعی و اقتصادی زیانبار می شود. در سبک زندگی سالم، پرداختن به فعالیت جسمانی مهمترین و سودمندترین عامل می باشد (۵). در پژوهشی نقی نی و همکاران فعالیت جسمانی منظم را به عنوان یک بخش اساسی اصلاح سبک زندگی بر کاهش عوامل خطر قلبی - عروقی دانستند و نشان دادند که عوامل اصلی خطر بیماری قلبی و عروقی در افرادی که به طور مطلوب تحت تاثیر فعالیت های جسمانی و تمرینات ورزشی منظم قرار گرفته اند کاهش یافته است. (۲۱). باروق و همکاران در مطالعه ای نشان دادند عدم ورزش و فعالیت فیزیکی تاثیر بسزایی در بروز بیماری پرفشاری خون دارد. در کل می توان چنین نتیجه گرفت که سبک زندگی افراد دارای بیماری پرفشاری خون با افراد سالم متفاوت بوده و سبک زندگی عاملی موثر در بروز این بیماری می باشد (۱۰).

در برآورد ابعاد سبک زندگی سلامت محور و متغیر درآمد ماهانه بهورزانی که اعلام کردند درآمد کفاف زندگی آنها را می دهد بیشتر از سایر بهورزان تغذیه ناسالم تری داشتند همچنین بهورزان که درآمد کفاف زندگی آنها را می داد و بهورزانی که تاحدی درآمد کفاف زندگی آنها را می داد سلامت روانی بیشتری داشتند و ایمنی محیط زندگی در میان این بهورزان بیشتر بود.^۲ کولاتی و همکاران طی پژوهشی تحت عنوان غربالگری سرطان در جمعیت میانسال ساکنان قدیمی ژنو- سوئیس نشان دادند که نگرش منفی در میان مردانی که از نظر اجتماعی اقتصادی بیشتر محروم بودند شایع تر است اما اکثر افرادی که دارای وضع مال خوب بوده اند وضعیت سلامت خود را به عنوان خوب به عالی توصیف کردند (۱۶). قاسمی و

¹ Manson JE² Cullati S

داری وجود نداشت (۲۰) که تفاوت نتایج مطالعات می‌تواند به دلیل نوع مطالعه در انتخاب جامعه آماری پژوهش‌ها باشد. بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، متغیرهای ورزش، توصیه‌های پزشکی، تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات و الکل، بهداشت خرید، تحرک روزانه و تغذیه مناسب براساس جنسیت افراد متفاوت می‌باشد. در برآورد ابعاد سبک زندگی سلامت محور و جنسیت در بین دو گروه زن و مرد، توصیه‌های پزشکی، بهداشت خرید، تحرک روزانه و تغذیه مناسب در گروه زنان بیشتر از مردان رعایت می‌شود. همچنین تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات و الکل در گروه مردان بیشتر از زنان دیده می‌شود. اما در این بین گروه مردان فقط به بعد ورزش بیشتر از زنان توجه می‌کنند. کولاتی و همکاران در سال ۲۰۰۹ نشان دادند که در سبک زندگی سلامت محور زنان وضعیت بهتری نسبت به مردان دارند و همچنین زنان نسبت به مردان اهمیت بیشتری به وضعیت سلامتی خود می‌دادند (۱۶). پژوهش‌های بهدانی و همکاران (۱۹) و قاسمی و همکاران (۴) نیز نشان داد بین جنس و سبک زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد که نشان‌دهنده مطلوب بودن سبک زندگی در زنان می‌باشد. طبق تحقیقاتی بنی‌فاطمه و همکاران در بررسی سنجش سلامت شهروندان تبریزی و بررسی تحصیلات و جنسیت بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نشان دادند که بین مردان و زنان در مولفه‌های سبک زندگی سلامت محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی تفاوت معنا دار وجود دارد به طوری که نمرات زنان در متغیر سبک زندگی سلامت محور بهتر از مردان مشاهده شد. این امر می‌تواند ناشی از مصرف کمتر سیگار، قلیان، الکل و نیز توجه بیشتر زنان در مقایسه با مردان به اتخاذ شیوه‌های تغذیه سالم باشد و همچنین نقش جنسیت به عنوان واقعیتی فیزیولوژیکی و سازه‌ای اجتماعی که می‌تواند ابعاد گوناگون وضعیت سلامتی دو جنس را تحت تاثیر قرار دهد، زنان به گونه‌ای متفاوت‌تر از مردان به سلامتی خود نگاه می‌کنند. آنها تمایل بیشتری برای کمک گرفتن از پزشکان دارند این امر مربوط به هویت زنانگی آنهاست که عاطفی‌تر بوده و تمایل بیشتری برای پذیرش نقش بیماری دارند (۲۴). مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد اما نتایج مطالعات بابانژاد و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد شد بین سطح سبک زندگی دانشجویان با جنس آنها ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۲۳) و در تحقیقات^۱ یانگ و همکاران (۱۷) و همچنین مطالعه^۲ اوه جی کی و همکاران (۱۸) عدم همخوانی با مطالعه حاضر را نشان داد.

