

Study of Health Promotion Life Style (HPLP) of Rural Primary Health-Care Workers (Behvarzes) in Khalkhal and Kosar Counties, 1395

Ataei J^{*1}, Kamran A², Shekarchi AA², Etebar I³, Haghiri E³, Gorbani M⁴

1.MSc in Epidemiology, School of Khalkhal Medical Sciences, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

2.Assistant Professor, Public Health Department, Khalkhal Faculty of Medical Sciences, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

3.MSc in Health Services Management, School of Khalkhal Medical Sciences, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

4.BSc in Public health, kosar health center, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

*Corresponding author. Tel: +989149530937, Fax: +984532422305, E-mail:ata.jafar@gmail.com

Received: Aug 16, 2017 Accepted: Jan 29, 2018

ABSTRACT

Background & objectives: Health promotion lifestyle includes actions and beliefs that persuade people to stay healthy and protect them against disease. This study was conducted to investigate some aspects of lifestyle of rural primary health-care workers (Behvarzes) in Khalkhal and Kosar counties.

Methods: In this cross-sectional study, 120 Behvarzes were recruited in Khalkhal and Kosar counties. Data were gathered using a questionnaire consisting demographic information and walker Health Promotion Life Style (HPLP) Questionnaires. Statistical tests including the descriptive statistics, independent t-test, ANOVA and Welch's strong test followed by Tukey's post hoc test were performed using SPSS (v.20).

Results: The Mean age of participants were 40 ± 4.6 years and the majority of them were female (66%). The overall score of HPLP was 2.3 ± 0.62 , and the highest and lowest scores were observed in "Spiritual Growth" and "Interpersonal Relations" dimensions, respectively. There was a significant statistical relationship between different dimensions of lifestyle and demographic variables including "physical activity" and age; "interpersonal support" and gender and marital status and "self-actualization" and gender and finally, overall score of lifestyle and work experience respectively.

Conclusion: Based on the results of the present study, health promotion behaviors in Behvarzes (rural health care providers), were not favorable in comparison with similar studies. Different dimensions of participants' lifestyle showed a significant relationship with some of the demographic variables including age, gender and marital status. In both sexes, the lowest score was seen in the "Interpersonal Relations" dimension.

Keywords: Healthy Lifestyle; Quality of Life; Community Health Workers; Behvarz; Health House

بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان‌های خلخال و کوثر در سال ۱۳۹۵

جعفر عطائی^{۱*}، عزیز کامران^۲، علی اکبر شکارچی^۳، ایرج اعتبار^۳، اسفندیار حقیری^۳، محسن باقری^۴

۱. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده علوم پزشکی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۲. استادیار، دانشکده علوم پزشکی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده علوم پزشکی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۴. کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت شهرستان کوثر، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۹۵۳۰۹۳۷۰. فکس: ۰۴۵۳۲۴۲۲۳۰۵. ایمیل: ata.jafar@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی شامل اقدامات و عقایدی است که افراد را متقاعد به سالم ماندن و محافظت از آنها در مقابل بیماری‌ها می‌کند. این مطالعه جهت بررسی برخی از ابعاد سبک زندگی بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان خلخال و کوثر انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی با شرکت ۱۲۰ نفر از بهورزان شهرستان‌های خلخال و کوثر انجام شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر استفاده گردید. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری t مستقل، ANOVA، آزمون نیرومند ولچ و آزمون تعقیبی توکی، با استفاده از نرم افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت کنندگان $40 \pm 6/4$ بود و اکثریت آنها را زنان تشکیل می‌دادند (۶۶٪). امتیاز کلی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت $2/3 \pm 0/65$ بود. بالاترین و پایین‌ترین امتیاز بترتیب در بعد خود شکوفایی ($3/05 \pm 0/61$) و حمایت بین فردی ($1/90 \pm 0/76$) مشاهده شد. از بین ابعاد مختلف سبک زندگی، بُعد «فعالیت بدنی» با متغیر سن، بعد «حمایت بین فردی» با متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل، بعد «خودشکوفایی» با متغیر جنسیت و امتیاز کلی سبک زندگی با متغیر سابقه کار رابطه معنی داری را نشان دادند.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بهورزان خانه‌های بهداشت نسبت به مطالعات مشابه انجام شده وضعیت مطلوبی نداشت. ابعاد مختلف سبک زندگی شرکت کنندگان با برخی متغیرهای دموگرافیکی شامل سن، جنس و وضعیت تأهل رابطه معنی داری نشان داد. در هر دو جنس پایین‌ترین امتیاز در بعد «حمایت بین فردی» مشاهده شد.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی سالم، کیفیت زندگی، کارکنان خدمات بهداشتی، بهورز، خانه بهداشت

پذیرش: ۹۶/۱۱/۹

دریافت: ۹۶/۵/۲۵

مقدمه

بر اساس نظر زیمل، سبک زندگی، اعتقادات ذهنی را در قالب عرف‌های شناخته‌شده اجتماعی به تصویر می‌کشد. همچنین وبر، سبک زندگی را نوعی رفتار معرفی می‌کند که بر اساس تمایلات و در بستر شرایط زندگی شکل می‌گیرند (۱). سبک زندگی ارتقادهنده

سلامتی شامل اقدامات و عقایدی که افراد را متقاعد به سالم ماندن و محافظت از آنها در مقابل بیماری‌ها می‌کند (۲). رفتارهای ارتقادهنده سطح سلامت شامل رژیم غذایی کم‌چربی، تمرینات ایروبیکی، عدم مصرف دخانیات و خواب کافی گزارش شده است (۳). سطح سلامت یک جامعه با شاخص محافظت افراد سالم آن

و ابعاد مختلف رفتارهای ارتقادهنده سلامت رابطه معنی‌داری گزارش شد (۱۳). مطالعه دایوب^۱ و همکاران نیز که در آمریکا براساس داده‌های بررسی ملی سلامت از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۳ در خصوص ارتباط بیماری‌های مزمن و سبک زندگی سالم در کارکنان بخش بهداشت و درمان انجام شد، کارکنان بهداشتی رفتارهای مناسبی را از نظر مصرف سیگار و فعالیت بدنی داشتند و بیماری‌های فشار خون، دیابت و چاقی در این افراد کمتر از مردم عادی گزارش شد (۹).

