

شیوه زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی شیراز

دکتر نگین هادی* دکتر فریبا برازنده**

چکیده

زمینه و هدف: امروزه به دلیل شهرنشینی، تغییر الگوی مصرف غذا و کاهش فعالیت‌های بدنی، زمینه برای بروز انواع بیماری‌های مزمن فراهم آمده است. شیوه صحیح زندگی می‌تواند خطر بروز بیماری‌های مزمن را کم کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوه زندگی پرستاران که نقش مهمی را در آموزش شیوه صحیح زندگی به گروه‌های مختلف مردم ایفا می‌کنند، صورت پذیرفته است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی است. جامعه مورد مطالعه را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکیل می‌دهند. حجم نمونه ۳۰۰ نفر و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه است. اطلاعات جمع‌آوری شده با بهره‌گیری از آزمون‌های آماری t ANOVA کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن و نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل گردید و $p < ۰/۰۵$ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که ۵۴٪ آزمودنی‌ها وضعیت تغذیه متوسط، ۶۰/۳٪ فعالیت فیزیکی در حد متوسط، ۲۸٪ وضعیت بهداشت روان متوسط و ۲۴٪ وضعیت بهداشت روان مطلوب داشته‌اند. ۴۴/۶٪ افراد در بهداشت فردی و ۶۲٪ در پیشگیری از بیماری‌ها نمره نامطلوب گرفته‌اند. ۹۶/۳٪ از آزمودنی‌ها سیگار نمی‌کشیدند و ۹۵/۷٪ از آن‌ها هرگز الکل مصرف نمی‌کردند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد پرستاران، با وجود داشتن دانش و آگاهی در زمینه انواع بیماری‌ها و نقش مهمی که در قبال آموزش رفتارهای صحیح به بیماران دارند، خود از شیوه زندگی مطلوبی برخوردار نیستند.

نویسنده مسئول: دکتر نگین هادی؛ دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

e-mail: hadin@sums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: شیوه زندگی، پرستاران، بیماری‌های مزمن غیر واگیر

- دریافت مقاله: آبان ماه ۱۳۸۵ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۵

مقدمه

شیوه زندگی در لغت به معنای روشی است که فرد در انجام یک فعالیت مشخص در زندگی به کار می‌گیرد (۱) و در واقع عبارت است از یک سبک زندگی مبتنی بر الگوهای رفتاری قابل شناخت، که این الگوها از تأثیر متقابل بین ویژگی‌های شخصیتی یک فرد با مداخلات و شرایط اجتماعی - اقتصادی زندگی حاصل می‌شود. این الگوهای رفتاری به طور

مداوم تفسیر شده و در شرایط اجتماعی مختلف مورد آزمایش قرار می‌گیرند، بنابراین ثابت نبوده و دائماً در معرض تغییر هستند. سبک زندگی فردی، که به وسیله الگوهای رفتاری قابل شناخت مشخص می‌شود، می‌تواند تأثیری بسیار عمیق و بنیادی بر روی بهداشت و سلامت فرد و جامعه داشته باشد. البته سلامتی فقط نبودن بیماری نیست بلکه شامل وضعیت مطلوب فیزیکی، روانی و اجتماعی نیز می‌باشد (۲).

* دانشیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
** پزشک عمومی

اگر قرار است توانمندسازی افراد در تغییر سبک زندگیشان منجر به ارتقای سلامت شود پس فعالیت‌ها در این زمینه، بایستی نه تنها به سوی مسایل فردی بلکه به سمت شرایط اجتماعی معطوف شود.

اما باید این موضوع در نظر گرفته شود که هیچ سبک زندگی «مطلوبی» وجود ندارد که بتوان به تمام مردم تجویز نمود. فرهنگ، درآمد، ساختار خانواده، سن، قدرت بدنی، محیط خانه و محیط کار، برخی از شرایط و روش‌های زندگی را جذاب‌تر و عملی‌تر خواهد ساخت (۲). چهار جنبه اصلی شیوه زندگی که تأثیر آن‌ها بر روی بیماری‌های مزمن در تحقیقات مورد بررسی قرار گرفته است شامل وضعیت تغذیه، فعالیت فیزیکی، مصرف سیگار و مصرف الکل می‌باشد (۳). از موارد دیگر شیوه زندگی می‌توان به بهداشت روانی و بهداشت فردی اشاره کرد.

شیوه صحیح زندگی طریقه‌ای از زندگی کردن است که خطر بروز بیماری‌های مزمن و مرگ زودرس را کم می‌کند. تمام بیماری‌ها قابل پیشگیری نیستند اما از بخش بزرگی از مرگ‌ها به خصوص انواع ناشی از بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها می‌توان جلوگیری کرد. مطالعات نشان داده‌اند که بعضی رفتارها در بروز بیماری‌های غیر واگیر و مرگ زودرس مؤثراند (۴).

امروزه به دلیل شهرنشینی، تغییر الگوی مصرف غذا، دریافت بیش از حد انرژی از برنامه غذایی روزانه، مصرف مواد قندی و چربی بیشتر از مقادیر توصیه شده و کاهش فعالیت‌های بدنی، زمینه برای بروز بیماری‌های مزمن مانند دیابت، سرطان، فشارخون،

بیماری‌های قلبی - عروقی و چاقی فراهم آمده است. از سوی دیگر چاقی خطر بروز دیابت، فشارخون و بیماری‌های قلبی - عروقی را ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهد و اطلاعات موجود حاکی از بروز رو به افزایش اضافه وزن و چاقی در کشورمان است (۵).

به گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ حدود ۶۰٪ از ۵۶/۵ میلیون مرگ در سراسر جهان به دلیل بیماری‌های غیر واگیر رخ داده است. بار ناشی از این بیماری‌ها در حال حاضر ۴۶٪ است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به ۵۷٪ افزایش یابد. بیماری‌های غیر واگیر که قبلاً معضل کشورهای توسعه یافته بود اکنون در اغلب کشورها شایع است و کشورهای در حال توسعه نیز به طور فزاینده درگیر مشکلات ناشی از این بیماری‌ها هستند (۵).

بر اساس آمارهای ارایه شده توسط سازمان جهانی بهداشت، سال‌های از دست رفته به دلیل نداشتن فعالیت‌های بدنی در منطقه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۰۰، یک میلیون و ۲۴۳ هزار است. در این منطقه ۷۰ تا ۸۰٪ افراد، فعالیت جسمی لازم را ندارند. نیمی از مرگ‌های ناشی از این بیماری‌ها مربوط به بیماری‌های قلبی - عروقی است. همچنین در این منطقه ۳۵٪ مردان و ۷٪ زنان دخانیات مصرف می‌کنند (۲). پرستاران و سایر کارکنان بخش سلامت، نقش مهمی را در آموزش شیوه صحیح زندگی به گروه‌های مختلف مردم ایفا می‌کنند و به عنوان الگوی مناسب رعایت شیوه درست زندگی به حساب می‌آیند. در این میان پرستاران به دلیل برخورد بیشتر با بیماران، محمل مناسبی جهت ترویج شیوه‌های صحیح زندگی هستند. آشنایی با

از جمله، جنس، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، بُعد خانوار و تعداد فرزندان آن‌ها بوده است.

تحقیقات انجام شده در جوامع مختلف در مورد شیوه زندگی، تاکنون این گروه شغلی را مورد بررسی قرار نداده‌اند و لذا جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی، ارزیابی اولیه این قشر پراهمیت که نقش بسیار مهمی در ارتقای سلامتی جامعه دارند توسط این پژوهش امکان‌پذیر گردیده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بوده است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز مشتمل بر ۱۱۹۰ نفر بود که ۳۰۰ نفر از آن‌ها به عنوان جمعیت نمونه با استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده بر اساس محل خدمت آزمودنی‌ها در بیمارستان‌ها و بخش‌های مختلف، در سال ۱۳۸۴ انتخاب شدند. در این مطالعه متغیرهای جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، وضعیت‌های خاص از نظر پزشکی (نظیر حاملگی، شیردهی، بیماری، مصرف دارو) و شاخص توده بدن به عنوان متغیرهای مستقل و موارد شیوه زندگی شامل وضعیت تغذیه، فعالیت فیزیکی، مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل، سلامت روان، بهداشت فردی و انجام اقدامات مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها به عنوان متغیر وابسته به کار رفته است. ابزار پژوهش یک پرسشنامه محقق ساخته شامل ۴۰ سؤال در زمینه‌های مختلف شیوه

هرم غذایی از قبیل مقدار نیاز روزانه به هر یک از گروه‌های غذایی و نیازهای فیزیولوژیک گروه‌های مختلف افراد، در زمینه آموزش تغذیه به پرستاران کمک‌های زیادی می‌نماید. در مورد سایر موارد شیوه زندگی نظیر فعالیت بدنی، عدم مصرف دخانیات و غیره نیز بی‌شک آشنایی این گروه با رفتارهای صحیح و به‌کارگیری این رفتارهای صحیح، به صورت مستقیم و غیرمستقیم در ارتقای سلامت جامعه مؤثر است. پرستاران باید شیوه‌های صحیح و ناصحیح زندگی را بشناسند، به شیوه‌های درست عمل کنند و با دادن اطلاعات صحیح و کافی و تکرار و تأکید رفتارهای صحیح، عادات غلط را کم‌رنگ نمایند و بدین ترتیب به افزایش سطح سلامت مردم کمک کنند.