همکاران در بررسی تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور در شهر تبریز نشان دادند که در بین طبقه‌های اجتماعی، کمترین میزان رعایت سبک زندگی سلامت محور برای طبقه پایین و بیشترین میزان رعایت سبک زندگی برای طبقه متوسط به بالا است به عبارتی افرادی که خودشان را در طبقه پایین قرار داده بودند کمترین رفتار سلامتی را داشتند (۴). طی تحقیقاتی عباس زاده و همکاران نشان دادند میانگین سبک زندگی خودکنترلی شهروندان برحسب طبقه اجتماعی خود اظهاری آنها متفاوت است؛ به طوری که کمترین رفتارهای خود مراقبتی در افراد طبقه پایین و بیشترین رفتارهای خود مراقبتی در طبقه اجتماعی متوسط دیده می‌شود. در طبقه اجتماعی افراد نوعی بازگشت به رفتارهای خود مراقبتی شهروندان دیده می‌شود به طوری که با بالا رفتن میزان سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، سبک زندگی خود مراقبتی انتخابی شهروندان نیز سالم‌تر می‌شود (۲۰). کردی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که بین درآمد خانواده با نوع سبک زندگی زنان رابطه آماری معنی‌دار و مستقیم وجود دارد (۲۲). مطالعات انجام شده با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر بین سبک زندگی سلامت محور با متغیر سن رابطه آماری معنی‌داری دیده شد به طوری که در برآورد ابعاد سبک زندگی سلامت محور با سن، در بین رده‌های سنی، گروه سنی کمتر از ۳۵ سال تغذیه ناسالم تری نسبت به سایر گروه‌های سنی دارد. اما مصرف دخانیات و الکل در این گروه سنی نسبت به سایر گروه‌های سنی کمتر بوده است. نتایج مطالعه کردی و همکاران در بررسی سبک زندگی زنان شاغل و غیر شاغل در شهر ساری نشان داد که بین متغیر زمینه‌ای سن با نوع سبک زندگی زنان رابطه آماری معنی‌دار وجود دارد به طوری که با بالا رفتن سن گرایش به سبک زندگی سنتی افزایش می‌یابد (۲۲). ذوالفقاری و همکاران نیز در بررسی عوامل خطر سبک زندگی مردم شهر تهران در ارتباط با پیشگیری از سرطان نشان دادند بین دو متغیر سن و سبک زندگی رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد. افراد در رده سنی ۱۸ الی ۲۵ سال بیشتر از گروه‌های دیگر دارای سبک زندگی نامطلوب بوده‌اند که این روند با افزایش سن، کاهش یافته است به عبارتی با افزایش سن سبک زندگی به سمت بهبودی پیش رفته است. یافته‌های پژوهش نشان داد سبک زندگی پیشگیری از سرطان اکثریت شهروندان تهرانی در بعد عادت به دخانیات و الکل در سطح نامطلوب قرار داشت (۱۲). اما طی پژوهشی، بهدانی و همکاران در بررسی ارتباط سبک زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار نشان دادند بین سن دانشجویان و نمره سبک زندگی آنها رابطه معنی‌