به‌ورزان شاغل در خانه‌های بهداشت به عنوان بخش اصلی سیستم بهداشتی درمانی در ایران بشمار می‌روند که وضعیت سلامتی آنها هم از نظر حفظ و تأمین نیروی انسانی و هم کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی دارای اهمیت است. بر اساس نتایج مطالعات مشابه انجام شده در پرستاران و کارکنان بیمارستان، تنش‌های روانی در بین مشاغل مددکاران بیشتر دیده می‌شود (۱۴). همچنین اشتغال در بخش خدمات سلامتی شانس افراد را برای اتخاذ روش‌های تغذیه‌ای سالم‌تر و فعالیت بدنی بیشتر، افزایش می‌دهد (۸). مطالعات نشان داده اند اجرای برنامه‌های ارتقادهنده سبک زندگی در کنار مداخلات مناسب در محل کار می‌تواند باعث افزایش توانمندی و بازدهی در کارکنان بخش سلامت گردد (۱۵).

خانه بهداشت محیطی‌ترین واحد ارائه خدمت در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور است. هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی به ویژه راه‌های ارتباطی و جمعیت ممکن است یک یا چند روستا را در پوشش خدمات خود قرار دهد. در خانه بهداشت فقط یک رده شغلی از کارکنان بهداشت خدمت می‌کنند که بر حسب جنس، به‌ورز زن یا به‌ورز مرد نامیده می‌شوند. بسیاری از خدمات به‌ورزان در روال معمول خدمات کارمندی نمی‌گنجد و اغلب در جریان زندگی و تماس روزمره به‌ورزان با مردم و خانواده‌های روستایی انجام می‌گیرد. تحقق این هدف منوط به

جامعه‌سنجیده می‌شود. با توجه به اینکه یکی از حقوق اساسی افراد، برخورداری از حق سلامتی شمرده شده (۲)، سبک زندگی افراد می‌تواند سلامتی آنها را تحت تاثیر قرار دهد (۴). مفهوم سلامتی تنها به معنی حذف بیماری نیست بلکه می‌تواند به معنی حصول توانمندی برای ادامه محافظت و ارتقاء سلامتی افراد تعریف شود (۲). بسیاری از بیماری‌های مزمن قابل پیشگیری، با سبک زندگی افراد در ارتباط است (۵،۴). بر اساس گزارش WHO، پرفشاری خون، تنباکو، دیابت، کمبود فعالیت بدنی و اضافه وزن و چاقی به عنوان پنج عامل مرگ و میر در سطح جهان معرفی شده اند که با تغییر سبک زندگی قابل پیشگیری هستند (۶،۴). تغییرات سبک زندگی در سال‌های اخیر بخصوص در کشورهای با درآمد متوسط می‌تواند باعث ایجاد بسیاری از مشکلات سلامتی مثل بیماری‌های قلبی عروقی، اضافه وزن و چاقی، مصرف مواد مخدر و شیوع انواع سرطان‌ها گردد (۷). تغییر سبک زندگی از الگوهای نامناسب به رفتارهای مناسب بهداشتی مستلزم تغییر در بسیاری از رفتارهای روزانه و شخصی افراد است (۵). با توجه به اینکه در کارکنان نظام سلامت، اطلاعات بهداشتی و آموزش و تجربیات آنها در برخورد با بیماران ممکن است منجر به اتخاذ روش‌های سالم سبک زندگی توسط این گروه گردد، کارکنان بهداشتی به عنوان الگویی مناسب برای رفتارهای بهداشتی تلقی می‌شوند (۹،۸). برخلاف این تصور، بر اساس نتایج مطالعات، کارکنان بهداشتی به اندازه کافی اقدامات توصیه شده برای ارتقاء سلامت را در رفتارهای خود بکار نمی‌گیرند (۱۱،۱۰). در مطالعه ای که در خصوص کیفیت زندگی به‌ورزان توسط حسین خانی و همکاران انجام شد، نتایج مطالعه سطح کیفیت زندگی این گروه شغلی را در حد متوسط برآورد کرده و نشان داد افراد با تحصیلات بالاتر امتیاز بیشتری در همه ابعاد کیفیت زندگی گزارش کردند (۱۲). در مطالعه دیگری که توسط عبدالکریمی و همکاران انجام شد، بین خودکارآمدی، متغیرهای سطح تحصیلات، جنسیت و وضعیت اقتصادی،

¹ Dayoub

استمرار، صرف وقت و حوصله زیاد است. از این رو با ضوابط رایج قابل سنجش نیست (۱۷،۱۶). اطلاع از سبک زندگی بهورزان و وضعیت سلامت این گروه شغلی می‌تواند مسئولین و سیاست‌گذاران بخش سلامت را در اطلاع از وضعیت نیروی انسانی بخش سلامت، که مهمترین سرمایه این بخش به شمار می‌رود، توانمند نموده و بستر لازم برای مداخلات و آموزش‌های مناسب را در جهت اصلاح روندها فراهم نماید. این مطالعه با توجه به اهمیت و شرایط خاص شغل بهورزی و ویژگی‌های شغلی خانه بهداشت، جهت بررسی برخی از ابعاد سبک زندگی بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان خلخال انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات تحقیق در سیستم سلامت (HSR) بوده و بصورت مقطعی^۱ انجام شد. جامعه آماری در این مطالعه شامل ۱۵۲ نفر از بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت شهرستان خلخال (۱۰۱ نفر) و کوثر (۵۱ نفر) بود که بصورت نمونه‌گیری غیراحتمالی و تمام شماری، انتخاب شدند. از این تعداد در مجموع ۱۲۰ نفر (۸۴ نفر از شهرستان خلخال و ۳۶ نفر از شهرستان کوثر) در مطالعه شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به کار با عنوان شغلی بهورز، حضور در خانه بهداشت در زمان انجام مطالعه و تمایل به شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه نیز اشتغال به کار در محلی غیر از خانه بهداشت بر اساس ابلاغ موجود و شرایط واقعی اشتغال و عدم تمایل به شرکت در مطالعه تعیین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر (HPLP) (۱۸) بود. اطلاعات دموگرافیکی شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار، سطح تحصیلات و تعداد فرزند بود. پرسشنامه والکر داری ۵۴ سوال است که نمره‌گذاری آن به روش لیکرت