عادات‌ها و علایق شخصی یک پرستار و وضعیت زندگی وی در رویکرد او به بیماران مؤثر بوده و بدیهی است در صورتی که پرستار خود شیوه زندگی صحیح داشته باشد موفقیت بیشتری کسب خواهد کرد. با داشتن یک زمینه علمی مناسب در مورد شیوه زندگی و کسب اطلاعات به روز، یک پرستار می‌تواند با عادات نادرست زندگی مبارزه کند. توجه به نیازهای کلی بیماران و مراقبت از آن‌ها، هم به عنوان یک فرد و هم یک عضو جامعه و نه فقط تشخیص و درمان بیماری‌ها، هم اکنون جزء مهمی از آموزش در سیستم سلامت می‌باشد. ترویج شیوه زندگی صحیح نیز جزء جدایی‌ناپذیری از مراقبت بیمار است (۶).

هدف از تحقیق حاضر، بررسی شیوه زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی شیراز در ابعاد مختلف و تعیین ارتباط بین نوع روش زندگی و عوامل مختلف

درجه دو اضافه وزن و درجه سه اضافه وزن در نظر گرفته شدند.

در مورد مصرف الکل و سیگار و موادمخدر به ترتیب ۱ و ۲ پرسش مطرح شد و محدوده نمرات، ۰-۵ و ۰-۱۵ بود. در طراحی این پرسش‌ها هم به تأثیر دود سیگار به صورت مستقیم و هم تأثیر در معرض دود سیگار افراد دیگر قرار گرفتن، اشاره شده است. هر چند که در معرض دود سیگار افراد دیگر قرار گرفتن به صورت ناخواسته صورت می‌گیرد و بهتر است جزء رفتار بهداشتی محسوب نگردد، اما در مورد پرستاران با توجه به داشتن آگاهی از مخاطرات آن، انتظار می‌رود تا حد امکان از آن پرهیز کنند و اطرافیان را نیز از استعمال دخانیات برحذر دارند. در بُعد فعالیت فیزیکی ۲ سؤال در زمینه مقدار فعالیت بدنی روزمره بر اساس خصوصیت شغلی و مقدار ورزش (پیاپیاده‌روی، شنا، دوچرخه سواری، دویدن و ...) مطرح شد که مجموع نمرات از ۰ تا ۱۰ متغیر بود. نمرات ۰، ۲، ۵، ۸ و ۱۰ به ترتیب معادل خیلی فعال، فعال، با فعالیت متوسط، کم فعالیت و غیر فعال قلمداد گردید. امتیازات در دو سؤال به طور جداگانه محاسبه و امتیاز بالاتر در هر یک به طور کلی به عنوان امتیاز کسب شده از بخش فعالیت فیزیکی در نظر گرفته شد. مثلاً اگر فرد از لحاظ فعالیت بدنی روزمره امتیاز ۵ و از لحاظ انجام ورزش منظم امتیاز ۱۰ کسب کرده بود، امتیاز ۱۰ به عنوان امتیاز کلی در نظر گرفته می‌شد.

در مقیاس سلامت روان، ۶ پرسش در زمینه‌های مقدار خواب شبانه‌روزی، فشار کاری و احساسی، مقدار تفریح روزانه و انجام یا عدم انجام فرایض دینی، مطرح گردید و مجموع نمرات از ۰ تا ۲۵ متغیر بود. نمرات ۰-۲۵، ۲۰-۱۹/۹۹

زندگی بود. این پرسشنامه بر اساس جمع‌بندی معیارهای مورد بررسی در پژوهش‌های مشابه به ویژه «بررسی وضعیت تغذیه و شیوه زندگی» (۷)، آخرین هرم غذایی ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۸)، «بررسی شیوه زندگی آموزگاران نواحی چهارگانه شیراز» (۹) و پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت در بررسی بیماری‌های مزمن غیر واگیر (۱۰) طراحی گردید.

در بُعد تغذیه، ۱۸ سؤال در مورد گروه‌های اصلی مواد غذایی (آب، پروتئین، لبنیات، چربی، نمک، نوشیدنی‌های کافئین‌دار و ...) تنظیم شد و بر اساس تعداد وعده‌های مصرفی با توجه به تحقیقات مشابه و هرم مواد غذایی در هر گروه نمره‌گذاری انجام گرفت. مجموع نمرات در این قسمت از ۰ تا ۸۰ متغیر بود و نمرات ۸۰-۶۰، ۶۰-۵۹-۴۰ و کمتر از ۴۰ به ترتیب به عنوان وضعیت تغذیه مطلوب، متوسط و نامطلوب قلمداد گردید. به عنوان مثال در مورد میوه‌ها به میزان مصرف «۲ وعده یا بیشتر در روز» امتیاز ۵، «۷-۵ وعده در هفته» امتیاز ۲/۵ و «هرگز و به ندرت» امتیاز صفر تعلق گرفت. وعده‌های غذایی در صورت پرسش برای آزمودنی تعریف شده بود. مثلاً یک وعده میوه برابر یک عدد میوه متوسط یا ربع عدد طالبی یا یک برش هندوانه یا نصف لیوان دانه گیلاس یا انگور یا نصف لیوان انواع میوه پخته یا کمپوت یا ۲۵۰ سی سی آب میوه در نظر گرفته شد.