^۱ Yang X

^۲ Oh Jk

نتیجه گیری

بر اساس یافته های مطالعه افرادی که در روستاهای نزدیک شهر سکونت داشتند زندگی شهرنشینی بر روی آنها تاثیر گذاشته و منجر به اتخاذ سبک زندگی ناسالم شده است از طرفی یافته ها نشان داد بهورزان مرد از سبک زندگی سلامت محور برخوردار نیستند بنابراین پیشنهاد می شود مطالعه ای در زمینه متغیرهای جمعیت شناختی، اجتماعی و اقتصادی با ارزیابی های اپیدمیولوژیک و بوم شناختی رفتاری این افراد بامدل های^۱ پرسید- پروسیدیا^۲ بزنف جهت اصلاح رفتار طراحی شود تا سبب درک بهتر و عمیق تر رفتار درسبک زندگی سلامت محور شود. مطالعات زیادی جهت بررسی آگاهی، نگرش، و تغییر رفتار در حیطه های مشخصی از سلامت انجام شده است اما به مطالعه ای که متولیان سلامت به عنوان مرجع در آن شناخته می شوند پرداخته نشده است. پژوهش های مشابه و مطالعات بیشتر با ابزارهای دقیق تر راهگشای شناخت بیشتر خواهد شد از طرفی با معنی دار شدن عوامل پیش بینی کننده ابعاد سبک زندگی سلامت محور با متغیر های دموگرافیک، پژوهش های مشابه با حجم نمونه بیشتر در سطح استان و کشور می تواند مسئولین و دست اندرکاران نظام بهداشتی کشور را در تدوین برنامه های در جهت حساس سازی سبک زندگی سلامت محور افراد و جامعه کمک نماید.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه حاصل پایان نامه دوره شبانه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران است که بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از دوره شبانه دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مالی و از کلیه بهورزان جهت شرکت در مطالعه و از کاردان ها و کارشناسان مراکز بهداشتی و درمانی روستایی جهت همکاری در اجرای مطالعه اعلام می دارند.

دربار آورد ابعاد سبک زندگی سلامت محور و میزان تحصیلات، افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم تغذیه ناسالم تری نسبت به سایر رده های تحصیلی دارند. طبق تحقیقات بنی فاطمه و همکاران در رابطه با تاثیر تحصیلات بر سبک زندگی، آگاهی بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نشان داده شد افرادی که دارای تحصیلات عالی بودند تفاوت قابل ملاحظه ای با سایر افراد در این مطالعه داشتند چرا که افراد با آگاهی بهداشتی پایین توانایی شناخت بیماری ها انجام رفتار های سلامت محور و اجتناب از رفتارهای پر خطر را ندارند از طرفی این افراد مقاومت بیشتری در برابر مداخلات بهداشتی نشان می دهند(۲۴).

مطالعه پیمان و همکاران در بررسی ارزشیابی آموزش در ارتقای رفتارهای سبک زندگی سالم دختران نوجوان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی نشان داد آموزش می تواند علاوه بر آگاهی که پیش شرط تغییر نگرش و تغییر رفتار و تصمیم گیری صحیح برای اتخاذ رفتار است؛ در ابعاد شناختی، نگرشی و رفتاری نیز تغییر مثبت ایجاد کند(۱۴). طبق مطالعه ای آیین پرست و همکاران نشان دادند آگاهی افراد تنها عامل اثر گذار بر رفتار آنان نیست، با این وجود ارتقای سطح آگاهی افراد به افزایش رفتارهای مناسب کمک می کند(۱). طی پژوهشی کردی و همکاران نشان دادند که بین متغیرهای زمینه ای تحصیلات با نوع سبک زندگی زنان رابطه آماری معنی دار وجود دارد به طوری که با افزایش میزان تحصیلات گرایش به سبک زندگی مدرن افزایش می یابد. همچنین قوی ترین متغیر برای پیش بینی متغیر سبک زندگی در این پژوهش متغیر تحصیلات بود(۲۲). شجاعی زاده و همکاران در پژوهشی نشان دادند هر چه سواد افراد جامعه بالاتر باشد میزان آگاهی بهداشتی آن ها نیز بالاتر است در نتیجه امکان اتخاذ سبک زندگی سالم تر توسط افراد بیشتر می شود(۵). پژوهش های انجام شده با مطالعه حاضر مطابقت دارد. بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر بین متغیر وضعیت تاهل، بعد خانوار و بعد جسمانی با متغیر سبک زندگی سلامت محور ارتباط معناداری مشاهده نشد. از آنجای که چنین پژوهشی برای اولین بار جهت بهورزان درخصوص سبک زندگی سلامت محور انجام شده است از نظر حجم نمونه پایین بوده است و همچنین عدم همخوانی از نظر جنسیت و تاهل یا کم بودن تعداد بیماران می تواند از نکاتی باشد که مورد توجه قرار گیرد.