چهارگزینه ای انجام می‌گیرد و به هر سوال امتیاز بین ۴-۱ (هرگز=۱، برخی اوقات=۲، اغلب=۳ و همیشه=۴) تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه شش بعد از ابعاد سبک زندگی شامل: تغذیه (سوال ۱۱-۱)، ورزش (سوال ۲۴-۱۲)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (سوال ۳۲-۲۵)، مدیریت استرس (۳۸-۳۳)، حمایت بین فردی (۴۶-۳۹) و خود شکوفایی (۵۴-۴۷) را در بر می‌گیرد. امتیاز هر بعد، از محاسبه میانگین مجموع امتیاز سوالات آن بعد برای هر فرد بدست می‌آید؛ در نتیجه امتیاز هر کدام از ابعاد سبک زندگی نیز در محدوده ۴-۱ قرار خواهد داشت (مثلاً در بعد مدیریت استرس که دارای شش سوال (۳۸-۳۳) است، در صورتی که فردی به سه سؤال امتیاز دو، و سه سؤال بعدی را امتیاز ۴ بدهد، امتیاز این بعد برای فرد مورد نظر برابر خواهد بود با $(3 \times 6) + (3 \times 4) = 30$). امتیاز کل پرسشنامه نیز از مجموع امتیاز کل سوالات تقسیم بر مجموع سوالات (۵۴ سوال) برای هر فرد بدست می‌آید که تصویر کلی از وضعیت سبک زندگی ارائه می‌کند. ترجمه و بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه توسط محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۰) انجام شده است (۱۹). پرسشنامه سبک زندگی والکر پس از آموزش نحوه تکمیل پرسشنامه توسط پرسشگران آموزش دیده، توسط بهورزان تکمیل شد. فرم اطلاعات دموگرافیکی بدون نام بوده و توسط خود بهورزان تکمیل شد. یافته‌های این مقاله قسمتی از طرح تحقیقاتی با موضوع کیفیت زندگی بهورزان بود که در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تصویب شده است. اجرای مطالعه محدودیت اخلاقی خاصی نداشت. از تمامی شرکت کنندگان رضایتنامه موافقت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش اخذ شد و همچنین در خصوص محرمانه بودن اطلاعات شخصی آنها و اینکه نتایج تحقیق بدون ذکر نام شرکت کنندگان در مطالعه منتشر خواهد شد اطمینان داده شد. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری t مستقل، ANOVA و آزمون نیرومند ولج^۲ با استفاده از

^۱ Cross-Sectional

^۲ Welch

امتیاز HPLP در زیر گروه‌های جنسیت، در مردان و زنان بیشترین امتیاز بترتیب در بعد فعالیت بدنی ($2/90 \pm 0/57$) و خودشکوفایی ($3/05 \pm 0/61$) و کمترین امتیاز در هر دو جنس در بعد حمایت بین فردی مشاهده شد (مردان $2/36 \pm 0/74$ و زنان $1/90 \pm 0/76$). در ابعاد روابط بین فردی و خودشکوفایی، اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان مشاهده شد ($p < 0/05$). از نظر وضعیت تاهل بیشترین امتیاز در هر دو گروه مجرد و متأهل در بعد خودشکوفایی (مجرد $2/90 \pm 0/48$ و زنان $2/91 \pm 0/65$) و کمترین امتیاز در مجردها در بعد مدیریت استرس ($2/48 \pm 0/46$) و در افراد متأهل در بعد حمایت بین فردی ($2/01 \pm 0/63$) بدست آمد. همچنین اختلاف امتیاز ابعاد مختلف HPLP از نظر تاهل افراد، تنها در بعد روابط بین فردی معنی‌دار بود ($p < 0/05$). در زیر گروه‌های سابقه کار بیشترین امتیاز در زیر گروه کمتر از ۱۰ سال سابقه و در بعد خودشکوفایی ($3/01 \pm 0/69$) و کمترین امتیاز در بهورزان با بیش از ۲۰ سال سابقه و در بعد روابط بین فردی بود ($0/72 \pm 0/77$). از نظر سابقه کار در امتیاز کل پرسشنامه HPLP اختلاف معنی‌داری بین زیر گروه‌های مختلف مشاهده شد ($p < 0/05$) که اختلاف بر اساس آزمون توکی در بین > 10 سال و $10-20$ سال بود. از نظر گروه‌های سنی بیشترین امتیاز در بعد خودشکوفایی و در افراد کمتر از ۳۰ سال و کمترین امتیاز در بعد روابط بین فردی و در بهورزان $30-40$ ساله بدست آمد. در زیر گروه‌های سنی، امتیاز ابعاد مختلف HPLP در بعد فعالیت بدنی اختلاف معنی‌داری نشان داد که بر اساس آزمون توکی اختلاف بین گروه سنی < 40 و $40-30$ بود ($p < 0/05$). در خصوص مدرک تحصیلی بهورزان بیشترین امتیاز در بعد فعالیت بدنی و در افراد دارای مدرک دانشگاهی و کمترین امتیاز در بعد روابط بین فردی و در بهورزان دارای مدرک ابتدایی مشاهده شد. در زیر گروه‌های تحصیلات اختلاف معنی‌داری در هیچ کدام از ابعاد مشاهده نشد. از نظر تعداد فرزند

نرم افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در موارد معنی‌داری آزمون ANOVA، جهت یافتن عامل اختلاف از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از بین ۱۲۰ نفر بهورز شرکت کننده در این مطالعه حدود ۶۷ درصد از شرکت کنندگان زن و بقیه مرد بودند. میانگین سن و سابقه کار آنها بترتیب برابر با $40 \pm 6/4$ و $18/11 \pm 6/4$ بود. حدود ۹۲ درصد از شرکت کنندگان متأهل، سطح تحصیلات ۷۰ درصد از شرکت کنندگان دیپلم بود. ۳۹ درصد از بهورزان دارای دو فرزند بودند.