افراد با شاخص توده بدنی کمتر از ۱۶، ۱۶-۱۷/۹۹، ۱۷-۱۸/۴۹، ۱۸-۱۹/۲۴، ۱۹-۲۰/۲۹، ۲۰-۲۱/۳۹، ۲۱-۲۲/۴۹، ۲۲-۲۳/۵۹، ۲۳-۲۴/۶۹، ۲۴-۲۵/۷۹، ۲۵-۲۶/۸۹، ۲۶-۲۷/۹۹، ۲۷-۲۸/۰۹، ۲۸-۲۹/۱۹، ۲۹-۳۰/۲۹، ۳۰-۳۱/۳۹، ۳۱-۳۲/۴۹، ۳۲-۳۳/۵۹، ۳۳-۳۴/۶۹، ۳۴-۳۵/۷۹، ۳۵-۳۶/۸۹، ۳۶-۳۷/۹۹، ۳۷-۳۸/۰۹، ۳۸-۳۹/۱۹، ۳۹-۴۰/۲۹، ۴۰-۴۱/۳۹، ۴۱-۴۲/۴۹، ۴۲-۴۳/۵۹، ۴۳-۴۴/۶۹، ۴۴-۴۵/۷۹، ۴۵-۴۶/۸۹، ۴۶-۴۷/۹۹، ۴۷-۴۸/۰۹، ۴۸-۴۹/۱۹، ۴۹-۵۰/۲۹، ۵۰-۵۱/۳۹، ۵۱-۵۲/۴۹، ۵۲-۵۳/۵۹، ۵۳-۵۴/۶۹، ۵۴-۵۵/۷۹، ۵۵-۵۶/۸۹، ۵۶-۵۷/۹۹، ۵۷-۵۸/۰۹، ۵۸-۵۹/۱۹، ۵۹-۶۰/۲۹، ۶۰-۶۱/۳۹، ۶۱-۶۲/۴۹، ۶۲-۶۳/۵۹، ۶۳-۶۴/۶۹، ۶۴-۶۵/۷۹، ۶۵-۶۶/۸۹، ۶۶-۶۷/۹۹، ۶۷-۶۸/۰۹، ۶۸-۶۹/۱۹، ۶۹-۷۰/۲۹، ۷۰-۷۱/۳۹، ۷۱-۷۲/۴۹، ۷۲-۷۳/۵۹، ۷۳-۷۴/۶۹، ۷۴-۷۵/۷۹، ۷۵-۷۶/۸۹، ۷۶-۷۷/۹۹، ۷۷-۷۸/۰۹، ۷۸-۷۹/۱۹، ۷۹-۸۰/۲۹، ۸۰-۸۱/۳۹، ۸۱-۸۲/۴۹، ۸۲-۸۳/۵۹، ۸۳-۸۴/۶۹، ۸۴-۸۵/۷۹، ۸۵-۸۶/۸۹، ۸۶-۸۷/۹۹، ۸۷-۸۸/۰۹، ۸۸-۸۹/۱۹، ۸۹-۹۰/۲۹، ۹۰-۹۱/۳۹، ۹۱-۹۲/۴۹، ۹۲-۹۳/۵۹، ۹۳-۹۴/۶۹، ۹۴-۹۵/۷۹، ۹۵-۹۶/۸۹، ۹۶-۹۷/۹۹، ۹۷-۹۸/۰۹، ۹۸-۹۹/۱۹، ۹۹-۱۰۰/۲۹، ۱۰۰-۱۰۱/۳۹، ۱۰۱-۱۰۲/۴۹، ۱۰۲-۱۰۳/۵۹، ۱۰۳-۱۰۴/۶۹، ۱۰۴-۱۰۵/۷۹، ۱۰۵-۱۰۶/۸۹، ۱۰۶-۱۰۷/۹۹، ۱۰۷-۱۰۸/۰۹، ۱۰۸-۱۰۹/۱۹، ۱۰۹-۱۱۰/۲۹، ۱۱۰-۱۱۱/۳۹، ۱۱۱-۱۱۲/۴۹، ۱۱۲-۱۱۳/۵۹، ۱۱۳-۱۱۴/۶۹، ۱۱۴-۱۱۵/۷۹، ۱۱۵-۱۱۶/۸۹، ۱۱۶-۱۱۷/۹۹، ۱۱۷-۱۱۸/۰۹، ۱۱۸-۱۱۹/۱۹، ۱۱۹-۱۲۰/۲۹، ۱۲۰-۱۲۱/۳۹، ۱۲۱-۱۲۲/۴۹، ۱۲۲-۱۲۳/۵۹، ۱۲۳-۱۲۴/۶۹، ۱۲۴-۱۲۵/۷۹، ۱۲۵-۱۲۶/۸۹، ۱۲۶-۱۲۷/۹۹، ۱۲۷-۱۲۸/۰۹، ۱۲۸-۱۲۹/۱۹، ۱۲۹-۱۳۰/۲۹، ۱۳۰-۱۳۱/۳۹، ۱۳۱-۱۳۲/۴۹، ۱۳۲-۱۳۳/۵۹، ۱۳۳-۱۳۴/۶۹، ۱۳۴-۱۳۵/۷۹، ۱۳۵-۱۳۶/۸۹، ۱۳۶-۱۳۷/۹۹، ۱۳۷-۱۳۸/۰۹، ۱۳۸-۱۳۹/۱۹، ۱۳۹-۱۴۰/۲۹، ۱۴۰-۱۴۱/۳۹، ۱۴۱-۱۴۲/۴۹، ۱۴۲-۱۴۳/۵۹، ۱۴۳-۱۴۴/۶۹، ۱۴۴-۱۴۵/۷۹، ۱۴۵-۱۴۶/۸۹، ۱۴۶-۱۴۷/۹۹، ۱۴۷-۱۴۸/۰۹، ۱۴۸-۱۴۹/۱۹، ۱۴۹-۱۵۰/۲۹، ۱۵۰-۱۵۱/۳۹، ۱۵۱-۱۵۲/۴۹، ۱۵۲-۱۵۳/۵۹، ۱۵۳-۱۵۴/۶۹، ۱۵۴-۱۵۵/۷۹، ۱۵۵-۱۵۶/۸۹، ۱۵۶-۱۵۷/۹۹، ۱۵۷-۱۵۸/۰۹، ۱۵۸-۱۵۹/۱۹، ۱۵۹-۱۶۰/۲۹، ۱۶۰-۱۶۱/۳۹، ۱۶۱-۱۶۲/۴۹، ۱۶۲-۱۶۳/۵۹، ۱۶۳-۱۶۴/۶۹، ۱۶۴-۱۶۵/۷۹، ۱۶۵-۱۶۶/۸۹، ۱۶۶-۱۶۷/۹۹، ۱۶۷-۱۶۸/۰۹، ۱۶۸-۱۶۹/۱۹، ۱۶۹-۱۷۰/۲۹، ۱۷۰-۱۷۱/۳۹، ۱۷۱-۱۷۲/۴۹، ۱۷۲-۱۷۳/۵۹، ۱۷۳-۱۷۴/۶۹، ۱۷۴-۱۷۵/۷۹، ۱۷۵-۱۷۶/۸۹، ۱۷۶-۱۷۷/۹۹، ۱۷۷-۱۷۸/۰۹، ۱۷۸-۱۷۹/۱۹، ۱۷۹-۱۸۰/۲۹، ۱۸۰-۱۸۱/۳۹، ۱۸۱-۱۸۲/۴۹، ۱۸۲-۱۸۳/۵۹، ۱۸۳-۱۸۴/۶۹، ۱۸۴-۱۸۵/۷۹، ۱۸۵-۱۸۶/۸۹، ۱۸۶-۱۸۷/۹۹، ۱۸۷-۱۸۸/۰۹، ۱۸۸-۱۸۹/۱۹، ۱۸۹-۱۹۰/۲۹، ۱۹۰-۱۹۱/۳۹، ۱۹۱-۱۹۲/۴۹، ۱۹۲-۱۹۳/۵۹، ۱۹۳-۱۹۴/۶۹، ۱۹۴-۱۹۵/۷۹، ۱۹۵-۱۹۶/۸۹، ۱۹۶-۱۹۷/۹۹، ۱۹۷-۱۹۸/۰۹، ۱۹۸-۱۹۹/۱۹، ۱۹۹-۲۰۰/۲۹، ۲۰۰-۲۰۱/۳۹، ۲۰۱-۲۰۲/۴۹، ۲۰۲-۲۰۳/۵۹، ۲۰۳-۲۰۴/۶۹، ۲۰۴-۲۰۵/۷۹، ۲۰۵-۲۰۶/۸۹، ۲۰۶-۲۰۷/۹۹، ۲۰۷-۲۰۸/۰۹، ۲۰۸-۲۰۹/۱۹، ۲۰۹-۲۱۰/۲۹، ۲۱۰-۲۱۱/۳۹، ۲۱۱-۲۱۲/۴۹، ۲۱۲-۲۱۳/۵۹، ۲۱۳-۲۱۴/۶۹، ۲۱۴-۲۱۵/۷۹، ۲۱۵-۲۱۶/۸۹، ۲۱۶-۲۱۷/۹۹، ۲۱۷-۲۱۸/۰۹، ۲۱۸-۲۱۹/۱۹، ۲۱۹-۲۲۰/۲۹، ۲۲۰-۲۲۱/۳۹، ۲۲۱-۲۲۲/۴۹، ۲۲۲-۲۲۳/۵۹، ۲۲۳-۲۲۴/۶۹، ۲۲۴-۲۲۵/۷۹، ۲۲۵-۲۲۶/۸۹، ۲۲۶-۲۲۷/۹۹، ۲۲۷-۲۲۸/۰۹، ۲۲۸-۲۲۹/۱۹، ۲۲۹-۲۳۰/۲۹، ۲۳۰-۲۳۱/۳۹، ۲۳۱-۲۳۲/۴۹، ۲۳۲-۲۳۳/۵۹، ۲۳۳-۲۳۴/۶۹، ۲۳۴-۲۳۵/۷۹، ۲۳۵-۲۳۶/۸۹، ۲۳۶-۲۳۷/۹۹، ۲۳۷-۲۳۸/۰۹، ۲۳۸-۲۳۹/۱۹، ۲۳۹-۲۴۰/۲۹، ۲۴۰-۲۴۱/۳۹، ۲۴۱-۲۴۲/۴۹، ۲۴۲-۲۴۳/۵۹، ۲۴۳-۲۴۴/۶۹، ۲۴۴-۲۴۵/۷۹، ۲۴۵-۲۴۶/۸۹، ۲۴۶-۲۴۷/۹۹، ۲۴۷-۲۴۸/۰۹، ۲۴۸-۲۴۹/۱۹، ۲۴۹-۲۵۰/۲۹، ۲۵۰-۲۵۱/۳۹، ۲۵۱-۲۵۲/۴۹، ۲۵۲-۲۵۳/۵۹، ۲۵۳-۲۵۴/۶۹، ۲۵۴-۲۵۵/۷۹، ۲۵۵-۲۵۶/۸۹، ۲۵۶-۲۵۷/۹۹، ۲۵۷-۲۵۸/۰۹، ۲۵۸-۲۵۹/۱۹، ۲۵۹-۲۶۰/۲۹، ۲۶۰-۲۶۱/۳۹، ۲۶۱-۲۶۲/۴۹، ۲۶۲-۲۶۳/۵۹، ۲۶۳-۲۶۴/۶۹، ۲۶۴-۲۶۵/۷۹، ۲۶۵-۲۶۶/۸۹، ۲۶۶-۲۶۷/۹۹، ۲۶۷-۲۶۸/۰۹، ۲۶۸-۲۶۹/۱۹، ۲۶۹-۲۷۰/۲۹، ۲۷۰-۲۷۱/۳۹، ۲۷۱-۲۷۲/۴۹، ۲۷۲-۲۷۳/۵۹، ۲۷۳-۲۷۴/۶۹، ۲۷۴-۲۷۵/۷۹، ۲۷۵-۲۷۶/۸۹، ۲۷۶-۲۷۷/۹۹، ۲۷۷-۲۷۸/۰۹، ۲۷۸-۲۷۹/۱۹، ۲۷۹-۲۸۰/۲۹، ۲۸۰-۲۸۱/۳۹، ۲۸۱-۲۸۲/۴۹، ۲۸۲-۲۸۳/۵۹، ۲۸۳-۲۸۴/۶۹، ۲۸۴-۲۸۵/۷۹، ۲۸۵-۲۸۶/۸۹، ۲۸۶-۲۸۷/۹۹، ۲۸۷-۲۸۸/۰۹، ۲۸۸-۲۸۹/۱۹، ۲۸۹-۲۹۰/۲۹، ۲۹۰-۲۹۱/۳۹، ۲۹۱-۲۹۲/۴۹، ۲۹۲-۲۹۳/۵۹، ۲۹۳-۲۹۴/۶۹، ۲۹۴-۲۹۵/۷۹، ۲۹۵-۲۹۶/۸۹، ۲۹۶-۲۹۷/۹۹، ۲۹۷-۲۹۸/۰۹، ۲۹۸-۲۹۹/۱۹، ۲۹۹-۳۰۰/۲۹، ۳۰۰-۳۰۱/۳۹، ۳۰۱-۳۰۲/۴۹، ۳۰۲-۳۰۳/۵۹، ۳۰۳-۳۰۴/۶۹، ۳۰۴-۳۰۵/۷۹، ۳۰۵-۳۰۶/۸۹، ۳۰۶-۳۰۷/۹۹، ۳۰۷-۳۰۸/۰۹، ۳