¹ PRECEDE-PROCEED Model

² BASNEF

References :

- 1-Aeen Parast A, Farzodi F, Azin S A, Omidvari S, Jahangiri K. What is the role of individuals' health in their lifestyle? The study of health from Iranian people's perspective. *Journal of Health Sciences Research Institute (payesh)* 2011; 10: 531-533.
- 2-Mohamadian H, Eftekhari Ardebili H, Taghdisi M H, Mousavi Gh, Sabahi-Bidgoli M. Psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile (HPLP II) in a sample of Iranian adolescents. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (Payesh)* 2013; 12 (2): 167-176.
- 3- Ochieng BM. Factors affecting choice of a healthy lifestyle: implications for nurses. *British Journal of Community Nursing* 2006; (11): 78-81.
- 4-Ghasemi v, Rabbani khorasgani A, alizadeh aghdam M B. Structural and capital determinants of healthy life style. *Social Issues Iran* 2008; 16 (63): 181-213.
- 5-Shojaeizadeh D, Estebsari F, Azam k, Batebi A, Mostafaei D. The comparison of factors affecting the Lifestyle of type II diabetic patients with healthy individuals in Shaheed Rajaei hospital of Tonekabon in 2005. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2008; 16 (2):71-79.
- 6-Agah Heris M, Alipour A, Janbozorgi M, Mousavi E, Nuhi Sh. A Comparative Study of Effectiveness on Lifestyle Modification and Cognitive Group Therapy to Weight Management and Quality of Life Enhancement. *Health Psychology* 2012; (1): 74-87.
- 7-Borhani F, Abbas Zadeh A, Kohan s, Golshan M, Dortaj Rabori E. The investigation of the relationship between lifestyle and Body Mass Index in Kerman City's Youths. *Nursing Research* 2007; 2 (6,7): 65-72.
- 8-Samimi R, Masroor D, Hoseini F, Tamaddon Far M. The relationship between lifestyle and students public health. *Iran Journal of Nursing* 2007; 19(48): 83-92.
- 9-Delpisheh A, sayemiri k. Study of hypertension among the employees aged over 40 and its relation to the body mass index in Ilam. *Scientific Journal Ilam of Medical Unjversjty* 2002; 9 (32,33): 11-17.
- 10-Baroogh N, Teimouri F, Saffari M, Hosseini Sadeh SR, Mehran A. The relationship between lifestyle and high blood pressure in 24-65 years old residents of Kowsar region of Qazvin in 2008. *Shahid Beheshti University of Medical Sciences (Pejouhandeh)* 2010 ;15(5):193-198.
- 11- Monahan F, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green CJ. *Phipps Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives*. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2003.
- 12-Zolfaghari M, Bahramnezhad F, Parsa Yekta Z, Kazemnejad A, Monjamed Z. The life style risk factors of tehran citizens associated with cancer prevention. *Journal Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2013; 21(1): 28-36.
- 13-Rezaee A, esfandiari tashvih F, sarvghad S. The investigation of the relationship between eating attitudes and self-regulation with lifestyle in obese and normal women. *Journal of Women and Society* 2010; 1(1): 113-128.
- 14-Peyman N, Mahdizadeh M, Mahdizadeh M. Assessment of education in promoting healthy lifestyle behaviors in adolescent girls based on the health belief model. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2014; 21(1): 164-174.
- 15- Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML, Mouton CP, Oberman A, et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002; 347(10): 716-725.
- 16- Cullati S, Charvet-Berard A, Pernegrt V. Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. *BMC Public Health* 2009; 9: 118.
- 17- Yang X, Ge C, Hu B, Chi T, Wang L. Relationship between quality of life and occupational stress among teachers. *j.puhe* 2009.09.18; (11):750-5.
- 18- Oh JK, Lim MK, Yun EH, Lee EH, Shin HR. Awareness of and attitude towards human papillomavirus infection and vaccination for cervical cancer prevention among adult males and females in Korea: a nationwide interview survey. *Vaccine* 2010; 28(7): 1854-60.
- 19-Behdani F, Sargolzaee MR, Ghorbani E. Study of the relationship between lifestyle and prevalence of depression and anxiety in the students of sabzevar universities. *Asrar- Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2000; 7(2): 27-38.
- 20-Abbaszadeh M, Alizadeh eghdam M B, Badri Gargari R, Vadadhir A. The study of social and cultural factors affecting self-care lifestyle of citizens. *Journal of Social and cultural development studies* 2012; 1: 119-141.
- 21-Naghiee M, alamdadi M. Effect of Regular Physical Activity as a Basic Component of Lifestyle Modification on Reducing Major Cardiovascular Risk Factors. *Knowledge & Health Journal Shahroud University of Medical Sciences and Health Services* 2011; 6(1): 27-35.
- 22-Kordi H, Hadizadeh S. The investigation of employed and non-employed women's Lifestyle. *Journal of scientific-research Woman and Society*.2013; 3(4): 21-41.
- 23-Babanejad M, Rajabi A, Mohammadi S, Partovi F, Delpisheh A. Investigation Lifestyle and Prediction of Changes in Its Associated Factors amongst Health Students. *Journal of Health and Hygiene* 2013; 4(2): 147-155.
- 24-Banifateme H, Shahamfar J, Alizade Aghdam M B, Abdi B. Health status, education and gender: effects on people's awareness, lifestyle and health related quality of life. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (payesh)* 2015; 1: 85-92.