جدول ۱. متغیرهای دموگرافیکی و اجتماعی-اقتصادی بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان‌های خلخال و کوثر- سال ۱۳۹۵

گروه متغیرها	زیر گروه	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۴۰	۳۳/۴
	زن	۸۰	۶۶/۷
سن	<۳۰	۱۷	۱۴/۵
	۳۰-۴۰	۳۵	۲۹/۹
	>۴۰	۶۵	۵۵/۶
	وضعیت تاهل	مجرد	۹
متاهل		۱۱۱	۹۲/۵
سابقه کار	<۱۰	۱۹	۱۶/۲
	۱۰-۲۰	۴۸	۴۱/۰
	>۲۰	۵۰	۴۲/۷
سطح تحصیلات	ابتدایی/ راهنمایی	۱۷	۱۴/۲
	زیر دیپلم/ دیپلم	۹۳	۷۷/۵
	تحصیلات دانشگاهی	۱۰	۸/۳
تعداد فرزند	۱	۸	۷/۶
	۲	۴۱	۳۹/۰
	۳	۳۷	۳۵/۲
	>۴	۱۹	۱۸/۱

امتیاز کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بهورزان برابر $2/3 \pm 0/65$ بود. بالاترین و پایین‌ترین امتیاز بترتیب در بعد خود شکوفایی ($3/05 \pm 0/61$) و حمایت بین فردی ($1/90 \pm 0/76$) مشاهده شد. در خصوص ارتباط متغیرهای دموگرافیکی و اجتماعی-اقتصادی با

بیشترین امتیاز در بعد فعالیت بدنی و در بهورزان دارای سه فرزند و کمترین امتیاز نیز در بعد روابط بین فردی و در کارکنانی که دارای یک فرزند بودند مشاهده شد. در متغیر تعداد فرزندان نیز در هیچ کدام از ابعاد HPLP اخلاف معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول ۲. امتیاز ابعاد مختلف کیفیت زندگی بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان‌های خلخال و کوثر- سال ۱۳۹۵

ابعاد کیفیت زندگی	کل		مرد		زن	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تغذیه	۲/۷۵	۰/۵۲	۲/۷۵	۰/۶۳	۲/۷۵	۰/۴۵
فعالیت بدنی	۲/۹۰	۰/۵۳	۲/۹۰	۰/۵۷	۲/۹۰	۰/۵۲
مسئولیت پذیری سلامت	۲/۷۵	۰/۶۰	۲/۸۳	۰/۶۱	۲/۶۹	۰/۶۰
مدیریت استرس	۲/۲۳	۰/۶۲	۲/۳۸	۰/۶۱	۲/۱۶	۰/۶۲
حمایت بین فردی	۲/۰۷	۰/۷۸	۲/۳۶	۰/۷۴	۱/۹۰	۰/۷۶
خودشکوفایی	۲/۹۱	۰/۶۴	۲/۶۳	۰/۶۱	۳/۰۵	۰/۶۱
امتیاز کل	۲/۳۰	۰/۶۵	۲/۴۳	۰/۶۷	۲/۲۴	۰/۶۳

جدول ۳. ارتباط ابعاد مختلف کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیکی و اجتماعی-اقتصادی بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان‌های خلخال و کوثر- سال ۱۳۹۵

متغیرها	گروه‌ها	تعداد (%)	تغذیه	فعالیت بدنی	مسئولیت پذیری سلامت	مدیریت استرس	حمایت بین فردی	خودشکوفایی	امتیاز کل
جنس	مرد	۴۰(۳۳/۶)	۲/۷۵(۰/۶۳)	۲/۹۰(۰/۵۷)	۲/۸۳(۰/۶۱)	۲/۳۸(۰/۶۱)	۲/۳۶(۰/۷۴)	۲/۶۳(۰/۶۱)	۲/۴۳(۰/۶۷)
	زن	۷۹(۷۶/۴)	۲/۷۵(۰/۴۵)	۲/۹۰(۰/۵۲)	۲/۶۹(۰/۶۰)	۲/۱۶(۰/۶۲)	۱/۹۰(۰/۷۶)	۳/۰۵(۰/۶۱)	۲/۲۴(۰/۶۳)
p [#]			۰/۹۹۰	۰/۹۶۷	۰/۲۷۱	۰/۸۹	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۱
گروه‌های سنی	<۳۰	۱۷(۱۴/۵)	۲/۹۷(۰/۵۲)	۲/۸۶(۰/۴۳)	۲/۸۳(۰/۶۴)	۲/۲۷(۰/۵۲)	۱/۹۲(۰/۷۰)	۳/۰۴(۰/۶۱)	۲/۵۴(۰/۵۵)
	۳۰-۴۰	۳۵(۹/۹)	۲/۷۴(۰/۴۷)	۲/۶۸(۰/۵۵)	۲/۶۹(۰/۵۲)	۲/۰۷(۰/۶۴)	۱/۸۹(۰/۸۶)	۲/۹۷(۰/۶۸)	۲/۱۵(۰/۶۷)
سنی	>۴۰	۶۵(۵۵/۶)	۲/۶۷(۰/۵۳)	۲/۰۳(۰/۵۱)	۲/۷۵(۰/۶۵)	۲/۳۲(۰/۶۴)	۲/۱۵(۰/۷۵)	۲/۸۴(۰/۶۳)	۲/۳۱(۰/۶۵)
p			۰/۱۰۹	۰/۰۱۰ [‡]	۰/۷۷۴	۰/۲۲۴	۰/۲۹۳	۰/۴۶۴	۰/۱۲۴
وضعیت تأهل	مجرد	۹ (۷/۵)	۲/۸۵(۰/۴۷)	۲/۸۷(۰/۵۵)	۲/۶۸(۰/۴۸)	۲/۴۸(۰/۴۶)	۲/۶۴(۰/۸۳)	۲/۹۰(۰/۴۸)	۲/۶۱(۰/۴۳)
	متأهل	۱۱۱ (۹۲/۵)	۲/۷۴(۰/۵۳)	۲/۹۰(۰/۵۳)	۲/۷۶(۰/۶۲)	۲/۲۱(۰/۶۳)	۲/۰۱(۰/۷۶)	۲/۹۱(۰/۶۵)	۲/۲۸(۰/۶۶)
p [#]			۰/۵۳۷	۰/۸۸۱	۰/۶۸۷	۰/۱۸۲	۰/۰۲۲	۰/۹۶۲	۰/۱۱۵
سابقه کار	<۱۰	۱۹(۱۶/۲)	۲/۸۹(۰/۵۴)	۲/۸۲(۰/۶۳)	۲/۸۸(۰/۶۰)	۲/۳۰(۰/۵۲)	۲/۱۰(۰/۸۴)	۳/۰۱(۰/۶۹)	۲/۵۳(۰/۵۴)
	۱۰-۲۰	۴۸(۴۱)	۲/۶۷(۰/۴۴)	۲/۸۶(۰/۵۰)	۲/۶۹(۰/۴۷)	۲/۱۱(۰/۵۱)	۲/۰۷(۰/۷۷)	۲/۸۳(۰/۵۸)	۲/۱۱(۰/۶۴)
سابقه کار	>۲۰	۵۰(۴۲/۷)	۲/۷۳(۰/۵۶)	۲/۹۲(۰/۵۷)	۲/۷۰(۰/۶۹)	۲/۲۹(۰/۶۹)	۱/۹۷(۰/۷۲)	۲/۹۰(۰/۶۶)	۲/۳۵(۰/۶۲)
p			۰/۳۱۹	۰/۷۴۸	۰/۵۳۶	۰/۳۵۶	۰/۷۵۹	۰/۶۱۸	۰/۰۲۶ [€]
سطح تحصیلات	ابتدایی/ راهنمایی	۱۷(۱۴/۲)	۲/۷۵(۰/۲۷)	۲/۸۴(۰/۶۱)	۲/۷۱(۰/۴۵)	۲/۲۴(۰/۵۱)	۲/۰۲(۰/۴۸)	۲/۸۸(۰/۵۲)	۲/۱۷(۰/۴۵)
	زیر دیپلم / دیپلم	۹۳(۷۷/۵)	۲/۷۳(۰/۵۶)	۲/۹۰(۰/۵۳)	۲/۷۴(۰/۶۵)	۲/۲۱(۰/۶۲)	۲/۰۴(۰/۷۸)	۲/۹۲(۰/۶۴)	۲/۳۰(۰/۶۷)
تحصیلات	تحصیلات دانشگاهی	۱۰(۸/۳)	۲/۸۸(۰/۵۷)	۲/۹۵(۰-۵۰)	۲/۸۶(۰/۴۳)	۲/۴۶(۰/۷۴)	۲/۳۹(۱/۱۶)	۲/۸۹(۰/۸۳)	۲/۵۹(۰/۶۷)
p			۰/۷۴۵	۰/۸۷۸	۰/۸۵۵	۰/۵۰۷	۰/۶۷۱	۰/۹۶۳	۰/۲۶۳
تعداد فرزندان	۱	۸(۷/۶)	۲/۸۳(۰/۴۴)	۲/۸۰(۰/۴۰)	۲/۷۰(۰/۵۶)	۱/۹۷(۰/۳۶)	۱/۸۰(۰/۷۴)	۲/۹۶(۰/۷۰)	۲/۳۸(۰/۵۳)
	۲	۴۱(۳۹)	۲/۶۷(۰/۵۵)	۲/۸۵(۰/۵۴)	۲/۶۷(۰/۵۷)	۲/۲۰(۰/۶۵)	۲/۰۷(۰/۷۸)	۲/۹۸(۰/۷۲)	۲/۱۶(۰/۷۰)
فرزندان	۳	۳۷(۳۵/۲)	۲/۷۹(۰/۵۴)	۳/۰۰(۰/۵۷)	۲/۷۲(۰/۶۸)	۲/۳۰(۰/۶۹)	۱/۹۱(۰/۷۸)	۲/۸۶(۰/۵۸)	۲/۴۲(۰/۶۲)
	>۴	۱۹(۱۸/۱)	۲/۶۴(۰/۴۶)	۲/۷۶(۰/۵۴)	۲/۷۸(۰/۶۴)	۲/۰۶(۰/۵۵)	۲/۱۰(۰/۷۲)	۲/۸۰(۰/۶۴)	۲/۱۷(۰/۵۹)
p			۰/۶۵۰	۰/۴۲۶	۰/۹۴۸	۰/۵۱۷	۰/۷۰۸	۰/۷۹۲	۰/۲۷۰

مقدار p بر اساس آزمون تی مستقل گزارش شده است؛ مقدار p بر اساس آزمون Welch گزارش شده است؛ در بقیه موارد p بر اساس آزمون ANOVA گزارش شده است.

€ اختلاف معنی‌دار بر اساس آزمون تعقیبی توکی بین افراد دارای سابقه کمتر از ۱۰ سال و ۱۰-۲۰ سال مشاهده شد.

‡ اختلاف معنی‌دار بر اساس آزمون تعقیبی توکی بین گروه ۳۰-۴۰ ساله و بیشتر از ۴۰ سال مشاهده شد.

بحث

با توجه به نقش کلیدی کارکنان بهداشتی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در ارائه اطلاعات مرتبط با سبک زندگی به بیماران و کل جامعه، سبک زندگی آنها از نظر ارتقاء سلامتی مورد توجه است (۲۰). نظر به گستردگی حضور بهورزان در جامعه خصوصاً در مناطق دور افتاده و روستایی که بیشتر نیازمند مداخلات بهداشتی و آموزش‌های اساسی بهداشتی هستند، سبک زندگی بهورزان خانه بهداشت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران بیشتر مورد توجه بوده و سطح سلامت آنها هم برای سیستم بهداشتی و هم جامعه، مهم تلقی می‌شود. از این رو بررسی اعتقادات و رویکردهای بهداشتی و سبک زندگی آنها ضروری بنظر می‌رسد. این مطالعه با هدف بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بهورزان انجام شد.

بر اساس نتایج این پژوهش سبک زندگی بهورزان در بعد «خودشکوفایی» بالاترین امتیاز و در بعد «حمایت بین فردی» پایین‌ترین امتیاز را نشان داد. همچنین متغیرهای سن، جنس و وضعیت تأهل با ابعاد «فعالیت بدنی»، «حمایت بین فردی» و «خودشکوفایی» رابطه معنی‌داری نشان دادند. بین متغیرهای «تعداد فرزندان» و «سطح تحصیلات» با هیچ کدام از ابعاد سبک زندگی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

میانگین امتیاز کل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت $2/30 \pm 0/65$ بود، در حالی که این شاخص در مطالعه القحطانی^۱ $2/74 \pm 0/36$ (۴) و در مطالعه بسر^۲ و همکاران و هنسل^۳ و همکاران نیز بترتیب $2/53 \pm 0/83$ و $2/8 \pm 0/38$ گزارش شده است (۲۲،۲۱). در مطالعه حسین خانی و همکاران کیفیت زندگی بهورزان در حد متوسط گزارش شد (۱۲). بنابراین در مقایسه با سایر مطالعات مشابه انجام شده در بین پرستاران و کارکنان بهداشتی نیز امتیاز شاخص HPEP مطالعه حاضر پایین

بود (۲۴،۲۳). همچنین از نظر ابعاد مختلف سبک زندگی بالاترین امتیاز در بعد خودشکوفایی و پایین‌ترین امتیاز نیز در بعد حمایت بین فردی مشاهده شد. بر اساس مطالعه پروفیس^۴ کارکنان بهداشتی در مقایسه با سایر کارمندان، در بعد تغذیه، فعالیت بدنی و مسئولیت‌پذیری سلامت، امتیاز بالاتری داشتند (۸). همچنین نتایج مطالعه فرانک^۵ و فیر^۶ نشان داد کارکنان بهداشتی در بعد تغذیه وضعیت بهتری داشتند (۲۶،۲۵) در مقابل، در مطالعه ای دیگر، پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه پروهش، اعتقادی به رژیم غذایی سالم نداشتند؛ چرا که احتمالاً احساس می‌کردند می‌توانند با دانش خود از خود مراقبت کنند (۲۷). بالابودن فعالیت فیزیکی در ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی در مطالعات دیگر که در گروه پزشکان، پرستاران و دانشجویان گروه پزشکی انجام شده گزارش شده است (۲۹،۲۸). در حالی که امتیاز این بعد در مطالعه گوپتا^۷ در کارکنان بیمارستان پایین گزارش شده است (۳۰). این نتایج متناقض ممکن است بدلیل شرایط متفاوت انجام مطالعه بدست آمده باشد (۸). با توجه به ساختار فرهنگی اجتماعی بستر اجرای مطالعه که بهورزان خانه‌های بهداشت معمولاً در روستاها سکونت دارند، بالا بودن امتیاز خودشکوفایی را می‌توان به فعالیت بیشتر آنها در حوزه توسعه فردی و بعد معنوی زندگی نسبت داد. در تأیید این مسئله می‌توان پایین بودن امتیاز «روابط بین فردی» را که در نتیجه حضور کمتر بهورزان در اجتماعات بزرگ می‌باشد، توجیه کرد.

از نظر ارتباط متغیرهای دموگرافیکی با امتیاز سبک زندگی در هر کدام از ابعاد، از نظر جنسیت، در بعد تغذیه و فعالیت بدنی هر دو جنس امتیاز یکسانی داشتند. بیشترین امتیاز مردان در بعد فعالیت بدنی و زنان در زیر گروه خودشکوفایی مشاهده شد.

⁴ Profis

⁵ Frank

⁶ Fair

⁷ Gupta

¹ Al-Qahtani

² Beser

³ Hensel

تغییرات اجتماعی سال‌های اخیر و ایجاد امکانات و فرصت‌های آموزشی، اغلب، مجردها مدرک تحصیلی بالاتری دارند و امتیاز سبک زندگی نیز در افراد دارای تحصیلات بالاتر بیشتر است.

از نظر ارتباط سابقه کار با سبک زندگی، در مطالعه حاضر اختلاف معنی‌داری از نظر امتیاز کل HPLP مشاهده شد و بیشترین امتیاز در بهورزان دارای سابقه کمتر از ۱۰ سال بود. در مطالعه بسر نیز کارکنان با سابقه کمتر امتیاز بالاتری داشتند (۲۱). در حالی که در مطالعه کارداکیس^۶ پرستاران با سابقه کار بیشتر وضعیت بهتری از نظر رفتارهای ارتقادهنده سلامت داشتند (۳۵). افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت با افزایش سابقه کار در مطالعه توگوز^۷ هم گزارش شده است (۲۱). بر اساس نتایج مطالعه تسای^۸ کارکنان بیمارستان دارای سابقه کار بیشتر علائم مرتبط با استرس بیشتری داشتند (۳۶). با توجه به ابعاد مختلف سبک زندگی و تأثیر عوامل مختلف مثل کسب تجربه یا افزایش فشارهای روحی-روانی با افزایش سابقه کار، ارتباط عامل سابقه کار با ابعاد مختلف HPLP، متناسب با نوع مسئولیت و شرایط کاری می‌تواند متفاوت باشد. و به نظر می‌رسد در بهورزان با توجه به اینکه افراد با سابقه کمتر دارای تحصیلات بالاتر و آگاهی اجتماعی بهتری در مقایسه با سایر همکاران خود هستند و همچنین در افراد با سابقه کمتر از ۱۰ سال ممکن است فشارهای محیط کار هنوز تأثیر چندانی در عملکرد کارکنان نگذاشته باشد، می‌توان بالابودن کیفیت کلی امتیاز HPLP در بهورزان با سابقه کمتر از ۱۰ سال را توجیه کرد.

از نظر متغیر سن، تنها در بعد فعالیت بدنی اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های سنی مشاهده شد و بالاترین امتیاز کلی سبک زندگی در افراد کمتر از ۳۰ سال مشاهده شد. بهتر بودن رفتارهای ارتقادهنده سلامت

مطالعه کومار^۱ بین زنان و مردان، اختلاف معنی‌داری از نظر امتیاز HPLPS مشاهده نشد (۲). در حالی که در مطالعه سوراج^۲، زنان امتیاز بالاتری داشتند (۳۱). بالا بودن مشارکت زنان در برنامه‌های مختلف ارتقاء سلامت در مطالعات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است ولی لزوماً زنان کارایی بهتری از مردان نداشته‌اند (۳۲). یافته‌های مطالعه حاضر در تأیید این واقعیت است که فعالیت بدنی مردان در روستاها به دلیل اشتغال اغلب بهورزان مرد به کار کشاورزی در ساعات فراغت بالا می‌باشد ولی بهورزان زن در محیط روستا پس از ساعات اداری معمولاً فعالیت دیگری ندارند.

از نظر وضعیت تأهل، کمترین امتیاز، در افراد مجرد در بعد مدیریت استرس و در افراد متأهل در بعد حمایت بین فردی مشاهده شد و تنها در بعد روابط بین فردی اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. در مطالعه حسین خانی و همکاران در بعد جسمانی، روانی و اجتماعی اختلاف معنی‌داری بین بهورزان از نظر وضعیت تأهل گزارش شده است (۱۲). مطالعات بسر^۳ و واکر^۴ نیز در بعد تغذیه اختلاف معنی‌داری از نظر تأهل نشان داده است (۳۳، ۲۱). بالا بودن رفتارهای بهداشتی در افراد متأهل در مطالعات مختلف گزارش شده است (۳۴). در حالی که نتایج مطالعه ناکار^۵ عکس این مورد را گزارش کرده است (۲). در مطالعه حاضر نیز امتیاز کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت در افراد مجرد بر اساس رویه معمول در ایران و بخصوص در مناطق روستایی افراد مجرد معمولاً با خانواده خود (پدر و مادر) زندگی می‌کنند، کمتر با مشکلات زندگی درگیر بوده و اغلب بار مسئولیت‌های مدیریت و اقتصادی خانواده بر دوش آنها نیست. بنابراین بهتر می‌توانند جنبه‌های مختلف زندگی خود را مدیریت نمایند. همچنین به دلیل

¹ Kumar

² Suraj

³ Beser

⁴ Walker

⁵ Nacar

⁶ Kardakis

⁷ Tokgoz

⁸ Tsai

جسمی و افزایش چاقی و BMI والدین ارتباط دارد (۳۷). با توجه به افزایش مسئولیت والدین متناسب با افزایش تعداد فرزندان در خانواده و اختصاص قسمتی از درآمد خانواده به امورات تغذیه، پوشاک، تحصیلات و امور رفاهی فرزندان، انتظار می‌رود با افزایش تعداد فرزندان امتیاز ابعادی از سبک زندگی مثل فعالیت بدنی و سلامت جسمی کاهش یابد.

لازم به ذکر است اجرای این مطالعه با دشواری‌هایی همراه بود. مراجعه به روستاها با توجه به گستردگی جغرافیایی منطقه مشکل بود. تهیه وسیله نقلیه و سایر مشکلات از قبیل مسائل رفاهی و تغذیه پرسشگرها از سایر مشکلات اجرای مطالعه بود. همچنین در مواردی تکمیل فرم و درک مفهوم سوالات برای بهورزان مشکل بود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بهورزان خانه‌های بهداشت نسبت به مطالعات مشابه انجام شده وضعیت مطلوبی نداشت و ابعاد مختلف سبک زندگی شرکت کنندگان با برخی متغیرهای دموگرافیکی شامل سن، جنس و وضعیت تأهل رابطه معنی‌داری نشان داد. از بین ابعاد مختلف سبک زندگی، بعد تغذیه، مسئولیت‌پذیری سلامت و مدیریت استرس با هیچ کدام از متغیرهای دموگرافیکی و اجتماعی-اقتصادی رابطه معنی‌داری نشان ندادند. از طرف دیگر امتیاز کل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت فقط با متغیر سابقه کار رابطه معنی‌داری نشان داد. در خصوص متغیر «سطح تحصیلات» و «تعداد فرزندان» در هیچ کدام از ابعاد سبک زندگی اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. در هر دو جنس پایین‌ترین امتیاز در بعد «حمایت بین فردی» مشاهده شد، از این رو بررسی علل این امر ضروری بنظر می‌رسد.

پیشنهادات

این مطالعه از محدود مطالعاتی است که در خصوص کیفیت زندگی بهورزان در کشور انجام شده است؛ از

در دانشجویان پزشکی جوانتر در مطالعه ناکار هم گزارش شده است (۲). در مقابل در مطالعه توگوز با افزایش سن، افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت هم گزارش شده است (۲۱). همچنین در مطالعه القحطانی بین سن و بعد تغذیه و مدیریت استرس سبک زندگی رابطه معنی‌دار گزارش شده است، یعنی پرستاران جوان‌تر در بعد تغذیه امتیاز پایین و در مدیریت استرس وضعیت بهتری داشتند (۴). احتمالاً در بستر فرهنگی-اجتماعی جوامع روستایی ایران، با افزایش سن افراد بیشتر درگیر مشکلات و مسائل زندگی خانوادگی شده و معمولاً از نظر سبک زندگی با وضعیت عمومی حاکم بر جامعه همگن می‌شوند. در جامعه ای که توجه به فراهم آوردن زیرساخت‌های مهمتر مثل تامین معاش، مسکن و تحصیل فرزندان به عنوان اولویت در نظر گرفته می‌شود.

تأثیر مدرک تحصیلی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در این مطالعه مثبت ارزیابی می‌شود و با افزایش سطح تحصیلات امتیاز کل افزایش می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات حسین خانی و توگوز همخوانی دارند (۲۱، ۱۲). در حالی که در مطالعه القحطانی افراد داری تحصیلات بالاتر در بعد تغذیه امتیاز کمتری داشتند (۴). با توجه به افزایش اطلاعات بهداشتی افراد با افزایش سطح تحصیلات آنها، انتظار می‌رود کارکنان دارای مدارک بالاتر رفتارهای بهداشتی بهتری داشته باشند، در حالی که بر اساس نتایج مطالعه حاضر اگر چه با افزایش سطح تحصیلات امتیاز کل HPLP افزایش نشان می‌دهد ولی این تفاوت در هیچکدام از زیرگروه‌ها معنی‌دار نبود.

در مطالعه حاضر از نظر تعداد فرزند و امتیاز سبک زندگی ارتقادهنده سلامت رابطه خاص مشاهده نشد و در هیچ کدام از ابعاد اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه القحطانی پرستارانی که دارای فرزند بودند نسبت به بدون فرزندها، فعالیت بدنی و مدیریت استرس کمتری داشتند (۴). همچنین بر اساس نتایج مطالعه مونتریو^۱ افزایش تعداد فرزندان با سلامت

¹ Monteiro

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از طرح پژوهشی با عنوان «بررسی سبک زندگی بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان خلخال و کوثر» با شماره ثبت ۹۴/۲ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل اجرا شد. بدینوسیله نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از این معاونت ابراز می‌دارند؛ همچنین لازم است از معاونت آموزشی دانشکده علوم پزشکی خلخال به جهت همکاری در طراحی و اجرای طرح، و از بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان‌های خلخال و کوثر به دلیل مشارکت در اجرای مطالعه تشکر و قدردانی گردد.

این رو، نظر به گستردگی فعالیت و تأثیرگذاری این گروه شغلی بر سطح سلامت جامعه، مخصوصاً در مناطق روستایی و دورافتاده، می‌تواند گامی مهم در ارزیابی مشکلات و توجه به سلامت کارکنان خانه‌های بهداشت بشمار آید. نظر به متفاوت بودن شرایط زندگی، موقعیت جغرافیایی و تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی در استان‌های مختلف کشور، انجام مطالعات کیفی در خصوص عمده‌ترین دغدغه‌ها و مشکلات این گروه شغلی پیشنهاد می‌شود.

References

- 1- Mahdi Kani MS The concept of "lifestyle" and its scope in the social sciences. Cultural Studies of Iran. Spring 2008; 1(1), (Series 1):205-6
- 2- Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(20):8969-74.
- 3- Byrne DW, Rolando LA, Aliyu MH, McGown PW, Connor LR, Awalt BM, et al. Modifiable Healthy Lifestyle Behaviors: 10-Year Health Outcomes From a Health Promotion Program. American Journal of Preventive Medicine. 2016;51(6):1027-37.
- 4- Al-Qahtani MF. Health-promoting lifestyle behaviors among nurses in private hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia. J Egypt Public Health Assoc. 2015;90(1):29-34.
- 5- Buck KD, Roe D, Yanos P, Buck B, Fogley RL, Grant M, et al. Challenges to assisting with the recovery of personal identity and wellness for persons with serious mental illness: Considerations for mental health professionals. Psychosis. 2013;5(2):134-43.
- 6- Organization WH. Global health risks mortality and burden of dis-ease attributable to selected major risks; 2009. Available at:[Accessed 25 June 2014]. World Health Organization; 2009 [cited 2014 25 June]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHeal-thRisks_report_full.pdf
- 7- Toubaei S, Sahraeian A. Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry burn and burn wards. The Horizon of Medical Sciences. 2007;12(4):40-5.
- 8- Profis M, Simon-Tuval T. The influence of healthcare workers' occupation on Health Promoting Lifestyle Profile. Ind Health. 2016;54(5):439-47.
- 9- Dayoub E, Jena AB, editors. Chronic Disease Prevalence and Healthy Lifestyle Behaviors Among US Health Care Professionals. Mayo Clinic Proceedings; 2015; 90(12): 1659-1662
- 10-Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. BMC Public Health. 2016;16(1):1114.
- 11-Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. British journal of sports medicine. 2009;43(2):89-92.
- 12-Sabaghian M, Fouladvand A, Fatahi Z, Motahharifard M. Quality of Life Among Behvarzs in Qazvin Province. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2016;14(1):71-80.
- 13-Abdolkarimy M ZM, Mahmoodi H, Dashti S, Faryabi R, Movahed E. Health Promoting Behaviors and their Relationship with Self-efficacy of Health Workers. IJN. 2017;30(105):68-79
- 14-Boyce W, Torsheim T, Currie C, Zambon A. The family affluence scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure. Social indicators research. 2006;78(3):473-87.

- 15-Mehrdad R, Mazloumi A, Arshi S, Kazemi Z. Work ability index among health care personnel in a university hospital in Tehran, Iran. *Work*. 2016;1-7.
- 16-Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *eastern mediterranean health journal*. 2000; 6(4):822-5. (available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/118933>)
- 17-Pileroodi S. county Healthcare Network, Third edition, 2nd. Tehran: Razavieh, 2006:13-31.
- 18-Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996:120-26.
- 19-Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;21(1):102-13.
- 20-Jonsdottir IH, Börjesson M, Ahlborg G. Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden. *BMC Public Health*. 2011;11(1):1.
- 21-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.
- 22-Hensel D. Relationships among nurses' professional self-concept, health, and lifestyles. *Western journal of nursing research*. 2011;33(1):45-62.
- 23-McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health promotion in nurses: is there a healthy nurse in the house? *Applied Nursing Research*. 2009;22(3):211-5.
- 24-Geok SK, Yusof A, Lam SK, Japar S, Leong OS, Fauzee MSO. Physical activity and health-promoting lifestyle of student nurses in Malaysia. *Journal of Biosciences and Medicines*. 2015;3(03):78.
- 25-Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. *Canadian Family Physician*. 2009;55(8):810-17.
- 26-Frank E, Wright EH, Serdula MK, Elon LK, Baldwin G. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *The American journal of clinical nutrition*. 2002;75(2):326-32.
- 27-Dubnov-Raz G, Berry E, Shemer O, Constantini N. [Who will take care of the caretaker? Lifestyle recommendations for physicians]. *Harefuah*. 2011;150(7):583-7, 617.
- 28-Frank E, Bhat SK, Elon L. Exercise counseling and personal exercise habits of US women physicians. *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*. 2002;58(3):178-84.
- 29-Holtz KA, Kokotilo KJ, Fitzgerald BE, Frank E. Exercise behaviour and attitudes among fourth-year medical students at the University of British Columbia. *Canadian Family Physician*. 2013;59(1): 26-32.
- 30-Gupta K, Fan L. Doctors: fighting fit or couch potatoes? *British journal of sports medicine*. 2009;43(2):153-4.
- 31-Suraj S, Singh A. Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *The Indian journal of medical research*. 2011;134(5):645.
- 32-Huang SL, Li RH, Tang FC. Comparing disparities in the health-promoting lifestyles of Taiwanese workers in various occupations. *Ind Health*. 2010;48(3):256-64.
- 33-Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ. Health-promoting life styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*. 1988;11(1):76-90.
- 34-Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing & Health Sciences*. 2008;10(1):43-50.
- 35-Kardakis T, Weinehall L, Jerdén L, Nyström ME, Johansson H. Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational challenges. *The European Journal of Public Health*. 2013;24(1):79-84.
- 36-Tsai Y-C, Liu C-H. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC health services research*. 2012;12(1):199.
- 37-Monteiro I, de santana Pi Chillida M, Moreno LC. Work ability among nursing personnel in public hospitals and health centers in Campinas–Brazil. *Work*. 2012;41(Supplement 1):316-9.