۰۸-۳۰۹/۱۹، ۳۰۹-۳۱۰/۲۹، ۳۱۰-۳۱۱/۳۹، ۳۱۱-۳۱۲/۴۹، ۳۱۲-۳۱۳/۵۹، ۳۱۳-۳۱۴/۶۹، ۳۱۴-۳۱۵/۷۹، ۳۱۵-۳۱۶/۸۹، ۳۱۶-۳۱۷/۹۹، ۳۱۷-۳۱۸/۰۹، ۳۱۸-۳۱۹/۱۹، ۳۱۹-۳۲۰/۲۹، ۳۲۰-۳۲۱/۳۹، ۳۲۱-۳۲۲/۴۹، ۳۲۲-۳۲۳/۵۹، ۳۲۳-۳۲۴/۶۹، ۳۲۴-۳۲۵/۷۹، ۳۲۵-۳۲۶/۸۹، ۳۲۶-۳۲۷/۹۹، ۳۲۷-۳۲۸/۰۹، ۳۲۸-۳۲۹/۱۹، ۳۲۹-۳۳۰/۲۹، ۳۳۰-۳۳۱/۳۹، ۳۳۱-۳۳۲/۴۹، ۳۳۲-۳۳۳/۵۹، ۳۳۳-۳۳۴/۶۹، ۳۳۴-۳۳۵/۷۹، ۳۳۵-۳۳۶/۸۹، ۳۳۶-۳۳۷/۹۹، ۳۳۷-۳۳۸/۰۹، ۳۳۸-۳۳۹/۱۹، ۳۳۹-۳۴۰/۲۹، ۳۴۰-۳۴۱/۳۹، ۳۴۱-۳۴۲/۴۹، ۳۴۲-۳۴۳/۵۹، ۳۴۳-۳۴۴/۶۹، ۳۴۴-۳۴۵/۷۹، ۳۴۵-۳۴۶/۸۹، ۳۴۶-۳۴۷/۹۹، ۳۴۷-۳۴۸/۰۹، ۳۴۸-۳۴۹/۱۹، ۳۴۹-۳۵۰/۲۹، ۳۵۰-۳۵۱/۳۹، ۳۵۱-۳۵۲/۴۹، ۳۵۲-۳۵۳/۵۹، ۳۵۳-۳۵۴/۶۹، ۳۵۴-۳۵۵/۷۹، ۳۵۵-۳۵۶/۸۹، ۳۵۶-۳۵۷/۹۹، ۳۵۷-۳۵۸/۰۹، ۳۵۸-۳۵۹/۱۹، ۳۵۹-۳۶۰/۲۹، ۳۶۰-۳۶۱/۳۹، ۳۶۱-۳۶۲/۴۹، ۳۶۲-۳۶۳/۵۹، ۳۶۳-۳۶۴/۶۹، ۳۶۴-۳۶۵/۷۹، ۳۶۵-۳۶۶/۸۹، ۳۶۶-۳۶۷/۹۹، ۳۶۷-۳۶۸/۰۹، ۳۶۸-۳۶۹/۱۹، ۳۶۹-۳۷۰/۲۹، ۳۷۰-۳۷۱/۳۹، ۳۷۱-۳۷۲/۴۹، ۳۷۲-۳۷۳/۵۹، ۳۷۳-۳۷۴/۶۹، ۳۷۴-۳۷۵/۷۹، ۳۷۵-۳۷۶/۸۹، ۳۷۶-۳۷۷/۹۹، ۳۷۷-۳۷۸/۰۹، ۳۷۸-۳۷۹/۱۹، ۳۷۹-۳۸۰/۲۹، ۳۸۰-۳۸۱/۳۹، ۳۸۱-۳۸۲/۴۹، ۳۸۲-۳۸۳/۵۹، ۳۸۳-۳۸۴/۶۹، ۳۸۴-۳۸۵/۷۹، ۳۸۵-۳۸۶/۸۹، ۳۸۶-۳۸۷/۹۹، ۳۸۷-۳۸۸/۰۹، ۳۸۸-۳۸۹/۱۹، ۳۸۹-۳۹۰/۲۹، ۳۹۰-۳۹۱/۳۹، ۳۹۱-۳۹۲/۴۹، ۳۹۲-۳۹۳/۵۹، ۳۹۳-۳۹۴/۶۹، ۳۹۴-۳۹۵/۷۹، ۳۹۵-۳۹۶/۸۹، ۳۹۶-۳۹۷/۹۹، ۳۹۷-۳۹۸/۰۹، ۳۹۸-۳۹۹/۱۹، ۳۹۹-۴۰۰/۲۹، ۴۰۰-۴۰۱/۳۹، ۴۰۱-۴۰۲/۴۹، ۴۰۲-۴۰۳/۵۹، ۴۰۳-۴۰۴/۶۹، ۴۰۴-۴۰۵/۷۹، ۴۰۵-۴۰۶/۸۹، ۴۰۶-۴۰۷/۹۹، ۴۰۷-۴۰۸/۰۹، ۴۰۸-۴۰۹/۱۹، ۴۰۹-۴۱۰/۲۹، ۴۱۰-۴۱۱/۳۹، ۴۱۱-۴۱۲/۴۹، ۴۱۲-۴۱۳/۵۹، ۴۱۳-۴۱۴/۶۹، ۴۱۴-۴۱۵/۷۹، ۴۱۵-۴۱۶/۸۹، ۴۱۶-۴۱۷/۹۹، ۴۱۷-۴۱۸/۰۹، ۴۱۸-۴۱۹/۱۹، ۴۱۹-۴۲۰/۲۹، ۴۲۰-۴۲۱/۳۹، ۴۲۱-۴۲۲/۴۹، ۴۲۲-۴۲۳/۵۹، ۴۲۳-۴۲۴/۶۹، ۴۲۴-۴۲۵/۷۹، ۴۲۵-۴۲۶/۸۹، ۴۲۶-۴۲۷/۹۹، ۴۲۷-۴۲۸/۰۹، ۴۲۸-۴۲۹/۱۹، ۴۲۹-۴۳۰/۲۹، ۴۳۰-۴۳۱/۳۹، ۴۳۱-۴۳۲/۴۹، ۴۳۲-۴۳۳/۵۹، ۴۳۳-۴۳۴/۶۹، ۴۳۴-۴۳۵/۷۹، ۴۳۵-۴۳۶/۸۹، ۴۳۶-۴۳۷/۹۹، ۴۳۷-۴۳۸/۰۹، ۴۳۸-۴۳۹/۱۹، ۴۳۹-۴۴۰/۲۹، ۴۴۰-۴۴۱/۳۹، ۴۴۱-۴۴۲/۴۹، ۴۴۲-۴۴۳/۵۹، ۴۴۳-۴۴۴/۶۹، ۴۴۴-۴۴۵/۷۹، ۴۴۵-۴۴۶/۸۹، ۴۴۶-۴۴۷/۹۹، ۴۴۷-۴۴۸/۰۹، ۴۴۸-۴۴۹/۱۹، ۴۴۹-۴۵۰/۲۹، ۴۵۰-۴۵۱/۳۹، ۴۵۱-۴۵۲/۴۹، ۴۵۲-۴۵۳/۵۹، ۴۵۳-۴۵۴/۶۹، ۴۵۴-۴۵۵/۷۹، ۴۵۵-۴۵۶/۸۹، ۴۵۶-۴۵۷/۹۹، ۴۵۷-۴۵۸/۰۹، ۴۵۸-۴۵۹/۱۹، ۴۵۹-۴۶۰/۲۹، ۴۶۰-۴۶۱/۳۹، ۴۶۱-۴۶۲/۴۹، ۴۶۲-۴۶۳/۵۹، ۴۶۳-۴۶۴/۶۹، ۴۶۴-۴۶۵/۷۹، ۴۶۵-۴۶۶/۸۹، ۴۶۶-۴۶۷/۹۹، ۴۶۷-۴۶۸/۰۹، ۴۶۸-۴۶۹/۱۹، ۴۶۹-۴۷۰/۲۹، ۴۷۰-۴۷۱/۳۹، ۴۷۱-۴۷۲/۴۹، ۴۷۲-۴۷۳/۵۹، ۴۷۳-۴۷۴/۶۹، ۴۷۴-۴۷۵/۷۹، ۴۷۵-۴۷۶/۸۹، ۴۷۶-۴۷۷/۹۹، ۴۷۷-۴۷۸/۰۹، ۴۷۸-۴۷۹/۱۹، ۴۷۹-۴۸۰/۲۹، ۴۸۰-۴۸۱/۳۹، ۴۸۱-۴۸۲/۴۹، ۴۸۲-۴۸۳/۵۹، ۴۸۳-۴۸۴/۶۹، ۴۸۴-۴۸۵/۷۹، ۴۸۵-۴۸۶/۸۹، ۴۸۶-۴۸۷/۹۹، ۴۸۷-۴۸۸/۰۹، ۴۸۸-۴۸۹/۱۹، ۴۸۹-۴۹۰/۲۹، ۴۹۰-۴۹۱/۳۹، ۴۹۱-۴۹۲/۴۹، ۴۹۲-۴۹۳/۵۹، ۴۹۳-۴۹۴/۶۹، ۴۹۴-۴۹۵/۷۹، ۴۹۵-۴۹۶/۸۹، ۴۹۶-۴۹۷/۹۹، ۴۹۷-۴۹۸/۰۹، ۴۹۸-۴۹۹/۱۹، ۴۹۹-۵۰۰/۲۹، ۵۰۰-۵۰۱/۳۹، ۵۰۱-۵۰۲/۴۹، ۵۰۲-۵۰۳/۵۹، ۵۰۳-۵۰۴/۶۹، ۵۰۴-۵۰۵/۷۹، ۵۰۵-۵۰۶/۸۹، ۵۰۶-۵۰۷/۹۹، ۵۰۷-۵۰۸/۰۹، ۵۰۸-۵۰۹/۱۹، ۵۰۹-۵۱۰/۲۹، ۵۱۰-۵۱۱/۳۹، ۵۱۱-۵۱۲/۴۹، ۵۱۲-۵۱۳/۵۹، ۵۱۳-۵۱۴/۶۹، ۵۱۴-۵۱۵/۷۹، ۵۱۵-۵۱۶/۸۹، ۵۱۶-۵۱۷/۹۹، ۵۱۷-۵۱۸/۰۹، ۵۱۸-۵۱۹/۱۹، ۵۱۹-۵۲۰/۲۹، ۵۲۰-۵۲۱/۳۹، ۵۲۱-۵۲۲/۴۹، ۵۲۲-۵۲۳/۵۹، ۵۲۳-۵۲۴/۶۹، ۵۲۴-۵۲۵/۷۹، ۵۲۵-۵۲۶/۸۹، ۵۲۶-۵۲۷/۹۹، ۵۲۷-۵۲۸/۰۹، ۵۲۸-۵۲۹/۱۹، ۵۲۹-۵۳۰/۲۹، ۵۳۰-۵۳۱/۳۹، ۵۳۱-۵۳۲/۴۹، ۵۳۲-۵۳۳/۵۹، ۵۳۳-۵۳۴/۶۹، ۵۳۴-۵۳۵/۷۹، ۵۳۵-۵۳۶/۸۹، ۵۳۶-۵۳۷/۹۹، ۵۳۷-۵۳۸/۰۹، ۵۳۸-۵۳۹/۱۹، ۵۳۹-۵۴۰/۲۹، ۵۴۰-۵۴۱/۳۹، ۵۴۱-۵۴۲/۴۹، ۵۴۲-۵۴۳/۵۹، ۵۴۳-۵۴۴/۶۹، ۵۴۴-۵۴۵/۷۹، ۵۴۵-۵۴۶/۸۹، ۵۴۶-۵۴۷/۹۹، ۵۴۷-۵۴۸/۰۹، ۵۴۸-۵۴۹/۱۹، ۵۴۹-۵۵۰/۲۹، ۵۵۰-۵۵۱/۳۹، ۵۵۱-۵۵۲/۴۹، ۵۵۲-۵۵۳/۵۹، ۵۵۳-۵۵۴/۶۹، ۵۵۴-۵۵۵/۷۹، ۵۵۵-۵۵۶/۸۹، ۵۵۶-۵۵۷/۹۹، ۵۵۷-۵۵۸/۰۹، ۵۵۸-۵۵۹/۱۹، ۵۵۹-۵۶۰/۲۹، ۵۶۰-۵۶۱/۳۹، ۵۶۱-۵۶۲/۴۹، ۵۶۲-۵۶۳/۵۹، ۵۶۳-۵۶۴/۶۹، ۵۶۴-۵۶۵/۷۹، ۵۶۵-۵۶۶/۸۹، ۵۶۶-۵۶۷/۹۹، ۵۶۷-۵۶۸/۰۹، ۵۶۸-۵۶۹/۱۹، ۵۶۹-۵۷۰/۲۹، ۵۷۰-۵۷۱/۳۹، ۵۷۱-۵۷۲/۴۹، ۵۷۲-۵۷۳/۵۹، ۵۷۳-۵۷۴/۶۹، ۵۷۴-۵۷۵/۷۹، ۵۷۵-۵۷۶/۸۹، ۵۷۶-۵۷۷/۹۹، ۵۷۷-۵۷۸/۰۹، ۵۷۸-۵۷۹/۱۹، ۵۷۹-۵۸۰/۲۹، ۵۸۰-۵۸۱/۳۹، ۵۸۱-۵۸۲/۴۹، ۵۸۲-۵۸۳/۵۹، ۵۸۳-۵۸۴/۶۹، ۵۸۴-۵۸۵/۷۹، ۵۸۵-۵۸۶/۸۹، ۵۸۶-۵۸۷/۹۹، ۵۸۷-۵۸۸/۰۹، ۵۸۸-۵۸۹/۱۹، ۵

و کمتر از ۱۵، به ترتیب به عنوان مطلوب، متوسط و نامطلوب در نظر گرفته شد.

۱۲ پرسش در ابعاد بهداشت فردی (دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان، شستن دست‌ها قبل از صرف غذا) با مجموع نمرات ۰-۱۲/۵، بهداشت باروری (نحوه تنظیم خانواده) و اقدام برای پیشگیری از بیماری‌ها (مراجعه به پزشک و دندانپزشک جهت چک آپ، اندازه‌گیری قندخون، چربی و فشارخون و استفاده از عینک آفتابی و کرم ضد آفتاب) با مجموع نمرات ۰-۲۰ مطرح شد. در قسمت بهداشت فردی، نمرات ۱۰-۱۲/۵، ۹-۹/۹۹ و کمتر از ۵ به ترتیب، به عنوان مطلوب، متوسط و نامطلوب و در پیشگیری از بیماری‌ها، نمرات ۱۰-۱۴/۹۹، ۱۵-۲۰، ۱۰-۱۴/۹۹ و کمتر از ۱۰ به ترتیب، به عنوان مطلوب، متوسط و نامطلوب تلقی گردید. بدیهی است این سیستم نمره‌دهی و طبقه‌بندی، با توجه به پرسشنامه‌های مشابه موجود طراحی شده و ارتباطی به نحوه پاسخ آزمودنی‌های این پژوهش نداشته است.

همچنین پرسش‌هایی در زمینه انجام یا عدم انجام و فواصل زمانی معاینه پستان، ماموگرافی و پاپ اسمیر مطرح شد که به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت.

به منظور بررسی روایی محتوا، پرسشنامه توسط متخصصان تغذیه، روان‌پزشکی و پزشکی اجتماعی مرور گردید و اشکالات آن برطرف شد. همچنین پایایی پرسشنامه به کمک نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ و استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد و $I=0/65$ به دست آمد که در سطح قابل قبولی می‌باشد.

به هنگام توزیع پرسشنامه، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که نتایج به صورت گروهی بررسی و پاسخ‌های آن‌ها محرمانه تلقی خواهد شد و نام و نام خانوادگی آن‌ها پرسیده نشد. در تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۱۱/۵ استفاده شد و علاوه بر آمار توصیفی، با کمک آزمون‌های آماری t واریانس یک طرفه، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن، رابطه بین متغیرها بر اساس فرضیات اولیه به دست آمد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ نفر بودند که ۳۱ نفر (۱۰٪) از آن‌ها را مردان و ۲۶۹ نفر (۹۰٪) را زنان تشکیل می‌دادند. ۵۴/۲٪ از آزمودنی‌ها متأهل بودند. همچنین ۹۸/۳٪ از آن‌ها تحصیلات لیسانس و ۱/۷٪ از آن‌ها تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند.

۵۸/۶٪ از آزمودنی‌ها در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و ۲۶/۶٪، ۱۲/۶٪ و ۱٪ آن‌ها به ترتیب در گروه‌های سنی ۳۹-۳۰، ۴۹-۴۰ و ۵۰ سال و بالاتر قرار داشتند.

در بخش تغذیه، میانگین نمرات آزمودنی‌ها از ۸۰ نمره، ۴۱/۵۴ و انحراف معیار آن ۹/۳۵ بوده است که به طور کلی ۵۴٪ آزمودنی‌ها وضعیت تغذیه متوسط داشته‌اند.

میانگین نمره آزمودنی‌ها در بُعد فعالیت فیزیکی از ۱۰ نمره، ۵/۰۳ با انحراف معیار ۲/۵۱ می‌باشد. این در حالی است که میانگین نمرات در زمینه انجام کارهای روزمره و فعالیت منظم ورزشی به ترتیب ۴/۰۹ با

مصرف سیگار ($p=0/002$)، بهداشت روان ($p=0/008$) و پیشگیری از بیماری‌ها ($p<0/001$)، نمرات زنان به شکل معناداری از نمرات مردان بیشتر بوده است (جدول شماره ۱).

در هیچ یک از موارد شیوه زندگی ارتباط معناداری با سن آزمودنی‌ها و سطح تحصیلات آن‌ها پیدا نشد.

تنها در مورد فعالیت فیزیکی ($p=0/02$) و بهداشت فردی ($p=0/034$)، افراد مجرد به طور معنادار از افراد متأهل نمره بالاتری داشته‌اند.

نمرات تغذیه در گروه با شاخص توده بدنی ۲۵-۲۹/۹۹ با سطح معناداری ۰/۰۳ از گروه ۱۸/۵-۲۴/۹۹ و در گروه اخیر با سطح معناداری ۰/۰۱ از گروه ۱۷-۱۸/۴۹ بهتر بوده است.

همچنین در بُعد فعالیت فیزیکی، افرادی که از نظر طبی وضعیت خاصی نداشته‌اند به طور معنادار ($p<0/05$) از دیگر آزمودنی‌ها با وضعیت طبی خاص و در پیشگیری از بیماری‌ها، افرادی که از نظر طبی وضعیت خاصی داشته‌اند با سطح معناداری ۰/۰۲ نسبت به دیگران نمره بهتری کسب کرده‌اند.

جدول ۲ ارتباط نمرات آزمودنی‌ها را در بخش تغذیه و فعالیت فیزیکی با شاخص توده بدنی نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات تغذیه با شاخص توده بدنی ارتباط مستقیم دارد، به این معنی که افراد با شاخص بالاتر، وضعیت تغذیه مناسب‌تری داشته‌اند. در مورد فعالیت فیزیکی، افراد با شاخص توده بدنی کمتر از ۱۶ تا ۱۸/۴۹ به طور کلی از سایر گروه‌ها میانگین نمره بالاتری کسب کرده‌اند.

انحراف معیار ۲/۱۷ (از نمره ۱۰) و ۵/۰۳ با انحراف معیار ۲/۵ (از نمره ۱۰) بوده است. ۹ نفر از آزمودنی‌ها، ورزشکار حرفه‌ای بودند.

۶۶/۷٪ از افراد مورد مطالعه شاخص توده بدنی ۱۸/۵-۲۴/۹۹ و ۲۳/۶ و ۷٪ آن‌ها به ترتیب شاخص توده بدنی ۲۵-۲۹/۹۹ و ۱۷-۱۸/۴۹ داشتند.

۹۶/۳٪ از آزمودنی‌ها سیگار نمی‌کشیده‌اند اما ۴۵/۳٪ از کل آزمودنی‌ها و ۴۴/۳٪ از آزمودنی‌هایی که خود سیگار نمی‌کشیده‌اند در معرض دود سیگار افراد دیگر بوده‌اند. ۹۵/۷٪ از آزمودنی‌ها هرگز الکل مصرف نمی‌کردند.

در بُعد سلامت روان، میانگین نمرات آزمودنی‌ها از ۲۵ نمره، ۱۴/۶۵ با انحراف معیار ۴/۵۲ می‌باشد به طوری که ۳۸٪ وضعیت بهداشت روان متوسط و ۳۸٪ نامطلوب داشته‌اند.

میانگین نمرات آزمودنی‌ها در قسمت بهداشت فردی از ۱۲/۵ نمره، ۸/۹۹ با انحراف معیار ۲/۶ و میانگین نمرات در بخش اقدام برای پیشگیری از بیماری‌ها از ۲۰ نمره، ۷/۱۱ با انحراف معیار ۴/۱۲ بوده است. بنابراین به لحاظ بهداشت فردی وضعیت ۴۴/۶٪ آزمودنی‌ها و نیز از جنبه اقدام برای پیشگیری از بیماری‌ها وضعیت ۶۲/۲٪ نامطلوب بوده است.

۱۶۹ نفر (۶۲/۸٪ جمعیت زنان) به معاینه سینه می‌پرداختند. همچنین ۹۲/۱٪ زنان، هرگز تحت ماموگرافی قرار نگرفته بودند. در واقع تنها ۳۴/۳٪ افراد ۴۰ ساله و بالاتر، ۶/۵٪ افراد ۳۰-۳۹ ساله و ۲/۱٪ افراد ۲۰-۲۹ ساله، ماموگرافی انجام می‌دادند.

بررسی تحلیلی نتایج بر اساس جنسیت نشان داد که در موارد تغذیه ($p=0/019$).

سرطان پستان و دهانه رحم بر اساس سن نشان داده شده است.

۲۷٪ آزمودنی‌ها از روش طبیعی به منظور تنظیم خانواده استفاده می‌کردند و این در حالی است که روش‌های بستن لوله‌ها، IUD، کاندوم و روش‌های هورمونی به ترتیب توسط ۱۴٪، ۱۱/۸٪، ۹/۸٪ و ۹/۸٪ از آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار می‌گرفتند. ۹/۸٪ از افراد از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند و ۱۷/۸٪ به این پرسش پاسخ ندادند.

بین نوع روش تنظیم خانواده و سن آزمودنی‌ها نیز رابطه معناداری ($p=0/01$) وجود داشت، به این ترتیب که آزمودنی‌های گروه ۴۰ سال و بالاتر، بیشتر از روش بستن لوله‌ها و آزمودنی‌های گروه ۲۹-۲۰ سال و ۳۹-۳۰ سال بیشتر از روش طبیعی برای تنظیم خانواده استفاده می‌کردند.

بین ابعاد مختلف شیوه زندگی و تعداد فرزندان، درآمد خانوار و بعد خانوار، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معناداری وجود نداشت.

بین انجام معاینه پستان ($p=0/01$) و انجام ماموگرافی ($p=0/01$) با سن آزمودنی‌ها رابطه معناداری وجود داشت به این ترتیب که آزمودنی‌های ۴۰ ساله و بالاتر، بیشتر از گروه‌های سنی دیگر به معاینه سینه و انجام ماموگرافی می‌پرداختند.

همچنین بین انجام پاپ اسمیر و سن در میان زنان متأهل رابطه معنادار دیده شد ($p=0/01$) به این ترتیب که آزمودنی‌های ۲۹-۲۰ ساله کمتر از بقیه، پاپ اسمیر انجام می‌داده‌اند.

در جداول ۳ و ۴ فراوانی نسبی خانم‌های پرستار از نظر اقدام برای انجام پیشگیری از

جدول ۱: مقایسه نمرات* آزمودنی‌ها در ابعاد مختلف شیوه زندگی در دو گروه زنان و مردان در سال ۱۳۸۴

ابعاد شیوه زندگی	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقادیر p
تغذیه	مرد	۳۱	۳۷/۸۵	۸/۸۲	۰/۰۱۹
	زن	۲۳۷	۴۲/۰۳	۹/۳۲	
	پاسخ نداده	۳۲			
ورزش	مرد	۳۱	۴/۷۴	۳/۲۷	۰/۵۹۴
	زن	۲۶۶	۵/۰۷	۲/۴۱	
	پاسخ نداده	۳			
مصرف سیگار	مرد	۳۱	۴/۳۵	۶/۹۲	۰/۰۰۲
	زن	۲۶۵	۸/۷۱	۷/۴۱	
	پاسخ نداده	۴			
بهداشت روان	مرد	۳۱	۱۱/۴۵	۴/۶۰	۰/۰۰۱
	زن	۲۵۸	۱۵/۰۳	۴/۳۷	
	پاسخ نداده	۱۱			
بهداشت فردی	مرد	۳۱	۷/۸۲	۱/۹۱	۰/۰۰۸
	زن	۲۶۲	۹/۱۳	۲/۶۴	
	پاسخ نداده	۷			
پیشگیری از بیماری‌ها	مرد	۳۰	۴/۰۸	۳/۷۴	۰/۰۰۱
	زن	۲۶۲	۷/۴۶	۴/۰۱	
	پاسخ نداده	۸			

* نمره بالاتر در هر مورد نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر است.

جدول ۲: ارتباط نمرات آزمودنی‌ها در بخش تغذیه و فعالیت فیزیکی با شاخص توده بدنی در سال ۱۳۸۴

مقادیر <i>p</i>	میانگین نمره	تعداد	شاخص توده بدنی	ابعاد شیوه زندگی
۰/۰۰۶	۳۵/۷۳	۲۳	<۱۶-۱۸/۴۹	تغذیه
	۴۱/۳۷	۱۶۶	۱۸/۵-۲۴/۹۹	
	۴۴/۶۱	۵۹	۲۵-۳۹/۹۹	
۰/۴۱۱	۵/۹۶	۲۵	<۱۶-۱۸/۴۹	فعالیت فیزیکی
	۴/۸۸	۱۸۴	۱۸/۵-۲۴/۹۹	
	۵/۱۷	۶۴	۲۵-۳۹/۹۹	

* سطح معناداری با توجه به آزمون کروسکال والیس

جدول ۳: درصد فراوانی خانم‌های پرستار از نظر اقدام برای انجام پیشگیری از سرطان پستان بر حسب سن در سال ۱۳۸۴

انجام می‌دهد (%)	انجام نمی‌دهد (%)	خود آزمایی پستان سن
۳۶/۳	۶۳/۷	۲۰-۲۹
۲۵/۴	۷۴/۶	۳۰-۳۹
۱۱/۴	۸۸/۶	۴۰ سال و بالاتر

جدول ۴: درصد فراوانی خانم‌های پرستار از نظر انجام پاپ اسمیر در سال ۱۳۸۴

هرگز (%)	۲ سال یک بار یا بیشتر (%)	سالی یک بار (%)	انجام پاپ اسمیر سن
۶۵	۱۰	۲۵	۲۰-۲۹
۱۸/۶	۴۴/۲	۳۷/۲	۳۰-۳۹
۲۱/۲	۳۶/۶	۱۵/۲	۴۰ سال و بالاتر

بحث

زندگی که بیشتر به دلیل عدم آگاهی از اهمیت شیوه‌های صحیح است، در میان این قشر، نتایج نامطلوبی خواهد داشت.

شیوه زندگی پرستاران از نظر تغذیه: بیشتر پرستاران در بُعد تغذیه، نمرات متوسطی اخذ کرده‌اند. بررسی میزان مصرف مواد غذایی مختلف نشان می‌دهد که این گروه بیشترین نقص را در مصرف پروتئین‌ها، مرغ و ماهی و غلات داشته‌اند؛ هر چند که در مورد سایر مواد غذایی نظیر سبزیجات و آب نیز مقدار مطلوب را استفاده نمی‌کردند و در مصرف قهوه و چای نیز زیاده‌روی می‌کردند.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی شیراز، به طور کلی از شیوه زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. اطلاعات به دست آمده در ابعاد مختلف شیوه زندگی حاکی از آن است که فراوانی شیوه‌های نادرست زندگی در میان پرستاران از شیوه‌های درست بیشتر است. با توجه به نقش کلیدی پرستاران در آموزش به بیماران و خانواده‌های آنان و افراد جامعه به عنوان قشری مطلع در امر حفظ و ارتقای سلامت، شیوع شیوه‌های نادرست

شیوه زندگی پرستاران از نظر فعالیت

فیزیکی: با توجه به نتایج به دست آمده، بیشتر پرستاران (۶۰/۳٪) فعالیت فیزیکی در حد متوسط داشته‌اند. به دلیل شغل آزمودنی‌ها، این گروه در انجام فعالیت‌های روزمره فعال‌تر از انجام یک برنامه منظم ورزشی بوده‌اند در حالی که در مورد انجام فعالیت‌های منظم ورزشی، بیشتر آن‌ها کم فعال بودند. شاید بتوان زندگی شغلی پرستاران و خستگی جسمانی آن‌ها را در ایده آل نبودن مقدار فعالیت فیزیکی آن‌ها دخیل دانست؛ هر چند که به نظر می‌رسد عدم آگاهی و نادیده انگاشتن اهمیت ورزش در این خصوص نقش مهم‌تری اعمال می‌کند. البته نقش امکانات شهرنشینی و حتی فرهنگ مردم جامعه را که پرستاران نیز قشری از آن‌ها هستند نیز نمی‌توان نادیده گرفت.

شیوه زندگی پرستاران در زمینه

استعمال سیگار و مواد مخدر: ۹۶/۳٪ پرستاران مورد مطالعه، سیگار یا مواد مخدر دیگر استفاده نمی‌کردند. البته با توجه به این که ۸۹/۶٪ جمعیت مورد مطالعه را زنان تشکیل می‌دادند و این گروه، به خصوص در جامعه ما به دلایل عرفی کمتر از دخانیت استفاده می‌کنند، این نتیجه قابل انتظار بود. با وجود چنین یافته رضایت بخشی، مشاهده شد که ۴۵/۳٪ از آزمودنی‌ها روزانه در معرض دود سیگار افراد دیگر هستند. مطالعات نشان داده‌اند که در معرض دود سیگار افراد دیگر قرار داشتن هم به اندازه خود مصرف سیگار در بروز سرطان ریه مؤثر است. پس با وجود این که بیشتر پرستاران سیگار نمی‌کشیده‌اند، در

خوشبختانه در مورد مصرف لبنیات، میوه، نمک، شیرینی و گوشت قرمز، بیشتر آزمودنی‌ها مصرفی در حد مطلوب داشته‌اند.

بیشتر آزمودنی‌ها از مکمل‌های غذایی نظیر کلسیم، مولتی ویتامین و ترکیبات آهن استفاده نمی‌کردند (۷۰/۲٪).

از علل احتمالی نتایج حاصله می‌توان به آموزش نامناسب و ناکافی پرستاران در زمینه تغذیه در ارتباط با بروز بیماری‌ها و نوع خاص رژیم غذایی ایرانی مثل مصرف زیاد چای و قهوه اشاره کرد.

در مورد مصرف الکل، خوشبختانه با توجه به اعتقادات مذهبی عموم، ۲۸۷ نفر (۹۵/۷٪) از آزمودنی‌ها پاسخ منفی داده بودند و تنها ۵ نفر الکل مصرف می‌کردند که میزان مصرف آن‌ها نیز بسیار پایین بود؛ هر چند که ممکن است عده‌ای از آزمودنی‌ها نیز به دلایلی خاص مصرف خود را به طور صحیح ذکر نکرده باشند.

با توجه به یافته‌های پژوهشی که McCullough و همکاران (۱۱) به صورت آینده‌نگر بر روی دو گروه بزرگ از زنان و مردان شاغل در بخش سلامت، در مورد ارتباط مقدار بروز بیماری‌های مزمن با وضعیت تغذیه انجام داده‌اند و نتایج حاصل از این مطالعه، به نظر می‌رسد پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی شیراز، در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی خواهند بود. چون نتایج مطالعه McCullough که به کمک پرسشنامه «شاخص تغذیه سالم جایگزین» انجام شده بود، ارتباط مستقیم بین مصرف سبزیجات، پروتئین، غلات و مولتی-ویتامین‌ها را با کاهش بروز بیماری‌های قلبی-عروقی نشان داده است.

پرستاران به امکانات انتظار می‌رفت این میزان بیشتر باشد.

۶۲٪ آزمودنی‌های این پژوهش، در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها وضعیت نامطلوب داشته‌اند که شاید بتوان علت این امر را بی‌تفاوت شدن نسبت به مقوله بیماری به علت برخورد مکرر و مستمر با بیماران دانست و یا آن را با گرفتاری شغلی این قشر و کمبود وقت توجیه کرد.

در گروه زنان، ۶۲/۸٪ به معاینه سینه می‌پرداختند، هر چند که بیشتر آن‌ها (۵۶/۸٪) در این زمینه روش مناسبی نداشتند. به علاوه ۹۲/۱٪ از آن‌ها هرگز تحت ماموگرافی قرار نگرفته بودند که لزوم آموزش بیشتر در این زمینه را گوشزد می‌کند.

در گروه زنان متأهل، تنها ۲۶/۳٪ افراد در حد ایده آل یعنی سالی یک بار آزمایش پاپ اسمیر انجام می‌دادند و متأسفانه ۴۰/۱٪ آنان، هیچ‌گاه این آزمایش را انجام نداده‌اند و این در حالی است که انتظار می‌رود پرستاران بیش از بقیه به اهمیت این آزمایش واقف باشند.

در زمینه تنظیم خانواده نیز تقریباً کلیه روش‌ها به یک اندازه شیوع داشته‌اند اما نکته قابل توجه این بود که با وجود دانش و آگاهی پرستاران، ۳۶/۸٪ از افراد متأهل از روش طبیعی استفاده می‌کردند یا هیچ روشی برای تنظیم خانواده نداشتند. البته شاید نتایج به دست آمده ناشی از آن باشد که بیشتر افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال قرار داشتند و احتمالاً خانواده‌هایی نوپا داشته‌اند که هنوز تکمیل نشده بوده است و لذا از روش خاصی برای تنظیم خانواده استفاده نمی‌کرده‌اند.

حدود نیمی از آن‌ها در معرض خطرات ناشی از دود آن قرار دارند.

شیوه زندگی پرستاران در بُعد سلامت

روان: در مجموع ۳۸٪ از پرستاران مورد مطالعه از نظر بهداشت روان، وضعیت متوسط و ۳۸٪، وضعیت نامطلوب داشته‌اند که به نظر می‌رسد یکی از دلایل این امر، گرفتاری و استرس شغلی پرستاران باشد. خستگی ناشی از کار و کشیک شب و برخورد با وقایع ناخوشایند نظیر بیماری و مرگ، بی‌شک بر روی سلامت روان قشر پرستار مؤثر است.

وضعیت بهداشت فردی، اجرای اقدامات

پیشگیری از بیماری‌ها و بهداشت باروری پرستاران: در زمینه بهداشت دهان و دندان، این گروه وضعیت رضایت بخشی نداشته‌اند. شاید در زمینه استفاده از نخ دندان، نتیجه به دست آمده، به دلیل کمتر آموزش داده شدن قابل انتظار باشد، ولی در زمینه مسواک زدن انتظار می‌رود پرستاران بر خلاف سایر اقشار جامعه به دلیل داشتن آگاهی کافی، وضعیت بهتری داشته باشند. نتیجه دور از انتظار دیگری که به دست آمد، میزان مراجعه به پزشک و دندانپزشک جهت معاینه دوره‌ای وضعیت سلامت بود. با توجه به دسترسی بیشتر پرستاران به پزشکان و دندان‌پزشکان، انتظار می‌رود این گروه در حد مطلوبی مورد معاینه قرار بگیرند، در حالی که نتایج نشان داد که ۵۶/۴٪ آزمودنی‌ها تنها در صورت بروز ناراحتی به دندان‌پزشک و ۵۲٪ آنان هرگز و به ندرت جهت معاینه و بررسی وضعیت سلامت به پزشک مراجعه می‌کنند. همچنین، ۶۷/۷٪ آزمودنی‌ها حداقل یک بار قند خون، چربی خون و فشارخون خود را اندازه‌گیری کرده بودند که با توجه به دسترسی

بیماری‌ها و نقش مهمی که در قبال آموزش رفتارهای صحیح به بیماران دارند، خود از وضعیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. این مسأله باعث می‌شود که این گروه علاوه بر این که در معرض خطر انواع بیماری‌های مزمن غیر واگیر قرار داشته باشند، به خوبی از عهده وظایف خود در قبال آموزش بیماران بر نیایند و لذا فرصت اصلاح شیوه زندگی افراد جامعه، از این طریق نیز حاصل نشود.

تشریح و قدردانی

از پرستاران بیمارستان‌های دانشگاهی شیراز برای مشارکت و همکاری ایشان و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به دلیل حمایت از طرح، کمال قدردانی را داریم.

با توجه به نکات مورد بحث، پیشنهاداتی به شرح ذیل ارائه می‌شود:

- ۱- برقراری جلسات منظم آموزشی در زمینه شیوه زندگی برای پرستاران و گوشزد کردن نقش مهم ایشان به عنوان اصلاح کننده شیوه زندگی دیگران.
- ۲- تهیه جزوه، بروشور و کتاب‌های آموزشی در زمینه شیوه زندگی پرستاران.
- ۳- انجام پژوهش‌های بیشتر و اختصاصی‌تر در زمینه ریشه‌یابی ضعف پرستاران در شیوه زندگی و تلاش در جهت برطرف نمودن آن.
- ۴- فراهم کردن محیط‌های رایگان فعالیت‌های ورزشی و مکان‌های تفریحی برای پرستاران.

نتیجه‌گیری

در پایان، به نظر می‌رسد پرستاران، با وجود داشتن دانش و آگاهی در زمینه انواع

References

- 1 - Terrin ML. Individual subject random assignment is the preferred means of evaluating behavioral lifestyle modification. *Control Clin Trials*. 1997; 18(6): 500-5.
- ۲ - پوراسلامی محمد، سرمست حمیده. واژه‌نامه ارتقای سلامت، سازمان جهانی بهداشت، انتشارات دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 3 - Kim S, Popkin BM, Siega-Riz AM, et al. A cross-national comparison of lifestyle between china and the united states, using a comprehensive cross-national measurement tool of healthfulness of lifestyles: the lifestyle index. *Prev Med*. 2004; 38(2): 160 -71.
- 4 - World health organization. Healthy living: what is a healthy living? WHO regional office for Europe. Copenhagen; 1999.
- ۵- شادپور پژمان. بار جهانی بیماری‌ها، موری کریستوفر، لویز آلن. انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/ یونیسف، ۱۳۷۷.
- 6 - Peckenpaugh NJ, Poleman CM. *Nutrition Essentials and Diet Therapy*. W. B. Saunders Company; 1999.
- 7 - Lifestyle and nutrition assessment. http://www.onepersonhealth.com/JSPS/questionnaire_templates.
- ۸ - هرم مواد غذایی. انتشارات مرکز بهداشت، مرکز بهداشت استان فارس: طرح امنیت غذا و تغذیه، ۱۳۸۳.
- ۹- امامی نژاد علی، حقیقی فرد محمد. بررسی شیوه زندگی آموزگاران نواحی چهارگانه شیراز. پایان‌نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۸۳.
- 10 - World Health Organization. The WHO stepwise approach to surveillance of noncommunicable diseases (STEPS). Jan; 2003.
- 11 - McCullough ML, Feskanich D, Stampfer MJ, et al. Diet quality and major chronic disease risk in men and women: moving toward improved dietary guidance. *Am J Clin Nutr*. 2003; 78: 349-50.