Predictors of Health-Oriented Lifestyle among Health Workers of Amol City

Akbarnejad KH¹, Tol A², Majlessi F^{3*}, Yaseri M⁴, Alizadeh H⁵

Submitted: 2016.3.13

Accepted: 2016.9.29

Abstract

Background: health-oriented lifestyle in today's world is the best way for preventing illness and having a healthy life. This study conducted to determine the predictor factors of health-oriented lifestyle among health workers.

Materials and Methods: This study was a cross-sectional and a descriptive and inferential one which was conducted using census on 222 health workers under coverage of health care network of Amol city in 2015. This study research tool was a two part questionnaire consist of demographics and health-oriented lifestyle Information. Self-administered method used to filling questionnaire. Collected data was analysed using SPSS version 23. Frequency tables and t-tests, Mann-Whitney, ANOVA or Kruskal-Wallis tests were used to determine the relationships between each factor; and logistic regression analysis was utilized to examine the influence of various factors. The significant level was consider less than 0.05 in this study.

Results: study results showed that there was a significant relationship between living place of Prairie village with dimensions of sport, malnutrition, self-care; and malnutrition dimension in persons with age less than 35, under diploma degree, chronic disease, high blood pressure; men with medical advice, sport, Malnutrition, tobacco and alcohol consumption, healthy purchasing, daily mobility, proper nutrition; and income with malnutrition, mental health, living environment safety.

Conclusion: several factors are related with health workers' life style. Considering the most of health workers especially men gender do not behave based on the health-oriented lifestyle, some actions should be taken to change their behaviors, because these individuals have health knowledge but do not behave according to their knowledge.

Keywords: Lifestyle, Health oriented, Health workers

1. MSc student in Health Education student in Evening Courses, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Ph.D in Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author), Email: dr_f_majlessi@yahoo.com, Tel: 021-88989134
4. Assistant professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Public Health Expert, School of Public Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran